

## Zur Organisation der Intensivmedizin in Deutschland

Im Februar 2005 hat die DGAI in Leipzig eine Klausurtagung durchgeführt, an der neben dem Engeren Präsidium auch einige Ärztliche und Kaufmännische Direktoren von Universitätsklinikum sowie die uns seit Jahren beratenden Juristen Weissauer und Ulsenheimer teilgenommen haben. Zusammengefasst ist das Ergebnis dieser Tagung ebenso klar wie geradezu verblüffend: *Alles schon mal da gewesen!*

In der Tat: Es gibt keine neuen Erkenntnisse. Trotz aller auf dem Markt befindlichen fast ausschließlich berufspolitisch motivierten Äußerungen von Fachgesellschaften und besonders einzelner ihrer Repräsentanten sind die seinerzeit (d.h. in den Jahren 1970 bzw. 1980!) mit Chirurgen und Internisten gemeinsam formulierten Empfehlungen über die Aufgabenabgrenzung und Zusammenarbeit in der Intensivmedizin immer noch aktuell und haben absolut nichts von ihrer Gültigkeit eingebüßt. Allerdings scheinen sie bei einigen unserer operativen und internistischen Partner ein wenig in Vergessenheit geraten zu sein.

Im Folgenden werden deshalb (noch einmal) folgende Dokumente gedruckt:

- Neuerliche Stellungnahme der DGAI zur Organisation der Intensivmedizin (Februar 2005)
- Vereinbarungen zwischen den Fachgebieten Chirurgie und Anästhesie über die Aufgabenabgrenzung und die Zusammenarbeit in der Intensivmedizin (1970) – Anlage 1
- Gemeinsame Empfehlung für die Fachgebiete Anästhesiologie und Innere Medizin zur Organisation der Intensivmedizin am Krankenhaus (1980) – Anlage 2
- Voraussetzungen für eine Zusatzvergütung intensivmedizinischer Komplexbehandlungen. Beschluss der DIVI (November 2003) – Anlage 3
- Rechtliche Rahmenbedingungen für die Schaffung interdisziplinärer operativer Intensivseinheiten (Beitrag Ulsenheimer; Februar 2005).

Die Dokumente 2 - 5 sind keine interessengeprägten Äußerungen, sondern dürfen sehr wohl als Grundlage einer sachlich bezogenen weiteren Diskussion über die Zukunft der Intensivmedizin in Deutschland gesehen werden – man muss das nur wollen.

*J. Radke*

## Stellungnahme der DGAI\*

Angestoßen durch ökonomische Überlegungen wird in Deutschland gegenwärtig die Organisation der operativen Intensivmedizin in interdisziplinären Intensivseinheiten diskutiert.

Dazu gibt es seit Jahrzehnten Vereinbarungen zwischen der Anästhesiologie und den operativen Fachgebieten sowie der Inneren Medizin (nachstehend abgedruckt). Danach stehen interdisziplinäre operative Intensivseinheiten unter der Leitung des Anästhesisten, der auch für die intensivmedizinische Behandlung zuständig ist. Die Behandlung des Grundleidens bleibt Aufgabe der mitbehandelnden Disziplinen.

Diese Organisationsstruktur hat sich bewährt. Knapp zwei Drittel aller Intensivstationen für Erwachsene in Deutschland stehen unter anästhesiologischer Leitung.

Die Weiterbildungsordnung hat die Grundstruktur dieser Vereinbarungen in den Bestimmungen über die Zusatzweiterbildung „anästhesiologische Intensivmedizin“ voll bestätigt. Die Zusatzweiterbildung des operativen Querschnittsfaches Anästhesiologie umfasst u.a. die „perioperative intensivmedizinische Behandlung“ und die „Behandlung intensivmedizinischer Krankheitsbilder in Zusammen-

arbeit mit dem das Grundleiden behandelnden Arzt“ ([www.baek.de/30/Weiterbildung/03WBO/MWBOC/Intensivmedizin.html](http://www.baek.de/30/Weiterbildung/03WBO/MWBOC/Intensivmedizin.html)).

Damit hat der Anästhesist die Befugnis zur interdisziplinären intensivmedizinischen Versorgung der Patienten aller operativen Fächer.

Eine Verbundbefugnis ermöglicht die intensivmedizinische Weiterbildung mit den operativen Partnern.

Die intensivmedizinische Versorgung unter der Leitung und Verantwortung des Anästhesisten entspricht damit sowohl den praktischen Bedürfnissen einer rationellen Betriebsführung als auch allen rechtlichen Anforderungen an die Organisation und die Qualität intensivmedizinischer Behandlung.

Im Einzelnen ist die Organisation abhängig von der Größe und Struktur des Hauses sowie den zur Verfügung stehenden Ressourcen. Sie kann durch krankenhausinterne Vereinbarungen geregelt werden.

\* Verabschiedet auf der DGAI-Klausurtagung „Intensivmedizin“ am 04.02.2005 in Leipzig

**Anlage 1:**

**Vereinbarungen zwischen den Fachgebieten Chirurgie und Anästhesie über die Aufgabenabgrenzung und die Zusammenarbeit in der Intensivmedizin\***

**der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie, der Deutschen Gesellschaft für Anästhesie und Wiederbelebung sowie des Berufsverbandes der Deutschen Chirurgen und des Berufsverbandes Deutscher Anästhesisten**

Die Deutsche Gesellschaft für Chirurgie und die Deutsche Gesellschaft für Anästhesie und Wiederbelebung, der Berufsverband Deutscher Anästhesisten und der Berufsverband der Deutschen Chirurgen treffen folgende Vereinbarung über die Aufgabenabgrenzung und die Zusammenarbeit auf den Wachstationen und den operativen Intensivbehandlungseinheiten:

**1. Organisation der Intensivmedizin und Begriffsbestimmungen**

Die Fortschritte der Medizin bei der Behandlung Frischoperierter und Schwerstkranker lassen es vielfach als zweckmäßig erscheinen, die stationären Patienten, die einer besonders intensiven Überwachung und Behandlung bedürfen, innerhalb des Krankenhauses in Einheiten zusammenzufassen, die über eine entsprechende technische Ausrüstung und über speziell ausgebildetes Personal verfügen. Die Organisation der Intensivmedizin, die eine enge Zusammenarbeit der Vertreter verschiedener Fachgebiete erfordert, wirft insbesondere bei interdisziplinären Einheiten eine Reihe von Problemen auf, an deren optimaler Lösung im Geiste echter Kollegialität die Chirurgie als operatives Mutterfach und die Anästhesie als Querschnittsfach in hohem Maße interessiert sind.

In der Praxis hat sich eine einheitliche Terminologie für die Bezeichnung dieser Einheiten noch nicht überall durchgesetzt. Dies hat die Diskussion um sachgerechte Lösungen zwischen den Fachgebieten, aber auch zwischen Ärzten und Krankenträgern oft erheblich erschwert. Die nachstehenden Grundsätze über die Aufgabenteilung und die Zusammenarbeit gehen von folgenden Begriffsbestimmungen aus:

*Aufwachraum:* Überwachungsraum ohne Stationscharakter für Frischoperierte, in dem diese im Bett ihrer Station so lange verbleiben, bis sie aus der Narkose erwacht und wieder im Vollbesitz ihrer Schutzreflexe sind und keine unmittelbaren Komplikationen von Seiten der Atmung und des Kreislaufs mehr zu erwarten sind.

*Wachstation (Intensivüberwachungseinheit):* Bettenstation zur intensiven Überwachung und zur Behandlung Frischoperierter nach ausgedehnten Eingriffen und zur präoperativen Überwachung und Behandlung Schwerkranker.

*Intensivbehandlungseinheit:* Betteneinheit für Schwerkranker, deren vitale Funktionen in lebensbedrohlicher Weise gestört sind und durch besondere Maßnahmen aufrechterhalten oder wiederhergestellt werden müssen.

**2. Aufgabenteilung und Zusammenarbeit der Fachgebiete**

Die beiden Fachgebiete sind sich über folgende Grundsätze einig:

**2.1** Die Aufnahme eines Patienten in den Aufwachraum, die Wachstation oder die Intensivbehandlungseinheit eines Krankenhauses löst die fachlichen Zuständigkeiten der am Krankenhaus tätigen Ärzte, insbesondere aber die des Facharztes, der den Patienten wegen des Grundleidens oder wegen fachbezogener Komplikationen behandelt, unberührt.

**2.2** Aufwachraum, Wachstation und Intensivbehandlungseinheit bedürfen auch bei interdisziplinären Einheiten der Leitung durch einen Arzt, der die Verantwortung für die ordnungsgemäße ärztliche und pflegerische Betreuung der Patienten übernimmt. Dieser leitende Arzt hat den ihm zugeteilten nachgeordneten Ärzten und dem Hilfspersonal die erforderlichen generellen und speziellen Weisungen zu erteilen und ihre Durchführung zu überwachen; er trägt die Verantwortung für die Instandhaltung der technischen Einrichtungen.

Für die ärztliche Behandlung ist der leitende Arzt nur im Rahmen seines Fachgebietes zuständig. Er hat für die rechtzeitige Zuziehung der fachlich zuständigen Ärzte zu sorgen und die reibungslose Zusammenarbeit zwischen Operateur und Anästhesist sicherzustellen.

**2.3** Die Aufwachräume unterstehen dem Anästhesisten. Chirurgische Wachstationen sollen unter der Leitung des Chirurgen stehen, interdisziplinäre operative Intensivbehandlungseinheiten unter der Leitung des Anästhesisten.

**2.4** Beide Fachgebiete sind sich darüber einig, dass sich die Notwendigkeit für die Errichtung von Wachstationen und Intensivbehandlungseinheiten, aber auch die Abgrenzung ihrer Funktionen nach den Gegebenheiten des einzelnen Krankenhauses bestimmen muss.

Für die Deutsche Gesellschaft für Chirurgie Prof. Dr. *Gütgemann*

Für den Berufsverband der Deutschen Chirurgen Dr. *Müller-Osten*

Für die Deutsche Gesellschaft für Anästhesie und Wiederbelebung Prof. Dr. *Hutschenreuter*

Für den Berufsverband Deutscher Anästhesisten Dr. *Henschel*

\* Anästh. Inform. 11 (1970) 167

**Anlage 2:****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

Die Deutsche Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin, die Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin, die Deutsche Gesellschaft für Internistische Intensivmedizin, der Berufsverband Deutscher Anästhesisten und der Berufsverband Deutscher Internisten empfehlen nach erneuter gründlicher Erörterung aller die Zusammenarbeit der Vertreter der beiden Fachgebiete betreffenden Probleme übereinstimmend, die Intensivmedizin nach folgenden Grundsätzen zu organisieren:

Die Intensivmedizin umfasst die Intensivüberwachung und die Intensivbehandlung. Sie macht die Einrichtung spezieller Pflegeeinheiten im Krankenhaus notwendig. Diese können je nach Struktur und Größe des Krankenhauses fachgebunden sein oder interdisziplinären Charakter haben, wobei unabhängig von der Krankenhausgröße fachgebundene Intensivseinheiten jeweils unter der Leitung des zuständigen Fachvertreters stehen.

**1. Universitäts- und Groß-Krankenhäuser**

**1.1** Für die Intensivüberwachung und für spezielle Aufgaben der Intensivbehandlung sind fachgebundene Intensivseinheiten vorzusehen.

**1.2** Daneben benötigen Universitätskliniken und Groß-Krankenhäuser jeweils eine interdisziplinäre operative und interdisziplinäre konservative Intensivbehandlungseinheit.

Die interdisziplinäre operative Einheit versorgt Patienten der operativen Disziplinen; die interdisziplinäre konservative Einheit versorgt Patienten der konservativen Disziplinen.

**2. Große und mittlere Krankenhäuser**

**2.1** In großen und mittleren Krankenhäusern über 300 Betten sind zur Erfüllung aller notwendigen Belange der intensivmedizinischen Versorgung zwei getrennte Einheiten einzurichten, eine interdisziplinäre operative und eine interdisziplinäre konservative, die erste unter der Leitung des Anästhesisten, die zweite unter der Leitung des Internisten.

**2.2** Die Möglichkeit, daneben fachgebundene Intensivseinheiten einzurichten, bleibt unberührt.

**2.3** Die Zuweisung der Patienten auf eine operative oder konservative Intensivseinheit richtet sich nach der Art des Grundleidens. Auf örtliche Besonderheiten ist Rücksicht zu nehmen.

**3. Kleine Krankenhäuser**

Kann bei Krankenhäusern unter 300 Betten aus wirtschaftlichen Gründen nur eine Intensivseinheit erstellt werden, steht diese allen Fachabteilungen des Krankenhauses zur Verfügung.

**4. Personalbedarf an Ärzten**

Die Besetzung der Intensivseinheiten mit ärztlichem Personal muss eine ununterbrochene 24-stündige Anwesenheit gewährleisten.

**5. Verteilung der ärztlichen Planstellen**

Auf gemeinsamen konservativ-operativen Intensivseinheiten sind die ärzt-

lichen Planstellen der Anästhesieabteilung und der medizinischen Abteilung zuzuordnen. Diese Aufteilung berücksichtigt sowohl das Prinzip einer optimalen Versorgung der Patienten als auch die Erfordernisse der ärztlichen Weiterbildung in der Inneren Medizin und in der Anästhesiologie. Das Zahlenverhältnis der Planstellen soll etwa dem Zahlenverhältnis der im Jahresdurchschnitt zu versorgenden Intensivpatienten entsprechen. Die nachgeordneten Ärzte gehören der jeweiligen Abteilung auch insofern an, als ihr Leiter Beginn und Ende der Tätigkeit in der Intensivseinheit bestimmt.

**6. Ärztliche Kompetenz und Verantwortung**

**6.1** Für die Zusammenarbeit von Internist und Anästhesist gilt der Grundsatz: Die Zuordnung der Patienten in den jeweiligen ärztlichen Verantwortungsbereich richtet sich in Krankenhäusern aller Größenordnungen nach dem Grundleiden. Der Internist ist zuständig für die Diagnostik und Therapie der Patienten mit primär internistischen Grundleiden einschließlich der vital bedrohenden Verläufe und Komplikationen, der Anästhesist gemeinsam mit dem zuständigen Vertreter des operativen Faches für die Diagnostik und Therapie der Patienten mit primär operativen Grundleiden einschließlich der vital bedrohenden Verläufe und Komplikationen.

Eine kollegiale Zusammenarbeit zwischen Anästhesisten und Internisten ist unerlässlich. Dabei gelten die Prinzipien konsiliarärztlicher Tätigkeit.

**6.2** Auf gemeinsamen konservativ-operativen Intensivseinheiten unterstehen die ärztlichen und nichtärztlichen Mitarbeiter den fachlichen Weisungen des Fachvertreters, der für die Behandlung des Patienten zuständig ist. Die beiden beteiligten Fachvertreter einigen sich über gemeinsame Richtlinien für die Intensivpflege. Ohne Rücksicht darauf, wer die organisatorische Leitung der konservativ-operativen Intensivseinheit innehat, einigen sich die beiden Fachvertreter über die wesentlichen organisatorischen Fragen.

Diese Empfehlung tritt an die Stelle der „Gemeinsamen Empfehlung zur Organisation der Intensivmedizin am Krankenhaus“ der o. a. Gesellschaften und Verbände vom April 1970.

Im November 1979

gez. Prof. Dr. K. D. Grosser

Präsident der Deutschen Gesellschaft für Internistische Intensivmedizin

gez. Dr. E. Schüller

Präsident des Berufsverbandes Deutscher Internisten

gez. Prof. Dr. U. Gessler

Präsident der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin

gez. Prof. Dr. E. Rügheimer

Präsident der Deutschen Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin

gez. Prof. Dr. K. Hutschenreuter

Präsident des Berufsverbandes Deutscher Anästhesisten

\* Anästh. Intensivmed. 21 (1980) 166-167

### Anlage 3: Vergütung intensivmedizinischer Behandlung im DRG-System\*

Eines der bislang nur unzureichend gelösten Probleme in DRG-System ist die nicht nach Versorgungsqualitäten differenzierende, sondern ausschließlich auf Beatmungstunden basierende Vergütung der Intensivmedizin. Dadurch drohen an den Häusern der Maximalversorgung nicht nur erhebliche, die Intensivmedizin in ihrer Existenz gefährdende Mindereinnahmen, sondern verständlicherweise auch die „Abneigung“ derartig Kranke aus Häusern niedrigerer Versorgungsstufen zu übernehmen. Auf der anderen Seite schlägt dort fast zwangsläufig eine inadäquat lange Behandlungs- / Beatmungsdauer zu Buche.

Um nun zu einer sachgerechten Abbildung der Intensivmedizin im DRG-System zu gelangen, hat die Mitgliederversammlung der DIVI am 19.11.2003 einstimmig nachfolgend abgedruckte „Voraussetzungen für eine Zusatzvergütung intensivmedizinischer Komplexbehandlungen“ beschlossen.

Darin sind die strukturellen Minimalvoraussetzungen einer hochwertigen Intensivmedizin mit kontinuierlicher Handlungsbereitschaft definiert. Durch den großen Personaleinsatz an solchen Intensivstationen entstehen hohe Vorhaltungskosten, die bei der Vergütung durch das Fallpauschalensystem besonders berücksichtigt werden müssen. Im Interesse einer fairen Abbildung des Preis-Leistungs-Niveaus der Intensivbehandlung muss bei Unterschreiten solcher Qualitätskriterien dann eine Minderung der Vergütung hingenommen werden. Die DIVI hat entsprechende Änderungsvorschläge bei den zuständigen Institutionen eingereicht.

Die in diesem Zusammenhang gestellten Anforderungen an die Strukturqualität von Intensivseinheiten umfassen neben der für kritisch Kranke unverzichtbaren Verfügbarkeit bestimmter Dienstleistungen, eine adäquate medizintechnisch-apparative Ausstattung sowie eine entsprechende ärztliche und pflegerische Besetzung. Sie entsprechen im Wesentlichen den von unseren Verbänden – BDA und DGAI – formulierten "Empfehlungen zur apparativen Ausstattung in der Intensivmedizin" sowie zur "fakultativen Weiterbildung in der speziellen anästhesiologischen Intensivmedizin".

Die bewährte, abgestufte flächendeckende intensivmedizinische Versorgung der Bevölkerung wird durch diesen Vorschlag nicht in Frage gestellt, da sie in erster Linie die wirtschaftliche Sicherung der Intensivmedizin in den Krankenhäusern höherer Versorgungsstufen zum Ziel hat. Dadurch wird indirekt, durch bereitwilligere, weil nun kostenmäßig gesicherte Übernahme intensivbehandlungspflichtiger Kranker zu einer Entlastung kleinerer und mittlerer Krankenhäuser beigetragen und damit eine sachgerechte Behandlung der sich uns anvertrauenden Patienten ermöglicht.

Es ist zwar derzeit schwierig, solche Qualitätskriterien in das deutsche Gesundheitssystem einzuführen, doch sie sind unerlässlich, wenn die gute, stationäre Versorgungsqualität in Deutschland auch nach Einführung der Fallpauschalen noch erhalten bleiben soll.

*B. Landauer*  
- Präsident BDA -

*H. Burchardi*  
- Generalsekretär DIVI -

### Voraussetzungen für eine Zusatzvergütung intensivmedizinischer Komplexbehandlungen

#### Beschluss der DIVI-Mitgliederversammlung vom 19.11.2003 im Einvernehmen mit allen die DIVI tragenden wissenschaftlichen medizinischen Fachgesellschaften und Berufsverbänden

Die Anerkennung der Zusatzvergütung von Intensivbetten beruht auf der Bereitstellung von besonderen Leistungen durch das jeweilige Krankenhaus, die für eine hochqualifizierte Intensivmedizin unerlässlich sind:

#### A. Dienstleistungen

Grundsätzlich müssen folgende Dienstleistungen (als interner Dienst oder jederzeit kurzfristig erreichbarer Konsiliardienst) dem Krankenhaus zur Verfügung stehen:

- |                     |                    |
|---------------------|--------------------|
| 1. Innere Medizin   | 6. Physiotherapie  |
| 2. Chirurgie        | 7. Laboratorium    |
| 3. Anaesthesiologie | 8. Radiologie      |
| 4. Neurologie       | 9. Blutbank        |
| 5. Neurochirurgie   | 10. Mikrobiologie. |

Bei Spezialaufgaben des Krankenhauses bzw. der Intensivstation (z.B. Verbrennungszentrum / Kinderintensivstation) sind die Anforderungen entsprechend zu variieren.

#### B. Verfahren

Für eine sachgerechte intensivmedizinische Versorgung akuter Organfunktionsstörungen müssen alle Überwachungs-, Diagnostik- und Behandlungsverfahren kontinuierlich über 24 Stunden zur Verfügung stehen.

Im Rahmen der Intensivmedizin müssen folgende besonderen Behandlungsverfahren zur Verfügung stehen und über unbegrenzte Zeit durchgeführt werden können:

- Apparative Beatmung
- Nicht-Invasives und invasives Monitoring
- Nierenersatzverfahren
- Intrakranielle Druckmessung (bei Behandlung von Patienten mit entsprechender Indikation).
- Hirndruckmessung (sofern Schädel-Hirn-Trauma behandelt wird).

Bei Spezialaufgaben der Intensivstation sind die Anforderungen entsprechend zu variieren.

#### C. Personalausstattung

Die Qualität der Intensivmedizin hängt nachweislich entscheidend von der Ausstattung mit pflegerischem und ärztlichem Personal und deren Erfahrung ab. So sind entsprechende Mindestvoraussetzungen vorzuhalten:

##### 1. Pflegepersonal

Mit der Personalausstattung im Pflegedienst ist sicherzustellen, dass jederzeit eine bettseitige 1:1-Versorgung von akut gefährdeten Patienten (z.B. Kreislaufschock, drohende Selbstextubation) möglich ist ohne die ausreichende Versorgung der übrigen Intensivpatienten zu gefährden.

Der Dienst ist als Schichtdienst zu organisieren, damit eine ausreichende pflegerische Präsenz über 24 Stunden zur Verfügung steht.

##### 2. Ärztliches Personal

Die Betreuung der Patienten muss kontinuierlich über 24 Stunden durch Ärzte erfolgen, die in der Intensivmedizin erfahren sind und die die aktuellen Probleme ihrer Patienten kennen. Diese Ärzte müssen der Intensivstation fest zugeteilt sein. Sie müssen vor Ort präsent sein, so dass eine ständige ärztliche Anwesenheit auf der Intensivstation gewährleistet ist.

Die organisatorische Leitung der Intensivstation erfolgt durch einen Arzt, der den überwiegenden Teil seiner ärztlichen Tätigkeit dort ausübt und über eine intensiv-medizinische Zusatzqualifikation verfügt.

#### D. Reduktion der Zusatzvergütung

Die oben angeführten Bereitstellungen sind als Mindestvoraussetzungen zu verstehen. Sollten die Personalvorgaben unter C zeitweilig (z.B. nachts) nicht voll erfüllt werden, so kann nur eine reduzierte Zusatzvergütung gewährt werden (Staffelung).

*W. Hacke*  
- Präsident der DIVI -

*H. Burchardi*  
- Generalsekretär der DIVI -

\* Anästh. Intensivmed. 45 (2004) 230 - 231