



Positionspapier der Deutschen Gesellschaft für Internistische Intensivmedizin und Notfallmedizin (DGIIN) zur Internistischen Intensivmedizin

Die Internistische Intensivmedizin im Spannungsfeld von Eigenständigkeit, Anbindung an die Innere Medizin und Interdisziplinarität

Intensivstationen sind wesentliche Zentralsbereiche einer Klinik. Um eine hohe intensivmedizinische Versorgungsqualität zu erreichen, müssen im Behandlungsteam allgemeine intensivmedizinische Kompetenzen, aber auch die fachspezifischen Kompetenzen zur Behandlung der Grunderkrankungen der Patienten vorhanden sein. Dafür bedarf es spezialisierter Intensivmediziner mit entsprechend breitem Fachwissen. Dieses gilt insbesondere und unverzichtbar für Leitungspositionen. Die enge Kooperation mit anderen mitbehandelnden Fachabteilungen und Intensivmediziner aus anderen Fachbereichen ist ebenfalls unverzichtbar.

Die Intensivmedizin ist ein wichtiger und integraler Bestandteil der Inneren Medizin

Bei vielen schweren und lebensbedrohlichen internistischen Erkrankungen ist eine intensivmedizinische Behandlung eine wesentliche Voraussetzung für den Therapieerfolg.

Die Möglichkeit einer intensivmedizinischen Überwachung und ggf. auch

Therapie ist Voraussetzung für die Anwendung zahlreicher interventioneller und pharmakologischer Therapien in den internistischen Spezialdisziplinen, speziell zur Prävention und Behandlung von Komplikationen.

Während die Fachbereiche der Inneren Medizin zunehmend auf die Diagnostik und Therapie einzelner Organsysteme spezialisiert sind, ist die Intensivmedizin sehr breit auf Funktionsstörungen und Erkrankungen aller lebenswichtigen Organsysteme ausgerichtet. Dies ist von besonderer Bedeutung bei der zunehmenden Anzahl von geriatrischen und multimorbiden Patienten. In der Internistischen Intensivmedizin finden sich prinzipiell alle Fachgebiete der Inneren Medizin in mehr oder weniger unterschiedlicher Ausprägung wieder. Die Internistische Intensivmedizin muss dabei zum einen die Breite der Inneren Medizin, bei speziellen Probleme aber auch die Tiefe der einzelnen Fachbereiche der Inneren Medizin abdecken.

Die Innere Medizin und ihre Fachbereiche sollten die Bedeutung der Internistischen Intensivmedizin für die Versorgung internistischer Patienten herausstellen und die Intensivmedizin in medizinischer, organisatorischer, personeller und wissenschaftlicher Hinsicht nachhaltig unterstützen [9].

Die Innere Medizin ist ein wichtiger und integraler Bestandteil der Intensivmedizin

Intensivmediziner benötigen fundierte Kenntnisse in der Ätiologie und Pathogenese akuter und chronischer internistischer Erkrankungen, deren diagnostischer und differenzialdiagnostischer Abklärung unter Einsatz zahlreicher apparativer diagnostischer Verfahren (z. B. Labor, EKG, Sonographie/Echokardiographie, Endoskopie). In gleicher Weise müssen sie über entsprechende Erfahrung und Kenntnisse in der pharmakologischen, interventionellen und apparativen Behandlung (z. B. Herzkatheteruntersuchungen, endoskopische Verfahren, Nierenersatztherapie, Verfahren zur Behandlung der akuten und chronischen respiratorischen Insuffizienz) verfügen. Diese Kenntnisse sind ein Schwerpunkt der Inneren Medizin.

In allen Bereichen der Erwachsenenintensivmedizin nimmt aufgrund der demographischen Entwicklung die Bedeutung der Behandlung von alten, multimorbiden und schwer chronisch kranken Patienten zu. Speziell bei dieser Patientengruppe ist eine kompetente internistische Beurteilung des Schweregrads dieser Erkrankungen und der damit verbundenen Prognose essenziell, um gemeinsam mit den Patienten und/oder Angehörigen verantwortungsvolle The-

rapieentscheidungen für eine intensiv- oder auch palliativmedizinische Therapie treffen zu können. Diese Aspekte sind in den Weiterbildungsordnungen anderer in der Intensivmedizin vertretener Disziplinen nur wenig abgebildet. Daher ist es absolut notwendig, dass ein primär internistischer Patient täglich internistisch fachärztlich betreut wird.

Fundierte Kenntnisse in der Diagnose, Differenzialdiagnose, Behandlung und Prognosebeurteilung akuter und chronischer innerer Erkrankungen sind ein wesentlicher Bestandteil der Intensivmedizin. Auch in der operativen Intensivmedizin gewinnen diese Aspekte durch die Zunahme von multimorbiden und älteren Patienten immer mehr an Bedeutung. Die Innere Medizin muss sich daher in die Betreuung von Intensivpatienten und in die Qualifikation von Intensivmedizinern engagiert einbringen.

Intensivmedizin ist fächerübergreifend, interdisziplinär und interprofessionell

Neben den genannten internistisch geprägten Schwerpunkten in der Intensivmedizin gibt es einen großen Bereich von Gemeinsamkeiten und Überlappungen mit der operativ-anästhesiologischen und neurologischen Intensivmedizin. Beispielhaft genannt seien hier die Bereiche Reanimation, Schockbehandlung, Beatmungstherapie, Sedierung, Analgesie und Delirbehandlung, Prävention und Behandlung schwerer Infektionen sowie Ernährungstherapie. Hier gelten weitgehend identische intensivmedizinische Standards. Intensivmediziner aus unterschiedlichen Fachbereichen sollten daher eng miteinander kooperieren und gemeinsame Leitlinien bzw. Behandlungsstandards entwickeln. Auf der Ebene der Fachgesellschaften gibt es hier mit der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI) ein besonders geeignetes übergeordnetes Forum [2].

Intensivmediziner mit anästhesiologischer oder chirurgischer Ausbildung bringen schwerpunktmäßig besondere Kenntnisse aus der operativen Medizin und der Polytraumaversorgung in die

Intensivmedizin ein. Speziell anästhesiologische Intensivmediziner verfügen in der Regel über besondere Kenntnisse z. B. im Atemwegsmanagement und in der Anlage von Gefäßzugängen, die bei der Versorgung von Intensivpatienten und in der intensivmedizinischen Ausbildung von großem Wert sind.

Bereits im Jahr 2007 wurden gemeinsame Empfehlungen zur Organisation der Intensivmedizin von der Deutschen Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin (DGAI) und des Berufsverbands Deutscher Anästhesisten (BDI) sowie der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin (DGIM) und der DGIIN veröffentlicht, die weiterhin Gültigkeit besitzen [8]. Diese sehen vor, dass konservative Intensivstationen durch Internisten und die operativen Intensivstationen von Anästhesisten oder Chirurgen geleitet werden. Auf interdisziplinären Intensivstationen sollen entsprechende kooperative Leitungsmodelle gelten [8].

Intensivstationen sind generell geprägt durch ausgeprägte Interaktionen mit anderen konservativen oder operativen Fachbereichen bzw. anderen Klinikabteilungen (z. B. Physiotherapie, Mikrobiologie, Hygiene, Pharmazie etc.). Unabhängig von der Organisationsform einer Intensivstation sollten Intensivpatienten jeweils nach den gleichen hohen Standards versorgt werden.

Die Qualität der Intensivpflege und der interprofessionellen Zusammenarbeit von Ärzten, Intensivpflegekräften, Atmungstherapeuten, Physiotherapeuten und Seelsorgern ist in allen Bereichen der Intensivmedizin von höchster Bedeutung. Intensivmediziner aller Bereiche sollten gemeinsam die Einhaltung ausreichender Stellenschlüssel und Qualitätsstandards in der Intensivpflege sicherstellen, wie sie z. B. in den Strukturempfehlungen der DIVI formuliert sind [10]. Ärzte, Pflegekräfte und ggf. weitere Therapeuten bilden gemeinsam ein Intensivbehandlungsteam. Speziell bei sehr großen Intensivstationen ist ggf. durch Aufteilung in kleinere Unterbereiche darauf zu achten, dass diese Teamstrukturen erhalten bzw. gefördert werden.

Insgesamt sollten Intensivmediziner aller Fachrichtungen eng kooperieren und sich gemeinsam für die Bedürfnisse der Intensivmedizin innerhalb der Kliniken, aber auch nach außen einsetzen.

Intensivmedizin und Notfallmedizin sind eng miteinander verbundene Zentralbereiche einer Klinik

Wie die Intensivmedizin ist auch die Notfallmedizin gekennzeichnet durch eine ausgeprägte interdisziplinäre und interprofessionelle Zusammenarbeit. Auch in Bezug auf organisatorische Strukturen, Leitungsfunktionen, Ausbildung und andere in diesem Papier genannten Aspekte sind Intensivstationen und Notaufnahmen stark miteinander vergleichbar, sodass viele der hier genannten Aspekte auch auf Notaufnahmen übertragbar sind. Zur Notfallmedizin in Notaufnahmen hat die DGIIN bereits im Jahr 2015 gemeinsam mit anderen Fachgesellschaften in einem Positionspapier zur Reform der medizinischen Notfallversorgung in deutschen Notaufnahmen ausführlich Stellung genommen [4].

Intensivstationen und Notaufnahmen versorgen ein breites Spektrum internistischer Erkrankungen, die sich z. T. nur in ihrem Schweregrad unterscheiden. Die internistischen Kernkompetenzen im Bereich der Diagnosefindung und Therapie sind auch in Notaufnahmen unabdingbar, um eine effektive und erfolgreiche Therapie zu garantieren [9].

Eine Zusatzweiterbildung zum Notfallmediziner sollte eine intensivmedizinische Ausbildung für die Erkennung akut lebensbedrohlicher Krankheitsbilder und die intensivmedizinische Erstversorgung in der Notaufnahme enthalten. Insgesamt sollten die Intensivmedizin und die innerklinische Notfallmedizin stärker verzahnt werden und auch Ausbildungszeiten in der Notaufnahme für Intensivmediziner im Rahmen der Weiterbildung anerkannt werden.

Die Fachabteilungen der Inneren Medizin müssen für Weiterverlegungen der Intensivstation und der Notaufnahme ausreichende Bettenkapazitäten – ggf. auch im Intermediate-care (IMC)-

Bereich – zur Verfügung stellen. Intensivstationen und Notaufnahmen muss bei der Bettenverteilung im Rahmen eines modernen Case Managements eine hohe Priorität eingeräumt werden.

Die Innere Medizin muss auch die Bedeutung der internistischen Notfallmedizin in den Notaufnahmen klar herausstellen und diese auch im Hinblick auf eine optimale Kooperation mit der Intensivstation und den anderen internistischen Fachdisziplinen fördern.

Die Tätigkeit auf einer Intensivstation ist ein bedeutender Teil der internistischen Aus- und Weiterbildung

Die Rotation auf die Intensivstation ist ein elementarer Bestandteil der internistischen Aus- und Weiterbildung. Im Rahmen der Facharztausbildung erlernen angehende Internisten die Beherrschung von Notfallsituationen, sehen und behandeln ein breites Spektrum akuter internistischer Krankheitsbilder und eignen sich die erforderlichen invasiven und diagnostischen Techniken an. Die Koordination der Ausbildung der neuen Mitarbeiter ist daher auch eine wichtige Aufgabe der ärztlichen Leitung einer Intensivstation.

Durch die Rotation auf die Intensivstation erlangen die auszubildenden Ärzte mehr Sicherheit bei medizinischen Entscheidungen und sammeln Erfahrungen in der interdisziplinären Zusammenarbeit und in der Arbeit im Team. Darüber hinaus ist der Umgang mit Tod und Sterben ein gewichtiger Aspekt. Hier sammelt der Arzt unter Anleitung auch Erfahrungen in schwierigen Gesprächssituationen.

Zum Erlernen aller Kompetenzen sollten Internisten in der Facharztausbildung ausreichend lange auf der Intensivstation eingesetzt werden. Die von der Weiterbildungsordnung vorgeschriebene Mindestdauer von 6 Monaten ist dabei im Regelfall weder für die Ausbildung ausreichend, noch ist es möglich, mit einem überwiegend aus 6-Monats-Rotanten bestehendem Ärzteteam eine qualitativ hochwertige Patientenversorgung zu gewährleisten. Längere Einsatz-

Med Klin Intensivmed Notfmed 2016 · 111:295–301 DOI 10.1007/s00063-016-0157-9
© Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2016

R. Riessen · U. Janssens · M. Buerke · S. Kluge

Positionspapier der Deutschen Gesellschaft für Internistische Intensivmedizin und Notfallmedizin (DGIIN) zur Internistischen Intensivmedizin

Zusammenfassung

In diesem Papier stellt die Deutsche Gesellschaft für Internistische Intensivmedizin und Notfallmedizin (DGIIN) ihre Positionen zur Bedeutung und Weiterentwicklung der Internistischen Intensivmedizin in Deutschland dar. Elementare Bedeutung besitzt die Ausbildungsförderung internistischer Intensivmediziner, die Kooperation mit Intensivmedizinern aus anderen Fachbereichen und die Vernetzung mit der Notfallmedizin. Um die vielfältigen

Aufgaben in der Patientenversorgung, in der Ausbildung sowie in der Forschung und Lehre kompetent und auf internationalem Niveau langfristig sicherzustellen, ist insbesondere die Etablierung entsprechend qualifizierter Leitungspositionen speziell auch im akademischen Bereich essenziell.

Schlüsselwörter

Intensivmedizin · Notfallmedizin · Innere Medizin · Ausbildung · Forschung

Position paper of the German Society for Medical Intensive Care Medicine and Emergency Medicine (DGIIN) on medical intensive care medicine

Abstract

In this paper the German Society for Medical Intensive Care Medicine and Emergency Medicine (DGIIN) provides statements regarding the importance and advancement of Medical Intensive Care Medicine within the structures of Internal Medicine in Germany. Of pivotal importance are the training of medical intensivists, the cooperation with intensivists from other disciplines and the collaboration with emergency departments. In order to fulfil the various and challenging

tasks in patient care, training, research and medical education competently and on an international level, more intensivists in leading positions especially in academic institutions are essential.

Keywords

Intensive care medicine · Emergency medicine · Internal medicine · Training · Research

zeiten (z. B. 12 Monate) sollten daher für die Weiterbildungszeit anrechenbar sein. Auch Einsatzzeiten in einer Notaufnahme sollten im Rahmen des „common trunk“ oder als Fachabteilungsrotation anerkannt werden.

Bei einer Reform der Weiterbildungsordnung sollte auch die Einführung eines Internisten mit Schwerpunktbezeichnung Intensivmedizin und Notfallmedizin diskutiert werden. Dies bildet den Stellenwert der Internistischen Intensivmedizin und Notfallmedizin im Vergleich zu anderen Schwerpunkten bzw. Zusatzweiterbildungen besser und auch gerechter vor dem Hintergrund ihrer wachsenden Bedeutung ab.

Internisten mit abgeschlossener Facharztausbildung in anderen Schwerpunkt-

bereichen sollte die Möglichkeit gegeben werden, die Zusatzweiterbildung Internistische Intensivmedizin zu erlangen und ggf. auch nach Abschluss der Zusatzweiterbildung auf der Intensivstation tätig zu bleiben. Dies stärkt die intensivmedizinische Kompetenz im Ärzteteam einer Intensivstation und einer internistischen Klinik und fördert die Zusammenarbeit von Intensivstation und den internistischen Fachabteilungen. Entsprechend ausgebildete Intensivmediziner können auch nach Rückkehr in ihre Fachabteilungen durch Übernahme von Vertretungen, Wochenenddiensten oder Rufbereitschaften an die Intensivstation angebunden bleiben.

Im Rahmen einer interdisziplinären intensivmedizinischen Versorgung soll-

ten internistische Intensivmediziner in Anhängigkeit von den lokalen Organisationsstrukturen auch in die Versorgung operativer Patienten eingebunden werden bzw. in entsprechende Bereiche rotieren und sich entsprechende Weiterbildungszeiten anrechnen lassen. Entsprechende Rotationsprogramme, die auch eine Rotation anästhesiologischer Intensivmediziner in internistische Bereiche vorsehen, können speziell für Intensivmediziner, die eine längerfristige Tätigkeit in der Intensivmedizin anstreben, die Ausbildung bereichern.

Die Innere Medizin sollte intensivmedizinische Ausbildung von angehenden Internisten und die vielseitige und interdisziplinäre Ausbildung von Intensivmedizinern mit internistischem Schwerpunkt fördern.

Eine Intensivstation braucht ein kompetentes und stabiles Leitungsteam

Die internistische Leitung einer Intensivstation erfordert insbesondere im Rahmen der Ausbildung und Supervision der übrigen Mitarbeiter einer Intensivstation eine hohe fachliche Kompetenz im Bereich der Intensivmedizin und der Inneren Medizin, ausreichende Erfahrung und Entscheidungsstärke. Die Leitung einer Intensivstation ist zudem eine anspruchsvolle Management- und Organisationsaufgabe und benötigt soziale Kompetenz und Kommunikationsfähigkeit [5]. Die DIVI nennt als einen Qualitätsindikator für Intensivstationen „die Leitung der Intensivstation durch einen Facharzt mit Zusatzbezeichnung Intensivmedizin, der keine anderen klinischen Aufgaben hat“. Je nach Größe und Organisationsstruktur einer Intensivstation oder Intensivabteilung kann auch ein erweitertes Leitungsteam angemessen sein. Werden auf einer interdisziplinären Intensivstation internistische Patienten behandelt, muss auch ein Internist mit der Zusatzbezeichnung Internistische Intensivmedizin Mitglied des Leitungsteams sein (s. auch Abschn. Intensivmedizin und Notfallmedizin sind eng miteinander verbundene Zentralbereiche einer Klinik). Neben den medizinischen Routinetätigkeiten

muss daher ausreichend Zeit für die Organisations- und Managementaufgaben zur Verfügung stehen. Dazu gehört auch eine enge Kooperation mit der Leitung und dem Team der Intensivpflege.

Die Leitung einer Intensivstation sollte auch in den Führungsgremien einer Klinik repräsentiert sein, um dort die Interessen der Intensivstation vertreten zu können.

Die Leitungspositionen bzw. auch andere permanente Stellen auf einer Intensivstation sollten so ausgestaltet sein, dass sie auch längerfristig eine attraktive Karriereperspektive darstellen. Nur so kann kompetenten Intensivmedizinern die Möglichkeit eröffnet werden, sich kontinuierlich für die Weiterentwicklung der intensivmedizinischen Versorgung einzusetzen. Dies gilt insbesondere auch für Universitätskliniken im Hinblick auf die Repräsentation der Intensivmedizin in Forschung und Lehre.

Die ständige Verantwortung für lebensbedrohlich erkrankte Patienten, speziell unter den Bedingungen von begrenzten Betten- und Personalressourcen, der permanente Umgang mit Tod und Sterben sowie die komplexen Führungsaufgaben können zur Überlastung und zum Burn-out von Intensivmedizinern führen. Intensivmediziner, die sich langfristig mit ihrem Wissen und ihrer Erfahrung in der Intensivmedizin engagieren möchten, sollten daher Anspruch auf angemessene Arbeitsbedingungen sowie akzeptable Arbeits- und Ruhezeiten haben. Vertreter für Wochenenddienste sowie Urlaubs- und Ausfallszeiten müssen entsprechend ebenfalls ausreichend vorhanden sein.

Wegen fehlender Karrieremöglichkeiten und Perspektiven in der Internistischen Intensivmedizin ist und war es in Deutschland vielerorts üblich, die Leitung einer internistischen Intensivstation nur als Nebentätigkeit und zeitlich begrenzt auszuüben, um im Anschluss eine Karriere im eigenen Fachbereich weiterzuverfolgen. Dieses Modell wird der Bedeutung der Internistischen Intensivmedizin nicht gerecht. Es ist davon auszugehen, dass es in der Qualität der intensivmedizinischen Versorgung auf internistischen Intensivstationen in Deutschland erhebliche Unterschiede gibt. Auf-

grund der begrenzten Personalressourcen ist die Internistische Intensivmedizin in Deutschland wissenschaftlich nur wenig repräsentiert und findet international kaum Beachtung. Dies muss sich nachhaltig ändern, um den Qualitätsansprüchen zu genügen [6].

In Vollzeit tätige Intensivmediziner, die nicht mehr an eine der anderen Fachdisziplinen der Inneren Medizin angebunden sind, setzen sich dem Risiko aus, in höherem Alter eventuell den physischen und psychischen Anforderungen einer Intensivstation nicht mehr in vollem Maß gewachsen zu sein. Es ist daher sinnvoll, dass Mitglieder des Leitungsteams einer Intensivstation auch partiell in Aufgaben in anderen Bereichen einer Klinik oder Universität eingebunden werden (z. B. Forschung, Lehre, Krankenhausmanagement und -organisation, IT, QM/QS). Verknüpfungen mit diesen Bereichen nützen auch der Intensivstation (z. B. durch Umsetzung einer entsprechenden Leistungs- und Qualitätserfassung) und ermöglichen ggf. eine alternative Tätigkeit in einem dieser Bereiche.

Um hohe Qualitätsstandards in der Internistischen Intensivmedizin umsetzen zu können und eine Weiterentwicklung der Internistischen Intensivmedizin zu ermöglichen, müssen attraktive Leitungspositionen für internistische Intensivmediziner geschaffen werden.

Eine Intensivstation braucht eine angemessene Personalausstattung im ärztlichen und pflegerischen Bereich

Die wichtigste Voraussetzung für eine qualitativ hochwertige intensivmedizinische Patientenversorgung ist eine ausreichende Anzahl an Intensivbetten und ein dafür personell angemessen ausgestattetes und gut qualifiziertes Intensivbehandlungsteam [7]. Der Personalschlüssel muss berücksichtigen, dass auf einer Intensivstation im Rahmen von unvorhergesehenen Notfällen und ungeplanten Aufnahmen Belastungsspitzen auftreten können, die von dem Team flexibel bewältigt werden müssen.

Für den Betreuungsschlüssel im ärztlichen und pflegerischen Bereich müssen

gewisse Mindeststandards gelten, wie sie z. B. von der DIVI vorgegeben werden [10]. Ebenso sind eine ausreichend hohe Fachweiterbildungsquote im Bereich der Intensivpflege und Zeiten für Fortbildungen einzufordern. Bei Unterschreiten eines gewissen Mindeststandards ist mit einer Verschlechterung der Behandlungsqualität z. B. durch verzögertes Weaning, fehlende Mobilisation, Hygienemängel oder Behandlungsfehler mit einem entsprechend erhöhten Morbiditäts- und Mortalitätsrisiko für die Patienten zu rechnen.

Unzureichende Personalschlüssel und Arbeitsbedingungen können zur Abwanderung von Intensivpersonal und Schwierigkeiten bei der Rekrutierung von neuem Personal führen. Insbesondere der Mangel an qualifizierten Intensivpflegekräften ist gegenwärtig eine der größten Bedrohungen für die Intensivmedizin. Die pflegerische Tätigkeit auf einer Intensivstation, insbesondere mit abgeschlossener Fachweiterbildung, sollte angemessen und attraktiv vergütet werden.

Das Ärzteteam einer Intensivstation kann sich in Abhängigkeit von Größe und Organisationsform einer Intensivstation aus folgenden Gruppen zusammensetzen:

- ärztliche Leitung bzw. Leitungsteam aus hauptamtlich tätigen Intensivmedizinern (Chef- und/oder Oberärzte);
- Oberärzte anderer Fachabteilung mit Zusatzweiterbildung Intensivmedizin, die Aufgaben als Konsiliarier oder Vertretung übernehmen;
- permanent auf der Intensivstation tätige Intensivmediziner (Fachärzte mit abgeschlossener Zusatzweiterbildung Intensivmedizin);
- Fachärzte in der Zusatzweiterbildung Intensivmedizin;
- Assistenzärzte in der Weiterbildung.

Die Attraktivität der Personalstellen auf einer Intensivstation hat großen Einfluss auf die Qualität der intensivmedizinischen Versorgung.

Intensivmedizin ist Teil der Daseinsvorsorge und darf nicht auf wirtschaftlichen Ertrag ausgerichtet sein

Die intensivmedizinische Versorgung von lebensbedrohlich Erkrankten ist ein Teil der medizinischen Daseinsvorsorge und darf nicht primär unter ökonomischen Ertragsgesichtspunkten betrachtet werden. Ziel einer intensivmedizinischen Behandlung ist der Erhalt des Lebens und der Funktion lebenswichtiger Organe bei schwer erkrankten Patienten. Durch eine optimale intensivmedizinische Therapie kann heutzutage ein großer Anteil der Patienten mit sehr gutem Langzeitergebnis und guter Lebensqualität behandelt werden. Entscheidende Kriterien für eine gute Intensivtherapie sind neben einer niedrigen Mortalität bei kurativ behandelbaren Patienten eine kurze Intensiv- und Krankenhausverweildauer, kurze Beatmungszeiten, eine niedrige Rate an permanenten Organversagen und eine niedrige Rate an nosokomialen Infektionen und anderen Komplikationen. Von großer Bedeutung sind aber auch die Zufriedenheit bzw. die geringe psychische Traumatisierung von Patienten und Angehörigen.

Intensivstationen stehen in der Verpflichtung, die ihnen zur Verfügung gestellten Ressourcen maßvoll, verantwortungsvoll und kosteneffektiv einzusetzen. Fundierte Kenntnisse in der Therapie schwerstkranker Patienten und der darauf basierende Verzicht auf eine unnötige Therapie können wesentlich dazu beitragen, dem Gesundheitssystem unnötige Kosten zu ersparen. Die konsequente Einbindung der Palliativmedizin in die Intensivmedizin (s. auch Abschn. Die Palliativmedizin und die Sterbebegleitung sind elementare Bestandteile der Intensivmedizin) ist ein gutes Beispiel für eine patientenzentrierte und gleichzeitig ökonomisch sinnvolle Therapie.

Die Vergütung von intensivmedizinischen Leistungen nach Aufwand oder Dauer (z. B. intensivmedizinischer Komplexcode, Beatmungszeiten) darf unter keinen Umständen dazu führen, dass medizinisch nicht gerechtfertigte Maßnahmen zur Steigerung des wirtschaftlichen

Ertrags eingesetzt bzw. verlängert angewendet werden. Ein solches Verhalten ist als unethisch und rechtlich extrem kritisch anzusehen. Dieses gilt auch für die Aufforderung zu solch einem Verhalten aus dem kaufmännischen Leitungsbereich eines Krankenhauses.

Bei einer Reform des DRG-Systems sollte erwogen werden, die Personal- und Infrastrukturkosten einer Intensivstation über ein fixes Budget zu finanzieren und nur die bei der Behandlung anfallenden Sachkosten in die DRG-Pauschale einzurechnen. Auf diese Weise würde dem Abbau des Intensivpersonals auch unter kritische Schwellen, um sich einen wirtschaftlichen Vorteil zu verschaffen, die Grundlage entzogen.

Die intensivmedizinische Versorgung sollte im Krankenhausversorgungsplan auf Länderebene abgebildet sein.

Die Infrastruktur zur kontinuierlichen Bereitstellung von Daten für die intensivmedizinische Qualitätssicherung (z. B. Kerndatensatz Intensivmedizin/DIVI-REVERSI) sollte von den Kostenträgern finanziert werden ebenso wie Aktivitäten zur intensivmedizinischen Qualitätsverbesserung („peer reviewing“, Zertifizierung). Bei Hinweisen für eine unzureichende Qualität sollten Maßnahmen zur Verbesserung der Qualität initiiert werden.

Das Gesundheitssystem sollte die Mittel für eine qualitativ hochwertige und angemessene intensivmedizinische Versorgung schwer und lebensbedrohlich erkrankter Patienten bereitstellen. Wirtschaftliche Anreize zur Profitmaximierung durch Steigerung intensivmedizinischer Leistungen ebenso wie durch Reduktion der Personal-/Strukturressourcen unter die geforderten Standards sollten unterbunden werden.

Die Palliativmedizin und die Sterbebegleitung sind elementare Bestandteile der Intensivmedizin

Etwa 10–25 % der internistischen Intensivpatienten versterben während oder direkt im Anschluss an eine Intensivbehandlung. Bei der Mehrzahl dieser Fälle handelt es sich um multimorbide schwer chronisch kranke und nicht

mehr kurativ behandelbare Patienten, oft auch in sehr hohem Lebensalter. In etwa 70–80 % der Sterbefälle auf internistischen Intensivstationen kommen Therapiebegrenzungen auf der Basis der Patientenautonomie oder einer fehlenden medizinischen Indikation zum Tragen [3].

Der verantwortungsvolle und medizinisch fundierte Umgang mit Therapiebegrenzungen einschließlich der Kommunikation mit Patienten und Angehörigen gehört zu den wichtigsten und anspruchsvollsten Aufgaben eines Intensivmediziners und erfordert viel Erfahrung, Wissen und Entscheidungsstärke sowie eine ausgeprägte Interaktion mit dem Behandlungsteam einschließlich Mitbehandlern aus anderen Fachabteilungen [1]. Zeit- und situationsgerechte Entscheidungen im interdisziplinären Team über Therapiebegrenzungen sind von höchster Bedeutung, um sinnloses und verlängertes Leiden bei sterbenden und todkranken Patienten zu vermeiden. Bei stark begrenzten Ressourcen auf der Intensivstation kann die sinnlose Fortführung von Intensivmaßnahmen bei solchen Patienten im Sinne einer Fehlallokation sogar die Versorgung anderer Patienten gefährden. Palliativmedizinische Inhalte sind daher ein wichtiger Anteil der intensivmedizinischen Ausbildung. Die Kooperation mit Palliativmedizinern bzw. deren Einrichtungen sollte gefördert und standardisiert werden.

Entscheidungen über Therapiebegrenzungen sollen nach Möglichkeit bei entsprechenden Patienten nicht erst im Rahmen einer Intensivbehandlung erörtert werden, sondern bei entsprechendem Krankheitsverlauf schon im Vorfeld getroffen werden. Dazu ist wünschenswert, wenn schon in den Fachabteilungen der Inneren Medizin intensivmedizinisch erfahrene Ärzte in die Entscheidungen mit eingebunden sind, die die Möglichkeiten und Grenzen der Intensivmedizin adäquat beurteilen können.

Intensivmediziner müssen den Einsatz von intensiv- und palliativmedizinischen Maßnahmen bei der steigenden Anzahl von multimorbiden chronisch kranken Patienten sehr verantwortungsvoll abwä-

gen und müssen sich mit den ethischen, humanen und rechtlichen Aspekten dieser Entscheidungen intensiv auseinandersetzen.

Die Intensivmedizin muss akademisch und wissenschaftlich besser repräsentiert werden

Trotz der klinischen Bedeutung der Internistischen Intensivmedizin gibt es in Deutschland derzeit keinen Lehrstuhl für Internistische Intensivmedizin. Auch in der operativen Intensivmedizin sieht es ähnlich aus. Wissenschaftlich aktiven internistischen Intensivmedizinern eröffnen sich oft nur durch den partiellen Ausstieg aus der Intensivmedizin und die Übernahme von Chefarztstellen in den internistischen Kernfächern an meist nichtuniversitären Häusern weitere Karriereperspektiven. Die Fortführung von wissenschaftlichen Aktivitäten ist hier meist nicht mehr oder nur in geringem Umfang möglich. Eine längerfristige und nachhaltige wissenschaftliche Tätigkeit in der Intensivmedizin ist daher im Hinblick auf eine weitere Karriere in Deutschland häufig wenig lohnend.

Aufgrund fehlender wissenschaftlicher Karriereperspektiven, der Überlastung durch klinische Routineaufgaben bei unzureichender Personalbesetzung und des Fehlens von der Intensivstation zugeordneten eigenen wissenschaftlichen Mitarbeitern und eigenen Forschungsbudgets/Forschungsflächen ist die Internistische Intensivmedizin wissenschaftlich in Deutschland nur wenig repräsentiert und international, z. B. im Vergleich zu Ländern wie Frankreich, Belgien, den Niederlanden oder Italien, mit wenigen Ausnahmen insgesamt von nur geringer Bedeutung.

Es ist angesichts der medizinischen und auch gesundheitsökonomischen Bedeutung der Intensivmedizin nicht nachvollziehbar, warum die Intensivmedizin akademisch an deutschen Universitätskliniken faktisch nicht repräsentiert ist. Daher ist eine Akademisierung der Internistischen Intensivmedizin mit W3- und W2-Professuren und schwerpunktmäßigen Arbeitsgruppen auf Augenhöhe mit den anderen internistischen Fachgebiete-

ten und internationalen Arbeitsgruppen zu fordern.

Die Versorgungsforschung und die klinische Forschung sollten in der Intensivmedizin dringend gestärkt werden. Intensivstationen müssen z. B. klinische, epidemiologische oder infektiologische Daten für multizentrische Studien, Register oder Netzwerke liefern können oder an Befragungen von Patienten oder Angehörigen teilnehmen können. Solche Studien und Initiativen werden finanziell häufig nicht oder sehr schlecht gefördert. Das Forschungsbudget sollte daher Mittel für eine Studienassistenten beinhalten. Insgesamt ist es auch eine wichtige Aufgabe der DGIIN und anderer intensivmedizinischer Fachgesellschaften, den Aufbau solcher Forschungs Kooperationen und -netzwerke zu unterstützen.

Intensivstationen sollten versuchen, Kooperationen mit Forschergruppen aus der Inneren Medizin oder aus anderen Bereichen aufzubauen, um neue pathophysiologische, diagnostische oder therapeutische Ansätze an Intensivpatienten zu erforschen.

Wünschenswert wären Nachwuchsförderprogramme in Form von Forschungs- oder Auslandsstipendien sowie Juniorprofessuren.

Auch in der Lehre ist die Intensivmedizin aus den gleichen Gründen wie in der Forschung oft nur wenig repräsentiert. Auch dies stellt eine Diskrepanz zur Bedeutung der Intensivmedizin im Gesundheitssystem dar.

Die Intensivmedizin sollte aufgrund ihrer Bedeutung für das Gesundheitssystem wissenschaftlich und akademisch deutlich besser repräsentiert werden.

Die Innere Medizin sollte ihre intensivmedizinischen Aktivitäten in den Fachgesellschaften koordinieren und bündeln

Unter dem Dach der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin (DGIM) und des Berufsverbands Deutscher Internisten (BDI) ist die Deutsche Gesellschaft für Internistische Intensiv- und Notfallmedizin (DGIIN) der primäre Vertreter der internistischen Intensiv- und Notfallmedizin. Auch andere Gesellschaften der

internistischen Fachdisziplinen besitzen intensivmedizinische Sektionen. Insgesamt erscheint es sinnvoll, dass die intensivmedizinischen Aktivitäten aller internistischen Gesellschaften gebündelt werden und eine enge Abstimmung der intensivmedizinischen Sektionen der internistischen Fachdisziplinen mit den entsprechenden Sektionen der DGIIN erfolgt.

Die intensivmedizinischen Aktivitäten innerhalb der internistischen Fachgesellschaften sollten durch eine bessere Koordination über die DGIIN gestärkt werden.

Die Rolle und Aufgaben der DGIIN

Die DGIIN hat die Förderung der wissenschaftlichen Forschung, der Ausbildung/Qualifikation, der Lehre und der Krankenversorgung auf dem Gebiet der internistischen Intensiv- und Notfallmedizin zum Ziel. So soll das Wissen über Pathomechanismen bei intensivmedizinischen Erkrankungen sowie über Diagnostik- und Behandlungsoptionen für die zu behandelnden Patienten im Einflussbereich der Fachgesellschaft stetig aktualisiert und verbessert werden. Auf diesen Gebieten sollte sich die DGIIN auch an der Erstellung entsprechender Leitlinien und Behandlungsstandards beteiligen.

Diese Ziele werden vorrangig durch die Ausrichtung der Jahrestagung und die in den Publikationsorganen der Gesellschaft veröffentlichten Mitteilungen erreicht. Aber auch die Initiierung und Begleitung von wissenschaftlichen Studien, die Unterstützung von Forschungsnetzwerken sowie die Vergabe von Preisen und Stipendien sollen Fachkollegium und Öffentlichkeit gleichermaßen auf die medizinischen Besonderheiten des Fachs aufmerksam machen und das verfügbare Wissen mehren. Zudem steht den Mitgliedern der DGIIN durch die Mitarbeit in den Sektionen der Gesellschaft ein reger und fachlich anspruchsvoller Austausch zur Verfügung.

Durch berufspolitisches Engagement der DGIIN sollen die Rahmenbedingungen für Forschung, Lehre und Krankenversorgung im Bereich der internistischen Intensiv- und Notfallmedizin in enger Abstimmung mit der Mutterge-

sellschaft, der DGIM, dem BDI und den weiteren kooperierenden Fachgesellschaften stetig verbessert werden. Dies umfasst z. B. auch die Erarbeitung von Strukturvorgaben, Personalbemessungsgrundlagen oder Qualitätskriterien. Außerdem besteht eine enge Kooperation mit der Österreichischen Gesellschaft für Internistische und Allgemeine Intensivmedizin und Notfallmedizin (ÖGIAIN).

Neben der Jahrestagung bietet die DGIIN weitere Veranstaltungen zur Förderung der Aus- und Weiterbildung in der Internistischen Intensivmedizin an (ICU-Beginner-Kurs, ICU-Refresher-Kurs, Simulatorkurse) und verbreitet intensivmedizinische Nachrichten auch über neue soziale Medien.

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. R. Riessen

Internistische Intensivstation, Department für Innere Medizin, Universitätsklinikum Tübingen
Otfried-Müller-Str. 10, 72076 Tübingen, Deutschland
reimer.riessen@med.uni-tuebingen.de

Einhaltung ethischer Richtlinien

Interessenkonflikt. R. Riessen, U. Janssens, M. Buerke und S. Kluge geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Dieser Beitrag beinhaltet keine von den Autoren durchgeführten Studien an Menschen oder Tieren.

Literatur

1. Janssens U, Burchardi H, Duttke G et al Therapiezieländerung und Therapiebegrenzung in der Intensivmedizin. Positionspapier der Sektion Ethik der DIVI. <http://www.divi.de/empfehlungen/therapiezielbegrenzung/190-therapieziel%20%C3%A4nderung.html>. Zugegriffen: 28.9.2015
2. Nierhaus DA, de Heer G, Kluge S (2014) Konzept einer Klinik für Intensivmedizin. *Med Klin Intensivmed Notfmed* 109:509–515. doi:10.1007/s00063-013-0345-9
3. Riessen R, Bantlin C, Wiesing U, Haap M (2013) Therapiezieländerungen auf einer internistischen Intensivstation. *Med Klin Intensivmed Notfmed* 108:412–418. doi:10.1007/s00063-013-0233-3
4. Riessen R, Gries A, Seekamp A et al (2015) Positionspapier für eine Reform der medizinischen Notfallversorgung in deutschen Notaufnahmen. *Med Klin Intensivmed Notfmed* 110:364–375. doi:10.1007/s00063-015-0050-y
5. Riessen R, Haap M (2013) Managementkonzepte in der Intensivmedizin. *Intensivmed Up2date* 09:13–25. doi:10.1055/s-0032-1325667
6. Suttrop N (2012) Internistische Intensivmedizin – eine neue Karrierechance in der Inneren Medizin! *Dtsch Med Wochenschr* 137:2595–2595. doi:10.1055/s-0032-1327292
7. Welte T, Lehnert H, Schölmerich J et al (2012) Survey Internistische Intensivmedizin. Struktur der stationären Versorgung und Leistungsangebote der internistischen Intensivmedizin in Deutschland. *Dtsch Med Wochenschr* 137:2596–2601. doi:10.1055/s-0032-1327243
8. Deutsche Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin, Berufsverband Deutscher Anästhesisten, Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin, Deutsche Gesellschaft für Internistische Intensivmedizin und Notfallmedizin (2007) Gemeinsame Empfehlung der Deutschen Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin und des Berufsverbandes Deutscher Anästhesisten sowie der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin und der Deutschen Gesellschaft für Internistische Intensivmedizin und Notfallmedizin zur Organisation der Intensivmedizin. *Med Klin Intensivmed Notfmed* 44:460–461. doi:10.1007/s00390-007-0822-6
9. DGIM Stellungnahmen der DGIM V: Internistische Intensiv- und Notfallmedizin: Stiefkinder der Inneren Medizin? <http://www.dgim.de/StellungnahmenPositionspapierMitteilungen/tabid/68/Default.aspx>. Zugegriffen: 05.1.2016
10. DIVI Empfehlungen zur Struktur und Ausstattung von Intensivstationen. <http://www.divi.de/empfehlungen/intensivmedizin.html>. Zugegriffen: 18.12.2015