

# BDAktuell

## Niederschrift der ordentlichen Mitgliederversammlung des BDA am 28. April 2008 in Nürnberg

### – Im Rahmen des 55. Deutschen Anästhesiecongresses 2008 –

Vor Eintritt in die Tagesordnung begrüßt um 16.30 Uhr der Präsident des BDA, Prof. Dr. med. Bernd Landauer, die Teilnehmerinnen und Teilnehmer und stellt fest, dass zu dieser Mitgliederversammlung gemäß § 12 Abs. 4 der Satzung durch Veröffentlichung in der Verbandszeitschrift „Anästhesiologie & Intensivmedizin“, Heft 3/2008, Seite 164, unter Angabe von Ort, Termin und Tagesordnung ordnungsgemäß eingeladen worden sei. Die Versammlung sei beschlussfähig. Zur Tagesordnung wurden keine Änderungswünsche vorgetragen.

#### TOP 1: Bericht des Präsidenten (im Wortlaut)

„Meine sehr verehrten Damen und Herren, liebe Kolleginnen und Kollegen,

ich freue mich, Sie im Rahmen der 55. Jahrestagung unserer wissenschaftlichen Fachgesellschaft in Nürnberg, seit nunmehr als einem Vierteljahrhundert Heimatstadt, fast bin ich versucht, „heimliche Hauptstadt“ der Deutschen Anästhesie zu sagen, zu unserer Mitgliederversammlung begrüßen zu dürfen, wobei sich der derzeitige Mitgliederstand auf 15.454 Ärztinnen und Ärzte beläuft.

Wieder konnten wir Ihnen in ebenso vertrauensvoller wie konstruktiver Zusammenarbeit mit der DGAI, ihrem Präsidenten und Kongresspräsidenten ein attraktives Programm „eigener“ Veranstaltungen anbieten. Wir freuen uns mit Herrn Professor Biscopio, dessen Handschrift die diesjährige Tagung trägt, über deren sichtlichen Erfolg und danken ihm, aber auch der zuarbeitenden Kommission für diesen wieder hervorragenden DAC.

#### Ehrungen

Präsidium und Ausschuss haben in ihrer Oktobersitzung einstimmig beschlossen, Herrn Dr. med. Wolf-Dieter Oberwetter im Rahmen dieser Mitgliederversammlung mit der „Anästhesie-Ehrennadel in Silber“ auszuzeichnen. Herr Dr. Oberwetter erhält heute, einen Tag vor seinem 60. Geburtstag, die Anerkennung „für seine ebenso langjährige wie engagierte verbandspolitische Tätigkeit, insbesondere als Landesvorsitzender des BDA in Westfalen-Lippe“. Herr Oberwetter ist ein Mann, der stets bereit ist, in beispielgebender Weise – sei es als Wahlleiter oder in sonstigen Funktionen – Verantwortung fürs Ganze zu übernehmen. Das Curriculum des Geehrten ist in der Ehrungsbroschüre der DGAI zu finden.

Des Weiteren möchte ich an dieser Stelle Frau Alexandra Hisom anlässlich ihres 20-jährigen Dienstjubiläums am 1. April 2008 für ihre Treue und ihre Verbundenheit mit der Anästhesie danken. Frau Hisom kann mit Fug und Recht

nicht nur als die „gute Seele“, sondern auch als das „Sprachgewissen“ unserer Geschäftsstelle gelten. Wir wünschen ihr und uns noch viele gemeinsame Jahre.

#### Gedenken

„Wir wissen, dass die Sonne untergeht, trotzdem erschrecken wir, wenn es plötzlich Nacht ist“ – Wir gedenken unserer verstorbenen Mitglieder:

Prof. Dr. med. Paul Altmayer, Saarbrücken  
Dr. med. Renate Bach, Idstein  
Dr. Monika Bathke, Sonneberg  
Dr. med. Birgit Brandt, Bad Homburg  
Dr. med. Peter Brunner, Neuried  
Dr. med. Alfred Czeike, Augsburg  
Dr. med. Mohamed Dermoumi, Essen  
Dr. med. Kurt Dettling, Rottenburg  
Anni Eichmann, Berlin  
Dr. med. Elisabeth Erzigkeit, Spardorf  
Dr. med. Wolfgang Gei, Alsting  
Dr. med. Andrea Hempel, Konstanz  
Dr. med. Heidemarie Herzberg, Berlin  
Guenter Hitziger, Konstanz  
Dr. med. Ernő Ivanyi, Meppen  
Dr. med. Manfred G. Kalisch, Mülheim  
Dr. med. Peter Kretzmer, Hamburg  
Frank Ludin, Konstanz  
Dr. med. Klaus Mangel, Bremerhaven  
Dr. med. Elisabeth Matt, Ostrach  
Dr. med. Christel Merz, Geiselwind  
Dr. med. Manfred Niemer, Pfaffenhofen  
Dr. med. Reinhard Schneble, Feucht  
Dr. med. Peter Uter, Hannover  
Christine Wetzels, Rogätz/Elbe  
Dr. med. Lutz-Dietrich Wojatschke, Neuenhagen.

Besonders trauern wir um Dr. med. Peter Uter, Präsident des Berufsverbandes von 1980 bis 1987. Er war mein Vorgänger im Amt und seit 1988 BDA-Ehrenmitglied, Träger der „Ernst-von-der-Porten-Medaille“ und der Anästhesie-Ehrennadel in Gold. Herr Professor Jantzen und ich haben in einem Nachruf im Kongressheft der A&I (A&I 2008;49:235) an seine Persönlichkeit und Verdienste erinnert.

#### Wir gratulieren

Gleichsam ein „Herzensanliegen“ war es uns, Herrn Prof. Dr. med. Klaus Fischer in „Würdigung seines berufspolitischen Lebenswerkes und in tief empfundener Dankbarkeit für seine außergewöhnlichen Verdienste um die Anästhesiologie in Deutschland“ im Rahmen der Eröffnungsveranstaltung mit der „Ehrenstatue des Berufsverbandes ▶

► Deutscher Anästhesisten für herausragende Verdienste“ auszeichnen zu können.

Herr Professor Fischer ist die vierte Persönlichkeit, die mit dieser Ehrenstatue – 2001 anlässlich des 40-jährigen Bestehens unseres Verbandes erstmalig an Frau Dr. med. Charlotte Lehmann, Herrn Prof. Dr. med. Hans Wolfgang Opderbecke und Herrn Prof. Dr. med. h.c. Walther Weißauer (seit Samstag auch Träger der „Anästhesieehrenadel der DGAI in Gold mit Brillanten“), verliehenen Auszeichnung – geehrt wird.

Mit großer Genugtuung konnten wir außerdem Herrn Prof. Dr. med. Bernd Freitag „in Anerkennung seiner vielfältigen Verdienste um den BDA und die deutsche Anästhesiologie vor allem in den schwierigen Jahren nach der Wende“ mit der „Anästhesie-Ehrennadel in Gold“ auszeichnen. Professor Freitag ist der 15. Träger der 1989 erstmalig an Herrn Professor Bräutigam verliehenen Auszeichnung.

Ein besonderes Bedürfnis von Präsidium und Ausschuss war es außerdem, Herrn Prof. Dr. med. Hartwig Bauer, Generalsekretär der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie „in Anerkennung seiner großen Verdienste um die erfolgreiche Partnerschaft zwischen Chirurgie und Anästhesiologie“ mit der „Ernst-von-der-Porten-Medaille“ auszuzeichnen. Er ist nach Professor Weißauer, der 1986 die Reihe der so Geehrten eröffnete, die 16. Persönlichkeit, der diese Ehrung zuteil wurde.

„Last but not least“ fühle ich mich durch die Verleihung der „Ehrenmitgliedschaft der DGAI“ über die Maßen geehrt. Carl Zuckmayr hat einmal gesagt, „Eine Laudatio ist ein Nachruf zu Lebzeiten“. Ich betrachte diese Ehrung als einen Aufruf, mich des in mich gesetzten Vertrauens auch weiterhin würdig zu erweisen!

## 1. Ärztliche Kernkompetenz und Delegation in der Anästhesie/Intensivmedizin

Diese Thematik war bereits Gegenstand eines ausführlichen Berichtes in unserer letzten Mitgliederversammlung. Mittlerweile haben hierzu die Verbände noch einmal ausführlich Stellung bezogen und neben den Erklärungen Münster I und II mit der Definition der ärztlichen Kernkompetenz und den daraus resultierenden Delegationsmöglichkeiten in der Anästhesie bzw. Intensivmedizin Ende letzten Jahres ein dringend notwendiges Signal gesetzt. Es wurde jetzt noch untermauert durch ein aktuelles Rechtsgutachten von Professor Spickhoff. Damit soll, nach der Devise „wehret den Anfängen“, der, vor allem von der Politik gewünschten, mittlerweile auch leider von zahlreichen Seiten, neuerdings auch des Deutschen Krankenhausinstitutes unterstützten Übernahme ärztlicher Tätigkeit durch Nicht-Ärzte wie MAFAs, CTAs, PAs etc. – letztere mittlerweile auch als „Schmalspur-Akademiker“ mit Bachelorabschluss – fürs erste Einhalt geboten werden.

Wir müssen uns darüber im Klaren sein, und das vom Bundesrat eben verabschiedete Pflegeweiterentwicklungsgesetz demonstriert dies wieder auf eindruckliche Weise, dass Politiker „Überzeugungstäter“ sind! Ihnen ist, wie die Publikumsreaktion auf das „Rauchverbot“ und den „Biosprit“ zeigen, nur über die Basis, d.h. ihre Wähler beizukommen. Knapp 10% der Wähler sind aber auch jährlich unsere Patienten! Welche Konsequenzen daraus zu ziehen sind, das überlasse ich Ihrer Phantasie! Vergessen wir dabei nicht, dass auch im Jahr 2008, im krassen

Gegensatz zu den Politikern, Ärzte immer noch das höchste Ansehen in unserer Bevölkerung genießen!

Ausführliche Information zu diesem, uns sicher noch länger auf den Nägeln brennenden Problem finden Sie wie immer im Internet unter [www.bda.de](http://www.bda.de), in den A&I-Heften vom Dezember 2007 und Januar 2008 sowie in der Kongressausgabe (Anästh Intensivmed 2008;49:223-229).

In diesem Zusammenhang ist auch die exzellente Zusammenarbeit mit den Chirurgen und Internisten zu erwähnen, die sich wie ein roter Faden durch sämtliche, die Grenzen unseres Faches überschreitenden Themen zieht.

## 2. Intensivmedizin

Für die nun zu besprechenden Strukturprobleme von Anästhesie und Intensivmedizin gilt: 1. „das Ganze ist mehr als die Summe seiner Teile“ und 2. „was nicht verhindert wird, musste so kommen“ (Marie v. Ebner-Eschenbach). Kaum wähten wir die Intensivmedizin mit der Verabschiedung der „Gemeinsamen Empfehlung zur Ausstattung und Organisation interdisziplinärer operativer Intensivseinheiten (IOI)“ mit unseren chirurgischen Partnern bzw. den Internisten im letzten Jahr in „trockenen Tüchern“, hielt die Intensivmedizin uns in den vergangenen Monaten erneut in Atem.

Diesmal kam das Problem jedoch nicht von außen, sondern – zum Teil hausgemacht – von innen: Eine Gruppe von Intensivmedizinern nämlich, die mit der derzeitigen Repräsentanz der Intensivmedizin in Deutschland und den einschlägigen Verbänden unzufrieden war, regte Ende letzten Jahres an, neben der bestehenden DIVI und unserer DGAI eine „Deutsche interdisziplinäre Gesellschaft für Intensivmedizin (DIGI)“ zu gründen. Dass der BDA und natürlich noch viel mehr die in ihren Initialen die Intensivmedizin „expressis verbis“ führende DGAI über diese Entwicklung „not amused“ waren, lässt sich leicht nachvollziehen.

Dabei ist bereits seit längerem klar, dass man à la longue nicht umhin kommen würde, mit einer „intelligenten“ Lösung zumindest gefühlte – „Augenhöhe“ der „Intensivisten“ mit den „Anästhesisten“ herzustellen. Dadurch wäre einem Teil der durchaus verständlichen Kritik von außen und dem, vor allem an größeren Kliniken, zunehmend zu beobachtenden und auch in der Gründung einer DIGI unmissverständlich zum Ausdruck kommenden Unzufriedenheit und „Separationsdruck“ von innen bereits von vorneherein der Wind aus den Segeln genommen worden. Ist doch die anästhesiologische Intensivmedizin ein integraler Bestandteil unseres Faches, und ein Auseinanderdriften – durch welche Kräfte auch immer verursacht – wäre für beide Teile, Anästhesie und Intensivmedizin gleichermaßen, eine Katastrophe:

Zu groß sind nämlich die Synergieeffekte der bis heute gewachsenen und bewährten Integration von Anästhesie und Intensivmedizin, als dass man diese Symbiose wegen eines vorübergehenden, wie immer gearteten Vorteils leichtfertig und kurzsichtig aufs Spiel setzen darf.

Man 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“, man denke außerdem an Personalgewinnung, -rotation und -rückkehr, von Weiterbildung und Wissenschaft einmal ganz abgesehen. ►

► Unterstützung, dass dies auch zukünftig so bleiben soll, finden wir – auch auf europäischer Ebene in Gestalt der „particular competence“ – außerdem in der Weiterbildungsordnung, die unmissverständlich sagt, dass die „Zusatzweiterbildung“ nur zusätzlich zu einem Gebiet, gleichsam als ein „Add-on“ erworben und praktiziert werden kann, wobei die Anästhesie im Gegensatz zu den anderen Fachgebieten den gesamten perioperativen Bereich umfasst.

Dass die am 05.02.2008 von BDA und DGAI gemeinsam beantragte, außerordentliche Mitgliederversammlung der DIVI der neuen, zu diesem Zeitpunkt noch in den Geburtswehen liegenden DIGI als Konkurrenz-Unternehmen unter TOP 3 beschlussmäßig klar und unmissverständlich die „rote Karte“ zeigte, war nur zwangsläufig.

In einem zweiten unter TOP 4 gefassten Beschluss setzte sich das Gremium erfreulich konstruktiv mit der neuen Situation auseinander und beschloss eine kleine Kommission mit der Erarbeitung einer neuen Satzung und damit einer Restrukturierung der DIVI zu beauftragen. Diese soll die DIVI, bisher ausschließlich eine Vereinigung der Verbände, nun auch für natürliche Mitglieder – Ärzte, ebenso wie an der Intensivmedizin interessierte Nicht-Ärzte – öffnen.

In der DIVI-Mitgliederversammlung vom 08.04.2008 stieß der von Anästhesie, Chirurgie, Innerer Medizin, Kinder- und Jugendmedizin sowie Neuromedizin – nachdem auf der Mitgliederversammlung vom 20.11.2007 diesbezüglich noch keine Einigkeit in Sicht war – überraschend einvernehmlich erarbeitete Satzungsantrag durchaus auf Gegenliebe. Es ist davon auszugehen, dass die neue Satzung am 10.06.2008 angenommen wird, so dass die „neue“ DIVI eine zeitgemäße Mischung aus „basisdemokratischer“ Mitgliedervereinigung und historisch gewachsenem Dachverband der Fachgesellschaften und Berufsverbände mit einer entsprechenden „Flurbereinigung“ wird.

Unter diesen Umständen ist es durchaus vorstellbar, beide, jetzt konkurrierenden Verbände in nicht allzu ferner Zukunft zusammenzuführen und so die Interessen aller mit der Intensivmedizin Befassten zum Wohle der Intensivmedizin in Deutschland wieder synergetisch unter einem Dach zu bündeln.

Unabhängig hiervon gibt es – entsprechend dem Motto von Wolf Biermann, „nur wer sich ändert, bleibt sich treu“ – einen ganz aktuellen Beschluss der Mitgliederversammlung unserer wissenschaftlichen Fachgesellschaft, sich hinsichtlich einer auch in der Satzung der DGAI verankerten „Aufwertung“ der Intensivmedizin, ggf. auch der Schmerz- und Notfalltherapie auseinanderzusetzen und entsprechende Vorschläge zu erarbeiten.

### 3. Zentrenbildung

Betrachtet man die heute landauf, landab in den Krankenhäusern betriebene Bildung von Zentren im Hinblick auf ihre Konsequenzen für unser Fach als Ganzes, d.h. Narkose, Intensivmedizin, Notfallmedizin und Schmerztherapie, so ergeben sich, da die Anästhesie als supportives Zentrum bereits seit langem fach- und zentrumsübergreifend agiert, keine größeren Veränderungen. Die aus der historischen Entwicklung unseres Faches resultierenden und durchaus verständlichen Ängste, die zentralen Anästhesiekliniken und -abteilungen könnten

zerschlagen und den einzelnen Zentren zu- bzw. untergeordnet werden, liegen daher fern jeder Realität. Ein solcher „Rückschritt“ wäre nicht nur wirtschaftlich absolut kontraproduktiv, eine derartige Aufsplitterung liefe den Zielen der Zentrumsidee in jeder Hinsicht diametral entgegen.

Im Gegenteil, nur eine zentrale, gut ausgestattete, fach- und abteilungsübergreifend organisierte und interdisziplinär-integrativ agierende Anästhesie kann die durch Bildung von Zentren anvisierten Effizienz- und Qualitätsziele erreichen.

In der Intensivmedizin wird die Zentrumsbildung die Abkehr von den traditionell fachorientiert geführten Stationen beschleunigen. Dabei darf aber diese, in jeder Hinsicht sinnvolle Entwicklung nicht auf Zentrums-ebene beschränkt bleiben. Sie sollte an Universitätskliniken und Schwerpunkt-Krankenhäusern zu größeren, zweckmäßigerweise in operative und konservative getrennten Intensivbehandlungseinheiten führen. Dies ist auch der Tenor einer erst kürzlich verabschiedeten gemeinsamen Empfehlung zur Organisation der Intensivmedizin von DGAI und BDA, der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin und der Deutschen Gesellschaft für Internistische Intensivmedizin und Notfallmedizin. Dabei sind die Voraussetzungen und Details einer gedeihlichen Zusammenarbeit mit den hauptsächlich betroffenen Fachgebieten, nämlich der Chirurgie und der Inneren Medizin, mit den eingangs bereits erwähnten und 2007 verabschiedeten „Gemeinsamen Empfehlungen zur Ausstattung und Organisation interdisziplinärer operativer Intensivseinheiten“ einvernehmlich geregelt.

Bei aller Interdisziplinarität ist jedoch unstrittig, dass die Intensivmedizin ein integraler Bestandteil des jeweiligen „Mutterfachs“, d.h. des Gebietes im Sinne der Weiterbildungsordnung, bleiben muss. Sie darf auch – in Übereinstimmungen mit den Verhältnissen in Europa – im Krankenhaus kein selbständiges Fachgebiet werden – eine Entwicklung unter der übrigens, wie bereits dargestellt, die Intensivmedizin selbst am meisten leiden würde.

Alles in allem ist die Bildung von Departments und Zentren nur dann erfolgreich, wenn sie einen nachweisbaren Mehrwert für alle Beteiligten bzw. Betroffenen, d.h. Patienten, Ärzte, Forscher, Weiterzubildende, Pflegekräfte und Studenten schafft. Unser Fach zumindest ist für diese anspruchsvolle Aufgabe gut gerüstet.

### 4. Outsourcing von Anästhesieleistungen

Das u.a. im Zuge des Ärztemangels immer virulenter werdende Thema „Outsourcing von Anästhesieleistungen“ war, wie das der eben besprochenen „Zentrumsbildung“, Gegenstand einer Klausurtagung von BDA und DGAI im Juli letzten Jahres. Mittlerweile ist die Übernahme ganzer Krankenhäuser, ja sogar Universitätskliniken durch Privatunternehmen nichts Ungewöhnliches. Demgegenüber resultiert aus einem Herauslösen einzelner Aufgaben einer Anästhesieabteilung eine, in ihrem gesamten Ausmaß noch kaum zu erfassende Gefährdung unseres Fachgebietes.

Outsourcing im Narkosebereich beim Krankenhaus-ambulant Operieren wird bereits seit längerem „vertragsarzt-rechtskonform“ in mehr oder minder großem Umfang praktiziert.

Durch den zunehmenden absoluten („Abwanderung“) bzw. relativen (Arbeitszeitgesetz) Ärztemangel entsteht auch ►

► ein erhebliches, geographisch allerdings unterschiedliches Defizit an Anästhesisten.

Für berechtigte Unruhe sorgt vielerorts der verwaltungsseitig getriggerte Versuch, durch den zusätzlichen „Einkauf von Narkoseleistung“ von außen Entlastung zu schaffen bzw. Geld zu sparen. Derartiges darf aber nur im Einvernehmen mit den jeweiligen Abteilungsleitern und unter deren Organisationshoheit geschehen. Parallel hierzu muss aber auch stets das Bemühen um eine definitive Lösung, etwa in Gestalt einer adäquaten Personalgewinnung, Arbeitsorganisation oder, wenn alles nichts hilft, auch Bezahlung stehen.

Die mit derartigen Lösungen einhergehenden, „gefühlten“ Probleme sind allerdings häufig größer als die realen. Denn überall dort, wo die „zugekaufte“ Anästhesieleistung einvernehmlich von mit der Abteilung „verbundenen“ Kolleginnen und Kollegen erbracht wird bzw. eine, wie immer geartete, gemeinsame (Personal)basis etwa im Sinne der Bildung von Krankenhausverbünden etc. besteht, sind die damit verbundenen Schwierigkeiten deutlich seltener. Dringend zu warnen ist in diesem Zusammenhang vor dem kompletten Outsourcen der Anästhesie, wie dies etwa bei der Radiologie oder Labormedizin schon länger Schule gemacht hat. Dies ließe nämlich über kurz oder lang die Anästhesie als klinische Abteilung von der Bildfläche Krankenhaus verschwinden. Über die verheerenden Folgen einer derartigen Entwicklung, insbesondere für das „Standing“ unseres Fachs, die Wissenschaft und die Weiterbildung, um nur einige zu nennen, möchte ich gar nicht näher nachdenken. Wir können ähnliches ja bereits in der Wirtschaft sehen, etwa bei der Deutschen („gelben“) Post mit ihrer, unserem Personalmangel äquivalenten Ausdünnung des Filialnetzes und der Einführung eines Mindestlohnes als Versuch eines „Bestandsschutzes“. Im Endeffekt steht hier zu befürchten, dass zukünftig nur noch die „nackte“ Leistung - erbracht von wem auch immer - zählt, der jeweilige Leistungserbringer jedoch im Hintergrund verschwindet.

Wie können wir uns vor einer derartigen Entwicklung schützen? Indem sich der Leistungsumfang einer Anästhesieabteilung/-klinik eben nicht mehr nur auf das in der Weiterbildungsordnung Festgelegte beschränkt, sondern indem wir, Erwartungen übertreffend, Verantwortung fürs Ganze übernehmen, so etwa auf dem Gebiet des OP- und Prozessmanagements, des ambulanten Operierens, der postoperativen Schmerzbehandlung, der Notfallversorgung, der Qualitätssicherung sowie auf den verschiedensten Organisations- und Leitungsebenen eines Krankenhauses. Auch die übergeordneten, im Rahmen dieses Kongresses bearbeiteten Themen wie Organspende, Laienreanimation etc. sind hierunter zu zählen. Die in den letzten Jahren aufgebaute Angebotspalette des BDA weist diesbezüglich in die richtige Richtung.

Outsourcing darf also keinesfalls der Einstieg zum Ausstieg der Anästhesie als klinische Disziplin aus einem Krankenhaus sein!

Zu warnen ist in diesem Zusammenhang auch - nach dem Motto „mit Speck fängt man Mäuse bzw. Verwaltungsdirektoren“ - vor „Dumpingangeboten“ externer Zeitarbeitsfirmen (z.B. Rent-a-Doc, Hire a Doctor etc.) bzw. einzelner Honorarärzte, die - auch unter marktwirtschaftlichen Bedingungen - nie die Grundlage einer seriösen Personalkalkulation sein können und dürfen.

Ihr Berufsverband ist im Augenblick dabei, „Spielregeln“ für ein faires und vertrauensvolles Miteinander zwischen Klinik-, Vertrags- sowie Honorarärzten zu erarbeiten.

In diesem Sinn ist auch das „BDA-Forum Vertragsärztliche Anästhesie“ als gemeinsame Plattform, dessen Gründungsversammlung unter der Federführung von Herrn Elmar Mertens bereits am Sonntag hier in Nürnberg stattgefunden hat, sehr zu begrüßen.

## 5. Zunehmender Ärztemangel

Der von West nach Ost, Süd nach Nord und von Ballungsraum zur Peripherie immer spürbarer werdende Anästhesistenmangel ist zum Teil Mitverursacher der besprochenen Probleme und zwingt uns zu raschem und entschlossenem Handeln.

Daher hat das Präsidium des BDA in seiner letzten Sitzung beschlossen, mit einer breit angelegten „Nachwuchsoffensive“ interessierte Studenten, Studienabschließer bzw. hinsichtlich ihrer Fachwahl noch unentschlossene Kolleginnen und Kollegen für die Anästhesie zu gewinnen. Ausreichende Information über unser Fach, seine vielfältigen Möglichkeiten, seine gute Kompatibilität mit der persönlichen Lebensplanung des Einzelnen im Sinne der viel zitierten „lifetime balance“, sind dabei Pfunde, mit denen wir guten Gewissens wuchern können.

In diesem Zusammenhang soll Interessierten eine internetbasierte Jobbörse, verbunden mit dem Nachweis von Famulaturstellen, angeboten werden.

„Last but not least“ stellt ein strukturiertes und qualifiziertes Weiterbildungsangebot, das aber in der jeweiligen Abteilung/Klinik vor Ort erarbeitet werden muss, ein nicht zu unterschätzendes Argument dar, sich unserem Fach zuzuwenden. Dabei sollte man, so man es hat, sein Licht nicht unter den Scheffel stellen und durch eine entsprechend umfassende und attraktive Darstellung im Internet, d.h. dort, wo sich der moderne Interessent heute informiert, für eine entsprechende Verbreitung seines Weiterbildungsangebotes sorgen.

Weiterbildung, vor allem qualifizierte, ist bekanntlich sehr personalintensiv. Dass dies nicht zum Nulltarif möglich ist, - für die Weiterbildung jeden neuen Facharztes ist etwa ein Arbeitsjahr eines erfahrenen Facharztkollegen zu investieren - liegt auf der Hand. Da die personellen Ressourcen der Krankenhäuser mittlerweile vollständig ausgeschöpft sind, haben sich DGAI und BDA, gemeinsam mit der Chirurgie und Inneren Medizin - nach dem Motto „seien wir Realisten, versuchen wir das Unmögliche“ (Ernesto Che Guevara) - bei den zuständigen Entscheidungsträgern von Politik und Krankenhaus für eine Zusatzhonorierung der Weiterbildung stark gemacht. Denkbar in diesem Zusammenhang ist ein DRG-Zuschlag für diejenigen Einrichtungen, die qualifizierte Weiterbildung betreiben, wobei die Qualität natürlich entsprechend nachzuweisen ist. Die DGAI, aber auch die einzelnen Landesärztekammern sind dabei, entsprechende „Zertifizierungshilfen“, die aber - zumindest aus berufspolitischer Sicht - auf dem Boden des Realisierbaren bleiben müssen, auszuarbeiten.

Wir können uns nur schwer vorstellen, dass die Verantwortlichen diesen Vorstoß tatenlos ins Leere laufen lassen. Ähnlich wie bei der Bildung, ist Deutschlands Zukunft untrennbar mit der Heranbildung von qualifiziertem Nachwuchs verbunden.



## ► 6. Verschiedenes - Varietas delectat

Erlauben Sie mir, auf folgende wichtige Themen noch kurz aufmerksam zu machen:

- Zum einen geht es um die sachgerechte Verwendung von Disoprivan: Aus gegebenem Anlass ist mit Nachdruck darauf hinzuweisen, dass diese Substanz laut Herstellerinformation nur zum Einmalgebrauch zugelassen ist. Die Mehrfachverwendung, vor allem aber die Weiterverwendung einer angebrochenen Flasche stellt einen groben Behandlungsfehler dar, dessen Folgen, so etwas passiert, zum Vorwurf der vorsätzliche Körperverletzung mit allen daraus für den Arzt resultierenden Konsequenzen führt.
- Zum anderen zeichnet sich bei der Erarbeitung der S3-Leitlinie Sedierung bei gastroenterologischen Eingriffen mit Propofol mittlerweile ein anästhesiologisches Minderheitenvotum ab, wonach, wenn die Grenzen zur Narkose überschritten werden, in jedem Fall die Hinzuziehung eines Anästhesisten erforderlich ist und dass auftretende Komplikationen jederzeit gemäß dem aktuellen Stand von Wissenschaft und Technik entsprechend behandelt werden müssen. Herr Professor Roewer wird sich in einer der nächsten Ausgaben von A&I mit dieser brisanten Thematik auseinandersetzen.
- Nach einem BGH-Urteil vom 07.11.2006 „muss der Chefarzt, der die Risikoaufklärung eines Patienten einem nachgeordneten Arzt überträgt, darlegen, welche organisatorischen Maßnahmen er ergriffen hat, um eine ordnungsgemäße Aufklärung sicherzustellen und zu kontrollieren“. Das heißt im Klartext, Dienstanweisung und Überwachung lassen grüßen.
- In diesem Zusammenhang darf ich Sie auf einen neuen Service, nämlich die von unserer Rechtsabteilung zusammengestellte Urteilssammlung des BDA, aufmerksam machen. Sie ist abrufbar unter [www.bda.de/urteile/db](http://www.bda.de/urteile/db). Frau Weis und Herrn Dr. Biermann gebührt für diese Initiative ein besonderer Dank.
- Die Rechtsthematik abschließend, möchte ich einschlägig Interessierte auf die 4. Neuauflage des „Arztstrafrechts in der Praxis, ein Kompendium des Medizinrechts unter strafrechtlichen Aspekten“ von Professor Ulsenheimer aufmerksam machen.
- Großen Zuspruchs erfreut sich unser E-Learning-Programm, mittlerweile ein Erfolgsmodell „par excellence“ sowie mittlerweile auch PaSOS, unser Patientensicherheits-Optimierungs-System. Mit der PaSOS-Depesche, die ab Mai in regelmäßigem Abstand in A&I erscheint, werden wir über die wesentlichsten Vorfälle informieren. Unser besonderer Dank für dieses wirklich bahnbrechende Instrument in Sachen Patientensicherheit gilt der „Arbeitsgemeinschaft Incident Reporting“ des Forums Qualitätsmanagement und Ökonomie und deren Initiatoren. Weitere Details wird Herr PD Dr. Schleppers anschließend noch kurz vorstellen.
- Dasselbe gilt für das Update 2008 unseres über die Geschäftsstelle zu beziehenden DRG-Budget-Kalkulationstools und den Fachkommentar DRG.
- Letztendlich darf ich Ihnen das von den Präsidien bereits „ratifizierte“ und von der Arbeitsgruppe „Personalmanagement und Personalbedarf“ unseres äußerst „regen“ Forums Qualitätsmanagement und Ökonomie unter der Federführung von Herrn Dr. Th. Iber, Rostock, erarbeitete Personalbedarfskalkulationstool Intensivmedi-

zin ans Herz legen. Sie können diese solide Argumentationshilfe gegen einen geringen Kostenbeitrag in Kürze ebenfalls über unsere Geschäftsstelle beziehen.

Am Ende meines Berichts darf ich allen danken, die durch ihre engagierte Mitarbeit an den berichteten Erfolgen beteiligt waren. Vor allem nenne ich hier die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter unserer Geschäftsstelle in Nürnberg, auf deren qualifizierte Arbeit man sich stets verlassen konnte! Besonders dankbar sind wir auch für die ebenso vertrauensvolle wie effiziente Zusammenarbeit mit der DGAI, vor allem aber mit ihrem Präsidenten, wobei ob dessen vorgelegten Tempos, nicht nur seine Entourage, sondern auch wir manchmal fast außer Atem gerieten.“

In der kurzen Aussprache über den Bericht des Präsidenten werden Fragen der Sedierung mit Propofol durch Nicht-Anästhesisten und insbesondere des Outsourcens erörtert. Mitglieder aus dem niedergelassenen Bereich sehen mit Sorge, dass gesundheitspolitische Entwicklungen (§ 116b SGB V, krankenhausambulant Operieren) ihre wirtschaftliche Existenz bedrohen. Daher müsse der BDA auch die Möglichkeit zulassen, dass niedergelassene Anästhesisten teilweise Leistungen in Krankenhäusern erbringen. Im Ergebnis dieser Diskussion wurde Einigkeit darüber erzielt, dass der Erhalt eigenständiger Abteilungen für Anästhesiologie in den Krankenhäusern u.a. zur Sicherung der Weiterbildung unabdingbar sei und den Interessen der vertragsärztlichen Anästhesisten nicht entgegen stehe. Ferner wurde die Gründung des neuen BDA-Forums für vertragsärztlich tätige Anästhesisten begrüßt.

Anschließend informiert PD Dr. med. A. Schleppers als Ärztlicher Geschäftsführer über laufende und anstehenden Projekte des BDA und geht im Einzelnen ein auf:

- die neue, internetbasierte Stellenbörse des BDA, die im Lauf des Jahres nutzbar sein wird
- das eLearning, bei dem der BDA mittlerweile der größte Anbieter auf dem Markt sei
- Seminare, insbesondere zur Führungskompetenz und zum OP-Management, die weiter ausgebaut würden
- Neue Veranstaltungen des BDA, wie den Stuttgarter Intensivkongress oder den Petersberger Führungskräftekongress
- das DRG-Kalkulationstool, das neu aufgelegt und um eine Prozesskostenkalkulation erweitert sei
- die neue PaSOS-Depesche in der A&I
- das QUIPS-Projekt, das nunmehr interdisziplinär mit den Chirurgen betrieben werde.

Abschließend berichtet Dr. Schleppers über die laufenden, umfangreichen Arbeiten an der Novellierung der GOÄ. Hier werde über die Bundesärztekammer eine Koppelung an die DRGs/OPS angestrebt. Ob das BMG dieses Konzept letztlich akzeptieren werde, sei allerdings offen.

## 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 2007 vor und geht auf den Vermögensstand des BDA zum 31.12.2007 ein. ►

► Eine Steueraußenprüfung des BDA für die Jahre 2002-2005/2006 habe keine gravierenden Probleme ergeben; es sei jedoch darauf hingewiesen worden, dass auch die Berufsverbände gehalten seien, ihre Überschüsse zeitnah und satzungsgemäß wieder zu verausgaben, was zu einigen geringfügigen Strukturveränderungen (MEPS) sowie zu Konsequenzen hinsichtlich der Bildung von freien und gebundenen Rücklagen geführt habe.

Anschließend erläutert der Kassenführer im Einzelnen die ausgeglichene Bilanz und die Gewinn- und Verlustrechnung, die für das Jahr 2007 wiederum mit einem erfreulichen Überschuss abgeschlossen habe, der dem Vermögen des BDA bzw. den Rücklagen zugeführt werde. 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. J. Meierhofer, Garmisch-Partenkirchen, erstattet als einer der zwei Kassenprüfer des BDA den Bericht der Kassenprüfer. Herr Dr. med. E. Meinshausen, Meiningen, habe gemeinsam mit ihm am 26.02.2008 die Kassenführung des BDA für das Geschäftsjahr 2007 in der

BDA-Geschäftsstelle überprüft und für in Ordnung befunden. Die Bücher seien sauber und ordnungsgemäß geführt und alle Geschäftsvorfälle, die über die Geldkonten des Verbandes abgewickelt wurden, in der Buchhaltung erfasst worden. Daher befürworteten die Kassenprüfer uneingeschränkt die Entlastung des Kassenführers.

### TOP 4: Aussprache und Entlastung des Kassenführers

Die Mitgliederversammlung folgt einstimmig – bei Enthaltung des Betroffenen – dem Antrag von Herrn Dr. Meierhofer, den Kassenführer des BDA für das Jahr 2007 zu entlasten.

### TOP 5: Verschiedenes

Da es unter diesem Punkt keine Wortmeldungen gibt, dankt der Präsident den Teilnehmerinnen und Teilnehmern für ihr Kommen und beendet die Mitgliederversammlung um 18.05 Uhr.

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

PD Dr. med. J. Martin  
– Schriftführer –



## Ehrungen des BDA\*

### Ehrenstatue für herausragende Verdienste

Im Rahmen des 55. Deutschen Anästhesiecongresses 2008 in Nürnberg wurde **Prof. Dr. med. Klaus Fischer**, Bremen, in Würdigung seines berufspolitischen Lebenswerkes und in tiefempfundener Dankbarkeit für seine außergewöhnlichen Verdienste um die Anästhesiologie in Deutschland die Ehrenstatue für herausragende Verdienste des Berufsverbandes Deutscher Anästhesisten (Hypnos) verliehen. Die Verleihung erfolgte auf der Eröffnungsfeier des Deutschen Anästhesiecongresses am 26.04.2008 durch den Präsidenten des BDA, Prof. Dr. med. Bernd Landauer.

### Ernst-von-der-Porten-Medaille

Im Rahmen des 55. Deutschen Anästhesiecongresses 2008 in Nürnberg wurde dem Generalsekretär der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie, **Prof. Dr. med. Hartwig Bauer**, Berlin, in Anerkennung seiner großen Verdienste um die erfolgreiche Partnerschaft zwischen Chirurgie und Anästhesiologie die Ernst-von-der-Porten-Medaille verliehen. Die Verleihung erfolgte auf der Eröffnungsfeier des DAC am 26.04.2008 durch den Präsidenten des BDA, Prof. Dr. med. Bernd Landauer.

### Anästhesie-Ehrennadel des BDA in Gold

Im Rahmen des 55. Deutschen Anästhesiecongresses 2008 in Nürnberg wurde **Prof. Dr. med. Bernd Freitag**, Stralsund, in Anerkennung seiner vielfältigen Verdienste um den Berufsverband und die deutsche Anästhesiologie, vor allem in den schwierigen Jahren nach der Wende, die Anästhesie-Ehrennadel des BDA in Gold verliehen. Die Verleihung erfolgte auf der Eröffnungsfeier des DAC am 26.04.2008 durch den Präsidenten des BDA, Prof. Dr. med. Bernd Landauer.

### Anästhesie-Ehrennadel des BDA in Silber

Im Rahmen des 55. Deutschen Anästhesiecongresses 2008 in Nürnberg wurde **Dr. med. Wolf-Dieter Oberwetter**, Beckum, als Dank und Anerkennung für seine langjährige, engagierte verbandspolitische Tätigkeit, insbesondere als Landesvorsitzender in Westfalen-Lippe, die Anästhesie-Ehrennadel des BDA in Silber verliehen. Die Verleihung erfolgte in der Mitgliederversammlung des BDA am 28.04.2008 durch den Präsidenten des BDA, Prof. Dr. med. Bernd Landauer.

\* Siehe auch Supplement Nr. 5/2008

