

BDAktuell

Niederschrift der ordentlichen Mitgliederversammlung des BDA am 7. Mai 2007 in Hamburg

– Im Rahmen des 54. Deutschen Anästhesiekongresses 2007 –

Vor Eintritt in die Tagesordnung begrüßt der Präsident des BDA, Prof. Dr. med. Bernd Landauer, die 91 Teilnehmerinnen und Teilnehmer und stellt fest, dass zu dieser Mitgliederversammlung gemäß §12 Abs. 4 der Satzung durch Veröffentlichung in der Verbandszeitschrift „Anästhesiologie & Intensivmedizin“, Heft 4/2007, S. 215, unter Angabe von Ort, Termin und Tagesordnung ordnungsgemäß eingeladen worden sei. Die Versammlung sei beschlussfähig. Zur Tagesordnung wurden keine Änderungswünsche vorgetragen.

Anschließend ergreift der Vizepräsident des BDA, Herr Prof. Dr. med. B. Freitag, das Wort, um dem Präsidenten ganz herzlich zur Ehrenmitgliedschaft des BDA zu gratulieren, die ihm auf der Eröffnungsveranstaltung des DAC auf einstimmigen Beschluss von Präsidium und Ausschuss verliehen worden sei.

TOP 1: Bericht des Präsidenten (Im Wortlaut)

„Meine sehr verehrten Damen und Herren, liebe Kolleginnen und Kollegen, alle Jahre wieder freuen wir uns sehr, dass der BDA als Ausdruck der Verbundenheit und ebenso engen wie konstruktiven Zusammenarbeit mit unserer wissenschaftlichen Fachgesellschaft mit einer Vielzahl eigener Veranstaltungen auf diesem DAC 2007 für seine Mitglieder vertreten ist. Wir gratulieren dem Kongresspräsidenten und der ihm zuarbeitenden Kommission zu diesem brillanten Programm. Wir wünschen ihm für die Zeit seiner Präsidentschaft, fast bin ich in Anbetracht seines glänzenden Starts versucht, von „Regentschaft“ zu sprechen, im Interesse der Deutschen Anästhesie eine glückliche Hand.

Präsidium und Ausschuss haben in ihrer Oktober-sitzung einstimmig beschlossen, Prof. Dr. med. Guido Hack für seine engagierte verbandspolitische Tätigkeit, insbesondere als langjähriger Landesvorsitzender, Vertreter der Krankenhausanästhesisten im Präsidium und als Vizepräsident des BDA sowie PD Dr. med. Thomas Klöss in Anerkennung seiner verbandspolitischen Tätigkeit als langjähriger Landesvorsitzender in Hamburg, vor allem aber in Hinblick auf sein bemerkenswertes Engagement für das Qualitäts- und Krankenhausmanagement im Rahmen der Mitgliederversammlung mit der „Anästhesie-Ehrennadel in Silber“ auszuzeichnen. Die Curricula der Geehrten sind in der Ehrungsbroschüre des DAC 2007 und auch online unter bda.de zu finden.“

Anschließend gratuliert der Präsident dem Vizepräsidenten, Herrn Prof. Dr. med. B. Freitag, zum 65. Geburtstag sowie Herrn PD Dr. med. A. Schleppers zu seiner Habilitation.

Mit den Worten „Wer in unseren Herzen weiterlebt, ist niemals tot“ bittet Prof. Landauer die Anwesenden, sich zu Ehren der seit dem letzten Kongress Verstorbenen zu erheben:

Dr. med. Klaus Armbruster, Offenburg, Dr. med. Roland Assig, Kissenbrück, Dr. med. Christian Bosert, Lindau, Dr. med. Heide Dokter, Erkrath, Dr. med. Ulrich Ege, Lindenberg, Dr. med. Andreas Fittkau, Potsdam/Babelsberg, Rainer Fournell, Bad Kreuznach, Dr. med. Lena-Adelheid Funke, Neuss, Dr. med. Dietrich Gerigk, Bad Berleburg, Dr. med. Josef Hellwig, Altenkirchen, Dr. med. Thomas Hotz, Schorndorf, Dr. med. Dietmar Kissinger-Moritz, Lübeck, Dr. med. Runhild Loeser, Roth, Dr. med. Klaus-Peter Mueller, Wiesbaden, Patrick Mueller, Fürth, Dr. med. Hans-Joachim Naeumann, Villingen-Schwenningen, Dr. med. Martin Öder, Brakel, Prof. Dr. med. Karl-Heinz Pickart, Rietz-Neuendorf, Dr. med. Peter Ploum, Aachen, Luise Roane, Berlin, Univ. Prof. Dr. med. Erich Rügheimer, Marloffstein, Dr. med. Mohammed-R. Sagheb, Langenfeld, Birgit Schaefer, Borken, Dr. med. Rosemarie Schlichtmann, Hamburg, PD Dr. med. Hans Schmidt, Altstadt, Dr. med. Hans Jürgen Schuckelt, Kerpen, Birgit Sowade, Berlin, Bernd Strunz, Viernheim, Dr. med. Gerhard-T. Wasielke, Düsseldorf, Dr. med. Herta Zimmermann, Weinheim.

Prof. Landauer fährt fort: „Eine besondere Freude war uns, Herrn Prof. Dr. med. Hilmar Burchardi mit der Anästhesie-Ehrennadel in Gold im Rahmen der gelungenen Eröffnungsveranstaltung auszeichnen zu können. Herr Professor Burchardi ist die 15. Persönlichkeit, die mit dieser 1990 an Herrn Professor Bräutigam erstmalig verliehenen Ehrung bedacht wurde. Seinen Aktivitäten und seiner klugen Beratung in den verschiedensten Gremien ist es mit zu verdanken, dass nach einer anfänglich ausgesprochen stiefmütterlichen Behandlung die Intensivmedizin nun zunehmend adäquat in der G-DRG-Systematik abgebildet ist. Darüber hinaus stammen zahlreiche Empfehlungen und zukunftsweisende Ideen zur Positionierung der Intensivmedizin in Deutschland von ihm.

Ein besonderes Anliegen von Präsidium und Ausschuss war es außerdem, Herrn Prof. Dr. iur. Dr. rer. pol. Klaus ▶

► Ulsenheimer, München, für seine langjährige ebenso „rechtschaffene“ wie „rechtschaffende“ Beratung des BDA mit der Ernst-von-der-Porten-Medaille auszuzeichnen. Auch er ist die 15. Persönlichkeit die diese Ehrung erhielt, wobei Professor Weissauer - ebenfalls ein Jurist - 1986 die Reihe der so Geehrten eröffnete. Ich selbst habe mich über die für mich überraschende Verleihung der „Ehrenmitgliedschaft“ sehr gefreut. Ich war und bin ob dieser unerwarteten Ehre immer noch ebenso verlegen und sprachlos, so dass es mir wie Eugen Roth geht, der einmal schrieb: „Man liest zwar deutlich überall, was tun bei einem Unglücksfall? Doch ahnungslos ist meist die Welt, wie sie beim Glücksfall sich verhält!“

1. MAfA-Problematik - die Spitze des Eisbergs, der „Akademisierung“ von Nicht-Ärzten und „Deakademisierung“ des Arztberufes

Viel Kopfzerbrechen hat uns, in den letzten Jahren bereits absehbar, die zunehmend virulenter werdende MAfA-Problematik bereitet. Medizinische Assistenten für Anästhesie (MAfAs) sollten nach den Vorstellungen ihrer Protagonisten die Überwachung der Narkose - vielfach reduziert auf „hours of boredom“ - und in „einfach gelagerten Fällen“ auch die Narkoseein- und -ausleitung übernehmen. Dabei ist anzumerken, „es gibt zwar eine kleine Chirurgie, aber keine kleine Anästhesie“! Euphemistisch dargestellt, soll damit in sogenannten „Anesthesia Care Teams“ angeblich die Qualität gesteigert und Ärzte für Wichtigeres freigestellt werden. Besonders die Entwicklung im letzten Jahr hat uns gezwungen, gemeinsam mit unserer wissenschaftlichen Fachgesellschaft noch einmal klar und unmissverständlich Stellung zu beziehen, was Narkose bedeutet und dass sie eine ärztliche Aufgabe ist! Eigentlich sollte dies jedem verständigen Menschen klar sein, denn nach einer überaus treffenden Definition von Cottrell - er wurde vorgestern in der Eröffnungsveranstaltung mit der „Ehrenmitgliedschaft der DGAI“ geehrt - gilt, „Anesthesia is to keep patients alive while the surgeon does things that could kill them“. Außerdem, mit acht Millionen Narkosen im Jahr geht Anästhesie jeden an und nicht nur den kleinen Kreis der in einem Jahr gerade zufällig Betroffenen!

In einer zweiten, mit namhaften Experten unseres Fachgebietes, Juristen, Klinikdirektoren, Vertretern der Bundesärztekammer, der Deutschen Krankenhausgesellschaft, des Verbandes der Universitätsklinika sowie der Pflegeverbände hochrangig besetzten Klausurtagung am 27./28. Februar 2007 wurde eine erneute gemeinsame Stellungnahme des BDA und der DGAI zu „Zulässigkeit und Grenzen der Parallelverfahren in der Anästhesiologie“ erarbeitet. Diese bestätigte klar die „Münsteraner Erklärung“ vom 20.10.2004, die ihrerseits wiederum auf einer Entschließung des BDA aus dem Jahre 1989 basiert. Sie erteilt dem geplanten Einsatz von nicht-ärztlichem Personal zur Durchführung von Narkosen eine eindeutige, auch von der Rechtsprechung bislang klar respektierte und nun auch in der Zukunft zu respektierende

Absage. Wir betrachten dies zumindest als einen wichtigen „Etappensieg“, denn die Triebfedern für diese Entwicklung sind damit noch lange nicht vom Tisch: Striktes Wirtschaftlichkeitsdenken, zunehmender Ärztemangel, Paradigmenwechsel in der Pflege mit dem erklärten Ziel, vermehrt ärztliche Aufgaben zu übernehmen, unterstützt durch die klare politische Absicht einer „Akademisierung der Nichtakademiker“, siehe auch den Versuch der Etablierung von Bachelor- und Masterstudiengängen, begünstigen den allenthalben zu beobachtenden Trend einer „Deakademisierung“ - fast ist man versucht, von Demontage zu sprechen - der im gängigen Sprachgebrauch auf bloße „Mediziner“ reduzierten Ärzte. Demnach stellt die MAfA-Diskussion nur die Spitze eines, nicht nur für die Anästhesie, sondern für die Ärzteschaft in ihrer Gesamtheit, höchst gefährlichen Eisbergs dar!

Für die tägliche Praxis gibt die Münsteraner Erklärung nach dem von Scheffel'schen Motto „Zwischen Entweder und Oder führt noch manches Sträßchen“ genügend Spielraum für einen vernünftigen Einsatz von Pflegekräften in der Anästhesie. Aktuelle Information hierzu finden Sie im Internet unter www.bda.de oder im A&I-Kongressheft zum DAC 2007 (Anästh Intensivmed 2007;48:223-229).

2. Nachwirkungen des Ärztestreiks - Außer Spesen nichts gewesen?

Nicht zuletzt diese zunehmende Missachtung unserer Interessen und Demontage des Arztberufes führten zum Ärztestreik. Dabei ist Streik ein absolut unärztliches Mittel der Auseinandersetzung und signalisiert, wie weit eine Situation „verkommen“ sein muss, dass Ärzte, noch dazu auf eigene Kosten, zu einem derartigen, von den Verbänden zwar nicht bejubelten, aber gebilligten und unterstützten Mittel des Arbeitskampfes greifen. Ziehen wir, ein knappes Jahr danach, Bilanz: Was ist geblieben?

Der Ärztestreik hat in seinen Nachwehen u.a. verständlichen Unmut bei zahlreichen Ärzten, insbesondere bei den Oberärzten und den Kollegen in den neuen Bundesländern bezüglich ihrer Eingruppierung im Tarifgefüge mit sich gebracht. Inwieweit es sich bei der Eingruppierung der Oberärzte um einen reinen Verhandlungsfehler gehandelt hat oder auch politische Absicht mit im Spiel war, darüber lässt sich nur spekulieren. Aber im Zuge der politisch gewünschten Abflachung der Hierarchien und Einführung des Teamarztmodells wäre Letzteres durchaus vorstellbar. Im Maiheft der A&I (S. 291-297) werden Sie einen entsprechenden Beitrag mit Argumentationshilfen finden, sofern Sie diesbezüglich Schwierigkeiten haben sollten.

Die Durchsetzung eines arzt-spezifischen Tarifvertrags (TV-Ärzte) darf nicht darüber hinwegtäuschen, dass zukünftig die Ärzte nun nicht mehr im Windschatten einer großen Gewerkschaft von den auch für sie mitverhandelten Ergebnissen profitieren, sondern sich nun selbst dem rauen Wind von Tarifverhandlungen mit allen Konsequenzen einschließlich des Risikos von Arbeitskampfmaßnahmen - welch ein Unwort für Ärzte -, d.h. ►

► im „worst case“ einem erneuten Streik aussetzen müssen.

Im Übrigen hat der Streik den schlagenden Beweis dafür geliefert, dass bis zu 40% einer regionalen Versorgungskapazität über Wochen reduziert werden kann, ohne dass es zu spürbaren Engpässen in der Gesundheitsversorgung der Bevölkerung gekommen ist. Sogar Universitätsklinika konnten zu Teilen geschlossen werden, ohne dass dies - von einzelnen, durch diese Maßnahme direkt betroffenen Patienten einmal abgesehen - zu nennenswerten Problemen geführt hätte. Mit den hieraus von der Politik und den Kostenträgern gezogenen Konsequenzen werden wir uns sicher noch auseinanderzusetzen haben.

3. Gemeinsame Empfehlungen der DGAI und des BDA mit der DGCH und dem BDC „Zur Ausstattung und Organisation Interdisziplinärer Operativer Intensivseinheiten (IOI)“ - Was lange währt wird endlich gut!

Bereits seit 2002 bestand, veranlasst durch die zunehmende Zusammenlegung von Intensivstationen - wir haben in den Mitgliederversammlungen der letzten Jahre bereits mehrfach über dieses Thema berichtet - der dringende Wunsch der Chirurgen trotz noch „gültiger“ „Richtlinien für die Organisation der Intensivmedizin in den Krankenhäusern“ der Deutschen Krankenhausgesellschaft (Das Krankenhaus 1974;11:457) nach einem „Update“ der bereits 1970 getroffenen „Vereinbarung zwischen den Fachgebieten Chirurgie und Anästhesie über die Aufgabenabgrenzung und die Zusammenarbeit in der Intensivmedizin“ (1970;11:167). Diesem Wunsch kamen wir mit einem entsprechenden Entwurf von Professor Weissauer, dem geistigen Vater der ursprünglichen Vereinbarung nach. Dieser wurde 2004 von den Chirurgen vorschnell und leider ohne „klärenden“ Kommentar veröffentlicht, was erwartungsgemäß zu heftigen Irritationen „vor Ort“ und damit auch zu erheblichen Protesten in den eigenen Reihen führte. In der Folge wurde dieses „IOI-Papier“ mehrfach überarbeitet und schließlich am Faschingsdienstag 2007 in einer nur zweistündigen Sitzung im Langenbeck-Virchow-Haus in Berlin von den chirurgischen Verbänden konsentiert und nach dem Motto „Was lange währt wird endlich gut“ im März 2007 mit dem Segen der jeweiligen Präsidien verabschiedet.

Vor allem die strittigen Fragen der Zu- und Abverlegung von Patienten, der Entscheidungshoheit („Stichentscheid“), der Zuordnung der Intensivbetten sowie der Qualifikation des Leiters der IOI konnten zur allseitigen Zufriedenheit geregelt werden. Demnach gilt: „Über die Aufnahme von Patienten auf die Intensivstation entscheiden die operativen Fächer als Behandler des Grundleidens im Einvernehmen mit dem Leiter der IOI. Über die Rückverlegung der Patienten von der Intensivstation entscheidet der Leiter der IOI im Einvernehmen mit dem Behandler des Grundleidens. Kann keine einvernehmliche Entscheidung getroffen werden, trägt derjenige, der die Entscheidung über die Verlegung trifft, die alleinige ärztliche und rechtliche

Verantwortung“. Bezüglich der Konfliktlösung auf der IOI gilt im Grundsatz: „Über die im konkreten Fall zu treffenden medizinischen Maßnahmen entscheidet im Bereich des Grundleidens der Vertreter des operativen Faches und im Bereich der Intensivtherapie der Leiter der IOI. Für den Fall, dass kein Konsens erzielt werden kann, ist hausintern (z.B. über eine GO) festzulegen, wer den Stichentscheid trifft. Derjenige, der die Entscheidung trifft, trägt die volle ärztliche und rechtliche Verantwortung.“ Auf eine Zuordnungsempfehlung der Intensivbetten wurde angesichts der unterschiedlichen Verfahrensweisen in den einzelnen Krankenhäusern bewusst verzichtet. Dagegen „sollte eine am Bettenbedarf orientierte rechnerische Durchschnittsbettenzahl für jede Klinik/Fachabteilung hausintern festgelegt werden. Auf jeden Fall ist eine starre Zuordnung des gesamten Bettenkontingents zu vermeiden.“ „Last but not least“ muss der Leiter der IOI ein „gemäß der jeweils gültigen WBO qualifizierter Arzt der Anästhesiologie oder eines operativen Faches“ sein. Demnach gilt: „Die fachliche Zuständigkeit des Leiters der IOI für die intensivmedizinische Versorgung aller Patienten deckt sich mit dem Konzept der WBO für die operative Intensivmedizin“. Dabei umfasst die anästhesiologische Zusatzweiterbildung wegen des interdisziplinären Auftrags der Anästhesie als operatives Querschnittsfach „die Behandlung intensivmedizinischer Krankheitsbilder in Zusammenarbeit mit den das Grundleiden behandelnden Ärzten“, also die Behandlung aller Patienten auf einer IOI! Den vollen Wortlaut dieser wichtigen Empfehlung finden Sie ebenfalls im Kongressheft der A&I (Anästh Intensivmed 2007;48:230-232).

Eine ähnliche gemeinsame Empfehlung mit den Internisten, im Wesentlichen basierend auf den bereits 1980 getroffenen Vereinbarungen (Anästh. Intensivmed. 21(1980)166-167), steht kurz vor dem Abschluss, wobei auch internistischerseits eine intensivmedizinische Zentrenbildung grundsätzlich abgelehnt wird.

Bei dieser Gelegenheit möchte ich es nicht versäumen, Ihnen wieder einmal unsere „Entschließungen – Empfehlungen – Vereinbarungen“, zu beziehen zum Unkostenbeitrag von 12 € über die Geschäftsstelle, ans Herz zu legen. Es ist für jeden in unserem Fach Tätigen eine wahre Fundgrube, u.a. hinsichtlich der Vorbeugung und Lösung von Konflikten.

4. Strukturprobleme von Anästhesie und Intensivmedizin – das Ganze ist mehr als die Summe seiner Teile!

Kaum ist die Intensivmedizin im „Außenverhältnis“ zu unseren operativen Partnern und Internisten gesichert und in „trockenen Tüchern“, so droht eine neue, bislang mit Erfolg verdrängte Gefahr, nämlich das Bestreben, die Intensivmedizin in unabhängigen, letztendlich von der Anästhesie „abgekoppelten“ Organ- oder klinikübergreifenden Zentren zu betreiben. Dies ist bereits in Aachen, Hamburg und wenigen anderen Orten der Fall. Diesen sowohl für die Anästhesie als auch die Intensivmedizin höchst gefährlichen Trend einer Spaltung unseres Fachgebietes gilt es mit allen Mitteln zu verhin- ►

► dern. Dies umso mehr, als in Spanien, wo als einzigem europäischem Land die Intensivmedizin als selbstständiges Fach existiert, dessen Eigenständigkeit neuerdings heftig diskutiert und in Frage gestellt wird.

In jedem Fall muss die Intensivmedizin, repräsentiert durch das „I“ in unserem Logo, mit der DGAI verbunden bleiben! Dabei wird man à la longue nicht darum herum kommen, mit einer „intelligenten Lösung“ Augenhöhe des „Leiters Intensivmedizin“ mit dem „Leiter Anästhesie“ herzustellen. Dadurch würde einem Teil der durchaus berechtigten Kritik von außen und dem mancherorts bestehenden „Separationsdruck“ von innen der Wind aus den Segeln genommen werden!

Zu groß nämlich sind die Synergieeffekte der bis heute gewachsenen Integration von Anästhesie und Intensivmedizin, als dass man diese Symbiose wegen eines vorübergehenden, wie auch immer gearteten Vorteils leichtfertig und kurzfristig aufs Spiel setzen darf. Ich denke nur an die Ähnlichkeit der sich vielfach nur durch ihre „Schlagzahl“ unterscheidenden Prozeduren in der Anästhesie und Intensivmedizin, die friktionsarmen Prozessabläufe durch fast „alles aus einer Hand“, an Personalgewinnung, -rotation und -rückkehrer sowie Weiterbildung, etc.

Unterstützung finden wir hier auch durch die Weiterbildungsordnung, die, wie ihr Name bereits sagt, die Zusatzweiterbildung nur zusätzlich zu einem Gebiet, gleichsam als ein „add on“, vorsieht und folgerichtig den Behandlungsauftrag auf die Patienten des jeweiligen (Fach-)Gebietes beschränkt.

Die Verbände werden sich im Juli mit dieser, für die Anästhesie, aber auch die Krankenhäuser essentiellen Strukturfrage in einer Klausurtagung beschäftigen.

Dabei wird auch darüber zu sprechen sein, wie wir zu den m.E. geradezu „unsittlichen“ Ansinnen krankenhaushenabhängiger, privatwirtschaftlicher Anbieter stehen, die mit dem Lockangebot eines, vor allem investitionsmäßig „rundum sorglos Pakets“ die notwendigen, meist kostspieligen Geräte inkl. deren Wartung sowie das dazu erforderliche nichtärztliche und sogar ärztliche Personal zur Verfügung stellen und somit ganze Teile unseres Aufgabenspektrums, sei es auf dem Gebiet der Intensivmedizin, aber auch der Anästhesie kostengünstig übernehmen wollen.

Im Gegensatz zur Übernahme ganzer Krankenhäuser, ja sogar Universitätsklinika durch Privatunternehmen, was heute allerdings nichts Ungewöhnliches mehr ist, resultiert aus einem derartigen Herauslösen einzelner Aufgaben einer Anästhesieabteilung eine, in ihrem gesamten Ausmaß noch kaum zu erfassende Gefährdung unseres Fachgebietes.

In kleinerem Stil wird das Outsourcing im Narkosebereich bereits beim ambulanten Operieren im Krankenhaus sowie bei Personalengpässen bzw. dem Auftreten anderweitig nicht zu befriedigender Bedarfsspitzen praktiziert. Hier kann der kurzzeitige „Einkauf von zusätzlicher Narkoseleistung“ von außen durchaus Entlastung schaffen. Dies darf aber nur im Einvernehmen mit den jeweiligen Abteilungsleitern und in Hinblick auf eine definitive Lösung, etwa in Gestalt einer adäquaten Personalzuschaltung, geschehen. Dass die mit derarti-

gen Lösungen einhergehenden „gefühlten“ Probleme häufig größer sind als die realen, zeigt sich darin, dass überall dort, wo die „zugekaufte“ Anästhesieleistung von mit der Abteilung „verbundenen“ Kollegen erbracht wird bzw. eine wie immer geartete gemeinsame Basis (Holding, Zentrum etc.) besteht, Schwierigkeiten zu den Ausnahmen gehören. Zu warnen ist in diesem Zusammenhang allerdings vor Dumpingpreisen, die nie Grundlage einer seriösen Kalkulation sein können und dürfen“.

Der Präsident führt abschließend aus, dass:

- das Präsidium in seiner letzten Sitzung beschlossen habe, die Grundlagen für die Herausgabe eines Statistischen Jahresberichtes zu erarbeiten. Durch das Zusammen- und Weiterführen der bisherigen und zukünftigen Umfrageergebnisse soll ein möglichst repräsentatives Bild der Situation unseres Fachgebietes – z. B. Narkoseleistungen, differenzierte Personalausstattung, Kosten etc. – als Grundlage für weitere Arbeiten entstehen.
- die wirtschaftliche Zukunftssicherung verschiedener „notleidender“ Intensiv-Kongresse durch Zusammenarbeit der Veranstalter mit MCN und den Verbänden gelungen sei.
- das anästhesiologisch chirurgische Gemeinschaftsprojekt Qualitätsverbesserung in der postoperativen Schmerztherapie (QUIPS) sich großen Zuspruchs erfreue. Ähnliches gelte für das E-Learning und das PaSOS-Projekt, über das Herr PD Dr. Schleppers anschließend kurz berichten wird.
- eine erfolgreiche Einigung mit der Bayerischen Beamtenversicherung und der AXA Colonia bezüglich der GOÄ-Abrechnung, basierend auf dem Fachkommentar GOÄ unseres Verbandes gelungen sei.
- das Update 2007 unseres DRG-Budget-Kalkulationstools und des Fachkommentars DRG über die Geschäftsstelle zu beziehen sei.

Am Ende seines Berichts dankt Prof. Landauer allen, die durch ihre engagierte Mitarbeit an dem Erfolg des Berichteten beteiligt waren, insbesondere den Mitarbeiterinnen der Geschäftsstelle, den Geschäftsführern, Herrn PD Dr. med. Schleppers und Herrn Sorgatz, dem Justitiar, Herrn Dr. Biermann, Frau Weis sowie den Mitgliedern von Präsidium und Ausschuss für ihre ebenso engagierte wie konstruktive Mitarbeit.

Anschließend informiert PD Dr. med. A. Schleppers über aktuelle Projekte des BDA und geht im Einzelnen ein auf:

- das E-learning-Portal, bei dem bislang über 3.100 Kursbuchungen zu verzeichnen seien. Ab April 2007 seien auch die CME-Beiträge der A&I in dieses Portal eingebunden.
- die Seminare und Veranstaltungen von BDA und DGAI z.B. zum OP-Management oder zur Führungskompetenz, die auch 2007 weiter angeboten würden. Neu im Programm sei u.a. ein sechsmoduliges Führungskompetenzseminar in der Intensivmedizin sowie ein- oder zweitägiges individuelles ►

- ▶ Coaching. Aktuelle Termine seien unter www.bda.de abrufbar.
- das PaSOS-Projekt als deutsches CIRS, das zunehmend angenommen werde, ebenso wie
- QUIPS, an dem bislang in 27 Kliniken über 16.000 Datensätze erhoben worden seien
- die Entwicklung des DRG-Systems über die in einer neuen Auflage des Fachkommentars des BDA ausführlich informiert werde
- den Stand der angestrebten Novellierung der GOÄ und die abgeschlossenen Vereinbarungen mit der Versicherungskammer Bayern, der AXA Colonia sowie der Berufsgenossenschaft zur BG-UV GOÄ und
- die bereits vom Präsidenten angesprochenen Veränderungen bei wichtigen intensivmedizinischen Veranstaltungen, die in Bad Godesberg (Petersberg) und Stuttgart nun von MCN organisiert würden und nun unter der Schirmherrschaft von BDA, DGAI und DAAF stünden.

TOP 2: Bericht des Kassenführers

Der Kassenführer des BDA, Herr Prof. Dr. med. Jürgen-Erik Schmitz, Wiesbaden, stellt den von der Kanzlei Rödl & Partner erstellten Jahresbericht des BDA für das abgeschlossene Geschäftsjahr 2006 vor und geht auf den Vermögensstand des BDA zum 31.12.2006 ein. Er erläutert die ausgeglichene Bilanz und die Gewinn- und Verlustrechnung, die für das Jahr 2006 wiederum mit einem erfreulichen Überschuss abgeschlossen habe, der dem Vermögen des BDA zugeführt werde. Man müsse bei diesem Überschuss jedoch bedenken, dass er zu großen Teilen auf Einmalfaktoren zurückzuführen sei. Insgesamt habe die Analyse der Steuerberater ergeben, dass die Bücher des BDA sauber und ordnungsgemäß geführt wurden und es keinen Anlass zu Beanstandungen gebe.

TOP 3: Bericht der Kassenprüfer

Herr Dr. med. Eckhard Meinshausen, Meiningen, erstattet als einer der zwei Kassenprüfer des BDA den Bericht der Kassenprüfer. Demnach habe Herr Dr. med. Johann Meierhofer, Garmisch-Partenkirchen, gemeinsam mit ihm am 21.02.2007 die Kassenführung des BDA für das Geschäftsjahr 2006 in der BDA Geschäftsstelle überprüft und für in Ordnung befunden. Die Bücher seien sauber und ordentlich geführt und alle Geschäftsvorfälle, die über die Geldkonten des Verbandes abgewickelt wurden, seien in der Buchhaltung erfasst worden. Daher befürworteten die Kassenprüfer uneingeschränkt die Entlastung des Kassenführers.

TOP 4: Aussprache und Entlastung des Präsidiums

Die Mitgliederversammlung folgt einstimmig – bei Enthaltung der Betroffenen – dem Antrag von Herrn Dr.

Meinshausen, das Präsidium des BDA gemeinsam mit dem Kassenführer für die Amtsperiode 2006 zu entlasten.

TOP 5: Wahl des BDA-Präsidiums für die Amtsperiode 2008/09

Der Präsident schlägt vor, Herrn Dr. med. Wolf-Dieter Oberwetter, Beckum, der sich für diese Aufgabe zur Verfügung gestellt habe, zum Wahlleiter zu bestellen. Die Mitgliederversammlung wählt Herrn Dr. Oberwetter per Akklamation zum Wahlleiter. Der Wahlleiter stellt nochmals fest, dass die Mitgliederversammlung gemäß der Satzung ordnungsgemäß und fristgerecht eingeladen und die Stimmberechtigung der Teilnehmer im einzelnen geprüft worden sei. Die Versammlung sei beschlussfähig. Alsdann ruft Dr. Oberwetter zur Wahl der Mitglieder des Präsidiums des BDA für die Amtsperiode 2008/09 auf und bittet um Wahlvorschläge.

Der Präsident berichtet, dass sich das Präsidium und der Ausschuss des BDA eingehend darüber Gedanken gemacht hätten, wie eine gewisse Verjüngung und weitere Professionalisierung im Präsidium herbeigeführt werden könne. Hierfür biete sich nun die Gelegenheit, da sowohl der Vizepräsident, Herr Prof. Dr. med. Freitag, als auch der langjährige Schriftführer, Herr Prof. Dr. med. Fischer, aus Altersgründen erklärt hätten, nicht mehr für eine weitere Amtsperiode zu kandidieren. Das Präsidium des BDA habe nach zahlreichen Vorgesprächen folgende namentlichen Vorschläge für die zu wählenden Positionen im BDA-Präsidium beschlossen: Vizepräsident: Prof. Dr. med. Claude Krier, Stuttgart, Kassenführer: Prof. Dr. med. Jürgen-Erik Schmitz, Wiesbaden, Vertreter der niedergelassenen Anästhesisten: Elmar Mertens, Aachen. Auf Votum des Präsidiums der DGAI wird als Vertreter der Hochschulanästhesisten Herr Prof. Dr. med. Dr. Thomas Hachenberg, Magdeburg, vorgeschlagen. Für die nun neu zu besetzende Funktion des Schriftführers im Präsidium des BDA werde Herr Priv.-Doz. Dr. med. Jörg Martin, Göppingen, vorgeschlagen, der sich insbesondere auf dem Gebiet des Qualitätsmanagements und der Ökonomie im Krankenhaus seit Jahren erfolgreich engagiert habe. Gleiches gelte für Herrn Prof. Dr. med. Götz Geldner, Ludwigsburg, der als Vertreter der Krankenhausanästhesisten vorgeschlagen werde. Prof. Geldner sei Chefarzt eines großen Klinikums mit mehreren Standorten, Vorsitzender des Forums Qualitätsmanagement und Ökonomie von BDA und DGAI sowie 1. stellvertretender Vorsitzender des Landesverbandes Baden-Württemberg des BDA. Da beide Kandidaten den Mitgliedern bekannt sind und kein dahingehender Wunsch geäußert wird, wird auf eine persönliche Vorstellung verzichtet. Abschließend erklärt Prof. Dr. med. B. Landauer, für eine weitere Amtsperiode als Präsident zur Verfügung zu stehen, soweit dieses von der Mitgliederversammlung gewünscht werde.

Nachdem der Wahlleiter festgestellt hat, dass es aus der Versammlung zu den vom amtierenden Präsidium ▶

► vorgeschlagenen Kandidaten keine Alternativvorschläge gebe und dass alle Vorgeschlagenen ihre Bereitschaft zur Kandidatur erklärt haben, ruft er zur Wahl der einzelnen Positionen im BDA-Präsidium auf.

Die Wahl wird gemäß der Wahlordnung mittels TED-Systems durchgeführt und führt zu folgenden Ergebnissen:

Präsident:

Prof. Dr. med. Bernd Landauer, München

Vizepräsident:

Prof. Dr. med. Claude Krier, Stuttgart

Schriftführer:

PD Dr. med. Jörg Martin, Göppingen

Kassenführer:

Prof. Dr. med. Jürgen-Erik Schmitz, Wiesbaden

Vertreter der Krankenhausanästhesisten:

Prof. Dr. med. Götz Geldner, Ludwigsburg

Vertreter der Universitätsanästhesisten:

Prof. Dr. med. Dr. Thomas Hachenberg, Magdeburg

Vertreter der vertragsärztlich tätigen

Anästhesisten:

Elmar Mertens, Aachen.

Alle Gewählten nehmen die Wahl an und danken der Mitgliederversammlung für das damit ausgesprochene Vertrauen.

TOP 6: Wahl der Kassenprüfer und stellvertretenden Kassenprüfer für die Amtsperiode 2008/09

Dr. Oberwetter gibt bekannt, dass sich als Kassenprüfer die bisherigen Amtsinhaber, Dr. med. Johann Meierhofer und Dr. med. Eckhard Meinshausen, erneut zur Wahl stellen. Für die beiden Stellvertreterpositionen würden Herr Dr. med. Uwe Burkert und er kandidieren. Der Wahlleiter erhält das Einverständnis der Mitgliederversammlung, über diese vier Positionen per Akklamation abzustimmen. Alsdann wählt die Mitgliederversammlung per Akklamation die Herren Dr. Meierhofer und Dr. Meinshausen zu Kassenprüfern des BDA für die Amtsperiode 2008/09 sowie Dr. Burkert und Dr. Oberwetter als deren Stellvertreter. Die Gewählten nehmen die Wahl an.

TOP 7: Verschiedenes

Da unter diesem Tagesordnungspunkt keine Wortmeldungen erfolgen, schließt der Präsident die Mitgliederversammlung und bedankt sich bei den Anwesenden für ihre Mitwirkung.

Prof. Dr. med. Bernd Landauer
– Präsident des BDA –

Prof. Dr. med. Klaus Fischer
– Schriftführer des BDA –

Ehrungen des BDA

Ehrenmitglieder

Im Rahmen des 54. Deutschen Anästhesiecongresses 2007 in Hamburg wurde **Prof. Dr. med. Bernd Landauer**, München, in Würdigung seiner außerordentlichen Verdienste, die Maßstäbe setzend zum heutigen berufs- und gesundheitspolitischen Profil unseres Fachgebietes beigetragen haben, zum Ehrenmitglied des Berufsverbandes Deutscher Anästhesisten ernannt. Die Verleihung erfolgte auf der Eröffnungsfeier des Deutschen Anästhesiecongresses am 05.05.2007 durch den Vizepräsidenten des BDA, Prof. Dr. med. Bernd Freitag.

Ernst-von-der-Porten-Medaille

Im Rahmen des 54. Deutschen Anästhesiecongresses 2007 in Hamburg wurde **Prof. Dr. iur. Dr. rer. nat. Klaus Ulsenheimer**, München, für seine großen Verdienste um die Entwicklung des Medizin- und Arztrechtes, insbesondere um die langjährige Begleitung des BDA und seiner Mitglieder in allen juristischen Fragen die Ernst-von-der-Porten-Medaille verliehen. Die Verleihung erfolgte auf der Eröffnungsfeier des DAC am 05.05.2007 durch den Präsidenten des BDA, Prof. Dr. med. Bernd Landauer.

Anästhesie-Ehrennadel des BDA in Gold

Im Rahmen des 54. Deutschen Anästhesiecongresses 2007 in Hamburg wurde **Prof. Dr. med. Hilmar Burchardi**, Bovenden, für seine vielfältigen Verdienste um das Fachgebiet, insbesondere um die Positionierung und Weiterentwicklung der Intensivmedizin in Deutschland die Anästhesie-Ehrennadel des BDA in Gold verliehen.

Anästhesie-Ehrennadel des BDA in Silber

Im Rahmen des 54. Deutschen Anästhesiecongresses 2007 in Hamburg wurde

- **Prof. Dr. med. Guido Hack**, Singen, für seine engagierte verbandspolitische Tätigkeit, insbesondere als langjähriger Landesvorsitzender, Vertreter der Krankenhausanästhesisten im Präsidium und als Vizepräsidenten des BDA, sowie
- **Priv.-Doz. Dr. med. Thomas Klöss**, jetzt Halle/Saale, in Anerkennung seiner verbandspolitischen Tätigkeit als langjähriger Landesvorsitzender in Hamburg, vor allem aber im Hinblick auf sein bemerkenswertes Engagement für das Qualitäts- und Krankenhausmanagement die Anästhesie-Ehrennadel des BDA in Silber verliehen.

Die Verleihung erfolgte in der Mitgliederversammlung des BDA am 07.05.2007 durch den Präsidenten des BDA, Prof. Dr. med. Bernd Landauer.