In dem Beitrag von Evelyn Weis heißt es wörtlich:

„Nach den Empfehlungen der Fachgesellschaften/Berufsverbände gelten bei der interdisziplinären Zusammenarbeit auf Intensivstationen – wie auch für die intraoperative Zusammenarbeit – der Grundsatz der strikten Arbeitsteilung und der Vertrauensgrundsatz. Dies bedeutet, dass jede ärztliche Fachkraft für die Patientenbehandlung nur aus Sicht ihres Fachgebietes verantwortlich ist und sich darauf verlassen kann, dass die andere ärztliche Fachkraft die Versorgung im Rahmen ihres Fachgebietes adäquat übernimmt. Es gibt hier keine Überwachungs-/Weisungsrechte. Eine Grenze des Vertrauensgrundsatzes ist aber dann erreicht, wenn die andere Fachkraft die ihr obliegenden Aufgaben offenkundig nicht fachgerecht durchführen kann (z. B. Übermüdung); dann muss das fachfremde ärztliche Personal aktiv werden und darf nicht sehenden Auges eine Patientengefährdung hinnehmen.

Intensivmedizin bleibt teilbar und muss dies unter dem Aspekt des jederzeit, innerhalb und außerhalb der Regeldienstzeiten zu gewährleistenden Facharztstandards, auch sein.

Dies bedeutet: Wo die ärztliche Fachkraft für Anästhesiologie und Intensivmedizin an ihre Fachgebietsgrenzen kommt, muss der Facharztstandard des fremden Fachgebietes durch entsprechend kompetentes ärztliches Fachpersonal des anderen Fachgebiets, das im Bedarfsfall rechtzeitig zur Versorgung hinzugezogen werden kann, gesichert sein. In der Zusammenarbeit mit Internistinnen/Internisten werden sich die Kompetenzen in manchen Bereichen zwar überschneiden, gleichwohl sind Anästhesistinnen/Anästhesisten nicht berechtigt und unter haftungsrechtlichen Aspekten auch nicht dafür zuständig, speziell internistische Krankheitsbilder zu versorgen …“

„Fazit. Tätigkeiten im fremden Fachgebiet sind zwar rechtlich nicht verboten, sind aber – im Hinblick auf den einzuhaltenden Facharztstandard – mehr als kritisch zu sehen. Denn diesen Standard im Bereich der Inneren Medizin werden Anästhesistinnen/Anästhesisten und Intensivmedizinerinnen/-mediziner nicht gewährleisten können, auch wenn die Fachgebiete sich zum Teil überschneiden. Die Abgrenzung der Fachgebiete ergibt sich aus der Weiterbildungsordnung …“

Zusammenfassend ist daher festzuhalten, dass der Beitrag der Autoren eher für Verwirrung sorgt und die dort vertretene Auffassung eines „Alleinstellungsmerkmals des Anästhesisten“ weder inhaltlich medizinisch noch juristisch nachvollziehbar ist. Hinsichtlich der Zuständigkeit für die Behandlung intensiv medizinischer Krankheitsbilder gibt es keinen neuen Sachstand, insbesondere gibt es keine generelle Legitimation zur Erbringung fachfremder fachärztlicher Leistungen. Dies schließt der vom Krankenhausträger gegenüber dem Patienten geschuldete Facharztstandard aus.

Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin, Deutsche Gesellschaft für Internistische Intensivmedizin und Notfallmedizin

Literatur

1. Meybohm P, Brenner T, Bracht H, Pfundstein A, Zacharowski K, Zwissler B, Marx G (2024) Grundlagen und Ausgestaltung der interdisziplinären Zusammenarbeit auf Intensivstationen. Anästh Intensivmed 65:V148–V151. https://doi.org/10.19224/ai2024.V148
2. (2007) Gemeinsame Empfehlung der Deutschen Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin und des Berufsverbandes Deutscher Anästhesisten sowie der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin und der Deutschen Gesellschaft für Internistische Intensivmedizin und Notfallmedizin zur Organisation der Intensivmedizin. Intensivmed 44:460–461 https://doi.org/10.1007/s00390-007-0822-6
3. (2007) Gemeinsame Empfehlungen zur Ausstattung und Organisation interdisziplinärer operativer Intensiveinheiten (IOI) der Deutschen Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin und des Berufsverbandes Deutscher Anästhesisten sowie der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie und des Berufsverbandes der Deutschen Chirurgen Anästh. Intensivmed 48:230–232
4. Weis E (2024) Haftungsrisiko fachübergreifender Tätigkeit – Grenzen der interdisziplinären Zusammenarbeit auf Intensivstationen, JUS-Letter, März 2024. BDAktuell 1

Kommissionen & Arbeitsgruppen

Neues aus der Kommission Leitlinien

S3-Leitlinie Magenkarzinom

Derzeit sind Delegierte der DGIM-Kommission „Leitlinien“ an über 100 Leitlinien der internistischen Schwerpunktgesellschaften beteiligt. Eine davon ist die Aktualisierung der Leitlinie zum Magenkarzinom. DGIM-Mandatsträger dabei waren PD Dr. med. Jan Bornschein von der Universität Oxford und PD Dr. med. Christian Schulz von der Ludwig Maximilians Universität München. Sie fassen die Key Facts der aktuell als Konsultationsfassung vorliegenden Leitlinie zusammen.

© privat

▲ PD Dr. Jan Bornschein

Das Magenkarzinom nimmt trotz rückläufiger Erkrankungszahlen als häufigster infektionsassoziierter Tumor bei Männern den 5. Platz, bei Frauen den 6. Platz in der Rangfolge aller Tumoren ein. Die 5-Jahres-Überlebensraten sind mit 30 % für Männer bzw. 33 % für Frauen aufgrund der häufigen Diagnosestellung (> 80 %) in fortgeschrittenen Erkrankungsstadien unverändert ungünstig. Strukturierte Vorsorge- oder Früherkennungsprogramme für die Allgemeinbevölkerung sind in Westeuropa aufgrund der geringen Inzidenz (19,6–27,7/100.000) nicht etabliert. Risikogruppen wie Verwandte ersten Grades von Betroffenen haben ein zwei- bis dreifach erhöhtes Erkrankungsrisiko und sind daher in spezifische Vorsorgeempfehlungen für Risikokohorten eingeschlossen.

Neueste Entwicklungen in der Endoskopie und der Pathologie flossen ebenso wie multimodale Therapiekonzepte, die Weiterentwicklungen in der Onkologie, Gastroenterologie, Radiologie und

JournalID:108 ArticleID:1887 Dispatch Date:25/03/2025 ProofNo: 1 PageNo: 8
A B

Chirurgie berücksichtigen, in die aktualisierte Leitlinie ein. Zertifizierungsrelevante Mindestzahlen führen auch bei Magenkarzinomen zu einer zunehmenden Konzentrierung der Patienten an ausgewiesenen Zentren.

Risikofaktoren, Screening und Prävention

Da über 90 % aller Magenkarzinome mit einer *Helicobacter pylori (H. pylori)* Infektion assoziiert sind, nimmt dieses obligate Pathogen einen besonderen Stellenwert ein. Aufgrund der niedrigen Prävalenzen sowohl der *H. pylori* Infektion als auch des Magenkarzinoms sind keine populationsbasierten Screeningprogramme etabliert, anders als zum Beispiel in südostasiatischen Ländern. Auf der individuellen Ebene definiert die Leitlinie Risikopopulationen wie erstgradige Verwandte von Patienten mit Magenkarzinomen, Patienten mit fortgeschrittenen präneoplastischen Veränderungen der Magenmukosa und Patienten mit stattgehabter endoskopischer oder subtotaler chirurgischer Therapie eines Magenkarzinoms, die zur Reduktion des Magenkarzinomrisikos gescreent und im Falle eines Nachweises des Bakteriums behandelt werden sollen. Sind bei Patienten im Rahmen einer opportunistischen Indexgastroskopie fortgeschrittene präneoplastische Veränderungen bekannt, wird eine endoskopische Überwachung i. S. einer Früherkennung empfohlen. Eine medikamentöse Prophylaxe wird nicht empfohlen, ein rationaler Einsatz von Protonenpumpeninhibitoren schon.

Diagnostik

Goldstandard der Diagnostik ist unverändert die hochauflösende Ösophago-Gastro- Duodenoskopie (ÖGD) mit gezielter Biopsieentnahme aus suspekten Läsionen und Standardbiopsien aus Antrum und Corpus. Soweit verfügbar, wird der Einsatz chromoendoskopischer Verfahren und von Magnifikationsendoskopie empfohlen. Bei Nachweis eines Magenkarzinoms ist die sonographische Leberbeurteilung und bei intendiert kurativem Ansatz eine CT des Beckens/Abdomens und Thorax' empfohlen. Keine Empfehlung gibt es für den regelhaften Einsatz von PET-CTs und Skelettszintigraphien, ebenso wird der Tumormarkerbestimmung in der Diagnostik kein Stellenwert beigemessen. Bei lokal fortgeschrittenen Tumoren (>cT2) und geplantem kurativen Ansatz ist eine prätherapeutische Staging-Laparoskopie zum Ausschluss oder zur Beurteilung einer Peritonealkarzinose empfohlen.

Therapie des Magenkarzinoms

Grundsätzlich wird auch für das Magenkarzinom zwischen einer kurativ intendierten und einer palliativen Therapie unterschieden, wobei zu letzterer onkologische Therapien ebenso wie symptomkontrollierende endoskopische und chirurgische Maßnahmen zählen können.

Kurative Therapie

Nach Ausschluss von Fernmetastasen und funktioneller Inoperabilität ist eine kurative Therapie des Magenkarzinoms anzustreben. Im Stadium ≤ cT2 und cN0 kann eine perioperative Chemotherapie angeboten werden, in Stadien ≥ cT3 und/oder cN+ sollte eine perioperative Chemotherapie durchgeführt werden mit dem Ziel einer Reduktion des Rezidivrisikos und der Verbesserung des operativen Ergebnisses. Neben den hier eingesetzten zytostatischen Medikamenten kann bei Nachweis einer Mikrosatelliteninstabilität (MSI-high) der Einsatz trotz noch fehlender Validierungsstudien erwogen oder ein Studieneinschluss angestrebt werden.

Nach Abschluss des neoadjuvanten Teils der perioperativen Chemotherapie ist ein Restaging mit ÖGD und erneuter Computertomographie durchzuführen. Im Operationspräparat soll nach stattgehabter Vorbehandlung die Bestimmung der Tumorregression erfolgen, um zusammen mit der Therapieverträglichkeit, dem Therapieansprechen und dem Allgemeinzustand zur Entscheidung einer Komplettierung der perioperativen Therapie beizutragen.

Eine Sonderstellung der kurativen Therapie nehmen Magenfrühkarzinome ein. Die Kriterien, die eine endoskopische Resektion zulassen, wurden hier infolge verbesserter endoskopischer Visualisierung und Techniken erweitert, so dass nun auch Patienten, die maximal eines der erweiterten Kriterien erfüllen (>2 cm falls keine Ulzeration und G1/G2; falls Ulzeration, dann maximal 3 cm; Submukosainvasion von <500um falls <3 cm; undifferenziertes Mukosakarzinom <2 cm sofern weitere Bedingungen erfüllt sind), eine kurative endoskopische Resektion angeboten werden kann.

Palliative Therapie

Für Patienten mit metastasiertem oder lokal fortgeschrittenem, inoperablem Magenkarzinom in gutem Performance-Status (ECOG 0 und 1) stehen verschiedene medikamentöse Therapieoptionen zur Verfügung. Als prädiktive Marker für die Therapieauswahl sollen immer der Her2neu-Status, der Combined-Positivity-Score (CPS) und der MSI-Status bestimmt werden und das Ergebnis in die Therapieauswahl einfließen. Evaluationen des Therapieansprechens sollten nach 6 oder 12 Wochen erfolgen und auch den klinischen Zustand des Patienten berücksichtigen. Palliative Operationen sind Sonderfällen vorbehalten, wie etwa unstillbaren Tumorblutungen.

Tumornachsorge

Nach kurativer Therapie eines Magenkarzinoms ist eine halbjährliche, nach zwei Jahren jährliche Tumornachsorge empfohlen. Neben Kontrollen des Ernährungs- und des klinischen Zustandes sind bildgebende Verlaufskontrollen und bei Symptomen endoskopische Kontrollen angezeigt. Bei gastrektomierten Patienten ist eine lebenslange orale oder parenterale Vitamin-B12-Substitution angezeigt, zudem sollte der Eisenstoffwechsel im Rahmen der Nachsorge überwacht werden.

Corrigendum

Im Beitrag zur S1-Leitlinie „Nachhaltigkeit in der Intensiv- und Notfallmedizin" (Mitteilungen der DGIM 2/25) wurde der Anteil des Gesundheitssektors am globalen CO_2-Ausstoß versehentlich falsch angegeben. Richtig muss es heißen: „Krankenhäuser haben einen enormen Energiebedarf, und das Gesundheitswesen ist für gut 5,2 % des globalen CO_2-Ausstoßes verantwortlich." (Bhopal A, Norheim OF (2023) Fair pathways to net-zero healthcare. Nat Med 29(5):1078–1084) Wir bitten, den Fehler zu entschuldigen.

Uncorrected Proof

JournalID:108 ArticleID:1887 Dispatch Date:25/03/2025 ProofNo: 1 PageNo: 9
A B

Ausblick

Die Identifikation neuer prädiktiver Biomarker wird das Spektrum der personalisierten onkologischen Therapien auch in der Behandlung des Magenkarzinoms sowohl im palliativen als auch im perioperativen Setting weiter beeinflussen. Schon während der Erarbeitung der Leitlinienaktualisierung wurde ein Claudin18.2-Antikörper für die Therapie des metastasierten Magenkarzinoms zur Zulassung geführt, weitere zielgerichtete Therapien sind Gegenstand laufender Studien. Die kontinuierliche Überarbeitung der Leitlinien trägt künftigen und hochfrequenteren Anpassungen der Empfehlungen Rechnung.

Preise & Stipendien

Bericht zur 4. Roland Müller Autorenakademie

Von der Idee zum Nature-Paper

Im Februar hat die 4. Roland Müller Autorenakademie in Berlin stattgefunden. 15 junge Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler verschiedener internistischer Fachrichtungen aus ganz Deutschland trafen sich, um praxisnahe Inhalte zum wissenschaftlichen Schreiben und Publizieren zu erlernen. Dr. Alix Schwarz vom Klinikum rechts der Isar der Technischen Universität München war eine von ihnen. Hier berichtet sie von der Veranstaltung.

Die dreitägige Veranstaltung startete nach einem herzlichen Empfang der DGIM durch Prof. Georg Ertl und Prof. Jürgen Floege. In einer inspirierenden Eröffnungsrunde gewährten Prof. Christoph Kuppe und Dr. Stefanie Kreutmair eindrucksvolle Einblicke in ihren persönlichen Karriereweg.

Am zweiten Tag informierten die Editoren von Springer Nature über die richtige Wahl des Journals und über den anschließenden Auswahl- und Publikationsprozess. Dabei berichteten sie aus ihrem Alltag und gaben ihre persönlichen Empfehlungen an die Teilnehmenden weiter. Im ersten Workshop wurden die von den Teilnehmenden vorab eingereichten Abstracts gemeinsam analysiert und diskutiert. Anschließend zeigte Cédric Scherer in seinem Vortrag sehr anschaulich, wie eine professionelle Darstellung aussieht und welche Fehler vermieden werden sollten. Nachmittags zeigten Prof. Floege und Prof. Christoph Sarrazin ihre Sichtweisen als Autor bzw. Editor auf den Publikationsprozess. Untermauert durch persönliche Anekdoten, gaben sie sehr konkrete Tipps und warnten vor typischen Fallstricken. Ein gemeinsames Abendessen rundete diesen Tag ab und bot Raum für Networking und regen Austausch.

▲ Referent Prof. Jürgen Floege im Kreis der Teilnehmenden der Roland Müller Autorenakademie 2025

▲ Teilnehmende und Referenten im Social Hub Berlin, dem Veranstaltungsort der Roland Müller Autorenakademie 2025

Der dritte Tag widmete sich der Präsentation von wissenschaftlichen Ergebnissen. Mit einem kurzweiligen Vortrag und anschaulichen Beispielen zeigte Prof. Floege wichtige Techniken sowie Darstellweisen, die vermieden werden sollten. Im abschließenden interaktiven Workshop präsentierten die Teilnehmenden ihre Projekte und erhielten konstruktives Feedback von Prof. Floege und Prof. Sarrazin.

Dank des durchweg positiven Feedbacks war die 4. Roland Müller Autorenakademie ein voller Erfolg. Als deutschlandweit einzigartiges Format vermittelt es nicht nur praxisnahe Inhalte zum wissenschaftlichen Schreiben und Publizieren, sondern bietet auch einen exklusiven Raum für Fragen und intensiven Austausch mit renommierten Referenten und Editoren.

Uncorrected Proof

JournalID:108 ArticleID:1887 Dispatch Date:25/03/2025 ProofNo: 1 PageNo: 10
A B