

# Ansprache des Präsidenten anlässlich der Eröffnung des Deutschen Anästhesiekongresses

in Nürnberg am 22. Juni 2002

Meine sehr verehrten Damen und Herren,

Repräsentanten wissenschaftlicher Fachgesellschaften betrachten es als eine ihrer Pflichten, sich von Amts wegen Gedanken zu machen über die Zukunft ihrer Disziplin. Ein solcher Repräsentant aber hat nicht nur Pflichten, sondern auch Privilegien: Nämlich seiner Fachgesellschaft zu dienen, u.a. auch dadurch, sich bei Ansprachen aller Art möglichst kurz zu fassen. Hiervon möchte ich heute Gebrauch machen und auf nur zwei Themenbereiche eingehen, denen mit Blick auf die Zukunft unseres Fachgebietes mehr denn je große Bedeutung zukommt.

Welche Rolle die Anästhesiologie im Fächerkanon zukünftig spielen und welche Reputation sie haben wird, hängt immer mehr davon ab, ob sie sich im härter werdenden wissenschaftlichen Wettbewerb der klinischen Fächer behaupten können. Die Frage also lautet: Gelingt es unseren Wissenschaftlern an den Universitäten, in der Forschung und Lehre konkurrenzfähig zu bleiben – zu werden? Die Antwort auf diese Frage erfordert zunächst eine möglichst objektive Bestandsaufnahme, eine Analyse von Fehlentwicklungen in der Vergangenheit und ein Konzept für die Zukunft.

Das zweite Thema, auf das ich eingehen werde, soll sich erneut befassen mit dem Bild, welches sich die Öffentlichkeit von uns macht; wobei unter "Öffentlichkeit" nicht nur Laienpublikum, Patienten und Angehörige zu verstehen sind, sondern auch viele Kollegen anderer medizinischer Disziplinen, die nicht selten kaum mehr über unser Fachgebiet wissen als der gebildete Laie. Zu weit verbreitet ist immer noch die Annahme, der Narkosearzt gäbe eine Spritze und lese dann Zeitung, bis der Patient wieder erwacht. Sinnvolle und erfolgversprechende Öffentlichkeitsarbeit wird also das 2. Thema meiner Ansprache sein.

Aus einer 1999 veröffentlichten Erhebung über die Publikationsleistungen des Faches Anästhesiologie (einschließlich ihrer Teildisziplinen Intensivmedizin, Notfallmedizin und Schmerzmedizin) in 30 wichtigen englischsprachigen Fachzeitschriften geht hervor, daß Deutschland im internationalen Vergleich einen eher bescheidenen Rang 5 - 7 (je nach Teildisziplin) in bezug auf die Zahl der Publikationen bzw. die Summe der Impact-Faktoren einnimmt, weit hinter den USA und Großbritannien. Bezieht man die Zahl der Publikationen oder die Summe der Impact-Faktoren auf jeweils eine Million Einwohner, findet sich die deutsche Anästhesie auf den Rängen 10 - 19 wieder, und zwar deutlich hinter hoch entwickelten kleineren Ländern wie Finnland, Schweden, Österreich oder der Schweiz, aber auch hinter den USA und Großbritannien. Eine weitgehend realistische Einschätzung der wissenschaftlichen Leistungen in unserem Fach läßt sich auch

aus den Jahresberichten der DFG über die Zahl der geförderten Projekte im Vergleich zu unseren Nachbarwissenschaften ableiten. Zwar hat sich die Zahl der geförderten Projekte erfreulicherweise von 1997 bis 2001 nahezu verdreifacht (darunter die Etablierung von zwei klinischen Forschergruppen) und die Fördersumme fast vervierfacht, ein erheblicher Nachholbedarf aber ist unverkennbar: Fächer mit deutlich weniger wissenschaftlichen Mitarbeitern, wie z.B. die Frauenheilkunde, die Augenheilkunde oder das Querschnittsfach Radiologie/Nuklearmedizin, werden von der DFG in zum Teil erheblich größerem Umfang gefördert als die Anästhesiologie mit ihren vergleichsweise großen, allerdings weitgehend im Operationssaal gebundenen Personalressourcen. Wir benötigen also besonders in der Anästhesiologie mehr Spitzenforschung. Aus dem viel zitierten, wenn auch nicht ganz unumstrittenen von *Siegfried Lehrl* herausgegebenen Buch über "Die führenden Medizinforscher" wurde zur Beurteilung der wissenschaftlichen Leistung von rund 70.000 Medizinforschern in Deutschland anhand von nationalen und internationalen Publikationen sowie des Science Citation Index ein Leistungsspiegel erstellt. Danach wurden etwa 1.200 Medizinforscher in Deutschland als Spitzenforscher eingestuft, das sind 1,7% aller Medizinforscher. Nur 27 von 1.200 Spitzenforschern gehören der Fachdisziplin Anästhesiologie an (= 2,3%), unser Fach rangiert dabei auf etwa dem gleichen Niveau wie die Urologie oder die Augenheilkunde, jedoch deutlich hinter der Gynäkologie und Geburtshilfe, der Radiologie und Nuklearmedizin und mit deutlichem Abstand hinter der Chirurgie als Gesamtfach.

Sicher also ist: Es bedarf erheblicher Anstrengungen, unsere Forschungsleistungen in einem zunehmend kompetitiven Umfeld zu erhöhen und eine nachhaltige Steigerung der begutachteten Drittmittelförderung zu erreichen. Voraussetzung hierfür sind zunächst ein forschungsfreundliches Klima, eine ständige Heranbildung und Förderung des wissenschaftlichen Nachwuchses und vor allem die Bereitschaft, überholte Strukturen zu ändern. "Feierabendforschung" und "Appendixwissenschaft" müssen der Vergangenheit angehören! Wir benötigen deutlich mehr junge Wissenschaftler, die sich für längere Zeit ausschließlich oder überwiegend der Forschung widmen - und widmen können. Unser wissenschaftlicher Nachwuchs muß ferner die Bereitschaft mitbringen, kooperative Netzwerkstrukturen zu bilden, und zwar inneruniversitär-interdisziplinär, regional und - für bestimmte Problemstellungen (z.B. Erforschung der Anästhesiemechanismen) - möglicherweise auch bundesweit bzw. europaweit. Verbundforschung bietet die Chance, schneller eine "kritische Masse" als Voraussetzung für kompetitive Projekte mit Aussicht auf begutachtete Drittmittelförderung zu erreichen. In jüngster Zeit sind bereits erfolgreiche Initiativen in diese Richtung unternommen worden.

Auf welche Forschungsschwerpunkte sollten wir uns konzentrieren? Ein ernstzunehmendes Dilemma besteht darin, daß die Anästhesie-Sicherheit heute einen so hohen Stand erreicht hat, daß sie – auch in den Augen der Öffentlichkeit – kein wesentliches Problem mehr darstellt. Warum sollte die Gesellschaft noch Anästhesie-Forschung unterstützen, wenn es denn keine besonderen Probleme mehr zu lösen gibt?

Wir benötigen also Visionen, die über die vier Wände der Anästhesie im Operationssaal hinausgehen. Ich bin zuversichtlich, daß sich die Gesellschaft vergleichsweise leicht wird davon überzeugen lassen, daß Fortschritte auf dem Gebiet der Intensivmedizin, der Schmerzmedizin und auch der Notfallmedizin dringlich sind und im Interesse der Allgemeinheit liegen. Auf diesen Feldern besteht weiterhin erheblicher Forschungsbedarf. Unser Fachgebiet sollte hier eine Führungsrolle mit guter Aussicht auf öffentliche Förderung beanspruchen und auch wahrnehmen. Um auf den genannten Forschungsgebieten konkurrenzfähig sein zu können, müssen molekularbiologische, immunologische und neurowissenschaftliche Methoden nicht nur erlernt, sondern auch – und das scheint mir wichtig zu betonen – in den Universitätskliniken für Anästhesiologie selbst etabliert werden.

In diesem Kontext schließlich ist vorurteilsfrei zu prüfen, ob die von der Bundesregierung eingeleiteten Schritte, nämlich die Dienstrechtsreform für Hochschullehrer, insbesondere mit Blick auf die Einführung der sog. Juniorprofessur, zur Förderung der Forschung sowie des wissenschaftlichen Nachwuchses beitragen. Mit der Berufung auf eine Juniorprofessur sollen junge Wissenschaftler ohne Habilitation früh in eine eigenständige Position gebracht und damit eine formale Verkürzung des Karriereweges erreicht werden. Unstrittig sind die Ziele dieser Reform, nämlich die wissenschaftliche Selbständigkeit junger Forscher zu fördern, sie von bürokratischen und hierarchischen Bevormundungen freizuhalten und ihnen die nötigen Ressourcen zur Verfügung zu stellen. Alle Maßnahmen, die diese Ziele unterstützen, sind geeignet, den Forschungsstandort Deutschland attraktiver zu machen. Die Frage ist, ob die gesteckten Ziele mit dieser Reform auch erreicht werden. Die Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) vertritt zu Recht die Auffassung, daß die Einführung der sog. Juniorprofessur zumindest für die klinische Medizin keinen Fortschritt gegenüber dem Status quo darstellt. Auch im heutigen System habilitieren sich viele junge Wissenschaftler schon bald nach Abschluß der Weiterbildungszeit zum Facharzt und sind dann per definitionem ebenfalls wissenschaftlich selbständig. Ich sehe jedenfalls in der auf sechs Jahre befristeten Juniorprofessur eher eine Schlechterstellung unseres wissenschaftlichen Nachwuchses. Soviel zur nimmermüden Regelungsfreude deutscher Bildungsbürokratie.

Seit einiger Zeit erfüllt uns der zunehmende Ärztemangel mit Sorge, eine Entwicklung, die vor wenigen Jahren noch als ausgeschlossen galt, jedenfalls kaum vorhersehbar war. Wenn diese Entwicklung anhält, sind gravierende Engpässe in der Krankenversorgung (nicht nur in der Anästhesie) ebenso abzusehen wie nachteilige Folgen für die Forschung und Lehre. Wir müssen deshalb an den Universitäten und akademischen Lehrkrankenhäusern versu-

chen, Medizinstudenten schon frühzeitig für die Anästhesiologie zu interessieren und an unser Fachgebiet zu binden. Die Möglichkeiten hierzu sind noch keineswegs ausgeschöpft. Besonders unsere Pflichtlehrveranstaltungen bieten Gelegenheit, die Attraktivität der Anästhesiologie überzeugend zu vermitteln. Wir müssen also versuchen, schöpferische Köpfe, die einzige natürliche Ressource unseres Landes, zu rekrutieren und möglichst frühzeitig in anspruchsvolle Forschungsprojekte einzubinden. Qualitätssteigerung und Engagement in der Lehre liegen nicht nur im berechtigten Interesse der Studierenden, sondern müssen gezielt auch zur Nachwuchsgewinnung eingesetzt werden. Zudem tragen erstklassige Lehrveranstaltungen wesentlich zur Profilbildung und Reputation unserer Fachdisziplin bei.

Meine Damen und Herren, ich komme nun zum zweiten Thema meines Vortrages, nämlich dem Bild, das sich die Öffentlichkeit von unserem Fach macht. Wenn wir ehrlich sind, können wir an diesem Bild keinen Gefallen finden und nicht zufrieden sein mit dem, was bisher erreicht wurde. Laienpublikum, Patienten und Angehörige wissen nach wie vor allzu wenig über unsere Kernkompetenzen in der Anästhesie, Intensivmedizin, Notfallmedizin sowie in der Schmerztherapie und Palliativmedizin. Auch die Ärzteschaft allgemein hat oft nur vage Vorstellungen von dem, was wir tun und zu leisten imstande sind. Dieses Manko hängt unter anderem damit zusammen, daß das Sensorium der Medien und ihrer Konsumenten für die sog. Heldenmedizin stark überentwickelt ist (dieser Terminus stammt übrigens von einem unserer früheren Präsidenten). Roboter- und Telechirurgie, Neurotransplantation, Klonierung, Gentherapie oder die Perspektiven embryonaler Stammzellen sind allemal publikumswirksamere Diskussionsthemen als die Medizin des Alltages, zu der auch die unseres Fachgebietes zählt. Die immensen Fortschritte auf dem Gebiet der Narkose-sicherheit insbesondere auch bei betagten und multimorbiden Patienten, unsere Leistungsfähigkeit in der Intensiv- und Notfallmedizin sowie bei der Behandlung von akuten und chronischen Schmerzen sind der Öffentlichkeit kaum bewußt oder interessieren diese nur am Rande. Dienstleistung im besten Sinne und ärztliche Qualitäten haben es heute schwer, sich gegenüber der "Heldenmedizin" in der Öffentlichkeit zu behaupten.

Was können und sollten wir tun, um die Anästhesie im Urteil der Öffentlichkeit besser zu positionieren? Es fällt mir schwer, jenen uneingeschränkt zuzustimmen, die unter dem Schlagwort "Imagepflege" vor allem gezielte Öffentlichkeitsarbeit in den Medien oder professionelle Internetpräsenz verstehen. Solche Bemühungen können nur adjuvanten Charakter haben, denn sie verfehlen das eigentliche Ziel, nämlich den Patienten, der im Krankenhaus liegt. Bitte bedenken Sie, daß – statistisch gesehen – nahezu jeder Mensch einmal in seinem Leben einen Anästhesisten benötigt und pro Jahr ca. acht Millionen Anästhesien in Deutschland gegeben werden. Wenn jeder dieser Patienten im Durchschnitt zwei Angehörige hat, bietet sich uns die Chance, jedes Jahr bei 24 Millionen Menschen ganz unmittelbar wirksame Öffentlichkeitsarbeit zu leisten. Die Bedeutung z.B. einer eingehenden präoperativen Visite in Verbindung mit einer sorgfältigen

## Editorial

körperlichen Untersuchung, die diesen Namen auch verdient, kann in diesem Zusammenhang nicht hoch genug eingeschätzt werden. Wir Anästhesisten müssen uns mehr als bisher Zeit nehmen für die präoperative Visite und uns um eine Vertrauen schaffende Gesprächsatmosphäre bemühen, die es dem Patienten erst ermöglicht, seine Sorgen und Ängste auch zum Ausdruck zu bringen. Der Kranke möchte den Eindruck gewinnen, daß der Anästhesist sein Handwerk beherrscht, Vertrauen verdient und sich seines Schicksals in Kenntnis bestehender Risiken annehmen wird. Dies gilt insbesondere auch für postoperative Visiten, die zu versäumen weit mehr als eine Nachlässigkeit darstellt. Unsere Möglichkeiten der postoperativen Schmerzbekämpfung werden immer noch nicht konsequent genutzt. Auch auf diesem Gebiet besteht nach wie vor ein teilweise noch brachliegendes Potential, nicht nur die Krankenversorgung zu verbessern, sondern zugleich auch die Reputation unseres Fachgebietes zu stärken. Nutzen Sie diese Möglichkeiten sinnvoller ärztlicher Tätigkeit und besuchen Sie Ihre Patienten auch dann noch, wenn sie Ihrer medizinischen Hilfe nicht mehr bedürfen, aber vielleicht auf menschliche Zuwendung noch angewiesen sind, begleiten Sie sie also so lange und so oft wie irgend möglich. Wenn Sie das Krankenzimmer betreten und der Patient weiß Sie sogleich mit Ihrem Namen anzusprechen, ohne einen Blick auf Ihr Namens-

schild werfen zu müssen, haben Sie nicht nur Ihre ärztliche Tätigkeit ernstgenommen, sondern auch gute Öffentlichkeitsarbeit geleistet. Chefs und Oberärzte sind aufgerufen, entsprechende Vorbildfunktionen ernst- und wahrzunehmen.

Es sind eben nicht in erster Linie die Leistungen der „Heldenmedizin“, sondern die alltäglichen und unspektakulären Dienstleistungen am Patienten, die die Qualität einer Klinik ausmachen und ihrem Ansehen dienen.

Ein Blick in die Geschichte unserer attraktiven Fachdisziplin lehrt, daß Weitsicht, Tatkraft, Phantasie und Gestaltungswille stets zu den besonderen Merkmalen von Anästhesisten gehört haben. Wir sollten deshalb die auf uns zukommenden Entwicklungen keineswegs pessimistisch oder gar resignierend zur Kenntnis nehmen, sondern aktiv und mit dem uns eigenen Stehvermögen den Herausforderungen unserer Zeit begegnen.

In diesem Sinne möchte ich Sie, meine Damen und Herren, ermuntern, sich auch in Zukunft für das Ansehen und die Weiterentwicklung unseres Fachgebietes in der Krankenversorgung, aber eben auch in der Forschung und Lehre zu engagieren.

Prof. Dr. med. Jörg Tarnow, FRCA

- Präsident -

der Deutschen Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin

**Ultraschall und Regionalanästhesie**  
**Workshop und Symposium**  
Universitätsklinikum Heidelberg  
In Zusammenarbeit mit den Universitätskliniken Wien, Würzburg, Mannheim  
Referenten: S. Kapral, P. Marhofer, U. Schwemmer, H.J. Rapp, T. Grau  
5. Oktober 2002  
Universitätsfrauenklinik Heidelberg  
Anmeldung unter [www.anaesthesie.ag](http://www.anaesthesie.ag)  
[kongress@anaesthesie.ag](mailto:kongress@anaesthesie.ag)

### Ultraschall und Regionalanästhesie Workshop und Symposium

9.00	Begrüßung	
9.00-9.30	Grundlagen und technische Vorgaben der Ultraschalldiagnostik T. Grau	
9.30-10.00	Pädiatrische neuroaxiale Regionalanästhesie und Ultraschall H.J. Rapp	
10.00-10.45	Periphere Regionalanästhesieverfahren und Ultraschall: Obere und untere Extremität S. Kapral, P. Marhofer	
10.45-11.15	Klinische Erfahrungen mit ultraschallunterstützten peripheren Blockaden bei Kindern und Erwachsenen U. Schwemmer	
11.00-12.00	Neuroaxiale Regionalanästhesie: Spezielle Techniken der Ultraschalldiagnostik bei der Periduralanästhesie T. Grau	
12.00-14.00 (2 Gruppen im Wechsel)	Mittagessen	Praktische Übungen Ultraschall bei Kindern H.J. Rapp, T. Grau
14.00-14.45	Praktische Übungen Ultraschall bei peripheren Blockaden S. Kapral, P. Marhofer, U. Schwemmer	Praktische Übungen Ultraschall bei neuroaxialen Blockaden H.J. Rapp, T. Grau
14.45-15.30	Praktische Übungen Ultraschall bei neuroaxialen Blockaden H.J. Rapp, T. Grau	Praktische Übungen Ultraschall bei peripheren Blockaden S. Kapral, P. Marhofer, U. Schwemmer
16.00-17.00	Panelsitzung Qualitätsanforderungen bei Regionalanästhesietechniken und ultraschallgestützten Verfahren H.J. Rapp, S. Kapral, P. Marhofer, U. Schwemmer, T. Grau	

Anmeldung: bis 1. Oktober 2002 unter [www.anaesthesie.ag](http://www.anaesthesie.ag)

E-mail: [workshop@anaesthesie.ag](mailto:workshop@anaesthesie.ag)  
[kongress@anaesthesie.ag](mailto:kongress@anaesthesie.ag)

Fax: 06223-72894

Veranstalter:  
Universitätsklinikum Heidelberg, Klinik für Anaesthesiologie  
(Geschäftsführender Direktor: Prof. Dr. Eike Martin)  
Dr. med. Thomas Grau, Im Neuenheimer Feld 110, D-69120 Heidelberg  
[www.anaesthesie.ag](http://www.anaesthesie.ag)