

## „Nichts ist beständiger als der Wandel“

(Heraklit, 520–460 v. Chr.)

In dieser Ausgabe von Anästhesiologie und Intensivmedizin finden Sie eine Übersicht zur neuen Klassifikation der American Society of Anesthesiologists (ASA) sowie weiterführende Erläuterungen hierzu. 1940 beauftragte die US-Amerikanische Fachgesellschaft eine Gruppe von Experten, eine allgemeingültige Klassifikation des präoperativen „Physical Status“ der Patienten zu entwickeln. Im Folgejahr wurde dann die erste ASA-Klassifikation von Saklad [1] veröffentlicht, in der vier verschiedene Grade definiert wurden. Diese Klassifikation wurde danach mehrfach modifiziert und liegt jetzt in der aktuellen Version mit insgesamt sechs Einteilungskategorien vor. Die Implikationen dieser neuen Klassifikation und deren Anwendung werden in dem Artikel von Böhmer et al. [2] detailliert dargestellt.

Neben der wesentlichen Bedeutung der ASA-Klassifikation für die Anästhesiologie im Rahmen der präoperativen Evaluation und Risikoeinschätzung ist ein zentraler Punkt, dass dieses Scoringinstrument mittlerweile breite Anwendung in der gesamten Medizin erlangt hat. So wird die ASA-Klassifikation nicht nur von unseren operativen Partnern herangezogen, um den präoperativen Patientenstatus zu beschreiben, sondern auch von nicht operativ tätigen KollegInnen wird das Regelwerk umfangreich verwendet. Darüber hinaus ist hervorzuheben, dass sich nahezu alle Qualitätssicherungsmaßnahmen in der operativen Medizin bei der Erkrankungsschwere eines Patienten auf den ASA-Status berufen. Somit stellt die ASA-Klassifikation eines der am längsten

etablierten Scoringssysteme in der Medizin dar und ist sicher das Werkzeug, das den präoperativen Patientenzustand am besten beschreibt.

Allerdings war bereits den Erstellern der ersten Version der ASA-Klassifikation klar, dass diese die klinische Realität nicht vollständig abbilden kann. So ist die Unterteilung in „nur“ sechs Kategorien mutmaßlich noch zu grob und damit die Trennschärfe nicht perfekt. Der Unterschied z. B. zwischen einer milden und schweren systemischen Erkrankung des individuellen Patienten in der klinischen Praxis wird sich damit in einzelnen Fällen nicht präzise bestimmen lassen.

Ein weiteres Problem stellt der „Anwenderfehler“ dar. So konnten mehrere Untersuchungen nachweisen, dass auch erfahrene AnästhesiologInnen bei der Kategorisierung der gleichen Patienten zu unterschiedlichen Resultaten kamen. Daher ist es zu begrüßen, dass in der aktualisierten ASA-Klassifikation nun zahlreiche Beispiele für Einkategorisierungen sowie auch eine Ergänzung für schwangere Patientinnen und Kinder eingearbeitet wurden. Dies sollte einen wichtigen Beitrag leisten, die Qualität der Kategorisierung in Risikogruppen zu verbessern. Ob diese Einschätzung korrekt ist, sollte jedoch prospektiv untersucht werden.

Die Anästhesiologie kann auf die geschaffene Klassifikation stolz sein. Es lässt sich daran auch erkennen, dass AnästhesiologInnen offensichtlich die richtige Fachdisziplin sind, um die präoperative Staturerhebung von Patienten und deren sich daraus ergebenden perioperativen

Risiken am besten einzuschätzen. Hierbei wie auch beim ASA-Score beziehen wir uns nicht nur auf einzelne Krankheitsentitäten oder Morbiditäten, sondern betrachten den Patienten in seiner Gesamtheit. Dies ist genau die anästhesiologische ärztliche Kernkompetenz und der ASA-Score bringt dies für alle eindeutig zum Ausdruck.

Gerade die fortlaufende Anpassung der Klassifikation zeigt die Flexibilität unseres Faches, sich mit sich verändernden Situationen auseinanderzusetzen und daraus die optimale Behandlung abzuleiten. Daher freuen wir uns, den ASA-Score seit über 80 Jahren als die zentrale periinterventionelle Risikoklassifikation in der Medizin zu haben, und ermutigen die LeserInnen der Anästhesiologie & Intensivmedizin, sich mit der vorliegenden neuen Version intensiv zu befassen und diese entsprechend einzusetzen.

*Frank Wappler*

**Prof. Dr. med. Frank Wappler**  
Präsident der DGAI

*Götz Geldner*

**Prof. Dr. med. Götz Geldner M. A.**  
Präsident des BDA

### Literatur

1. Saklad M: Grading of patients for surgical procedures. *Anesthesiology* 1941;2:281–284
2. Böhmer A, Defosse J, Geldner G, Rossaint R, Zacharowski K, Zwißler B, et al: Die aktualisierte Version der ASA-Klassifikation. *Anästh Intensivmed* 2021;62:223–228. DOI: 10.19224/ai2021.223