

# BDAktuell / DGAIinfo

## Gemeinsame Empfehlung zur Organisation der Intensivmedizin

**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**

### Präambel

Leitgedanke der Intensivmedizin ist es, Patienten, die einer besonderen Überwachung, Pflege oder Behandlung bedürfen, in speziellen Einrichtungen des Krankenhauses, den Intensivstationen zu konzentrieren. Auf diese Weise sollen Patienten in einer spezialisierten Einheit von eigens für diese Aufgaben geschultem ärztlichem und pflegerischem Personal behandelt werden, bei gleichzeitig möglichst ökonomischer Nutzung der personellen und technisch-apparative Ressourcen.

Die Grundsätze der Organisation der Intensivmedizin sind in den „Gemeinsamen Empfehlungen für die Fachgebiete Anästhesiologie und Innere Medizin zur Organisation der Intensivmedizin am Krankenhaus“ der DGAI, der DGIIN, des BDA und des BDI von 1980 festgelegt.

### I. Gliederung der Intensivmedizin

Ausgehend von dem Grundsatz, dass die Behandlung der Grunderkrankung auch das Vorgehen auf Intensivstationen bestimmt, erscheint es zwingend notwendig, in jedem Krankenhaus fachgebundene Intensivbehandlung für die konservative und operative Medizin vorzuhalten. Diese können räumlich und organisatorisch auf einer Intensivstation erfolgen.

Für die ärztliche Leitung und die Zusammenarbeit gilt, dass der konservative Bereich von Internisten und der operative von Anästhesisten/Chirurgen geleitet werden.

Sowohl im konservativen als auch im operativen Bereich ist jeweils die Zusatzweiterbildung „Intensivmedizin“ des verantwortlichen Arztes Voraussetzung. Eine Rotation der Weiterbildungsassistenten gemäß Weiterbildungsordnung der Bundesärztekammer sowie eine Zusammenarbeit in klinischer Forschung und akademischer Lehre sind notwendig.

### II. Separate konservative/operative Intensivstation

Für größere Krankenhäuser ist in der Regel eine Teilung in einen konservativen und einen operativen Intensivbereich vorzusehen.

### III. Interdisziplinäre (gemeinsame konservative/operative) Intensivstation

An kleineren Krankenhäusern kann die Einrichtung einer gemeinsamen konservativen/operativen Intensivstation sinnvoll sein. Auf derartigen Einheiten wird der konservative Intensivmedizinbereich verantwortlich von Internisten und der operative Bereich von Anästhesisten/Chirurgen fachlich geleitet. Die organisatorische Leitung der Intensivstation kann im Wechsel erfolgen.

#### III.1 Konflikte und Konfliktlösung auf interdisziplinären Intensivstationen

Auch bei optimaler Kooperation können Konflikte entstehen. Im Grundsatz gilt: Über die im konkreten Fall zu treffenden medizinischen Maßnahmen entscheidet im Bereich des Grundleidens der Vertreter des betreffenden Faches und im Bereich der Intensivtherapie der verantwortliche Leiter. Für den Fall, dass kein Konsens erreicht werden kann, ist hausintern festzulegen, wer den Stichentscheid trifft. Die volle ärztliche und rechtliche Verantwortung trägt derjenige, der die Entscheidung trifft.

\* Ergebnis der Konsensus-Konferenz vom 12. April 2007 in Frankfurt/Main.

Teilnehmer: L. Engelmann, W. Hiddemann, U. Janssens, G. Kreymann, B. Landauer, M. Quintel, H. Van Aken, G.W. Sybrecht, J. Schüttler. ▶

### ► III.2 Bettenbelegung auf der interdisziplinären Intensivstation

#### 1. Rechnerisches Bettenkontingent:

Um die intensivmedizinische Versorgung der Patienten aller Kliniken/Fachabteilungen zu gewährleisten, sollte eine am Bettenbedarf orientierte rechnerische Durchschnitts-Bettenzahl für jede Klinik / jede Fachabteilung hausintern festgelegt werden. Grundsätzlich ist eine starre Zuordnung des gesamten Bettenkontingents zu vermeiden, um den akuten Anforderungen gerecht zu werden.

#### 2. Aufnahme und Verlegung:

Über die Aufnahme der Patienten auf die interdisziplinäre Intensivstation entscheidet der Behandler des Grundleidens im Einvernehmen mit dem Leiter der interdisziplinären Intensiveinheit. Über die Verlegung der Patienten von der interdisziplinären Intensivstation entscheidet der verantwortliche Leiter im Einvernehmen mit dem Behandler des Grundleidens. Kann keine einvernehmliche Entscheidung getroffen werden, trägt derjenige, der die Entscheidung über die Verlegung trifft, die alleinige ärztliche und rechtliche Verantwortung.

### III.3 Gemeinsame Weiterbildung

Die interdisziplinäre Intensivstation stellt für Ärzte der beteiligen Fachgebiete die Weiterbildung und die Zusatzweiterbildung in der Intensivmedizin sicher. Eine gemeinsame Weiterbildungsbefugnis für Intensivmedizin – für zwei Vertreter unterschiedlicher Fachgebiete (z. B. Anästhesiologie und Innere Medizin) – kann bei der zuständigen Landesärztekammer beantragt werden.

### III.4 Forschung

Die Organisationsform der Interdisziplinären Intensivstation bietet exzellente Voraussetzungen sowohl

für interdisziplinäre als auch fachbezogene Forschungsprojekte.

Die beteiligten Fachgebiete werden sich gegenseitig über beabsichtigte Forschungsprojekte im Bereich der Intensivmedizin und über fachbezogene Studien bei Patienten der jeweiligen Abteilung informieren, diese abstimmen und unterstützen. Darüber hinaus sollen gemeinsame Forschungsstrategien für die Intensivmedizin entwickelt werden. Die eingeworbenen Forschungsgelder werden zwischen den beteiligten Disziplinen angemessen verteilt.

#### Quellen:

- Richtlinien für die Organisation der Intensivmedizin in den Krankenhäusern. Empfehlungen der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) vom 9. September 1974. Das Krankenhaus 1974;11:457.
- Gemeinsame Empfehlung für die Fachgebiete Anästhesiologie und Innere Medizin zur Organisation der Intensivmedizin am Krankenhaus der Deutschen Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin, der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin, der Deutschen Gesellschaft für Internistische Intensivmedizin, des Berufsverbandes Deutscher Anästhesisten und des Berufsverbandes Deutscher Internisten. Anästh Intensivmed 1980;21:166-167.

Prof. Dr. med. Dr. h.c. H. Van Aken

Präsident der Deutschen Gesellschaft für  
Anästhesiologie und Intensivmedizin

Prof. Dr. med. B. Landauer

Präsident des Berufsverbandes Deutscher Anästhesisten

Prof. Dr. med. W. Hiddemann

Vorsitzender der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin

Prof. Dr. med. U. Janssens

Präsident der Deutschen Gesellschaft  
für Internistische Intensivmedizin und Notfallmedizin

## Personalia

Priv.-Doz. Dr. med. **Axel Heller**, DEAA, Klinik für Anästhesiologie und Intensivtherapie, Universitätsklinikum Dresden, wurde zum außerplanmäßigen Professor der Medizinischen Fakultät Carl Gustav Carus an der Technischen Universität Dresden ernannt.

Priv.-Doz. Dr. med. **Christian Maihöfner**, Neurologische Klinik, Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg, wurde mit dem Sertürner Preis

2007 für seine Forschungsarbeit „Brain imaging of analgesic and antihyperalgesic effects by cyclooxygenase inhibition in an experimental human pain model: a functional MRI-study“ ausgezeichnet.

Prof. Dr. med. **Reinhard Purschke**, Dortmund, wurde in Usbekistan zweimal mit der Ehrendoktorwürde ausgezeichnet: Er erhielt die „honorary membership of council of scholars“ der Universität Samarkand (28.10.2004) sowie am 09.09.2006 die „honorary doctorship“ der Universität Taschkent.