

BDAktuell

DGAInfo

Ein zunehmender Personalmangel führt bei einigen Krankenhäusern dazu, dass manche Geschäftsführungen „kreative Lösungen“ suchen und beispielsweise der Anästhesieabteilung die Versorgung der internistischen Patientinnen und Patienten auf einer Intensivstation übertragen. Zu diesem brisanten Thema gingen in den vergangenen Monaten wiederholt Anfragen bei der Rechtsabteilung des Berufsverband Deutscher Anästhesistinnen und Anästhesisten e. V. (BDA) ein, von denen im Folgenden beispielhaft zwei vorgestellt werden sollen:

- Krankenhaus 1: „*(...) Außerhalb des Regeldienstes werden internistische Patienten, z. B. mit einer Pneumonie bei Leukämie, ohne fachärztliche Rücksprache von der Notaufnahme auf die interdisziplinäre Intensivstation verlegt. Am Wochenende gibt es für diese Patienten keine Visite durch einen Facharzt für Innere Medizin. Als Anästhesist habe ich zwar das notwendige intensivmedizinische Fachwissen, aber besteht hier auch ein Übernahmeverzuschulden hinsichtlich der onkologischen Mitbehandlung?*“
- Krankenhaus 2: „*(...) In naher Zukunft werden eine anästhesiologische und internistische Intensivstation zu einer neuen interdisziplinären Intensivstation zusammengelegt. Der Schichtdienstplan wird abwechselnd aus Anästhesisten und Internisten besetzt. Als Anästhesistin kann ich die Intensivmedizin, fühle mich aber nicht fit genug bei zum*

Grundlagen und Ausgestaltung der interdisziplinären Zusammenarbeit auf Intensivstationen

P. Meybohm¹ · T. Brenner² · H. Bracht³ · A. Pfundstein⁴ · K. Zacharowski⁵ · B. Zwissler⁶ · G. Marx⁷

► **Zitierweise:** Meybohm P, Brenner T, Bracht H, Pfundstein A, Zacharowski K, Zwissler B, Marx G: Grundlagen und Ausgestaltung der interdisziplinären Zusammenarbeit auf Intensivstationen. Anästh Intensivmed 2024;65:V148–V151. DOI: 10.19224/ai2024.V148

Beispiel Herzinfarktpatienten im Schock, da ich die aktuell gültigen kardiologischen Leitlinien nicht genau kenne. Kann ich zu diesem Dienst verpflichtet werden?

Vor diesem Hintergrund wurden im BDAktuell JUS-Letter der A&I-Ausgabe März 2024 zivilrechtliche, strafrechtliche sowie arbeitsrechtliche Aspekte einer interdisziplinären Zusammenarbeit auf einer Intensivstation aus juristischer Sicht beleuchtet [1].

Zusammengefasst gilt, dass ein Personalmangel in den nicht anästhesiologischen Abteilungen nicht den fachübergreifenden Einsatz von Anästhesisten rechtfertigt. Ein Krankenhausträger ist verpflichtet, den einzelnen Abteilungen eine ausreichende Personalausstattung zur Verfügung zu stellen, um eine adäquate und sichere Patientenversorgung sicherstellen zu können. Wie viele ärztliche Mitarbeiter es genau sein sollten, kann anhand der aktuellen DIVI-Empfehlungen zur Struktur und Ausstattung von Intensivstationen 2022 berechnet werden [2].

Im Spannungsfeld zwischen ökonomischen Erwägungen und Sorgfaltspflichten hat die Sicherheit der Patienten eindeutig Vorrang. Ohnehin ergibt sich aus der Weiterbildungsordnung eine klare Abgrenzung verschiedener Fachgebiete und der entsprechenden Zuständigkeiten.

Mit der erwähnten Publikation des JUS-Letters erhielt die Rechtsabteilung des BDA einige weitere Rückfragen von Mit-

1 Universitätsklinikum Würzburg, Klinik und Poliklinik für Anästhesiologie, Intensivmedizin, Notfallmedizin und Schmerztherapie, Würzburg

2 Klinik für Anästhesiologie und Intensivmedizin, Universitätsklinikum Essen, Universität Duisburg-Essen

3 Universitätsklinik für Anästhesiologie, Intensiv-, Notfallmedizin, Transfusionsmedizin und Schmerztherapie, Evangelisches Klinikum Bethel, Bielefeld

4 Rechtsabteilung, Berufsverband Deutscher Anästhesistinnen und Anästhesisten e. V., Nürnberg

5 Klinik für Anästhesiologie, Intensivmedizin und Schmerztherapie, Goethe-Universität Frankfurt, Universitätsklinikum Frankfurt

6 Klinik für Anästhesiologie, LMU Klinikum der Universität München

7 Klinik für Operative Intensivmedizin und Intermediate Care, Uniklinik RWTH Aachen

gliedern zur konkreten Ausgestaltung, so dass im vorliegenden Beitrag nun die Grundlagen und Ausgestaltung der interdisziplinären Zusammenarbeit auf der Intensivstation aus medizinischer Sicht diskutiert und gleichzeitig die juristischen Leitplanken aufgezeigt werden sollen.

Die Rolle des Anästhesisten auf der Intensivstation

Laut Musterweiterbildungsordnung der Bundesärztekammer 2018 [3] (Stand: 29.06.2023) deckt allein ein Facharzt für Anästhesiologie mit der Zusatzweiterbildung Intensivmedizin das gesamte Spektrum der Intensivmedizin ab. Nur der Anästhesist kann/darf auf einer interdisziplinären Intensivstation Patienten verschiedener Fachdisziplinen intensivmedizinisch behandeln, also chirurgische Intensivpatienten (z. B. Herzchirurgie, Neurochirurgie, Unfallchirurgie, Viszeralchirurgie), internistische Intensivpatienten (z. B. Kardiologie, Gastroenterologie, Pulmonologie) und auch neurologische Intensivpatienten.

In der Musterweiterbildungsordnung wird zu den anästhesiologischen Inhalten der Zusatzweiterbildung Intensivmedizin konkret genannt:

„Behandlung intensivmedizinischer Krankheitsbilder in Zusammenarbeit mit den das Grundleiden behandelnden Ärzten“.

Im Vergleich dazu sind Ärzte aus anderen Fächern, die zwar auch über eine Zusatzweiterbildung Intensivmedizin verfügen, auf das eigene Fachgebiet begrenzt. Beispielweise kann ein Facharzt für Neurochirurgie mit Zusatzweiterbildung Intensivmedizin nur die „Intensivmedizinische Behandlung bei vital bedrohlichen neurochirurgischen Erkrankungen“ sowie die „Intensivmedizinische Behandlung gebietsbezogener Krankheitsbilder, insbesondere bei oder nach neurochirurgischen Operationen und Verletzungen“ verantworten. Ähnliches gilt für einen Facharzt für Chirurgie/Innere Medizin/Neurologie mit Zusatzweiterbildung Intensivmedizin, der jeweils nur die **jeweiligen fachgebietsbezogenen** Krankheitsbilder, also die

intensivmedizinische Behandlung bei vital bedrohlichen **chirurgischen/internistischen/neurologischen** Erkrankungen verantworten kann.

Die Basis für diese speziell im Bereich der Intensivmedizin fachübergreifende Handlungskompetenz des Anästhesisten stellen die im Rahmen der Weiterbildung zum Facharzt für Anästhesiologie definierten umfangreicheren Weiterbildungsinhalte dar, die sich beispielweise durch längere Zeiten (12 versus 6 Monate), höhere Richtzahlen und umfangreichere Inhalte von denen der anderen Fächer wesentlich abheben:

- Diagnostik und Therapie vital bedrohlicher Erkrankungen und Zustände, insbesondere bei
 - respiratorischer Insuffizienz
 - kardialer Insuffizienz
 - Ein- und Mehrorganversagen
 - Delir
 - endokrinen Störungen
 - erhöhtem Hirndruck
 - Sepsis
 - Schock
 - Trauma/Polytrauma
- Prävention, Diagnostik, Therapie und Management von Infektionen
- Intensivmedizinische Behandlung von Patienten mit Funktionsstörungen von mindestens zwei vitalen Organsystemen ($n = 100$)
- Analgosedierung von intensivmedizinischen Patienten
- Atemunterstützende Maßnahmen bei nicht intubierten Patienten, differenzierte Beatmungstechniken einschließlich Beatmungsentwöhnung bei langzeitbeatmeten Patienten ($n = 50$)
- Differenzierte Flüssigkeits- und Volumetherapie einschließlich Transfusions- und Blutersatztherapie
- Enterale und parenterale Ernährung, Erstellung eines Ernährungsplans sowie Therapie von Stoffwechselentgleisungen
- Punktions- und Katheterisierungs-techniken, auch sonographisch gesteuert, davon zentralvenöse Zugänge ($n = 30$), arterielle Zugänge ($n = 30$), Pleurapunktionen/Pleura-drainagen ($n = 5$), Tracheo- und Bronchoskopien ($n = 25$).

Das Alleinstellungsmerkmal des Anästhesisten wird zudem durch folgende in der Musterweiterbildungsordnung vorgegebenen spezifischen Inhalte und Handlungskompetenzen für die anästhesiologische Zusatzweiterbildung Intensivmedizin gestärkt:

- „Perioperative Intensivbehandlung in Zusammenarbeit mit den das Grundleiden behandelnden Ärzten“,
- „Behandlung intensivmedizinischer Krankheitsbilder in Zusammenarbeit mit den das Grundleiden behandelnden Ärzten“ sowie
- „Komplexes Atemwegsmanagement und schwieriger Atemweg beim Intensivpatienten“.

Fachärzte aus anderen Fächern, die auch über eine fachspezifische Zusatzweiterbildung Intensivmedizin verfügen, sind dagegen auf das eigene Fachgebiet begrenzt.

Die Verantwortung der mitbehandelnden Ärzte

Wie im JUS-Letter detailliert ausgeführt wurde, hat die Behandlung der Patienten jederzeit nach den zum Zeitpunkt der Behandlung bestehenden, allgemein anerkannten fachlichen Standards zu erfolgen. Der im jeweiligen Fachgebiet geltende Standard wird maßgeblich von den wissenschaftlichen Fachgesellschaften vorgegeben.

Es gilt zudem der Grundsatz der strikten Arbeitsteilung und der Vertrauensgrund-satz, d. h. jeder Arzt verantwortet das eigene Fachgebiet und kann sich darauf verlassen, dass der andere Facharzt die Versorgung im Rahmen seines Fachge-bietes adäquat übernimmt.

Für den Bereich der interdisziplinären Intensivmedizin gilt, dass die Behandlung des Grundleidens natürlich weiterhin den jeweils fachspezifischen, für das Grundleiden verantwortlich behandelnden Ärzten obliegt. Ohnehin sind die das Grundleiden behandelnden Ärzte auf der Intensivstation verantwortliche Mitbehandler, die ihre jeweilige fach-spezifische Kompetenz und Expertise einbringen müssen.

Schnittstelle in der interdisziplinären Intensivmedizin

Im Einzelfall stellt sich die Frage, wo die intensivmedizinische Behandlungskompetenz des Anästhesisten endet und die spezifische Mitbehandlung des für die Therapie des Grundleiden verantwortlichen Fachgebiets beginnt. Denn: Sobald der Facharzt für Anästhesiologie im Bereich der Intensivmedizin an seine Fachgebietsgrenzen stößt, muss der Facharztstandard des anderen Faches gesichert sein, um beispielsweise beim Polytrauma mit Massivblutung die Indikation zur Notfall-Laparotomie oder Thorakotomie jederzeit stellen zu können.

Wenngleich sich in manchen Bereichen die Kompetenzen in der Zusammenarbeit von Anästhesisten zum Beispiel mit Internisten überschneiden (z. B. beide können und dürfen einen Patienten mit einer beatmungspflichtigen Pneumonie behandeln), so gibt es doch bei einem Großteil der Intensivpatienten abgrenzbare Handlungskompetenzen.

Im Folgenden sollen anhand der eingangs beschriebenen Beispiele sowie

weiterer Beispiele die fachspezifischen Schnittstellen in der interdisziplinären Intensivmedizin basierend auf dem Grundsatz der Arbeitsteilung dargestellt werden (Tab. 1).

Fazit

Nach aktueller Musterweiterbildungsordnung darf ein Anästhesist mit der Zusatzweiterbildung Intensivmedizin die „Behandlung intensivmedizinischer Krankheitsbilder in Zusammenarbeit mit den das Grundleiden behandelnden Ärzten“ durchführen, d. h. er darf/kann internistische, chirurgische und neurologische Intensivpatienten intensivmedizinisch behandeln.

Literatur

1. Weis E: Haftungsrisiko fachübergreifende Tätigkeit – Grenzen der interdisziplinären Zusammenarbeit auf Intensivstationen. Gültig nun in aktualisierter Form in Anästh Intensivmed 2024;65:V51–V54
2. Waydhas C, Riessen R, Markewitz A, Hoffmann F, Frey L, Böttiger BW et al: DIVI-Empfehlung zur Struktur und

Ausstattung von Intensivstationen 2022 (Erwachsene). Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin 2022;13(4)

3. Bundesärztekammer: (Muster-) Weiterbildungsortordnung 2018. <https://www.bundesaerztekammer.de/themen/aerzte/aus-fort-und-weiterbildung/aerztliche-weiterbildung/muster-weiterbildungsortordnung> (Zugriffssdatum 13.06.2024).

Korrespondenzadresse



**Prof. Dr. med.
Patrick Meybohm**

Universitätsklinikum Würzburg
Klinik und Poliklinik für Anästhesiologie, Intensivmedizin, Notfallmedizin und Schmerztherapie
Oberdürrbacher Straße 6
97080 Würzburg, Deutschland
E-Mail: meybohm_p@ukw.de
ORCID-ID: 0000-0002-2666-8696

Tabelle 1

Beispiele für fachspezifische Schnittstellen in der interdisziplinären Intensivmedizin.

Patient mit ...	Facharzt für Anästhesiologie mit Zusatzweiterbildung Intensivmedizin verantwortet (Auswahl):	Mitbehandelnder Facharzt für (...) verantwortet (Auswahl):
Pneumonie bei Leukämie	<ul style="list-style-type: none"> • Diagnostik/Therapie der respiratorischen Insuffizienz • differenzierte Beatmungstechniken • antinfektive Pharmakotherapie 	<ul style="list-style-type: none"> • Behandlung des hämatologischen/onkologischen Grundleidens (Innere Medizin/Hämatonkologie)
Myokardinfarkt mit kardiogenem Schock	<ul style="list-style-type: none"> • Diagnostik und Therapie der respiratorischen/kardialen Insuffizienz/bzw. des Schocks • intensivmedizinische Behandlung der Organdysfunktionen • intensivmedizinische Behandlung, auch in interdisziplinärer Zusammenarbeit, von Patienten mit schwerer kardialer Insuffizienz myogener, mechanischer und elektrischer Genese 	<ul style="list-style-type: none"> • Indikationsstellung und Durchführung Herzkatheterintervention • Therapie der chronischen Herzinsuffizienz (Innere Medizin/Kardiologie)
Respiratorische Insuffizienz bei Good-Pasture-Syndrome	<ul style="list-style-type: none"> • Diagnostik/Therapie der respiratorischen Insuffizienz • atemunterstützende Maßnahmen/differenzierte Beatmungstechniken • Durchführung der Nierenersatztherapie • antinfektive Pharmakotherapie 	<ul style="list-style-type: none"> • Diagnostik und Therapie von nephrologischen Erkrankungen • Nierenersatztherapie nach Verlegung von der Intensivstation (Innere Medizin/Nephrologie)
Peritonitis nach Darm-Anastomoseninsuffizienz	<ul style="list-style-type: none"> • Diagnostik/Therapie der Sepsis • antinfektive Pharmakotherapie • intensivmedizinische Behandlung der Organdysfunktionen 	<ul style="list-style-type: none"> • Indikationsstellung und Befundinterpretation bildgebender Verfahren • Indikationsstellung zur (Re-)Laparotomie • Durchführung von Notfalleingriffen im Bauchraum, z. B. bei Ileus, Peritonitis, Hohlorganperforationen (Chirurgie)
Polytrauma mit Massivblutung	<ul style="list-style-type: none"> • Diagnostik und Therapie des Schocks bzw. des Polytraumas • richtungsweisende sonographische Untersuchungen in der Intensivmedizin • differenzierte Volumentherapie • Therapie mit Blutprodukten • Gerinnungstherapie 	<ul style="list-style-type: none"> • Diagnostik, Therapie und interdisziplinäres Management für Schwer- und Mehrfachverletzte • Indikationsstellung zur Notfall-Laparotomie und Thorakotomie (Unfallchirurgie)
Perikardtamponade nach herzchirurgischem Eingriff	<ul style="list-style-type: none"> • Diagnostik und Therapie des Schocks • Fokussierte echokardiographische Diagnostik bei häodynamischer Instabilität 	<ul style="list-style-type: none"> • Mitwirkung bei intra- und/oder perioperativer transoesophagealer Echokardiographie • Indikationsstellung zur Re-Thorakotomie (Herzchirurgie)
Schädel-Hirn-Trauma (SHT)	<ul style="list-style-type: none"> • Diagnostik/Therapie von erhöhtem Hirndruck • Messung, Überwachung und Therapie von intrakraniellem Druck, zerebraler Perfusion und zerebralem Metabolismus • Sedierung • Erkennung und Behandlung der Auswirkungen von kritischer Krankheit und Intensivtherapie auf das Nervensystem 	<ul style="list-style-type: none"> • Erkennung, Erstversorgung und Management spontaner und traumatischer neurochirurgischer Notfälle • Indikationsstellung und Durchführung der Anlage einer Hirndrucksonde • Indikationsstellung und Durchführung einer Kraniektomie (Neurochirurgie)
Ischämischer Schlaganfall	<ul style="list-style-type: none"> • Diagnostik/Therapie der respiratorischen Insuffizienz • Erkennung und Behandlung der Auswirkungen von kritischer Krankheit und Intensivtherapie auf das Nervensystem • intensivmedizinische Behandlung, auch in interdisziplinärer Zusammenarbeit, von Patienten mit neurologischen Beeinträchtigungen bzw. Erkrankungen 	<ul style="list-style-type: none"> • Erstversorgung eines Schlaganfalls einschließlich systemischer Lyse (Neurologie)