



Intensivmedizin in der Inneren Medizin und der Kardiologie – quo vadis?

Die DGK will die Förderung der Intensivmedizin vorantreiben und unterstützt die Bildung eines Clusters „Kardiovaskuläre Akut- und Intensivmedizin“. Eine neue Rubrik „Intensivmedizin“ wird sich zudem künftig in der Cardio News aktuellen intensivmedizinischen Themen widmen.

Die Intensivmedizin spielt in der Inneren Medizin und hier insbesondere in der kardiovaskulären Medizin eine wichtige Rolle. Es gibt Schätzungen, dass deutlich mehr als 50% der auf internistischen Intensivstationen oder auch auf Intermediate Care Stationen behandelten Patienten ein im Vordergrund stehendes kardiovaskuläres Problem haben. Das beinhaltet akute Koronarsyn-drome, kardiogene Schocks, akute Herzrhythmusstörungen, kardiopulmonale Reanimationen, akute Herzinsuffizienz, akute Aortensyn-drome und akute Klappenprobleme, neben vielen anderen Erkrankungen mit Überlappung in andere internistische Bereiche.

Auch durch den zunehmenden Einsatz von mechanischen Herz-Kreislauf-Unterstützungssystemen und die Einführung von neuen interventionellen Techniken, wie der TAVI oder auch Mitralklappenin-terventionen, sind spezielle kardio-vaskuläre Kenntnisse in der Inten-sivmedizin von großer Bedeutung. Diese Anforderungen an die kardiovaskuläre Inten-siv- und Akutmedizin sind in Abb. 1 dargestellt. In Untersuchungen konnte gezeigt werden, dass die ständige Anwesenheit eines intensivmedi-zinisch ausgebildeten Kardiologen auf einer Inten-sivstation – im Ver-gleich zu einer Intensiv-station mit Intensivmedi-ziner mit nur allgemeiner Ausbildung – die Mortali-tät reduzieren kann [1, 2].



Prof. Dr. Holger Thiele,
Herzzentrum
Leipzig © Thiele

Zertifizierte Chest Pain Units

Die Deutsche Gesellschaft für Kar-dio-logie (DGK) hat sich diesen An-fo-rderungen gestellt, zum Beispiel mit der Etablierung von Zertifizie-rungen von Chest Pain Units, Herz-insuffizienzstationen und auch mit Anforderungen für Eingriffe bei struktureller Herzerkrankung wie TAVI oder MitraClip. Ziel ist hier eine qualitativ hochwertige Ver-sor-gung mit strukturierten Anfor-derungen an die Einrichtungen.

Außerdem wurde eine Vielzahl an Leitlinien und Positionspapieren im Bereich der Intensivmedizin federführend oder unter Betei-ligung der DGK erarbeitet. Beispi-elhaft sind die S3-Leitlinie zum kar-diogenen Schock [3], die gerade ak-tuell überarbeitet wurde, das aktu-elle Positionspapier zum hämo-

namischen Monitoring oder das Konsensuspapier zur extrakorporalen kardiopulmonalen Reanimati-on (eCPR) zu nennen.

Weiterhin sind von Mitgliedern der DGK in den letzten Jahren wesentliche wissenschaftliche Ar-bei-ten im Bereich der kardiovaskulären Intensivmedizin durchgeführt worden [4–8]. Allerdings sind wei-tere Anstrengungen bei der For-schungsförderung von kardio-vaskulären intensivmedizinischen Stu-dien notwendig, was auch schon von amerikanischen Autoren er-kannt wurde [9].

Abrechnungsproblem

Mit der Einführung des Operati-onen- und Prozedurenschlüssels (OPS) 8-98F zur Abrechnung der aufwändigen intensivmedizinischen Komplexbehandlung haben aber sicherlich viele festgestellt, dass ein Mangel an Kardiologen mit der Zusatzbezeichnung Inten-sivmedizin besteht, weshalb die Anforderungen an die Abrechen-barkeit nicht immer zu erfüllen sind. Die Anforderungen sind hier noch einmal dargestellt:

- Behandlungsleitung durch einen Facharzt mit der Zusatzweiterbildung „Intensivmedizin“, der den überwiegenden Teil seiner ärztlichen Tätigkeit auf der Intensivstation ausübt.

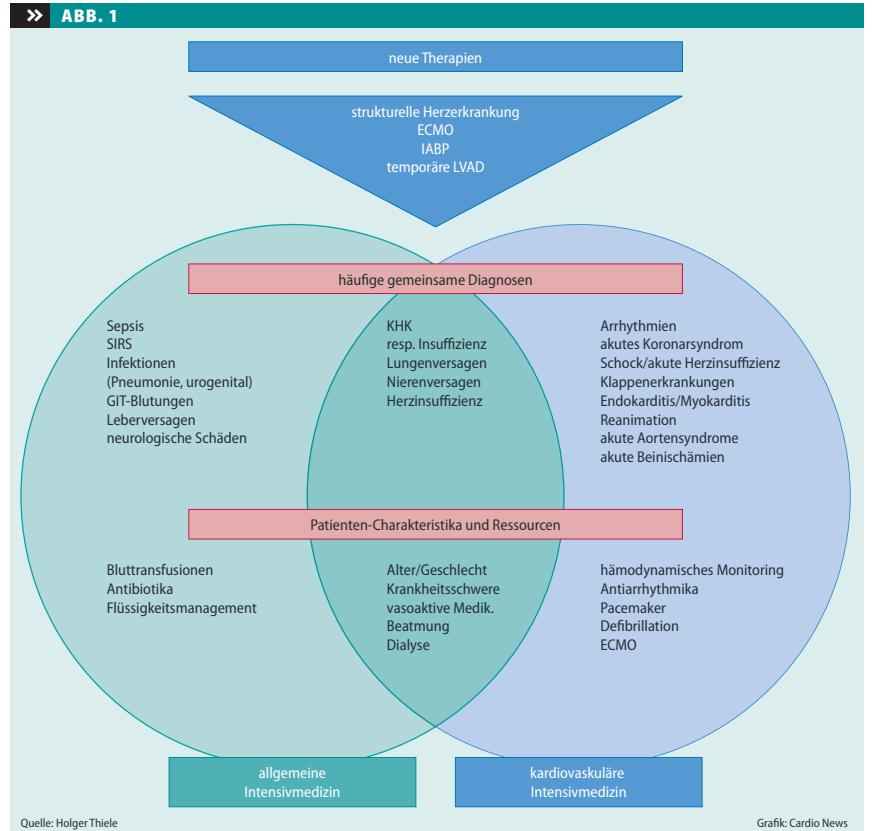
- Ein Facharzt mit der Zusatzweiterbildung „In-ter-sivmedizin“ (die Be-handlungsleitung oder ein anderer Facharzt mit der Zusatzweiterbildung „Intensivmedizin“) muss werktags (Montag bis Freitag) zwischen 8 und 18 Uhr mindestens 7 Stunden auf der Intensivstation anwesend sein.

- Außerhalb dieser Anwesenheitszeit muss ein Facharzt mit der Zusatzweiterbildung „Intensivmedi-zin“ innerhalb von 30 Minuten beim Patienten verfügbar sein.

- Ein Facharzt mit der Zusatzweiterbildung „Intensivmedizin“ (die Behandlungsleitung oder ein anderer Facharzt mit der Zusatzweiterbildung „Intensivmedizin“) muss täglich mindestens eine Visite durchführen.

DGK fördert Clusterbildung

Im Rahmen der weiteren Förde-rung der Intensivmedizin in der kar-di-o-vaskulären Medizin wurden daher von der DGK derzeitige mögliche Defizite identifiziert und Maßnah-



Anforderungen der kardiovaskulären Intensivmedizin und Überschneidungen mit der allgemeinen Intensivmedizin.

men zur weiteren Förderung der Inten-sivmedizin definiert. Diese be-inhalten unter anderen:

- Etablierung eines Curriculum Intensivmedizin,
- vermehrtes Anbieten von Kur-sen in der Intensivmedizin, zum Beispiel: Fit4ICU,
- Clusterbildung mit dem Namen „Kardiovaskuläre Akut- und Inten-sivmedizin“ der 3 intensivmedi-zinisch orientierten Arbeitsgruppen AG3 (kardiovaskuläre Intensiv- und Notfallmedizin), AG 17 (thorakale Organtransplantation und mecha-nische Organunterstützungssyste-me) und AG 42 (kardiopulmonale Reanimation),
- Etablierung und intensivier-te Pflege einer Website für das Cluster und die drei beteiligten Arbeits-gruppen,
- vermehrte Nutzung von sozia-len Medien, wie Twitter, Facebook und Youtube, mit intensivmedi-zinischen Angeboten für das Cluster und die drei beteiligten Arbeits-gruppen,
- intensivier-te Zusammenarbeit u. a. mit der DGIM e.V., dem BDI, der DIVI e.V., der GRC und mit der DGIIn e.V. in Bezug auf Kongresse, Fortbildung und gemeinsamen Pu-blikationen,
- zusätzliche intensivmedi-zinische Sitzungen bei der DGK-Jahres-tagung und den DGK-Herztagen,

berufspolitische Verbesserung der Attraktivität der Intensivmedi-zin in der Kardiologie.

Akut- und Intensivmedizin in der Cardio News

Ein weiterer Baustein ist die Etablie-rung einer neuen Rubrik Inten-sivmedizin in der Cardio News in der wir Ihnen aus den 3 beteiligten Ar-beitsgruppen des Clusters „Kardio-vaskuläre Akut- und Intensivmedi-zin“ aktuelle intensivmedizinische Themen näher bringen wollen.

Mit diesem etwas berufspolitisch angehauchten Artikel wollen wir den Auftakt zu dieser neuen Rubrik Intensivmedizin machen. Wir haben dafür schon einige zukünftige Themen identifiziert: Herausfor-derungen der intensivmedizinischen Forschung, nicht invasive Beat-mung bei akuter Herzinsuffizienz, Beatmung bei Intensivkranken, Or-ganersatzverfahren in der Inten-sivmedizin sowie kardiogener Schock bei älteren Patienten – wo sind die Grenzen?

Weitere Vorschläge erwünscht

Für weitere Vorschläge zur Verbes-erung der Attraktivität der so wichtigen Intensivmedizin in der kardiovaskulären Medizin haben wir gerne und immer ein offenes Ohr. Lassen Sie uns gemeinsam die kardiovaskuläre Intensivmedizin

weiterentwickeln und diese bedeu-tende integrale Disziplin in der Kar-dio-logie noch beachtenswerter ma-chen.

» Prof. Dr. med. Holger Thiele, kommissarischer Sprecher des Clusters Akut- und Intensivmedizin, Herzzentrum Leipzig, Strümpellstraße 39, 04289 Leipzig, holger.thiele@medizin.uni-leipzig.de

» Weitere Autoren des Artikels: Prof. Dr. Udo Boeken, Düsseldorf; PD Dr. Michael Preusch, Heidelberg; Prof. Dr. Karl Werdan, Halle; Prof. Dr. Michael Buerke, Siegen; Prof. Dr. Dr. Christian Jung, Düsseldorf; Prof. Dr. Guido Michels, Köln; Dr. Andreas Rieth, Bad Nauheim; Prof. Dr. Uwe Janssens, Eschweiler; Prof. Dr. Hugo Katus, Heidelberg.

Literatur:
 1. Na SJ et al. J Am Coll Cardiol. 2016; 68:2637–48.
 2. Na SJ et al. Int J Cardiol. 2017;244:220–5.
 3. Werdan K et al. Dtsch Arztebl Int. 2012; 109:343–51.
 4. Thiele H et al. N Engl J Med. 2017; 377:2419–32.
 5. Thiele H et al. Eur Heart J. 2015;36:1223–30.
 6. Thiele H et al. Lancet. 2013;382:1638–45.
 7. Thiele H et al. N Engl J Med. 2012; 367:1287–96.
 8. Werdan K et al. Eur Heart J. 2014;35:156–67.
 9. Katz JN et al. J Am Coll Cardiol. 2016; 68:67–79.