

Die Anästhesievisite

C. E. Klopfenstein

Einleitung

Bei jeder Art der Chirurgie (sei sie nun ambulant oder stationär), sowie bei diagnostischen Eingriffen, die eine Anästhesie benötigt (wie zum Beispiel eine Endoskopie), muss die Anästhesie der Evaluation des Gesundheitszustandes des Patienten eine besondere Beachtung geschenkt werden, um das Risiko auf ein Minimum zu reduzieren. Die Evaluation durch den Anästhesisten ist auch das Präludium zur Planung des weiteren Ablaufs vor, während und nach dem Eingriff [1, 2].

Die Anästhesievisite stellt in zahlreichen Ländern mehr und mehr das ideale Mittel zur Evaluation des Patienten vor der eigentlichen Anästhesie dar. Als wichtiges Element in der Beurteilung der Risiken, führt die Anästhesie-Sprechstunde durch ihre zahlreichen Vorteile sowohl für den Patienten, als auch für den Anästhesisten und die Gesellschaft weit über eine einfache Anästhesievisite am Vorabend der Intervention hinaus [2–13].

Die Geschichte der Anästhesievisite

In den angelsächsischen Ländern wurden vor beinahe 50 Jahren die ersten Schriften über die Anästhesievisite verfasst: Die Anästhesievisite war damals auf ganz bestimmte Risikopatienten oder auf bestimmte heikle Interventionen begrenzt, und sie war keineswegs institutionalisiert [14]. Zudem blieben Informationen zur Organisation, zum Gebrauch und zu den Ergebnissen der Anästhesievisite vage und liessen in keiner Weise eine endgültige Schlussfolgerung zu.

Seit den achtziger Jahren hat die Anästhesievisite begonnen sich zu entwickeln, und das obwohl die Zusammenhänge zwischen politischer Überzeugung, den wirtschaftlichen Zwängen und der Ansicht der Versicherungen immer noch nicht klar erkennbar war; die Ursachen, welche die Anästhesievisite vorantreiben, sind mannigfaltig. In Frankreich nahm die Anästhesievisite per Ministerdekret einen obligatorischen Charakter an [15], während in Deutschland, Österreich und in der Schweiz kein juristisches Äquivalent existiert [16, 17]. Dies erklärt teilweise die Schwierigkeit, eine Anästhesievisite in unserem Land zu organisieren [18]. Die Leitlinien der verschiedenen Gesellschaften für Anästhesie sind betreffend der Anästhesievisite von einem Land zum anderen verschie-

den. Sie spiegeln die unterschiedlichen politischen, wirtschaftlichen und professionellen Strömungen dieser Länder wider [19–21]. Die von der Schweizer Gesellschaft für Anästhesie und Reanimation (SGAR) erarbeiteten Standards erwähnen die Anästhesievisite überhaupt nicht. Es ist demnach nicht erstaunlich, dass in einer in der Romandie ausgeführten Studie 13% der befragten Anästhesisten meinten, die Anästhesievisite könne vom behandelnden Arzt oder von einem anderen Spezialisten ausgeführt werden, wobei die angeführten Argumente Organisationsprobleme und das Fehlen einer Tarifgestaltung für die Anästhesievisite waren [18].

Die Argumente für die Entwicklung der Anästhesievisite

Die für eine Entwicklung der Anästhesievisite sprechenden Argumente scheinen verschiedener Art zu sein:

Sicherheitsbewusstsein

Es gibt drei Möglichkeiten, die Sicherheit zu fördern oder die Risiken zu vermindern: die Prävention, die Sicherheitsmassnahmen und die Wahrnehmung des Risikos.

Die Prävention ist typischerweise der unumgehbare Punkt zugunsten der Anästhesievisite. Tatsächlich zeigt – was die Analyse des Anästhesierisikos betrifft – die Untersuchung des Patienten im zeitlichen Abstand zu einer Operation einen deutlich besseren Ertrag als diejenige einer einfachen Visite am Vorabend der Intervention. Zudem sind die Bedingungen unter denen die Anästhesie-Sprechstunde abläuft, deutlich besser. Den einzelnen Teilen des Risikos wird vorgegriffen, weitere Untersuchungen, das Anpassen einer Therapie oder sogar die Beratung bei einem Spezialisten können weit vor dem Operationstermin durchgeführt werden, dies in Zusammenarbeit mit dem behandelnden Arzt. Zudem kann die chirurgische Strategie mit dem Chirurgen diskutiert und dem Zustand des Patienten angepasst werden. Man wird niemals zuviel für die Präzision der Vorabklärungen, die auf die Verbesserung der Vorbereitung des Patienten abzielen, aufwenden können. Die Verfasser einer australischen Studie über die mit der Anästhesie verbundenen Mortalität haben gezeigt, dass bei 25% der Todesfälle im Zusammenhang mit der

Division d'Anesthésiologie,
Hôpitaux Universitaires, Genève

Korrespondenz:
Dr. med. Claude Eric Klopfenstein
Division d'Anesthésiologie
Hôpitaux Universitaires
CH-1211 Genève 14

Claude-Eric.Klopfenstein@hcuge.ch

Anästhesie eine unzureichende Evaluation und Vorbereitung beitragende Faktoren zum fatalen Ausgang waren [22].

Man kann dieselbe Evaluation des Patienten selbstverständlich auch kurz vor dem operativen Akt durchführen. Unter diesen Bedingungen muss allerdings mit einer verminderten Effizienz des Operationssaales (der teuerste Sektor eines Spitals) gerechnet werden und den Patienten sowie allen anderen am Operationsgeschehen beteiligten Personen Veränderungen oder Verschiebungen im letzten Moment aufgebürdet werden, weil die Patienten unzureichend vorbereitet sind. Dies steht den Qualitätsprinzipien, die in allen Bereichen des Gesundheitssystems gepriesen werden, vollends entgegen, die definiert werden als «die Gesamtheit an Merkmalen einer Einheit, die die Möglichkeit verleihen, ausdrücklichen und impliziten Bedürfnissen zu genügen» [23].

Obwohl die tatsächliche Bedeutung der Anästhesie-Sprechstunde für die Senkung des operativen Risikos schwierig zu quantifizieren ist, wächst aus den tiefgreifenden gegenwärtigen und zukünftigen Veränderungen in den Bereichen des Gesundheitssystems all seine Bedeutung. Als entscheidende Faktoren gelten dabei die Alterung der Bevölkerung [24], das Ansteigen der Zahl der Anästhesieakte [25], das Zurückweichen der Grenzen operativen Handelns, die neuen chirurgischen Methoden [26] und die Senkung der dem Gesundheitssystem zur Verfügung gestellten Mittel [27].

Die ökonomische Sicht

Dies ist der Bereich, der in der Literatur am besten dokumentiert ist. Die Argumente gliedern sich in 3 Hauptebenen:

Die Verminderung der Anzahl präoperativer Untersuchungen:

Obwohl weithin anerkannt ist, dass präoperative Untersuchungen je nach Ergebnis der Anamnese, der klinischen Untersuchung und der vorgesehenen Intervention veranlasst werden sollen [28], werden noch allzu viele Untersuchungen aus anderen Gründen ausgeführt, wie zum Beispiel wegen einer schlechten Organisation der Spitalaufnahme, aus Gründen von «Routine» oder medizinischer Konvention: Diese Abweichungen verursachen stets Kosten [29]. Die Organisation einer Anästhesie-Sprechstunde und die Anwendung einer sinnvollen Politik in bezug auf die Veranlassung von Untersuchungen kann zu einer Verminderung derjenigen Kosten führen, welche durch unnütze Untersuchungen verursacht werden [2, 4, 29].

Die Verkürzung der Spitalverweildauer: Die Anästhesie-Sprechstunde hat insofern einen günstigen Einfluss auf die Spitalverweildauer indem sie die Frist zwischen der Spitalauf-

nahme und der Operation vermindert: die Intervention kann am Tag der Spitalaufnahme ausgeführt werden «same day surgery» [2, 4, 6, 10, 11, 30, 31]. Nur wenige Elemente (soziales Umfeld, Entfernung zum Wohnort, Versicherungsmotive) rechtfertigen in der Tat eine Spitalaufnahme 24, oder sogar 48 Stunden vor der Intervention.

Die Verminderung von Operationsverspätungen und -verschiebungen in letzter Minute:

Ein Teil der in letzter Minute vorgenommenen Operationsverspätungen und -verschiebungen steht in enger Beziehung mit dem jeweiligen Stand der Vorbereitung, in dem sich der Patient befindet. Die Anästhesievisite antizipiert einen grossen Teil der Probleme: Untersuchungen und therapeutische Anpassungen erfolgen ambulant und der Patient wird erst in dem Moment im Spital aufgenommen, in dem sein Zustand für die Intervention angemessen scheint; dies ermöglicht eine bessere Bewirtschaftung der Aktivität des Operationssaales [2, 4, 17].

Der Anästhesist muss allerdings in bezug auf eventuelle Einsparungen vorsichtig bleiben. In einem System wie dem unsrigen ist der Nutziesser dieser funktionellen Verbesserungen nicht derjenige, der die notwendigen Ressourcen zur Sprechstunde bereitstellt, sondern die Versicherungen, die ihre Rückerstattungen reduzieren! Achtung also an diejenigen, die es nicht verstanden hätten!

Die imminente Einführung des neuen Tarifsystems TARMED, in dem Anästhesievisiten nicht als eine vom Anästhesieakt separate Leistung berücksichtigt werden, verspricht uns zudem eine schwarze Zukunft in bezug auf eine Anästhesievisite.

Die ethische Sicht

Wie soll verstanden werden dass dem Patienten, im Vorfeld eines Eingriffs dem er zustimmen wird, nicht eine Zeitspanne der Erklärung, eine Frist der Reflektion zugestanden wird, bevor er in freier Selbstbestimmung seine Einwilligung gibt.

Die Bedingungen, unter denen eine Anästhesie-Sprechstunde in zeitlicher Entfernung zur Operation abläuft, haben überdies nichts mit dem Rahmen der präoperativen Visite am Vorabend der Intervention gemeinsam. Als erstes muss die Intimität des Patienten gewahrt werden. Danach gilt es qualitativ gute Informationen zu vermitteln, die mit den Familienangehörigen besprochen werden können und überdies das Einholen einer zweiten Meinung ansprechen. Zur Qualität gehört auch die Information für den Patienten («klar, verständlich und den geistigen Fähigkeiten des Patienten angepasst»), eine grössere Konformität mit den medizinischen Referenzen («evidence based»), das Ein-

halten der vorgeschlagenen Strategien sowie des Operationskalenders. Die Arzt-Patienten-Beziehung wird hierdurch verbessert und die präoperative Beunruhigung vermindert [30].

Die vernetzte Medizin

Aufgrund der Kenntnisse und der Erfahrung des Anästhesisten in der Betreuung des chirurgischen Patienten wurde die Praxis der Anästhesie schon vor einiger Zeit als perioperative Medizin bezeichnet [1, 32]. In diesem Zusammenhang stellt die Anästhesievisite ein ideales Element dar, um sämtliche Informationen zusammenzufassen. Auch erlaubt diese Sprechstunde Schritte festzuhalten, die das Risiko für den Patienten unter Berücksichtigung medizinischer, sozialer und ethischer Erwägungen vermindern. In einer Zeit, in der die Aspekte einer vernetzten Medizin in der Gesellschaft ein positives Echo finden, ist die Rolle des behandelnden Arztes in der Vorbereitung des Patienten auf eine Intervention zudem besonders zu berücksichtigen; obwohl bisher wenig umworben [33], bleibt der behandelnde Arzt die Person, die den Patienten und seinen Kontext am besten kennt, was dem Anästhesisten erlauben sollte, von seiner Mitarbeit zu profitieren (Mit-

teilung von Informationen, die den Zustand des Kranken, seine Therapie und vor kurzem ausgeführte Untersuchungen betreffen).

Schlussbemerkung

Die jüngsten Veröffentlichungen zur Anästhesie-Sprechstunde haben deutliche Vorteile aufgezeigt: ein besserer Ansatz für das Risiko, die Achtung der Ethik des Patienten, realisierbare Einsparungen und die Einfügung der Anästhesie in das System einer vernetzten Medizin. Was den messbaren Nutzen für das Outcome des Patienten angeht, besteht allerdings weiterhin ein Mangel an Nachweisen. Dies ist mit der Tatsache verbunden, dass die Anästhesie-Sprechstunde in einer grossen Anzahl von Ländern entweder per Rechtsverfügung oder unter dem Druck von wirtschaftlichen Mächten und der Versicherungen eingeführt wurden, was in der Folge jede ernsthafte Evaluierung des Outcomes verunmöglicht.

Was unser Land anbetrifft, ist ein Hauptproblem bei der Verwirklichung der Anästhesievisite direkt mit dem Fehlen einer Gesetzgebung im Sinne einer obligatorischen Anästhesievisite verbunden. Entscheidend ist auch die Brüchigkeit der SGAR-Standards, welche die Anästhesie-Sprechstunde in keiner Weise als integraler Bestandteil der Anästhesietätigkeit definieren.

In einem Klima, in welchem die dem Gesundheitssystem eingeräumten Ressourcen gekürzt und die Konfrontation mit dem System der Sozialversicherungen am Vorabend der Einführung eines neuen Tarifsystems (TARMED) gespannt sind, versteht es sich von selbst, dass eine neue Leistung in der Anästhesie nur dann homologisiert werden kann, wenn der Nachweis seiner Autofinanzierung zu erbringen ist. Dies kann mittels der durch die funktionellen Verbesserungen erreichten Einsparungen geschehen. Und gerade in diesem Sinne muss die SGAR zu Mitteln greifen, welche es erlauben, die Anästhesievisite voranzutreiben.

Quintessenz

- In zahlreichen Publikationen wurde gezeigt, dass die Anästhesievisite ein wichtiges Ereignis in der Anästhesiebetreuung ist. Sie baut sowohl auf ein Sicherheitsbewusstsein und eine ökonomische Denkweise als auch auf eine ethische Sichtweise und schlussendlich auf die vernetzte Medizin.
- Das Fehlen einer verpflichtenden Gesetzgebung und das aktuell auf der Ebene der Sozialversicherungen vorherrschende Klima führt, verbunden mit der Zaghaflichkeit der aktuellen SGAR-Standards, dazu, dass die Anästhesievisite nur dann Fortschritte machen kann, wenn der Nachweis ihrer Selbstfinanzierung durch die aus den funktionellen Verbesserungen folgenden Einsparungen erbracht worden ist. In diesem Sinne muss die SGAR ihr möglichstes tun, um die Anästhesievisite voranzutreiben.

Literatur

- 1 Saidman LJ. The 33rd Rovenstine Lecture. What I have learned from 9 years and 9'000 papers. *Anesthesiology* 1995;83:191-7.
- 2 Griffith KE. Preoperative assessment and preparation. *Int Anaesth Clin* 1994;32:17-36.
- 3 Conway B. Preadmission anaesthesia consultation clinic. *Can J Anaesth* 1992;39:1051-7.
- 4 Fischer SP. Development and effectiveness of an anesthesia preoperative evaluation clinic in a teaching hospital. *Anesthesiology* 1996; 85: 196-206.
- 5 Johanet S. Effets indirects et inattendu de la consultation d'anesthésie. Paris; Arnette SA, JEPU 1997, p. 11-18.
- 6 Pollard JB. Use of outpatient preoperative evaluation to decrease length of stay for vascular surgery. *Anesth Analg* 1997;85:1307-11.
- 7 Blanc-Jouvan M. Intérêt de la consultation d'anesthésie par rapport à la seule visite préanesthésique. *Ann Fr Anesth Réanim* 1999;18:843-7.
- 8 Bond D.M. Pre-anesthetic assessment clinics in Ontario. *Can J Anesth* 1999;46:382-7.
- 9 Védérin C. Consultation d'anesthésie de chirurgie cardiovasculaire et thoracique. Enquête de satisfaction des patients et des médecins. *Ann Fr Anesth Réanim* 1999; 18: 834-42.
- 10 Pollard JB. Early outpatient preoperative anesthesia assessment: does it help to reduce operating room cancellation; *Anesth Analg* 1999;89:502-5.
- 11 Pollard JB. Outpatient preoperative anesthesia assessment can lead to a rapid shift from inpatient to outpatient surgery. *J Clin Anesth* 1999; 11:39-45.

- 12 Bricard H. De la consultation d'anesthésie. *Ann Fr Anesth Réanim* 1999; 18:829-30.
- 13 Klopfenstein CE. Anesthetic assessment in an outpatient consultation clinic reduces preoperative anxiety. *Can J Anaesth* 2000;47:511-5.
- 14 Lee A. A preoperative anaesthetic outpatient clinic. *Anaesthesia* 1949; 4:169-74.
- 15 Journal Officiel de la République Française du 6 décembre 1994: 17383-5.
- 16 Madler C. Präoperative anästhesiologische Visite, Anästhesie Ambulanz. *Anästhesiol Intensiv Notfall-med* 1996;31:633-53.
- 17 Prause G. 15 Jahre präoperative Ambulanz in Graz. *Anästhesist* 1994;43:223-8.
- 18 Klopfenstein CE. La consultation pré-hospitalière d'anesthésie en Suisse Francophone. *Can J Anaesth* 1996;43:317-8.
- 19 Société Française d'Anesthésie Réanimation - Recommandations concernant la période pré-anesthésique, septembre 1991.
- 20 American Society of Anesthesiologists. Basic standards for preanesthesia care, approved Oct 14, 1982. Park ridge IL: ASA Directory of Members, 1982:702.
- 21 Société Suisse d'Anesthésie et Réanimation - Normes et recommandations, juin 1993.
- 22 AFNOR. Gérer la qualité. L'expression contrôle de qualité. Mc Kee R ed. The ABC'S for control process. SPC: a prerequisite for world.
- 23 Warden JC. Mortality associated with anesthesia in New Wales, 1984-1990. *Med J Australia* 1994; 161:585-93.
- 24 Klopfenstein CE. The influence of an aging surgical population on the anesthesia workload: a ten year survey. *Analg Anesth* 1998;86: 1165-70.
- 25 Clergue F. French survey of anesthesia in 1996. *Anesthesiology* 1999; 91:1509-20.
- 26 Kitamura M. Long-term results of coronary artery bypass grafting in elderly Japanese patients. *Ann Thorac Surg* 1996;60:576-9.
- 27 Wyss P. Wieviele Gesundheitskosten kann sich der Staat leisten? *Schweiz Ärztezeitung* 1994;75: 424-8.
- 28 Bléry C. Les examens complémentaires préopératoires sont-ils utiles? *Rev Méd Suisse Romande* 1993;113:107-9.
- 29 Allison JG. Unnecessary preoperative investigations: evaluation and cost analysis. *Am Surgeon* 1996; 62:686-9.
- 30 Boothe P. Changing the admission process for elective surgery: an economic analysis. *Can J Anaesth* 1995; 42:49.
- 31 Traber KB et al. The impact of preadmission evaluation of same day surgery patients on improving operating room efficiency. *Anesthesiology* 1993;83:A14.
- 32 Alpert CA. Anesthesia and perioperative medicine. *Anesthesiology* 1996;84:712-5.
- 33 Landau R. Involvement of family physicians in the preanesthetic preparation of patients scheduled for elective surgery. *Anesthesiology* 1997; 87, A 930.