

„Was Internist:innen wirklich brauchen“ – Kompetenzprofil Akutstation/IMC/ITS

Worum geht es?

Akutstation, Intermediate Care (IMC) und Intensivstation (ITS) bilden ein durchgängiges Versorgungskontinuum. Internist:innen tragen hier die zentrale Verantwortung für Triage, Diagnostik, Akuttherapie, Verlaufskontrolle, Eskalation und Entlassmanagement. Damit Patientensicherheit, Qualität und Weiterbildung gleichermaßen gelingen, braucht es ein klar definiertes, praxistaugliches Kompetenzprofil - ergänzt um verlässliche strukturelle Rahmenbedingungen.

Fünf Kernbotschaften

- Kompetenz folgt Setting: Akutstation, IMC und ITS benötigen abgestufte Kompetenzen - mit klaren Eskalationswegen.
- Breite internistische Akutkompetenz ist Kernaufgabe: Sepsis, respiratorische Insuffizienz, akutes Koronarsyndrom, Rhythmusstörungen, Blutungen und Intoxikationen müssen sicher beherrscht werden.
- POCUS und Monitoring sind Schlüsselqualifikationen: Ultraschall, Rhythmusdiagnostik und hämodynamische Einschätzung beschleunigen Entscheidungen und reduzieren Risiken.
- Weiterbildung muss planbar sein: modular, kompetenzbasiert, mit Supervision, Simulation und geschützter Lernzeit.
- Struktur entscheidet über Qualität: verlässliche Personalschlüssel, Delegation, digitale Entlastung und interprofessionelle Teams sind Voraussetzung.
-

Versorgungskontext Akutstation - IMC - ITS

Die stationäre Innere Medizin versorgt zunehmend ältere, multimorbide Patient:innen bei gleichzeitig kürzeren Verweildauern. Die Folge ist eine höhere Akuität auf Normalstationen, eine wachsende Bedeutung der IMC als Puffer- und Überwachungsbereich sowie ein zunehmend komplexes intensivmedizinisches Krankheits- und Therapiespektrum.

Definitionen (kurz)

- Akutstation: kontinuierliche Reevaluation, frühe Risikoerkennung (z. B. Early Warning Scores) und rasche Diagnostik-/Therapieeinleitung.
- IMC: engmaschiges Monitoring und Therapie bei drohender Organfunktionsstörung (z. B. NIV, vasoaktive Medikation in niedriger Dosis) ohne Vollersatzverfahren.
- ITS: Behandlung vital bedrohlicher Zustände mit Organersatzverfahren (invasive Beatmung, Nierenersatz, erweiterte Hämodynamik) und multiprofessioneller Hochleistungsmedizin.

Tabelle 1: Kompetenzmatrix Akutstation/IMC/ITS (BDI-Orientierung)

Legende: B = Basis (Routinefall selbstständig), A = Advanced (selbstständig auch bei Komplikationen), E = Expert (führt, supervisiert, entscheidet in komplexen Situationen).

Kompetenzdomäne	Akutstation	IMC	ITS
ABCDE/EWS/Triage	B	A	E
Dyspnoe/Schock/Brustschmerz (DD)	B	A	E
POCUS Basis (Lunge/Herz/IVC)	B	A	E
Monitoring & BGA/Laktat	B	A	E
Resp. Therapie (O2/HFNC/NIV)	B	A	E
Sepsis/Antiinfektiva & Stewardship	B	A	E
ACS/Arrhythmien	B	A	E
Prozeduren (A-line/CVK/Thorax)	B	A	E
DAS: Sedierung/Analgesie/Delir	B	A	E
Kommunikation/Ethik/SBAR/Team	B	A	E

Eskalations- und Sicherheitskriterien

Ein Kompetenzprofil ist nur dann wirksam, wenn Eskalationskriterien im Alltag präsent und akzeptiert sind. Der BDI empfiehlt standardisierte Trigger (klinisch, laborchemisch, monitoringbasiert) sowie eine niedrighschwellige interprofessionelle Eskalation.

- Eskalation bei instabilen Vitalparametern, zunehmendem O2-Bedarf, Laktatanstieg, Vigilanzminderung oder drohender Atemwegsproblematik.
- Verbindliche Übergaben mit SBAR-Struktur und dokumentierter Therapieplanung (inkl. Therapieziel, Reanimationsstatus, Patientenwille).
- Tägliche Reevaluation von Diagnosen, Antiinfektiva, Sedierung/Analgesie, Delirrisiko, Thrombose- und Stressulkusprophylaxe.

Prozeduren und klinische Skills (Auswahl)

Die folgenden Skills sollten - abhängig vom Setting - verfügbar, trainiert und supervidiert sein:

- Atemwegs- und Atmungsmanagement: Maskenbeatmung, NIV-Setup, HFNC, Intubationsassistenz, schwieriger Atemweg (Team-Algorithmus).
- Gefäßzugänge und Monitoring: peripher/zentral, arterielle Kanüle, US-gestützte Punktion, Interpretation invasiver Druckkurven.
- Akutsonographie: Lunge (B-Linien/Pneumothorax), Herz (Pumpfunktion/Perikard), Vena cava/Volumenstatus, FAST bei Schock.
- Kreislauftherapie: Volumenstrategie, Vasopressoren/Inotropika, Schock-Differenzierung, kardiogener Schock (Eskalationspfad).
- Notfallmedizinische Kernkompetenzen: Reanimation, Postreanimationsbehandlung, Krisenkommunikation, Debriefing.
- Infektionsmedizin/Stewardship: Sepsis-Bundles, Blutkultur- und Diagnostikstrategie, Deeskalation, Source Control (Koordination).
-

Tabelle 2: Qualifizierungsbausteine für Internist:innen im Akutbereich

Baustein	Inhalte/Kompetenzen
Onboarding Akutstation	EWS/ABCDE, Sepsis-Bundle, EKG/Telemetrie, sichere Übergaben, Medikationssicherheit
IMC-Baustein	NIV/HFNC, erweiterte Überwachung, vasoaktive Therapie (niedrig dosiert), POCUS-Basiskurs

ITS-Baustein	invasive Beatmung, DAS-Standards, Organersatzverfahren-Überblick, Schock-Algorithmen
Simulation & Teamtraining	Reanimation, schwieriger Atemweg, Sepsis-Schock, Kommunikation in Krisen, Debriefing
Kompetenznachweise	Mini-CEX/DOPS, Logbuch, Supervisionsstufen, jährliche Re-Zertifizierung kritischer Skills

Rahmenbedingungen: Was internistische Akutversorgung benötigt

Kompetenzentwicklung ist ohne geeignete Strukturen nicht nachhaltig. Entscheidend sind verlässliche Supervision, ausreichende Personalressourcen, Delegation nichtärztlicher Routinetätigkeiten und eine digitale Infrastruktur, die Dokumentationszeit reduziert statt erhöht.

- Definierte Supervisionsstufen (z. B. Assistenz - Facharzt - Oberarzt) und klare Eskalationsbereitschaft 24/7.
- Schutz vor Überlastung: realistische Dienstmodelle, planbare Rotation, Ausfallkonzepte und Poolstrukturen.
- Standardisierte Prozesse: Sepsispfad, Schockpfad, NIV-Pfad, Delirprävention, Entlass- und Nachsorgeplanung.
- Qualität und Sicherheit: Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen, Fallreviews, strukturierte Übergaben, Fehlerkultur.
-

Fazit und politische Forderungen (BDI)

Ein abgestuftes Kompetenzprofil für Akutstation, IMC und ITS ist ein zentraler Hebel, um Patientensicherheit, Versorgungsqualität und Nachwuchsgewinnung in der Inneren Medizin zu stärken.

1. Verbindliche Kompetenzprofile und Curricula für Akutstation, IMC und ITS - bundesweit anschlussfähig und überprüfbar.
2. Strukturelle Absicherung der IMC als eigenständiges Versorgungslevel mit klaren Aufgaben, Ausstattung und Personalschlüsseln.
3. Geschützte Weiterbildungszeit (inkl. Simulation und POCUS) und finanzierte Supervision als Qualitätsstandard.
4. Bürokratieabbau und Delegation: mehr Zeit am Patientenbett, weniger Doppel- und Alibidokumentation.
5. Interprofessionelle Teams stärken (Pflege, Atmungstherapie, Pharmakologie, Physiotherapie) und Karrierewege attraktiv gestalten.

Literatur

Prof. Dr. M. Buerke, F. Bennett, Januar 2026

1. Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI). Empfehlung zur Struktur und Ausstattung von Intensivstationen 2022 (Version 02.11.2022).
2. DIVI. Ausstattung und Struktur von Intermediate Care (IMC)-Stationen (Kurz- und Langversion).
3. Póvoa P, Martin-Loeches I, Duska F, et al. Updated competency-based training in intensive care: next step towards a healthcare union in Europe? Intensive Care Med. 2022;48:1093-1094.
4. CoBaTrICE Collaboration. International standards for programmes of training in intensive care medicine in Europe. Intensive Care Med. 2011;37:385-393.
5. Perkins GD, et al. European Resuscitation Council Guidelines 2021. Resuscitation. 2021.
6. AWMF-Register Nr. 079-001. S3-Leitlinie: Sepsis - Prävention, Diagnose, Therapie und Nachsorge (Update 2025; Version 4.0).
7. AWMF-Register Nr. 001-012. S3-Leitlinie: Analgesie, Sedierung und Delirmanagement in der Intensivmedizin (aktuelle Version 2025).
8. AWMF-Register Nr. 020-004. S2k-Leitlinie: Nichtinvasive Beatmung als Therapie der akuten respiratorischen Insuffizienz (Version 3.3; 30.12.2022).

Kontakt:

Prof. Dr. M. Buerke, Siegen, mbuerke@gmail.com, Vorsitzender der BDI-AG Internist:innen im KH

Bitte Vorschläge, Themen etc an uns. Wir freuen uns über Mitarbeit