



Pressekonferenz

der Deutschen Gesellschaft für Internistische Intensivmedizin und Notfallmedizin
anlässlich der 50. gemeinsamen Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Internistische
Intensivmedizin und Notfallmedizin (DGIIN) und der Österreichischen Gesellschaft für
Internistische und Allgemeine Intensivmedizin & Notfallmedizin (ÖGIAIN)

Termin: Mittwoch, 13. Juni 2018, 11.30 bis 12.30 Uhr

Ort: Dorint Hotel am Heumarkt, Köln, **Raum:** Sandkaul - Erdgeschoss

Anschrift: Pipinstraße 1, 50667 Köln

Vorläufige Themen und Referenten:

Internistische Intensiv- und Notfallmedizin: Grenzen überwinden Highlights der Jahrestagung der DGIIN

Professor Dr. med. Michael Buerke, Tagungspräsident der gemeinsamen Jahrestagung
der DGIIN und ÖGIAIN, Chefarzt an der Klinik für Kardiologie, Angiologie und
Internistische Intensivmedizin am St. Marienkrankenhaus Siegen

Für eine zukunftssichere Intensiv- und Notfallmedizinische Versorgung: Aktuelle Forderungen an die Gesundheitspolitik

Professor Dr. med. Reimer Riessen, Präsident der DGIIN, Leiter der Internistischen
Intensivstation des Universitätsklinikums Tübingen

Wie viel Intensivmedizin brauchen Patienten: Zwischen Lebensperspektive und Therapiebegrenzung - Intensivmediziner als Anwälte der Patienten

Professor Dr. med. Uwe Janssens, Generalsekretär der DGIIN, Chefarzt an der Klinik für
Innere Medizin und Internistische Intensivmedizin am St.-Antonius-Hospital Eschweiler

Wie lassen sich Versorgungsengpässe vermeiden, die durch den Intensivpflegemangel entstehen?

Professor Dr. med. Christian Karagiannidis, Mitglied im wissenschaftlichen Beirat der
DGIIN, leitender Oberarzt an der Lungenklinik Köln-Merheim der Kliniken der Stadt Köln

High-Tech Intensivmedizin mit Organersatzverfahren - Chancen und Risiken

Professor Dr. med. Stefan John, Präsident elect der DGIIN, Leiter des Funktionsbereiches
Intensivmedizin sowie Leiter des Arbeitskreises Intensivmedizin der Universitätsklinik der
Paracelsus Medizinischen Privatuniversität, Nürnberg

Moderation: Dr. Adelheid Liebendörfer, Pressestelle DGIIN, Stuttgart

Ihr Kontakt für Rückfragen:

Sabrina Hartmann/Heinke Schöffmann
Pressestelle

Deutsche Gesellschaft für Internistische Intensivmedizin und Notfallmedizin

Postfach 30 11 20, 70451 Stuttgart

Tel.: 0711 8931-649, Fax: 0711 8931-167

hartmann@medizinkommunikation.org

schoeffmann@medizinkommunikation.org

<http://www.dgiin.de/start.html>



Pressekonferenz

der Deutschen Gesellschaft für Internistische Intensivmedizin und Notfallmedizin
anlässlich der 50. gemeinsamen Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Internistische
Intensivmedizin und Notfallmedizin (DGIIN) und der Österreichischen Gesellschaft für
Internistische und Allgemeine Intensivmedizin & Notfallmedizin (ÖGIAIN)

Termin: Mittwoch, 13. Juni 2018, 11.30 bis 12.30 Uhr

Ort: Dorint Hotel am Heumarkt, Köln, **Raum:** Sandkaul - Erdgeschoss

Anschrift: Pipinstraße 1, 50667 Köln

Inhalt

Pressemitteilungen

Redemanuskripte der Referenten

Lebensläufe der Referenten

Ihr Kontakt für Rückfragen:

Sabrina Hartmann/Heinke Schöffmann

Pressestelle

Deutsche Gesellschaft für Internistische Intensivmedizin und Notfallmedizin

Postfach 30 11 20, 70451 Stuttgart

Tel.: 0711 8931-649, Fax: 0711 8931-167

hartmann@medizinkommunikation.org

schoeffmann@medizinkommunikation.org

<http://www.dgiin.de/start.html>

Pressekonferenz der Deutschen Gesellschaft für Internistische Intensivmedizin und Notfallmedizin anlässlich der 50. gemeinsamen Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Internistische Intensivmedizin und Notfallmedizin (DGIIN) und der Österreichischen Gesellschaft für Internistische und Allgemeine Intensivmedizin & Notfallmedizin (ÖGIAIN)

PRESSEMITTEILUNG

„Internistische Intensivmedizin – Grenzen überwinden“: Internistische Intensiv- und Notfallmediziner tagen in Köln

Köln, 13. Juni 2018 – Eine schnelle Reaktion, hochwertige Behandlungskonzepte und ein breites medizinisches Fachwissen – das sind wichtige Kompetenzen eines gut qualifizierten Intensivbehandlungsteams. Für den Behandlungserfolg ist auch entscheidend, dass die Intensivmediziner fächerübergreifend und interdisziplinär zusammenarbeiten. Aus diesem Grund hat die Deutsche Gesellschaft für Internistische Intensivmedizin und Notfallmedizin (DGIIN) das Motto „Internistische Intensivmedizin – Grenzen überwinden“ für ihre diesjährige Jahrestagung gewählt. Ärzte, Pflegende und Rettungsassistenten haben das Programm daher gemeinsam erstellt. Die Tagung findet vom 13. bis 15. Juni 2018 in Köln statt.

„In den vergangenen 50 Jahren hat sich die internistische Intensiv- und Notfallmedizin extrem gewandelt. Große medizinische Fortschritte ermöglichen es, schwerkranke Patienten erfolgreich zu behandeln“, sagt Professor Dr. med. Michael Buerke, Tagungspräsident der gemeinsamen Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Internistische Intensivmedizin und Notfallmedizin (DGIIN) und der Österreichischen Gesellschaft für Internistische und Allgemeine Intensivmedizin und Notfallmedizin (ÖGIAIN). Auch die Jahrestagung habe sich mehr und mehr von einer reinen wissenschaftlichen Tagung zu einer intensivmedizinischen Veranstaltung für Ärzte, nichtärztliches Personal und Studenten entwickelt. „Dies ist von großer Bedeutung, da es für den Therapieerfolg gerade in der Intensiv- und Notfallmedizin auf das gemeinsame hohe Engagement des pflegenden und ärztlichen Personals ankommt“, so Buerke weiter, der Chefarzt an der Klinik für Kardiologie, Angiologie und Internistische Intensivmedizin am St. Marienkrankenhaus Siegen ist. Ein Schwerpunkt der Jahrestagung ist daher neben den intensivmedizinischen Themen, der Notfall- und Rettungsmedizin sowie dem Krankenhausmanagement auch die Intensivpflege.

Die Mehrzahl der akut schwer erkrankten Patienten, die über die Notaufnahmen stationär aufgenommen werden oder sogar als Notfall auf einer Intensivstation landen, zeigen internistische Krankheitsbilder. Hinzu kommt, dass die Anzahl von geriatrischen, multimorbiden und schwer chronisch kranken Patienten aufgrund des demographischen Wandels stetig zunimmt. Bereits heute liegt der Anteil der über 80-jährigen Patienten bei zehn bis 20 Prozent aller Intensivaufnahmen. „Diese Patienten brauchen eine qualitativ hochwertige internistische intensiv- und notfallmedizinische Versorgung, die breit auf Erkrankungen aller lebenswichtigen Organsysteme ausgerichtet ist“, sagt Professor Dr. med. Reimer Riessen, Präsident der DGIIN und Leiter der Internistischen Intensivstation des Universitätsklinikums Tübingen anlässlich der bevorstehenden Tagung. „Vor diesem Hintergrund ist es unerlässlich, die internistische Intensiv- und Notfallmedizin innerhalb



der interdisziplinären Zusammenarbeit zu stärken. Denn die internistischen Intensiv- und Notfallmediziner haben bei multimorbiden Patienten eine ganzheitliche Perspektive auf die verschiedenen Krankheitsbilder – sei es bei Sepsis, Herzinfarkt, Schlaganfall, Lungen- oder Nierenversagen, Herz-Kreislauf-Wiederbelebung oder Herzinsuffizienz.“

Was es braucht, um die Intensivstationen und Notaufnahmen zukunftssicher zu machen, erläutert Professor Riessen auf der heutigen Pressekonferenz in Köln. Weitere Themen der Pressekonferenz sind die Intensivmedizin als High-Tech-Medizin mit Organersatzverfahren und, welche Chancen aber auch Risiken sich daraus ergeben. Als ein anderer Aspekt wird die Ethik in der Intensivmedizin beleuchtet. Hier erklären Experten, welche ethischen Grenzen es gibt, wie viel Therapie die Patienten brauchen und warum sich Intensiv- und Notfallmediziner auch als Anwälte der Patienten sehen.

****Bei Abdruck Beleg erbeten****

Kontakt für Journalisten:

Sabrina Hartmann
Pressestelle DGIIN
Postfach 30 11 20
70451 Stuttgart

Tel: 0711 89 31 649

Fax: 0711 89 31 167

E-Mail: hartmann@medizinkommunikation.org

Pressekonferenz der Deutschen Gesellschaft für Internistische Intensivmedizin und Notfallmedizin anlässlich der 50. gemeinsamen Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Internistische Intensivmedizin und Notfallmedizin (DGIIN) und der Österreichischen Gesellschaft für Internistische und Allgemeine Intensivmedizin & Notfallmedizin (ÖGIAIN)

PRESSEMITTEILUNG

Pflegemangel in Intensivmedizin führt zu Versorgungsengpässen

DGIIN fordert separates Pflegebudget, um Personalmangel zu vermeiden

Köln, 13. Juni 2018 – Auf Deutschlands Intensivstationen zeichnet sich ein gravierenderer Mangel an Pflegepersonal ab. Darauf weist die Deutsche Gesellschaft für Internistische Intensivmedizin und Notfallmedizin (DGIIN) hin und appelliert an die Politik, die Rahmenbedingungen für die Intensivpflege neu zu ordnen: Arbeitsbedingungen, Pflegeschlüssel und Bezahlung müssten deutlich verbessert werden. Nur so ließen sich qualifizierte Fachkräfte in ausreichender Zahl finden, um die Versorgungsqualität in der Intensivmedizin auch in Zeiten des demographischen Wandels aufrechtzuerhalten.

Welche Konsequenzen der zunehmende Personalmangel schon heute hat, macht eine Online-Umfrage deutlich, die die Intensivmediziner Professor Dr. med. Christian Karagiannidis aus Köln und Professor Dr. med. Uwe Janssens aus Eschweiler initiiert haben. Sie baten die Weiterbildungsbefugten der Intensivstationen in Deutschland darum, auf Fragebögen Angaben zu Pflegesituation, Bettensperrungen und Notfallversorgung zu machen. Die Auswertung zeigte, dass in den letzten Monaten auf rund dreiviertel der deutschen Intensivstationen Betten gesperrt werden mussten und diese somit nicht für eine Belegung zur Verfügung standen. In 22 Prozent der Fälle mussten sogar täglich Betten gesperrt werden. Von den Sperrungen waren meist zwei oder drei Betten betroffen. „Als Gründe für die Bettensperrung gaben knapp die Hälfte der Befragten (43,8 Prozent) den Mangel an Pflegepersonal an, rund ein Fünftel (18,8 Prozent) einen kombinierten Mangel an Ärzten und Pflegenden“, berichtet Karagiannidis, leitender Oberarzt an der Lungenklinik Köln-Merheim der Kliniken Köln.

Auch die Notfallversorgung leidet unter dem Personalmangel. So gaben lediglich 18 Prozent der Befragten an, dass die Notfallversorgung nicht beeinträchtigt war. Ganz direkt drückt sich der Mangel auch im Betreuungsschlüssel von Pflegenden zu Patienten aus, der laut den Vorgaben der DIVI (Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin) und erster Krankenhausrahmengesetze bei 1:2 liegen sollte, bei schwerem Organversagen sogar bei 1:1. „Tatsächlich muss eine Pflegekraft aber tagsüber 2,5 bis 2,6 Patienten versorgen, nachts sogar durchschnittlich 3,1“, sagt Janssens, Chefarzt an der Klinik für Innere Medizin und Internistische Intensivmedizin am St.-Antonius-Hospital Eschweiler und Generalsekretär der DGIIN.

Personalmangel und Bettensperrungen können zur verzögerten Aufnahme von kritisch kranken Patienten auf die Intensivstation führen und die Qualität der Versorgung beeinträchtigen. „Trotz des hohen gemeinsamen Engagements von Intensivpflegenden und des ärztlichen Personals können Auswirkungen auf die Versorgungsqualität an manchen Orten nicht mehr ausgeschlossen werden“, sagt Professor Dr. med. Reimer Riessen, Leiter der Internistischen Intensivstation des Tübinger Universitätsklinikums und

Präsident der DGIIN. Sollte sich der Personalmangel allerdings weiter verschärfen, werde sich das zwangsläufig noch deutlicher auf die Versorgung auswirken, weil das System keinerlei Reserven mehr aufweise. Die Mitarbeiter auf vielen Stationen seien schon jetzt über Gebühr belastet.

„Um mehr Menschen für die Arbeit in der Intensivpflege gewinnen zu können, bräuchte es eine bessere Anerkennung dieser hochqualifizierten und verantwortungsvollen Aufgabe, einschließlich einer besseren Vergütung der ständigen Arbeit in Spät-, Nacht-, Wochenend- und Feiertagsdiensten“, sagt Riessen. Auch der Erwerb zusätzlicher Qualifikationen wie eine Fachweiterbildung oder künftig auch die Absolvierung eines Masterstudiengangs in Intensivpflege, sollten gefördert und besser honoriert werden.

Die aktuell politisch geforderten Personaluntergrenzen, die einer Überlastung der Pflegenden entgegenwirken sollen, greifen in der jetzigen Form ohne begleitende Förderung und Aufwertung der Intensivpflege zu kurz, so Riessen. „Und wir benötigen dafür eine grundsätzliche Reform der Vergütung intensivmedizinischer Leistungen, welche die für eine Intensivstation angemessene Personalausstattung separat und nicht über die jetzigen Fallpauschalen gegenfinanziert.“ Die auf Intensivstationen immer häufigere Kompensation von Personalmangel durch den Einsatz von Zeitarbeitern führt nach Ansicht der Autoren längerfristig eher zu einer weiteren gravierenden Verschärfung des Problems und zu Qualitätseinbußen.

Zusammenfassend muss alles Erdenkliche getan werden, um wieder mehr Pflegende zur Tätigkeit auf der Intensivstation zu motivieren. Dies ist nur in einem umfassenden gesundheitspolitischen Gesamtkonzept möglich, sind sich die Experten einig.

****Bei Abdruck Beleg erbeten****

Kontakt für Journalisten:

Sabrina Hartmann
Pressestelle DGIIN
Postfach 30 11 20
70451 Stuttgart

Tel: 0711 89 31 649

Fax: 0711 89 31 167

E-Mail: hartmann@medizinkommunikation.org

Pressekonferenz der Deutschen Gesellschaft für Internistische Intensivmedizin und Notfallmedizin anlässlich der 50. gemeinsamen Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Internistische Intensivmedizin und Notfallmedizin (DGIIN) und der Österreichischen Gesellschaft für Internistische und Allgemeine Intensivmedizin & Notfallmedizin (ÖGIAIN)

PRESSEMITTEILUNG

Zwischen Lebensperspektive und Therapiebegrenzung: Intensivmediziner als Anwälte der Patienten

Köln, 13. Juni 2018 – Die Lebenserwartung der Bevölkerung hat in den letzten Jahren zugenommen, der Zahl älterer Menschen mit Mehrfacherkrankungen wächst stetig. Laut Prognosen wird der Anteil der über 60-jährigen Patienten auf Intensivstationen weltweit von zwölf Prozent im Jahr 2013 auf 21 Prozent in 2050 zunehmen und sich damit fast verdoppeln. „Die moderne Intensivmedizin steht vor großen Herausforderungen, die durch den demografischen Wandel bedingt sind“, sagt Professor Dr. Uwe Janssens, Generalsekretär der Deutschen Gesellschaft für Intensivmedizin und Notfallmedizin (DGIIN) und Chefarzt der Klinik für Innere Medizin und Internistische Intensivmedizin am St.-Antonius-Hospital Eschweiler.

Anlässlich der 50. Jahrestagung der DGIIN und der Österreichischen Gesellschaft für Internistische und Allgemeine Intensivmedizin (ÖGIAIN) diskutieren Experten im Rahmen der heutigen Pressekonferenz in Köln über die Frage wie viel Intensivmedizin Patienten benötigen und wo die Grenzen innerhalb des medizinisch Machbaren liegen. Wo früher in akuten Krisensituationen der Tod unvermeidlich war – beispielsweise bei Unfallopfern mit schwerwiegenden Verletzungen oder älteren, vielfach erkrankten Patienten – haben technologische und medizinische Fortschritte in Diagnostik und Überwachung neue Überlebensperspektiven geschaffen. Intensivmedizin ermöglicht das Fortführen des Lebens vieler Patienten mit lebensbedrohlichen Erkrankungen. Etwa durch Reanimation und künstliche Beatmung, Stabilisierung des Kreislaufs, Aufrechterhaltung der Stoffwechselfunktionen und durch die Gabe hochwertiger Medikamente. Nach Auffassung der DGIIN müsse bei allen Bemühungen stets auch der Patientenwille im Blick gehalten werden. Insbesondere, wenn das Überleben nur um den Preis einer dauerhaften schweren Einschränkung der Lebensqualität sichergestellt werden könne.

„In der Intensivmedizin kommt es immer wieder zu einer kompletten, teilweise unumkehrbaren Abhängigkeit des Patienten von lebensunterstützenden Apparaturen. In manchen Fällen wird die intensivmedizinische Behandlung nur mit schweren seelischen und körperlichen Defiziten überlebt – das kann für Patienten und Angehörige große dauerhafte Belastungen bedeuten“, sagt Janssens. Intensivmediziner sehen sich häufig mit der Frage der Sinnhaftigkeit oder Sinnlosigkeit der weiteren Behandlung konfrontiert. Bei der medizinischen Indikation für eine Therapiefortführung komme dem Intensivmediziner und Behandlungsteam daher eine hohe Verantwortung zu. Der Patient mit seinen moralischen Werten, Wünschen und Lebensentwürfen sei innerhalb dieses Entscheidungsprozesses zu respektieren.

Intensivmediziner und Patienten oder stellvertretend Angehörige sind nach Auffassung der DGIIN als gleichwertige Partner zu betrachten, die gemeinsam ein sinnvolles und nachvollziehbares Therapieziel formulieren. „Das erfordert von Intensivmedizinern nicht nur einen hohen medizinischen Sachverstand, sondern auch juristische Kenntnisse, soziale Kompetenz, ethisch-moralisches Verständnis und gute Kommunikationsfähigkeit mit dem Behandlungsteam, Patienten und Angehörigen“, betont Professor Dr. Reimer Riessen, Leiter der Internistischen Intensivstation des Departments für Innere Medizin am Universitätsklinikum Tübingen und Präsident der DGIIN.

Allerdings kann es im intensivmedizinischen Alltag vorkommen, dass der Patientenwunsch nicht immer eindeutig definiert ist oder sich im Verlauf einer Behandlung durchaus auch verändern kann. Janssens macht dies an einem konkreten Fall deutlich: „Beispielsweise kann das Leben im Rollstuhl von einem derzeit gesunden Menschen als nicht akzeptabel bewertet werden, dagegen kann derselbe Mensch im Falle des tatsächlichen Erlebens dieser Situation diese als durchaus lebenswert erfahren.“ Wenn aber aus Sicht des Patienten eine Weiterbehandlung sinnlos sei, könne sie nicht durch eine vermeintliche medizinische Hilfeleistungspflicht gerechtfertigt werden. „Dies entspricht juristisch dem Tatbestand einer strafbewehrten Körperverletzung“, betont Janssens. Ist der Patient aufgrund seiner Erkrankung hingegen nicht mehr in der Lage, seinen Willen auszudrücken und liegt keine Patientenverfügung vor, müssen Angehörige, Bevollmächtigte oder Betreuer stellvertretend über die Fortführung der Intensivmedizin entscheiden.

****Bei Abdruck Beleg erbeten****

Kontakt für Journalisten:

Sabrina Hartmann
Pressestelle DGIIN
Postfach 30 11 20
70451 Stuttgart

Tel: 0711 89 31 649

Fax: 0711 89 31 167

E-Mail: hartmann@medizinkommunikation.org



DGIIN

Deutsche Gesellschaft für
Internistische Intensivmedizin
und Notfallmedizin

Pressekonferenz der Deutschen Gesellschaft für Internistische Intensivmedizin und Notfallmedizin anlässlich der 50. gemeinsamen Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Internistische Intensivmedizin und Notfallmedizin (DGIIN) und der Österreichischen Gesellschaft für Internistische und Allgemeine Intensivmedizin & Notfallmedizin (ÖGIAIN)

PRESSEMITTEILUNG

Vielversprechendes High-Tech-Verfahren bei Lungenversagen: DGIIN fordert differenzierten Einsatz durch erfahrene Intensivmediziner und Intensivpflegekräfte

Köln, 13. Juni 2018 – Rund 2000 bis 2500 Patienten werden jährlich mit schwersten Lungenversagen mit einer sogenannten extrakorporalen Membranoxygenierung (ECMO) in Kliniken behandelt. Mit diesem Verfahren in der Lungenersatztherapie gelingt es Intensivmediziner immer häufiger, diese Patienten erfolgreich zu therapieren. Es birgt aber auch Risiken, da es zu erheblichen Komplikationen kommen kann. Die DGIIN betont deshalb wie wichtig es ist, dass dieses hochkomplexe Verfahren durch gut ausgebildete Intensivmediziner und Pflegekräfte durchgeführt wird. Welche Chancen aber auch Risiken dieses und andere Organersatzverfahren bieten, erläutert ein Experte im Rahmen der heutigen Pressekonferenz der Deutschen Gesellschaft für Internistische Intensivmedizin und Notfallmedizin (DGIIN) in Köln.

Lungenversagen kann beispielsweise Folge von Lungenerkrankungen wie einer Lungenentzündung sein oder auch bei in der Regel schwerer Entzündungen, wie einer Sepsis auftreten. Dies wiederum kann den Gasaustausch beeinträchtigen. Wenn die Lunge der Patienten nicht mehr in der Lage ist, den Gasaustausch selbst sicherzustellen, ist die extrakorporale Membranoxygenierung (ECMO) eine der möglichen Behandlungsoptionen. „Der Unterschied zu anderen künstlichen Beatmungsverfahren ist der, dass das ECMO-Verfahren wie eine externe Lunge funktioniert. Bei der herkömmlichen Beatmung wird Sauerstoff mit Überdruck in die Lunge gepresst. Das kann dazu führen, dass die Lunge überbläht oder sogar bisher noch funktionierende Lungenbereiche geschädigt werden“, sagt Professor Dr. med. Stefan John, Präsident elect der DGIIN.

Bei der ECMO wird dem Patienten kontinuierlich sauerstoffarmes Blut aus einer großen Vene entnommen, meist in der Leiste. Dieses Blut wird dann durch ein Gerät gepumpt, wobei dem Blut über eine Membran Sauerstoff hinzugefügt und Kohlendioxid entfernt wird. Anschließend erhält der Patient das „extrakorporal“, also außerhalb des Körpers mit Sauerstoff angereicherte Blut über eine Vene oder eine Arterie zurück. „Da der Gasaustausch hier über eine künstliche Lunge erfolgt, kann sich die Lunge des Patienten besser erholen, da die Beatmung so schonender ist“, so Professor John, Oberarzt und Leiter des Funktionsbereiches Intensivmedizin sowie Leiter des Arbeitskreises Intensivmedizin am Klinikum Nürnberg. Während Beatmung und Nierenersatz heute an jeder Intensivstation zur Routine gehören, sollten ECMO und Herzunterstützungssysteme nach Einschätzung der DGIIN derzeit aber nur an wenigen, großen und erfahrenen



DGIIN

Deutsche Gesellschaft für
Internistische Intensivmedizin
und Notfallmedizin

Zentren eingesetzt werden. „Bei der Möglichkeit von schwerwiegenden auch tödlichen Komplikationen muss der Einsatz sorgfältig überlegt werden“, sagt der Intensivmediziner. Beim Anlegen der Kanülen könne es zu Verletzungen an den Gefäßen kommen. Die Blutverdünnung, die das Verfahren erfordert damit das Blut nicht gerinnt, kann zu lebensbedrohlichen Blutungen führen. „Die Risiken des Verfahrens sind nicht unerheblich, gerade deshalb muss die Entscheidung darüber, ob ein ECMO-Verfahren in Frage kommt, immer individuell entschieden werden“, sagt Professor John.

Die ersten Versuche mit der ECMO führten Mediziner bereits in den 1970er-Jahren durch. Im Jahr 2009 war das schwere Lungenversagen eine häufige Komplikation der Schweinegrippe („H1N1-Influenza“). Studien belegen, dass die Mortalität von Patienten, die mit einer ECMO behandelt wurden, damals bei etwa 25 bis 40 Prozent unter der sonst erwarteten Mortalität bei Patienten mit einem schwerem Lungenversagen lag. Professor John führt dies auf zwei Faktoren zurück: „Die Patienten mit H1N1-Influenza waren oft jung und ohne Vorerkrankungen, und die ECMO-Technologie hat sich deutlich verbessert.“

Seither wird dieses Lungenersatzverfahren auch bei anderen Patienten mit schwerem Lungenversagen immer häufiger verwendet und es hat sich technisch sehr weiterentwickelt. „Innerhalb von wenigen Jahren ist es in den USA und auch in Deutschland zu einem 3- bis 4-fachen Anstieg der ECMO gekommen“, erläutert der Experte. Die DGIIN warnt jedoch vor einer unkritischen breiten Anwendung dieses Verfahrens: „Die ECMO muss von gut ausgebildeten Intensivmedizinern und geschultem Intensivpflegepersonal durchgeführt werden“. Eine aktuelle, international durchgeführte Studie konnte keinen eindeutigen Überlebensvorteil durch eine ECMO-Therapie gegenüber herkömmlicher Beatmungstherapie bei Patienten mit schwerstem Lungenversagen belegen. „Hier gilt es zunächst die Studienergebnisse zu diskutieren und in weiteren Studien zu prüfen, welche Patienten von Verfahren wie ECMO profitieren“, sagt Professor John. Diese aktuellen Ergebnisse wird die DGIIN im Rahmen ihrer Jahrestagung diskutieren, die vom 13. bis 15. Juni 2018 in Köln stattfindet. Dann geht es auch um die Bedeutung von professionellem Pflegepersonal in der Intensivmedizin.

****Bei Abdruck Beleg erbeten****

Quellen:

Riessen R et al. Med Klin Intensivmed Notfmed 2018; doi.org/10.1007/s00063-018-0420-3;
Karagiannidis C et al. 2016; Intensive Care Med 42:889-896

EOLIA Studie: Combes A et al. NEJM 2018; 78:1965-75.

Kontakt für Journalisten:

Sabrina Hartmann

Pressestelle DGIIN

Postfach 30 11 20

70451 Stuttgart

Tel: 0711 89 31 649

Fax: 0711 89 31 167

E-Mail: hartmann@medizinkommunikation.org

REDEMANUSKRIFT

Für eine zukunftssichere Intensiv- und Notfallmedizinische Versorgung: Aktuelle Forderungen an die Gesundheitspolitik

Professor Dr. med. Reimer Riessen

Präsident der DGIIN, Leiter der Internistischen Intensivstation des Universitätsklinikums
Tübingen

Mit der vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) beschlossenen Einführung eines gestuften Systems für die stationäre Notfallversorgung und dem vom Sachverständigenrat Gesundheit vorgeschlagenen Aufbau von integrierten Notfallzentren (INZ) an Krankenhäusern ist die notfallmedizinische Versorgung aus ihrem jahrzehntelangen Schattendasein herausgekommen und zu einem der zentralen Themen in der aktuellen Gesundheitspolitik geworden. Ein weiteres Hauptthema ist der Pflegepersonalmangel, der auch die Intensiv- und Notfallmedizin stark betrifft.

Jetzt gilt es, diese sinnvollen Konzepte und Problembereiche auch vernünftig anzugehen:

1. Die Stufeneinteilung sollte Teil einer umfassenderen Krankenhausstrukturplanung sein, die auch die Besonderheiten der Versorgung auf dem Land und in städtischen Ballungsräumen berücksichtigt. Neben den Kapazitäten der Notaufnahme sind hier auch diejenigen auf den Intensivstationen zu berücksichtigen. Hierzu müssen jedoch noch bessere Daten zur Beschreibung der aktuellen Versorgungssituation erhoben werden.
2. Kliniken, die im Rahmen der Notfallversorgung eine wichtige Rolle spielen, sollten diese auch kostendeckend erbringen können und durch entsprechende Zuschläge für die anfallenden Vorhaltekosten eine finanzielle Absicherung bekommen. Dadurch sollten diese Krankenhäuser vom Zwang zur ständigen Leistungssteigerung und Personaleinsparung entlastet werden.
3. Die zur Übernahme der Krankenhaus-Investitionskosten verpflichteten Bundesländer sollten diese prioritär für die Neustrukturierung der stationären Notfallversorgung und den Auf- oder Ausbau von INZ ausgeben.
4. Die wichtigste Voraussetzung für eine qualitativ hochwertige Notfall- und Intensivmedizin ist eine ausreichende Ausstattung mit dafür qualifizierten Ärzten und Pflegekräften. An vielen Krankenhäusern bestehen hier Defizite, die durch Verbesserung der Arbeitsbedingungen, Personalbesetzungen und Vergütungsregelungen ebenso wie durch Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen angegangen werden sollten. Die alleinige Einführung von wahrscheinlich eher niedrig angesetzten Pflegepersonaluntergrenzen wird die Probleme hier nicht lösen.

5. Eine vernünftige Abbildung von Personalvorhaltekosten im Rahmen der notfall- und intensivmedizinischen Versorgung mit Anreizen für die Einhaltung sinnvoller Standards erfordert eine Reform der Vergütung dieser stationären und ambulanten Krankenhausleistungen. Aber auch die in einem INZ gemeinsam mit Kassenärzten erbrachte ambulante Versorgung benötigt neue Organisationsformen und Abrechnungsregeln.
6. Insgesamt sollte die Chance ergriffen werden, die stationäre und ambulante Versorgung, ebenso wie die Strukturen des Rettungsdienstes, besser zu vernetzen und das deutsche Gesundheitswesen hier gut für die Zukunft aufzustellen.
7. Nicht zuletzt sollte sich auch die Bevölkerung des Wertes der Notfallversorgung stärker bewusst werden und diese wertvollen Ressourcen nur in Anspruch nehmen, wenn eine wirkliche Notwendigkeit besteht. Neue Informations- und Beratungsangebote können hier vielleicht die Inanspruchnahme besser steuern.

(Es gilt das gesprochene Wort!)
Köln, Juni 2018

REDEMANUSKRIFT

Wie viel Intensivmedizin brauchen Patienten: Zwischen Lebensperspektive und Therapiebegrenzung – Intensivmediziner als Anwälte der Patienten

Professor Dr. med. Uwe Janssens

Generalsekretär der DGIIN, Chefarzt an der Klinik für Innere Medizin und Internistische Intensivmedizin am St.-Antonius-Hospital Eschweiler

Seit Beginn der modernen Intensivtherapie mit großen Fortschritten und Erfolgen in der Therapie schwerkranker Patienten haben sich nahezu unmerklich neue Herausforderungen für Intensivmediziner als Ergebnis der erfolgreichen modernen Medizin entwickelt. Im Gegensatz zu den Anfängen der Intensivmedizin sind die Patienten heutzutage deutlich älter und multimorbide. Viele Patienten versterben unter einer laufenden Maximaltherapie „an Maschinen“ und überlebende Patienten haben eine schwer reduzierte Lebensqualität mit lang andauernden Einschränkungen. Viele dieser schwerkranken Patienten können auch Monate später kein eigenbestimmtes Leben führen.

Im Jahr 2015 verstarben in Deutschland insgesamt 925.000 Menschen. Die Hälfte aller Sterbefälle ereignete sich während eines Krankenhausaufenthaltes (46 Prozent, statistisches Bundesamt 2016) und im Krankenhaus wiederum die Mehrzahl auf Intensivstationen (ITS). Die Sterblichkeit auf ITS beträgt zwischen 15 und 30 Prozent und wird maßgeblich durch das Lebensalter, die Art und Schwere der Erkrankung sowie die Dauer des Intensivaufenthalts beeinflusst. Bei der Mehrzahl der Todesfälle auf ITS wird im Vorfeld eine Entscheidung zur Therapiebegrenzung gefällt (bis zu 73 Prozent). Der Anteil der Patienten über 60 Jahre wird weltweit von 12 Prozent im Jahre 2013 auf 21 Prozent im Jahre 2050 zunehmen. Im Jahre 2050 werden zwei Milliarden Menschen \geq 60 Jahre alt sein und 400 Millionen Menschen \geq 80 Jahre. Diese Fakten haben eine unmittelbare Bedeutung für die Intensivmedizin, schon jetzt liegt der Anteil der über 80-jährigen Intensivpatienten bei zehn bis 20 Prozent aller Intensivaufnahmen.

Dem Sterben und mithin dem Tod unserer Patienten gehen somit komplexe Prozesse voraus, die jenseits der eigentlichen Intensivtherapie den Patienten und seine Angehörigen vor enorme Herausforderungen stellen.

In der Intensivmedizin kommt es immer wieder zu einer kompletten, teilweise irreversiblen Abhängigkeit des Patienten von lebensunterstützenden Apparaturen. Häufig wird die intensivmedizinische Behandlung nur mit schweren seelischen und körperlichen Defiziten überlebt, die für den Patienten nach Entlassung eine erhebliche Einschränkung seiner Lebensqualität und für die Angehörigen eine große und anhaltende Belastung bedeuten können.

Der Sinn einer Behandlung bezieht sich auf den Sinn des Therapieziels und die davon abhängenden diagnostischen, therapeutischen oder pflegerischen Maßnahmen. Dabei ist

die Frage nach der Sinnhaftigkeit ist nicht objektiv zu klären, sondern bedarf des Rückgriffs auf individuelle und subjektive Bewertungen, etwa zur Bedeutung von Leben, Sterben und Leid, zur Einschätzung von Lebensqualität oder zu Lebenszielen und Lebensentwürfen. Ein solcher Rückgriff kann intuitiv „aus dem Bauch heraus“ oder in Form eines reflektiert rationalen Prozesses erfolgen.

Dem Intensivmediziner kommt somit eine große Aufgabe und Verantwortung zu: Er ist der einzige, der eine ärztliche Indikation stellen kann, die aber immer den Patienten mit seinen Einstellungen, Wünschen, Lebensentwürfen im Blick haben sollte. Somit sind Intensivmediziner und Patienten, beziehungsweise der Stellvertreter, als gleichwertige Partner zu sehen, die gemeinsam ein sinnvolles, glaubhaftes und nachvollziehbares Therapieziel formulieren und daran die Entscheidungen für oder gegen eine Therapie ausrichten.

Wenn ein Therapieziel aus professioneller Einschätzung nur mit sehr geringer Wahrscheinlichkeit erreicht werden kann, sind die darauf ausgerichteten Behandlungsmaßnahmen nicht von vornherein sinnlos, sondern nur fraglich oder zweifelhaft indiziert. In solchen Situationen muss der Arzt die Sinnhaftigkeit der Behandlung aus Patientensicht kritisch und eingehend mit allen Beteiligten klären. Wenn Behandlungsmaßnahmen als sinnlos bewertet werden, ist eine Therapiezieländerung unumgänglich.

Ob die erreichbaren Therapieziele auch gewünscht oder angestrebt werden, kann nur der Patient entscheiden. Hier spielen unter anderem seine Werte, weltanschaulichen/religiösen Bindungen, Lebensentwürfe, Zukunftspläne, Hoffnungen und Ängste eine Rolle. Damit der Patient oder gegebenenfalls sein juristischer Stellvertreter eine Bewertung der grundsätzlich erreichbaren Therapieziele vornehmen kann, ist eine eingehende ärztliche Beratung über den zu erwartenden Zustand nach Erreichen des Therapieziels geboten.

In der Prognosestellung kommt der Irreversibilität eines Krankheitszustands eine besondere Bedeutung zu. Irreversibilität ist weniger eine objektiv feststellbare Tatsache als vielmehr eine professionelle Einschätzung und enthält auch subjektive und individuelle Bewertungen. Daher sollte diese Zuschreibung einer Irreversibilität in einem breiten multiprofessionellen Teamkonsens erfolgen. Da eine genaue Vorhersage des Schicksals eines einzelnen Patienten prinzipiell unmöglich ist, muss in diesem Konsens auch die tolerierbare Restunsicherheit geklärt werden.

Aus Patientensicht spielt bei der Bewertung einer Prognose nicht nur die Erfolgswahrscheinlichkeit eine Rolle. Es erscheint zwar bei einer hohen Erfolgswahrscheinlichkeit rational, die Prognose als gut zu bewerten und demzufolge

optimistisch zu reagieren. Entsprechend kann eine niedrige Erfolgswahrscheinlichkeit eine pessimistische Bewertung rechtfertigen.

Aber selbst bei geringer Erfolgswahrscheinlichkeit sehen viele Patienten Grund zur Hoffnung. Ob aus Sicht eines Menschen Hoffnung besteht, richtet sich in diesem Fall weniger nach der faktisch bestehenden Wahrscheinlichkeit als vielmehr nach der Möglichkeit eines positiven Ausgangs. Die unterschiedliche Bedeutung von Optimismus und Hoffnung sollte deshalb bei der Beratung des Patienten oder seines Stellvertreters berücksichtigt werden.

Die als sinnvoll erachteten Behandlungsmaßnahmen dürfen nur durchgeführt werden, wenn sie dem geäußerten oder mutmaßlichen Patientenwillen entsprechen. Daher ist es in jedem Fall erforderlich, den Patientenwillen zu ermitteln. Eine Bewertung des Patientenwillens auf Grundlage der eigenen Wertmaßstäbe des Behandlungsteams darf hingegen nicht handlungsleitend sein.

Der Patientenwille ist nicht immer eindeutig und kann sich im Verlauf einer Behandlung verändern. Insbesondere bei konkurrierenden oder widerstrebenden Interessen ist eine wiederholte Beratung und Unterstützung durch das Behandlungsteam hilfreich. In Bezug auf den Sinn weiterer Behandlungsmaßnahmen kann auch eine erhebliche Ambivalenz vorliegen. Im Rahmen einer Beratung sollten die Werthaltungen des Patienten und seine mutmaßliche Perspektive auf den Erkrankungsverlauf angesprochen werden.

Die Bewertung der vorhandenen und erreichbaren Lebensqualität wird durch die Mitglieder des Behandlungsteams intuitiv vorgenommen, darf aber nicht als Grundlage für die Beurteilung der Sinnlosigkeit der weiteren Behandlung dienen. Diese ist ausschließlich dem Patienten vorbehalten. Damit diese Bewertung aus Patientensicht gelingen kann, ist eine ehrliche und verständliche Information über die aus den möglichen Krankheitsverläufen resultierenden Einschränkungen der Lebensqualität unerlässlich. Dabei müssen gewünschte und unerwünschte Behandlungsergebnisse und die sich daraus ergebenden Konsequenzen sowohl für die Patienten als auch die Angehörigen (zum Beispiel Überleben ohne Wiedererlangen des Bewusstseins) gleichermaßen erörtert werden.

Die Einschätzung der aktuellen und zukünftigen Lebensqualität kann nur vom Patienten selbst und zuverlässig nur für die aktuelle Situation beantwortet werden. Einschränkend für die Bewertung einer möglichen zukünftigen Lebensqualität gilt, dass sie sich durch das Erleben der tatsächlichen Situation ändern kann. Beispielsweise kann das Leben im Rollstuhl von einem derzeit gesunden Menschen als nicht akzeptabel bewertet werden, dagegen kann derselbe Mensch im Falle des tatsächlichen Erlebens dieser Situation diese als durchaus lebenswert erfahren.

*Pressekonferenz der Deutschen Gesellschaft für Internistische Intensivmedizin und Notfallmedizin
anlässlich der 50. gemeinsamen Jahrestagung der DGIIN und der ÖGIAIN
Mittwoch, 13. Juni 2018, 11.30 bis 12.30 Uhr, Köln*

Wenn aus Sicht des Patienten die Weiterbehandlung sinnlos ist, kann sie nicht durch eine vermeintliche Hilfeleistungspflicht gerechtfertigt werden, sondern entspricht juristisch dem Tatbestand einer strafbewehrten Körperverletzung.

Fragen über Sinn oder Sinnlosigkeit von Therapiezielen und Behandlungsmaßnahmen erfordern eine Bewertung durch die einzelnen Beteiligten. Die Frage, ob eine Erfolgswahrscheinlichkeit ausreichend groß ist, oder ob der Patientenwille mit ausreichender Sicherheit festgestellt werden konnte, muss individuell geklärt und kann nicht immer objektiv gesichert werden.

(Es gilt das gesprochene Wort!)
Köln, Juni 2018

REDEMANUSKRIPT

Wie lassen sich Versorgungsengpässe vermeiden, die durch den Intensivpflegemangel entstehen?

Professor Dr. med. Christian Karagiannidis

Mitglied im wissenschaftlichen Beirat der DGIIN, leitender Oberarzt an der Lungenklinik Köln-Merheim der Kliniken der Stadt Köln

In einer kürzlich von uns im Deutschen Ärzteblatt publizierten Umfrage unter den Weiterbildungsbefugten für Intensivmedizin in Deutschland¹ kristallisierte sich leider eine zunehmende Schließung von Intensivbetten aufgrund eines prädominanten Intensivpflegemangels heraus. Hierdurch war auch die unmittelbare Versorgung von Notfällen eingeschränkt. Der Fachkräftemangel und die damit verbundene Einschränkung in der intensivmedizinischen Versorgung nimmt in den letzten ein bis zwei Jahren deutlich an Fahrt auf, und hat zu einer nicht mehr wegzudiskutierenden Krise in der Intensivmedizin geführt.

Um dauerhaft und nachhaltig drohende Versorgungsengpässe, die teils schon Realität geworden sind, zu vermeiden, benötigt es einen umfassenden und nachhaltigen Handlungsplan aller Akteure im Gesundheitswesen. Zur Generierung von Fachpersonal ist insbesondere eine deutlich bessere Bezahlung von Pflegekräften, insbesondere Intensivpflegekräften, zwingend notwendig. Wir fordern daher einen unabhängigen Topf für eine deutliche Lohnerhöhung von mindestens 500 bis 1.000 Euro für Intensivpflegekräfte. Dieser außertarifliche Topf sollte sich, so unser Vorschlag, aus den Überschüssen der Krankenversicherungen finanzieren. Die bessere Bezahlung ist ein ganz wesentlicher Bestandteil in der Gewinnung und dauerhaften Bindung von Pflegepersonal. Es soll ausdrücklich erwähnt sein, dass Zeitarbeit zur kurzfristigen Schließung von Lücken die Strukturen in der Intensivmedizin nachhaltig zerstört, da die weitaus bessere Bezahlung der Zeitarbeiter im Verhältnis zum Stammpersonal zu einem großen sozialen Ungleichgewicht führt, deren medizinische Versorgungsqualität aber nicht selten denen der Stammkräfte hinterherhinkt.

Über die Bezahlung hinaus müssen sich aber auch die Rahmenbedingungen in der Intensivmedizin mit ihrer harten physischen und psychischen Arbeit verbessern. Hierzu gehören neue alternative Arbeitszeitmodelle, sodass beispielsweise auch die in der Intensivpflege tätige Mutter ihr Kind erst in eine Kita bringen kann und danach trotzdem ihrer regulären Dienstätigkeit nachgehen kann. Hier sind alle Beteiligten gefordert, Modelle zu generieren, die es den Mitarbeitern ermöglichen, insbesondere auch bei bestehender familiärer Belastung trotzdem in der Intensivmedizin zu arbeiten. Weiterhin wichtig ist ein reformiertes strukturiertes und praxisnahes Ausbildungssystem, welches

über die normale Fachweiterbildung Anästhesie/Intensivpflege hinausgeht, der besseren Qualifikation dient und junge Pflegekräfte frühzeitig für die Intensivmedizin motiviert. Mit einer verbesserten Qualifikation kann eine erhöhte Verantwortungsübernahme und sukzessive bessere Bezahlung einhergehen. Hier könnte ein praxisorientierter Pflege-Master für Critical Care ein zukünftiger wesentlicher Bestandteil werden, auch wenn dies nicht dazu führen darf, dass sich Intensivpflegekräfte vom Patienten abwenden.

Auch die Intensivmedizin muss sich selbstkritisch fragen, ob alles heutzutage technisch Mögliche auch wirklich immer sinnvoll eingesetzt wird. Um hier einer emotionalen Debatte vorzubeugen, ist die wissenschaftliche Intensivmedizin in Deutschland in der Pflicht, große Langzeit-Outcome-Daten zu generieren, um eine verlässliche Datengrundlage für eine Diskussion zu generieren. Hier sollte das Hauptaugenmerk nicht nur auf die Überlebensrate der Patienten gelegt werden, sondern insbesondere auch auf die Lebensqualität nach dem intensivstationären Aufenthalt. Eine Finanzierung groß angelegter Studien über das BMBF ist hier mehr als wünschenswert.

Insgesamt müssen wir die Rahmenbedingungen für die Intensivpflege schnell und nachhaltig verbessern und den Berufsstand deutlich aufwerten. Hier kann sicherlich auch eine Imagekampagne der Bundesregierung für das Berufsbild „Pflege allgemein und speziell Intensivpflege“ helfen, die Engpässe zu verbessern, insbesondere dann, wenn eine deutliche Erhöhung der Gehälter möglich erscheint.

(Es gilt das gesprochene Wort!)
Köln, Juni 2018

¹<https://www.aerzteblatt.de/archiv/196797/Intensivmedizin-Intensivpflegemangel-fuehrt-zu-drohender-Unterversorgung>

REDEMANUSKRIPT

High-Tech Intensivmedizin mit Organersatzverfahren – Chancen und Risiken

Professor Dr. med. Stefan John

Präsident elect der DGIIN, Leiter des Funktionsbereiches Intensivmedizin sowie Leiter des Arbeitskreises Intensivmedizin der Universitätsklinik der Paracelsus Medizinischen Privatuniversität, Nürnberg

Organfunktionsstörungen gehören zu den Hauptcharakteristiken der auf der Intensivstation behandelten Patienten. Neben dem erweiterten Monitoring der Organfunktion muss auf der Intensivstation häufig ein akuter Organersatz erfolgen, damit der Patient überleben kann. Diesbezüglich haben sich die Möglichkeiten der modernen Intensivmedizin in den letzten Jahren im Sinne einer „High-Tech-Medizin“ immer weiter verbessert. Bei den extrakorporalen Systemen gibt es eine Vielzahl technischer Innovationen, wie beispielsweise die Miniaturisierung der Systeme, die Weiterentwicklung der Kanülen, der Schlauchsysteme und der Elektronik; letztlich alles mit dem Ziel einer einfacheren und sichereren Handhabung. Auch dadurch begründet, nimmt der Einsatz von Organersatzverfahren auf den Intensivstationen, gerade in Deutschland, kontinuierlich zu.

Seit den Anfängen der Intensivmedizin im Rahmen der Polioepidemie in Dänemark in der 1950er-Jahren nimmt die maschinelle Beatmung eine zentrale Bedeutung bei der Behandlung des Lungenversagens ein. Ein weiterer Meilenstein war parallel die Einführung der extrakorporalen Nierenersatztherapie. Bereits in den 1970er-Jahren wurde versucht, besonders schwere Formen des Lungenversagens mit einer extrakorporalen Membranoxygenierung (ECMO) als zusätzlichem Organersatzverfahren zu behandeln, damals noch frustran.

Im Rahmen der H1N1-Influenzaepidemie im Jahr 2009 erlebte die ECMO-Therapie jedoch eine Renaissance. Die hohe Anzahl von schweren, aber reversiblen Lungenversagen („Acute Respiratory Distress Syndrome“, ARDS) bei oft jüngeren und zuvor gesunden Patienten traf hier auf wesentliche Verbesserungen in der ECMO-Technologie. Die in Studien berichtete Mortalität von H1N1-Patienten, die mit einer ECMO behandelt wurden, lag dabei etwa 25 bis 40 Prozent unter der sonst bei schwerem ARDS zu erwartenden Mortalität. Seitdem berichten Arbeiten aus Deutschland, den USA und anderen Ländern über einen drei- bis vierfachen Anstieg des Einsatzes der zumeist venovenösen (vv-)ECMO beim Lungenversagen innerhalb von wenigen Jahren. Auch beim kardiogenen Schock und akuten Myokardinfarkt werden die venoarterielle (va-)ECMO (auch als „Extracorporeal Life Support“, ECLS, bezeichnet) und andere perkutane mechanische Herzunterstützungssysteme immer mehr eingesetzt. Studien aus den USA berichten über eine 30-fache Steigerung der Anwendungsrate in den Jahren

2007 bis 2012. Auch wenn viele Einzelfallberichte, Fallserien und Erfahrungen an entsprechenden Zentren darauf hindeuten, dass die Behandlung mit einer ECMO schwerkranken Patienten mit Herz- und Lungenversagen ein Überleben ermöglichen kann, fehlt es auch hier weiterhin an klarer Evidenz aus qualitativ hochwertigen Studien.

Key Notes:

Extrakorporale Organersatzverfahren können bei schwersten Formen des Lungenversagens oder bei kardiogenem Schock dazu dienen, die kritische Krankheitsphase bis zur Ausheilung, bis zu einer Transplantation oder Implantation eines permanenten Herzunterstützungssystems zu überbrücken.

Da diese Verfahren mit einer Rate an tödlichen Komplikationen von bis zu zehn Prozent behaftet sind, ist die Indikation sehr sorgfältig zu stellen.

Von besonderer Bedeutung ist die richtige Patientenselektion, die verschiedene Aspekte des akuten Krankheitsbilds, der Komorbiditäten und des funktionellen Status des Patienten sowie eine Abklärung des Patientenwillens umfassen sollte.

Bei insgesamt noch geringer wissenschaftlicher Evidenz für diese Verfahren ist es sinnvoll, dass ECMO-Therapien derzeit noch in dafür besonders qualifizierten Zentren angewendet und dort auch wissenschaftlich ausgewertet werden.

(Es gilt das gesprochene Wort!)
Köln, Juni 2018

Curriculum Vitae

Professor Dr. med. Michael Buerke
Tagungspräsident der gemeinsamen Jahrestagung der DGIIN
und ÖGIAIN, Chefarzt an der Klinik für Kardiologie, Angiologie
und Internistische Intensivmedizin am St. Marienkrankenhaus
Siegen



Beruflicher Werdegang:

Prof. Dr. med. Michael Buerke studierte von 1984 bis 1990 Humanmedizin an der Universität Gießen. Er begann seine Facharztausbildung 1990 an der II. Medizinischen Klinik der Johannes Gutenberg-Universität in Mainz.

Er absolvierte mehrjährige Forschungsaufenthalte in Philadelphia und Salt Lake City.

1999 absolvierte er die Facharztanerkennung für Innere Medizin, 2001 die Zusatzweiterbildung Kardiologie, 2005 die Zusatzweiterbildung Internistische Intensivmedizin. 2000 erfolgte die Habilitation im Fach Inneren Medizin und 2008 Ernennung zum Professor.

Professor Buerke wechselte 2002 an die Universitätsklinik und Poliklinik für Innere Medizin III der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg in die Abteilung von Professor Werdan als Oberarzt/leitender Oberarzt.

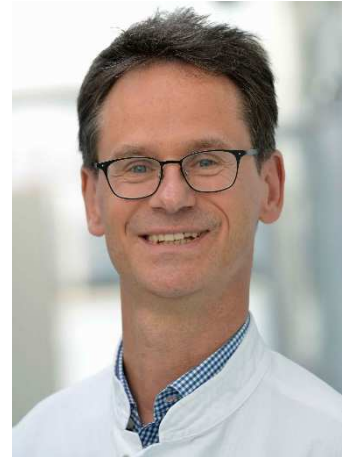
Seit dem 01.10.2011 ist er Chefarzt der Medizinischen Klinik II, Klinik für Kardiologie, Angiologie, Internistische Intensivmedizin am St. Marienkrankenhaus in Siegen.

Professor Buerke war Präsident der Deutschen Gesellschaft für Internistische Intensiv- und Notfallmedizin in der Zeit von 2010 bis 2012. Derzeit ist Professor Buerke Herausgeber der ISI-gelisteten deutschsprachigen intensivmedizinischen Zeitschrift „Medizinische Klinik – Intensivmedizin und Notfallmedizin“.

Er ist Kongresspräsident der 50. gemeinsamen Jahrestagung der DGIIN und ÖGIAIN in Köln 2018.

Curriculum Vitae

Professor Dr. med. Reimer Riessen
Präsident der DGIIN, Ärztlicher Leiter der Internistischen
Intensivstation des Universitätsklinikums Tübingen



Beruflicher Werdegang:

- Medizinstudium und Promotion an der Medizinischen Universität zu Lübeck
- Ab 1990 Facharztausbildung in der Medizinischen Klinik III (Kardiologie) des Universitätsklinikums Tübingen
- Von 1992 bis 1993 Forschungsaufenthalt an der Tufts University in Boston, USA
- Erwerb der Facharztbezeichnung Innere Medizin, Kardiologie sowie der Zusatzbezeichnung Internistische Intensivmedizin
- Habilitation im Jahr 2000 und Ernennung zum außerplanmäßigen Professor im Jahr 2006
- Seit 2004 Ärztlicher Leiter der Internistischen Intensivstation des Universitätsklinikums Tübingen
- 2016 bis 2018 Präsident der Deutschen Gesellschaft für Internistische Intensivmedizin und Notfallmedizin

Curriculum Vitae

Professor Dr. med. Uwe Janssens
Generalsekretär der DGIIN, Chefarzt an der
Klinik für Innere Medizin und Internistische
Intensivmedizin am St.-Antonius-Hospital
Eschweiler



Beruflicher Werdegang:

Uwe Janssens studierte von 1979 bis 1986 Humanmedizin in Düsseldorf und arbeitete anschließend als Assistenzarzt in der Medizinischen Klinik des Bethesda-Krankenhauses Mönchengladbach.

Im Rahmen der Weiterbildung wechselte er 1992 an die Universitätsklinik Aachen, wo er ab 1995 als Oberarzt, ab 2001 als Leitender Oberarzt an der internistisch-kardiologischen Intensivstation tätig war.

Die Facharztanerkennung für Innere Medizin erhielt er 1994, die Teilgebietsbezeichnung Kardiologie im Jahr 1997. Die Habilitation erfolgte im Jahr 2000.

Von 2003 bis 2004 war Janssens Chefarzt an der Abteilung für Kardiologie, Pulmologie und Internistische Intensivmedizin des Caritas-Krankenhauses Bad Mergentheim. Seit 2005 leitet er die Klinik für Innere Medizin und Internistische Intensivmedizin am St.-Antonius-Hospital in Eschweiler.

In den Jahren 2006 bis 2008 stand er als Präsident der Deutschen Gesellschaft für Internistische Intensivmedizin und Notfallmedizin vor, seit 2013 ist er deren Generalsekretär.

Seit 2017 ist Professor Janssens gewählter Präsident der DIVI (Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin e. V.), ab 2019 wird er für zwei Jahre Präsident der DIVI sein.

Curriculum Vitae

Professor Dr. med. Christian Karagiannidis,
Mitglied im wissenschaftlichen Beirat der
DGIIN, leitender Oberarzt an der Lungenklinik
Köln-Merheim der Kliniken der Stadt Köln



1994–2001	Medical school Düsseldorf
2001–2002	First year resident Lungenklinik Hemer
2002–2005	Assistant doctor and Research Assistant: HGK Davos-Wolfgang and Swiss Institute for Allergy and Asthma Research (SIAF, Davos, Switzerland)
2004	Dissertation: "Differential expression and common function of Activin A and TGF-beta 1 in asthma"
2006–2007	Assistant Doctor Internal Medicine/Cardiology MH Hospital Gelsenkirchen
2007–2011	Research Assistant and specialization in Internal Medicine, Pneumology and Critical Care Medicine, University Hospital Regensburg, Dep. of Internal Medicine II
2011	Leading consultant in Critical Care Medicine ARDS and ECMO Centre Cologne-Merheim, Department of Pneumology and Critical Care Medicine
2011	Habilitation: "Induction and Modulation of immunoregulatory cells in asthma and influence on airway remodelling"
2016	W2 Professorship "extracorporeal lung support" University Witten-Herdecke
2017	BMBF funded project on development of long-term artificial lung support in cooperation with Enmodes, Aachen

Honors and awards

- | | |
|------|--|
| 2004 | Curt-Dehner Price for chronic obstructive pulmonary diseases
("Glucocorticoids upregulate FOXP3 expression and regulatory T cells in asthma", J Allergy Clin Immunol. 2004 Dec; 114(6):1425-33.) |
| 2011 | 2 nd price of the German Society of Respiratory Medicine
("Autoregulation of ventilation with neurally adjusted ventilatory assist on extracorporeal lung support", Intensive Care Med. 2010 Dec; 36(12):2038-44) |
| 2015 | Posterprice German Society for medical intensive care medicine and emergency medicine („Veno-venous extracorporeal CO2 removal for the treatment of severe respiratory acidosis: pathophysiological and technical considerations." Crit Care. 2014 Jun 17;18(3):R124 |
| 2016 | Price Intensive Care Medicine from the German Society for medical intensive care medicine and emergency medicine („Extracorporeal membrane oxygenation: evolving epidemiology and mortality" Intensive Care Med. 2016 May;42(5):889-96) |

Main research focus

- Pathophysiology and clinical application of ECMO and ECCO₂R in severe lung failure
- Short and long term respiratory support
- Neurally adjusted ventilator assist (NAVA) in COPD and restrictive lung diseases
- Electrical impedance tomographie (EIT) in ARDS and COPD
- Viral pneumonia and invasive aspergillosis in ARDS
- Tracheostomy

Selected original publications in chronological order

Karagiannidis C, Brodie D, Strassmann S, Stoelben E, Philipp A, Bein T, Müller T, Windisch W Extracorporeal membrane oxygenation: evolving epidemiology and mortality. **Intensive Care Med.** 2016 May;42(5):889-96

Karagiannidis C, Kampe KA, Sipmann FS, Larsson A, Hedenstierna G, Windisch W, et al. Veno-venous extracorporeal CO₂ removal for the treatment of severe respiratory acidosis: pathophysiological and technical considerations. **Critical care.** 2014;18(3):R124.

Karagiannidis C, Lubnow M, Philipp A, Riegger GA, Schmid C, Pfeifer M, et al. Autoregulation of ventilation with neurally adjusted ventilatory assist on extracorporeal lung support. **Intensive care medicine.** 2010;36(12):2038-44.

Müller T, Philipp A, Luchner A, **Karagiannidis C**, Bein T, Hilker M, et al. A new miniaturized system for extracorporeal membrane oxygenation in adult respiratory failure. **Critical care.** 2009;13(6):R205.

Müller T, Schroll S, Philipp A, **Karagiannidis C**, Amann M, Lunz D, et al. The ECMOnet score: a useful tool not to be taken absolutely. **Intensive care medicine.** 2013;39(8):1499-500.

Mantel PY, Ouaked N, Ruckert B, **Karagiannidis C**, Welz R, Blaser K, et al. Molecular mechanisms underlying FOXP3 induction in human T cells. **Journal of immunology.** 2006;176(6):3593-602.

Karagiannidis C, Velehorsch V, Obertriffter B, Macha HN, Linder A, Freitag L. High-level expression of matrix-associated transforming growth factor-beta1 in benign airway stenosis. **Chest.** 2006;129(5):1298-304.

Karagiannidis C, Hense G, Rueckert B, Mantel PY, Ichtors B, Blaser K, et al. High-altitude climate therapy reduces local airway inflammation and modulates lymphocyte activation. **Scandinavian journal of immunology**. 2006;63(4):304-10.

Karagiannidis C, Hense G, Martin C, Epstein M, Ruckert B, Mantel PY, et al. Activin A is an acute allergen-responsive cytokine and provides a link to TGF-beta-mediated airway remodeling in asthma. **Journal of allergy and clinical immunology**. 2006;117(1):111-8.

Karagiannidis C, Ruckert B, Hense G, Willer G, Menz G, Blaser K, et al. Distinct leucocyte redistribution after glucocorticoid treatment among difficult-to-treat asthmatic patients. **Scandinavian journal of immunology**. 2005;61(2):187-96.

Karagiannidis C, Akdis M, Holopainen P, Woolley NJ, Hense G, Ruckert B, et al. Glucocorticoids upregulate FOXP3 expression and regulatory T cells in asthma. **Journal of allergy and clinical immunology**. 2004;114(6):1425-33.

Akdis M, Verhagen J, Taylor A, Karamloo F, **Karagiannidis C**, Cramer R, et al. Immune responses in healthy and allergic individuals are characterized by a fine balance between allergen-specific T regulatory 1 and T helper 2 cells. **Journal of experimental medicine**. 2004;199(11):1567-75.

Membership

European Respiratory Society, German Society for Respiratory Medicine, ESICM, ELSO, DGIIN and DIVI

Curriculum Vitae

Professor Dr. med. Stefan John
Präsident elect der DGIIN, Leiter des Funktionsbereiches
Intensivmedizin sowie Leiter des Arbeitskreises
Intensivmedizin der Universitätsklinik der Paracelsus
Medizinischen Privatuniversität, Nürnberg



Beruflicher Werdegang:

- | | |
|-----------|--|
| 1982–1989 | Studium der Humanmedizin an den Universitäten Berlin und Würzburg. (Er promoviert über die diagnostische Wertigkeit der Fiberbronchoskopie an einem poliklinischen Krankengut.) |
| 1989–1995 | Ausbildung Innere Medizin Universität Erlangen-Nürnberg |
| 1993–1994 | Ausbildung Intensive Care Medicine Guys & St. Thomas' Hospital London |
| 1994 | Anästhesiologische Intensivmedizin Klinikum Nürnberg |
| 1995 | Facharzt Innere Medizin |
| 1997 | Zusatzbezeichnung Internistische Intensivmedizin |
| 2000 | Teilgebietsbezeichnung Nephrologie |
| 2000 | Habilitation über die Bedeutung der Endothelfunktion bei Hypercholesterinämie |
| 2009 | Ernennung zum außerplanmäßigen Professor der Universität Erlangen-Nürnberg |
| Seit 2000 | Oberarzt der Medizinischen Klinik 4 der Universität Erlangen-Nürnberg, Schwerpunkt Nephrologie-Hypertensiologie und dort
Leiter des Funktionsbereichs Intensivmedizin in Erlangen und Nürnberg sowie Leiter des |

*Pressekonferenz der Deutschen Gesellschaft für Internistische Intensivmedizin und Notfallmedizin
anlässlich der 50. gemeinsamen Jahrestagung der DGIIN und der ÖGIIN
Mittwoch, 13. Juni 2018, 11.30 bis 12.30 Uhr, Köln*

interdisziplinären „Arbeitskreises Intensivmedizin“ am

Klinikum Nürnberg

2016

Wahl zum President Elect der DGIIN

Wissenschaftlich-klinische Schwerpunkte:

- Endothelfunktion
- Sepsis
- akutes Nierenversagen
- Nierenersatzverfahren

Sonstiges:

Weiterbildungsermächtigung für Intensivmedizin der Bayerischen Landesärztekammer
(BLÄK)