



Deutsche Gesellschaft  
für Innere Medizin e.V. (DGIM),  
Irenenstraße 1,  
D-65189 Wiesbaden,  
Tel. 0611/205 8040-0 Fax 0611/205 8040-46  
info@dgim.de

## Stellungnahme der DGIM

### Internistische Intensiv- und Notfallmedizin: Stiefkinder der Inneren Medizin?

Bis heute ist es nicht gelungen, die internistische Intensiv- und Notfallmedizin als eigenen Schwerpunkt der Inneren Medizin in der Weiterbildungsordnung zu verankern. Dies hat verschiedenste Gründe, natürlich auch den, dass Intensivmedizin auch von anderen Gebieten der Medizin betrieben wird. Ganz zweifelsfrei gibt es zahlreiche Krankheitsbilder deren intensivmedizinische Diagnostik und Therapie ebenso wie ihre primäre Erkennung in einer Notaufnahme internistischen Sachverstand erfordern. Dennoch ist es ganz offensichtlich insbesondere für Aspiranten auf leitende Positionen eher karrierehinderlich, wenn sie sich diesen Feldern widmen. Daraus resultiert auch ein Mangel an entsprechenden Weiterbildungsbefugnissen in internistischen Kliniken und Abteilungen, was wiederum zu einer unzureichenden Verbreitung einer entsprechenden Weiterbildung zumindest in der Zusatzbezeichnung internistische Intensivmedizin führt.

Was sind die Konsequenzen dieses Problems und was sind Lösungsmöglichkeiten?

Bezüglich der Intensivmedizin ist es evident, dass zahlreiche internistische Erkrankungen zu krisenhaften Situationen führen können, das beginnt mit endokrinen Krisen, geht über krisenhafte rheumatologische Erkrankungen wie die Sklerodermiekrise oder die Lupuskrise eben-

so wie über die schweren Erkrankungen des Verdauungstraktes wie die akute Pankreatitis oder die gastrointestinale Blutung bis zu Nierenversagen, Lungenversagen und beispielsweise der Sepsis. Die Behandlung all dieser Erkrankungen bedarf grundlegender Kenntnisse in Differentialdiagnose und Differentialtherapie, die Beurteilung komplexer Laborparameter und der Kenntnis zahlloser pharmakologischer und interventioneller Therapieansätze. Dies ist durch ein Consultingsystem auf einer von anderen Gebieten geleiteten Intensivstation schwer denkbar, eine dauerhafte Tätigkeit der internistischen Kollegen unter klinischen und organisatorischen Weisungsbefugnissen fachlich zumindest in diesen Dingen nicht kompetenten Kollegen ist ebenfalls wenig plausibel.

Schließlich hat das Fehlen entsprechender Kompetenz und auch der formalen Zusatzweiterbildung in Zukunft wohl auch Konsequenzen bezüglich der Erstattung durch die Kostenträger im Rahmen der DRG.

Dies bedeutet, dass die Internisten in universitären ebenso wie in nicht-universitären Krankenhäusern rasch beginnen müssen, falls noch nicht geschehen, die entsprechende Zusatzweiterbildung zu erwerben und diese dann auch verbreitet weiterzugeben. Die Task Force Internistische Intensiv- und Notfallmedizin der DGIM versucht derzeit

in einer systematischen Erhebung in Deutschland das Vorhandensein internistischer Intensivstationen ebenso wie das von Weiterbildungsbefugnissen und Weitergebildeten zu erfassen. Die Ergebnisse werden zeigen, dass hier massive Anstrengungen nötig sind. Die DGIM wird daher mit der DGIIN entsprechende Kurse im Rahmen ihrer Jahrestagung und auch unabhängig davon anbieten, um sowohl den Einstieg in die Intensivmedizin als auch die Vorbereitung der Prüfung bezüglich der Zusatzweiterbildung zu erleichtern. Schließlich bemühen wir uns auch die Vertretung in der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Intensivmedizin (DIVI) zu verbessern. Hier sind alle entsprechend interessierten Internisten aufgefordert Mitglied dieser Fachorganisation zu werden, die seit neuestem auch individuelle Mitgliedschaften zulässt.

Bezüglich der Notfallmedizin gibt es ebenfalls Entwicklungen, die einer aufmerksamen Beobachtung und klarer Positionierung bedürfen. Einerseits bestehen Tendenzen einen eigenen Facharzt für Notfallmedizin und damit ein eigenes Gebiet Notfallmedizin zu schaffen. Andererseits werden an zahlreichen Kliniken zentrale interdisziplinäre Notaufnahmen und Notaufnahmestationen eingerichtet, die eine eigenständige Leitung haben. Während letzteres angesichts der modernen Erstattungssysteme und dem damit verbunden durchaus nützlichen Zwang zur raschen Diagnostik und sinnvollen Zuordnung der Patienten zu kompetenten Spezialisten sinnvoll erscheint, ist ersteres wohl eher kontraproduktiv. Hier wird häufig eine Notaufnahme mit dem Schockraum gleichgesetzt und übersehen, dass die Notaufnahme großer Krankenhäuser in Abhängigkeit von der regionalen Versorgungssituation oft ein sehr breites Spektrum in Art und Intensität ganz unterschiedlicher Erkrankungen oder

Störungen des Wohlbefindens betreuen müssen. Dies erfordert Kenntnisse die typisch für einen breit ausgebildeten allgemeinen Internisten sind, der zusätzlich selbstverständlich über Kenntnisse der Intensivmedizin und der Reanimation verfügen muss.

Eine „Chefarztfunktion“ in einem solchen Bereich erfordert zwingend, dass nicht nur die organisatorische sondern auch die medizinische Kompetenz und Leitungsfähigkeit vorhanden sein muss. Insofern erscheint es naheliegend, dass viele Krankenhäuser die eine derartige Einrichtung bereits geschaffen haben, bezüglich der Leitungsfunktion auch auf entsprechend erfahrene Internisten zurückgreifen.

Auch hier muss also die Tendenz dahin gehen, dass die Einrichtung von zentralen interdisziplinären Notaufnahmestationen klar befürwortet wird, dass diese aber in Zusammenarbeit zwischen Internisten, Chirurgen und den jeweiligen Rettungssystemen, die häufig von Anästhesisten betrieben werden, gestaltet werden müssen. Die Leitungen solcher Einrichtungen sollte sich am Fallspektrum orientieren. Dieses ist zu großen Teilen entweder internistisch wie oben beschrieben, oder chirurgisch - auch hier reicht das Spektrum von Bagatelltraumen über akute operationspflichtige Erkrankungen innerer Organe bis zu polytraumatisierten Patienten- und Schockraumpatienten sehr viel seltener sind. Daraus ergibt sich eigentlich zwangsläufig die personelle Struktur eines solchen Bereiches. In jedem Falle müssen die Leitungen inhaltlich und nicht „politisch“ definiert werden.

Es sei abschließend betont, dass selbstverständlich das Prinzip der Medizin die Zusammenarbeit zwischen benachbarten und befreundeten Fächern sein muss, wie sich dies ja auch in einem der Hauptthemen des Internistenkongresses 2010 (Schnittstellen zu benachbarten Fächern) widerspiegelt. Es soll also keineswegs

einer Abgrenzung das Wort geredet werden. Es muss aber verhindert werden, dass aus berufspolitischen Gründen und aufgrund von Verschiebungen im Tätigkeitsspektrum anderer Gebiete die Kompetenz der Inneren Medizin gerade bei schweren und schwerstkranken Patienten und bei primär im Krankenhaus Hilfesuchenden nicht genutzt wird. Ich würde es als günstig ansehen, wenn sich die Fachgesellschaften der genannten Gebiete auch weiterhin in der Lage sähen gemein-

sam inhaltlich begründete Konzepte aufzustellen, die dann von den verständlicherweise eher an der Ökonomie interessierten Krankenhausleitungen übernommen werden können. Die DGIM ist gesprächsbereit, sie muss und wird aber im Interesse der Patienten die Rolle der Internisten in diesen wichtigen Gebieten der Medizin behaupten und verhindern, dass diese Stiefkinder der Inneren Medizin werden.

**Prof. Dr. Jürgen Schölmerich**