

Intensive care medicine: a multidisciplinary competence-based approach

M. Sander¹ · E. Uhl² · M. Kneussl³ · G. Geldner⁴ · E. De Robertis⁵ · K. Zacharowski⁶



www.ai-online.info

► **Zitierweise:** Sander M, Uhl E, Kneussl M, Geldner G, De Robertis E, Zacharowski K: Intensivmedizin: ein multidisziplinärer kompetenzbasierter Ansatz. *Anästh Intensivmed* 2021;62:513–516. DOI: 10.19224/ai.2021.513

Intensivmedizin: ein multidisziplinärer kompetenzbasierter Ansatz*

NACHDRUCK

* Erstpublikation in englischer Sprache im *European Journal of Anaesthesiology* 2021;38:679–681.

- 1 Klinik für Anästhesiologie, Operative Intensivmedizin und Schmerztherapie, Justus-Liebig-Universität Gießen
- 2 Klinik für Neurochirurgie, Justus-Liebig-Universität Gießen
- 3 Universitätsklinik für Innere Medizin, Kardiologie und Pulmologie, Wilhelminenspital, Medizinische Universität Wien und Sigmund Freud Universität Wien, Österreich
- 4 Klinik für Anästhesiologie, Intensivmedizin, Notfallmedizin und Schmerztherapie, RKH Kliniken Ludwigsburg
- 5 Sektion Anästhesiologie, Schmerztherapie und Intensivmedizin, Fakultät für Medizin und Chirurgie, Universität Perugia, Italien
- 6 Klinik für Anästhesiologie, Intensivmedizin und Schmerztherapie, Universitätsklinikum Frankfurt

Interessenkonflikt

Die Autoren geben an, dass keine Interessenkonflikte bestehen.

Schlüsselwörter

Intensivmedizin – COVID-19-Pandemie – Multidisziplinäre kompetenzbasierte Ausbildung – Besondere Qualifikationen

Keywords

Intensive Care Medicine – Covid-19 Pandemic – Multidisciplinary Competence-based Training – Particular Qualifications

Zusammenfassung

Das allgemeine Interesse an der Intensivmedizin erwachte, als unter der COVID-19-Pandemie neben Patienten mit einer Vielzahl anderer Erkrankungen und Zustände auch Patienten mit COVID-19-Pneumonie durch Intensivmediziner behandelt wurden. Diese akute Nachfrage wurde seitens der **European Society of Intensive Care Medicine (ESICM)** – die als Fachgesellschaft nur einen kleinen Teil der Intensivmediziner in Europa repräsentiert – zum Anlass genommen, eine Initiative zur Anerkennung der Intensivmedizin in Europa als eigenes medizinisches Fachgebiet gemäß Anhang V der Europäischen Richtlinie zur Anerkennung von Berufsqualifikationen ins Leben zu rufen. Die Diskussion um die Intensivmedizin als primäres Fach ist alt, und die Nachteile sind vor langem deutlich dargestellt worden. Gemäß dem **Multidisciplinary Joint Committee of Intensive Care Medicine (MJICM)** der **European Union of Medical Specialists (UEMS)** sollte die Intensivmedizin multidisziplinär sein; so dient sie den Interessen unserer Patienten am besten. Unter der Pandemie haben wir gelernt, dass alle Fachgebiete, die im Rahmen ihrer Weiterbildung eine Tätigkeit in der Intensivmedizin vorsehen, in der Lage waren, betroffene Patienten zu behandeln und Intensivmediziner für zusätzlich aufgebaute Intensivstationen zu stellen. Der Großteil war Anästhesisten, die aufgrund der Absage vieler elektiver operativer Eingriffe zur freien Verfügung standen. Aber auch andere Fachabteilungen, die

auf hohem Niveau Intensivmedizin betreiben – so z. B. die Innere Medizin, Chirurgie, Neurochirurgie sowie Kardiologie – wurden herangezogen, um sich der Pandemie zu stellen. Mit einem einzelnen, primären Fachgebiet wäre das in diesem Ausmaß nicht möglich gewesen.

Ohne Zweifel ist für alle hochqualifizierten Fachkräfte die Freizügigkeit in ganz Europa ein wichtiges Ziel. So sollte sich die Ausbildung in der Intensivmedizin in Europa nach einem einheitlichen kompetenzbasierten Curriculum richten; Ausbildung und Prüfung sollten als Ergänzung zu einer Mutterdisziplin als „besondere Qualifikation“ in ganz Europa anerkannt werden.

Was die Intensivmedizin betrifft, ermöglicht dieser Ansatz aus unserer Sicht in Kombination mit einer kompetenzbasierten Ausbildung und einer Prüfung in Verbindung mit einer Primärdisziplin die Freizügigkeit unserer Ärzte und dient dabei auch unseren Patienten am besten – für die Zukunft sowie auch für die aktuelle und zukünftige Pandemien.

Summary

During the Covid-19 pandemic general interest in intensive care medicine emerged as besides a majority of other diseases and conditions also patients with Covid-19 pneumonia were treated by intensivists. This acute demand was taken as the rationale by the **European Society of Intensive Care Medicine (ESICM)**, which represents only a small portion of all intensivists throughout

Europe, to launch an initiative to recognize Intensive Care Medicine in Europe as a medical specialty according to Annexe V of the European Directive on the recognition of professional qualifications. The discussion having intensive care medicine as a primary discipline is old and the disadvantages have been clearly stated long ago. Intensive care medicine according to the **Multidisciplinary Joint Committee of Intensive Care Medicine (MJCIM)** of the **European Union of Medical Specialists (UEMS)** should be multidisciplinary as this serves our patients best. During the pandemic, we learned that all specialties that cover Intensive Care Medicine in their training were able to treat affected patients and to provide intensivists to additionally built ICUs. Most of them were anaesthesiologists who were set free from the operating theatres because of the cancellation of many elective operations. However, other disciplines that provide high-level ICU care, such as internal medicine, surgery, neurosurgery and cardiac surgery were also recruited to face the pandemic. With a single, primary specialty, this would have not been possible on that scale.

Certainly, for all highly trained specialists, free movement throughout Europe is an important goal. Therefore, training in Intensive Care Medicine throughout Europe should be according to a common competence-based curriculum and this training and examination on top of a mother discipline should be recognized as a 'particular qualifications' throughout Europe.

From our point of view, regarding Intensive Care Medicine, this approach in combination with competence-based training and examination in tandem with a primary discipline allows free movement of our doctors and also serves our patients best, for the future and also for the current and future pandemics.

Einleitung

Die COVID-19-Pandemie brachte es mit sich, dass sich Pflegekräfte, Ärzte und Angehörige verbundener Gesundheitsfachberufe – zusammen mit Spezialisten

aus den Bereichen der Infektiologie und Virologie – 2020 im Rampenlicht wiederfanden. In europäischen Städten, wie z. B. Berlin und Paris, ehrte die Bevölkerung Mitarbeiter der Intensivstationen (ITS) jeden Abend durch Händeklatschen. Bewohner in New York City klatschten und trommelten aus ihren Fenstern auf Töpfen (<https://www.dw.com/en/coronavirus-how-nightly-applause-saved-my-sanity-as-a-new-berliner/a-53700250>; https://www.washingtonpost.com/world/europe/clap-for-carers/2020/03/26/3d05eb9c-6f66-11ea-a156-0048b62cdb51_story.html).

Das alles passierte, weil die Mitarbeiter auf den Intensivstationen sich um das Leben schwerkranker COVID-19-Patienten bemühten. Doch diese Pflegekräfte und Ärzte taten nur das, was sie jeden einzelnen Tag, jede einzelne Stunde und Minute die ganze Welt über tun – sie versuchen das Leben kritisch kranker Patienten zu retten. Kritische Gesundheitszustände können nach komplexen operativen Eingriffen, schweren kardialen Ereignissen, komplexen kardiochirurgischen Eingriffen bei Neugeborenen mit kongenitalen Kardiopathien, nach Komplikationen bei der Entbindung, unter einer Chemotherapie, im Rahmen schwerer Kopfverletzungen, nach intracerebraler Blutung, in der Folge immunvermittelter neurologischer Erkrankungen und...eben bei einer COVID-19-Pneumonie auftreten.

Diese akute und gestiegene Nachfrage nach intensivmedizinischer Versorgung wurde seitens der **European Society of Intensive Care Medicine (ESICM)** – die als Fachgesellschaft nur einen kleinen Teil der Intensivmediziner in Europa repräsentiert – zum Anlass genommen, eine Initiative (https://www.esicm.org/wp-content/uploads/2021/01/ESICM-Consultation-Paper_-Intensive-Care-Medicine-as-recognised-under-Annex-V-1.pdf) zur Anerkennung der Intensivmedizin in Europa als eigenes medizinisches Fachgebiet gemäß Anhang V der Europäischen Richtlinie zur Anerkennung von Berufsqualifikationen (Richtlinie 2005/36/EG des Europäischen Parlaments und des Rates) ins Leben zu rufen, und so die

Freizügigkeit der Intensivmediziner zu fördern. Das Bestreben der ESICM, mittels einer vereinheitlichten Ausbildung und Zulassung die Freizügigkeit der Intensivmediziner in Europa zu fördern, ist begrüßenswert und ein gemeinsames Anliegen mit dem **Multidisciplinary Joint Committee of Intensive Care Medicine (MJCIM)** der **European Union of Medical Specialists (UEMS)**. Allerdings ist das Bestreben danach, die Intensivmedizin als eigenständiges Fachgebiet gemäß Anhang V anzuerkennen, nicht ein Ansatz, der den Interessen der Intensivmedizin bestmöglich dient; die Initiative wurde ins Leben gerufen, ohne dass viele andere medizinische Fachgesellschaften, die sich der Intensivmedizin gewidmet haben, vorab informiert worden wären.

Die Intensivmedizin als eigenständige Primärdisziplin: die Geschichte eines Problems

Die Diskussion um die Intensivmedizin als Primärdisziplin mit Integration in Anhang V der Richtlinie 2005/36/EG im Gegensatz zu einer auf einer anderen Primärdisziplin – wie z. B. der Inneren Medizin, Chirurgie oder Anästhesiologie – aufgesetzten Sekundärdisziplin ist alt, komplex und kann in nationale Gesetzgebung und Standards eingreifen. Mit Sicherheit sollte die europäische Harmonisierung so einfach sein wie möglich – aber eben nicht einfacher. Die Intensivmedizin einfach dem Anhang V hinzuzufügen ist ein zu stark vereinfachter Ansatz. Bereits 2008 haben die in der Intensivmedizin involvierten Disziplinen im Rahmen einer Sitzung des MJCIM gegen die Umwandlung der Intensivmedizin in eine eigenständige Primärdisziplin gestimmt. So ist diese Position des MJCIM bereits vor einem Jahrzehnt veröffentlicht worden [1]; die Intensivmedizin sollte nicht zu einer eigenständigen Primärdisziplin werden und auch nicht als solche dem Anhang V hinzugefügt werden. Diese Position des MJCIM hat sich seither nicht geändert – die Rationale hinter dem Denken der Autoren und des MJCIM wird seit Jahren dargelegt.

So ist die Intensivmedizin erstens wesentlich zu komplex, um von einer einzigen Fachdisziplin abgedeckt zu werden. Die Intensivmedizin als Zusatzqualifikation zu einer Primärdisziplin hat die Qualität der Versorgung schwerkranker Patienten mit diversen zugrundeliegenden Organstörungen wesentlich verbessert. Zweitens würde die Umwidmung der Intensivmedizin in eine Primärdisziplin eher zu einer Verschlechterung der Kommunikation und Zusammenarbeit zwischen verschiedenen Spezialisten, die mit fachspezifischem Wissen, Expertise und Fähigkeiten aufwarten, führen. Drittens ist die Intensivmedizin sowohl physisch als auch psychisch extrem anspruchsvoll. Die Umwidmung der Intensivmedizin in eine eigenständige Primärdisziplin würde es dem Intensivmediziner unmöglich machen, in einer anderen Primärdisziplin tätig zu werden. Die Zusatzqualifikation hingegen erlaubt es, zeitweise in die eigene Primärdisziplin zurückzurotieren oder dort im Rufdienst tätig zu sein [2]. Diese Vorteile des derzeitigen Systems würden alle entfallen, sollte die Intensivmedizin dem Anhang V hinzugefügt werden.

Unter der Pandemie hat sich gezeigt, dass alle Primärdisziplinen, die im Rahmen ihrer Weiterbildung auch die Intensivmedizin abdecken, in der Lage waren, betroffene Patienten zu behandeln und Intensivmediziner für zusätzliche Intensivstationen zu stellen. Ein Großteil war Anästhesisten, die aufgrund der Streichung vieler elektiver operativer Eingriffe im OP-Bereich überzählig geworden waren. Aber auch andere Disziplinen, die eine hochwertige intensivmedizinische Versorgung ihrer Patienten gewährleisten – so z. B. die Innere Medizin, Chirurgie, Neuro- und Kardiochirurgie – wurden zur Patientenversorgung im Rahmen der Pandemie herangezogen. Wäre die Intensivmedizin eine einzelne eigene Primärdisziplin, wäre das in diesem Umfang nicht möglich gewesen. Der Mangel an Intensivmedizinern in manchen Ländern ist nicht durch die Pandemie verursacht worden; doch hat die Pandemie infrastrukturelle Probleme wie auch die unzureichende Anzahl in der Intensivmedizin ausgebildeter Ärzte

aufgedeckt. Diese Probleme können nicht durch eine Freizügigkeit derjenigen Intensivmediziner, die unter der Krise in ihren Heimatländern ebenso benötigt werden, gelöst werden.

Ohne Zweifel ist die europaweite Freizügigkeit hochqualifizierter Spezialisten ein wichtiges Ziel. Vor diesem Hintergrund sollte die intensivmedizinische Ausbildung europaweit entlang eines harmonisierten kompetenzbasierten Curriculums erfolgen. So ist es erfreulich, dass sich die zuständige Arbeitsgruppe innerhalb des MJCIM der UEMS – die **European Board of Intensive Care Medicine (EBICM)** – mit den übergeordneten Sektionen der UEMS auf ein einheitliches Ausbildungsprogramm geeinigt hat. Dieses Programm – das **European Training Requirements (ETR) for the Core Curriculum of Multidisciplinary Intensive Care Medicine – European Standards of Postgraduate Medical Specialist Training** – wurde bereits 2014 von der UEMS verabschiedet. Ziel dieser ETR ist es, die Intensivmedizin als multidisziplinäres Fach von diversen Fachgebieten aus zugänglich zu machen. Schwerpunkt sind dabei die Kompetenzen, die vonnöten sind, um – unabhängig von der Ausgangsfachdisziplin – qualitativ hochwertige Intensivmedizin zu betreiben. Die Position des MJCIM ist dabei, dass die intensivmedizinische Ausbildung an die Weiterbildung in einer Primärdisziplin anschließen sollte, und die Freizügigkeit dieser Spezialisten durch den Nachweis der abgeschlossenen Weiterbildung zusammen mit einer strukturierten Zusatzausbildung in der Intensivmedizin gewährleistet sein sollte. Diese Zusatzausbildung und Kompetenzen in der Intensivmedizin sollten europaweit als „besondere Qualifikation“ anerkannt werden. Dahingehend ist es wichtig, mit der UEMS und politischen Entscheidungsträgern auf europäischer Ebene zusammenzuarbeiten, um eine entsprechende Gesetzgebung zu erreichen.

In den wenigen Ländern, in denen die Intensivmedizin eine Primärdisziplin darstellt, sollte denjenigen Ärzten, die in anderen Gesundheitssystemen tätig werden wollen, eine zusätzliche Ausbildung in einer der Primärdisziplinen, auf

denen die Intensivmedizin in der Mehrzahl der europäischen Länder sonst fußt (Anästhesiologie, Kardiochirurgie, Kardiologie, Innere Medizin, Neurologie, Neurochirurgie, Pädiatrie, Pneumologie, Chirurgie und Notfallmedizin), angeboten werden. Diese Art von Zusatzausbildung stellt die einzige Option dar, wenn „primäre ITS-Spezialisten“ die Freizügigkeit auch in Ländern, in denen die Intensivmedizin keine eigenständige Primärdisziplin darstellt, genießen wollen; nur dieses Vorgehen zusammen mit einer teilweisen Anerkennung der ITS-Kompetenzen dieser Spezialisten würde nicht in nationale Regelungen eingreifen. So kann die Freizügigkeit aller primären Intensivmediziner nur dann im Einklang mit nationaler und aktueller europäischer Gesetzgebung zustande kommen, wenn eine Zusatzausbildung durchlaufen wird.

Wie oben aufgeführt glaubt die MJCIM daran, dass die Intensivmedizin nach einer kompetenzbasierten Ausbildung und einer formellen europäischen Prüfung verlangt. Bezüglich der europäischen Zertifizierung gibt es derzeit von zwei großen Fachgesellschaften unterschiedliche Lösungen: die ESICM bietet das **European Diploma in Intensive Care (EDIC)**, die **European Society of Anaesthesiology and Intensive Care (ESAIC)** das **European Diploma in Anaesthesiology and Intensive Care (EDAIC)**. Diese zwei Zertifikate vereinen gemeinsame Ziele: die Sicherstellung professioneller Standards, die Gewährleistung der Freizügigkeit sowie die Förderung einer europäischen Zertifizierung auf Basis der ETR ICM über nationale Differenzen hinweg. Die anderen in der Intensivmedizin eingebundenen Sektionen haben bereits ETRs für ihre jeweiligen Disziplinen erstellt, sodass sie zusammen mit dem MJCIM und dem EBICM problemlos eine zusätzliche Ausbildung und Zertifizierung ihrer Kompetenzen in der Intensivmedizin entwickeln könnten.

So sollte die UEMS mit europäischen Behörden zusammenarbeiten, um die Intensivmedizin und sicherlich einige weitere Spezialgebiete innerhalb bestehender Primärdisziplinen als „besondere Qualifikationen“ in eine zukünftige

Überarbeitung der Europäischen Richtlinie 2005/36/EG einfließen zu lassen, um so die gegenseitige Anerkennung und europaweite Freizügigkeit zu gewährleisten.

Was die Intensivmedizin betrifft, ermöglicht dieser Ansatz aus unserer Sicht in Kombination mit einer kompetenzbasierten Ausbildung und einer Prüfung in Verbindung mit einer Primärdisziplin die Freizügigkeit unserer Ärzte und dient dabei auch unseren Patienten am besten – für die Zukunft sowie auch für die aktuelle und zukünftige Pandemien.

Literatur

1. Van Aken H, Mellin-Olsen J, Pelosi P: Intensive care medicine: a multidisciplinary approach! Eur J Anaesthesiol 2011; 28:313–315
2. Van Aken H, Vallet B, Mellin-Olsen J: Comment on Rubulotta et al: intensive care medicine: finding its way in the 'European labyrinth'. Intensive Care Med 2012;38:1074–1075.

Korrespondenz- adresse

**Prof. Dr. Dr. med.
Kai Zacharowski
ML FRCA**



Klinik für Anästhesiologie,
Intensivmedizin und Schmerztherapie
Universitätsklinikum Frankfurt
Theodor-Stern-Kai 7
60590 Frankfurt am Main,
Deutschland

E-Mail: kai.zacharowski@kgu.de

ORCID-ID: 0000-0002-0212-9110

Zu den Autoren:

MS gibt seinen Standpunkt als Präsident der MJC ICM und als Mitglied der EBA wieder.

KZ gibt seinen Standpunkt als Präsident der European Society of Anaesthesiology & Intensive Care (ESAIC) wieder.

EDR gibt seinen Standpunkt als Präsident der European Board of Anaesthesiology (EBA-UEMS) und als designierter Präsident der European Society of Anaesthesiology & Intensive Care (ESAIC) wieder.

GG gibt seinen Standpunkt als Vizepräsident der European Board of Anaesthesiology (UEMS) wieder.

EU gibt seinen Standpunkt als UEMS-Deligierte der Deutschen Gesellschaft für Neurochirurgie (DGNC) sowie als Mitglied des MJCICM wieder.

MK gibt seinen Standpunkt als UEMS-Deligierte der Österreichischen Gesellschaft für Innere Medizin (ÖGIM) und als Mitglied des MJCICM wieder.