Eröffnungsansprache des Präsidenten*

Deutscher Anästhesiekongreß 2001 - Nürnberg

E. Götz

Sehr geehrte Kolleginnen und Kollegen,

Jahreskongresse wissenschaftlicher Gesellschaften zeigen in hervorragender Weise den Entwicklungsstand eines Fachgebietes, auch dieser Kongreß in Nürnberg.

Es fällt auf, daß die Beschäftigung mit Narkosetechniken und Narkosemitteln inzwischen den geringeren Teil dieser Veranstaltung in Anspruch nimmt. Vielmehr beschäftigt uns vordringlich die Frage: wie sind in der Vorbereitung und in der Nachsorge Verbesserungen zu erreichen und welche Konsequenzen ziehen wir aus dem Zustand eines Patienten für die intraoperative Überwachung und Betreuung? Diese Überlegungen und Maßnahmen gehen fließend in die typischen Besonderheiten der Intensivmedizin über. Gerade auch die Falldarstellungen setzen hier an und lassen den Anteil der Anästhesiologie an der Gesamtbehandlung eines Patienten erkennen. Der rote Faden für alle Themen und Diskussionen dieses Kongresses ist daher Diagnostik, Überwachung und Behandlung der lebenswichtigen Funktionen. Heute geht es dem Anästhesisten primär darum, kurzfristige Veränderungen so früh wie möglich zu erkennen und umgehend zu beheben sowie die Auswirkungen der Belastung durch Operation bzw. Trauma abzufangen. So ist die Beschäftigung mit den lebenserhaltenden Funktionen des Organismus inzwischen Grundlage und Fundament der gesamten Tätigkeit des Fachgebietes. Darauf aufbauend ist der Anästhesist nicht nur Experte für Narkose und Schmerzbehandlung, sondern auch Fachmann für Intensivmedizin und Notfallmedizin. Dieses Spezialwissen und das permanente Training am Patienten unter Narkose haben uns zu einem Querschnittsfach werden lassen, das mit vielen Fachgebieten zusammenarbeitet und von vielen gefordert wird.

Wenn wir den jüngsten Daten entnehmen, daß die anästhesiebedingte Mortalität auf unter 1:250.000 gesenkt werden konnte, so ist dies insbesondere Ausdruck der verbesserten perioperativen Versorgung insgesamt: die Vorbereitung des Patienten zur Operation, die Wahl des richtigen Zeitpunktes, die Betreuung während der Operation und über die Operation hinaus, im Aufwachraum bis hin zur Intensivmedizin. Die Verbesserungen von Anästhesietechniken und die Entwicklung neuer Analgetika und Narkotika, die früher im Mittelpunkt der Interessen des Anästhesisten und auch solcher Kongresse lagen, sind inzwischen nur noch ein Baustein in diesem Gefüge.

Das Fach Anästhesiologie hat inzwischen einen hohen Verbreitungsgrad erreicht. Kein Krankenhaus und kein ambulantes Operationszentrum möchte auf das Spezialwissen und die Fertigkeiten des Anästhesisten verzichten. Ein solcher Kongreß muß daher auch dazu beitragen, neue Erkenntnisse und Behandlungsmethoden schnell in alle diese Bereiche zu verbreiten.

Darüber hinaus zeigt er wiederum, daß vielfältige und qualifizierte wissenschaftliche Arbeiten die Grundlage neuer Erkenntnisse und verbesserter Patientenversorgung sind. Wissenschaftliches Arbeiten klinisch tätiger Ärzte ist der entscheidende kreative Stimulus für die permanente Verbesserung der Patientenversorgung. Es ist letztlich Bestandteil eines umfassend betrachteten Qualitätsmanagements der Patientenversorgung. Mit Sorge sehen wir, daß punktuell in benachbarten europäischen Ländern dem Fachgebiet die finanzielle und institutionelle Basis für wissenschaftliches Arbeiten entzogen wird. Gegen solche Ansätze, die es auch bei uns gibt, z.B. durch Streichen der C 4-Position an Universitäten, müssen wir uns entschieden wehren. Nicht ohne Grund werden daher auf diesem Kongreß unter dem Thema, Anästhesiologische Forschung aktuell' interessante und zukunftsweisende Forschungsmodelle vorgestellt. Sie demonstrieren einerseits die Aktivitäten des Fachgebietes, andererseits soll auch das Interesse der jungen Mitarbeiter geweckt werden, sich wissenschaftlichen Fragestellungen zu widmen.

In Anbetracht der Leistungsfähigkeit, die dieser Kongreß aufzeigt, scheint die Frage der Zukunft des Fachgebietes fast überflüssig. Allerdings wird wie überall im Leben die Entwicklung einer Institution durch den finanziellen Rahmen entscheidend beeinflußt. Mit Sorge sehen wird daher nicht nur punktuelle Beschneidungen der Wissenschaft, sondern auch die Einführung neuer Vergütungsformen der Patientenversorgung. Die Vergütung unserer Tätigkeit im Krankenhaus über die DRGs birgt Chancen, aber auch Gefahren für unser Fachgebiet.

Chancen sehen wir in der Optimierung der Betriebsabläufe zur Patientenversorgung durch Standardisierung und bessere Koordination. Die Betriebsabläufe und die Zusammenarbeit der Fachgebiete werden sich stärker an der Wirtschaftlichkeit und der Qualität als

* Anläßlich der Eröffnungsveranstaltung des DAK 2001 am 13.06.2001 in Nürnberg

© Anästhesiologie & Intensivmedizin 2001, 42: 649-651
Blackwell Wissenschafts-Verlag GmbH.

649-651 Editorial Götz 24.10.2003 11:49 Uhr Seite 2

an persönlichen Vorstellungen einzelner Beteiligter orientieren. Sie werden objektivierbar und transparenter werden müssen. Es besteht aber auch die Gefahr, daß es zu abstrakten profitorientierten Organisationsformen kommt, denen die Bedürfnisse der Patienten und des sie behandelnden Personals untergeordnet werden.

Der Erfolg der pauschalierten Vergütung über DRGs wird ganz wesentlich von der Bemessung der Entstehungskosten und ihrer Zuordnung zu den beteiligten Krankenhausabteilungen abhängen. Hier ist der Gesetzgeber aufgerufen, für realistische Bemessungsgrundlagen zu sorgen.
Kostenanalysen in unserem Fachgebiet für Anästhesiezeiten haben beispielsweise gezeigt, daß die derzeit ermittelten tatsächlichen Kosten allein deswegen unrealistisch sind, weil sie durch einen nicht unerheblichen Anteil unbezahlter Überstunden zu niedrig erfaßt werden. Das Problem der ärztlichen Arbeitszeiten im Krankenhaus wurde erst kürzlich im Deutschen Ärztetag thematisiert. In der Tat müssen Arbeitszeiten und damit auch Personalkosten so gestaltet werden, daß sie nicht eine Gefahr für den Patienten werden. Dies ist nicht in jedem Krankenhaus gewährleistet. Die Öffentlichkeit ist allerdings am jetzigen Zustand nicht unbeteiligt, da sie bei den Arbeitszeitverkürzungen der letzten 30 Jahre immer vom Krankenhaus eine kostenneutrale Umsetzung verlangt hat.

Neben der Tolerierung unbezahlter Überstunden ist eine weitere Form der Einsparung von Personalkosten die Arbeitsverdichtung, wie sie durch Rationalisierung in der industriellen Produktion möglich ist, nicht aber im Gesundheitswesen. Der Umgang mit Kranken verlangt Zeit, eine Komprimierung ist dabei kaum möglich. Die schon erwähnten Arbeitszeitverkürzungen haben inzwischen zu einem erheblichen Verlust an Zeit auch für Kommunikation unter dem Krankenhauspersonal geführt, die zweifellos die Qualität der Patientenversorgung beeinflußt. Ich meine hier vor allem Gespräche zwischen Ärzten und Gespräche von Ärzten mit Pflegekräften und mit Patienten. Solche Kommunikationsdefizite sind heute in nicht unerheblichem Maße an der Verursachung von Behandlungsfehlern beteiligt. Krankenkassen und Patientenorganisationen schätzen die Zahl der so verursachten Behandlungsfehler für Deutschland auf 400.000 im Jahr. Gerade der hohe Spezialisierungsgrad im Krankenhaus verlangt für den interdisziplinären Austausch planmäßig Zeit für Gespräche. Eine primär auf Effizienz ausgerichtete Organisationskultur und eine zu knappe Bemessung der Vergütung im Krankenhaus führen zwangsläufig zu einer Entwertung der Bedeutung der zwischenmenschlichen Kommunikation. Hier muß auch die Öffentlichkeit den überzogenen Forderungen der Kostenträger nach noch mehr Effizienz entgegentreten. Der Verdichtung der Arbeitszeit muß entgegengehalten werden, daß ausreichend Zeit zur zwischenmenschlichen Kommunikation nicht nur allgemein, sondern insbesondere im Krankenhaus notwendig ist. Sie kann und darf nicht als humane Verzierung der medizinischen und pflegerischen Behandlungstätigkeit abgetan werden. Sie ist notwendig, weil ihre Umsetzung dem Wohle des Patienten dient, Arbeitszufriedenheit und Effektivität der im Krankenhaus Tätigen steigert und langfristig, so paradox es klingen mag, eher zu einer Kostensenkung führt.

Die Kommunikation zwischen dem Krankenhauspersonal kann nicht durch überspitzte Dokumentation ersetzt werden. Die Rationalisierung durch Dokumentation hat zum Teil soweit geführt, daß ärztliche Visiten ohne Pflegepersonal durchgeführt werden, die Pflegekraft wird durch ein Notizbuch oder ein Notebook ersetzt. Wir alle wissen, daß gerade der Patient erwartet, daß das ihn behandelnde und versorgende Personal miteinander spricht, sich abstimmt und daß seine Versorgung damit aus einem Guß ohne Widersprüche und sozusagen Hand in Hand harmonisch abläuft.

Für den Anästhesisten ist Zeit für ein Gespräch mit seinen operativen Partnern außerordentlich wichtig. Auch hier besteht volle Übereinstimmung mit den Chirurgen, deren Präsident Professor *Schönleben* in seiner Eröffnungsansprache des diesjährigen Jahreskongresses der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie dankenswerterweise betont hat, daß frühzeitig vor einer Operation mit allen für die Versorgung eines Patienten erforderlichen Spezialisten Kontakt aufgenommen werden muß. Sie müssen von Anfang an in den Behandlungsablauf mit einbezogen werden. Ohne Kommunikation ist dies nicht möglich.

Mein Appell an Politik und Öffentlichkeit ist daher: Unterstützen Sie uns, daß die Vergütung über die DRGs so bemessen wird, daß uns Zeit bleibt, die erforderlichen Gespräche zu führen. Kostenträger haben dafür kein Verständnis. Es wäre eine Groteske, wenn sich die zu Unrecht mit negativem Anstrich versehene Apparatemedizin soweit entwickelt, daß Geräte mehr und mehr miteinander und sogar mit dem Patienten kommunizieren können, dem Arzt aber die Zeit für Kommunikation wegrationalisiert wird.

Lassen Sie mich an dieser Stelle noch auf einen anderen Aspekt des zwischenmenschlichen Austausches zu sprechen kommen, der gerade im Krankenhaus von großer Bedeutung ist. Transparenz und Offenheit sind die Grundlagen für gute und effektive Gespräche unter Menschen. Ob dies gelingt, hängt einerseits vom Partner, andererseits aber auch von uns selbst ab. Wir müssen falsche Akzeptanz sowohl von uns selbst als auch des anderen vermeiden. Defizite im gegenseitigen Verständnis führen zu Frustrationen und psychischer Belastung. Nicht ohne Grund suchen viele von uns außerberuflich Ablenkung verschiedenster Art. Ich möchte an dieser Stelle Herrn Kollegen *Dudziak* für seine Mahnung danken, hier nicht den falschen Weg zu wählen, sondern beispielsweise sich der Musik zu widmen. Er hat dafür beispielhaft

649-651 Editorial Götz 24.10.2003 11:49 Uhr Seite 3

für uns Klavierstücke auf eine CD eingespielt. Ich empfehle, nicht nur die Musik zu hören, sondern auch seinen Text dazu zu lesen.

Trotz aller Sorgen um die Beeinträchtigung unserer Tätigkeit und unseres Engagements für das Fachgebiet durch neue finanzielle Einengungen bin ich der festen Überzeugung, daß auch in Zukunft auf unser Querschnittswissen, wie ich es anfangs dargestellt habe, nicht verzichtet werden kann, es sei denn, man nähme einen erheblichen Qualitätsverlust in der Patientenversorgung in Kauf, was ich mir nicht vorstellen kann. So zeigte beispielsweise Dr. *Silber*, Director of the Center of Outcome-Research in Philadelphia, an über 200.000 Patienten, daß sich bei einem Verzicht auf Anästhesieführung durch Anästhesisten die Mortalität drastisch erhöht. Bei chirurgischen Eingriffen war sie, bezogen auf eine 40-Tage-Mortalität, fünfundzwanzigmal höher, wenn keine ausgebildeten Anästhesisten den Patienten perioperativ betreuten.

Auf diesem Kongreß werden rund 400 Autoren in über 580 Vorträgen, Workshops und Fallkonferenzen die enorme Kapazität unseres Fachgebietes erkennen lassen, sie werden ein umfassendes Spektrum der Weiterbildung bieten und den fachlichen Dialog unter uns anregen. Damit wird unser Fachgebiet jetzt und zukünftig einen wichtigen Beitrag zur zeitgemäßen Patientenversorgung leisten.

Ich danke an dieser Stelle allen Referenten und Vorsitzenden, die diese Tage in Nürnberg gestalten, und wünsche Ihnen allen interessante Diskussionen. Nutzen Sie die Zeit zu Gesprächen, noch ist unsere Zeit nicht durch finanzielle Vorgaben limitiert.

Prof. Dr. med. *Eberhard Götz*
- Präsident der DGAI -