

Ansprache des Präsidenten

DAK-International am 06. 05. 2000 in München

An der Schwelle zum neuen Jahrhundert befinden wir uns in einer gesellschaftspolitischen Situation, die durch umwälzende Veränderungen charakterisiert ist. Diese Veränderungen betreffen auch das Gesundheitssystem und damit unmittelbar die deutsche Anästhesie. Die Kenntnis der eigenen Herkunft und des aktuellen Standortes stellt eine unabdingbare Voraussetzung für die Entwicklung zukunftssträchtiger Strategien dar. Dies gilt auch für die Entwicklung unserer eigenen Fachdisziplin. Ich möchte deshalb im folgenden aus vier verschiedenen Blickwinkeln auf die letzten 50 Jahre zurückblicken, um daraus mögliche und notwendige Konsequenzen für die deutsche Anästhesie in diesem neuen Jahrhundert herzuleiten.

Das erste Thema, auf das ich eingehen möchte, ist **das Berufsbild des Anästhesisten**.

Unser Fach ist ein junges Fach. 1950 gibt es in Deutschland noch keinen Arzt für Anästhesie. Unser Fach existiert als Teilgebiet der Chirurgie. Die Anfänge der Entwicklung hin zu einer eigenständigen Disziplin treffen auf erbitterte Widerstände. Der 52. Deutsche Ärztetag beschließt zwar 1949 in Hannover die Aufnahme des "Facharzt für Anästhesie" in die Facharztordnung – dieser Beschluß wird jedoch nach heftigem Protest der wissenschaftlichen Gesellschaften sofort wieder ausgesetzt und tritt erst nach vierjähriger Verzögerung im Jahre 1953 in Kraft. Im selben Jahr wird die "Deutsche Gesellschaft für Anästhesie" hier in München gegründet. Die Professionalisierung der anästhesiologischen Tätigkeit führt in den folgenden Jahren zu einem auch für die anderen beteiligten Fachdisziplinen unübersehbaren Gewinn an Sicherheit und Komfort für den Patienten, der sich einer Operation unterziehen muß.

Dadurch und durch die großen Fortschritte auf den Gebieten der Pharmakologie und der Überwachungstechnik wird die Eigenständigkeit des Faches Anästhesie mehr und mehr gefestigt. Die Fähigkeiten des Anästhesisten zur Wiederherstellung bzw. Aufrechterhaltung der Vitalfunktionen kritisch Kranker werden darüber hinaus zunehmend auch außerhalb des Operationssaales erkannt und in Anspruch genommen. So spielen Anästhesisten eine wichtige Rolle in der Entwicklung der Notfall- und Intensivmedizin. Auch die besondere Qualifikation in der Behandlung von Schmerzen führt zu einer weiteren Ausdehnung des Tätigkeitsgebietes.

Heute ist diese Expansionsentwicklung durch Einflüsse außerhalb, aber auch innerhalb der Gesellschaft zum Stillstand gekommen. Im Gegenteil, es gibt sogar einzelne Hinweise auf eine Umkehr dieser Entwicklung im Sinne einer gezielten Entprofessionalisierung der Anästhesie. Ich denke, in diesem Kontext kann ein Blick zurück auf die Anfänge unserer Disziplin neue Impulse geben. Es war der enorme Gewinn an Patientensicherheit, der trotz widriger Randbedingungen die rasche Emanzipation unseres Faches ermöglicht hat. Daraus folgt, daß wir die gegenläufigen Tendenzen nur durch die Qualität unserer Leistungen umkehren und das Fach sichern können. Es dient diesem Anliegen und dem Fach nicht, wenn wir zulassen, daß Berufsanfänger zu Diensten in der Intensivmedizin und Notfallmedizin eingeteilt werden und nicht ausreichend qualifizierte Mitarbeiter in der Schmerztherapie eingesetzt werden. Es kann nicht im wohlverstandenen Interesse des Faches liegen, wenn sich Anästhesisten auf die Kostenstelle operativer Disziplinen übernehmen lassen und die für den Patienten so wichtigen Qualitätsstandards nicht mehr hochhalten, weil persönliche Interessen überwiegen, oder sie dem Druck des Operateurs nicht gewachsen sind.

Wir müssen auch über Möglichkeiten zur Verbesserung der Weiterbildung zum Anästhesisten nachdenken.

In den Anfängen unseres Faches waren Weiterbildungsabschnitte in anderen Fachdisziplinen wie z.B. in der Chirurgie, der Inneren Medizin, der Pharmakologie und der Physiologie obligat. Da der Erfolg unserer Tätigkeit auch heute, gerade im Bereich der Intensivmedizin und der Schmerztherapie, auf einer effektiven interdisziplinären Zusammenarbeit beruht, sollten Anästhesisten über fundierte Innenansichten der beteiligten Partnerdisziplinen verfügen. Nur wenn unsere Patienten begreifen und erfahren, daß ihr Behandlungserfolg ganz entscheidend von der Kompetenz des Anästhesisten abhängt, nur dann können wir unseren Sachverstand auch in Zukunft in den verschiedenen Teilgebieten unseres Faches zu ihrem Nutzen einbringen.

In höchstem Maße bedenklich sind Überlegungen von Klinik-Direktoren, anästhesiologische Leistungen bei niedergelassenen Anästhesisten einkaufen

bzw. das Fach outsourcen zu wollen. Niedergelassene Anästhesisten können es sich nicht leisten, fachlichen Nachwuchs in ausreichendem Maße auszubilden. Bereits heute werden unter dem Kostendruck freiwerdende Stellen in kleineren Krankenhäusern vermehrt mit Fachärzten, die überall eingesetzt werden können, besetzt. Die Folge wäre über kurz oder lang ein Mangel an Fachärzten, wie er in vielen europäischen Ländern, aber auch in Nordamerika heute bereits herrscht. In diesem Falle würde nicht einmal eine „Green-Card-Aktion“ helfen, weil es auch im Ausland nicht genügend Fachanästhesisten gibt. Ein Blick in andere Berufszweige mit ihren Personalproblemen sollte uns davor schützen, nicht rechtzeitig für ausreichenden qualifizierten Nachwuchs zu sorgen.

Darüber hinaus würde die Entwicklung des Faches stagnieren, denn nahezu alle großen Fortschritte in der Anästhesie, Notfallmedizin, Intensivmedizin und Schmerztherapie haben ihren Ursprung in großen und forschenden Einrichtungen. Was für die einzelne Klinik wirtschaftlich attraktiv sein mag, könnte dem Gesundheitswesen in der Zukunft teuer zu stehen kommen.

All jene, die einer strukturellen Subspezialisierung der Anästhesie das Wort reden, müssen sich fragen lassen, was ihr Motiv ist. Jede strukturelle Untergliederung leistet der Abtrennung des Spezialbereichs Vorschub und schwächt das Fach. Wer sich vom Fach entfernt, muß aber auch wissen, daß er ein Übernahmekandidat durch den stärkeren Partner ist. Die Anästhesie hat eine inhärente Schwäche: Sie hat keine Patienten, weil es keine fachspezifisch behandlungsbedürftigen Krankheiten gibt. Somit wird die Klinik das Sagen haben, die durch den primären Behandlungsauftrag den Erlös erwirtschaftet.

Das zweite Thema, auf das ich eingehen möchte, ist **die anästhesiologische Forschung und Lehre**.

1950 gibt es in Deutschland keine anästhesiologische Forschung. Für die Anästhesie relevante Erkenntnisse werden von anderen Disziplinen erarbeitet. Dazu gehören insbesondere die Physiologie und die Pharmakologie. Der wissenschaftliche Anspruch des Faches Anästhesie wird durch die folgenden Entwicklungen zunehmend deutlich. Die wissenschaftliche Fachzeitschrift "Der Anaesthetist" erscheint erstmalig im Jahr 1952. Erste Abteilungen für experimentelle Anästhesiologie werden gegründet. Im Jahr 1960 wird in Mainz das erste "Extraordinariat" für Anästhesie eingerichtet. Die Deutsche Gesellschaft für Anästhesiologie richtet jährlich wissenschaftliche Kongresse aus. Durch die eigenständige Erarbeitung wesentlicher Grundlagen unseres Faches entsteht somit eine weitere Voraussetzung für die Etablierung dieser neuen Disziplin. Erst durch die organisatorische Verknüpfung von Patientenversorgung, Forschung und Lehre ist unser Fach zu dem geworden, was es heute ist.

Vor diesem Hintergrund sind aktuelle Tendenzen, die auf eine Auflösung des klassischen Lehrstuhlbegriffs zielen, schärfstens zu verurteilen. Eine personale Trennung von Klinik- und Forschungsleitung bedeutet das Ende dieser konstruktiven Symbiose. Ein Blick nach England zeigt, welche verheerende Folgen solche eine Trennung für das Fach haben kann. Anästhesiologische Lehrstühle können nicht mehr besetzt werden oder fallen ökonomischen Überlegungen zum Opfer. Wir müssen auch in Zukunft die wissenschaftlichen Fragen unseres Faches selbst formulieren, um zu gewährleisten, daß anästhesiologische Forschung für unser ärztliches Tun relevant bleibt. Die Aufklärung der molekularen Mechanismen der Anästhesie, die Untersuchung der Genese akuter Organfunktionsstörungen oder die Erforschung der Pathophysiologie des Schmerzes sind nur einige besonders wichtige Arbeitsgebiete, die ich in diesem Kontext beispielhaft erwähnen möchte. Um die gestellten Fragen aus diesen Themengebieten adäquat beantworten zu können, ist eine enge Zusammenarbeit mit Naturwissenschaftlern in unseren Abteilungen notwendig. Wir dürfen Forschung nicht an andere Institute delegieren. Nur wenn es uns gelingt, neues Wissen zu generieren, nur wenn wir Anästhesisten das gesamte Spektrum unseres Faches auf hohem wissenschaftlichem Niveau bearbeiten, nur dann können wir auch in Zukunft unter verschärften Wettbewerbsbedingungen die Eigenständigkeit unserer Disziplin zum Wohle des Patienten erhalten. Eine universitäre Anästhesieabteilung ohne wettbewerbsfähige Forschung wird auf Dauer keinen Bestand haben, weil ihr wissenschaftlicher und finanzieller Beitrag zu gering ist, um im System überleben zu können.

Übersehen wir auch nicht, daß ambitionierter und qualifizierter wissenschaftlicher Nachwuchs für das Fach nur zu gewinnen ist und dieser sich mit der Abteilung nur identifizieren kann, wenn eine in dem wissenschaftlichen Umfeld konkurrenzfähige Forschung in der Abteilung angeboten wird.

Die Qualität der Lehre wird für die Zukunft des Faches von ebenso entscheidender Bedeutung sein. Von ihr wird abhängen, ob sich Studenten überhaupt für das Fach interessieren und ihm schließlich zuwenden. Noch haben wir in Deutschland im Gegensatz zum Ausland kein Nachwuchsproblem. Dies kann sich jedoch ändern. In den USA fehlen 20.000 Anästhesisten. Weil Anästhesie im Curriculum der amerikanischen Studenten fehlt, resultiert daraus ein nicht zu bewältigendes Rekrutierungsproblem mit schwerwiegenden Konsequenzen für das Fach.

Ich möchte nun auf **das Verhältnis von sozio-ökonomischen Bedingungen und der Anästhesie** eingehen.

In den ersten Jahren nach dem zweiten Weltkrieg geht es primär um die Sicherung des "nackten" Überlebens. Auch die medizinischen Behandlungsmöglichkeiten sind äußerst begrenzt. Die Konzentration auf das Wesentliche ist keine Tugend, sondern schlichte

Notwendigkeit. Durch das sogenannte "Wirtschaftswunder" kommt es dann in breiten Teilen der Bevölkerung zu einer raschen Steigerung des Wohlstandes. Eng damit verknüpft ist eine zunehmende Technisierung des Alltags. Dies trifft auch für die Medizin und in ganz besonderem Maße für die Anästhesie und Intensivmedizin zu. In dieser Phase nehmen sowohl die medizinischen Behandlungsoptionen als auch die für medizinische Leistungen verfügbaren Mittel rapide zu. In diesen Zeiten scheinbar unbegrenzter Ressourcen gilt als einzige Handlungsmaxime, auch für das ärztliche Tun, "alles für jeden zu jeder Zeit". Die zunehmende Technisierung der Medizin beeinflusst gleichzeitig den Umgang mit der eigenen Krankheit. Sie wird häufig primär als "technischer Defekt" empfunden, den es zu "reparieren" gilt. Das Arzt-Patienten-Verhältnis erhält dadurch mehr und mehr Züge einer "Geschäftsbeziehung". Mit wachsendem Wohlstand steigt auch das Bedürfnis nach absoluter Sicherheit. Eine zunehmende "Verrechtlichung" der ärztlichen Tätigkeit ist die Folge. Dies betrifft in ganz besonderem Maße den Anästhesisten, der besonders häufig an den Grenzbereichen des Lebens ärztlich tätig wird.

Heute befinden wir uns in einer Situation, in der diese fortschreitende Entpersonalisierung in der Medizin von großen Teilen der Bevölkerung als problematisch empfunden wird. Gleichzeitig ergibt sich aus einem weiteren Grund die zwingende Notwendigkeit, unsere Behandlungsmaximen in der Anästhesie und Intensivmedizin neu zu definieren. Durch die dramatische Veränderung der Bevölkerungsstruktur – unsere Bevölkerungspyramide steht im wahrsten Sinne des Wortes "auf dem Kopf" – ist es heute zu einem eklatanten relativen Mißverhältnis zwischen scheinbar unbegrenzten medizinischen Behandlungsoptionen einerseits, und limitierten finanziellen Möglichkeiten andererseits gekommen. Eine gerechte Allokation der begrenzten Ressourcen ist jedoch nur möglich im Rahmen eines fundierten gesamtgesellschaftlichen Diskurses. Wir, die wir als Anästhesisten und Intensivmediziner tagtäglich mit der aus diesem Sachverhalt resultierenden Notwendigkeit zur "Triage" konfrontiert werden, können diese unmöglich ausschließlich anhand von medizinischen Kriterien vornehmen. Es erschien mir deshalb unverantwortlich, der Bevölkerung zu verschweigen, daß wir bereits in vielen Bereichen die Grenze überschritten haben, ab der eine weitere Einsparung von finanziellen Mitteln mit einem Verlust an Sicherheit und damit auch an Lebenschancen und Überlebenschancen für unsere Patienten bezahlt wird. Ich möchte in diesem Kontext nochmals betonen, daß es auch andere, nicht monetäre Gründe gibt, von dem oben zitierten maximalen Behandlungsgrundsatz abzurücken. Weniger Behandlung und mehr Lebensqualität sind nicht in jedem Fall unüberbrückbare Gegensätze. Weniger kann unter Umständen mehr sein, um ein Zitat des Chirurgen *Trede* aufzunehmen. Es ist jedoch essentiell, beide Kategorien strikt voneinander zu trennen. Nur der Hauch einer Unschärfe kann, wie wir in der ersten

Hälfte des vergangenen Jahrhunderts schmerzhaft erfahren haben, zum kompletten Zusammenbruch jeglicher ethisch-moralischer Ordnung führen. Ich bin deshalb der Meinung, daß wir als Anästhesisten und Intensivmediziner in ganz besonderer Weise prädestiniert sind, an der Lösung dieser dringenden Probleme mitzuwirken. Wir müssen gerade in den Grenzbereichen des Lebens durch unser personales Engagement, durch intensive menschliche Zuwendung eine neue Vertrauensbasis für das Verhältnis zwischen Arzt und Patient schaffen. Nur auf dieser Grundlage können wir gemeinsam einen gerechten und transparenten Modus für die Zuteilung begrenzter Behandlungsmöglichkeiten finden.

Im vierten und letzten Abschnitt meiner Rede möchte ich auf **die Stellung der deutschen Anästhesie im internationalen Umfeld** eingehen.

Erste internationale Einflüsse auf die Anästhesie entstehen im Nachkriegsdeutschland durch den Kontakt mit den medizinischen Einrichtungen der Besatzungsmächte. Die Aussöhnung mit den ehemaligen westlichen Siegermächten führt dann zu einem wesentlich intensiveren Austausch. Der Zusammenschluß zur Europäischen Wirtschaftsgemeinschaft und dann zur Europäischen Union beeinflusst auch die Medizin nachhaltig. Supranationale Organisationen, wie z.B. "Eurotransplant", entstehen und verbessern dadurch die medizinische Versorgung in den einzelnen Mitgliedsstaaten. Auch innerhalb der Anästhesiologie werden internationale Fachgesellschaften, wie die European Academy of Anaesthesiology und die European Society of Anaesthesiology, gegründet. Mit zunehmender beruflicher Freizügigkeit entstehen europaweit anerkannte Weiterbildungsabschlüsse, wie das "Diploma of the European Academy of Anaesthesiology". Englisch wird zur medizinischen Weltsprache. Einige wenige international verbreitete Zeitschriften bilden die Publikationsplattform für die gesamte medizinische Fachwelt. Durch die neuen Informationstechnologien wird ein bisher unvorstellbares Ausmaß an medizinischen Informationen in der gesamten technisierten Welt unmittelbar verfügbar. Nach dem Fall der Mauer wird auch der fachliche Austausch mit den Ländern Osteuropas wesentlich erleichtert. Ich freue mich ganz besonders, daß die anästhesiologischen Fachgesellschaften Ungarns und der Türkei im Rahmen des DAK-International auch aktiv an der Gestaltung dieses Kongresses beteiligt sind.

Heute deutet vieles darauf hin, daß sich dieser Trend hin zu einer zunehmenden Internationalisierung in der Zukunft noch schneller fortsetzen wird. Daraus ergeben sich weitreichende Konsequenzen für die Entwicklung unseres Fachgebietes. Auch wenn anästhesiologische Leistungen prinzipbedingt nur unmittelbar vor Ort angeboten werden können, so werden wir unsere Behandlungsstrategien zunehmend an internationalen Standards messen lassen müssen. Nationale Besonderheiten werden nur dann von dauerhaftem

Bestand sein, wenn sie dem direkten internationalen Vergleich standhalten. Daraus resultiert die Gefahr, daß Informationen, wenn sie losgelöst vom jeweiligen gesellschaftlichen Kontext betrachtet werden, leicht falsch interpretiert werden können. Ich bin deshalb der Überzeugung, daß gerade in Anbetracht der neuen Kommunikationstechnologien, die unmittelbare persönliche Erfahrung im Ausland auch in Zukunft eine wichtige Voraussetzung dafür darstellt, um das in Bruchteilen von Sekunden global verfügbare Informationsangebot sinnvoll nutzen zu können. Wenn diese Bedingung erfüllt ist, sehe ich in der oben skizzierten Entwicklung weniger eine Bedrohung als eine Chance. Gerade in Anbetracht der kritischeren Randbedingungen für die Anästhesie könnten die enormen Möglichkeiten des internationalen Austausches zum Motor der wissenschaftlichen und klinischen Entwicklung unseres Faches auf nationaler Ebene werden.

Meine sehr geehrten Damen und Herren, die Anästhesiologie hat sich im Laufe des vergangenen Jahrhunderts zu einer eigenständigen Fachdisziplin mit zahlreichen Teilgebieten entwickelt. An der Schwelle zum neuen Jahrhundert erscheint das bisher Erreichte gefährdet. Nur wenn wir uns mit aller Energie um die

Qualität unserer fachlichen Leistungen in Forschung und Krankenversorgung bemühen, nur wenn unsere Patienten erfahren, daß ihre Sicherheit und ihr Wohlergehen in der perioperativen Phase ganz entscheidend von der Qualität dieser fachlichen Leistungen abhängen, und nur wenn wir innerhalb des gesellschaftlichen Diskurses vermitteln können, daß diese Sicherheit ihren Preis hat, der durch eine gerechte Allokation der begrenzten Mittel bezahlt werden muß, nur dann können wir verhindern, daß die beachtlichen Errungenschaften der modernen Anästhesiologie zum Nachteil unserer Patienten leichtfertig und kurzsichtig verspielt werden.

Die Veranstaltungen dieses Deutschen Anästhesiekongresses können einen Beitrag dazu leisten, daß wir diese Ziele erreichen. Als Präsident der Deutschen Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin wünsche ich dieser Veranstaltung deshalb ein gutes Gelingen.

Klaus Geiger
- Präsident der DGAI -

ANZEIGE

Die Praxisgemeinschaft der Anästhesisten (z. Zt. 3 Fachärzte), die die anästhesiologische Versorgung der operativen **Privatklinik** (Belegarztambulanz):

Clinique de Champagne in Troyes (Nähe Paris)

gewährleistet, möchte Ihren Stellenplan um

1-2 Fachärzte für Anästhesie

und/oder eine(n)

Anästhesiepfleger(in) erweitern.

Ziel ist bei gutem Einkommen eine großzügige Freizeitgestaltung zu haben.

Vorherige Vertretung sehr gut honoriert und wünschenswert. Deutschsprachiger Kollege hilft über Sprachhürden und bürokratische Gegebenheiten.

Struktur des Hauses: Alle gängigen geplanten Operationen der Fachrichtungen Allgemein-, Abdominal-, Gefäß-, Augen-, plastische Chirurgie, HNO, Gynäkologie, Geburtshilfe, Urologie, Orthopädie, Stomatologie. 50 % amb. Narkosen angestrebt. Z. Zt. insgesamt ca. 9000 Narkosen/Jahr. Ab 2001 Erweiterung der Klinik mit 6 modernen neuen OP-Sälen, deren Kern die Anästhesieabt. ist.

Vorteile: Gesichertes hohes Einkommen, kein Punktwertverfall, keine Praxisfinanzierung, mindestens 3 Monate Urlaub vorgesehen, wenig belasteter Bereitschaftsdienst von zuhause, keine Intensivstation, äußerst kompetentes kollegiales Arbeitsklima, wachsende zukunftssträchtige moderne Klinik, attraktives Freizeit- und Kulturangebot. **A bientôt.**

Anfragen und Bewerbungen sind zu richten an:

André Pilz, Clinique de Champagne, 4, rue Chaim Soutine, F-1000 Troyes

Tel.: 0033 / 325711111 oder 0033 / 6633135517

Achtung !!!
Logo noch einbauen!

folgt als Vorlage von
Herrn Kalb!