

Eröffnungsansprache des Präsidenten

51. Deutscher Anästhesiecongress, 19.06.2004, Nürnberg

Meine sehr verehrten Damen und Herrn,

in meiner Ansprache zur Eröffnung des DAC 2004 möchte ich weniger auf die vielfältigen Gefahren eingehen, die unser Fachgebiet von allen Seiten – von innen und von außen – bedrohen, sondern fokussieren auf unsere Chancen und Stärken bei der Lösung der auf uns zukommenden Probleme. Ich möchte ein paar Themen kurz streifen, die uns zukünftig besonders beschäftigen werden:

Diese sind in meinen Augen:

1. Qualitäts- und Riskmanagement – auf dem Weg zu einer neuen Sicherheitskultur
2. Perioperative Medizin als interdisziplinäre Aufgabe
3. Die Nachwuchsproblematik
4. Der Stellenwert der Intensivmedizin
5. Das Bild der Anästhesie in der Öffentlichkeit
6. Anästhesiologie als akademisches Fach
7. Das Spannungsfeld zwischen Ethik und Ökonomie.

Keinesfalls möchte ich auf die Unzulänglichkeiten des Gesundheitsmodernisierungsgesetzes eingehen – dafür wäre die Zeit auch viel zu kurz - darüber ist auch genug lamentiert worden, sondern ich möchte die Chancen beleuchten, die sich in diesem grundlegenden Veränderungsprozess für unser Fach bieten.

1. Qualität führt langfristig zum Erfolg – Unser Fachgebiet wird sich nachhaltig um ein Qualitäts- und Sicherheitsmanagement bemühen und sollte sich an die Spitze einer neuen Sicherheitskultur in der Medizin stellen.

„Qualität durch Kompetenz“ lautet das Motto des DAC 2004! *Qualität* bedeutet in der Anästhesie zunächst Sicherheit und Zufriedenheit für die Patienten; sie bedeutet aber auch Effizienz unseres Handelns – also neben der ärztlichen Sichtweise eine ökonomische Betrachtung – der wir uns nicht entziehen können und auch nicht entziehen sollten. Qualitätsmängel sind aus ethischer und aus ökonomischer Sicht – wo auch immer sie auftreten – zu beseitigen.

Qualitäts- und Riskmanagement sind deshalb wichtige Aufgaben unseres Fachgebietes; dies gilt für den gesamten perioperativen Verlauf. So ist es zum Beispiel in der postoperativen Phase ausreichend klar bewiesen, dass eine suffiziente postoperative Schmerztherapie nicht nur das Recht des Patienten auf Schmerzfremheit zufrieden stellt, sondern sich positiv auf die Komplikationsrate und die Verweildauer des operierten Patienten auswirkt.

Die DGAI wird Qualität und Kompetenz in unserem Fach vorantreiben:

- In einem großangelegten DGAI- Projekt werden derzeit alle universitäre Zentren mit Simulatoren ausgestattet, die es erlauben - sowohl in der studentischen Ausbildung als auch in der Fort- und Weiterbildung – die individuellen Fähigkeiten in Notfall- und Krisensituationen zu ver-

bessern. Dies ist ein wesentlicher Beitrag zur Optimierung der Sicherheit unserer Patienten und darüber hinaus eine Möglichkeit, die Nachwuchsproblematik aktiv anzugehen.

- DGAI und BDA haben beschlossen, ein "Critical Incident Reporting System" aufzubauen, ein Meldesystem für unerwünschte Ereignisse und Beinahezweischenfälle. Analog zur Luftfahrt werden Zwischenfälle anonym gemeldet und analysiert werden können – ein guter Beitrag auf dem Weg zu einer veränderten Sicherheitskultur in der Medizin. Im neu gegründeten Forum "Qualitätsmanagement und Ökonomie" werden DGAI und BDA die bisherigen Aktivitäten der Arbeitskreise zusammenführen und ein geeignetes Meldesystem etablieren.
- Aufbau eines "E-learning-Konzepts" innerhalb von DGAI und BDA, um die zertifizierte Fort- und Weiterbildung zu intensivieren.

2. Das DRG-System wird zu erheblichen Veränderungen aller Prozesse im Krankenhaus führen. Unser Fachgebiet kann aufgrund seines interdisziplinären Denkens und seiner vernetzten Struktur eine gestaltende Rolle in der perioperativen Medizin spielen und sollte diese Chance nutzen.

In den vier Säulen unseres Fachgebietes wird interdisziplinäres Denken und fachübergreifendes Handeln seit vielen Jahren praktiziert. Deshalb sind wir aus meiner Sicht gut aufgestellt, den aktuellen Veränderungen erfolgreich zu begegnen. Der Weg des Patienten durch den diagnostischen und therapeutischen Prozess innerhalb eines Krankenhauses oder eines ambulanten Versorgungszentrums wird in Zukunft weniger durch Abteilungsgrenzen bestimmt sein, sondern durch einen von Effizienz und Qualität gekennzeichneten diagnostischen und therapeutischen Pfad. Es besteht kein Zweifel daran, daß diejenigen Einrichtungen erfolgreich sein werden, die ein hohes Maß an Interdisziplinarität verwirklichen und Reibungsverluste durch traditionelle Abgrenzungsmanöver zu vermeiden wissen.

Diesen Wandel sollten wir als grosse Chance für unser Fach begreifen – wir handeln und denken traditionell interdisziplinär und fachübergreifend und sind wie kein anderes Fach mit einer Vielzahl an Disziplinen eng vernetzt.

Eine Optimierung der Prozesse im perioperativen Umfeld kann nur im engen Schulterschluss mit allen Disziplinen, insbesondere mit unseren operativen Partnern erfolgen – perioperative Medizin ist eben ein Paradebeispiel interdisziplinärer Aufgaben. Hier ist neben hoher fachlicher Kompetenz auch die persönliche gefragt: Fingerspitzengefühl und Offenheit im persönlichen Umgang miteinander! Ich bin diesbezüglich nicht pessimistisch. Die Erkenntnis, dass es nur gemeinsam geht, wird uns, auch dort wo dies noch nicht geschehen ist, zusammenführen.

Dabei muss es uns gelingen, die Rolle der Anästhesiologie als qualitätssicherndes Querschnittsfach deutlich zu machen und der aufkommenden Auffassung entgegenzuwirken, Anästhesie sei zu teuer und unser Fach sei als Kostenfaktor

beliebig reduzierbar. Eine solche Auffassung führt in die Sackgasse des Stillstands und des Qualitätsabbaus.

3. Durch eine Vielzahl an Restriktionen ist der ärztliche Beruf zunehmend unattraktiv geworden. Durch qualifizierte Aus-, Fort- und Weiterbildung und moderne Organisationsstrukturen müssen wir diesem Problem begegnen.

Auch bei diesem Punkt soll das Wehklagen über vermehrten Dokumentationsaufwand, Kodierungsorgien, ungebremste Regulierungswut, unattraktive Karrierechancen und die gegen die Interessen der Beschäftigten gerichtete Arbeitszeitregulierung nicht im Vordergrund stehen, sondern Überlegungen, wie dem in unseren Ostländern bereits eingetretenen und in den alten Bundesländern sich abzeichnenden Mangel an Nachwuchs begegnet werden kann. Nicht alle Ursachen liegen in externen Faktoren – den viel zitierten politischen Rahmenbedingungen –, sondern auch in den internen Organisationsstrukturen des Krankenhauses.

Wir müssen alles versuchen, unser Fach trotz widriger Rahmenbedingungen attraktiv zu gestalten. Eine Maßnahme habe ich bereits erwähnt: Das Simulatorprojekt der DGAI. Mit einer didaktisch spannenden Vermittlung einer der Kernaufgaben der Anästhesie, nämlich der Sicherung vitaler Funktionen, können wir die Medizinstudenten bereits sehr früh für unser Fach begeistern.

Mit einer strukturierten Fort- und Weiterbildung und modernen Organisationsstrukturen sowie flexiblen Arbeitszeitmodellen (damit meine ich keineswegs die starre EU-Richtlinie) können wir die Kolleginnen und Kollegen überzeugen, dass sie eine richtige Wahl getroffen haben und nicht unbedingt alle zu medizinischen Controllern werden müssen (damit will ich keineswegs die Notwendigkeit und Professionalität dieser Gruppe schmälern – aber zunächst einmal muss die Arbeit gemacht werden, die dann einem Controllingprozess unterworfen werden kann).

Auch die Wahrnehmung der Anästhesiologie in der Öffentlichkeit spielt bei der Überwindung der Nachwuchssorgen eine entscheidende Rolle (siehe weiter unten).

4. Die Zukunft der Intensivmedizin wird durch das DRG-System erheblich strapaziert, da derzeit die Kosten nicht ausreichend abgebildet sind. Unser Fachgebiet ist durch seinen interdisziplinären Ansatz und seine Kompetenz in intensivmedizinischen Kernaufgaben prinzipiell gut gerüstet, sich in der Intensivmedizin klar zu positionieren.

Kein anderer Bereich der Medizin erhebt soviel Anspruch auf Interdisziplinarität und fachübergreifender Kooperation wie die Intensivmedizin. In keinem anderen Bereich der Medizin sind die Kernfähigkeiten des Anästhesisten so gefordert wie in der Intensivmedizin. In der operativen Intensivmedizin liegt das „Denken“ der Chirurgen und das „Denken“ der Anästhesisten sehr nahe beieinander; was an Zusammenarbeit intraoperativ begonnen wurde, kann in der postoperativen Intensivtherapie mühelos weitergeführt werden.

Es geht nicht um Abgrenzung, es geht nicht um Landeroberung- oder Verteidigung – antiquierte Begriffe im Zeitalter der DRG-Systematik. Die Intensivmedizin wird uns dann weiterhin anvertraut werden können, wenn wir Professionalität und Qualität zur Voraussetzung machen; Intensivmedizin kann nicht so nebenher praktiziert werden, sondern ist die anspruchsvollste Säule unseres Faches. Hier

muss durch qualifizierte Weiterbildungsangebote für besonders hohe Kompetenz gesorgt werden. Durch differenzierte Organisationsformen der Intensivmedizin im Rahmen eines einheitlichen Fachgebietes Anästhesiologie muss die Attraktivität für junge Ärztinnen und Ärzte für die Intensivmedizin erhalten bleiben und eine solide Karriereplanung innerhalb der Intensivmedizin ermöglicht werden; damit kann für die erforderliche langfristige personelle Kontinuität in der Intensivmedizin gesorgt und somit die Qualität gesichert werden.

Zur Absicherung des Anspruches, dass Intensivmedizin eine wichtige Säule unseres Fachgebietes ist, wird folgendes notwendig sein:

Wir müssen erstens zeigen, dass wir gut sind, wissenschaftlich innovativ und persönlich engagiert.

Wir müssen zweitens alle überzeugen, dass eine fachübergreifende Intensivtherapie sowohl medizinisch als auch ökonomisch bessere Voraussetzungen schafft als kleine fachzentrierte Intensivseinheiten.

Und drittens müssen wir uns für eine absolut offene und partnerschaftliche Kooperation mit den chirurgischen Kollegen aller Disziplinen und den internistischen Partnern einsetzen. Hier gilt in besonderem Maße, was anfangs zur Interdisziplinarität und zu der fachübergreifenden Sicht der zukünftigen Medizin gesagt wurde.

Bei allen drei Voraussetzungen für eine erfolgreiche Platzierung der Anästhesiologie im Umfeld der Intensivmedizin bin ich à la longue optimistisch.

5. Das Bild des Anästhesisten in der Öffentlichkeit und den Medien ist weder exzellent noch miserabel; wir werden schlechthin nicht ausreichend wahrgenommen, da unser Aufgabenprofil offensichtlich nicht klar genug transportiert werden konnte. Dieses Bild muss verbessert werden.

Ein jeder prüfe diese These an seinen eigenen Erfahrungen im persönlichen Umfeld. Es ist vielen Menschen nicht ausreichend klar, was wir tun! Man orientiert sich in der Öffentlichkeit allzu oft an negativen Schlagzeilen in Zusammenhang mit unserem Fachgebiet.

Es ist unsere gemeinsame Aufgabe, das Bild des Anästhesisten in der Öffentlichkeit zu stärken, unser Aufgabenspektrum in der perioperativen Medizin, in der Intensivmedizin, in der Notfall- und Rettungsmedizin und in der Schmerztherapie klarer herausstellen. DGAI und BDA haben beschlossen, die Öffentlichkeits- und Medienarbeit zu professionalisieren und zu verstärken.

Nicht zuletzt ist aber jeder Einzelne gefragt, durch sein persönliches Engagement das Bild des Anästhesisten in der Öffentlichkeit zu verbessern.

6. Die Reduzierung der Anästhesiologie auf eine rein handwerkliche Dienstleistung und eine schleichende Entakademisierung wären fatal und würde den medizinischen Fortschritt in unserem Fach ausbremsen. Dies wäre nicht im Sinne der Patienten und der operativen Partner.

Die im Jahre 2002 verabschiedete neue Approbationsordnung für Ärzte hat das Fach Anästhesiologie im Studium der Humanmedizin als Hauptfach aufgewertet und damit den Fächern wie Innere Medizin und Chirurgie gleichgestellt. Diese wichtige Entscheidung muss für uns Ansporn sein, das Fach in der Lehre attraktiv zu gestalten.

Die universitären Einrichtungen und akademischen Kran-

kenhäuser haben darüber hinaus die wichtige Verantwortung, neben der Lehre die Forschung in der Anästhesiologie voranzutreiben und allen Versuchen entgegen zu wirken, aus unserem Fach ein reines Handwerk zu machen.

Wie sollen denn ohne wissenschaftlichen Hintergrund Innovationen in unserem Fach entstehen?

Haben denn diejenigen, die aus kurzfristig gedachten ökonomischen Gründen dieser Entwicklung das Wort reden, vergessen, dass eine moderne und sichere Anästhesie nur aus dem wissenschaftlichen Fortschritt des Faches entstanden ist und einen wesentlichen Beitrag auch für die Entwicklung der chirurgischen Fächer geleistet hat?

Soll denn die Anästhesiologie auf dem Wissensstand 2004 eingefroren werden und damit auch der Fortschritt der operativen Fächer mittelbar gebremst werden?

Die vielfältigen Forschungsaktivitäten in allen vier Säulen unseres Faches beweisen, dass die Anästhesiologie ihre akademischen Aufgaben ernst nimmt. Allerdings ist es in Zeiten mangelnder Ressourcen notwendig, die Kräfte zu bündeln und die Forschung effizient zu gestalten. Die DGAI hat als wissenschaftliche Gesellschaft die Aufgabe, hier unterstützend zu wirken und eine aktive Rolle bei der Erstellung von Leitlinien, bei der Förderung von Lehre und Forschung aktiv zu übernehmen – nicht zuletzt auch durch die Förderung junger Wissenschaftler durch Stipendien und Preise in guter und transparenter Kooperation mit der forschenden Industrie.

7. Und last but not least: In wirtschaftlich schwierigen Zeiten darf die Ethik nicht ausgeklammert werden.

Auch wenn Bundespräsident *Rau* kürzlich bemerkte, dass Gesundheit keine Ware sei und der Patient kein bloßer Kunde, ist es augenscheinlich, dass in allen Gesundheitssystemen dieser Welt, die Ressourcen endlich sind und ein Ausgrenzen ökonomischer Betrachtungsweisen in die Sackgasse sozialromantischer Traumtänze führt.

Deshalb muss darum gerungen werden, wie viel eine Gesellschaft bereit ist, für seine Gesundheit auszugeben. Deshalb muss auch darauf geachtet werden, dass die zur

Verfügung stehenden Mittel sinnvoll und effizient eingesetzt werden. Dieses Spannungsfeld zwischen Ethik und Ökonomie wird uns in den nächsten Jahren – gerade auch in der Intensivmedizin – ständig begleiten. Eine ganze Reihe von Veranstaltungen auf diesem Kongress beschäftigen sich deshalb mit ethischen und rechtlichen Fragen der Medizin. Ressourcenallokation in der Medizin, Patientenautonomie, Selbstbestimmungsrecht, Patientenverfügungen und klinische Ethikkommissionen werden große Themen der nächsten Jahre sein. Bei der Hellmut-Weese-Gedächtnisvorlesung 2004 „Intensivtherapie im Spannungsfeld zwischen Patientenautonomie und ärztlicher Indikation“ (Prof. Dr. *Jochen Taupitz*, Universität Mannheim) steht der Patient ganz im Vordergrund. Das Vertrauen der Patienten – in letzter Zeit oft schwer in Bedrängnis gekommen – muss unser großes Anliegen sein, gerade in einem Fach, das sich in Grenzgebieten zwischen Leben und Tod, zwischen Bewusstsein und Kontrollverlust des Patienten bewegt.

Der DAC 2004 findet in einer gesundheitspolitisch und wirtschaftlich gesehen unruhigen Zeit statt, die neben Risiken für die Anästhesiologie aufgrund der interdisziplinären Ausrichtung unseres Faches auch große Chancen bietet. In einer Zeit allgemeiner Mutlosigkeit, übertriebener Skepsis vor Neuerungen jeglicher Art, um sich greifender Furcht vor innovativem Denken und allgemeinem defensivem Verhalten gilt es für ein junges und dynamisches Fachgebiet wie die Anästhesiologie, die Chancen der Veränderung zu nutzen. Mit dem Motto des diesjährigen Kongresses „*Qualität durch Kompetenz*“, die die Sicherheit des Patienten in den Vordergrund stellt, und dem Motto des nächsten Kongresses „*Perioperative Patientenzuwendung*“ sollte unser Fach gut gerüstet sein, den Herausforderungen der Zukunft erfolgreich zu begegnen.

Prof. Dr. med. *Claude Krier*
– Präsident DGAI –