

## Zum neuen Jahr

B. Landauer

Das Jahr 2000 ist wie im Fluge vergangen. Fast haben wir es bereits schon wieder vergessen, daß das zum Teil geradezu mit paranoid-masochistischer Lust an die Wand gemalte **„Jahr-2000-Problem“** zum Glück zugunsten eines *„business as usual“* ausgeblieben ist.

Einigen fachlichen Gesprächsstoff im vergangenen Jahr bot die Forderung nach einem **grundsätzlichen Verzicht auf Lachgas**. Sie rüttelte für manche respektlos an den pharmakologischen Grundfesten unseres Faches. Im Prinzip jedoch ist es durchaus legitim, ja sogar notwendig und wünschenswert über bestimmte Verfahrensweisen und Techniken, seien sie auch noch so etabliert, nachzudenken und ihre Existenzberechtigung kritisch zu hinterfragen. Nicht übersehen werden sollte allerdings, daß bei dieser Diskussion auch erhebliche wirtschaftliche Interessen mit im Spiele sind. So hat Lachgas, zumindest herstellerseitig keine nennenswerte Lobby mehr, wohingegen das Marketing seiner konkurrierenden Substitute wie Sevo- oder Desfluran bzw. entsprechend injizierbarer Hypnotika und Narkotika offensiv betrieben wird. Xenon ist in diesem Kontext noch weit davon entfernt ein ernst zunehmender Konkurrent zu werden. Gewürzt wird diese Diskussion durchaus wirkungsvoll mit umweltpolitischen Argumenten, denen sich heute, der allgemeinen political correctness wegen, kaum einer mehr zu verschließen wagt. Kostenneutral, und das zählt heute argumentativ mehr denn je, läßt sich - vom Einsatz von low-flow-Techniken einmal abgesehen - Lachgas nur ersetzen, wenn der gesamte einschlägige Versorgungsapparat eines Krankenhauses stillgelegt wird und die dadurch resultierenden Einsparungen auch auf dem Wartungssektor voll dem in der Regel nun steigenden Arzneimittelbudget zugeschlagen werden. Im übrigen und darüber dürfte sich jeder einigermaßen erfahrene Anästhesist im klaren sein, kann man ohne Lachgas sicher genauso gute, vielleicht sogar ein bißchen sicherere Narkosen machen. Ganz am Rande sei in diesem Zusammenhang daran erinnert, daß bei der Verwendung von Druckluft als Beatmungsgas diese - im Gegensatz etwa zur Verwendung bei *„Gesunden“*, so beim Tauchsport - als Arzneimittel den strengen Vorschriften der einschlägigen Gesetze unterliegt.

Parallel hierzu - Zufall oder nicht - kam das Thema **„Wachheit in Narkose“** wieder einmal zur Sprache und wurde auch von der Laienpresse begierig aufgenommen. Dachten doch viele von uns, daß dies vorzüglich ein Problem der Vergangenheit, insbesondere bestimmter Eingriffe etwa des Kaiserschnitts oder des Einsatzes der Herz-Lungen-Maschine bzw. von Opioid-Narkotika gewesen sei. Doch subtilere Untersuchungen zeigen, daß zunächst der Beobachtung entgehende Wachheitszustände in Narkose häufiger vorkommen als landläufig angenommen, es allerdings bestimmter Techniken bedarf sie aufzudecken bzw.

dem Patienten und uns bewußt zu machen. Auch wenn die einschlägige Industrie Gegenteiliges suggeriert, schützt derzeit kein Monitoring sicher vor derartigen Episoden.

Ein ebenfalls reichlich diskutiertes Thema im zurückliegenden Jahr war das **„open lung concept“**. Es ist seinem Grundsatz nach bereits seit knapp einem Vierteljahrhundert bekannt, allerdings mit moderner Ventilator-technologie zunehmend besser in der Klinik umsetzbar. Passte man nämlich früher notgedrungen den Patienten - etwa durch Relaxierung - den beschränkten Fähigkeiten der Geräte an, so haben wir heute glücklicherweise Ventilatoren, die der jeweiligen Patientenpathologie Rechnung zu tragen im Stande sind. Dieser technische Fortschritt ändert allerdings kaum etwas daran, das Open-Lung-Konzept in die Rubrik *„alter Wein in neuen Schläuchen“* bzw. *„old physiology in a new light“* einzuordnen.

Damit sind wir beim **Thema Intensivmedizin**. Hier hat sich im Jahr 2000, trotz einhellig anders lautender Voten der verschiedenen betroffenen Fachgesellschaften, die Bundesärztekammer dafür entschieden, zukünftig die *„fakultative Weiterbildung in der speziellen Intensivmedizin“* durch eine bloße **„Zusatzbezeichnung“** bzw. Bildung eines **„Schwerpunktes“** zu ersetzen. Da sich die Internisten klar für Letzteren entschieden, ist es für die Anästhesie nur folgerichtig, auch in Hinblick auf unser intensivmedizinisches Selbstverständnis, ebenfalls für den Schwerpunkt zu votieren. Da hierfür allerdings eine dreijährige Weiterbildungszeit vorgesehen ist, würde sich das anästhesiologische Curriculum um ein zusätzliches, die derzeit vorhandenen und nicht beliebig vermehrbaren Weiterbildungskapazitäten sprengendes Jahr verlängern. Da die Anästhesie nun das einzige Fach ist, in dem während der regulären Weiterbildung im Operationssaal bereits eine Vielfalt intensivmedizinischer Prozeduren und Fertigkeiten erlernt und täglich routinemäßig praktiziert werden - man denke nur an das Beatmungs- und Kreislaufmanagement, die Technik der verschiedenen Zugänge zum Gefäßsystem und Respirationstrakt sowie vieles andere mehr - ist es nur konsequent, das zum Erwerb des Schwerpunkts zusätzlich erforderliche Jahr in die Regel-Weiterbildung zum Anästhesisten zu versenken. So können bei erhaltener Qualität sonst unweigerlich auftretende Engpässe mit Sicherheit vermieden werden.

In diesem Zusammenhang ist zu erwähnen, daß 1999 in Deutschland 294 Anästhesieeinrichtungen die **Weiterbildungsbefugnis in der speziellen anästhesiologischen Intensivmedizin** besaßen und insgesamt 268 Anerkennungen durch die Landesärztekammern ausgesprochen wurden. Die berufspolitischen Konsequenzen einer Verlängerung der Weiterbildungszeit um ein zusätzliches Intensivjahr liegen auf der Hand. Statt der 268 Kolleginnen und Kollegen könnten dann

## Zum neuen Jahr

nur noch etwa die Hälfte in die Lage versetzt werden, die notwendigen zeitlichen und fachlichen Voraussetzungen zu erfüllen. Im Vergleich hierzu wurden in der Chirurgie bei bundesweit 32 Weiterbildungsberechtigten Abteilungen 31 Anerkennungen ausgesprochen.

In einer gemeinsamen Sitzung der Berufsverbände der Chirurgen und Anästhesisten auf dem 5. Deutschen Interdisziplinären Kongreß für Intensivmedizin und Notfallmedizin - DIVI 2000 - in Hamburg wurde vor kurzem wieder einmal die bekannte "Gretchen"-Frage diskutiert, **wem nun die Intensivstation bzw. der dort zu behandelnde Patient eigentlich „gehöre“**. Trotz naturgemäß diametral gegensätzlicher und z.T. historisch gewachsener Positionen der einzelnen Fachvertreter kam man zu dem Ergebnis, daß die **Intensivmedizin zukünftig eine wichtigere Rolle denn je spielen** werde und daß derjenige sie übernehmen solle, der dies qualitativ und personalressourcenmäßig am besten leisten könne. So gesehen hat unser Fach, wie auch die Ergebnisse der letzten „Umfrage zur Situation der Anaesthesiologie in Deutschland“ zeigt, hervorragende Karten. Den dabei erhobenen Daten zufolge verfügen 837 der erfassten Krankenhäuser über Intensivstationen von denen 753 (90%) unter anästhesiologischer Leitung stehen. Ob sich dagegen - von universitären Einrichtungen einmal abgesehen - zukünftig ein Krankenhaus noch den Luxus leisten kann mehrere fachgebundene Intensivstationen unter einem Dach zu betreiben, wurde bezweifelt. Zumal Facheigenschaften erfahrungsgemäß eine freie Betten-disposition eher behindern als fördern. Demgegenüber schafft die organisatorische Zusammenführung von Intensivstationen automatisch mehr Behandlungskapazität als es dem rein numerischen Ergebnis entspräche und dies ohne Belastung von Investitionsetat sowie laufendem Budget. Es entstehen sozusagen Intensivbehandlungsplätze zum Nulltarif, ein Wunder wenn Krankenhausträger diese Möglichkeit nicht nutzen würden!

Und damit sind wir bereits in der Zukunft und bei der Frage, was uns **2001 vorrangig beschäftigen wird**. Die flächendeckende **Einführung der DRGs** wirft bereits seit längerem ihre Schatten über die Krankenhäuser. Unstrittig ist, daß sie bereits in diesem Jahr für uns Ärzte einen drastisch erhöhten Dokumentationsaufwand von Haupt- vor allem aber den Gesamtschweregrad bestimmenden Nebendiagnosen und Komplikationen nach ICD 10 sowie der durchgeführten Prozeduren nach OPS 301 bescheren wird. Von der Qualität der jetzt erhobenen Daten wird es nämlich abhängen, wie das einzelne Krankenhaus in Zukunft abschneiden wird, da diese Grundlage für die DRG-Umsetzung in die Praxis, beginnend im Jahre 2003 sind. Da nach dem Willen der Politik der Budget-Deckel bestehen bleiben soll, sind prozessorientierte, zum Teil liebgewonnene abteilungszentrierte Abläufe sprengende Rationalisierungsmaßnahmen nahezu unausweichlich. Wir werden unsere Mitglieder bezüglich dieser Thematik auch weiterhin durch entsprechende Veröffentlichungen, aber auch Veranstaltungen und Seminare auf dem Laufenden halten.

Ebenfalls Schwierigkeiten drohen mit der **Einführung des ambulanten Operierens** im Sinne einer "stationsersetzenden" Maßnahme. Da zukünftig bestimmte Eingriffe nicht mehr stationär durchgeführt werden dürfen, bzw. nur noch zu ambulanten Tarifen bezahlt werden, muß nun jedes Krankenhaus entscheiden, inwieweit es auf solche Patienten bzw. die stationäre Honorierung verzichten kann oder diese, um sie nicht zu verlieren, ambulant behandeln will, wobei sämtliche Kosten aus den vorhandenen Budget- und Investitionsmitteln zu tragen, da keine zusätzlichen Investitionshilfen etc. geplant sind,

„Last but not least“ **jährt sich 2001 die Gründung unseres Berufsverbandes zum 40. Mal!** Sein erster Vorsitzender war der damalige Privatdozent Dr. med. *Karl Horatz* aus Hamburg. Anlässlich dieses Jubiläums wird der Berufsverband Deutscher Anästhesisten am 16. Juni - gleichsam als Abschluß des DAK 2001 in Nürnberg - zu einer **Festveranstaltung** einladen zu der Sie alle herzlich willkommen sind. Termin und Ort wurden bewußt so gewählt, um vielen unserer Mitglieder die Möglichkeit zur Teilnahme zu eröffnen und die enge Verbundenheit des BDA mit unserer wissenschaftlichen Fachgesellschaft DGAI zum Ausdruck zu bringen.

Welche Rolle wird nun die **Anästhesie zukünftig spielen**? Ich bin nach wie vor davon überzeugt, daß wir durch qualitativ **hochwertige Leistung im Bereich unserer Kernkompetenzen**, nämlich Anästhesie, Intensiv- und Notfallmedizin sowie Schmerztherapie auf der einen und **Einsatz- und Verantwortungsbereitschaft für das Ganze** auf der anderen Seite unsere Position gleichsam als Öl im Getriebe des Krankenhausmotors bzw. Bindeglied zwischen den einzelnen Disziplinen werden halten können. Daß dabei eine gewisse Flexibilität erforderlich sein wird, ist unstrittig. Ebenso unstrittig allerdings ist, daß wir eine **forcierte Imagepflege** betreiben müssen, sei dies durch eine professionelle Internetpräsenz der Verbände und gezielte Öffentlichkeitsarbeit, oder - wie bereits mehrfach empfohlen - im persönlichen Kontakt mit unseren Patienten, indem wir ihnen die Bedeutung unseres Faches - am besten im Rahmen einer Post-Anästhesie-Visite - nahebringen.

### Literatur

1. Engelmann L: Das Open-lung-Konzept. *Anaesthesist* 49 (2000) 1046 - 1053
2. Hack G, Götz E, Sorgatz H, van Eimeren W, Wulff A: Umfrage zur Situation der Anästhesiologie in Deutschland. Stichtag 31 - Dezember 1998. *Anästh Intensivmed* 41 (2000) 535 - 541
3. Landauer B: Zur funktionellen Beeinflussung der Lunge durch Anaesthetika. *Anaesthesiologie und Intensivmedizin* (Springer) Bd. 114 (1979)
4. Landauer B: Zum neuen Jahr: Anästhesie - quo vadis? *Anästh Intensivmed* 41 (2000) 6 - 10
5. Reyle M, Rossaint R: Xenon - ein neues Anästhetikum. *Anaesthesist* 49 (2000) 869 - 874
6. Schleppers A, Sorgatz H: Australian Refined DRGs - Probleme und Handlungsbedarf. *Anästh Intensivmed* 41 (2000) 854 - 857
7. Schmucker P: Das Jahr-2000-Problem und die Anästhesie. *Anästh Intensivmed* 40 (1999) 675 - 678.