

Clin Res Cardiol Suppl 2007 · 2:16–18
DOI 10.1007/s11789-006-0027-8
Online publiziert: 26. Januar 2007
© Deutsche Gesellschaft für Kardiologie –
Herz- und Kreislaufforschung e. V.
Published by Springer Medizin Verlag
- all rights reserved 2007

H.R. Figulla · G. Gorge · H.M. Hoffmeister · U. Janssens · K.T. Kallmeyer · R. Pfeifer ·
H. Reinicke · H.P. Schuster
In Zusammenarbeit mit der Deutschen Gesellschaft für Internistische Intensiv- und
Notfallmedizin

Positionspapier zur konservativen Intensivmedizin unter besonderer Berücksichtigung der Überwachung und Therapie internistischer und kardiologischer Krankheitsbilder

Positionspapier

Herausgegeben vom Vorstand der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie – Herz- und Kreislaufforschung e.V.

Bearbeitet im Auftrag der Kommission für Klinische Kardiologie

G. Ertl, D. Andresen, M. Böhm, M. Borggrefe, J. Brachmann, F. de Haan, A. Osterspey, S. Silber, H.J. Trappe, außerdem G. Arnold, H.M. Hoffmeister, E. Fleck

Korrespondierender Autor:

Prof. Dr. H.R. Figulla, Klinik für Innere Medizin I (Kardiologie, Angiologie, Pneumologie), Friedrich-Schiller-Universität Jena

Präambel

Dieses Positionspapier ist eine Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie – Herz- und Kreislaufforschung e.V. (DGK), die den gegenwärtigen Erkenntnisstand wiedergibt und allen Ärzten und ihren Patienten die Entscheidungsfindung erleichtern soll. Ein Positionspapier ersetzt nicht die ärztliche Evaluation des individuellen Patienten und die Anpassung der Diagnostik und Therapie an dessen spezifische Situation.

In Positionspapieren wird der Stellenwert eines diagnostischen und/oder therapeutischen Verfahrens beurteilt, und

es werden Empfehlungen für die tägliche Praxis abgegeben. Es werden bisher publizierte, relevante Studien herangezogen, gelöste Fragen beantwortet und ungelöste aufgezeigt. Es wird eine Empfehlung abgegeben, für welche Patienten ein neu vorgestelltes diagnostisches und/oder therapeutisches Verfahren in Frage kommt.

Zur Verbesserung der Versorgungsqualität, aber auch unter der Annahme einer besseren Wirtschaftlichkeit wird in den Krankenhäusern, insbesondere in solchen kleinerer und mittlerer Größe, die Einrichtung einer gemeinsamen Intensivstation für alle chirurgischen, neurologischen und internistischen Patienten diskutiert. Zur Versachlichung und Hilfestellung bei der Diskussion innerhalb der Fachgebiete und mit der Krankenhausleitung wird die Position der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie hierzu dargestellt.

Empfehlungen zur Organisation der Intensivmedizin

Entsprechend einer vom Präsidium der Deutschen Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin (DGAI) und dem Präsidenten und Vorstand der Deutschen Gesellschaft für internistische In-

tensiv- und Notfallmedizin (DGIIN) erarbeiteten Empfehlung sollte eine Intensivstation aus einem konservativen und einem operativen Intensivmedizinbereich bestehen [1]. Etwa 5% der Normalbetten eines Krankenhauses sollten dem Intensivbereich zugeordnet werden. Eine gemeinsame Kommission für apparative Ausstattung und allgemein gültige Standards und Richtlinien (z. B. Hygienestandards, Kurvenführung, Qualitätskontrolle, Scoringssysteme) sollte in allen Krankenhäusern gebildet werden.

Entsprechend der neuen Weiterbildungsordnung der Bundesärztekammer [2] ist die Zusatzweiterbildung Intensivmedizin mit den Gebieten Chirurgie, Innere Medizin und Allgemeinmedizin, Anästhesiologie, Kinder- und Jugendmedizin, Neurochirurgie oder Neurologie möglich.

Die Trennung in einen konservativen und einen operativen Intensivmedizinbereich ist angezeigt, weil die Behandlung komplexer internistischer Krankheitsverläufe nur durch den intensivmedizinisch qualifizierten Internisten, das Management der Besonderheiten des perioperativen Verlaufes nur durch den anästhesiologischen und chirurgischen Intensivmediziner gewährleistet ist.

Darüber hinaus ist Folgendes zu berücksichtigen:

1. Patienten haben einen Rechtsanspruch auf Behandlung nach dem Facharztstandard. Dies gilt auch für den kritisch Kranken [3]. Die Zusatzbezeichnung Intensivmedizin ist nur nach Erhalt der Gebietsbezeichnung in oben genannten Fächern möglich und setzt in der Inneren Medizin und Allgemeinmedizin u. a. voraus:
 - die differenzierte Diagnostik und kausale Therapie bei vital bedrohlichen internistischen Erkrankungen,
 - die differenzierte Elektrotherapie des Herzens und spezielle Pharmakotherapie der akut vital bedrohlichen Herzrhythmusstörungen,
 - den differenzierten Einsatz von extrakorporalen Nierenersatzverfahren.

Der Erwerb dieser Fertigkeiten ist in der chirurgischen oder anästhesiologischen intensivmedizinischen Zusatzqualifikation nicht gefordert.

2. Die Weiterbildungskompetenz und -befugnis ist für die Zusatzbezeichnung Intensivmedizin bzw. Internistische Intensivmedizin nur dann möglich, wenn der Leiter die jeweilige Gebietsbezeichnung und Zusatzbezeichnung trägt, d. h., nur ein Internist kann die internistische Zusatzweiterbildung Intensivmedizin vermitteln. Für Krankenhäuser kleinerer und mittlerer Größe ergibt sich daraus, dass der das Grundleiden behandelnde Arzt auch während der Phase der Intensivtherapie für die Behandlung zuständig bleiben muss. Die organisatorische Leitung der Intensivstation muss die Erfordernisse der jeweiligen Weiterbildungsordnung gewährleisten. Für Krankenhäuser der Schwerpunkt- und der Maximalversorgung werden konservative, operative und pädiatrische Intensivstationen dringend empfohlen.
3. Das behandelnde Fachgebiet und die spezialisierte Intensivstation bilden die funktionelle Einheit für die Behandlung der meisten Patienten. Seltener bestehen zwingende organisatorische Zusammenhänge für die ge-

meinsame operative und konservative intensivmedizinische Betreuung.

Daraus ergibt sich in Übereinstimmung mit der Empfehlung der DGAI und der DGIIN, dass der konservative Intensivbereich verantwortlich von einem Internisten/Neurologen geleitet werden sollte.

Intensivmedizin im deutschen Fallpauschalen-System

Die intensivmedizinische Therapie ist elementarer Bestandteil der Behandlung von Patienten mit schweren internistischen Erkrankungen. Diese werden im deutschen Fallpauschalen-G-DRG-System (German Diagnosis Related Groups) durch Entlassungsdiagnosen gemäß der Deutschen Adaptation der International Classification of Diseases (ICD-10 GM) und Angabe der Prozeduren gemäß dem Operationsschlüssel nach § 301 SGB V (OPS 301) abgebildet. Dies beinhaltet auch besondere intensivmedizinische Behandlungsverfahren (z. B. Organersatzverfahren, Beatmungstherapie, Schockzustände), welche ebenfalls über ICD- und OPS-Codes verschlüsselt werden und dann teilweise zur Eingruppierung in spezifische intensivmedizinische Fallgruppen führen (sog. pre-MDC DRGs).

Die Finanzierung der Intensivtherapie erfolgt dabei aus der DRG-Fallpauschale im Rahmen der hausinternen Aufteilung des Fallpauschalenerlöses. Meist wird nach erfolgreicher Intensivtherapie die Behandlung der Patienten auf der Normalstation fortgesetzt und abgeschlossen, sodass Intensivstationen im Regelfall kaum eigene Erträge ausweisen.

Um zu einer sachgerechten Abbildung der Intensivmedizin im DRG-System zu gelangen, wurden ab 2005 intensivmedizinische Behandlungen mit einem speziellen OPS-Code erfasst, der bereits ab 2006 bei Patienten ab 14 Jahren erlösrelevant wird [4]. Darauf aufbauend hat auch die Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI) Voraussetzungen für eine Zusatzvergütung intensivmedizinischer Komplexbehandlungen festgelegt [5] und sieht es als unerlässlich an:

1. dass die Fächer Innere Medizin, Chirurgie, Anästhesiologie, Neurologie,

Neurochirurgie, Physiotherapie, Laboratoriumsmedizin, Radiologie, Blutbank und Mikrobiologie als interner Dienst oder jederzeit kurzfristig erreichbarer Konsiliardienst im Krankenhaus zur Verfügung stehen;

2. dass alle Überwachungsdiagnostik und Behandlungsverfahren kontinuierlich 24 h zur Verfügung stehen, wie apparative Beatmung, nichtinvasives und invasives Monitoring, Nierenersatztherapie, intrakranielle Druckmessung und Hirndruckmessung, sofern es sich um Schädel-Hirn-Traumata handelt;
3. dass eine ausreichende Personalausstattung im Pflegedienst sicherzustellen ist im Sinn einer bettseitigen 1:1-Versorgung von akut gefährdeten Patienten, ohne die Versorgung der übrigen Intensivpatienten zu gefährden;
4. dass ständige ärztliche Anwesenheit auf der Intensivstation gewährleistet ist (Ausführungskommentar [5]);
5. dass die organisatorische Leitung der Intensivstationen durch einen Arzt mit intensivmedizinischer Zusatzqualifikation erfolgt.

Kardiologische Intensivstationen

Die notwendige enge Kooperation von Herzchirurgie und Kardiologie macht eine gemeinsame Intensivmedizin für Herzcentren, die sich auf die Betreuung kardiiovaskulärer Erkrankungen spezialisieren, unter gemeinsamer Leitung attraktiv [6]. Einschränkungen ergeben sich aus den oben genannten verschiedenen Ausbildungswegen zur Erlangung der Zusatzbezeichnungen (operative vs. internistische Intensivmedizin). Dringend anzustreben ist eine räumliche Nähe zwischen der konservativen und der operativen/herzchirurgischen Intensivstation.

Korrespondierender Autor:

Prof. Dr. H.R. Figulla

Klinik für Innere Medizin I (Kardiologie, Angiologie, Pneumologie),
Friedrich-Schiller-Universität Jena,
Erlanger Allee 101, 07740 Jena,
hans.figulla@med.uni-jena.de

Interessenkonflikt. Es besteht kein Interessenkonflikt. Der korrespondierende Autor versichert, dass keine Verbindungen mit einer Firma, deren Produkt in dem Artikel genannt ist, oder einer Firma, die ein Konkurrenzprodukt vertreibt, bestehen. Die Präsentation des Themas ist unabhängig und die Darstellung der Inhalte produktneutral.

Literatur

1. DGAI, DGIIN „Kompetenzzentrum Intensivmedizin“ – eine Empfehlung zur Organisation der Intensivmedizin. (noch in abschließender Diskussion)
2. Bundesärztekammer (2006) Neue Weiterbildungsordnung der Bundesärztekammer, Zusatz-Weiterbildung Intensivmedizin. (Online unter: <http://www.bundesaerztekammer.de/30/Weiterbildung/03MWBO/MWBOC/Intensivmedizin.html>)
3. Sybrecht EW, Schuster H-P (2004) Zur Organisation der Internistischen Intensivmedizin an Universitätskliniken und Krankenhäusern. Gemeinsame Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Internistische Intensivmedizin und Notfallmedizin (DGIIN) und der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin (DGIM). Internist 45(10): M242
4. Deutsches Institut für medizinische Dokumentation und Information (DIMDI). Operationenschlüssel nach § 301 SGB V. Version 2005
5. Hacke W, Burchardi H (2005) Voraussetzungen für eine Zusatzvergütung intensivmedizinischer Komplexbehandlungen. Anästh Intensivmed 46(3): 61–64 (Online unter: <http://www.dgai.de/downloads/01Organisation-Intensivmedizin.pdf>)
6. Approbationsordnung für Ärzte. Bundesgesetzblatt 2002; Teil 1, Nr. 44, 2405–2435 (Online unter: <http://217.160.60.235/BGBl/bgb1f/BG-Bl102044s2405.pdf>)

Task Force „Chest Pain Unit“ gegründet

Der Herzinfarkt und seine Folgeerkrankungen stellen in Deutschland immer noch die häufigste Todesursache dar. Um die Versorgung des akuten Herzinfarkts zu verbessern, haben die Universität Heidelberg und die Universität Mainz in den letzten beiden Jahren die ersten universitären „Chest Pain Units“ Deutschlands eingeführt. Diese Notfallambulanzen für Patienten mit akuten Herzbeschwerden sollen durch gut strukturierte Diagnose- und Behandlungsabläufe die Prognose für Herzinfarkt-Patienten verbessern. Seitdem steigt die Zahl der Chest Pain Units in Deutschland rasch.

Um hierbei einen gemeinsamen Qualitätsstandard zu definieren und aufrechtzuerhalten hat die Deutsche Gesellschaft für Kardiologie jetzt eine Task Force „Chest Pain Unit“ eingerichtet. In der Task Force sollen Vertreter aus großen Krankenhäusern, dem Bund niedergelassener Kardiologen, der Deutschen Herzstiftung und der Krankenkassen gemeinsam das beste Vorgehen abstimmen, damit der Begriff „Chest Pain Unit“ ein Gütesiegel bleibt.

In den USA gibt es bereits etwa tausend Chest Pain Units, welche durch eine eigene Gesellschaft, die American Society of Chest Pain Units, geprüft werden. Das Mainzer Beispiel zeigt, dass durch die Einrichtung solcher Einheiten auch in Deutschland die Patientenzufriedenheit erhöht und gleichzeitig die Prozessqualität durch sehr viel raschere Abläufe verbessert wird. Letztlich äußert sich dies in einer besseren Prognose und Lebensqualität betroffener Patienten.

*Quelle: Johannes Gutenberg-Universität
Mainz*

Neues Leitlinienglossar von AWMF und ÄZQ

In Zusammenarbeit mit der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften hat das Ärztliche Zentrum für Qualität in der Medizin jetzt ein Leitlinienglossar erstellt und im Internet unter der Adresse www.versorgungsleitlinien.de/glossar veröffentlicht. Die Begriffe aus der Leitlinienwelt umfassen den Erstellungsprozess und „Lebenszyklus“ von Leitlinien, spezielle Begrifflichkeiten der evidenzbasierten Medizin sowie Erläuterungen zu Organisationen, die sich mit der Leitlinienerstellung, Verbreitung und Implementierung beschäftigen. Das Glossar enthält derzeit Erklärungen zu ca. 200 Begriffen.

Die Aktualisierung und Nutzerorientierung gelingt in Zusammenarbeit mit den Nutzern des Internetangebotes.

Die Betreiber interessiert, welche Fragen Angehörige medizinischer Berufsgruppen, gesundheitspolitische Entscheidungsträger und Patienten in Verbindung mit Leitlinien haben. Die Antworten werden in das Glossar aufgenommen. Wenn Sie Fragen zum NVL-Programm oder Leitlinien stellen, einen neuen Glossarbereich vorschlagen oder einen vorhandenen Begriff kommentieren möchten, steht Ihnen ein Online-Formular zur Verfügung unter www.versorgungsleitlinien.de/glossar/kontakt.

Die Träger des Programms für Nationale Versorgungsleitlinien (BÄK, AWMF und KBV) haben von Beginn an das Ziel verfolgt, Transparenz zu schaffen. Ein Ausdruck hierfür ist auch die Veröffentlichung aller in Verbindung mit dem NVL-Programm eingegangenen Kommentare der Nutzer des Angebotes.

*Quelle: Ärztliches Zentrum für Qualität
in der Medizin (ÄZQ, Berlin)
www.azq.de*