Med Klin Intensivmed Notfmed 2021 · 116:171–172
<https://doi.org/10.1007/s00063-020-00772-2>
Angenommen: 21. Dezember 2020
Online publiziert: 14. Januar 2021
© Springer Medizin Verlag GmbH, ein Teil von
Springer Nature 2021

L. Engelmann

Leipzig, Deutschland

Die „Coronaherausforderung“ für die internistische Intensivmedizin

Glück und Verstand sind die Eckpfeiler staatlichen Vorgehens in der Bundesrepublik bei der Bewältigung der Coronapandemie. Allerdings drohen plebejischer Unverstand, Freiheitstümelei, Laschet-Populismus, Reichsbürgertum und versuchte Vereinnahmung der Krisenfolgen von rechts, den von der Wissenschaft gestützten Weg der Merkel, Span, Söder und anderer aus der Krise zu gefährden. Das betraf den initialen Gipfel und betrifft auch den Rebound. Zunehmend sind wieder Besserwisser unterwegs, die die eingeschlagene Bewältigungsstrategie infrage stellen und persönliche oder Gruppeninteressen vor die des Allgemeinwohls stellen. Die Bewältigungsstrategie folgt dabei dem ärztlichen Vorgehen bei der Diagnosefindung: mit guten Argumenten solange stringent vorgehen wie Erfolg zu erwarten ist; bleibt der bei kritischer Analyse aus, muss das Vorgehen anhand der Erfahrungen und neuen Erkenntnisse verändert werden und abermals stringent verfolgt werden. Sich vom eingeschlagenen Kurs durch inkompetentes Hineinreden und Selbstdarstellung der Randpersonen oder durch individuelle Interessenlage vom wissenschaftlichen Herangehen abbringen zu lassen, wird keinem kollektiv beratenen Chefarzt einfallen, auch dann nicht, wenn man ihm undemokratisches Vorgehen vorwirft.

Die Medizin tat sich schwer bei der initialen Konfrontation mit dem Virus. Es entstand der Eindruck, dass neben wohlgemeinter Hilfeleistung Teilhabe vorgeschützt wurde, um Eigeninteressen wahrzunehmen. Was sollten z. B. kardiologische Schockräume für Coronapatienten, „Schnellsiedekurse“ für Beatmung

und Entwöhnung u. a. m. in Zeiten einer mit hohem Einsatz zustande gekommener stringenter und fokussierter Anticoronastrategie mit den Schwerpunkten Notaufnahme, Coronadiagnostik, Infektionsmedizin, Krankenhaushygiene und Intensivmedizin?

Wenn eines Tages die Pandemie überwunden sein sollte, bedarf es auch auf medizinischem Gebiet sorgfältiger Analysen, was Sinn und Unsinn, was notwendige Maßnahmen und was Aktionismus bei der Krisenbewältigung gewesen sind.

Bislang hat die Intensivmedizin in der Bewertung hervorragend abgeschnitten. Intensivkapazität wurde durch Aufschieben elektiver Operationen freigeleitet und durch Erweiterungen neu geschaffen. Ein zentrales Intensivbettenregister gewährleistet den permanenten Überblick über Zahl und Ort freier Intensivkapazität. Das Leistungsvermögen der Intensivmedizin bestimmt zu wesentlichen Teilen die Strategie der zentralen Gesundheitsbehörde und letztlich der Politik.

Nun das „Aber“: Waren wir in der ersten Pandemiephase wirklich so gut, wie gepriesen? Oder hätten wir seinerzeit nicht schon ein gewaltiges personelles Problem bekommen, wenn wir die verfügbaren Betten schon während des ersten Pandemiegipfels hätten nutzen müssen? – Wir hätten! Und hier werden unsere Versagenszustände sichtbar, die der Politik und die der Medizin. Im Moment stehen wir an dem im Frühjahr umschifften Hindernis: noch mehr intensivpflichtige COVID-Patienten, noch keine apparativen, dafür aber erhebliche personelle Probleme bei der Sicherstellung der Versorgung, dies umso mehr,

weil ein Aufschieben krankenhausbundener Versorgung (z. B. Elektivoperationen) so nicht noch einmal möglich sein wird.

Die Behandlung des ARDS, durch COVID-19 oder wodurch auch immer, ist die hohe Schule der Intensivmedizin und erfordert hochqualifizierte Intensivmediziner mit jahrelanger Erfahrung. Diesbezüglich erfahrene Intensivmediziner sind nicht ausreichend verfügbar, nicht in der Anästhesiologie und nicht in der inneren Medizin. Die lange bekannte latente Situation des Missverhältnisses von vorhandenen technischen Möglichkeiten und deren Nutzung durch qualifiziertes Personal ist nun manifest.

Die Komplexität der COVID-19-Infektion mit ihren Organmanifestationen an Lunge, Herz-Kreislauf-, Niere [1], Hirn [2] und am Hämostasesystem [1, 3] oder bei Immunsuppression [4] machen die Erkrankung zu einem typisch internistisch-intensivmedizinischen Krankheitsbild bzw. einem Krankheitsbild, dessen Behandlung internistischer Führung bedarf.

Die „Coronapraxis“ sah aber während der ersten Welle gänzlich anders aus. Die Anästhesisten wurden in die Behandlerrolle gedrängt, weil wegen des Herunterfahrens der Elektivoperationen eben operative intensivmedizinische Kapazität zur Verfügung stand. Die Anästhesisten haben ihre Sache gut gemacht und wir waren daneben, aber nicht dabei.

Bei aller hohen Wertschätzung der Aktivitäten der Internisten Janssens, Kluge und Karagiannidis in der DIVI bei der Abfassung von Leitlinien und in ihren eigenen Einrichtungen wäre eine Zusammenarbeit mit dem Internisten an der in-

tensivmedizinischen Basis wahrscheinlich noch erfolgreicher gewesen. Multidisziplinäre Intensivmedizin aber sieht die deutsche Intensivmedizinlandschaft nicht vor. Der Facharzt für Intensivmedizin ist seit jeher nicht gewünscht. Fordert die Coronapandemie ein Umdenken?

Und: Wieder einmal befinden sich internistische Intensivmediziner in der Defensive, die sich landesweit schon vor der aktuellen Krise abzeichnete und durch sie noch verstärkt wurde.

Verabredete Positionen [5] wurden bereits in der Vergangenheit sukzessive aufgegeben, weil ein Schwerpunkt Internistische Intensivmedizin offenbar nach wie vor in der DGIM nicht gewollt ist, das Fachgebiet noch immer keine Lobby hat und auch ein Schwerpunkt Internistische Intensivmedizin nicht in Sicht ist. Wie ist sonst die Forderung der DGIM nach Stärkung von Infektiologie und internistischer Intensivmedizin zu verstehen, bei der der DGIM-Generalsekretär den Facharzt für innere Medizin/ Infektiologie für lange überfällig hält und ihn fordert, die internistische Intensivmedizin in diesem Zusammenhang aber nicht erwähnt [6].

Durch die Coronakrise wird die Intensivmedizin seitens der Politik vorwiegend in der operativen Intensivmedizin und damit in der Anästhesiologie verortet werden und der Ort sein, der aus Sicht von Bevölkerung und Politik Tausende von Menschen rettete. War das der K.o. für die internistische Intensivmedizin?

Wir Internisten müssen uns der Realität stellen, was aber bedeutet, den Kopf zu heben und unsere Anstrengungen für unser Teilgebiet zu erhöhen, indem wir den internistischen Intensivstationen im Land zu neuem Leben verhelfen. Es verlangt nach Intensivierung der Fortbildung, die unter dem Druck des täglichen Arbeitens vielerorts zu kurz kommt, nach Akquise begeisterungsfähigen fachlichen Nachwuchses, nach gelebtem Bekenntnis zu kollektivem und interdisziplinärem Arbeiten, nach flächendeckender Einführung moderner Methoden und Techniken sowie nach der Absicherung der Arbeitsqualität durch langjährig in der Intensivmedizin tätige Leistungsträger mit erstrebenswerten Perspektiven jenseits des „Knochenjobs“.

Das alles ist nicht neu, die internistisch-intensivmedizinische Community fordert die Besinnung auf die Umsetzung des Katalogs seit langem und immer wieder [7–9]. Ein erster und dringend notwendiger Schritt ist die Schaffung des Schwerpunktes Internistische Intensivmedizin, in dem die dort Verantwortlichen dann die weiteren Schritte selbst steuern und sich nicht mehr von anderen Subspezialisten in der DGIM vereinnahmen lassen.

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. L. Engelmann

Siegebandweg 25, 04279 Leipzig, Deutschland
pdle@gmx.de

Einhaltung ethischer Richtlinien

Interessenkonflikt. L. Engelmann gibt an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Für diesen Beitrag wurden vom Autor keine Studien an Menschen oder Tieren durchgeführt.

Literatur

1. AWMF (2020) S1-Leitlinie: Empfehlungen zur intensivmedizinischen Therapie von Patienten mit COVID-19. AWMF-Register-Nr. 113/001
2. Schenk M (2020) Wie COVID-19 die Nerven tangiert. Dtsch Arztebl 117(19):B-843–B-846
3. Miesbach W, Adam EH (2020) Gerinnungsneigung und COVID-19. Dtsch Arztebl 117(22-23):A-1158/B-978
4. Oette M, Witzke O, Stocker H et al (2020) COVID-19 bei Immunsuppression. Dtsch Arztebl 117(20):B-896–B-898
5. Van Aken H, Hiddemann W, Landauer B, Janssens U (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 Notfallmed 44:460–461
6. DGIM (2020) DGIM fordert: Infektiologie und Internistische Intensivmedizin stärken. Dtsch Med Wochenschr 145(20):1512. <https://doi.org/10.1055/a-1249-1127>
7. Engelmann L (2011) Professionalisierung der Intensivmedizin. Voraussetzungen und Perspektiven. Intensivmed Notfallmed 48:417–420
8. Riessen R, Janssens U, Buerke M, Kluge S (2016) Positionspapier der Deutschen Gesellschaft für Internistische Intensivmedizin und Notfallmedizin (DGIIIN) zu Internistischen Intensivmedizin. Med Klin Intensivmed Notfmed 111:295–301
9. Valentin A (2020) Intensiv- und Notfallmedizin – Fundamente moderner Medizin. Med Klin Intensivmed Notfmed 115:623–624

Hier steht eine Anzeige.

Springer