

EDITORIAL

Zum neuen Jahr:

Anästhesie - quo vadis?

B. Landauer

"If you don't know where you are going, any way gets you there" (Koran)

und

"Nicht daß sie die Lösung nicht sehen - sie sehen das Problem nicht" (C.K. Chesterton)

Struktur - quo vadis?

oder

"If you are not part of the solution, you are part of the problem" (N.N.)

Nach den zunächst harten Aufbau- und später "fetten" Konsolidierungsjahren drohen auch unserem Fach, nicht zuletzt akzentuiert durch die gesundheitspolitischen Rahmenbedingungen, sowohl von innen als auch von außen verschiedene, bisherige **Strukturen** in Frage stellende Belastungen.

Dabei laufen nicht nur Großinstitute Gefahr, sowohl von ihrer Mitarbeiterzahl als auch Organisationsstrukturen her eine kritische, unsere operativen Partner bisweilen bedrohende, vor allem aber bezüglich ihrer Arbeitsabläufe suboptimale, mit einem "Mehr desselben" (K. Watzlawick) im Sinne des bisher gewohnten Procederes nicht mehr zu kompensierende Gestalt anzunehmen und damit ihre **"kritische Größe"** zu erreichen bzw. zu überschreiten.

Gleichzeitig suchen immer mehr qualifizierte Anästhesisten mangels geeigneter Betätigungsfelder als Chef- oder Oberärzte bzw. in eigener Praxis ihr Heil in einer **Subspezialisierung** und damit eine gewisse Verselbständigung innerhalb der eigenen Abteilung. Vor allem die Intensivmedizin, aber auch die Kardio-, Kinder- oder Neuroanästhesie sowie die Schmerztherapie sind hierfür einschlägige Beispiele.

Dabei trägt die **Zertifizierung derartiger Subspezialitäten**, etwa in Gestalt fakultativer Weiterbildungen, so beispielsweise in der speziellen anästhesiologischen Intensivmedizin oder der Schmerztherapie, von fachinternen Qualifikationsnachweisen einmal ganz abgesehen, das Ihre zu dieser Entwicklung bei.

Hinzu kommt, daß die **Weiterbildungsordnung** - zumindest der Ärztekammer Berlin - die Erteilung einer gleichzeitigen Weiterbildungsbefugnis für Anästhesiologie und spezielle anästhesiologische Intensivmedizin nicht mehr zuläßt, was auf die Dauer ebenfalls nicht ohne entsprechende Folgen für die bisherigen Strukturen bleiben kann. Ginge es nach den Vorstellungen der Ständigen Konferenz "Ärztliche Weiterbildung", so würde diese Gefahr durch Umwandlung der fakultativen Weiterbildung **"Spezielle Anästhesiologische Intensivmedizin"** in einen Schwerpunkt erheblich verstärkt.

Von uns Anästhesisten hinsichtlich seiner Brisanz fast unbemerkt, hat im März 1999 der Vorstand der Bundesärztekammer ein **Positionspapier zur Strukturreform des ärztlichen Dienstes** im Krankenhaus* verabschiedet, worin dieser unter anderem mit dem Schlagwort "Wissen kennt keine Hierarchien" für eine Abschaffung der bisherigen chefarztgeprägten Leistungsstrukturen zugunsten eines kooperativen Managements durch Fachärzte plädiert. Erinnert diese Forderung auch an das Märchen von "des Kaisers neuen Kleidern", wird doch nur dem Ersatz einer hierarchischen Struktur durch eine andere das Wort geredet, so soll sie doch, zumindest nach Ansicht der Bundesärztekammer, "erhebliche Wirtschaftlichkeits-, Leistungs- und Qualitätsreserven mobilisieren". Das bereits seit Jahren frustran propagierte sog. **"Team-Arzt-Modell"** des Marburger Bundes zielt in dieselbe Richtung.

Gleiches gilt für die zur Kostenbegrenzung von staatlicher Beihilfe und privater Krankenversicherung immer stringenter Auslegung des persönlichen Tätigwerdens als Grundlage der **Liquidation ärztlicher Leistungen**. Dabei ist diese nicht nur für die Chefärzte, sondern auch für die Mitarbeiter (Pool) sowie das Krankenhaus (Abgaben) von nicht unerheblicher Bedeutung. Es sei jedoch davor gewarnt, über dem "Speck" einer Erweiterung des Kreises der Liquidationsberechtigten zur Einnahmesicherung die "Falle" der Eröffnung von Möglichkeiten zu gravierenden Strukturänderungen zu übersehen. Daß gerade wir Anästhesisten - bedingt durch die Gleichzeitigkeit auf der einen und dem hohen Spezialisierungsgrad auf der anderen Seite - bezüglich der geforderten persönlichen Leistung im Hintertreffen sind, liegt auf der Hand. Um so wichtiger sind daher entsprechende Lösungsmöglichkeiten, wie sie von *Biermann, Ulsenheimer und Weißauer* erarbeitet wurden. Hierzu zählen eine rechtlich einwandfreie **Wahlleistungsvereinbarung**, auf die allerdings der Anästhesist, wenn überhaupt, nur mittelbar Einfluß hat, da deren inhaltliche Gestaltung dem Krankenhausträger obliegt.

Kann der liquidationsberechtigte Arzt der Leistung sein "Gepräge" nicht geben, weil eine persönliche Wahrnehmung einzelner Tätigkeiten, wie präoperative Festlegung des Behandlungsregimes, intraoperatives Narkosemanagement, postoperative Aufwachraumbehandlung, Intensiv- bzw. Schmerztherapie, qualitätsichernder Nachbesuch etc., auch in Teilen nicht möglich ist, so empfiehlt sich mit dem Patienten eine

* Lt. DKG waren 1997 in deutschen Krankenhäusern 11.907 leitende Ärzte, 22.169 Oberärzte und 72.262 Assistenzärzte, von letzteren 23.727 mit abgeschlossener Weiterbildung tätig.

Individualvereinbarung in freier Form bezüglich einer "gewillkürten" Stellvertretung zu treffen. Wurde auch seinerzeit vom Landgericht Flensburg "ein stillschweigendes Einverständnis mit der Stellvertretung durch die widerspruchslose Hinnahme der Leistung seitens des Patienten" bejaht, so ist doch heute dringend zu einer auch entsprechend dokumentierten individuellen Vereinbarung zu raten.

Verschärft wird diese Situation auch durch einzelne Operatoren, die geleitet von ihrem natürlichen Instinkt und bisweilen auch ihrer Frustration über mangelnde Flexibilität ihrer anästhesiologischen Partner, mit der Forderung nach **prozessorientierten Arbeitsabläufen** einer Unterordnung und damit Aufsplitterung der bisherigen Strukturen - zumindest hinter vorgehaltender Hand - das Wort reden.

Mehr als alarmierend in diesem Kontext ist die Tatsache, daß bereits ein Anästhesie-Lehrstuhl als **C3-Professur** ausgeschrieben und besetzt wurde.

Eine bislang unterschätzte Rolle spielt in diesem Zusammenhang die vornehmlich aus Kosten- bzw. Systemgründen erfolgende **Übernahme von Anästhesie-Leistungen** im stationären, vor allem aber **ambulanten Bereich des Krankenhauses durch vertragsärztlich tätige Anästhesisten**. Die damit möglichen Gefahren einer einseitigen Benachteiligung von Krankenhausabteilungen hinsichtlich ihrer Struktur, ihrer Weiterbildungsmöglichkeiten, ihres Stellenschlüssels etc. haben den Berufsverband veranlaßt, eine Ad-hoc-Arbeitsgruppe zur Entwicklung von Lösungsstrategien einzusetzen. Dabei sind juristische und gebührenrechtliche Fragen ebenso zu klären wie logistische und haftungsrechtliche Probleme.

Angesichts dieser Situation sowie der zunehmenden Dynamik und Komplexität der zu lösenden Aufgaben wird eine gewisse **Anpassung der Abteilungsstrukturen** nicht zu umgehen, vielfach sogar von Vorteil sein. Insbesondere die Verlagerung von Entscheidungswissen und -befugnis auf niedrigere hierarchische Ebenen begünstigt den Wandel einer "wissenden" in eine "lernende" Organisation, einer "Bürokratie" in eine "Adhockratie" und schafft so ohne Mehrkosten Flexibilität und "Schlagkraft" bei steigender Zufriedenheit der Mitarbeiter.

Ein häufig noch unterschätztes und zu wenig genutztes Instrument ist in diesem Zusammenhang die **Flexibilisierung der Arbeitszeit**, gekennzeichnet durch versetzte Arbeitszeiten, bedarfssadaptierte Personalsteuerung in Verbindung mit Arbeitszeitkonten einschließlich Teilzeitbeschäftigung unterschiedlichen Ausmaßes. Nur so ist es nämlich möglich, bei "enger" werdendem Personalbudget den zumindest gleichbleibenden, vielfach aber gestiegenen Leistungsanforderungen gerecht zu werden, den gesetzlichen Bestimmungen bezüglich Diensthäufigkeit und Ruhezeiten sowie den individuellen Bedürfnissen der Mitarbeiter Rechnung zu tragen und ihnen gleichzeitig attraktive Perspektiven hinsichtlich ihres Berufs- und Privatlebens zu eröffnen.

Allerdings wird es unvermeidbar sein, nach dem Motto von *C.F. von Weizsäcker* "Es ist alles verloren, wenn wir entschlossen sind, auf nichts zu verzichten",

auch einige Abstriche vom bisher Gewohnten hinzunehmen. Das Ansinnen allerdings, aus Kostengründen dem Pflegepersonal ärztliche Aufgaben zu übertragen, hat die Grenzen des Tolerierbaren bereits weit überschritten.

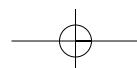
Eine **Abteilung führen** und für sie Verantwortung zu tragen, erfordert neben fachlichen Qualitäten vor allem **emotionale Kompetenz bzw. Beziehungsintelligenz**. Heißt es doch, bestehende Energieblockaden aufzuspüren und zu beseitigen, Aktivitäten von Mitarbeitern zuzulassen, statt sie zu verhindern, brachliegende Fähigkeiten nach Möglichkeit zu fördern, Entscheidungen im Konsens zu treffen sowie Demotivationen zu vermeiden.

Grundlagen erfolgreichen Führens

- Empathie besitzen
- authentisch sein
- wahrhaftig sein
- andere anerkennen
- anderen zuhören
- Antworten verweigern
- hinter den Mitarbeitern gehen bzw. stehen
- wissen bis zu welchem Punkt man zurückgehen darf, ohne „die Sache zu verraten“
- Verantwortung übernehmen
- Menschen um sich sammeln, die besser sind bzw. werden als man selbst

Unser Zukunftskapital ist das spontane Engagement, die Fähigkeiten und die Professionalität jedes einzelnen Mitarbeiters. Vom sog. **"Mythos Motivation"** (R. K. Sprenger) herkömmlicher Art sollte man sich allerdings besser heute als morgen verabschieden. Wer nämlich Leistung bzw. Motivation fordert, darf nicht nur "Incentives", sondern muß Sinn bieten, und hieran besteht gerade in unserem Fach kein Mangel. Leistung als solche ist entgegen landläufiger Vorstellungen nicht käuflich, so daß eine bloße Erhöhung etwa der Poolbeteiligung zwangsläufig ins Leere laufen muß. Auch auf dem Fußballfeld "schießt Geld bekanntlich keine Tore" (O. Rehhagel). Dies ist kein Plädoyer dafür, daß Leistung nicht adäquat honoriert werden soll, aber immer noch folgt das Honorar der Leistung, nicht umgekehrt! Bekanntlich sind Freiräume für die Mitarbeiter, nicht zuletzt geschaffen auf dem Wege einer Delegation, entsprechende Qualifikation und Zuverlässigkeit vorausgesetzt, zur persönlichen Entfaltung und Mitentscheidung die wesentlichsten endogenen Motivatoren und Gründe, sich mit seiner Tätigkeit und damit seiner Abteilung und dem Krankenhaus zu identifizieren.

"Incentives" herkömmlicher Art dagegen korrumpern, machen "süchtig" und hindern Mitarbeiter, ihre Aufgabe so zu erfüllen, wie sie es von sich aus für richtig halten. Ganz abgesehen davon, daß der Einsatz von



Editorial

"Incentives" stillschweigend unterstellt, daß ohne derartige Anreize nur suboptimale Leistung erbracht wird.

Sicher ist, daß unser Fach, wenn es nicht Substanzielles zur Lösung zumindest eines Teiles der angesprochenen Fragen beizutragen imstande ist, selber zum Problem wird.

Qualität - quo vadis?

oder

"Wer nur etwas von Anästhesie versteht, versteht auch von Anästhesie nichts" (nach G. Lichtenberg)

Bei der intensiven Beschäftigung mit Strukturfragen darf selbstverständlich das Bemühen um Qualität und deren Sicherung, ein Anliegen, so alt wie die Medizin selbst, nicht aus dem Blickfeld geraten.

Hierbei gilt es grundsätzlich, zwischen **fachlichen, d.h. medizinischen und emotionalen, somit ärztlichen Qualitäten** zu unterscheiden.

So haben - gut 150 Jahre nach der ersten erfolgreichen Anästhesie - die in unserem Fachgebiet etablierten Prozeduren einen Reifegrad erreicht, der es nicht mehr zuläßt, daß sogar offensichtliche und von keinem angezweifelte Verbesserungen, wie etwa die Einführung der Pulsoxymetrie, ihren Wert bezüglich des **Patienten-Outcomes**, d.h. der Ergebnisqualität, statistisch unter Beweis stellen können. Dieses Beispiel zeigt das Dilemma der heute unter dem Schlagwort "Evidenz statt Eminenz" geforderte **"Evidence based Medicine"**. In diesem Zusammenhang sei nur auf die Studien von *Connors* bzw. *Pepe* verwiesen, wonach der Einsatz eines Pulmonalarterienkatheters bei kritisch Kranken bzw. die endotracheale Intubation bei der kardio-pulmonalen Reanimation entgegen jeder Erwartung zu einer Verschlechterung des Outcomes führen sollen. U.a. liegen derartige, auf den ersten Blick paradoxe Ergebnisse in der Tatsache begründet, daß, um statistisch zuverlässig eine Verbesserung des Outcomes eines Krankheitsbildes mit einer 3%igen Mortalität durch eine bestimmte Therapiemaßnahme, um nur 0,3% nachweisen zu können, ein heute kaum mehr realisierbares Studienkollektiv von 100.000 Patienten erforderlich ist.

Nicht zuletzt unter diesem Aspekt stellt sich die Frage, wie die allerorts erhobene Forderung nach einer **Kontrolle** der medizinischen Qualität erfüllt werden soll.

Dabei hat der heute auf breiter Front mögliche Einsatz von elektronischer Datenverarbeitung auf der einen und der Kostendruck auf der anderen Seite der Qualitätskontrolle eine neue Dimension erschlossen. Vom Gesetzgeber in § 137 SGB V vorgeschrieben, wird sie zunehmend dazu benutzt, "medizinische Mogelpackungen" zu entdecken und nach dem erklärten Willen der Bundesregierung künftig auch öffentlich zu machen. Dies ist verständlich, denn jenseits des

Atlantiks wurden bereits 1971 von *S. Shem* - einem scharfen Beobachter der Materie - im XIII. Gesetz seines "house of god" die praktischen Konsequenzen monetärer Restriktion auf folgenden, zugegebenermaßen überzeichneten Nenner gebracht: "The delivery of medical care is to do as much nothing as possible".

In diesem Zusammenhang spielen auch unter dem Gesichtspunkt der "best practices" **Krankenhausbetriebs- bzw. Abteilungsvergleiche** im Sinne eines "bench markings", d.h. "schnelles und gezieltes Lernen durch Vergleich mit den Besten", eine zunehmende Rolle.

Entsprechend der bekannten Devise "the most insidious hazard of anesthesia is its relative safety" (*J. B. Cooper*), ist trotz einiger Anstrengungen die Wahl geeigneter **Qualitätsindikatoren** in der Anästhesie, aber vor allem auch in der Intensivmedizin ein lange Zeit unbefriedigend gelöstes Problem. Als Ausweg aus diesem Dilemma hat man sich derzeit auf die Erfassung von Anästhesiologischen Verlaufsbeobachtungen (AVB), früher präjudizierend auch ZEKs (Zwischenfälle, Ereignisse, Komplikationen) genannt, geeinigt. **Patientenzufriedenheit** blieben ebenso wie die Zufriedenstellung unserer operativen Partner - in erster Linie Ergebnisse emotionaler Kompetenz - als Qualitätskriterien zu lange "außen vor".

In jedem Fall müssen mögliche Irrwege der Qualitätssicherung, nämlich die "Ausdehnung institutionalisierter kollektiver Qualitätskontrollen auf Bereiche, in denen das Kontrollierbare nicht das Wesentliche, und das Wesentliche nicht kontrollierbar ist" (*H. Hege*), rechtzeitig erkannt und vermieden werden.

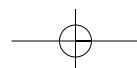
Bezüglich der emotionalen, d.h. menschlich-ärztlichen Qualitäten gilt, daß ihnen, da unter anderem nicht outsource- und globalisierbar, die Zukunft gehört. Ihre Bedeutung für die Leitung einer Abteilung klang bereits an und ist nicht hoch genug zu veranschlagen. Aufschlußreiche Untersuchungen von *Goleman* aus Industrie und Wirtschaft belegen, daß erfolgreiches Führen mit entsprechenden Betriebsergebnissen nur zu 1/3 auf rationalwissenschaftlichen Fachkenntnissen, zu 2/3 jedoch auf emotionalen Fähigkeiten beruht. Es ist daher unumgänglich, zukünftig bei der Berufung von Chefärzten auf diese, bisher häufig vernachlässigten Qualitäten mindestens ebensoviel Wert zu legen wie auf fachliche Fähigkeiten und wissenschaftliche Reputation, denn frei nach *Lichtenberg* gilt: "Wer nur etwas von Anästhesie versteht, versteht auch von Anästhesie nichts".

Weiter- und Fortbildung - quo vadis?

oder

"Ein schlechter Schüler, der nicht besser wird als sein Lehrer" (N.N.)

Ein mit Qualität eng zusammenhängendes und wichtiges, da unser Fach für die Zukunft "fitmachendes"



Zum neuen Jahr

Thema, ist die Weiter- und Fortbildung. Unabhängig von der Fortschreibung der Weiterbildungsordnung - neuerdings in deregulierter, modularer Form geplant -, die, da sie auch der **Definition der Fachgebietsgrenzen** dient, stets ein Kompromiß zwischen wissenschaftlichen Erkenntnissen und berufspolitischen Interessen ist, ist vor allem nach geeigneten Wegen der Wissensvermittlung zu suchen. Als diesbezüglich erfolgreiche Maßnahmen haben sich u.a. die bereits seit langem von der Deutschen Akademie für Anästhesiologische Fortbildung (DAAF) angebotenen und gut besuchten Refresherkurse erwiesen. Interaktive Weiter- und Fortbildungsveranstaltungen, wie sie zunehmend in Form von Seminaren, Workshops mit und ohne "Hands-on-Übungen" sowie Tutorien angeboten werden, erfreuen sich zunehmender Beliebtheit. So beispielsweise die Initiative "**Fort- und Weiterbildung Anästhesiologie in Bayern**", die auf den Erfahrungen, die im Rahmen der "Harvard-München-Alliance" zur "Entrümpelung" des Lernens und damit Verbesserung der studentischen Ausbildung an der Ludwig-Maximilians-Universität in München gewonnen wurden, basiert. Der größte Teil des Erfolges derartiger, allerdings sehr personalaufwendiger Konzepte, so auch des "Reformstudienganges Medizin" der Berliner Humboldt-Universität, beruht im Gegensatz zum mehr oder minder passiv rezipierten und oft statt in die Köpfe über diese hinweggehenden Frontalunterricht auf der Aktivierung der Teilnehmer durch die gemeinsame, tutorgeleitete Diskussion und Erarbeitung eines bei Bedarf rasch verfügbaren Wissensstoffes (problem-based learning). Da für die Teilnahme an Weiterbildungsveranstaltungen der Wunsch nach dem Facharztzeugnis bestimmend ist, ist deren Resonanz im großen und ganzen gut. Defizite dagegen bestehen - trotz der eindeutigen diesbezüglichen Verpflichtung durch die Berufsordnung für Ärzte - für die "Zeit danach" und damit auf dem Fortbildungssektor. Um diese zu beseitigen, haben einzelne Ärztekammern zunächst auf freiwilliger Basis **Fortbildungsnachweise und -zertifikate** eingeführt, wobei die Teilnahme an entsprechenden Veranstaltungen durch sog. "credit points" in allerdings derzeit leider noch länderabhängig unterschiedlicher Zahl belohnt wird. Die letzten Landestagungen unserer Verbände vergaben bereits derartige Punkte. Es gehört nicht allzuviel Phantasie dazu, damit zu rechnen, daß dieses Verfahren über kurz oder lang für alle Ärzte im Sinne des "Life-long-Learning" möglicherweise auch einer "**Rezertifizierung**" verbindlich wird.

Einen Teilaspekt dieser Thematik stellt das Training im **Simulator** dar.

Galt vor einem Jahrhundert zumindest für Wundärzte noch die Devise "das muß erlernt sein, und wenn es hundert Bauern kost", so gilt im Zeitalter der computergestützten virtuellen Realität, daß Erfahrungen in sicherheitssensiblen Bereichen - die Luftfahrt ist ein typisches Beispiel - zunächst in Simulatoren gewonnen werden können. Hier werden nicht nur typische Notfälle und Anästhesiekomplikationen realitätsnah erlebt und gemeistert. Auch ist es mit Hilfe derartiger

Einrichtungen möglich, äußerst seltene Zwischenfälle, mit denen ein Anästhesist während seiner gesamten Berufszeit kaum mehr Gefahr läuft konfrontiert zu werden, bekannt zu machen und ihn nebenbei an seine psychischen und physischen Grenzen zu führen. Technische Geräteeinweisungen und -schulungen, besonders wichtig in der Zeit des Medizinproduktegesetzes, gehören ebenfalls zu den Anwendungsmöglichkeiten derartiger Simulatoren. "Last but not least" lassen sich derartige Einheiten auch im studentischen Unterricht mit Gewinn einsetzen. Kein Wunder also, daß dieses, allerdings sehr teure und personalaufwendige Instrument mittlerweile an sechs Standorten in Deutschland betrieben wird. Auch hier gehört nicht allzuviel Phantasie dazu sich vorzustellen, daß derartige Trainingssequenzen, wie etwa in Dänemark bereits der Fall, zu einem obligaten Bestandteil von Weiter- und Fortbildung werden könnten.

Das eingangs zitierte Motto ernstnehmend, sollten wir alles tun, um es der uns folgenden Generation von Anästhesisten zu ermöglichen, besser zu werden als wir.

Positionierung der Anästhesie im Medizingeschehen

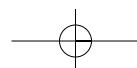
oder

"Die Mühlen der Gebirge liegen nun hinter uns. Vor uns liegen die Mühlen der Ebenen" (B. Brecht)

Das Ziel aller Bemühungen muß es sein, die **Anästhesie im Medizingeschehen** der Zukunft optimal zu positionieren. Dabei geht es weniger um die Erschließung neuer Aufgaben und damit Nachfragefelder für unser Fachgebiet. Haben wir uns doch nicht zuletzt durch den schrittweisen Aufbau von Intensivbehandlung, Notfall- und Schmerztherapie einen ansehnlichen Aufgabenbereich erarbeitet. Können und Kompetenz, Kommunikation und Kooperation, Konflikt- und Kompromißfähigkeit waren dabei bewährte, auch weiterhin noch gültige Erfolgsgaranten.

Es geht vielmehr um die Pflege unserer **Kernkompetenz**, d.h. der ärztlichen (Dienst-) Leistung in jeder Hinsicht.

Im Klartext bedeutet dies, daß "nur" gute Narkosen, Intensiv- und Notfallmedizin sowie Schmerzbehandlung nicht mehr genügen, Patienten, Operateure, Mitarbeiter und Krankenhausbetreiber zufriedenzustellen und zu sichern, daß sie uns schätzen und unsere Dienste auch zukünftig gerne in Anspruch nehmen. Vielmehr ist es unsere Chance, uns - im Sinne eines Paradigmenwechsels - wieder vermehrt des Dienstleistungscharakters unseres Faches wie der ärztlichen Profession überhaupt zu besinnen. Dabei gilt, daß Dienstleistung, von G. Höhler als "säkularisierte Nächstenliebe" apostrophiert, gerade heute von jedem gefordert, aber immer noch zu wenig erbracht wird und damit die Zukunftschancen schlechthin besitzt. Goleman unterstellt allerdings, "in der Medizin hat



Editorial

man erst jetzt wieder die Vorzüge der Empathie entdeckt, teilweise aus zwingenden wirtschaftlichen Gründen".

Dienstleistung bedeutet, darauf habe ich schon früher an dieser Stelle hingewiesen, "a little bit selling your soul" und sich - trotz tadellosem, die sachlichen Ansprüche befriedigendem Produkt mit Empathie den fast ebenso wichtigen emotionalen Bedürfnissen ("added value") seines beruflichen Umfeldes, nämlich von Patient, Operateur und Mitarbeitern anzunehmen.

Bezüglich des Umgangs mit unseren Patienten bedeutet dies, ihnen auch unsere ärztlichen Qualitäten zu widmen und sich nicht damit zu begnügen, nur ein guter, ratiogesteuerter Mediziner zu sein. Ähnlich plädiert *K. Sykes*, wenn er in einem Editorial der Zeitschrift *Anaesthesia* feststellt, "the major need is to change our approach to the provision of care; we need to personalise our service".

Bezüglich des Umgangs mit unseren operativen Partnern bedeutet dies, entsprechend ihrem Psychogramm deren sachliche, aber auch emotionale Bedürfnisse zu erkennen und, soweit vertretbar, zu befriedigen. Spätestens hier wird deutlich, daß Dienstleistung nichts anderes als Beziehungsmanagement (*G. Höhler*) bzw. angewandte Beziehungsintelligenz (*St. F. Gross*) ist und damit eine Fähigkeit, die für eine gedeihliche Zusammenarbeit mindestens ebenso wichtig ist wie solide anästhesiologische Fachkenntnisse.

Die genannten Überlegungen dürfen natürlich kein elitäres Herrschafts-(Chefarzt-) Wissen bleiben, sondern müssen auch von den Mitarbeitern geteilt und ihnen nicht nur "top down" mitgeteilt werden. Denn gerade sie sind es, die "bottom up" täglich vor Ort unsere Philosophie vertreten, mit Leben erfüllen und so zur optimalen Positionierung unseres Faches beitragen müssen.

Für die Institution Krankenhaus bedeutet dies, daß die **Anästhesie als Querschnittsfach** par excellence, dem Öl eines Motors vergleichbar, den operativen Disziplinen einen möglichst störungsfreien und reibungsarmen Arbeitsablauf ermöglicht, d.h. Verantwortung für das Ganze übernimmt und damit unverzichtbar ist.

Anästhesie ist heute ein Qualitätsprodukt, auf das man sich auch zukünftig getrost verlassen und auf das wir stolz sein können. Dies entbindet uns allerdings nicht von dem Bemühen, "besser" zu werden, denn wer das nicht mehr tut, hat bereits aufgehört, "gut" zu sein. Insgesamt wird unser Fach auch im nächsten Jahrtausend erfolgreich sein, wenn wir uns neben unseren speziellen Aufgaben gleichermaßen als

Generalisten dem Ganzen verpflichten, hierfür Verantwortung übernehmen und so die in uns gesetzten Erwartungen übertreffen.

Letztere wurden bereits vor einem knappen Jahrhunderts durch *N. Moore* wie folgt beschrieben: "The anaesthetist is a man apart ... The ease and perfection of the operation largely depends upon his skill in giving the anaesthetic ... The anaesthetist becomes a sort of prologue to the operation, his influence pervading the whole action, having an important but silent part in it and in the end, vanishing strangely".

Literatur

- Biermann E, Ulsenheimer K, Weißauer W:* Liquidation wahlärztlicher Leistungen - rechtliche Grundlagen. Medizinrecht (in Vorbereitung)
- Bundesärztekammer:* Strukturreform des ärztlichen Dienstes im Krankenhaus - Kooperatives ärztliches Management. Köln, März 1999
- Caldwell JE:* The problem with long-acting muscle relaxants? They cost more! *Anesth. Analg.* 85 (1995) 473
- Deutsche Krankenhausgesellschaft:* Zahlen, Daten, Fakten '99. DKG 1999
- Dick WF:* Evidence Based Medicine um jeden Preis? *Anästh. & Intensivmed.* 39(1998)133
- Goleman D:* Emotionale Intelligenz. Hanser-Verlag 1995
- Goleman D:* Der Erfolgsquotient. Hanser-Verlag 1999
- Gross St F:* Beziehungsintelligenz. Verlag Moderne Industrie 1997
- Hege H:* Qualitätssicherung, Qualitätskontrolle. Bayerisches Ärzteblatt 46 (1991) 173
- Hoehler G:* Spielregeln für Sieger, Econ-Verlag 1995
- Hoffmann H:* Der Chefarzt am Deutschen Krankenhaus. Arzt und Krankenhaus 72 (1999) 161
- Krämer W:* Die Krankheit des Gesundheitswesens - die Fortschrittsfalle der modernen Medizin. Fischer-Verlag 1989
- Kuhnert-Frey B:* Berufsperspektiven durch Teilzeit. Deutsches Ärzteblatt 96 (1999) 2092
- Landauer B:* Die Zusammenarbeit in der Operativen Medizin aus der Sicht des Anästhesisten. *Anästh. & Intensivmed.* 32 (1991) 265
- Levinson W:* Physician patient communication. A key to malpractice prevention. *JAMA* 272 (1994) 1616
- Moore N:* History of St. Bartholomews Hospital. Pearson, 1918, 748
- Opderbecke HW, Weißauer W:* Entschließungen - Empfehlungen - Vereinbarungen - Leitlinien. Aktiv Druck & Verlag 1999
- Schüttler J:* Training im Simulator - Spielerei oder unverzichtbare Komponente ärztlicher Lernprozesse? *Anaesthetist* 48 (1999) 431.
- Shem S:* The house of god. Dell publishing 1971
- Sprenger RK:* Mythos Motivation, Campus-Verlag 1998
- Sykes MK:* Editorial: Recognition of the anaesthetist. *Anaesthesia* 50 (1995) 381.