

Eröffnungsansprache des Präsidenten

DAK - International 1999 am 05.05.1999 in Wiesbaden

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

Jubiläen sind periodisch wiederkehrende Gedenktage an herausragende Ereignisse auf der fortschreitenden Zeitachse unserer gesellschaftlichen Entwicklung, die Anlaß zu spezifischen Würdigungen, Erstellung von Bilanzen und zu einer perspektivischen Betrachtung zukünftiger Aufgaben geben. Ein besonders aktuelles Jubiläum unserer abendländischen Kultur stellt die bevorstehende Jahrhundert-, ja sogar Jahrtausendwende dar. Auch wenn die Puristen wissen, daß das Jahrtausend erst mit Beendigung des Jahres 2000 christlicher Zeitrechnung beendet ist, so sollten wir uns diesen formalen Fehler gefallen lassen und uns der landläufigen Meinung einer Wende in der Zeitrechnung anschließen. Gestatten Sie mir, einen Jubilar zu Worte kommen zu lassen, der vor 250 Jahren in der Nachbarstadt Frankfurt das Licht der Welt erblickt hat. Ich meine *Johann Wolfgang von Goethe*, der den Jahreswechsel zum neuen Jahr in folgende Worte faßt:

„Zwischen dem Alten, zwischen dem Neuen
hier uns zu freuen, schenkt uns das Glück,
und das Vergangene heißt mit Vertrauen
vorwärts zu schauen, schauen zurück.“

Der Dichterfürst fordert uns also am Scheitelpunkt der Zeitenwende auf, den Blick gleichzeitig zurück als auch vorwärts zu wenden. Die Interpretation des Verses erlaubt aber auch den Schluß, daß die januskopfige Betrachtungsweise unseres Zeitgeschehens gerade dessen Kontinuität bestätigt und keinesfalls einer Zäsur das Wort redet. Jubiläen sind daher keine eigentlichen Wendepunkte, sondern allenfalls zeitlich begrenzte Ruhestätten der Besinnung, der Würdigung und der Aktivierung innovativer Zukunftsstrategien. Unsere chirurgischen Kollegen haben zum Motto des diesjährigen Deutschen Chirurgenkongresses das Thema: „Bilanz einer Jahrtausendwende“ gewählt. Der Alma Mater Chirurgiae mit einer über 100jährigen gesellschaftlichen Geschichte kann die Deutsche Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin zeitlich nichts Vergleichbares entgegensetzen, da die Gründung der Gesellschaft aus dem Stamm der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie im Jahre 1953 noch nicht einmal 50 Jahre zurückliegt. Gleichwohl möchte ich gerade in der heutigen Zeit einen Blick auf die kurze anästhesiologische Tradition zurückwerfen, die weniger durch eine Wende als vielmehr durch Wandel und Anpassung an die Bedürfnisse als auch

durch aktive Gestaltung geprägt wurde. Allein die bisherigen Namensgebungen unserer Gesellschaft deuten auf deren Ausrichtung auf sich zeitlich wandelnde Aufgabenstellungen hin. Anlässlich des 70. Deutschen Chirurgenkongresses wurde am 10.04.1953 die Deutsche Gesellschaft für Anästhesie gegründet, die 1965 in Deutsche Gesellschaft für Anästhesiologie und Wiederbelebung umbenannt wurde und die auf Grund zunehmender Bedeutung der Intensivmedizin sich 1977 den Namen Deutsche Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin gab. Es ist zu vermuten, daß auch unsere heutige Namensgebung sich einer Änderung in Zukunft nicht verschließen kann. So heißen bereits heute in den USA einige anästhesiologische Abteilungen Klinik für Anästhesiologie und perioperative Medizin.

Was haben wir in der letzten Hälfte des Jahrhunderts erreicht? Mit der Verselbständigung der Anästhesieabteilungen hatten die Gründerväter der ersten Generation der deutschen Anästhesisten eine schwere Aufgabe auf ihre Schultern geladen. Eigenständigkeit hieß, Pflicht und Verantwortung zu tragen für Forschung und Lehre, zur damaligen Zeit aber besonders für Aus-, Weiter- und Fortbildung, um dem landesweiten Mangel an kompetenten Anästhesisten für den Betrieb neuer Anästhesieabteilungen zu begegnen. Die Leistungen unserer klinischen Lehrer verdienen Respekt aber auch Dank. Ihrem Enthusiasmus, ihren Mühen und Belastungen verdanken wir heute unsere berufliche Existenz, im Konzert des Zusammenspiels zwischen den Fachgebieten einer spezialisierten und technisierten Medizin. Das Fundament unseres gemeinsamen anästhesiologischen Hauses bildet die Arbeitsteilung zwischen Operateur und Anästhesist sowie das gegenseitige Vertrauen auf die Kompetenz des Anderen. Die Säulen zur Stützung des Dachstuhles sind die klinische Anästhesie, die operative Intensivmedizin, die Therapie akuter und chronischer Schmerzzustände und die Notfallmedizin. Im Bewußtsein des Erreichten dürfen wir uns jedoch nicht selbstgefällig zurücklehnen, sondern es bedarf ständig der aktiven Erneuerung. Insbesondere wegen der interdisziplinären Aufgabenstellung in der Intensivmedizin, Notfallmedizin und Schmerztherapie sind intensive Anstrengungen in Forschung, der klinischen Praxis und in der Lehre gefragt, die unsere Führungsqualifikation untermauern.

Neben der Verselbständigung des Fachgebietes, der Anerkennung des Anästhesisten als Facharzt, der Förderung anästhesiologischer Forschung und Lehre,

der Aufnahme wissenschaftlich ausgewiesener Kollegen in den Lehrkörper unserer Universitäten, der Schaffung fachspezifischer Publikationsorgane und der Konsolidierung unseres Fachgebietes haben die politischen Verhältnisse in unserem Lande die Geschichte und damit auch die Tradition unserer wissenschaftlichen und berufspolitischen Gesellschaften geprägt. An anderer Stelle wird dieser Teil unserer jungen Geschichte ausführlicher bearbeitet und historisch bewertet werden müssen. Lassen Sie mich jedoch kurz resümieren. Nach anfänglichen gemeinsamen Tagungen in den 60er Jahren wurden in beiden Teilen Deutschlands eigenständige Anästhesiengesellschaften gegründet, denen zunächst die Bürger beider Staatsgebilde durch Doppelmitgliedschaften angehören konnten. Die Beziehungen zwischen den Gesellschaften wurden anfangs durch gemeinsame Programmgestaltung der Kongresse, durch die Aufgaben des Fachgebietes selbst, aber vor allem durch persönliche Kontakte aufrecht erhalten. Nach Gründung der Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivtherapie in der DDR waren zur Zeit des Kalten Krieges die Bindungen und Verbindungen auf eine minimale Kontaktebene eingefroren worden. Nach dem Mauerbau 1961 in Berlin führten die behinderten Kommunikationen zwischen dem Ost- und Westteil Deutschlands zwangsläufig zum Ausschuß der Mitgliedschaft in der Deutschen Gesellschaft für Anästhesie und Wiederbelebung für die Anästhesisten in der DDR. Eine Vita minima zwischen den Gesellschaften hielten persönliche Freundschaften, gemeinsame Ehrenmitgliedschaften ausländischer Persönlichkeiten, Berührungen anlässlich der zentral-europäischen Anästhesiekongresse und das gemeinsame Interesse an der Entwicklung unserer Fachgebietsstrukturen am Leben. In den späten 80er Jahren erfolgte dann nach *Röse* eine „Wandlung durch Annäherung“, die am 23.10.1990 durch Auflösung der Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivtherapie der DDR zu einer Aufnahme ihrer Mitglieder in der Deutschen Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin führte. Dieser Schritt wurde durch die ungezählten menschlichen und fachlichen Aktivitäten der Repräsentanten beider Gesellschaften vollzogen. Es zeigte sich, daß der Abstand im fachlichen Wissensstand - abgesehen von technologischen Unterschieden - zwischen Ost und West erfreulicherweise unerheblich war. Es sollte nicht unerwähnt bleiben, daß die Vereinigung beider Fachgesellschaften trotzdem nicht ohne Reibungsverluste abgelaufen ist. Insbesondere hat die personelle Besetzung der Lehrstühle in den neuen Bundesländern nicht immer die volle Zustimmung der ostdeutschen Kolleginnen und Kollegen hervorgerufen. Darüber hinaus haben Errungenschaften einer staatlich gelenkten Gesellschaft nicht in vollem Umfang in eine Gesellschaft demokratisch-föderativer Prägungen übernommen werden können. Die Schwächung der akademischen Positionen der Anästhesiologie durch Fortfall obligatorischer Lehrveranstaltungen und der Staatsexamenprüfung mit eigener Anästhesieabschlußnote ist eben-

so zu bedauern wie der Wegfall der Facharztbezeichnung „Anästhesiologie und Intensivtherapie“, die administrative Zersplittung notfallmedizinischer Aktivitäten und die nicht mehr mögliche Mitwirkung unserer Fachschwestern und Fachpfleger als außerordentliche Mitglieder in der Fachgesellschaft. Aus heutiger Sicht kann jedoch bestätigt werden, daß die wissenschaftliche Vereinigung der deutschen Anästhesisten und der fachliche und personelle Austausch zu einer wesentlichen Stabilisierung unserer Gesellschaft beigetragen und zu einem integrierten nationalen Bewußtsein innerhalb der europäischen Anästhesiengesellschaften geführt haben.

Von den politischen Umwälzungen in unserer jüngsten Vergangenheit haben alle profitiert, Arzt wie Patient: Wir Ärzte durch eine freiheitliche Kommunikation auf der technischen, wissenschaftlichen und menschlichen Ebene, der Patient vorwiegend durch die Beseitigung technologischer Mängel in den neuen Bundesländern. Ich persönlich empfinde die Aufnahme der Beziehungen zu meinen östlichen Fachkollegen als eine echte Bereicherung meines beruflichen Lebens. Der Schatten der Trennung, den der Kongreßpräsident, Prof. Dr. K. H. Weis, anlässlich des 25jährigen Jubiläums der Deutschen Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin 1978 in Würzburg als besonders belastend hervorgehoben hatte, ist für einen Anästhesisten der 2. Generation und jemanden, der die Konfrontation der politischen Blöcke auch im wissenschaftlichen Bereich hautnah in der Frontstadt Berlin miterleben mußte, nun dem Licht der Kooperation gewichen.

Die Tradition der Internationalisierung unserer nationalen Kongresse hat eine noch jüngere Geschichte und basiert auf der geographischen Lage Deutschlands im Herzen Europas, auf der Überwindung politischer Konfrontationen zu Gunsten eines Denkens in europäischen Dimensionen und auf den verkürzten Kommunikationswegen durch die stürmische Entwicklung der Informationstechniken. Waren die ersten deutschen Anästhesiekongresse mit internationaler Beteiligung als Joint-meetings etabliert worden, so kann heute die tägliche Einbindung der fünf skandinavischen Anästhesiefachgesellschaften in das Programm des Deutschen Anästhesiekongresses 1999, ohne daß es zu inhaltlichen Überschneidungen kommt, als einen echten Fortschritt, aber auch als ein Wiederaufleben der früher engen Beziehungen zwischen den Medizingelehrten des Ostseeraumes gewertet werden, dem ja auch die wissenschaftlichen Gesellschaften Polens und der baltischen Staaten als Partner der Deutschen Anästhesiekongresse 1996 und 1997 angehören. Die wissenschaftlichen Gesellschaften Dänemarks, Finnlands, Islands, Norwegens und Schwedens feiern in diesem Jahr ihr 50jähriges Jubiläum der Scandinavian Society of Anaesthesiologists und zeigen uns in eindrucksvoller Weise, in welcher Harmonie und gegenseitiger Kooperation über nationale Interessen und Grenzen hinweg die Anpassung unseres Fachgebietes an den medizinischen Fortschritt und die Änderungen der politischen

und gesellschaftlichen Strukturen erzielt werden können. Insbesondere auf dem Gebiet der Weiter- und Fortbildung beginnen unsere skandinavischen Kollegen Entwicklungen in die Tat umzusetzen, die wir gedanklich erst zum jetzigen Zeitpunkt zu ordnen und bahnen beginnen. Die Erfahrungen unserer nördlichen Nachbarn werden wir in einer Podiumsdiskussion dieses Kongresses diskutieren und vertiefen können. Für die Bewältigung unserer eigenen Aufgaben haben wir in der Vergangenheit schon immer aus den Erfahrungen unserer skandinavischen Nachbarn lernen können, mit denen wir durch die Verleihung von Ehrenmitgliedschaften und korrespondierenden Mitgliedschaften unsere Verbundenheit seit dem Bestehen unserer Gesellschaft zum Ausdruck gebracht haben.

Auch wenn die Internationalisierung des Deutschen Anästhesiekongresses uneingeschränkt zu begrüßen ist, so darf doch rückblickend nicht vergessen werden, daß unsere Gesellschaft die Zusammenarbeit mit der Österreichischen Gesellschaft für Anästhesiologie, Reanimation und Intensivmedizin und der Schweizerischen Gesellschaft für Anästhesiologie und Reanimation in der Organisation des Zentraleuropäischen Anästhesiekongresses bedauerlicherweise, wie ich meine, aufgegeben hat. „Tempora mutantur nos et mutamur in illis“.

Lassen Sie mich nun eine Brücke bauen zwischen der Geschichte und der vor uns liegenden Zukunft. Tradition ist ein unverzichtbares Element einer jeden wissenschaftlichen Gesellschaft, ohne die ein Fortschritt schier undenkbar wäre. Worauf soll der wissenschaftliche Fortschritt sich auch anders gründen, als auf überlieferte Erkenntnisse, aus denen parallel zu der fortschreitenden Entwicklung der Medizintechnik neue Fragestellungen an die Forschung hervorgehen. *D. M. Mertz* erläutert in seinem Vortrag „Am Übergang ins 21. Jahrhundert zu einer Wissenschaftsgesellschaft“ das Problem Mensch und Geschichte wie folgt: „Zur eigenen Standortbestimmung ist die Kenntnis wichtig, wo man herkommt. Wer das nicht weiß, weiß auch nicht, wo er hingeht, denn er weiß nicht, wo er sich befindet.“ Tradition und Fortschritt sind daher ebenso wenig ein Gegensatz wie Licht und Schatten, klinische Erfahrung und wissenschaftliche Neugier oder Vergangenheit und Zukunft. Wir müssen immer beide Antipoden im Auge behalten. Der Philosoph *Heraklit* hat in seinen Lehren herausgestellt, daß die Synthese der Gegensätze erst die Harmonie der Einheit begründet. *August Bier*, dessen 50jährigem Todestag wir in diesem Jahre gedenken, und dem zu Ehren unsere wissenschaftliche Gesellschaft alljährlich einen Preis verleiht, hat diese Lehre auch für unser ärztliches Handeln eingefordert. Wenn wir den Blick nun nach vorn in die Zukunft richten wollen, dürfen wir - insbesondere wegen unserer vielfältigen interdisziplinären Tätigkeiten - die Aufgaben unseres Fachgebietes nicht isoliert betrachten. Vielmehr verlangt eine Standortbestimmung und Analyse unserer anästhesiologischen Aktivitäten im Räderwerk des Zusammenspiels der Medizinspezia-

litäten nach teleologischen Perspektiven. Schlußfolgerungen aus diesen Analysen bestimmen dann zwangsläufig und logisch unsere zukünftigen Strategien. Nur wer ein neuzeitliches „sustainable development“ - eine vorausschauende Entwicklung - beherzigt und ein „think global, but act local“ praktiziert, wird die Weichen für die Zukunft in die richtige Richtung stellen.

1. Politische Rahmenbedingungen der Gesundheitsstrukturen

Zu Zeiten prosperierender Volkswirtschaften konnten sich aus heutiger Sicht die Strukturen des Gesundheitswesens nahezu ungebrems und zum Teil an den tatsächlichen Bedürfnissen der Bevölkerung vorbei entwickeln. Die politische Kontrolle der Krankenhausplanung wurde weitgehend durch die Vorgaben regionaler Verhältnisse eingeschränkt. Aber sowohl die medizinische und technologische Entwicklung als auch der Druck gesteuerter medizinischer Publikationen spielten eine Rolle. Der ärztliche Sachverstand war damals meinungsbildend und an den Schaltstellen der Gesundheitspolitik auch gefragt. Heute hat sich im Zuge von Rationalisierungs- und Ökonomisierungsprozessen das Blatt gewendet. Betriebswirtschaftliches Denken bestimmt vordergründig - nicht erst seit der jüngsten Regierungsbildung - die Ziele der neuzeitlichen Gesundheitspolitik mit den Vorgaben durch Rationalisierungsaufgaben, Budgetierungen und Umschichtung der Entscheidungskompetenzen, Effektivität und Qualität der Gesundheitsversorgung zu steigern. Diese Zielsetzungen mögen vielleicht publikumswirksam sein, einem aufmerksamen Betrachter können jedoch die Defizite und falschen Schlußfolgerungen nicht verborgen bleiben, wenn die eigentlichen Leistungsträger von ihrer Verantwortung im Gesundheitswesen entbunden, wenn nicht sogar diskriminiert werden und zukünftig von den Kostenträgern und deren höchstwahrscheinlich nicht qualifizierten medizinischen Diensten bevormundet werden. Es ist der erklärte politische Wille, den Leistungserbringer „Arzt“ aus der Rolle des früher Agierenden zu drängen und ihm die Aufgabe eines reagierenden Statisten zuzuweisen. Freilich wird in den Präambeln zu den gesundheitspolitischen Reformvorschlägen hervorgehoben, daß alle Leistungsträger und -erbringer gemeinsam in einem Boot saßen und unter Berücksichtigung einer Kostenkontrolle Kurs auf Optimierung der Gesundheitsversorgung gehalten würde. Das Logbuch wird aber nicht von uns Ärzten geschrieben. Aufgaben des Steuermanns oder Navigators sind unseren Händen entglitten, der ärztliche Sachverstand ist auf die Ebene des Dienstleistungsgewerbes verbannt worden. Von dem Klima eines harmonischen Salonorchesters auf einem Kreuzfahrtschiff sind wir weit entfernt, vielmehr befinden wir uns auf frostiger Fahrt. Ob das vielbeschworene Boot, in dem wir sitzen,

freilich den Namen Titanic trägt, kann heute noch nicht abgesehen werden. Aus der Katastrophe der Titanic kann aber gelernt werden, daß die Rettung der Erst-Class-Passagiere im Vergleich zu denen der dritten Klasse signifikant erfolgreicher abgelaufen ist. In bezug auf unser Gesundheitswesen müssen wir uns daher fragen, ob die politischen Vorgaben nicht auch die Gefahr einer Zwei-Klassen-Medizin heraufbeschwören, die nicht unserer ethischen Wertvorstellung und dem Solidaritätsprinzip im Gesundheitswesen entspricht.

Was können wir aktiv tun, um aus unserer ärztlichen Sicht die politischen Entscheidungen für das Gesundheitswesen zu optimieren? Kein Arzt wird so vermessen und in der Lage sein, eine Betätigung in der Politik selbst neben der Tätigkeit in Klinik oder Praxis zu fordern, so wie es *Rudolf Virchow* am Anfang des Jahrhunderts praktiziert hat. Gleichwohl bleibt uns keine andere Wahl, als als sachkundiger Staatsbürger Zugang zu unseren Standesorganisationen in den Ärztekammern zu suchen, um die globalen ärztlichen Interessen zu vertreten und den Kontakt mit unseren Politikern auf Landesebene herzustellen, um politischen Einfluß auszuüben. Im vertraulichen Gespräch muß klar gemacht werden, daß die demographische Entwicklung und der medizinische Fortschritt nicht an die Entwicklung der Grundlohnsummen gekoppelt werden kann, wenn man nicht gleichzeitig eine Einschränkung der medizinischen Versorgung oder gar eine Rationierung, d. h. ein Vorenthalten des medizinischen Fortschrittes, politisch in Kauf nehmen will. Da in der Bundesrepublik jeder 11. Arbeitsplatz im Gesundheitswesen eingebunden ist, muß folgerichtig eine Einschränkung medizinischer Leistungen nicht nur zur Leistungsbegrenzung, sondern auch zu einer zusätzlichen Belastung des Arbeitsmarktes führen. Es muß daher unsere Aufgabe sein, die politischen Entscheidungsträger davon zu überzeugen, daß die Gewichtung der politischen Prioritäten überdacht und im Gesundheitswesen auf eine Entkoppelung der Bezugsgrößen Grundlohnsummenentwicklung und Kosten der Krankenversorgung abgezielt werden müsse. Sollte uns diese Überzeugungsarbeit nicht gelingen, so wäre wenigstens zu fordern, daß den Patienten, dem Wähler und Souverän der Gesundheitspolitik, reiner Wein eingeschenkt wird. Wenn wir uns nicht effektiver politisieren, werden wir - und nicht der Politiker - am Bett des Patienten eine medizinische Rationierung sowie den Unterschied zwischen dem Leistungsverantwortlichen und Leistungserbringer zu erklären haben.

2. Arzt und Patientenverhältnis

Es ist das Gebot der Humanität und unserer ärztlichen Ethik, den Patienten nach den heutigen Standards der Medizin zu versorgen. Bereits der Hippokratische Eid verpflichtet den Arzt, sein ganzes Können dem Patienten zur Verfügung zu stellen oder - modern aus-

gedrückt - ihm eine qualifizierte Dienstleistung anzubieten. Ist der heutige Kranke in einer Zeit des Wort- und Wertewandels, in der der Arzt zunehmend zum Leistungserbringer und der Patient zum modernen Kunden erklärt wird, tatsächlich noch der die Heilung suchende Mensch der früheren Zeit? Der Patient von heute ist in der Tat aufgeklärter. Mit Hilfe der modernen Medien kann er im Internet die Leitlinien zu bestimmten medizinischen Verfahren erfragen, er erfährt das „Ranking“ zertifizierter Krankenhäuser, er kann sich bei dem medizinischen Dienst der Krankenkassen über die Ergebnisqualität einzelner Abteilungen informieren, er lernt die Komplikationsraten einzelner Behandlungen kennen und er kann den Impactfaktor des behandelnden Arztes erfragen. Dem modernen Kranken stehen daher quervergleichende Informationen über Behandlungen, Ärzte, Krankenhäuser und Praxen offen. Müssen wir daher einen so aufgeklärten Patienten heute mehr denn je fürchten, weil die ihm früher verborgenen Informationen nun zugänglich sind, und wird das erwartete Vertrauen in die ärztliche „Kunst“ durch ein wissendes „Mißtrauen“ ersetzt? Dem Mißtrauen sollten wir daher durch aktiv gestaltete Informationsvermittlung begegnen, bevor öffentliche Publikationsorgane diese Aufgabe stellvertretend und manipulatorisch übernehmen. Wen der Begriff Kunde stört, der mag beruhigt sein, das „Einkaufen“ einer Dienstleistung durch den Kunden bezieht sich in der Krankenversorgung auch heute noch weitestgehend auf Nebenleistungen des Krankenhauses, wie hygienische Verhältnisse, Organisation der Zeitabläufe der medizinischen Behandlungen, Unterbringung und Verpflegung sowie vor allem auf Freundlichkeit des Personals und nach heutigen Erfahrungen weniger auf die ärztlichen Behandlungen selbst. Da der Patient die Kernleistungen Narkose und Operation nicht wahrnehmen oder beurteilen kann, werden die Qualitätswahrnehmungen der Nebenleistungen auch auf die Kernleistungen projiziert und bestimmen somit das subjektive Gesamtbild der Krankenversorgung. Die erbrachten, nicht ärztlichen Dienstleistungen für den Kunden „Patient“ sind daher ein nicht zu unterschätzendes Attribut der globalen Patientenbetreuung.

In der Bewältigung des zukünftigen Gesundheitswesens im Krankenhaus muß daher der Patient in den Mittelpunkt des Dienstleistungsangebotes, der organisatorischen und medizinischen Betreuung gestellt werden. Das notwendige Vertrauen als Basis für eine ärztliche Behandlung wird uns der Patient auch weiterhin schenken. Die Patientinnen und Patienten sind unsere engsten Verbündeten, wenn wir ihnen die geschuldete Qualität der ärztlichen Versorgung sicherstellen und wir ihnen in der Not der Krankheitsbewältigung die notwendige menschliche Zuwendung und Wärme anbieten. Nicht umsonst steht auch heute noch nach demoskopischen Umfragen das Ansehen des Arztes im Vergleich zu anderen Berufsständen an erster Stelle. Werden wir also diesem Anspruch durch Qualität und Humanität auch weiterhin gerecht!

3. Die Stellung des Anästhesisten im Krankenhaus

Neben den bereits geschilderten politischen und humanitären Pflichten des Anästhesisten als Arzt im Krankenhaus oder in einer Praxis hat er auch fachspezifische Zielsetzungen zu verfolgen. Der klinisch tätige Anästhesist hat sich heute neben seinem organären klinischen Aufgaben zum perioperativen Hausarzt des Patienten im Krankenhaus entwickelt. In dieser Funktion verrichtet er alle ärztlichen Dienstleistungen, die nur mittelbar mit der Primärerkrankung im Zusammenhang stehen. So behandelt er die akuten postoperativen Schmerzen ebenso wie die chronischen symptomatischen Schmerzbilder einer oftmals inkurablen Grunderkrankung, er korrigiert die als Folge von unbalancierten Feed-back-Mechanismen gestörten Vitalfunktionen im Operationssaal und auf der Intensivstation, er betreibt das Notarztwesen und organisiert ein perioperatives Management, das fachübergreifend präoperative Diagnostik und Therapie evaluiert sowie operative Arbeitsabläufe regelt. Zur früheren Tätigkeit als Narkotiseur ist heute ein breites Arbeitsfeld hinzugekommen, das uns die klinische Praxis durch unsere interdisziplinäre Tätigkeit, Sachkompetenz, Kooperationswilligkeit und Kompromißfähigkeit zugewiesen hat. Unser heutiger Status ist sicherlich aber auch durch den Zwang zur Spezialisierung unserer operativen Fachkollegen begründet, die ihre gesamten medizinischen und organisatorischen Kräfte auf eine stürmische Entwicklung der Medizintechnik und die Einrichtung von fachspezifischen Subspezialitäten ausrichten mußten. Zur Bündelung eigener personeller Ressourcen sind tangierende Randprobleme dabei willig, vielleicht auch dankbar, an uns Anästhesisten abgetreten worden, wenn die vorgetragenen Organisationsformen sozial verträglich, kollegial und qualitätsgesichert erarbeitet wurden. Den Status quo auch in die Zukunft fortzuschreiben zu wollen, ist jedoch an einige Voraussetzungen geknüpft. So ist es unumgänglich, die Zusammenarbeit mit unseren operativen Partnern auf der Basis gegenseitigen Vertrauens zu pflegen, wobei Unterwürfigkeit, aber auch unangemessene Arroganz dieser Zielsetzung nicht gerecht werden. Am Bett eines Patienten haben viele Ärzte Platz, die Qualität des ärztlichen Beitrages wird aber immer der bestimmende Faktor für Kompetenz und Hierarchie bleiben. Auch wenn die zunehmende Leistungsverdichtung den zeitlichen Spielraum zur Fort- und Weiterbildung immer mehr einengt, so darf dieses Ziel einer Qualitätssicherung als Schlüsselement für die Zukunft nicht aus dem Auge verloren werden. Der zunehmende Konkurrenzdruck zwischen den

Fachgebieten, aber auch innerhalb des eigenen Fachgebietes wird dem Qualifizierten immer eine Vorrangstellung einräumen. Vor dem Hintergrund defizitärer anästhesiologischer Ausbildung an unseren Universitäten durch mangelnde Lehrverpflichtungen muß das Erarbeiten von Fort- und Weiterbildungskonzepten in unser aller Interesse stehen, die einem „life long learning“ bzw. einer „continuous medical education“ gerecht werden.

Den Erfolgsgaranten für die Stellung des Anästhesisten im Krankenhaus stellt kurz- wie langfristig jedoch die Einheit unseres Fachgebietes dar. Auch unsere klinische Tätigkeit lebt in der Zukunft von dem wissenschaftlichen Fortschritt und der Spezialisierung. „Divide et impera“ darf jedoch nicht unsere Devise heißen und das Ergebnis des Fortschritts sein. Einzelne Verselbständigungen in einem begrenzten anästhesiologischen Arbeitsgebiet können erfahrungsgemäß nur kurzfristig befriedigen. Separatismus schadet dem Fach Anästhesiologie, aber letztendlich dem Separatisten selbst. Das Motto für unsere Zukunft sollte daher auf die Erhaltung der Einheit des Fachgebietes Anästhesiologie und Intensivmedizin ausgerichtet sein, wobei die Synthese aus Tradition und wissenschaftlichem Fortschritt die Pfeiler für eine stabile Brückenkonstruktion darstellen.

Lassen Sie mich zusammenfassen: Auch eine junge medizinische Fachgesellschaft lebt von ihrer Geschichte, die sich stetig durch wissenschaftliche Erneuerungen fortschreibt. Nicht eine verklärte Rückschau auf die Tradition oder eine alleinige vorausschauende Fortschrittsgläubigkeit sichern die Einheit des Fachgebietes, sondern vielmehr eine globale Synopsis. Im Sinne *Heraklits* lassen Sie uns selbstkritisch und selbstsicher zugleich den Kontakt zu unseren Patienten, aber auch zu unseren operativen Partnern suchen. So wie im menschlichen Leben Vertrauen die beste Basis für ein Zusammenleben darstellt, so ist das Vertrauen in die Kompetenz des anderen die beste Voraussetzung für ein gemeinsames Gestalten im klinischen Alltag. Kompetenz heißt Qualität, die nur gesichert werden kann, wenn die politischen Entscheidungsträger uns Ärzten einen geeigneten ökonomischen und schöpferischen Freiraum für Weiterbildung und Forschung zubilligen. Sie alle kennen den plakativen Werbeslogan: „Es gibt viel zu tun, packen wir es an.“ Auch wenn dieser Appell im Ansatz auch für uns Ärzte gilt, so lassen Sie mich dennoch mit *Goethe* klassisch zum Schluß kommen: „Wer immer strebend sich bemüht, den können wir erlösen“.

D. Patschke
- Präsident der DGAI -