



Herz- und Gefäß-Klinik
Bad Neustadt a. d. Saale
Medizinische Exzellenz aus Tradition

46. BAT



Garmisch-Partenkirchen
Kongresszentrum
7. – 8. Oktober 2016

Ist Anästhesie outcomerelavant?

Anästhesie: Zwischen Eminenz und Evidenz

Klinik für Anästhesie
und Intensivmedizin
Chefarzt:
PD Dr M. Dinkel MBA



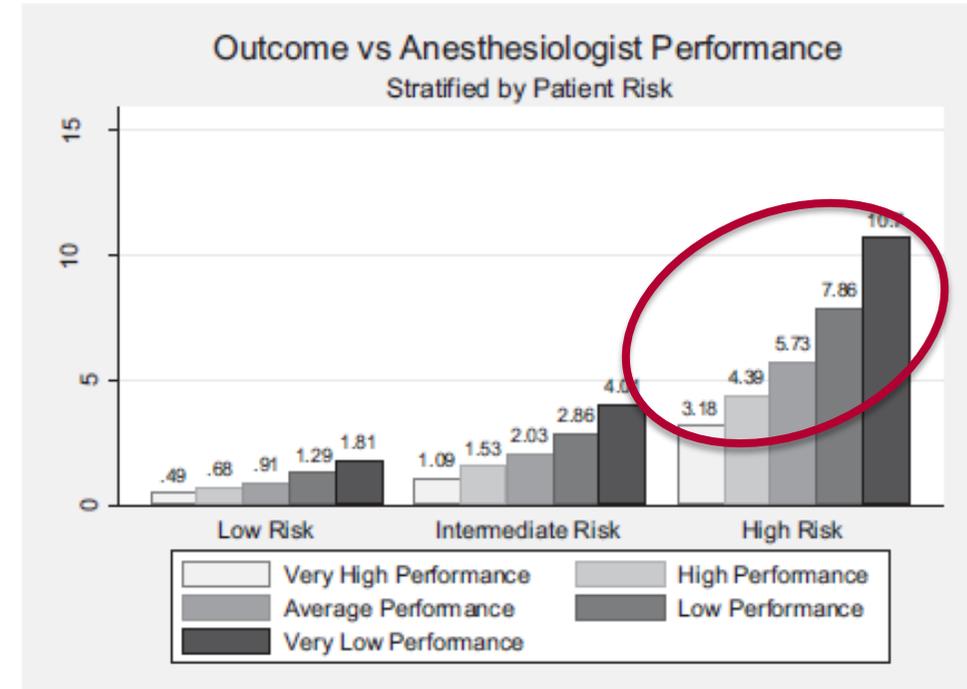
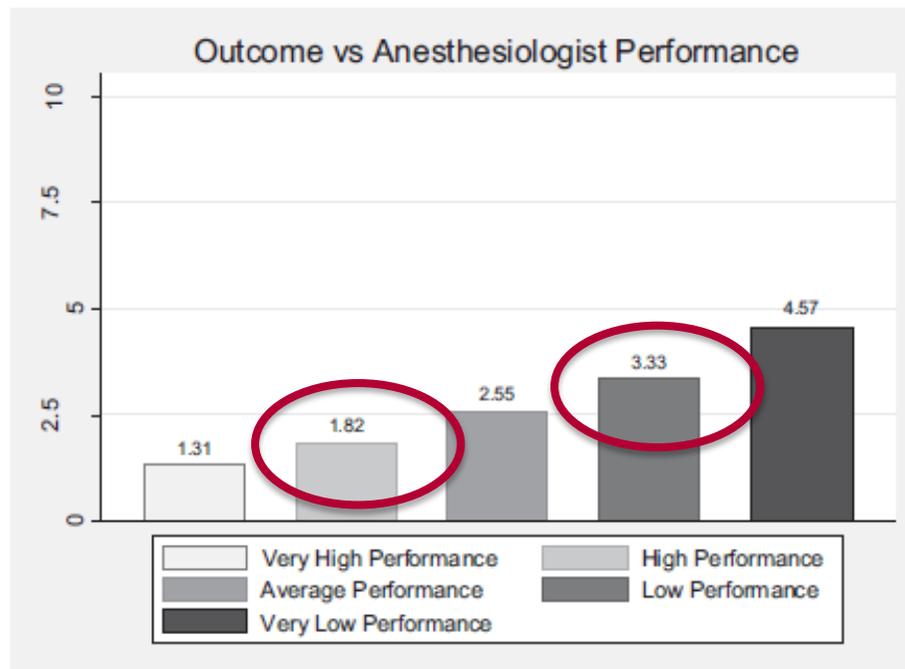
M.Dinkel, 46. Bayerische Anästhesietage
8.Oktober 2016, Garmisch Partenkirchen



anaesthesie-bad-neustadt.de

The Impact of Anesthesiologists on Coronary Artery Bypass Graft Surgery Outcomes

Laurent G. Glance, MD,*† Arthur L. Kellermann, MD, MPH,‡ Edward L. Hannan, PhD, MS,§
Lee A. Fleisher, MD,|| Michael P. Eaton, MD,* Richard P. Dutton, MD, MBA,¶ Stewart J. Lustik, MD, MBA,*
Yue Li, PhD,# and Andrew W. Dick, PhD†



CONCLUSIONS: The rate of death or major complications among patients undergoing coronary artery bypass graft surgery varies markedly across anesthesiologists. These findings suggest that there may be opportunities to improve perioperative management to improve outcomes among high-risk surgical patients. (Anesth Analg 2015;120:526–33)



www.anesthesia-analgesia.org

EDITORIAL

Anesthesiologists Make a Difference

Steven L. Shafer, MD

March 2015 • Volume 120 • Number 3



IARS

ANESTHESIOLOGIST HAS MORE EFFECT THAN SURGEON ON RISKS OF CABG SURGERY

Nearly Two Times Difference Death or Major Complications between
Anesthesiologists, Reports Anesthesia & Analgesia

Article ID: 630513

Released: 3-Mar-2015 10:10 AM EST

Source Newsroom: International Anesthesia Research Society (IARS)

★ Add to Favorites



Feasibility of Report Cards for Measuring Anesthesiologist Quality for Cardiac Surgery

Laurent G. Glance, MD,* Edward L. Hannan, PhD,† Lee A. Fleisher, MD,‡ Michael P. Eaton, MD,* Richard P. Dutton, MD,§ Stewart J. Lustik, MD,* Yue Li, PhD,|| and Andrew W. Dick, PhD¶

CONCLUSIONS: The impact of anesthesiologists on the total variability in cardiac surgical outcomes was probably about one-fourth as large as the surgeons' contribution. None of the anesthesiologists caring for cardiac surgical patients in New York State over a 3+ year period were identified as performance outliers. The use of a performance metric based on death or major complications for P4P may not be feasible for cardiac anesthesiologists. (Anesth Analg 2016;122:1603–13)

Notice of Retraction

www.anesthesia-analgesia.org

Steven L. Shafer, MD

As explained by Glance and Dick,¹ the findings of the 2015 article “The Impact of Anesthesiologists on Coronary Artery Bypass Graft Surgery Outcomes”² are incorrect because of flawed statistical analysis. The article is therefore retracted. The data in the retracted article are a subset of a revised analysis appearing in this issue of *Anesthesia & Analgesia*.³

The authors' diligence in identifying the error and correcting the analysis is acknowledged with appreciation.

REFERENCES

1. Glance LG, Dick AW. In response. *Anesth Analg* 2016;122:1722–9
2. Glance LG, Kellermann AL, Hannan EL, Fleisher LA, Eaton MP, Dutton RP, Lustik SJ, Li Y, Dick AW. The impact of anesthesiologists on coronary artery bypass graft surgery outcomes. *Anesth Analg* 2015;120:526–33
3. Glance LG, Hannan EL, Fleisher LA, Eaton MP, Dutton RP, Lustik SJ, Li Y, Dick AW. Feasibility of report cards for measuring anesthesiologist quality. *Anesth Analg* 2016;122:1603–13

May 2016 • Volume 122 • Number 5



Anästhesie-Outcome: **Agenda**

Anästhesie: **Zwischen Eminenz und Evidenz**

1. Derzeitiger Stand

Garant für perioperative Sicherheit
Umfassender Dienstleister

2. Probleme und Herausforderungen für die Zukunft

Anästhesie im Spannungsfeld Patient, Mitarbeiter, Ökonomie
Zwischen Eminenz und Evidenz

3. Lösungsansätze und (persönliches) Fazit

Must Knows, Don't Knows
Ein Blick zurück nach vorne



Anästhesie: **Zwischen Eminenz und Evidenz**

1. Derzeitiger Stand

Garant für perioperative Sicherheit
Umfassender Dienstleister

2. Probleme und Herausforderungen für die Zukunft

Anästhesie im Spannungsfeld Patient, Mitarbeiter, Ökonomie
Zwischen Eminenz und Evidenz

3. Lösungsansätze und (persönliches) Fazit

Must Knows, Don't Knows
Ein Blick zurück nach vorne



Anästhesie: **Mortalität**

- perioperative Mortalität 0,4-4.0% Weiser TG et al 2011
Pearse RM et al 2012

Anästhesieassoziiert vs. anästhesiebedingt?

- 64/100000 Eingriffe -
(1948-52, 10 Unikliniken USA) Beecher et al 1954
- 4,7-5,5/100000 Eingriffe 0,69/100000 Eingriffe*
Lienhart et al 2006
- 8/100000 Eingriffe 0,22/100000 Eingriffe*
(1999-2005, retrospekt Analyse, Todesbescheinigung)
Li et al 2009
- 2,6/100000 Eingriffe **0,7/100000 Eingriffe***
(1999-2010, Kerndatensatz, ASA I/II, keine HCH, NCH, GH)
Schiff JH et al 2014

*Einführung Pulsoximetrie, Kapnometrie

Retrospektive Daten, keine Melderegister, Dunkelziffer, heterogene Definition, schwierige Ursachenzuordnung





Tabelle Ergebnisse der Patientenbefragung zu typischen postoperativen Beschwerden (Stand 1.1.2016)

Keine Übelkeit / Erbrechen	88,1 %
Keine Halsschmerzen/Heiserkeit	96,0 %
Kein Wundschmerz	91,1 %
Ausreichende Schmerztherapie	97,2 %
Keine Kopfschmerzen	87,6 %
Kein Hunger/Durst	90,0 %
Normale Körpertemperatur postoperativ	83,2 %
Kein Frieren/Kältezittern	88,1 %
Kein Harnverhalt	92,5 %
n = 4421	



Der wichtigste Qualitätsindikator und die beste Empfehlung für die Qualität der Anästhesie ist die hohe Patientenzufriedenheit:

Tabelle Ergebnisse der Patientenbefragung zur Patientenzufriedenheit (Stand 1.1.2016)

Mit Anästhesie-Information und Aufklärung zufrieden	99,8 %
Mit Betreuung vor der Narkoseeinleitung voll zufrieden	99,3 %
Mit Betreuung während der Anästhesie voll zufrieden	99,3 %
Mit Betreuung nach der Narkose voll zufrieden	98,6 %
Mit der Narkose insgesamt zufrieden	95,6 %
Das Narkoseverfahren jederzeit wiederwählen	98,4 %

n = 4421

anaesthesie-bad-neustadt.de

Anästhesie: Heute

- geringe narkosebedingte Mortalität (1:200 000)
 - Komplizierte Operationen bei Schwerkranken ohne Altersbegrenzung/Kontraindikation
 - Begleiterscheinungen (Schmerzen, Übelkeit..) werden vermieden bzw beherrscht
- ⇒ **Garant für Sicherheit und Wohlbefinden**



KAIN STOP

Klinik für

Anästhesie

Intensivmedizin

Notfallmedizin

Schmerztherapie

Transfusionsmedizin

OP- Management

Perioperative Medizin



KEIN STOPP

365 Tage 24h

Komplettservice



**Lesen und Schreiben können:
(k)eine Selbstverständlichkeit?**

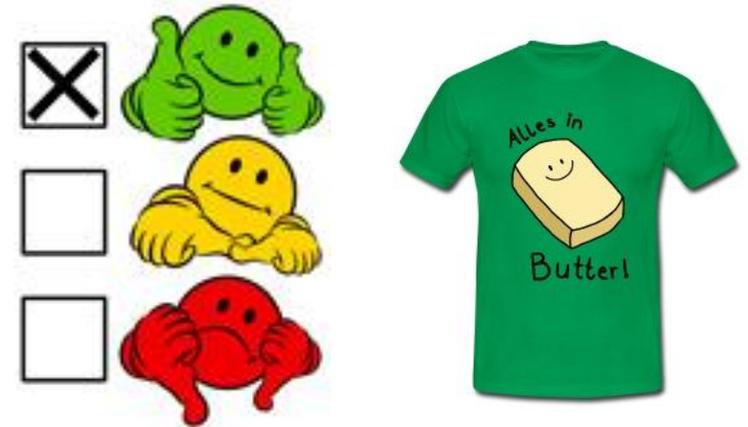
Warum Lesen und Schreiben können **bei deutschsprachigen Erwachsenen**
keine Selbstverständlichkeit ist.



Anästhesie: **Zwischen Eminenz und Evidenz**

1. **Derzeitiger Stand**

Garant für perioperative Sicherheit
Umfassender Dienstleister



2. **Probleme und Herausforderungen für die Zukunft**

Anästhesie im Spannungsfeld Patient, Mitarbeiter, Ökonomie
Zwischen Eminenz und Evidenz

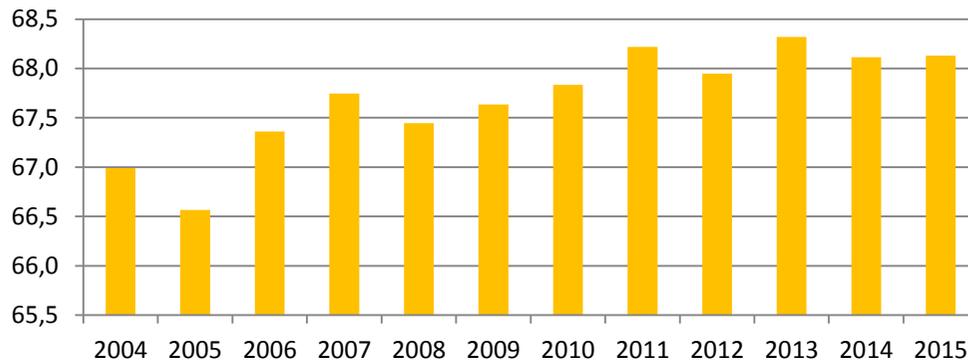
3. **Lösungen und (persönliches) Fazit**

Ein Blick zurück nach vorne
Must Knows, Don`t Knows

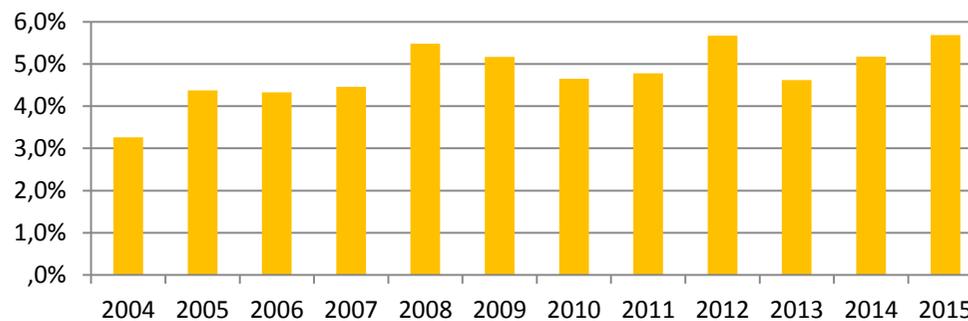


Anästhesie: Herausforderungen

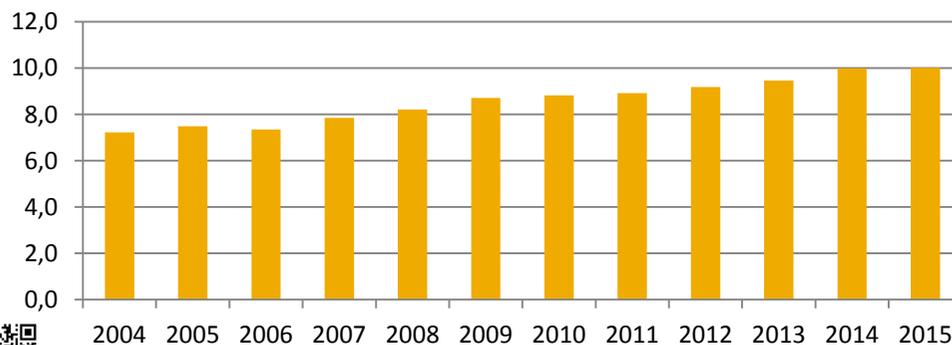
Lebensalter



EF <30%



EuroScore



- Patienten werden älter und kränker (Sicherheitsstandard schwer steiger- bzw haltbar)
- Jährliche Leistungssteigerung (qualitativ, quantitativ 5-8%)

HCH Bad Neustadt/Saale 2004-2015



Anästhesie: Erwartungen

	Bedeutung	Anästhesist zuständig	n = 122
Kurze Nüchternheit	5,5	90%	
Angenehmes Einschlafen	2,2	73%	■ Patient hat klare Erwartungen
Keine Awareness	1,3	70%	(immer anspruchsvoller, kritischer, undankbare
Schmerzfreiheit	1,2	71%	
Optimale Überwachung	1,4	61%	
Stabile Vitalfunktionen	1,4	61%	
Keine Lagerungsschäden	2,7	2%	■ Patient kennt Leistungsspektrum /Zuständigkeit nicht
Perfekte Operation	1,1	0%	(schlecht/falsch informiert)
Wiederaufwachen	1,0	52%	
Rasch hellwach	5,5	53%	
Betreuung Aufwachraum	1,8	2%	
Schmerztherapie postop.	1,8	1%	
Keine Übelkeit	2,0	30%	

Dinkel M et al
Anaesthesist 2000

Anästhesie: Problematik



Vollnarkose – Fakten statt Vorurteile

Montag, 18. April 2016, 12:31 Uhr
Sabrina Schenardi

f 3 t 1 s+ 3 4
Kommentare

40 Prozent der Schweizer Bevölkerung haben Angst vor einer Vollnarkose. Doch noch nie war die Narkose so sicher wie heute. Zehn Fakten, die die Sorgen nehmen könnten.



anaesthesie-info.ch

- Patienten haben Angst vor der Narkose
(Kontrollverlust, Informationsdefizite, Fehlinformationen ...)

Mitarbeiter

... haben klare Vorstellungen von ihrer Life-work balance

(hohe Anforderungen, schwierige Aqoise /Bindung.....)

... sind weniger bereit Verantwortung/Führung zu übernehmen

(passives Verhalten, Ich zentriert....)

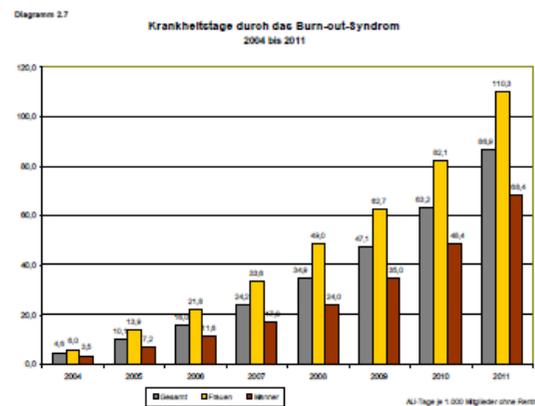
... stoßen zunehmend an Leistungsgrenzen (Anästhesie!)

(zunehmend Risikopatienten, Arbeitsverdichtung ,Fragmentierung, Fremdbestimmung, mangelnde Anerkennung → Fluktuation, Burn out....)



Gesundheitsreport 2012

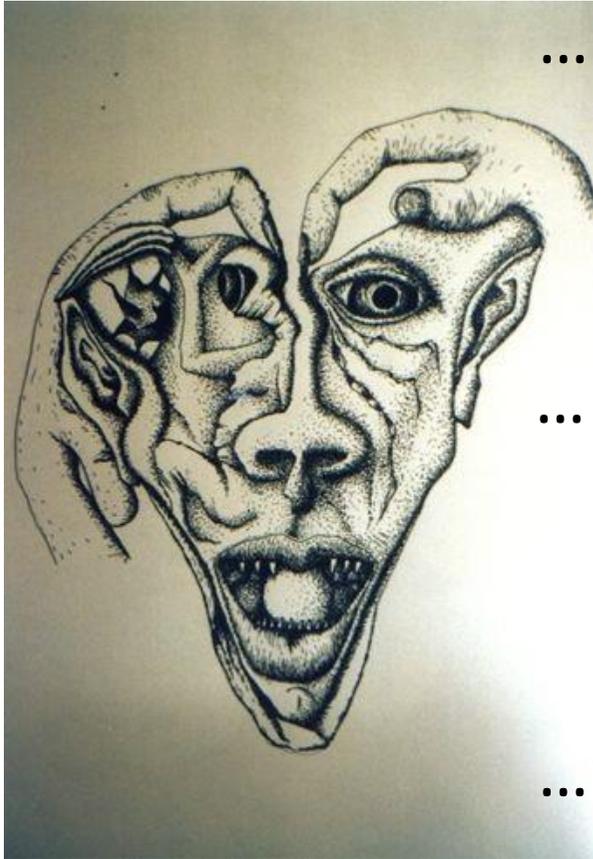
www.bkk.de, 2013



- Fehltag aufgrund Burnout stiegen deutlich an! (Faktor 19)



Ökonomische/politische Rahmenbedingungen



- ... sind politische inkonsequent
(Überkapazitäten vs Arbeitsplätze,
Vollversorgung vs Finanzierbarkeit,
systemimmanente Fehlanreize)
- ... stehen im Widerspruch zum Patientenanspruch
(Patient als Kunde nicht Hilfesuchender,
Anspruch vs gesetzliche Grundlage,
Besonderheiten med. Dienstleistung nicht realisiert)
- ... dominieren zunehmend Medizin
(kurzfristige ökonomische vs langfristige Qualitätsziele,
Monetik vor Ethik ,
Anästhesie als Kostenfaktor und Regulator ...)



Patienten

- ... werden älter, kränker und anspruchsvoller
- ... sind ungenügend bzw falsch informiert
- ... haben Angst vor der Narkose



Mitarbeiter

- ... haben klare Vorstellungen von ihrer Life-work balance
- ... sind weniger bereit Verantwortung/Führung zu übernehmen
- ... stoßen zunehmend an Leistungsgrenzen

Ökonomische Rahmenbedingungen

- ... sind politisch inkonsequent
- ... stehen im Widerspruch zum Patientenanspruch
- ... dominieren zunehmend Medizin (Anästhesie Kostenfaktor)...

Grenzen der evidenzbasierten Medizin



Grenzen der evidenzbasierten Medizin

Luxus



oder



Notwendigkeit ?



- Kosten und Mühen prospektiv randomisierter, kontrollierter Studien

SEP vs. RA bzw genereller Shunt

Apoplexrate 4% Reduktion 1% Power 90%

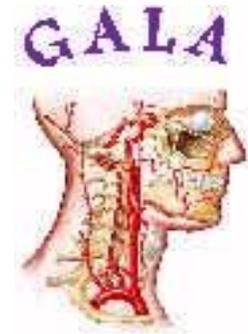
PRCT n= 7295 Eingriffe

350 Eingriffe/Jahr

21 Jahre Studiendauer

ethisch vertretbar ?





General anaesthesia versus local anaesthesia for carotid surgery (GALA): a multicentre, randomised controlled trial

GALA Trial Collaborative Group*

Methods We undertook a parallel group, multicentre, randomised controlled trial of 3526 patients with symptomatic or asymptomatic carotid stenosis from 95 centres in 24 countries. Participants were randomly assigned to surgery under general (n=1753) or local (n=1773) anaesthesia between June, 1999 and October, 2007. The primary outcome was the proportion of patients with stroke (including retinal infarction), myocardial infarction, or death between randomisation and 30 days after surgery. Analysis was by intention to treat. The trial is registered with Current Control Trials number ISRCTN00525237.

	General anaesthesia	Local anaesthesia
Post-surgery or physician follow-up complete	1752	1771
Stroke*	70 (4.0%)	66 (3.7%)
Myocardial infarction	4 (0.2%)	9 (0.5%)
Fatal	1	3
Non-fatal	3	6
Death (any cause)	26 (1.5%)	19 (1.1%)
Stroke (including retinal infarction), myocardial infarction, or death	84 (4.8%)	80 (4.5%)

Lancet 2008; 372: 2132-42



GALA



General anaesthesia versus local anaesthesia for carotid surgery (GALA): a multicentre, randomised controlled trial

GALA Trial Collaborative Group*

Lancet 2008; 372: 2132-42

Interpretation We have not shown a definite difference in outcomes between general and local anaesthesia for carotid surgery. The anaesthetist and surgeon, in consultation with the patient, should decide which anaesthetic technique to use on an individual basis.

Local versus general anaesthesia for carotid endarterectomy

Authors' conclusions

© 2009 The Cochrane Collaboration.

The risk of stroke and death did not differ significantly between the two types of anaesthetic technique during carotid endarterectomy. This review provides evidence to support a policy that patients and surgeons can choose either anaesthetic technique, depending on the clinical situation and their own preferences.

S3-Leitlinie zur Diagnostik, Therapie und Nachsorge der extracraniellen Carotisstenose

06. August 2012

Da zwischen der Lokalanästhesie und der Allgemeinnarkose keine signifikanten Unterschiede im 30-Tages-Ergebnis bestehen, können Patienten und Chirurgen beide Verfahren auswählen. Bei der Entscheidung für das eine oder andere Verfahren sollen der Wunsch des Patienten und die individuelle Erfahrung und Kompetenz des anästhesiologisch – gefäßchirurgischen Teams berücksichtigt werden.



THE COCHRANE
COLLABORATION®



Optimizing patients undergoing surgery: a matter of 'eminence-based medicine'?

Andreas Hoeft, Georg Baumgarten, and Olaf Boehm

Curr Opin Anesthesiol 2016, 29:372–375

- Kardialer Risikopatient
- Art.Hypertonie
- COPD
- Adipositas
- Diabetes
- Anämie
- Delir
- Infektionen/Sepsis.....

Unfortunately, there is little evidence-based knowledge how to deal with high-risk patients and in almost all of the reviews we find a sentence like: 'There is a lack of solid randomized controlled trials...'. Many of the recommendations given in the reviews are therefore more opinion based or 'eminence based' than 'evidence based'. However, this lack of evidence should not lead to therapeutic nihilism. In fact, it is questionable whether ever



Optimizing patients undergoing surgery: a matter of 'eminence-based medicine'?

Andreas Hoeft, Georg Baumgarten, and Olaf Boehm

Curr Opin Anesthesiol 2016, 29:372–375

- Kardialer Risikopatient
- Art.Hypertonie
- COPD
- Adipositas
- Diabetes
- Anämie
- Delir
- Infektionen/Sepsis.....

Unfortunately, there is little evidence-based knowledge how to deal with high-risk patients and in almost all of the reviews we find a sentence like: 'There is a lack of solid randomized controlled trials...'. Many of the recommendations given in the reviews are therefore more opinion based or 'eminence based' than 'evidence based'. However, this lack of evidence should not lead to therapeutic nihilism. In fact, it is questionable whether ever



Grußwort

 13. Stuttgarter Kinderanästhesietage
**Rund um's Baby –
Anästhesiologische
Aspekte**
in Zusammenarbeit mit dem
wissenschaftlichen Arbeitskreis
Kinderanästhesie der DGAI
(WAKKA) 10.-12.11.2016
Stuttgart / Fellbach

Liebe Kolleginnen, liebe Kollegen,

der Umzug in unsere neue Kinder- und Frauenklinik ist jetzt schon 2 Jahre her: die schon vorher hohe Geburtenzahl stieg nochmals deutlich an auf jetzt 3.200 Geburten/Jahr, die Zahl der Kindernarkosen nahm nochmals um 8% auf über 10.000 zu.

In den letzten Jahren haben nicht nur die Medizin, sondern speziell auch die Anästhesie und Intensivmedizin zwei schwere Erkrankungen befallen: Die Leitliniitis und die Metaanalysitis – chronische Erkrankungen mit akuten Schüben, die besonders kongresszentriert auftreten. Wir ertrinken in Zahlen, ihren statistischen Aufbereitungen und in Leitlinieninflationen. Wir freuen uns über jeden Teilnehmer, der noch nicht die neuesten Leitlinien rezitieren kann, der Metaanalysen mit der nötigen Distanz entgegen tritt, aber vor allen Dingen auch der klinischen Erfahrung Raum geben will.

Es wird uns eine große Freude sein, Sie bei unseren Stuttgarter Kinderanästhesietagen zu begrüßen.



Prof. Dr. F.-J. Kretz

Wir sind sehr stolz, dass die Deutsche Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin, die Schirmherrschaft für unseren Kongress übernommen hat.

- EBM Bashing
- Heterogene eminenzbasierte Medizin
- Unmotivierte Bauchmedizin
- Anästhesie (Medizin) ohne wissenschaftliche Basis wird als Fach bedeutungslos



Anästhesie: **Zwischen Eminenz und Evidenz**

1. Derzeitiger Stand

Umfassender Dienstleister
Garant für perioperative Sicherheit

2. Probleme und Herausforderungen für die Zukunft

Anästhesie im Spannungsfeld Patient, Mitarbeiter, Ökonomie
Zwischen Eminenz und Evidenz

3. Lösungen und (persönliches) Fazit

Ein Blick zurück nach vorne
Must Knows, Don't Knows



Anästhesie: Zwischen Eminenz und Evidenz

Sie sind hier: Home » Infos für Anästhesisten » Aktuelles »



Schweizerische Gesellschaft für Anästhesiologie und Reanimation
Société Suisse d'Anesthésiologie et de Réanimation
Società Svizzera di Anestesiologia e Rianimazione



Home Kontakt Login

Infos für Anästhesisten

- ▶ **Aktuelles**
- ▶ Kongresskalender
- ▶ Kurse
- ▶ Stellenangebote
- ▶ Weiterbildungsstättenleiter
- ▶ Ausweis "Schwierige Intubation"

Infos für Interessierte

Die SGAR

Anästhesie

Qualitätsmanagement (inkl. A-QUA)

Weiterbildung

Fortbildung

Wissenschaft

Spezielle Fachbereiche

Tarife (TARMED/DRG)

Interessengruppen

AssistenzärztInnen

Links

Aktuelles

Anästhesiologie quo vadis? Ihre Denkarbeit ist gefragt!

30.06.2016 16:55

Unser Aufruf an Sie:
Reflektieren Sie ihre eigene Situation oder analysieren Sie in Gruppen Ihres aktuellen Berufskreises (evtl. auch interprofessionell) den IST-Zustand und formulieren Sie Vorschläge für die wichtigsten Zukunftsstrategien der Anästhesiologie in der Schweiz. Als Denkanstoss und Vorlage können Sie die SWOT-Analyse (s.u.) mit beigefügten Fragestellungen nutzen.
Wir freuen uns auf Ihre Meinungen und Ideen - bis Mitte Juli 2016.

Christof Heim ([generalsekretaer\[at\]sgar-ssar.ch](mailto:generalsekretaer[at]sgar-ssar.ch))
Christine Zehntner ([Christine.Zehntner\[at\]ksw.ch](mailto:Christine.Zehntner[at]ksw.ch))

Dateien:
 [SWOT Analyse \(d\)](#) (22 KB)

[zurück](#)

DE | FR

Login Mitgliederbereich

Benutzername:

Passwort:

[Kennwort vergessen?](#)

sgar-ssar.ch

**Geänderte Rahmenbedingungen ,
schneller Generationswechsel**

Veränderung als Chance,
Zukunft aktiv mitbestimmen



Anästhesie: **Zwischen Eminenz und Evidenz**

Ziel: **Perioperative Homöostase**

- Normotonie (**Richtwert!**)
- Normofrequenz (60-80/min)
- Normovolämie (Diurese 0,5-1ml/kg/h)
- Normoxämie ($\text{SaO}_2 > 95\%$, Hk 25-30%)
- Normoventilation (et $\text{CO}_2 > 30\text{mmHG}$)
- Normothermie ($\text{KT} > 36,0^\circ$)
- Normoglykämie (SB/Elektrolyte.....)



Der Anästhesist als
perioperativer
Homöostatiker

E.Rügheimer 1974



Lösungen: Blick nach vorne



Recommendations	Class ^a	Level ^b	Ref. ^c
Patients with high cardiac and surgical risk should be considered for goal-directed therapy.	IIa	B	261–264
The measurement of natriuretic peptides and high-sensitivity troponin after surgery may be considered in high-risk patients to improve risk stratification.	IIb	B	3, 55, 266, 268, 272
Neuraxial anaesthesia (alone), in the absence of contraindications and after estimation of the risk–benefit ratio, reduces the risk of peri-operative mortality and morbidity compared with general anaesthesia and may be considered.	IIb	B	10, 252–257
Avoiding arterial hypotension (mean arterial pressure <60 mm Hg) for prolonged cumulative periods (>30 minutes) may be considered.	IIb	B	104, 245, 246
Neuraxial analgesia, in the absence of contraindications, may be considered to provide postoperative analgesia.	IIb	B	272
Avoiding non-steroidal anti-inflammatory drugs (especially cyclo-oxygenase-2 inhibitors) as the first-line analgesics in patients with IHD or stroke may be considered.	IIb	B	279

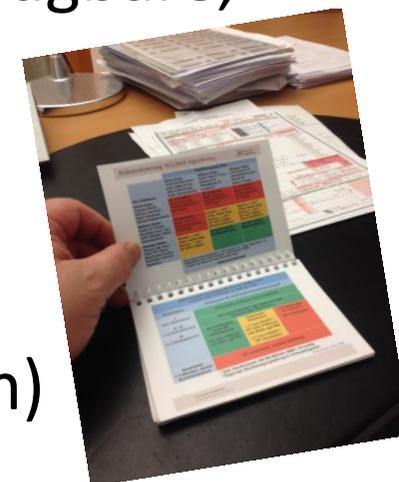
GUIDELINES

2014 ESC/ESA Guidelines on non-cardiac surgery: cardiovascular assessment and management

The Joint Task Force on non-cardiac surgery: cardiovascular assessment and management of the European Society of Cardiology (ESC) and the European Society of Anaesthesiology (ESA)

Eur J Anaesthesiol 2014; **31**:517–573

- Bestmögliche Evidenz als Basis der klinischen Versorgung
- Umsetzung aller wichtigen Maßnahmen in vor Ort verfügbare, klare, verbindliche Handlungsanweisung
- Kontrolle der Einhaltung (Stichproben, Q-Indikatoren)



Anästhesie: Zwischen Eminenz und Evidenz

Ziele definieren (Must Knows, Don't Knows)

1. Patienten

Sicherheit, Wohlbefinden, Vertrauen

2. Mitarbeiter

Motivation und Qualifikation

3. Ökonomie

Effizienz und Qualität

Klare Priorisierung, Reihenfolge nicht umkehrbar!



Sicherheit, Wohlbefinden, Vertrauen

Don`t Know

Medizin (Anästhesie!) ohne wissenschaftliche Grundlage

(EBM Bashing, Bauchmedizin, selbstgefälliges QM als Marketinginstrument, ausufernde SOP ...)

Einseitige, unqualifizierte Information

(Versprechungen ohne gesetzl. Grundlage, Fragmentierung der Anästhesie, unpersönliche Betreuung ...)

Opportunismus /Korrumpierung der Medizin

(Ökonomisch orientierte Zielvereinbarungen...)



Sicherheit, Wohlbefinden, Vertrauen

Know

Anästhesie auf wissenschaftlicher/pathophysiologischer Basis

(bestmögliche vor Ort verfügbare Evidenz; Erhaltung der Homöostase; umfassende Mitarbeiterqualifikation; einfaches stringentes QM; neue Wege des Risikomanagements...)



Safety-II and resilience: the way ahead in patient safety in anaesthesiology

Sven Staender^{a,b}

Curr Opin Anesthesiol 2015, 28:735–739

KEY POINTS

- Increasing complexity of modern healthcare challenges the traditional risk management strategy of anaesthesiology.
- Standardization is an important aspect but simply requiring compliance with guidelines will not match all conditions in daily clinical practice.
- Mindful adaptation of existing guiding information is required to meet the challenges of complexity.
- A framework for 'safe' adaptation of this standardization is needed.
- The concepts of adaptive coordination as well as the thinking of 'Safety-II' could form the ground of such a future risk management strategy.

- situationsgerechte, flexible, überlegte Reaktionen (Resilience)
- Lernen aus Erfolg (Safety II)
- **intelligente, gut ausgebildete, trainierte Anästhesieteams**



Sicherheit, Wohlbefinden, Vertrauen

Know

Anästhesie auf wissenschaftlicher/pathophysiologischer Basis

(bestmögliche vor Ort verfügbare Evidenz, Erhaltung der Homöostase, umfassende Mitarbeiterqualifikation, neue Wege des Risikomanagements...)

Klarer Versorgungsauftrag und professionelle Öffentlichkeitsarbeit

(Fokussierung auf Kernaufgaben und Versorgungsauftrag, Sozialgesetzbuch als Grundlage, Öffentlichkeitswirksame Aktionen, Anästhesist als Rundumversorger...)

Wannagat Sozialversicherungsrecht

Eichenhofer · Wenner

SGB V

Sozialgesetzbuch V
Gesetzliche
Krankenversicherung

Kommentar



Luchterhand Verlag

§ 12 SGB V Wirtschaftlichkeitsgebot

(1) Die Leistungen müssen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein; sie dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten. Leistungen, die nicht notwendig oder unwirtschaftlich sind, können Versicherte nicht beanspruchen, dürfen die Leistungserbringer nicht bewirken und die Krankenkassen nicht bewilligen.

§ 2 SGB V Leistungen

„Qualität und Wirksamkeit der Leistungen haben dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse zu entsprechen und den medizinischen Fortschritt zu berücksichtigen.“

Lösungen: Öffentlichkeitsarbeit

- Professionelle, aktive Öffentlichkeitsarbeit



www.sichere-narkose.de



www.einlebenretten.de

www.facebook.com/100proreanimation



www.anaesthesist-werden.de

www.facebook.com/anaesthesistwerden



Jeder ist persönlich gefordert!



Sicherheit, Wohlbefinden, Vertrauen

Know

Anästhesie auf wissenschaftlicher/pathophysiologischer Basis

(bestmögliche vor Ort verfügbare Evidenz, Erhaltung der Homöostase, umfassende Mitarbeiterqualifikation, neue Wege des Risikomanagements...)

Klarer Versorgungsauftrag und professionelle Öffentlichkeitsarbeit

(Fokussierung auf Kernaufgaben und Versorgungsauftrag, Sozialgesetzbuch als Grundlage, Öffentlichkeitswirksame Aktionen, Anästhesist als Rundumversorger...)

Personalisierte Medizin

(Patient als Hilfesuchender, Anästhesist als Patientenanwalt, perioperativer Lotse und Betreuer, wiederholter Kontakt, postoperative Visite, ...)

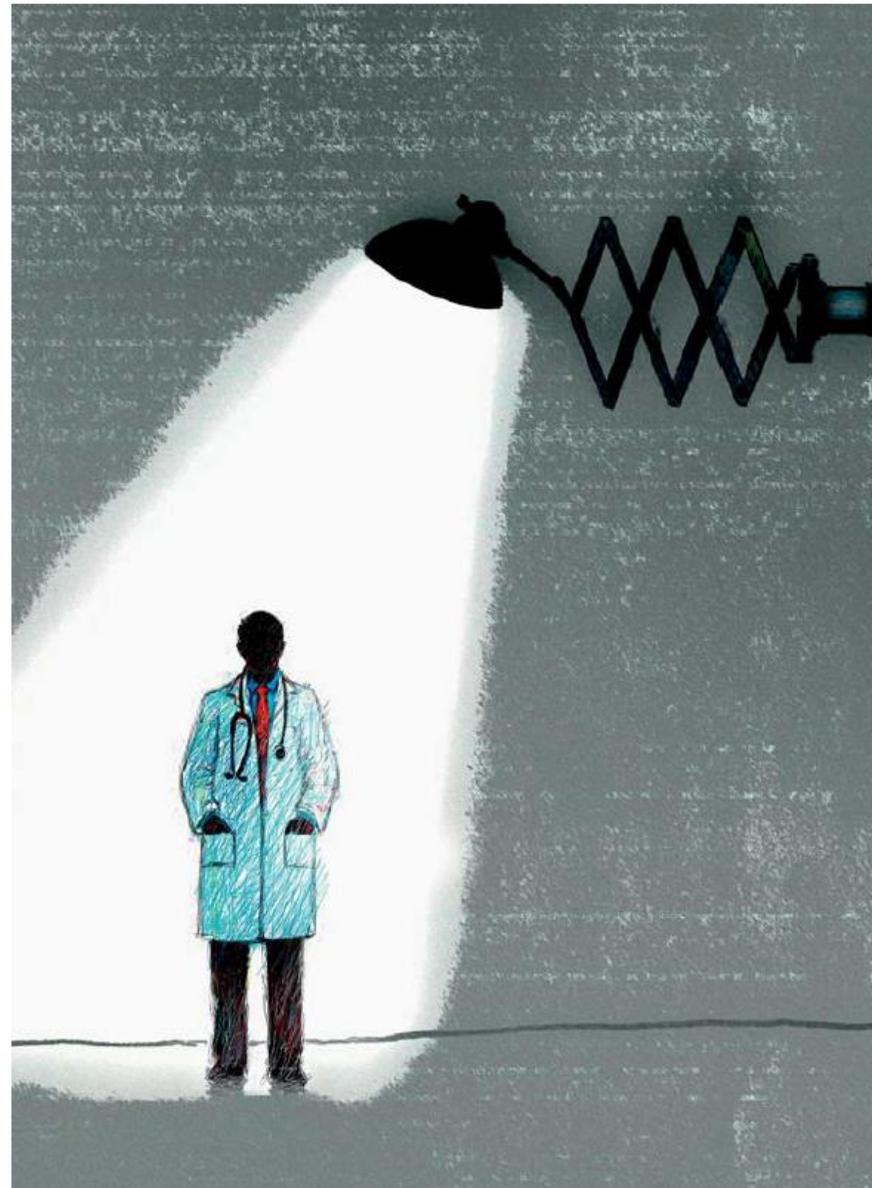


MEDIZINISCHES ETHOS

Brauchen wir ein neues Arztbild?

Das Rad muss nicht neu erfunden werden, sondern es bedarf lediglich nur einer Rückbesinnung auf das Einfache und Ehrliche.

Sowohl während des Medizinstudiums als auch im Rahmen der Facharztweiterbildung steht heute die Vermittlung des rein fachlichen Wissens und Könnens eindeutig im Vordergrund. Dem Aspekt des ärztlichen Selbstverständnisses beziehungsweise des ärztlichen Ethos wird hingegen zumindest in den offiziellen Lehrplänen und Curricula eher wenig Beachtung geschenkt. Diesbezüglich wird nach wie vor meist auf den Eid des



- Handwerk. Können
- Fachkompetenz
- Ehrfurcht/Ethos
- ökon. Verantwortung
- menschl Zuwendung
-

G. von Salis-Soglio 2016

Deutsches Ärzteblatt | Jg. 113 | Heft 17 | 29. April 2016



Motivation und Qualifikation

Don`t Know

Fehlende Anerkennung und Wertschätzung

(Anästhesie als sekundärer Dienstleister in Öffentlichkeit und Kliniken,
Schwächung durch Subspezialisierung/Fragmentierung, ...)

Überlastung

(Unklare, unrealistische Ziele und Vorgaben (Anspruch Patient -Klinik)
Unkritische Übernahme weiterer Aufgaben (MET),
Diktat der Generation Y ...)

Unprofessionelle Ausbildung und Personalentwicklung

(inflationäre, kostenintensive Hochschulen out of control;
unprofessionelle Personalentwicklung; fehlende Hilfsangebote ...)



Irrweg: **Subspezialisierung**



Don't Know

Personelle, räumliche, apparative und organisatorische Voraussetzungen sowie Anforderungen bei der Erbringung von Anästhesieleistungen bei herzchirurgischen und interventionellen kardiologischen Eingriffen*

Empfehlung der
Deutschen Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin

DGAIInfo

Aus dem Wiss. Arbeitskreis
Kardioanästhesie

An der Erstellung und Beratung dieser Empfehlung haben mitgewirkt

(in alphabetischer Reihenfolge):

Prof. Dr. Dr. h.c. Hugo Van Aken, Münster

Priv.-Doz. Dr. Jörg Ender, Leipzig

Prof. Dr. Matthias Heringlake, Lübeck

Prof. Dr. Christian von Heymann, Berlin

Prof. Dr. Uwe Schirmer, Bochum/
Bad Oeynhausen

Priv.-Doz. Dr. Christoph Schmidt, Münster

Aufgrund der unmittelbar bevorstehenden Veröffentlichung und damit des Inkrafttretens der GBA-Richtlinie zu kathetergestützten Aortenklappenimplantationen (TAVI) ist zwischenzeitlich eine Überarbeitung dieser Empfehlung erforderlich geworden.

(Stand: 10.07.2015)

Anästh Intensivmed 2015;56:99-103

Gefahr/Folgen: Fragmentierung, Fremdbestimmung, Demotivation ...



Motivation und Qualifikation

Know

Wertschätzung und Vergütung von Leistung und Verantwortung im System

(öffentliche Anerkennung-Anästhesie!; amb./stat. Lastenausgleich;
Tarifanpassung Ruf- und Bereitschaftsdienst; Finanzierung Weiterbildung;
Transparente Unternehmens-/Abteilungskultur und Führung;
Ergebnis (Erfolg) der Anästhesie sichtbar machen ...)

Professionelle Mitarbeiteraquire/-entwicklung/-bindung

(strukturierte aktive Weiterbildung; familienfreundliche Arbeitszeitmodelle;
Unterstützung/Bindung bewährter Mitarbeiter/Verantwortlicher...)

Innovative Strukturen und Hilfsangebote

(Delegation, neue Berufsgruppen, bedarfsgerechte Teams; Vorbilder,
Schutz vor ungerechtfertigten Beschwerden und Überlastung (Prävention!),
Hilfe bei Komplikationen ...)



Burnout – was steckt im Gesundheitswesen wirklich dahinter?



(Quelle: I. Mayer-Winter)

Burnout – what really is behind of it all in the health care system?

I. Mayer-Winter

Anästh Intensivmed 2016;57:290-294

Therapie und Prophylaxe

1. Entlastung von Stressoren,
2. Erholung durch Entspannung und Sport,
3. Ernüchterung im Sinne einer Verabschiedung von externen Perfektionsvorstellungen.

Äußere Faktoren/umweltbedingte:

- hohe Arbeitsanforderungen,
- Führungs- und Kooperationsprobleme,
- widersprüchliche Anweisungen,
- Zeitdruck,
- schlechtes Arbeitsklima bis hin zu Mobbing,
- mangelnde Entscheidungsfreiheit,
- mangelnder Einfluss auf den Arbeitsablauf,
- geringe Partizipationsmöglichkeiten,
- wenig Autonomie/Mitspracherecht,
- Hierarchieprobleme,
- schlechte Kommunikation untereinander (Arbeitgeber, Mitarbeiter),
- administrative Zwänge,
- Druck von Vorgesetzten,
- wachsende Verantwortung,
- schlechte Arbeitsorganisation,
- mangelnde Ressourcen (Personal, Finanzmittel),
- problematische institutionelle Vorgaben und Strukturen,
- Mangel an wahrgenommenen Aufstiegsmöglichkeiten,
- Rollenunklarheit,
- Mangel an positivem Feedback,
- schlechte Teamarbeit,
- fehlende soziale Unterstützung.

1-294





BDAktuell | DGAInfo

Aus den Verbänden

News | Information | Events

Empfehlungen

Kommission Berufliche Belastung
der DGA

Umgang mit schweren Behandlungskomplikationen
und belastenden Verläufen*

Anästh Intensivmed 2013;54:490-494

Empfehlungen für Betroffene⁶:

- Ziehen Sie sich nicht zurück, sondern suchen Sie das Gespräch
- Involvieren Sie sofort den Oberarzt/Chefarzt
- Dokumentieren Sie den Fall gut (zeitnah, nicht nur juristisch wichtig)
- Führen Sie das erste Gespräch mit Angehörigen nie am Telefon
- Führen Sie Gespräche mit Angehörigen möglichst immer im interdisziplinären Team
- Erwirken Sie schnell eine erste interdisziplinäre Nachbesprechung
- Berücksichtigen Sie, dass Sie vorerst nicht verkehrstüchtig sind
- Erwägen Sie, eine angemessene Auszeit zu nehmen
- Versuchen Sie, eigene Ressourcen zur Stressreduktion zu aktivieren (Sport, Naturerleben, Kultur, soziale Kontakte etc.)
- Suchen Sie bei Zeichen von Burnout, Depression, Angstzuständen, posttraumatischer Belastungsstörung professionelle Hilfe.
- Suchen Sie das Gespräch (mit einem möglichst stabilen Gegenüber und in einer geschützten Umgebung).

R-W.Bock, E. Biermann, H.Wulf 2013



Effizienz und Qualität

Don`t Know

Widersprüchliche, nicht rationale politische und ökonomische Vorgaben

(überzogene Versprechen, unterfinanzierte Notfallversorgung,
Mißbrauch der Anästhesie als Kontroll-/Steuerungsinstrument ...)

Unprofessionelle Führung (Auswahl/Berufung!)

(Fehlender Ausgleich von Interessen; Isolierung der Anästhesie als
sekundärer Dienstleister; marketingorientierte Patientenversorgung ...)

Deprofessionalisierung /Entpersonalisierung Medizin

(Monetik vor Ethik; ökon. Indikationsbeugung; Anästhesie als Job...)



Effizienz und Qualität

Know

Berechenbare, konsequente politische Vorgaben

(Rationale, abgestimmte Bedarfsplanung; Überwindung der Sektorengrenzen, Klarer Versorgungsauftrag (SGB V); leistungsgerechte Vergütung (Nachjustierung DRG), Langfristige nachhaltige qualitäts-(outcome-)orientierte Strategien ...)

Transparente Unternehmens-/Abteilungskultur und Führung

(Klare Ziele/Visionen/ Spielregeln; transparente qualifizierte Leitungsstrukturen; interdisziplin./interprofessioneller Interessensausgleich (**Respekt-Wertschätzung**); stringentes QM (wenige Indikatoren, Kontrolle ext/int, Best Practice) ...)

Medizinisch/ökonomische Balance

(Patient Hilfesuchender, kein Kunde; Kostenbewußtsein aber Ethik vor Monetik; medizinische Entscheidungsfreiheit; perioperative Prozeßoptimierung durch Anästhesie; ...)

Mensch im Mittelpunkt!



Sie sind hier: [Herz- und Gefäß-Klinik](#) > [Behandlungsangebot](#) > [Unsere Kliniken](#) > [Anästhesie und Intensivmedizin](#)



Anästhesie und Intensivmedizin

Sehr geehrte Patienten, liebe Besucher,
sehr verehrte Kolleginnen und Kollegen,

herzlich willkommen auf unserer Homepage.

Wir bieten Ihnen wichtige, ständig aktualisierte Informationen und wünschen beim Blättern viel [Vergnügen](#) 📖. Als [Patient](#) möchten wir Sie auf den folgenden Seiten darüber informieren, was wir in Ausbildung, Qualitätssicherung und in moderne Medizintechnik investieren, um unsere Qualitätsziele zu erreichen:

- Sicherheit und Wohlbefinden für den Patienten
- Qualifizierte und motivierte Mitarbeiter
- Effiziente Leistungserbringung

Dabei beherzigen wir gerade in der Anästhesie und Intensivmedizin den Leitsatz "Der Mensch ist des Menschen beste Medizin" (Dominik Lutz OFM, 2012).



Anästhesie: Zwischen Eminenz und Evidenz



Vielen Dank!

