Zum Neuen Jahr - „Alle Jahre wieder“

Stand bei meinem letztjährigen Grußwort zum Neuen Jahr entsprechend dem Motto unseres Jahreskongresses, dem DAC 2005 in München, die „perioperative Patientenzuwendung“ im Mittelpunkt unserer Überlegungen, so animiert das programmatische Motto des diesjährigen, 53. Deutschen Anästhesiekongress, des DAC 2006 in Leipzig, „Partner in Klinik und Praxis“ ebenfalls zu einigen Anmerkungen.

Was bedeutet eigentlich Partnerschaft? Partnerschaft bedeutet gleichberechtigt, sozusagen auf Augenhöhe miteinander zu agieren, die gegenseitigen Interessen zu berücksichtigen und Anliegen ebenso wie Probleme zum Wohle der Beteiligten zu lösen.

Unter diesem Gesichtspunkt sind in erster Linie die Vertreter der operativen Disziplinen in Krankenhaus und Praxis unsere Partner, mit denen wir vielfach bereits im Vorfeld eines operativen Eingriffs, spätestens aber im Operationssaal und auf der operativen Intensivstation, in der Notfallmedizin sowie „last but not least“ bei der – nicht nur – postoperativen Schmerzbehandlung zusammenarbeiten. Dass es in dieser im Grunde genommen erfreulich guten Partnerschaft auch „Aufs“ und „Abs“ gibt ist normal und sollte nicht zu allzu großer Sorge Anlass geben.

Nachdem die zeitweilig hohe Wogen schlagende Diskussion um Parallelnarkosen durch Medizinische Assistenten für Anästhesiologie (MAFAs) nach der „Münsteraner Erklärung“ (A&I 2005;46:32-34) bis auf weiteres als beendet betrachtet werden kann, beschäftigte uns im zurückliegenden Jahr vor allem die gemeinsam mit unseren operativen Partnern geplante „Empfehlungen zur Ausstattung und Organisation interdisziplinärer operativer Intensiveinheiten (IOI)“.

Ursache für die in diesem Zusammenhang vor allem verbandsintern aufgetretenen Turbulenzen war die Vorabveröffentlichung eines diesbezüglichen Entwurfs von Weißauer durch die Chirurgen, unglücklicherweise allerdings noch ohne den dazu geplanten und bei unseren früheren Vereinbarungen üblichen, klarstellenden Kommentar. Obwohl unmissverständlich als persönlicher Entwurf gekennzeichnet, wurde dieser von einigen „Interessierten“ als „ beschlossene Sache“ verstanden bzw. missverstanden und vor Ort argumentativ gegen die Anästhesie genutzt. Dies sorgte nicht nur dort, wo es geschah, für erhebliche Unruhe und Missstimmung. Die Präsidien haben darauf reagiert (A&I 2005;46:4462-463) und mittlerweile eine auf breitem anästhesiologischem Konsens basierende überarbeitete Fassung dieses Papiers verabschiedet. Sie werden diese zunächst mit den Chirurgen, danach mit den Neuro- und Herzchirurgen diskutieren, um von dieser zunächst „nur“ Entschließung bzw. Empfehlung zu einer hoffentlich allgemein konsentierten Vereinbarung zu gelangen. Nach wie vor allerdings lautet unsere Antwort auf die „intensivmedizinische Gretchenfrage“, wer nun die Intensivmedizin machen soll, der, der es qualifikationsmäßig am besten kann, d.h., der, der das dazu notwendige „Know-how“ besitzt, und der, der gleichzeitig quantitativ über das hierfür erforderliche Personal, d.h, das „Know-who“ verfügt.

Partner sind aber auch unsere vertragsärztlich tätigen Fachkollegen mit denen die Anästhesie im Gegensatz zu manchen anderen Disziplinen auch im eigenen Bereich ein erfreulich unkompliziertes, da von Konkurrenzdruck Klinik-Praxis unbelastetes Verhältnis verbindet.

Partner sind weiterhin die von den allgemeinen Restriktionen ebenfalls nicht verschonten und häufig grundlos in Misskredit geratenen Verwaltungen, Krankenkassen, Kassenärztlichen Vereinigungen und vergleichbaren Institutionen.

Auch mit der Industrie, die uns mit pharmakologischem und technischem Rüstzeug versorgt sowie unsere Veranstaltungen unterstützt, verbindet uns eine sehr gute, in der Vergangenheit durch eine rigide Rechtsprechung manchmal ins Zwielicht geratene, Partnerschaft.

„Last but not least“ zählen natürlich auch unsere Mitarbeiter im ärztlichen und pflegerischen Bereich zu unseren Partnern! Ohne deren engagierte Mitarbeit wäre keine der genannten Partnerschaften vorstellbar.

Partner unserer Patienten dagegen können und wollen wir aber nicht sein, auch wenn Zeitgeist und Politik das noch so lautstark fordern! Für diese sind und bleiben wir – sollen deren Nöte und Probleme erfolgreich gelindert und gelöst werden – Ärzte, was allerdings, und das wird oft übersehen, einen „mündigen Bürger“ keineswegs ausschließt. Das heißt, die für eine Partnerschaft geforderte gleiche Augenhöhe kann im Arzt-Patienten-Verhältnis naturgemäß nicht im politisch gewünschten Umfang gelebt werden. Außerdem schätzen wir es gar nicht, wenn man uns, was in diesem Zusammenhang leider nur allzu häufig – ob mit oder ohne Absicht - geschieht, auf bloße „Mediziner“ reduziert. „Mediziner“ sind Menschen die das medizinische Handwerk gelernt, die Medizin studiert haben. Ärzte dagegen sind Menschen, die das Gelernte menschlich mit Humanität und Empathie für die sich ihnen anvertrauenden Kranken einsetzen. Hier von Partnern oder – schlimmer noch – „Kunden“ zu sprechen hieße, eine ganz entscheidende Qualität der Arzt-Patienten-Beziehung preiszugeben und letztere gleichsam zu einem beliebigen „Schaltergeschäft“ zu degradieren.

Vertrauen ist in diesem Zusammenhang ein ganz wesentliches Element. Vertrauen verpflichtet denjenigen, dem man vertraut, gerade dazu, dieses – koste es auch einige Anstrengung – nicht zu enttäu- ▸

schen. Das heute allgemein geschürte Misstrauen hingegen lädt auch den Gutwilligsten geradezu ein, sich so zu verhalten, wie es von seinem Gegenüber befürchtet wird.
Bezüglich der berufspolitischen Großwetterlage ist festzustellen, dass derzeit leider wieder einige Sturmtiefs über uns hinweg ziehen. Dabei ist vor allem die Verschlechterung der Arbeitsbedingungen für das Gros unserer Krankenhausärzte – ich denke nur an den neuen Tarifvertrag für den Öffentlichen Dienst und seine Langzeitfolgen, die stillschweigende Zumutung gehaltsneutraler längerer Wochenarbeitszeiten sowie die vielfach übers Knie gebrochene Umsetzung der neuen Arbeitszeitregelungen – zu nennen. Daran ändert auch nichts, dass die Übergangsfrist, ein neues, EU-konformes Arbeitszeitgesetz zu schaffen, um ein weiteres Jahr, nämlich bis zum 01.01.2007, hinausgeschoben wurde.
In diesem Zusammenhang haben die Präsidenten von DGAI und BDA im Sommer diesen Jahres im Schulterschluß mit der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie die diesbezüglichen Protestaktionen der Ärztinnen und Ärzte an den Universitätskliniken in einem auch in A&I (2005;46:400,) veröffentlichten Schreiben als berechtigtes Anliegen unserer Kolleginnen und Kollegen unterstützt und werden dies in geeigneter Weise auch in Zukunft tun.
Ob in diesem Zusammenhang die plakative Forderung des Marburger Bundes, der durch seinen Austritt bei Ver.di erst sehr, für manche allerdings zu spät sein Herz für Ärzte wieder entdeckt zu haben scheint, nach 30% mehr Lohn Erfolg haben wird bleibt abzuwarten.
Der ungebrochene Wille der weiter amtierenden Gesundheitsministerin und ihrer Berater, „a la longue“ an dem Plan festzuhalten, die Privatliquidation zu Gunsten einer Bürgerversicherung mit ärztlicher Behandlungspflicht zu Fall zu bringen, hat ebenfalls nicht unerhebliche Nachteile für die finanzielle Situation des Gesundheitswesens im Allgemeinen und die der Ärzte im Besonderen.
Nicht von ungefähr dreht sich ein Großteil der Diskussion um das ärztliche „Honorar“ (lat.: „Ehrengeschenk“ für eine höhere, nach ihrem wirtschaftlichen Wert nicht schätzbare Leistung), das – entsprechend der Einsteinschen Erkenntnis, dass „nicht alles, was gezählt werden kann, zählt und nicht alles, was zählt, gezählt werden kann“ – nicht nur eine materielle Geldseite, sondern auch eine nicht zu unterschätzende, uns heute bewusst vorenthaltene Anerkennungskomponente enthält.
Die Folgen dieser zunehmenden und vorsätzlichen Demontage des Arztberufes werden uns alle noch schmerzhaft tangieren! Stellen wir fest, jede Gesellschaft bekommt - ob wir es wollen oder nicht - die Ärzte, die sie verdient!
Verbandsseitig sind wir, BDA und DGAI, im engen Schulterschluss für die Bewältigung der 2006 vor uns stehenden Aufgaben gut gerüstet: Im Zeitalter von Zertifizierung, KTQ und Prozessmanagement ermöglicht unsere Internet-basierte SOP-Tauschbörse, dass nicht überall das Rad neu erfunden werden muss. Unser e-learning-Portal erlaubt qualifizierte Weiter- und vor allem Fortbildung, was in Anbetracht der nun verbindlichen Rezertifizierungspflicht für unsere Mitglieder zukünftig von erheblichem Wert ist. Schließlich gibt die Implementierung eines Critical Incident Reporting System (CIRS) nun die Möglichkeit, geschehene Fehler für den Verursacher unschädlich offen zu legen, sie mit Experten zu diskutieren und Nichtbeteiligten die Chance zu geben, aus ihnen zu lernen. Damit wird aus einem bisher verdrängten und daher brachliegenden Erfahrungspotential ein Gewinn für alle, vor allem aber für unsere Patienten. Dies sind neben dem bisher bestehenden Serviceangebot der Verbände Neuerungen, mit denen wir unseren Mitgliedern in Zukunft ihre Arbeit leichter und sicherer machen können.
Unsere bewährten Management- und OP-Management-Seminare sind ja hinreichend bekannt und stoßen auch weiterhin auf großes Interesse.
Da wir unser „Licht nicht unter den Scheffel stellen“ wollen, haben DGAI und BDA zur Verbesserung unserer Außendarstellung und damit auch einer adäquaten Fremdwahrnehmung nach dem Update unseres Internetauftritts nun auch die Neugestaltung unserer Zeitschrift, der „Anästhesiologie & Intensivmedizin“ abgeschlossen. Ich glaube, dass sich das Ergebnis im wahrsten Sinne des Wortes sehen lassen kann und wir uns in dem neuen „Outfit“ wohl fühlen und nach außen eine gute Figur machen.
Dass dieses Bündel von Aktivitäten und Neuerungen trotz einer guten Haushaltsführung nach nun 15-jähriger Beitragsstabilität nicht mehr aufkommensneutral geleistet werden kann, darüber wird man in der diesjährigen Mitgliederversammlung sprechen müssen.
Diese Zeilen abschließend möchte ich Ihnen und den Ihnen Nahestehenden ein beruflich ebenso erfolgreiches wie persönlich glückliches Neues Jahr 2006 wünschen und Sie bei dieser Gelegenheit einladen, im Mai nach Leipzig zu kommen, um Erfahrungen miteinander auszutauschen, Neues zu lernen und auch ein wenig die Bachstadt Leipzig zu genießen, eine Stadt, die das hervorragend ermöglicht, aber auch auf Grund ihrer bemerkenswerten „Persönlichkeit“ Ihren Besuch verdient.

Prof. Dr. med. B. Landauer
– Präsident BDA –