Überlegungen und Stichworte zum Jahr 2004[1)]

– Letter of the past president –

Zum Jahresbeginn ein Blick nach rückwärts? Wo es doch darauf ankommt, immer und immer nach vorne zu schauen!

Manchmal lohnt es sich allerdings, beim Blick nach vorne zu überprüfen, ob nicht ganz aktuell erscheinende Probleme schon mal da waren und ganz brauchbare Lösungsansätze bereits auf dem Tisch liegen (aber wohl etwas in Vergessenheit geraten sind).

Die allgemeine wirtschaftliche Lage und in dessen Folge das Gesundheitsmodernisierungsgesetz mit seinen Spar- und Reformzwängen haben im Jahre 2004 zwei Problemkreise unseres Fachgebietes wieder an die Tagesaktualität gebracht:

1. die Frage nach der Zulässigkeit von Parallelnarkosen und
2. die Frage der zukünftigen Struktur und Organisation der Intensivmedizin und die Rolle der Anästhesiologie in der Versorgung kritisch kranker Patienten.

Neben vielen anderen Aktivitäten der DGAI im Jahre 2004, wie die vorbereitenden Maßnahmen zur Etablierung einer neuen Sicherheitskultur durch Riskmanagementprogramme (Stichwort: Critical Incident Reporting System), die Professionalisierung der Fort- und Weiterbildung (Stichworte: Optimierte Studentenausbildung, Simulatorprogramm der DGAI, E-learning-Konzepte) sowie die Stärkung der Öffentlichkeitsarbeit, sind es sicher die beiden oben genannten Fragestellungen, die die Arbeit der DGAI im letzten Jahr schwerpunktmäßig geprägt haben und auch 2005 eine wichtige Rolle spielen werden.

Alles schon mal da gewesen? In der Tat handelt es sich bei diesen ganz aktuellen und kritischen Fragestellungen um Belange, mit denen sich die Anästhesiologie bereits in den 70er und 80er Jahren auseinandergesetzt hat und bei denen dem Grunde nach bereits in der Vergangenheit auch sehr vernünftige Lösungsansätze entwickelt wurden. So sind aus meiner Sicht bei der Beantwortung dieser Fragen nicht grundsätzlich neue Lösungen erforderlich, sondern lediglich eine Aktualisierung, die Anpassung an die geänderten Rahmenbedingungen im Gesundheitswesen.

Ad 1. Zulässigkeit von Parallelnarkosen

Bei dieser Frage sollten in der Diskussion zwei Dinge im Vordergrund stehen, die fast von selbst zu deren Beantwortung führen: das selbstverständliche Recht der Patienten auf höchstmögliche Sicherheit und die Notwendigkeit – bei allem Respekt auf das bereits Erreichte –, das Risiko für die Patienten weiter zu minimieren.

Dies entspricht nicht nur dem ethischen Selbstverständnis der Medizin, sondern ist gleichzeitig ökonomische Notwendigkeit. Das hippokratische „nil nocere“ wird unter den Bedingungen der DRG-Systematik zur gleichlautenden Forderung der Ökonomie. Die Forderung, dem Patienten durch das Anästhesieverfahren – immerhin ein weitgehender Eingriff in die Selbstregulierungsmechanismen des menschlichen Organismus – nicht zu schaden, wird unter den Bedingungen einer „Festpreispolitik“ zur ethisch-moralischen und wirtschaftlichen Prämisse zugleich. Dem folgt logischerweise, dass die Durchführung einer prinzipiell gefährlichen und tief in die Homöostase eingreifenden Handlung am Patienten – nämlich die Narkose oder ein Regionalanästhesieverfahren – ärztliche Aufgabe ist und bleiben muss und nicht Assistenzpersonal überlassen werden kann. Nur beim Arzt (Stichwort: Facharztstandard) ist die notwendige Kompetenz gebündelt, plötzliche oder allmähliche Veränderungen des „milieu intérieur“ des narkotisierten Patienten zu erkennen, dann die richtigen Maßnahmen zu ergreifen und den Patienten sicher durch Operation und Anästhesie zu führen. Dies gebietet nicht nur die allgemeine Vernunft, sondern eine einheitliche und unzweifelhafte Rechtsprechung (Stichwort: „Die Sicherheit des Patienten geht allen anderen Gesichtspunkten vor“, BGH, Urt. 30.11.1982). Die diesbezügliche Rechtsprechung ist allgemein akzeptiert, findet ihren Niederschlag in vielen gesetzlichen Regelungen (Stichwort: Facharztstandard bei ambulanten Narkosen) bis hin zu Vergütungsfragen (Stichwort: höchstpersönliche Leistungserbringung) und lässt aus unserer Sicht keinen Raum für Interpretationen oder Spekulationen.

Sollten wir etwa in Zukunft dem Patienten erklären, dass die Entfernung der Metallplatte durch Herrn Dr. med. Müller erfolgen wird, die dafür erforderliche Narkose oder rückenmarksnahe Nervenblockade durch eine im Schnellgang ausgebildeten Assistenzkraft? Oder etwa dass der Anästhesist im Notfall sicher schnell da sein wird, falls eine Notsituation eintreten würde, da er ja zwei Säle weiter tätig sei und sicher auch abkömmlich sein wird?

All dies ist nicht vernünftig, entspricht nicht der geltenden Rechtslage und ist keineswegs geeignet, dem allseits geforderten Qualitäts- und Sicherheitszuwachs in der Medizin zu dienen.

---

1 Wird zeitgleich in „Anästhesiologie-Intensivmedizin-Notfallmedizin-Schmerztherapie“ (Januarheft) veröffentlicht.

© Anästh Intensivmed 2005;46:5-7
DIOmed-Verlags GmbH.

Alles weitere erklärt die aktuelle „Münsteraner Erklärung zur Parallelnarkose 2004“ die von einem Expertengremium der DGAI und des BDA im November d. J. erarbeitet und in diesem Heft veröffentlicht wird. Deren Lektüre lege ich Ihnen sehr ans Herz.

Ad 2. Struktur und Organisation der Intensivmedizin

Die ärztliche Versorgung kritisch kranker Intensivpatienten wird in den nächsten Jahren zu einer großen Herausforderung in der Medizin – dabei stehen sowohl ethische und wirtschaftliche Grundfragen (und deren Interferenz) als auch organisatorische und strukturelle Fragen im Vordergrund. Die aktuellen Auseinandersetzungen um die zukünftige Organisation der Intensivmedizin sind besonders an den Universitätsklinika momentan eher geprägt durch Interessenskonflikte zwischen unterschiedlichen Fachdisziplinen als durch eine gemeinsame Zielorientierung nach vermehrter Qualität im Sinne der betroffenen Patienten. Die manchmal mit recht hoher Emotionalität geführte Debatte (damit ich nicht missverstanden werden, auf allen Seiten) dient mehr der Abgrenzung, der Terrainverteidigung, -eroberung oder auch -rückeroberung als der Suche nach einer zukunftsorientierten und tragfähigen Lösung. Das ist menschlich, insofern verständlich, muss aber überwunden werden. Ohne Zweifel ist die moderne Intensivtherapie von so hohem Komplexitätsgrad, dass eine einzelne Disziplin nicht mehr den Alleinvertretungsanspruch auf die Intensivmedizin aufrecht erhalten kann. Der kritisch kranke Patient hat in der Regel eine Systemerkrankung, die nicht mehr auf ein Organ oder Organsystem bezogen werden kann, auch wenn der kritische Zustand des Patienten vielleicht von einem Organ ausgegangen ist: Der Intensivpatient, sei er internistisch erkrankt oder chirurgisch (bereits bei der Terminologie wird das Dilemma deutlich), hat eine komplexe Systemerkrankung, in die viele Organe (Herz, Lunge, Nieren, Leber, Immunsystem usw.) gleichzeitig oder nacheinander hineingezogen werden. Dies fordert den multidisziplinären Ansatz der Therapie dieser komplexen Erkrankung geradezu heraus und lässt monozentrierte Ansätze als nicht ausreichend und nicht zeitgemäß erscheinen.

Soll etwa bei der in der Sepsis aufgetretenen Herz-Kreislaufdysfunktion der Kardiologe allein zuständig für den Patienten sein, bei der akuten respiratorischen Insuffizienz mit differenzierter Beatmungsnotwendigkeit der Pulmologe, beim akuten Nierenversagen der Nephrologe, bei der Langzeitintubation oder der Analgosedierung der Anästhesist, beim Mehrfachverletzten mit Milzruptur der Viszeralchirurg oder mit begleitender Beckenfraktur der Unfallchirurg? Allein ein solches Beispiel eines typischen Intensivpatienten zeigt, dass keine dieser Antworten dem komplexen Krankheitsbild gerecht wird: Intensivmedizin ist eben das Paradebeispiel ärztlicher Interdisziplinarität und der Bündelung des Know-how einer Vielzahl an Spezialisten an einem Patienten.

Bereits die häufig gestellte Eingangsfrage „Welches Fach zeichnet per se verantwortlich für die Intensivstation“ führt nicht in die richtige Richtung, die Antwort kann aufgrund der Komplexität nicht eindimensional gegeben werden. Die Frage kann nicht lauten: Welcher Organspezialist ist für diesen Patienten verantwortlich, also „Wer verantwortet die Intensivmedizin“, sondern muss heißen: „Wie soll in Zukunft die Intensivmedizin organisiert werden, damit der Patient den höchstmöglichen Benefit erfährt?“ Wenn die Frage so gestellt wird, ist sie aus medizinischer Sicht leicht zu beantworten: Intensivmedizin kann nur interdisziplinär verantwortet und strukturiert werden. Organspezifisch fokussierte Intensiveinheiten werden nur in Einzelfällen den Bedürfnissen der wirklich kritisch kranken Patienten genügen können.

Neben der rein medizinischen Fragestellung ist in Zukunft auch die wirtschaftliche Dimension der Intensivmedizin auf dem Prüfstand. Was kann, was will sich die Gesellschaft zur Versorgung von Patienten in kritischen Grenzsituationen leisten? Diese Frage kann nicht von den handelnden Personen innerhalb des Krankenhauses allein beantwortet werden, sie ist eine gesellschaftlich-politische Frage, auf die hier nicht weiter eingegangen werden kann. Es ist aber – soviel sei gesagt – nicht fair, diese gesellschaftpolitisch relevante und außerordentlich schwierige Frage den Krankenhäusern, den Ärzten oder den Krankenhausmanagern allein zu überlassen. Was die Verantwortlichen in den Krankenhäusern aber beantworten müssen, ist die Frage nach dem effizienten Einsatz der (knapper gewordenen) Finanzmittel für die Intensivmedizin und einer an den Interessen des Patienten orientierten Struktur der Intensivmedizin. Hier wird an einer Zentralisierung von Intensiveinheiten und Bündelung der Kompetenzen kein Weg vorbei gehen, wobei dies mit Augenmaß passieren muss, damit wirtschaftlich und organisatorisch sinnvolle Einheiten geschaffen werden.

Selbstverständlich sind, was die Organisation solcher multidisziplinären Einrichtungen betrifft, Vereinbarungen über die Verteilung der Aufgaben und der Verantwortung erforderlich, damit man im Team zum bestmöglichen Ergebnis kommen kann. Auch hier liegen – vor vielen Jahren gemeinsam erarbeitet – vernünftige Konzepte vor. Liest man in einer ruhigen Stunde die diversen Stellungnahmen, Empfehlungen, Richtlinien und Vereinbarungen zur Organisation der Intensivmedizin und der interdisziplinären Kooperation aus den vergangenen 25 Jahren, so ist man erstaunt, mit welcher Präzision bereits damals die Fragestellung beschrieben und mit welcher Aktualität die Antworten gegeben wurden. Die Vereinbarungen – von den damaligen Präsidenten der wissenschaftlichen Gesellschaften und der Berufsverbände der Anästhesisten, Chirurgen und Internisten unterschrieben – lesen sich, wie wenn sie gerade gestern geschrieben worden wären.

Ist damit alles geklärt? Keineswegs, die Dinge sind komplexer geworden, der ökonomische Zwang zum effizienten Einsatz der Mittel ist viel größer geworden, der Kampf um Einfluss und Mittel wächst. Umso wichtiger ist es, gemeinsam mit den operativen und den internistischen Kollegen an vernünftigen Lösungen zu arbeiten.

Unser Fachgebiet stellt sich der Herausforderung einer interdisziplinären Intensivmedizin. Dabei wird kein Alleinvertretungsanspruch der Anästhesiologie auf die Intensivmedizin erhoben – im Gegenteil lautet die Forderung: hohe Interdisziplinarität und Bündelung der Fachkompetenzen unterschiedlicher Fachdisziplinen im Geiste der Kollegialität und Partnerschaft. Interdisziplinarität ist kein Modewort in der Medizin, sie ist die notwendige Antwort auf die zunehmende Komplexität der modernen Medizin. Warum soll dieses Prinzip, das zunehmende Akzeptanz und Bedeutung innerhalb der Krankenhäuser gewinnt, gerade in der Intensivmedizin nicht zählen? Unser Fachgebiet ist in vielen Jahren durch hohe Interdisziplinarität geprägt. In der Mehrzahl aller Intensiveinheiten in Deutschland wird tagtäglich eine gute Kooperation zwischen der Anästhesiologie und den operativen Partnern, und auch mit den internistischen Kollegen, dort wo gemischte operativ/internistische Einheiten existieren, praktiziert. Dies hat in der Vergangenheit zu absolut zufriedenstellenden Ergebnissen im Sinne der gemeinsam betreuten Patienten geführt.

Unser Fachgebiet stellt in der aktuellen Debatte die Bereitschaft zur Kooperation in den Vordergrund ihrer Überlegungen: Interdisziplinarität zum Wohl der betreuten Patienten, Kooperationsbereitschaft auf allen Ebenen und auch Verständnis für die Sorgen unserer Partner, auf jeden Fall aber Bereitschaft zum partnerschaftlichen Dialog. Die berechtigten Interessen unserer Partner werden von uns ernst genommen: Interesse an der uneingeschränkten Verantwortung für das Grundleiden, Interesse an einer guten Weiterbildung für die Kollegen des Faches, Interesse an einer gemeinsamen Forschung im Gebiet der Intensivmedizin, Interesse an gemeinsamen Visiten, an tragfähigen Abmachungen, an… Nur wenn es gelingt, hier gegenseitiges Vertrauen aufrecht zu erhalten, dort wo es in vielen Jahren der Kooperation existiert, und aufzubauen, dort wo es vielleicht punktuell beeinträchtigt ist, wird sich die Frage der Struktur und Organisation der Intensivmedizin im Interesse der Patienten lösen lassen.

Die multidisziplinär organisierte Intensivmedizin unter Leitung eines in der Intensivmedizin qualifizierten Arztes (Facharzt mit Zusatzqualifikation), der durchaus der interdisziplinär geprägte Anästhesist sein kann, aber nicht automatisch sein muss (Stichwort: Qualifikation zählt), ist eine Erfolgsstory seit Inbetriebnahme der modernen Intensivmedizin in Deutschland und wird es auch bleiben. Nur ein solches Modell garantiert die Bündelung aller Kompetenzen unterschiedlicher Disziplinen, die Teamarbeit, ohne die heute Intensivmedizin nicht mehr darstellbar ist, und den effizienten Einsatz der finanziellen Ressourcen.

Rückblickend auf das Jahr 2004 gehört es zu den schönsten Momenten des Past-Präsidenten, dass es gelungen ist, Gespräche mit den operativen Partnern ganz unterschiedlicher Fachdisziplinen in offener und freundschaftlicher Atmosphäre zu führen, die alle das Ziel im Auge hatten, zu einer kompromissfähigen Lösung der zukünftigen Organisation der Intensivmedizin zu gelangen. Auf Wunsch der wissenschaftlichen Gesellschaften und Berufsverbände der Chirurgen und Anästhesisten sollen Geschäftsordnungsmodelle erarbeitet werden, die analog zu den allseits gepriesenen Modellen der postoperativen Schmerztherapie, Möglichkeiten der Zusammenarbeit im Team und der sinnvollen organisatorischen Struktur der Intensivmedizin anbieten. Über diese 2004 begonnenen Schritte des Aufeinanderzugehens habe ich mich persönlich sehr gefreut und blicke zuversichtlich in das Jahr 2005. Möge es gelingen, diese Gespräche im Interesse der Patienten mit unseren operativen und internistischen Partnern in Kollegialität weiterzuführen und zu einem guten Ergebnis zu bringen.

Alles schon mal da gewesen? Ja und nein! Insofern dient mein Rückblick auf das Jahr 2004 auch dem Ausblick auf das Jahr 2005. Ich wünsche dem neuen Präsidenten Herrn Prof. *J. Radke* Mut und Beharrlichkeit, Geduld und Augenmaß beim Anpacken dieser Fragestellungen und der Kongresspräsidentin Frau Prof. *G. Nöldge-Schomburg* einen erfolgreichen DAC 2005.

Im Dezember 2004

Claude Krier