

## Zum neuen Jahr

Der Stoff, aus dem Editorials sind, ist häufig auch der Stoff aus dem Träume sind. So ganz zum Träumen allerdings ist die tägliche Realität bereits seit einiger Zeit nicht mehr. Beherzigt man aber das Motto von Walt Disney, „all you can dream, you can do“, so gibt es auch in nicht mehr ganz so rosigen Zeiten keinen Grund, vor der Wirklichkeit die Augen zu verschließen, ganz im Gegenteil!

Waren „Tradition und Innovation“ die Leitidee des Jahres 2003, in dem unsere wissenschaftliche Fachgesellschaft ihr 50-jähriges Bestehen feierte und war „Qualität durch Kompetenz“ die des vergangenen Jahres, so steht heuer programmatisch - auch als Motto des 52. DAC 2005 - genau zum rechten Zeitpunkt die **„perioperative Patientenzuwendung“** im Mittelpunkt anästhesiologischen Interesses.

Der Patient ist es nämlich, dem primär unser ärztliches Bemühen, unsere uneingeschränkte Aufmerksamkeit und Zuwendung gerade in einer Zeit, in der die Mittel knapp werden und so viele andere Dinge um unsere Aufmerksamkeit buhlen, gehören muss.

Die Patienten werden in Zukunft selbst entscheiden, man sagt so schön, sie werden mit den Füßen abstimmen, bei wem und wo sie ihr höchstes Gut, nämlich ihre Gesundheit, die zwar nicht alles, aber ohne die alles nichts ist, am besten aufgehoben wähenen.

Nicht von ungefähr rangiert daher auch die „Patientenorientierung in der Krankenversorgung“ auf Platz 1 der sechs Hauptkategorien des KTQ-Kataloges. Kernstücke dieser 1997 ins Leben gerufenen „Kooperation für Transparenz und Qualität im Krankenhaus“ - kurz KTQ - konnten wir unseren Mitgliedern bereits im Juli letzten Jahres im **„Fachkommentar KTQ 2004 Anästhesiologie“** vorstellen.

In der operativen Medizin spielt gerade der **Anästhesist in seiner einmaligen Querschnittsfunktion** - sei es als Narkosearzt, Intensivmediziner oder Notarzt oder sei es „last but not least“ als Schmerztherapeut - eine ganz besondere Rolle. Diese wird durch die gesundheitliche Ausnahmesituation, in der sich der Patient im Krankenhaus, aber auch in der Praxis befindet, noch akzentuierter als solche erlebt und empfunden.

Obwohl mit rund acht Millionen Narkosen in Deutschland pro Jahr Anästhesie eigentlich über kurz oder lang jeden etwas angeht, überrascht es, dass die von uns **„gefühlte“ Außenwahrnehmung** der Anästhesie als Dienstleister - aber wer ist heute kein Dienstleister? - trotz aller Bemühungen immer noch zu wünschen übrig lässt. Dabei ist gerade die Patientenzuwendung - authentisch praktiziert - ein von jedem und jederzeit nutzbares Instrument, die Aufmerksamkeit auf uns und das, was wir tagesin, tagaus tun, zu lenken und dieses Tun in den Köpfen, vor allem aber in den Herzen unserer Patienten dauerhaft zu verankern. Erwartungen übertreffen und sich dem ganzen Behandlungsprozess verantwortlich zu fühlen, lautet dabei die zu beherzigende Erfolgsformel.

Um Interessierten vor allem für letzteres das nötige „Know-how“ zur Verfügung zu stellen, hat sich der BDA in Zusammenarbeit mit der DGAI und dem MALIK-Managementzentrum St. Gallen entschlossen, eine modular aufgebaute **„Fortbildung OP-Manager/in“** mit zertifiziertem Abschluss anzubieten. Die ersten 18 Teilnehmer und Teilnehmerinnen konnten am 04.12.2004 ihre Urkunden in Empfang nehmen und können damit in Zukunft das Ihre zur Positionierung der Anästhesie beitragen.

Dass **anästhesiologisches Tätigwerden in weitestem Sinne eine genuine ärztliche Aufgabe** ist, ist unstrittig. Umso mehr verwundern neuerdings Ideen - vorwiegend aus wirtschaftlichen Gründen und Kreisen -, einen Teil dieser Tätigkeiten Nicht-Ärzten übertragen zu wollen. Der Patient hat, außer die Gesellschaft verweigert ihm dies explizit, in Deutschland bislang noch ein einklagbares Recht darauf, dass Heileingriffe, wozu unzweifelhaft auch die verschiedenen Formen der Narkose, Schmerz- und Intensivbehandlung gehören, ausschließlich von entsprechend qualifizierten Ärzten nach dem „Facharztstandard“ durchgeführt werden. In der in diesem Heft veröffentlichten **„Münsteraner Erklärung“** haben BDA und DGAI erneut gemeinsam zum Thema „Parallel-narkose“ Stellung genommen.

Der **Patientensicherheit** dient auch der dieses Jahr vom Berufsverband in Angriff genommene Aufbau eines **Critical Incident Reporting System (CIRS)**. Da kritische Ereignisse und Beinahe-Zwischenfälle heute so selten sind, dass zumindest um manche zu „erleben“ eine Anästhesistenkarriere vielfach nicht ausreicht, ist eine derartige Zusammenführung und Aufarbeitung für die Anästhesisten ebenso wie das nunmehr an allen Universitätsinstituten etablierte Simulatortraining von unschätzbarem Wert.

Unsere perioperative Patientenzuwendung beschränkt sich in vielen Fällen nicht nur auf Prämedikationsgespräch-/untersuchung und Narkose, um dann an der Aufwachraumtür abrupt zu enden, sondern findet ihre notwendige Fortsetzung bei der **postoperativen Visite** oder auch - bei entsprechendem Bedarf - in einer differenzierten Schmerz- oder Intensivbehandlung.

Hinsichtlich der zu lange eine stiefkindliche Existenz fristenden **postoperativen Schmerztherapie** ist es uns nun gemeinsam mit den Chirurgen gelungen, diese durch die Erarbeitung und Veröffentlichung geeigneter Formulierungshilfen zur praktischen Umsetzung der diesbezüglich bereits 1992 getroffenen Vereinbarungen ein gutes Stück weiter zu bringen (Anästh Intensivmed 1993;34:28 & 2004;45:467).

In der **Intensivmedizin** ergeben sich derzeit gewisse Probleme, da nämlich einzelne Disziplinen, allen voran die Internisten, das Rad zurückdrehen wollen und die gewachsene „Pole -Position“<sup>1)</sup> der Anästhesie zunehmend in Frage

<sup>1)</sup> Umfrage zur Situation der Anästhesiologie in Deutschland (1994, 1998, 2003 i.V.) (Anästh Intensivmed (36) 1995, 218-222; (41) 2000, 535-541).

stellen, um selbst entsprechende Ansprüche zu erheben. Nach internistischer Auffassung der Weiterbildungsordnung gilt die „Zusatzweiterbildung Intensivmedizin“ nur in dem Gebiet, in dessen Zusammenhang sie erworben wurde. Folgte man dieser Vorstellung, so wäre die Behandlung eines intensivpflichtigen Kranken mit einem nicht in das Gebiet fallenden Grundleiden als „gebietsfremd“ anzusehen. Um dieser Sicht der Dinge auch den nötigen Nachdruck zu verleihen, wird für den Fall ihrer Missachtung mit der „juristischen Keule“ des Organisations- bzw. Übernahmeverschuldens gedroht (Med. Klinik 2004;99:633).

Dabei wird allerdings geflissentlich übersehen, dass bereits seit 1970 das diesbezüglich Grundsätzliche in diversen gemeinsamen Empfehlungen und Vereinbarungen der Fachgebiete, so unter anderem auch mit der Inneren Medizin - einvernehmlich unterzeichnet von den damaligen Präsidenten der Deutschen Gesellschaft für Internistische Intensivmedizin, des Berufsverbandes Deutscher Internisten, der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin und unseren Verbänden - geregelt ist.

Um es noch einmal klar zu sagen, anästhesiologische Intensivmedizin umfasst nach der Weiterbildungsordnung u. a. die „Behandlung intensivmedizinischer Krankheitsbilder in Zusammenarbeit mit den das Grundleiden behandelnden Ärzten“ und lässt sich keinesfalls auf eine bloße, organisatorische „interdisziplinäre Behandlungs Koordination“ oder ausschließlich perioperative Tätigkeit reduzieren!

„Virulent“ geworden ist diese Thematik durch die Entscheidung einzelner Krankenhausträger/-leitungen - vorwiegend aus wirtschaftlichen Gründen - fach- bzw. organbezogene Intensivstationen zusammenzulegen und sie naheliegenderweise unter eine, häufig anästhesiologische Leitung zu stellen. Ein derartiges Vorgehen schafft, ohne nennenswerte zusätzliche Investitions- und Betriebskosten bis zu 15% mehr Intensivkapazität.

Gefragt, wer nun die Intensivmedizin machen soll, ist unsere Meinung klar und lautet: Der, der es qualifikationsmäßig kann, d.h., der das „Know-how“ besitzt, und der, der gleichzeitig quantitativ über das hierfür erforderliche Personal, d.h., das „Know-who“ verfügt. Sicher ist jedoch, dass weder DGAI noch BDA auf dem intensivmedizinischen Sektor eine „Expansionspolitik“ verfolgen. Die Anästhesie ist aber bereit - wenn krankenhausesseitig Zusammenlegungen ins Auge gefasst oder dies von unseren operativen oder aber auch konservativen Partnern gewünscht werde - die operative, an kleineren Krankenhäusern auch die operativ-konservativ gemischte Intensivbehandlung, selbstverständlich in enger Kooperation und unter Wahrung der legitimen Interessen der für die Behandlung des jeweiligen Grundleidens zuständigen Disziplinen (z.B. Weiterbildungsmöglichkeit etc.) zu übernehmen.

Da die „Deutsche interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI)“ angesichts dieser Entwicklung bisher keine richtungweisenden Impulse geben konnte bzw. nur Hilfestellung auf dem kleinsten gemeinsamen Nenner anbietet, sind unsere Verbände dabei, entsprechende

Organisationsmodelle, basierend auf den bereits in den 70er Jahren getroffenen und bewährten „**Vereinbarungen zwischen den Fachgebieten über die Aufgabenabgrenzung und die Zusammenarbeit in der Intensivmedizin**“ („Entschlüsse- lungen - Empfehlungen - Vereinbarungen - Leitlinien“, herausgegeben von H.W. Opderbecke und W. Weißauer) zu aktualisieren. In diesem Zusammenhang ist von Interesse, dass dieses mittlerweile zum berufspolitischen Standardwerk unserer Verbände avancierte Werk kurz vor einer Neuauflage steht. Diese wird wahlweise entweder in der klassischen Buchform oder als CD den Interessierten zur Verfügung gestellt. Unabhängig hiervon sind die Inhalte einschließlich der aktuellsten Entschlüsse nach wie vor unter [www.bda.de](http://www.bda.de) im Internet einseh- und abrufbar.

Die Anästhesie, die sich die Intensivmedizin unmissverständlich auf ihre Fahnen geschrieben hat und deren wissenschaftliche Fachgesellschaft DGAI die Intensivmedizin seit 1978 offiziell und „expressis verbis“ in ihrem Titel führt, wird allerdings lernen müssen, wie zukünftig damit umzugehen ist, wenn - hoffentlich nur in Einzelfällen - Intensivstationen zwar von Anästhesisten geleitet werden, aber zum Teil nicht mehr in die jeweiligen Anästhesieabteilungen, -institute oder -kliniken eingebunden sind. Unabhängig hiervon werden sich DGAI und BDA Anfang des Jahres im Rahmen einer Klausurtagung intensiv mit dieser Thematik auseinandersetzen.

Alles in allem gibt es auch im vor uns liegenden Jahr wieder viel zu tun. Allerdings sehe ich die angesprochenen, von manchen fast alptrauartig empfundenen Probleme, nicht zuletzt auch mit Hinblick auf die erfolgreich abgeschlossene **Restrukturierung der Geschäftsstelle** von DGAI und BDA in Nürnberg als durchaus lösbar.

In dieser Ansicht bestärkt mich auch die Tatsache, dass heuer der von der DGAI bereits vor zwei Jahren gefasste Beschluss zum Tragen kommt, wieder zu einer zweijährigen Präsidentschaft zurückzukehren, wodurch auch bei unserer wissenschaftlichen Fachgesellschaft die notwendige Kontinuität im Amt die Bewältigung der gemeinsam zu lösenden Probleme erleichtert. Der Berufsverband wünscht bereits heute Herrn Professor *Radke* aus Halle, dem neuen Präsidenten der DGAI, eine ebenso geschickte wie glückliche Hand.

Nebenergebnis dieser Satzungsänderung ist die Etablierung eines Kongresspräsidenten. So gestaltet in diesem Jahr erstmalig - dies ist meines Erachtens längst überfällig - eine Frau, nämlich Frau Professor Dr. med. *G. Nöldge-Schomburg*, Rostock, die „52. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin“, das zentrale Kongressereignis unseres Faches in München unter dem Motto „**perioperative Patientenzuwendung**“, womit sich der Kreis meiner Ausführungen wieder schließt.

Prof. Dr. med. *B. Landauer*  
– Präsident BDA –