

Einladung zum DAC 2007

Anästhesiologie: Herausforderungen und Orientierung



Es gibt keinen guten Wind für den, der nicht weiß, wo er hin will

(Wilhelm von Oranien)

Krankenhausmedizin unter Druck

Die Diagnose ist eindeutig: der wirtschaftliche Druck auf die Krankenhäuser ist lebensbedrohlich geworden – zumindest für die Krankenhäuser. Kostensteigerungen durch die Tarifierhöhungen, steigende Energiepreise und Mehrwertsteuererhöhung sind nicht gegenfinanziert, die Rationalisierungsreserven vielfach ausgeschöpft. Die Krankenhäuser der Maximalversorgung stehen zusätzlich vor dem Problem sinkender Erlöse durch die Konvergenz der Basisfallpreise. Die therapeutische Strategie ist ebenso klar: Reduktion der Personalkosten, vor allem im ärztlichen Dienst und im Pflegedienst, die 2/3 bis 4/5 der Gesamtkosten ausmachen. Der Spagat zwischen Personalkostenabbau und Wahrung oder gar Steigerung der Versorgungsqualität ist schwierig. Jüngstes Rezept: Hochqualifizierte Stellen im ärztlichen Dienst und Pflegedienst sollen eingespart werden, indem diese Berufsgruppen von Tätigkeiten entlastet werden, die genauso gut von geringer qualifiziertem – und geringer bezahltem – Personal erbracht werden können.

Auch und gerade Anästhesieeinrichtungen werden sich damit auseinandersetzen müssen, da Operationsabteilungen und Intensivseinheiten zu den (personal)kostenintensivsten Bereichen zählen und der Blick der kaufmännischen Leitungen zwangsläufig auf diese Bereiche fokussiert. Dabei spricht zunächst einmal nichts dagegen, Pflegekräfte von „pflegefremden“ Tätigkeiten und Ärzte von „nichtärztlichen“ Tätigkeiten zu entlasten. Im Gegenteil: Derartige Ansätze werden von den „Betroffenen“ sicher wohlwollend zur Kenntnis genommen und unterstützt. Schließlich kommt das „Kerngeschäft“ angesichts vielfacher Aufgaben häufig zu kurz. Die Geister scheiden sich aber dann, wenn es darum geht festzulegen, was denn nun „nichtärztliche“ oder „pflegefremde“ Tätigkeiten sind. Die Krankenpflege jedenfalls ist immer noch in zwei Lager gespalten, von denen das eine die Übernahme sog. „ärztlicher“ Tätigkeiten (z.B. Blutabnahmen, Venen-

punktionen) ablehnt und sich ganz auf somatische und psychosoziale Pflegeaspekte konzentrieren will, während das andere Lager sich durchaus auch eine Übernahme ärztlicher Tätigkeiten vorstellen kann, die die Ärzte ohne Not gar nicht abgeben möchten, z.B. die Anästhesieführung [1]. Auch der ärztliche Dienst – bisher gewohnt alles das zu tun, was andere nicht machten – ist nun gefordert, sich damit auseinanderzusetzen, was ureigenste ärztliche Tätigkeit ist – und tut sich teilweise schwer damit: beispielsweise bei der Anamneseerhebung, der Ultraschalluntersuchung von Gefäßen und dem Management der Stationsbelegung (Aufnahmen und Verlegungen).

Vereint finden sich alle in der Klage über die stark angestiegene Belastung mit Dokumentations- und Kommunikationsaufgaben wieder. Aber es darf bezweifelt werden, dass das Rad der Medizingeschichte in diesem Bereich zurückgedreht werden wird: Leistungstransparenz ist ohne vereinheitlichte Diagnosen- und Prozedurendokumentation ebenso undenkbar wie Qualitätssicherung ohne Dokumentation der Behandlungsergebnisse und Komplikationen. Auch die gestiegene Kommunikationslast wird sich kaum zurückführen lassen; sie ist Folge der immer stärkeren Spezialisierung und abnehmender personeller Kontinuität in der Hochleistungsmedizin.

Bei unserer täglichen Arbeit sind wir also Winden ausgesetzt, die zunehmend kräftiger und eisiger wehen. Wir müssen als Anästhesisten unsere Position und unsere Ziele klar festlegen, um von diesen Winden nicht orientierungslos davongetragen zu werden.

Aufgaben des Anästhesisten

Entscheidend ist zunächst festzulegen, was das Berufsbild des Anästhesisten ausmacht. Ein Blick in die Weiterbildungsordnung ((M)WBO 2004) hilft [2]. Dort ist das Gebiet „Anästhesiologie“ folgendermaßen beschrieben: „Das Gebiet Anästhesiologie umfasst die Allgemein-, Regional- und Lokalanästhesie einschließlich deren Vor- und Nachbehandlung, die Aufrechterhaltung der vitalen Funktionen während operativer und diagnostischer Eingriffe sowie intensivmedizinische, Notfallmedizinische und schmerztherapeutische Maßnahmen.“

Zwei Themen dominieren damit unser Fachgebiet: Das erste Thema ist das der Anästhesie, der Empfindungslosigkeit gegenüber Schmerz und Berührung. Es ist Aufgabe des Anästhesisten, anders nicht durchführbare medizinische und meist die Körperintegrität gefährdende und verletzende Eingriffe (Operationen, therapeutische Interventionen, diagnostische Maßnahmen) so sicher und angenehm wie möglich für den Patienten zu machen, dabei optimale Bedingungen für den durchzuführenden Eingriff zu schaffen und zu dessen Ergebnissicherung beizutragen. Die damit verbundene Expertise prädestiniert den Anästhesisten zugleich auch zur Wahrnehmung bestimmter Aufgaben in der Schmerztherapie. Das zweite Thema ist ▶

► die Sicherung der Vitalfunktionen, oder die Wahrung der Homöostase, wie der kürzlich verstorbene Erich Rügheimer es formulierte. Anästhesiologische Expertise ist immer dann erforderlich, wenn die Vitalfunktionen des Patienten während des Eingriffs beeinträchtigt werden oder in besonderem Maße gefährdet sind. Eine Beeinträchtigung bzw. Gefährdung der Vitalfunktionen kann aus Art und Umfang des erforderlichen Anästhesieverfahrens, aus dem durchzuführenden Eingriff selbst, aus Begleiterkrankungen des Patienten oder aus einer Interaktion dieser Faktoren resultieren. Die Expertise in der perioperativen Sicherung der Vitalfunktionen prädestiniert den Anästhesisten zugleich auch zur Wahrnehmung dieser Aufgaben in der perioperativen Intensivmedizin und in der Notfallmedizin.

Wir sind Partner der Chirurgen!

Wir möchten unsere spezielle medizinische Expertise in die Behandlung einbringen, eine Expertise, von der der Patient profitieren soll. Nicht mehr, aber auch nicht weniger. Und diese Expertise reicht durchaus über den OP hinaus. Unbestritten sucht sich der Patient in der Regel das Krankenhaus oder den Chirurgen aus. Dass der Patient seine Wahl des Krankenhauses wegen des Anästhesisten trifft, ist eine seltene Ausnahme. Dies gilt entsprechend aber auch für viele andere Fachgebietsvertreter, die in die Behandlung einbezogen werden. Aus Sicht des Patienten ist entscheidend, dass alle beteiligten Ärzte kompetent sind und dass vorhandene Kompetenz auch genutzt wird, so auch die des Anästhesisten in der perioperativen Behandlung. Erfahrungen aus Skandinavien belegen, dass der Patient von einer Einbeziehung des Anästhesisten in die stationäre Behandlung in der Tat profitieren kann [3]. Voraussetzung dafür ist der gemeinsame Wille zur interdisziplinären Zusammenarbeit. Die dann geteilten Zuständigkeiten und Verantwortlichkeiten sollten in gemeinsamen Vereinbarungen verbindlich festgelegt werden, wie sie beispielhaft für den Bereich der postoperativen Schmerztherapie vorliegen [4].

Die Intensivmedizin ist eine interdisziplinäre Aufgabe!

Da Intensivmedizin kein eigenes medizinisches Fachgebiet ist, werden die intensivmedizinischen Betteneinheiten je nach Leistungsspektrum und Größe eines Krankenhauses organisatorisch unterschiedlich zu gliedern sein. Diese Organisation der Intensivmedizin ist aktuell wieder Gegenstand der Diskussion. Der Vorstand der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) hat jedoch bereits 1974 wegweisende „Richtlinien für die Organisation der Intensivmedizin in den Krankenhäusern“ formuliert [5]. Darauf basierend ist die Intensivmedizin in den letzten drei Jahrzehnten an den deutschen Krankenhäusern organisiert worden. Die darin enthaltenen Ausführungen zur ärztlichen Leitung sind laut Aussage der DKG immer noch aktuell. Neben den fachgebundenen hat es und wird es auch in

Zukunft immer interdisziplinäre Intensiveinheiten geben. Für die Zusammenarbeit und Leitung solcher Einheiten gilt die Tatsache, dass es eine unteilbare ärztliche Verantwortung in der modernen Medizin nicht gibt. Will man eine bestmögliche medizinische Versorgung der Patienten sicherstellen, müssen Ärzte unterschiedlicher Fachgebiete zusammenarbeiten – und damit auch die Verantwortung teilen. Die mediko-legalen Rahmenbedingungen für diese Zusammenarbeit sind von der Rechtsprechung in der Vergangenheit festgelegt worden. Ulsenheimer [6] hat diesen Rahmen in fünf Bedingungen zusammengefasst:

- grundsätzliche Beschränkung der ärztlichen Tätigkeit auf Leistungen innerhalb der Fachgebietsgrenzen,
- Wahrung des sog. Facharztstandards,
- Teilbarkeit der Verantwortung entsprechend der Aufgabenteilung,
- Vertrauensgrundsatz zwischen den (mit-)behandelnden Fachvertretern sowie
- Koordinationspflicht.

Im Rahmen der Aufgabenteilung sind die Zuständigkeiten der beteiligten Fachvertreter, vor allem in Überschneidungszonen genau festzulegen, insbesondere auch um Zuständigkeitslücken zu vermeiden. Dies ist beispielhaft in einer gemeinsamen Empfehlung der Deutschen Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin und des Berufsverbandes Deutscher Anästhesisten auf der einen und der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie und des Berufsverbandes der Deutschen Chirurgen auf der anderen Seite gelungen. Diese Empfehlungen zur Ausstattung und Organisation interdisziplinärer operativer Intensiveinheiten (IOI) sind in diesem Heft abgedruckt [7].

Es muss betont werden, dass die interdisziplinäre Zusammenarbeit der ärztlichen Fachgebiete in der Intensivmedizin mit solchen Vereinbarungen keineswegs auf die „konsiliarische“ Ebene beschränkt wird und werden darf. So sieht die Vereinbarung zwischen Chirurgen und Anästhesisten vor, dass der Chirurg auch auf einer Intensivstation unter anästhesiologischer Leitung für Diagnostik und Behandlung des chirurgischen Grundleidens seiner dort behandelten Patienten verantwortlich zuständig bleibt. Der Chirurg bleibt gemäß dem Grundsatz der horizontalen Arbeitsteilung „(mit-) behandelnder Arzt und damit in voller Verantwortung für den Patienten bezüglich des Grundleidens, d.h. seines Fachgebietes.“ Intensivmedizinische Behandlung geschieht dabei „auf gleicher Augenhöhe“ zwischen Intensivmediziner und dem das Grundleiden behandelnden Arzt, in diesem Falle dem Chirurgen.

Zuständigkeiten in einer zunehmend arbeitsteiligen Medizin formal zu regeln, ist wichtig. Noch wichtiger jedoch für den Patienten ist die medizinische Kompetenz der ihn behandelnden Ärzte. Interdisziplinäre Intensivstationen sollten deshalb von dem Fachgebietsvertreter geleitet werden, der über die höchste intensivmedizinische Kompetenz vor Ort verfügt. Ein wichtiges Qualitätskriterium für intensivmedizinische Kompetenz ist die Zusatzweiterbildung in Intensivmedizin. Dabei schafft die aktuelle Weiterbildungsordnung auch die berufsrechtlichen Rahmenbedingungen für interdisziplinäre Intensivstationen, indem sie bei der intensivmedizinischen Zusatzweiterbildung im Fachge-

► bietet Anästhesiologie als Weiterbildungsinhalt ausdrücklich die „Behandlung intensivmedizinischer Krankheitsbilder in Zusammenarbeit mit den das Grundleiden behandelnden Ärzten“ vorsieht [2]. Daher gehen Warnungen eindeutig fehl, dass ein entsprechend ausgewiesener Anästhesist wegen eines Übernahmeverschuldens haftet, wenn er „die intensivmedizinische Behandlung eines kritisch kranken Intensivpatienten in einem anderen als dem in seinem Gebiet enthaltenden Grundleiden“ durchführt.

Keine Anästhesieführung durch nicht-ärztliches Personal!

Die Helios Kliniken GmbH hatte im Rahmen des MAfA-Projekts bereits einen Versuchsballon gestartet, andere Krankenhausadministratoren schauten begehrlisch darauf. Schließlich schwebt ihnen als Ziel vor Augen, ca. 30% der Ärzte einzusparen, indem man den ärztlichen Dienst von „nichtärztlichen“ Aufgaben entlastet. Aus ihrer Sicht ist zunächst unverständlich, warum in Deutschland nicht möglich sein soll, was im benachbarten Ausland offensichtlich problemlos funktioniert. Immerhin gibt es keine Daten, die belegen, dass Anästhesien z.B. in der Schweiz gefährlicher sind als z.B. in Deutschland, wo das Prinzip „Ein Anästhesist pro Anästhesierten“ gilt.

BDA und DGAI haben sich daher wieder einmal und intensiv mit dieser Frage auseinandergesetzt, u.a. in zwei Klausurtagungen. Die Ergebnisse der zweiten Klausurtagung, die am 27. und 28. Februar 2007 in Münster stattfand, sind in diesem Heft abgedruckt [8]. In dieser zweiten Münsteraner Erklärung werden die Aussagen der ersten Erklärung aus dem Herbst 2004 [9] und die Entschließung des BDA „Zulässigkeit und Grenzen der Parallelverfahren in der Anästhesiologie“ [10] noch einmal bestätigt: Parallelanästhesien entsprechen nicht dem deutschen Standard und gehen für diejenigen, die sie dennoch durchführen, mit einem hohen zivil- und strafrechtlichen Risiko einher. Inzwischen hat die Helios Kliniken GmbH reagiert: In einem Schreiben der Geschäftsführung wurden die Chefärzte der Anästhesieabteilungen darauf hingewiesen, dass „der Einsatz entsprechend qualifizierter Pflegekräfte ausschließlich unter Beachtung und im Rahmen der als verbindlich anerkannten Grundsätze der Fachgesellschaften oder Berufsverbände erfolgen darf“ [11].

Dies darf als Sieg, zumindest als Etappensieg der medizinischen Vernunft gewertet werden. Es gibt zwar keine Daten, die eine unterschiedliche Ergebnisqualität der diversen „Anästhesiegeber“-Systeme im internationalen Vergleich belegen. Es gibt also demnach auch keine Daten, die belegen würden, dass andere Modelle genauso sicher sind wie unser „Ein-Anästhesist-pro-Anästhesierten“-System. Es gibt aber eine Vielzahl von Daten – auch aus unserem Fachgebiet – die belegen, dass die Ergebnisqualität mit der beruflichen Kompetenz steigt. Und man darf getrost davon ausgehen, dass die berufliche Kompetenz eines Arztes in aller Regel spätestens nach einem Jahr Berufserfahrung in der Anästhesie höher anzusetzen ist als die einer Krankenpflegekraft mit einer speziellen Weiterbildung in Anästhesie. Es ist ganz einfach

plausibel, dass Ärzte auf Grund ihrer besseren Ausbildung „einen besseren Job machen“. Das zu verleugnen würde unserer Lebenserfahrung widersprechen. Auch für die Pulsoximetrie konnte bislang kein Einfluss auf die Ergebnisqualität demonstriert werden – und dennoch: es ist plausibel, sie einzusetzen – wer wollte darauf verzichten? Die Pulsoximetrie ist ebenso wie das „Ein-Anästhesist-pro-Anästhesierten“-System ein unmittelbar plausibles Merkmal der Strukturqualität.

Wir brauchen Fachpflegekräfte für „Anästhesie und Intensivmedizin“!

In den Vorstandsetagen der Großkrankenhäuser und Krankenhausketten wird über eine Trennung von Anästhesie- und Intensivpflege nachgedacht. Diese Kombination sei nicht mehr zeitgemäß, einen Wechsel zwischen beiden Bereichen gebe es kaum mehr und der Anästhesieanteil in der Weiterbildung sei zu gering. Dagegen verspricht man sich von einer Zusammenführung von Anästhesie- und OP-Funktionsdienst eine Möglichkeit zur Personalkostenreduktion im OP-Bereich.

Ohne Frage müssen sich die im OP arbeitenden Berufsgruppen so gut wie möglich gegenseitig unterstützen und ergänzen. Aber die Zusammenführung von Anästhesie- und OP-Funktionsdienst bei gleichzeitiger Abkopplung der Intensivpflege würde eine komplette Revision der augenblicklichen Fachweiterbildung in der Pflege bedeuten, würde das „Aus“ für das Berufsbild der Anästhesieschwester/des Anästhesiepflegers sein. Allein der Vergleich der Weiterbildungsinhalte für die/den OP-Schwester/-pfleger und die/den Anästhesieschwester/-pfleger zeigt große Unterschiede, die sich wohl kaum in ein gemeinsames zweijähriges Weiterbildungscurriculum zwingen lassen. Und könnte dieses Zwitterwesen dann auch noch die Aufgaben der Intensivpflege im OP übernehmen? Schließlich hat die Anästhesie immer häufiger den Charakter einer intraoperativen Intensivtherapie, die das eigentliche Betäubungsverfahren fast zu einer Nebentätigkeit werden lässt. Dies gilt auch und gerade für die unmittelbar postoperative Phase in den Aufwacheinheiten, die als Puffer bei fehlenden intensivmedizinischen Kapazitäten dienen.

Festzuhalten ist daher, dass die augenblickliche Fachweiterbildung Anästhesie/Intensivpflege aus anästhesiologisch-fachlicher Sicht im Großen und Ganzen dem Anforderungsprofil an Anästhesieassistentenpersonal entspricht. Unbefriedigend ist zurzeit lediglich der im Vergleich zu früher relativ geringe Anteil anästhesiebezogener Weiterbildungsinhalte. Aber dieser „Schönheitsfehler“ kann ohne Umstrukturierung ganzer Berufsbilder behoben werden. So ist es DGAI, BDA und der Landesarbeitsgemeinschaft der Weiterbildungsstätten NRW nach einer Klausurtagung in Münster 2004 gelungen, das Gesundheitsministerium in NRW zu überzeugen, die praktischen Einsatzzeiten in der Anästhesie innerhalb der Weiterbildung zur Fachgesundheits- und Kinder-/Krankenschwester, -pfleger in der Intensivpflege und Anästhesie zu erhöhen. So konnten ab 2005 die praktischen Pflichteinsatzzeiten der Weiterbildungsteilnehmer in der Anästhesie von 150 auf ►

► 350 Stunden erhöht werden (Drittes Befristungsgesetz vom 5.4.2005 (GV. NRW. S. 306) in Kraft getreten am 28. April 2005; Artikel 62). Zudem besteht die Möglichkeit, theoretische Inhalte aus beiden Fachgebieten innerhalb des Curriculums verstärkt miteinander zu verknüpfen und somit inhaltliche Schwerpunkte der Anästhesie stärker zu betonen.

Die Weiterbildung stärken!

Haben wir einen Ärztemangel in Deutschland? Haben wir einen in der Anästhesie? Wird es in Zukunft einen geben? Im Prinzip bildet Deutschland mit ca. 11.000 Medizinstudenten pro Jahr mehr Ärzte aus, als es bei einem projizierten Ersatzbedarf von altersbedingt 3-4.000 aus dem klinischen Berufsleben ausscheidenden Kollegen braucht. Aber dass es trotzdem zumindest einen punktuellen Ärztemangel gibt, ist unbestreitbar: der Anzeigenteil des Deutschen Ärzteblatts umfasst mittlerweile 50 Seiten, 28,4% der Krankenhäuser melden laut DKI-Umfrage unbesetzte Stellen. In den Krankenhäusern klagen vor allem die Chirurgen über Nachwuchsmangel, aber auch Anästhesieabteilungen in strukturschwachen Regionen sind betroffen. Es gibt viele Ursachen, sie lassen sich aber auf einen gemeinsamen Nenner bringen: es gibt für frisch approbierte Ärzte lockende Alternativen zur unattraktiven klinisch-medizinischen Tätigkeit in Deutschland. Der aufgestaute Unmut derer, die dennoch diesen Weg gewählt haben, hat sich ja während der Ärztestreiks im vergangenen Jahr ausdrucksstark Bahn gesucht.

In den medizinischen Fachgesellschaften und den Berufsverbänden ist man sich weitgehend einig: statt an den Symptomen herumzukurieren, sollte man eine kausale Therapie anstreben, also die Attraktivität der klinischen Tätigkeit wieder steigern. Ein wichtiger Schritt ist die Umgestaltung der Weiterbildung. Denn laut einem aktuellen Gutachten des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung sind neben der Unvereinbarkeit von Familie und Beruf die schlechten Bedingungen während der Weiterbildung Hauptursache dafür, dass aktuell 42% derjenigen, die ein Medizinstudium aufgenommen haben, später nicht mit einer Facharzt Ausbildung beginnen. Entscheidende Änderungen der augenblicklichen Situation werden ohne eine separate Finanzierung der Weiterbildung wohl nicht zu erreichen sein.

Weiterbildung kostet Geld! Die Kosten für die ärztliche Facharztweiterbildung wurden bisher im Rahmen des Selbstkostendeckungsprinzips der Krankenhausfinanzierung getragen. Mit der Konvergenzphase im deutschen DRG-System bekommen nun Häuser mit einem hohen Anteil von Weiterbildungsärzten zunehmend Schwierigkeiten: Prozesse (z.B. Operationen) dauern länger, Anleitung und Supervision sind erforderlich, wo sie vernachlässigt werden entstehen vermeidbare Kosten durch eigentlich überflüssige Untersuchungen. Wären da nicht die im Vergleich zu den älteren Fachärzten durchschnittlich niedrigeren Gehälter der Berufsanfänger, wer würde sie überhaupt noch einstellen wollen?

Forschung ist die Seele unserer Profession!

Unser Fachgebiet, die Anästhesiologie, hat sich entwickelt weil Anästhesisten fundamentale Beiträge zur Gesundheitsversorgung geleistet haben, in den Operationssälen, auf den Intensivstationen, in der Notfallmedizin und in der Schmerztherapie. Durch diese Beiträge wurden Anästhesisten, wurde die Anästhesiologie wichtig für die Medizin. Diese Position kann nur gehalten werden, wenn weiterhin wichtige Impulse für die Gesundheitsversorgung aus unserem Gebiet kommen. Es ist Charakteristikum einer Profession, dass diejenigen, die sie ausüben, entscheiden, was sie tun und wie sie es tun. Wenn wir nicht zu Technikern werden wollen, die eine festgelegte Dienstleistung erbringen, müssen wir die Kontrolle über das Produkt unserer Tätigkeit behalten. Dies erfordert eine kontinuierliche akademisch-intellektuelle Auseinandersetzung mit der klinischen Arbeit, das Erkennen von Problemen, die Formulierung von Fragestellungen und deren systematische Bearbeitung in Labor bzw. Klinik. Nicht jeder Anästhesist muss deswegen auch wissenschaftlich tätig sein, aber jeder Anästhesist muss sich der Bedeutung der Forschung für die Wertschätzung auch seines beruflichen Wirkens bewusst sein.

Wir müssen unseren Wert im Behandlungsprozess belegen!

Ist die Anästhesie nur etwas, um das man nicht umhin kann, dessen Kosten es aber zu minimieren gilt? Aus Sicht des Patienten wohl nicht. Aus Sicht derer, die die Anästhesieleistungen im Rahmen der innerbetrieblichen Verrechnung zu bezahlen haben – in der Regel die Chirurgen – schon eher.

Schnell wird da der Ruf nach „Outsourcing“ laut – andere böten schließlich die gleiche Leistung billiger an. Nun mag es aus betriebswirtschaftlicher Sicht günstiger sein, Anästhesieleistungen von außen einzukaufen, statt sie selber zu erbringen. Und wenn die gleiche Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität von anderen tatsächlich billiger zu haben ist als von einer eigenen Anästhesieabteilung, dann ist dagegen aus dieser Perspektive auch nichts einzuwenden. Outsourcing bedroht aber die Weiterbildung ärztlichen Nachwuchses – warum sollte sich ein ökonomisch agierender Anbieter einer Dienstleistung der Weiterbildung annehmen? Outsourcing bedroht auch die Weiterentwicklung der Anästhesie – warum sollte ein „Dienstleister“ auch wissenschaftlich tätig sein? Outsourcing resultiert in einer Deakademisierung der Anästhesie – langfristig gesehen: Rückschritt durch Stillstand.

Schon kurzfristig problematisch für die Wahrung der etablierten Anästhesiequalität ist die Fokussierung auf die Kosten der Anästhesie, ohne dabei auch den postoperativen Verlauf zu beachten, der auf vielerlei Art auch von der Anästhesie beeinflusst werden kann. Investitionen in die ►

► Anästhesie können sich da unter dem Strich durchaus lohnen, für den Patienten und für das Haus. Es kommt also darauf an, den Gesamtprozess der Krankenhausbehandlung im Auge zu behalten. Anästhesisten werden sich allerdings darauf einstellen müssen, beispielsweise plausibel zu machen, warum eine „teure“ Kombinationsanästhesie mit anschließender PCEA aus Sicht des Gesamtprozesses besser und billiger ist als die reine Allgemeinanästhesie mit anschließender systemischer Analgesie [12].

Sehr geehrte Kolleginnen und Kollegen,

die Zeiten sind unruhig, mächtige ökonomische Kräfte sind am Werk, deren Auswirkungen auf unser Fach, die Anästhesiologie, nur schwer abzuschätzen sind. Einige bereits erkennbare Herausforderungen habe ich angeführt, habe zugleich versucht, unsere Position als Anästhesisten zu bestimmen und eine Orientierung für die zukünftige Ausrichtung zu geben. Ob es uns als Fachgebiet gelingen wird, diese Ziele zu erreichen, hängt auch von jedem Einzelnen von Ihnen ab:

**Gut ist der Vorsatz,
aber die Erfüllung schwer
(Johann Wolfgang von Goethe).**

H. Van Aken

Referenzen:

1. Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe: Die Zukunft der Pflege im Krankenhaus. DBfK-Verlag, Hauptstr. 90 in 65812 Bad Soden, www.dbfk.de.

2. (Muster-)Weiterbildungsordnung. www.bundesaerztekammer.de
3. **Foss NB, Christensen DS, Krasheninnikoff M, et al.** Postoperative rounds by anaesthesiologists after hip fracture surgery: a pilot study. Acta Anaesthesiol Scand 2006;50:437.
4. Vereinbarung zur Organisation der postoperativen Schmerztherapie des BDA und des BdCh. Anästh Intensivmed 1993;34:28 (www.dgai.de).
5. Deutsche Krankenhausgesellschaft. Richtlinien für die Organisation der Intensivmedizin in den Krankenhäusern. Das Krankenhaus 1974;11:457.
6. **Ulsenheimer K.** Rechtliche Rahmenbedingungen für die Zentralisierung der operativen Intensivseinheiten, in: Kühlen, Putensen, Quintel (Hrsg.): Jahrbuch der Intensivmedizin 2006, Berlin 2006: 342.
7. Gemeinsame Empfehlungen der Deutschen Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin und des Berufsverbandes Deutscher Anästhesisten sowie der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie und des Berufsverbandes der Deutschen Chirurgen zur Ausgestaltung und Organisation interdisziplinärer operativer Intensivseinheiten (IOI). Anästh Intensivmed 2007;47:230 (www.dgai.de).
8. Erneute gemeinsame Stellungnahme des Berufsverbandes Deutscher Anästhesisten (BDA) und der Deutschen Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin (DGAI) zu Zulässigkeit und Grenzen der Parallelverfahren in der Anästhesiologie („Münsteraner Erklärung II 2007“). Anästh Intensivmed 2007;46:pp (www.dgai.de).
9. Münsteraner Erklärung. Gemeinsame Stellungnahme des BDA und der DGAI zur Parallelnarkose. Anästh Intensivmed 2005;46:32 (www.dgai.de).
10. Zulässigkeit und Grenzen der Parallelverfahren in der Anästhesiologie. Entschliebung des BDA Anästh Intensivmed 1989;30:56 (www.dgai.de).
11. **Flintrop J.** Parallelnarkosen. Helios entschärft umstrittenes Konzept. Dt Ärzteblatt 2007;104:A694.
12. **Brodner G, Mertes N, Buerkle H, Marcus MAE, van Aken H.** Acute pain management: analysis, implications and consequences after prospective experiecnre with 6,349 patients. Europ J Anesthesiology 2000;17:566.



Durch Fakten zur Qualität

54. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft
für Anästhesiologie und Intensivmedizin

5. - 8. MAI 2007
Congress Center
HAMBURG

