

Organisation der Intensivmedizin – Update 2025*

Eine gemeinsame Empfehlung der Deutschen Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin und des Berufsverbandes Deutscher Anästhesistinnen und Anästhesisten sowie der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin und der Deutschen Gesellschaft für Internistische Intensivmedizin und Notfallmedizin

► **Zitierweise:** Marx G, Beck G, Führer-Sakel D, Kochanek M: Organisation der Intensivmedizin – Update 2025. Eine gemeinsame Empfehlung der Deutschen Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin und des Berufsverbandes Deutscher Anästhesistinnen und Anästhesisten sowie der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin und der Deutschen Gesellschaft für Internistische Intensivmedizin und Notfallmedizin. Anästh Intensivmed 2025;66:X31–X32. DOI: 10.19224/ai2025.X031

Dieser Beitrag erscheint parallel auch in der Zeitschrift „Die Innere Medizin“.

* Teilnehmer der Konsensus-Konferenz am 14.08.2025 (in alphabetischer Reihenfolge): Th. Brenner, G. Ertl, J. Galle, U. Janssens, G. Marx, M. Kochanek, B. Zwißler.

Interessenkonflikt

Die Autorinnen und Autoren geben an, dass keine Interessenkonflikte bestehen.

Schlüsselwörter

Intensivmedizin – Organisation – Innere Medizin – Anästhesiologie – Zusammenarbeit – Intensivstation – Konservativ – Interdisziplinär

Präambel

Leitgedanke der Intensivmedizin ist es, Patientinnen und Patienten, die einer besonderen Überwachung, Pflege oder Behandlung bedürfen, in speziellen Einrichtungen des Krankenhauses, den Intensivstationen, zu konzentrieren. Auf diese Weise sollen sie 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-apparativen Ressourcen.

Die Grundsätze der Organisation der Intensivmedizin sind in der „Gemeinsamen Empfehlung der DGAI, des BDA, der DGIM sowie der DGIIN zur Organisation der Intensivmedizin“ von 2007 festgelegt.

Im August 2025 haben sich die Vertreter der beteiligten Fachgesellschaften und Berufsverbände erneut getroffen, um sich mit den vorgenannten Empfehlungen auseinanderzusetzen und diese auf ihre Aktualität hin zu überprüfen.* Hierbei konnte Einigkeit darüber erzielt werden, dass (abgesehen von kleineren redaktionellen Überarbeitungen) die im Jahr 2007 verfassten Empfehlungen nach wie vor Bestand haben und es keiner inhaltlichen Anpassung bedarf.

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 kann räumlich und organisatorisch auf einer Intensivstation erfolgen.

Für die ärztliche Leitung und die Zusammenarbeit gilt, dass der konservative Bereich von Internistinnen und Internisten und der operative von Anästhesistinnen und Anästhesisten/Chirurginnen und Chirurgen geleitet wird. Sowohl im konservativen als auch im operativen Bereich ist jeweils die Zusatzweiterbildung „Intensivmedizin“ der verantwortlichen Ärztin oder des verantwortlichen Arztes Voraussetzung. Eine Rotation der Weiterbildungsassistentinnen und -assistenten 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 konser-

vativen/operativen Intensivstation sinnvoll sein. Auf derartigen Einheiten wird der konservative Intensivmedizinbereich verantwortlich von Internistinnen und Internisten und der operative Bereich von Anästhesistinnen und Anästhesisten/Chirurginnen und 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 die Vertretung des betreffenden Faches und im Bereich der Intensivtherapie die verantwortliche Leitung.

Für den Fall, dass kein Konsens erreicht werden kann, ist hausintern festzulegen, wer den Stichentscheid trifft.

Die volle ärztliche und rechtliche Verantwortung trägt die Person, die die Entscheidung trifft.

III.2 Bettenbelegung auf der interdisziplinären Intensivstation

Rechnerisches Bettenkontingent

Um die intensivmedizinische Versorgung der Patientinnen und Patienten aller Kliniken/Fachabteilungen zu gewährleisten, sollte eine am Bettenbedarf orientierte rechnerische Durchschnittsbettenzahl 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.

Aufnahme und Verlegung

Über die Aufnahme der Patientinnen und Patienten auf die interdisziplinäre Intensivstation entscheidet die Behandlerin oder der Behandler des Grundleidens im Einvernehmen mit der Leitung der interdisziplinären Intensiveinheit. Über die Verlegung der Patientinnen und Patienten von der interdisziplinären Intensivstation entscheidet die verantwortliche Leitung im Einvernehmen mit der Behandlerin oder dem Behandler des Grundleidens.

Kann keine einvernehmliche Entscheidung getroffen werden, trägt die Person, die die Entscheidung über die Verlegung trifft, die alleinige ärztliche und rechtliche Verantwortung.

III.3 Gemeinsame Weiterbildung

Die interdisziplinäre Intensivstation stellt für Ärztinnen und Ärzte der beteiligten Fachgebiete die Weiterbildung und die Zusatzweiterbildung in der Intensivmedizin sicher. Eine gemeinsame Weiterbildungsbefugnis für Intensivmedizin – für zwei Vertreter unterschiedlicher Fachgebiete (hier: 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 Patientinnen und 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.

Quelle

Gemeinsame Empfehlung der Deutschen Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin und des Berufsverbandes Deutscher Anästhesistinnen und Anästhesisten sowie der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin und der Deutschen Gesellschaft für Internistische Intensivmedizin und Notfallmedizin zur Organisation der Intensivmedizin. Intensivmed 44:1–2 (2007), DOI 10.1007/s00390-007-0822-6.

Prof. Dr. med. G. Marx

Präsident der Deutschen Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin (DGA)

Prof. Dr. med. G. Beck

Präsidentin des Berufsverbandes Deutscher Anästhesistinnen und Anästhesisten (BDA)

Prof. Dr. Dr. med. D. Führer-Sakel

Vorsitzende der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin (DGIM)

Prof. Dr. med. M. Kochanek

Präsident der Deutschen Gesellschaft für internistische Intensivmedizin und Notfallmedizin (DGIIN)