

Zum neuen Jahr:

Es gibt viel zu tun, packen wir es an!

"Es muß sich vieles ändern, wenn alles so bleiben soll, wie es ist" (Giuseppe Tomasi di Lampedusa)

Stellung der Anästhesie in der gesundheits-/krankenhauspolitischen Landschaft

Wenn es die Anästhesie in ihrer heutigen Form nicht gäbe, so müßte sie in Anbetracht der vor uns stehenden Herausforderungen dringend erfunden werden. Sicher ist diese Formulierung bezüglich der Bedeutung unseres Fachgebietes in den kommenden Jahren plakativ überspitzt. Kein anderes klinisches Fach ist jedoch von seiner Entwicklung her so prozeß- und praxisorientiert wie das unsere: Vorbehandlung und Anästhesiesprechstunde, Eigenblutspende, ambulantes Operieren, Op-Organisation, intraoperatives Patientenmanagement, postoperative Überwachung im Aufwachraum und bei Bedarf Weiterbehandlung auf der Intensivstation sowie "last but not least" perioperative Schmerztherapie sind – patientenorientiert und aufeinander abgestimmt – wohl ausreichende Features, obige Feststellung zu untermauern. Mehrfach bereits wurde daher die interdisziplinär agierende Anästhesie zurecht mit dem "Öl im operativen Motor eines Krankenhauses" verglichen, das material- bzw. ressourcenverschleißende Reibungsverluste mindert und Prozeßabläufe deutlich erleichtert, die Behandlungsqualität verbessert und damit Kosten spart.

Einnahmeseitig kommt neuerdings die Bedeutung des Fachs bei der sachgerechten, die Erlöse bestimmenden Dokumentation von Diagnosen und Prozeduren hinzu, wobei Intensivbehandlung mit Beatmung und Tracheotomie im vorgesehenen DRG-System einen zusätzlich erlössteigernden Stellenwert besitzt. Darüber hinaus hat es der Anästhesist auch in der Hand, durch die Wahl geeigneter, ein- griffs- und patientenorientierter Anästhesieverfahren den Aufenthalt in kostenträchtigen Bereichen wie Aufwachraum oder Intensivstation zu verkürzen ("fast track anesthesia") und damit in entsprechend gelagerten Fällen sogar zu einer früheren Entlassungsfähigkeit der sich uns anvertrauenden Kranken beizutragen.

Wenn wir auf diesem Wege weitergehen und uns mit dem nötigen DRG-Wissen rüsten, wobei wir dem Leser die gerade neu erschienene 2. Auflage des von A. Schleppers, F. Metzger und Daniela Olenik verfaßten "Fachkommentar DRG Anästhesiologie" (zu beziehen über die BDA-Geschäftsstelle) besonders ans Herz legen möchten, müssen wir uns um den Fortbestand unseres Faches auch im Zeitalter von DRGs und Nullrunden deutlich weniger sorgen.

Verantwortung für das Ganze übernehmen und Erwartungen übertreffen lautet – auch wenn die Umsetzung häufig schwerfällt – zumindest eine der Devisen, die unsere Zukunft sichern.

Wichtig in diesem Zusammenhang ist, daß sich nicht zuletzt auf Grund dieser Gegebenheiten die Anästhesie als mitentscheidender Faktor des Gesamterlöses und nicht als "lästiger Kostenproduzent" versteht und auch von Krankenhausverwaltungen sowie unseren operativen Partnern so verstanden wird!

Dies alles, so werden Sie sagen, ist recht und schön, drückte uns nicht die immer

Schwieriger werdende Arbeitsmarktsituation.

"Sie sind eine Rarität? Und beinahe vom Aussterben bedroht? Dann sind sie Arzt für Anästhesie und Intensivmedizin?", so warb kürzlich die Überschrift einer Stellenanzeige im Deutschen Ärzteblatt um Aufmerksamkeit. Diese ist aber nicht mehr nötig, denn das Gespenst des Nachwuchsmangels geht mittlerweile nicht nur in der Anästhesie, sondern fast in allen Fächern um. Nach einer Erhebung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung vom Februar 2002 sind im Zeitraum von 1994 bis 2000 die Zahlen der Medizinstudenten um 11%, der Absolventen des Medizinstudiums um 23% und der AiPs um 25% zurückgegangen. Lediglich die Zahl der ausgesprochenen Facharztanerkennungen war von diesem Trend verständlicherweise

noch nicht betroffen und stieg um 14%. Als weiteres Indiz des Nachwuchsmangels sank die Zahl der jungen Ärzte unter 35 Jahren um 30%. Die Zahl der offenen Arztstellen liegt derzeit – der Anzeigenteil des Deutschen Ärzteblattes spricht hier eine mehr als deutliche Sprache – bei über 4.000. Das bedeutet, daß es die/den arbeitslose(n) Ärztin bzw. Arzt praktisch nicht mehr gibt!

Geht man weiterhin davon aus, daß die bis spätestens 2004 flächendeckende Umsetzung des EuGH-Urteils laut Marburger Bund einen Mehrbedarf an Krankenhausärzten in einer Größenordnung von 15.000 neuen Stellen bedeutet und die Abschaffung des Arztes im Praktikum politisch-gesetzgeberisch bereits auf des Messers Schneide steht, dann wird auch den bisher noch nicht Betroffenen schnell klar, mit welchen Engpässen an Ärztinnen und Ärzten in nächster Zukunft zu rechnen ist.

Um sich ein eigenes Bild von der Situation zu machen, führte der BDA Ende 2001 mit Ihrer Hilfe eine "Umfrage zur Arbeitsmarktsituation in der Anästhesiologie" durch. Demnach hat in unserem Fach diesbezüglich leider die Zukunft schon begonnen! So verschärft sich die Situation erwartungsgemäß von Süd nach Nord, von West nach Ost und von den Ballungsräumen ins "flache" Land.

Verantwortlich für diese fatale Entwicklung sind, sieht man von einer "normalen" Arbeitsmarktreaktion auf die zurückliegende "Ärztenschwemme" einmal ab, nach Ansicht des 105. Deutschen Ärztetages vor allem die "miserablen Arbeitsbedingungen in veralteten und schlecht instand gehaltenen Kliniken..., eine ständige Überlastung unter grober Mißachtung des Arbeitsgesetzes..., die öffentliche Diffamierung von Ärzten sowie dysfunktionale, überholte hierarchische Führungsstrukturen im Krankenhaus". Das höchste Gremium der deutschen Ärzteschaft forderte daher die umgehende Aufhebung des Numerus clausus sowie die kaum kurzfristig zu erreichende Steigerung der Attraktivität des Arztberufes durch schnellstmögliche Abschaffung der AiP-Phase, Entbürokratisierung der ärztlichen Tätigkeit, Abbau hierarchischer Strukturen (Chefarztsystem) zugunsten moderner und motivationsfördernder "Teamarzt"-Modelle sowie Abwicklung der Privatliquidation zur Finanzierung neuer Arztstellen! Diese Vorschläge, man mag zu ihnen stehen wie man will, verringern aber die auf uns zu kommenden Probleme höchstens mittel- bis langfristig, so daß wir schleunigst

Eigene Lösungsstrategien zur Entschärfung der Arbeitsmarktsituation und damit Zukunftssicherung in der Anästhesiologie entwickeln müssen!

Nachdem der Gesamtpool an Ärzten kurz- und mittelfristig nicht größer wird, bleibt nur die offensive Vermarktung der Attraktivität unseres durch Vielseitigkeit geprägten Querschnittfachs, in der Hoffnung, daß Narkose, Intensiv- und Notfallmedizin sowie Schmerzbehandlung soviel Anziehungskraft besitzen, die vorhandenen Studentinnen und Studenten sowie Kolleginnen und Kollegen mit bereits abgeschlossenem Medizinstudium für eine Weiterbildung in der Anästhesie zu begeistern und dauerhaft an unser Fach zu binden. Bereits seit Jahren informieren unsere Verbände auf dem "Via medici Kongress" über Berufs- und Zukunftschancen in der Anästhesiologie. Ein weiterer, demselben Ziel dienender Schritt muß sein, in der klinischen Ausbildung vermehrt anästhesiologisch Flagge zu zeigen! Hier sind vor allem die universitären Einrichtungen in Vorlesungen, notfallmedizinischen Übungen, intensivmedizinischen Visiten und Trainingssequenzen im Anästhesie-Simulator etc. gefordert. Ergänzt werden müssen diese Maßnahmen durch das **Angebot einer qualitativ hochwertigen und in einer kalkulierbaren Zeit absolvierbaren Weiterbildung**. In den hierzu ermächtigten Abteilungen sollten daher entsprechend strukturierte

Weiterbildungscurricula, wie sie bereits 1994 von unserer wissenschaftlichen Fachgesellschaft vorgeschlagen wurden, existieren und nicht zuletzt auch auf den jeweiligen homepages den potentiell Interessierten detailliert zur Kenntnis gebracht werden. Daß in Anbetracht der Qualität heute bei der Erteilung von Weiterbildungsbefugnissen sehr viel kritischer verfahren werden muß ist klar. Sie dürfen nicht, wie bisher mancherorts toleriert, zum bloßen Instrument der Personalbeschaffung degenerieren, sondern die einzelnen Abteilungen können nur noch im Rahmen ihrer diesbezüglichen Leistungsfähigkeit zur Weiterbildung zugelassen werden. Vergessen wir nicht, der Erhalt einer Weiterbildungsbefugnis ist eine Verpflichtung und kein bloßes Privileg, das nach Gutdünken von den Ärztekammern vergeben bzw. eingefordert werden kann. Das heißt nicht, daß kleinere Abteilungen von der Weiterbildung ausgeschlossen sind, sondern sie werden entsprechend ihrer Fähigkeiten, d.h. ihres für die Weiterbildung zum Anästhesisten nötigen klinischen Umfeldes und ihrer Leistungszahlen, weiterhin eingebunden bleiben. Allerdings hat es sich in diesem Zusammenhang bewährt, sich mit anderen Abteilungen zu einem Weiterbildungsverbund mit Assistentenrotation zusammenzuschließen, um so den Mitarbeitern eine volle Weiterbildung zu ermöglichen. Was allerdings nicht sein kann ist, daß sich "pro forma" mehrere kleinere Krankenhäuser mit ähnlichem Fachspektrum zusammen tun in der Meinung, nun den Anforderungen der Weiterbildungsordnung zu genügen. Am treffendsten läßt sich das vorstehend Gesagte unter dem Motto "Mitarbeitergewinnung durch Mitarbeiterentwicklung" zusammenfassen. "Last but not least" erweist sich gerade die in der Anästhesie mögliche **Realisierung von unterschiedlichsten, den jeweiligen Mitarbeiterbedürfnissen entgegenkommenden Arbeitszeitmodellen/-konten**, früher abteilungsseitig ausschließlich als Last empfunden, heute als ein durch intelligente Dienstplangestaltung zu Glanze zu bringender Rohdiamant! Auf diese Weise lassen sich nämlich viele Kollegen länger an der Klinik halten und besonders Kolleginnen, die aus familiären Gründen den Anästhesieabteilungen den Rücken kehren mußten, zu beiderseitigem Nutzen wieder "reaktivieren". Auch besteht so die Möglichkeit, sowohl innerhalb als auch außerhalb des Krankenhauses beispielsweise vertragsärztlich tätig zu werden. Ganz nebenbei haben mancherorts derartige Personalunionen die häufig an persönlichen Differenzen scheiternde ambulant-stationäre Zusammenarbeit beträchtlich vereinfacht. Sollten diese Maßnahmen nicht ausreichen, unser derzeitiges Aufgabenspektrum weiter wahrzunehmen, werden wir uns "nolens volens" **auf unsere Kernkompetenzen besinnen** müssen. Es ist unstrittig, daß die Zeiten der ungebremsten Expansion in der Anästhesiologie endgültig vorbei sind und wir uns mittlerweile im Stadium der Konsolidierung befinden, d.h. nicht mehr alles in Angriff nehmen können, was wir könnten. Wir werden, auch wenn es schwerfällt, in Zukunft unsere Aktivitäten an unseren personellen Möglichkeiten orientieren müssen! In der Wirtschaft gilt die Regel, daß mit 20% des Aufwandes 80% des Gewinns gemacht werden; daraus folgt, daß auch in der Anästhesiologie entsprechende Analysen durchgeführt und bei Bedarf von notwendigen Umstrukturierungen gefolgt werden müssen. In diesem Zusammenhang erreichen uns immer wieder Fragen nach der Zulässigkeit von Parallel- bzw. sog. "Schwesternnarkosen" als ebenso kurzfristigem wie kurzfristigem Ausweg aus dem Dilemma. Wir sind der Meinung, daß, wenn auch in anderen Ländern diesbezüglich andere Gepflogenheiten herrschen, die Narkose in ihren verschiedenen Spielarten im Operationsaal zweifellos zu unseren ärztlichen Kernkompetenzen gehört und nur nach sorgfältigstem Abwägen aller nur denkbaren Alternativen und Konsequenzen in Frage gestellt bzw. aufgegeben werden darf. Wir sind aber auch der Meinung, daß die Möglichkeiten einer Delegation von Teilfunktionen an entsprechend qualifiziertes Personal entsprechend der Entschließung des Berufsverbandes Deutscher Anästhesisten aus dem Jahre 1989 über die Zulässigkeit und Grenzen der Parallelverfahren in der Anästhesiologie (A & I 30 (1989) 56 - 57) intelligent genutzt werden können. Nur so ist es möglich, das rarer werdende ärztlich-anästhesiologische Know-how

gezielt dort einzusetzen, wo es unverzichtbar ist und der Patient einen höchststrichterlich gesicherten Anspruch darauf hat – von der Pflicht persönlicher Leistungserbringung bei Wahlleistungspatienten einmal ganz abgesehen. Der in diesem Zusammenhang bisweilen geäußerte Verweis auf den ebenfalls "narkotisierten" Intensivpatienten, für den auch nicht jeweils ein Arzt zur Verfügung steht, ändert nichts daran, daß ein Abrücken von der 1 Arzt / 1 Tischformel schnurstracks nicht nur berufspolitisch in eine Sackgasse führt! Nun zu dem nicht minder wichtigen Thema

Intensivbehandlung.

Rund 90% der operativen und viele interdisziplinäre Intensivstationen in Deutschland sind derzeit unangefochten in anästhesiologischer Hand, und mit unseren operativen Partnern – das hat ein erst kürzlich stattgefundenes Gespräch mit den Chirurgen klar gezeigt – verbindet uns auch diesbezüglich heute sehr viel mehr als uns trennt. Beide haben wir, unterstützt von der DIVI, bei gleichbleibender Weiterbildungszeit, für die Intensivmedizin als "Bereich" votiert. Die Internisten, augenblicklich "Hardliner" in Sachen Intensivmedizin, sprechen sich dagegen mit Nachdruck für einen "Schwerpunkt" und damit eine engere Gebietsanbindung der Intensivmedizin aus.

Es ist außerdem klar, daß die derzeit noch vielfach herrschende "Intensivkleinstaaterei" in Zeiten weiterer Verknappung der Mittel keine Zukunft mehr hat. Nur eine entsprechende Flurbereinigung, d.h. die Zusammenfassung kleinerer Einheiten – wobei die Leitung der übernimmt, der über das fachliche "Know-how" sowie personelle "Know-who" verfügt – kann u.a. durch übergreifende Belegungsdisposition – ohne einen zusätzlichen Euro an Investitions- und Betriebskosten – etwa 15% mehr Intensivbehandlungskapazität zur Verfügung stellen. Ein "Schnäppchen", das sich zukünftig kein wirtschaftlich denkendes Krankenhaus entgehen lassen kann.

Ansehen der Anästhesie

Ein vor allem von uns selbst empfundenenes Problem ist das scheinbar geringe Ansehen unseres Faches, was sicher nur zum Teil mit seinem Dienstleistungscharakter zu tun hat. Auch hier sind die Verbände – DGAI und BDA – bereits seit längerem tätig, indem sie die Öffentlichkeits- und Pressearbeit in professionelle Hände gelegt und damit positive Erfahrungen gemacht haben, wobei, wie gerne übersehen wird, ihnen kein Millionenetat zur Verfügung steht. Daß publizistische Richtigstellungen – etwa zur Rolle der Anästhesie im Moskauer Geiseldrama – in den Massenmedien nicht möglich sind, da von diesen nicht gewollt, ist systemimmanent und somit hinzunehmen. Daß seriöse Information, "good news" also – im Gegensatz zu den zum raschen publizistischen Verzehr bestimmten "bad news" – leider wenig Breitenwirkung entfaltet, ebenfalls.

Bedingte Breitenwirkung dagegen haben die jährlich stattfindenden Deutschen Anästhesiekongresse, gleichsam "Leistungsschauen" unseres Fachgebietes, wie jetzt der DAC 2003 anlässlich des 50. Geburtstages unserer wissenschaftlichen Fachgesellschaft in München.

Um jedermann zugängliche Information anzubieten, haben unsere Verbände ihre Internetpräsenz reorganisiert und aktualisiert.

Auch das für Laien außerordentlich besuchens- und empfehlenswerte "Horst-Stoessel-Museum für Geschichte der Anästhesiologie" in Bonn ist ein wertvoller, von unseren Verbänden unterstützter Mosaikstein bei der Darstellung und damit Imagepflege der Anästhesie.

Typischerweise wird immer wieder kritisch-vorwurfsvoll gefragt, was tun denn die Verbände für uns, und geflissentlich übersehen, was der Einzelne für unser Fach tun kann.

Eine der wirkungsvollsten Maßnahmen zur Imagepflege nämlich ist und bleibt die entsprechende Aktivität jedes Einzelnen von uns vor Ort bei der täglichen Arbeit. Insbesondere die meist sträflich vernachlässigte Postanästhesievisite eignet sich, sieht man von ihrer qualitätssichernden Bedeutung einmal ab, vorzüglich dazu, unser Fach in den Köpfen, vor allem aber in den Herzen unserer Patienten dauerhaft zu verankern!

Bernd Landauer