

Zum neuen Jahr

„Die reinste Form des Wahnsinns ist es, alles beim Alten zu lassen... und gleichzeitig zu hoffen, dass sich etwas ändert!“

(Albert Einstein)



Prof. Dr. Bernd Landauer

Präsident des BDA

Meine sehr verehrten Damen und Herren,

auch in diesem Jahr werden uns und unsere mittlerweile 16.310 Mitglieder vor allem drei große, miteinander verwobene Themenkomplexe auf Trab halten. Diese Probleme bestätigen klar die Existenzberechtigung, ja sogar die Notwendigkeit unseres 2011 sein 50-jähriges Bestehen feiernden Berufsverbandes!

Der zunehmende Ärztemangel und seine Konsequenzen

Als erstes und wichtigstes Thema beschäftigt uns der Ärztemangel. Nach einem Gutachten des Deutschen Krankenhausinstitutes (DKI) vom Herbst 2010 gibt es augenblicklich – allerdings mit steigender Tendenz – ca. 5.500 offene Arztstellen im Krankenhaus, davon 750, das sind schätzungsweise 3,2 % aller Vollkraftstellen, in der Anästhesie.

Um uns ein eigenes Bild von der Arbeitsmarktsituation zu machen, führten wir – wie bereits berichtet – im Herbst 2009 bei unseren Mitgliedern eine internet-basierte Umfrage zur Arbeitsplatzsituation in der Anästhesie durch.

Sie ergab, dass sich die Stellensituation in den Augen von 37 % der 390 teilnehmenden Einrichtungen – insgesamt wurden 967 befragt – gegenüber 2002

verschlechtert, nach Ansicht von 57 % sogar deutlich verschlechtert hat. Lediglich 6 % der Abteilungen meinten eine Verbesserung wahrzunehmen. Die Neubesetzung einer vakanten Stelle dauerte bei 10 % der Abteilungen bis zu sechs Wochen, bei 17 % bis zu 12 Wochen, bei 42 % jedoch erheblich länger. Nur noch 13 % der befragten Einrichtungen waren in der Lage, ihre Stellen „nahtlos“ zu besetzen.

Als „Nagelprobe“ bezüglich der Stellensituation betrachteten wir die Frage nach der Beschäftigung von Honorarärzten. Sie wurde zu unserem Erstaunen von 52 % mit „Ja“ beantwortet. Dabei werden Honorarärzte vorzugsweise zur Überbrückung von Personalausfällen durch Krankheit, Urlaub und Kündigungen, für Bereitschafts-, Nacht- und Notarztdienste, aber auch zur Abwicklung des regulären Operationsprogramms eingesetzt.

Von politischer Seite ist hinsichtlich des Ärztemangels immer noch keine substantielle Hilfe in Sicht. Man wird ihm auch zumindest kurz- bis mittelfristig mit staatlichen Maßnahmen kaum Herr werden (wollen?). Diese Situation könnte sogar nicht nur mit einem weinenden, sondern auch einem lachenden Auge gesehen werden: Weniger Leistungserbringer nämlich bedeuten auch weniger Kosten. Außerdem lässt sich daraus auch wohlfeiles (berufs-) politisches Lobbykapital schlagen, indem

man weiter versucht, ärztliche Aufgaben und damit „Mitgestaltungsmacht“ auf Nicht-Ärzte zu übertragen. „Honni soit qui mal y pense!“

Dass die „Erweiterung der Delegationsmöglichkeit ärztlicher und anderer Tätigkeiten zur Entlastung der Ärztinnen und Ärzte“ ein im Koalitionsvertrag festgeschriebenes Ziel ist, lässt diesbezüglich für die Zukunft einiges erwarten bzw. befürchten.

Daher müssen wir weiter dafür sorgen, dass die Erklärungen Münster I und II sowie die Entschlüsse „ärztliche Kernkompetenz und Delegation in der Anästhesie bzw. Intensivmedizin“ von BDA und DGAI nicht nur – wenn auch höchst notwendige – Zwischenergebnisse waren.

Um konstruktiv Lösungsmöglichkeiten und Modellvorschläge mit kompetenten Referenten zu erarbeiten, führen BDA und DGAI im Februar 2011 eine Klausurtagung „Ärztemangel im Krankenhaus – Konsequenzen für die Anästhesiologie“ durch.

Dass Privatanbieter von Bachelor-Studiengängen wie etwa die Duale Hochschule Karlsruhe oder die Steinbeis-Hochschule in Berlin sowie – neuerdings mit prinzipieller Zustimmung des Wissenschaftsrates – die Universitäten Oldenburg/Groningen vermehrt auf den Plan treten, erstaunt nicht. Vor

allem auch angesichts der vermehrten Nachfrage nach Studienplätzen durch die doppelten Abiturjahrgänge sowie neuerdings die Aussetzung der allgemeinen Wehrpflicht. Hier werden – trotz offizieller Absage der Politik sowie der Bundesärztekammer – „Mediziner light“ produziert, deren zukünftige Beschäftigungsfelder noch weitgehend im Dunklen liegen. Es gehört nicht allzu viel Phantasie dazu, sich vorzustellen, dass im Zuge dieser Entwicklung der „Arztassistent“, etwa als Medizinischer Assistent für Anästhesie (MAfA), nun in akademisch „geschöntem“ Gewand – ich denke dabei an das Andersen Märchen „des Kaisers neuen Kleider“ - mit dem Assistenarzt klassischer Prägung konkurrieren könnte/wird.

Die von den für die derzeitige Misere häufig Mitverantwortlichen immer wieder ins Spiel gebrachte „Quick and dirty“-Lösung des Anästhesistenmangels – nämlich die „Schwesternarkose“ – scheint sich nach einer Meldung

vom 24.11.2010 in Facharzt.de von selbst zu erledigen. Eine Studie der Fachhochschule Frankfurt am Main hat ergeben, dass in 30 % der von ihr befragten deutschen Krankenhäusern Operationen bereits wegen fehlenden Fachpflegepersonals ausfallen.

Sind Honorarärzte eine Lösung?

Honorarärzte – der „Spiegel“ bezeichnete sie Mitte letzten Jahres als „Ärzte auf Montage“ – sind, wertfrei gesehen, eine Reaktion auf die derzeitige Situation im Gesundheitswesen, insbesondere den Ärztemangel, den sie zum Teil allerdings auch selbst durch ihre Abwanderung aus der Klinik verursachen.

Um den Beweggründen für die Flucht aus den Kliniken nachzuspüren, ist die Lektüre eines Interviews mit Prof. Dietrich, einem Anästhesisten, veröffentlicht in A&I (2010;51:559-562), aufschlussreich!

Etwa 5.500 fehlenden Klinikärzten sollen – grob geschätzt – 4.000 Honorarärzte

gegenüber stehen, deren Haupttätigkeitsfeld neben Berlin, Brandenburg und Mecklenburg-Vorpommern, auch – in unterschiedlicher Ausprägung – die alten Bundesländer sind. Gut 40 % von ihnen sind nach einer kürzlich im Deutschen Ärzteblatt veröffentlichten Honorararztstudie (DÄ Jg.107, C953-956,2010) Anästhesisten.

Hauptproblem der Honorarärzte ist immer noch, dass sie sich auf dem unsicheren Eis der (Schein)selbständigkeit bewegen. Zur Klärung dieser für unsere honorarärztlich tätigen Mitglieder wichtigen Frage unterstützt der BDA einen Musterprozess gegen die Deutsche Rentenversicherung. Ein Urteil ist hoffentlich in Kürze zu erwarten.

Die Bundesärztekammer hingegen sieht im Honorararztstatus zumindest berufsrechtlich keine Probleme. Die Kollegen seien über die Versorgungswerke rentenversichert, wobei sich die Zuordnung aus dem Haupttätigkeitsort oder dem Wohnsitz der Betroffenen ergebe.

„Expressis verbis“ hat sich die Bundesärztekammer im November 2010 in einer Dialogveranstaltung „Honorarärzte in Deutschland“ dieses Themas angenommen. DGAI und BDA konnten dabei die Sicht der Verbände zum Ausdruck bringen:

So ist das Honorararztphänomen als neue „Betriebsform“ auf dem Gesundheitssektor keinesfalls zu verteuern. Es sollte vielmehr Anlass sein, die Arbeitssituation in den Kliniken genauer unter die Lupe zu nehmen, um die Bedingungen so zu verändern, dass sie für die Kolleginnen und Kollegen - nicht zuletzt der heute sehr viel anspruchsvolleren Generation Y - attraktiver werden und keine Veranlassung mehr besteht, die Berufszufriedenheit in der Honorararzt-tätigkeit zu suchen.

Wir glauben, dass wir die Bundesärztekammer davon überzeugen konnten, dass sich Anästhesiologie im Krankenhaus nicht auf die bloße Leistungserbringung in Gestalt von Narkosen, Intensiv- und Schmerzbehandlung, Übernahme von Notarzt- oder Bereitschaftsdiensten etc. reduzieren lässt! Anästhesie ist weit mehr und gilt zu Recht als das Öl im operativen Motor eines Krankenhauses. Daraus folgt, dass eine umfänglichere Versorgung eines Fachgebietes mit Honorarärzten – mangels Nachhaltigkeit – den Tod nicht nur der Weiterbildung, sondern auch des Fachs als klinischer Disziplin bedeutet.

Für berechtigte Unruhe sorgen verwal-tungsseitig initiierte Versuche durch den zusätzlichen „Einkauf von Narkoseleistung“ von außen, um Entlastung zu schaffen, Geld zu verdienen bzw. unter Umständen zu sparen. Derartiges darf aber nur im Einvernehmen mit den jeweiligen Abteilungsleitern und unter deren Organisationshoheit geschehen. Parallel hierzu muss man sich aber auch um eine definitive Lösung bemühen. Sei es in Gestalt einer adäquaten Personalgewinnung, flexiblen Arbeitsorganisation oder ggf. außertariflicher Leistungen – „wie man die Körner streut, so laufen die Hühner“.

Dringend zu warnen ist in diesem Zusammenhang noch einmal 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 Anästhesiologie 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, aber auch mittelbar für die betroffenen Krankenhäuser, um nur einige zu nennen, möchte ich gar nicht näher nachdenken.

Da bekanntlich nur die Dosis das Gift macht, können Honorarärzte in „verträglichen“ Mengen im und für das Krankenhaus durchaus hilfreich sein. Aber auch sie sind sich darüber im Klaren – und so habe ich auch das Interview von Herrn Schäfer im „Deutschen Ärzteblatt“ (DA Jg. 107, C955-956, 2010) verstanden –, dass der Einsatz von Honorarärzten in größerem Umfang die Strukturen der Fachabteilungen erheblich gefährden, ja sogar den Einstieg zum Ausstieg der Anästhesie als klinische Disziplin aus einem Krankenhaus bedeuten kann!

Im Übrigen sind überall dort, wo die „zugekaufte“ Anästhesieleistung - im Sinne einer „Win-win-Situation“ - einvernehmlich oder von ausgeschiedenen bzw. anderweitig mit der Abteilung „verbundenen“ Kolleginnen und Kollegen erbracht wird bzw. eine wie immer geartete gemeinsame (Personal)basis etwa im Sinne der Bildung von Krankenhausverbänden etc. besteht, die damit verbundenen Schwierigkeiten deutlich seltener.

Auf Grund der Schlüsselstellung der Anästhesie bestand bei der Bundesärztekammer auch Verständnis für eine „aggressive“ Nachwuchswerbung durch unser Fach, da hier - wie etwa bei den Fluglotsen - ein Personalmangel sehr viel gravierendere Folgen für den Operationsbetrieb eines Krankenhauses nach sich zieht als bei den meisten anderen Disziplinen, wenn wir beim Vergleich mit den Fluglotsen bleiben, etwa den Piloten! Fehlen Erstere entfallen nämlich

zahlreiche Flüge hin bis zur vollständigen Schließung des Luftraumes. Fehlen Letztere entfällt jeweils „nur“ der betreffende Flug, was auch schon ärgerlich genug ist.

In diesem Zusammenhang ist die indifferente Stellungnahme der Ärztegewerkschaft Marburger Bund vom September 2010 wenig hilfreich. In dieser kommt deren 1. Vorsitzender zu dem Schluss, „das Phänomen Honorarärzte muss im Zusammenhang mit dem Ärztemangel gesehen werden. Es ist ein Symptom, das wir zunächst zur Kenntnis nehmen.... Wir sehen wenig Sinn darin, das Phänomen Honorarärzte abzulehnen oder zu befürworten.“



ein Projekt von
BDA und DGAI
zur Nachwuchs-
gewinnung

Unmittelbare Konsequenz aus dieser Situation ist das gemeinsame Projekt von BDA und DGAI „mein Puls-schlag“. Der BDA hat im zurückliegenden Jahr weder Mühen noch Geld gescheut, um eine effiziente Nachwuchskampagne auf die Beine zu stellen, wobei besonders unserem Ärztlichen Geschäftsführer, Herrn Professor Schlep-pers zu danken ist!

Da, wie bereits mehrfach in diesem Zusammenhang betont, „der Köder dem Fisch und nicht dem Angler schmecken muss“, basiert die Kampagne auf einer professionell durchgeführten Befragung von Studenten sowohl hinsichtlich der Attraktivität unseres Fachs als auch der Akzeptanz der uns von der Werbeagentur mangler+noller vorgeschlagenen Kampagnen. Details dieser Befragung können Sie der Arbeit von Welker et al. im Kongressheft der A&I (2010;51:318-327) entnehmen.

Um ganz sicher zu gehen, wurde auch die Akzeptanz durch die Anästhesistinnen und Anästhesisten selbst geprüft. Es wurde geklärt, inwieweit sich diese in der Kampagne wiederfinden bzw. sich mit ihr identifizieren können. Wir wollten nämlich nicht erneut Gefahr lau-



fen, unsere Mitglieder, wie vor Jahren durch das polarisierende Krokodil geschehen, zu „verschrecken“. Damals kam allerdings bei den Studenten das Krokodil gut an. Aber, Sie wissen ja, „der Köder...“

Bei den diversen „Testläufen“ stießen wir auf eine überraschend positive Resonanz bei beiden Zielgruppen, d.h. sowohl bei den Anästhesistinnen und Anästhesisten als auch vor allem bei denen, die es werden sollen.

Seit einem Jahr ist „mein Pulsschlag“ eine etablierte Kampagne, die in zahlreichen Formen an unseren potentiellen Nachwuchs herangetragen wird. Bei entsprechenden Veranstaltungen wurden inzwischen rund 12.000 Besucher informiert. Im Rahmen von Vorträgen „Anästhesie – was denn sonst!“ und Informationscafés bei Karrieremessen werden im persönlichen Gespräch Fragen rund um das Berufsbild „Fachärztin/ Facharzt für Anästhesiologie“ und Weiterbildungsmöglichkeiten beantwortet – ganz zwanglos bei einer Tasse „Narkose-, Intensiv-, Schmerz- oder Notfallkaffee“. Seit Oktober 2010 ist unsere Road Show an Universitäten und Lehrkrankenhäuser sehr erfolgreich on tour. Für das Universitätsklinikum Marburg lobt Professor H. Wulf die Show mit folgenden Worten: „Ich glaube die Veranstaltung hat einen Riesenschritt für das Image unseres Fa-

ches bei den Studierenden bewirkt!“ Zu einem ähnlich positiven Ergebnis kommt Professor Thea Koch, Leiterin der Klinik und Poliklinik für Anästhesiologie und Intensivtherapie am Universitätsklinikum der Technischen Universität Dresden.

Nicht zuletzt trugen anlässlich des DAC 2010 einen ganzen Monat lang Nürnberger Busse unter dem Motto „mein Pulsschlag“, „mein Traumberuf“, „mein Herzenswunsch“, „meine Lebensaufgabe“ und „meine Leidenschaft“ unser Bekenntnis zu den vier Säulen unseres Faches in die breite Öffentlichkeit!

Hoffentlich wird für möglichst viele „mein Pulsschlag“ zu „meiner Lebensaufgabe!“

Auch in den beliebten Online-Communities „studivZ“, „Facebook“, „Twitter“ oder bei Youtube ist – nach dem Motto, „man muss den Interessenten dort abholen, wo er ist“ – unsere Nachwuchskampagne präsent.

Eng verknüpft mit dem Anliegen der Nachwuchsgewinnung ist die Neugestaltung unserer Homepage mit unserem neuen Weiterbildungsportal www.anaesthesist-werden.de. Letzteres geht ursprünglich auf die Idee von Herrn Mertens zurück und soll dem an unserem Fach Interessierten einen ebenso raschen wie zuverlässigen Überblick über die Weiterbildungsmöglichkeiten in der

deutschen Anästhesie ermöglichen. Mit mittlerweile 482 teilnehmenden Einrichtungen dient www.anaesthesist-werden.de nicht nur der Nachwuchsgewinnung, sondern auch ganz generell als Leistungsnachweis der deutschen Anästhesie für die verschiedensten Interessenten und Institutionen. Daher – soweit Sie noch nicht dabei sind – mein dringender Appell, stellen Sie Ihr (Weiterbildungs)licht nicht unter den Scheffel, machen Sie mit! Alles in allem sind wir bei der von mir vor zehn Jahren als Zukunftsaufgabe formulierten „forcierten Imagepflege“ (Anästh Intensivmed 2001;42:3-4) große Schritte weiter gekommen.

Anästhesierisiko und die Deklaration von Helsinki

Im Kontext vor allem der „Helsinki Declaration on Patient Safety in Anaesthesiology“, aber auch vor dem Hintergrund des Ärztemangels und eines erhöhten „Produktionsdrucks“ ist das Anästhesierisiko wieder in den Fokus gerückt.

Dabei gilt, da Anästhesie bekanntlich keinen Selbstzweck darstellt, nicht jeder Tod in bzw. im Zusammenhang mit Narkose ist ein Tod an Narkose!

Nach neueren ausländischen Daten ist in den letzten Jahren das perioperative und damit - stillschweigend impliziert - das Anästhesierisiko wieder angestiegen. Das bedeutet aber nicht automatisch, dass unsere Narkosen schlechter geworden sind, sondern dass die von uns behandelten Patienten naturgemäß älter und folgerichtig auch kränker geworden sind und zunehmend (noch) größeren Eingriffen unterzogen werden.

Betrachtet man nämlich das anästhesieassoziierte Risiko „ASA-bezogen“, so gilt für ASA-1-Patienten unverändert eine anästhesieassoziierte Mortalität von 0,04 pro 10.000 Anästhesien. Für Patienten mit relevanten Begleiterkrankungen steigt diese von 0,5 (ASA 2) über 2,7 (ASA 3) bis auf 5,5 (ASA 4) pro 10.000 Anästhesien an (AINS 2010;45:433). Das heißt, wir dürfen uns auf unseren Erfolgen nicht ausruhen, denn, „wer sich auf seinen Lorbeeren ausruht, sitzt bald auf Kakteen“ (D. Hurd) oder volkstümlicher ausgedrückt, „wer rastet, rostet“.

In diesem Zusammenhang ist es von vorrangiger Bedeutung, sich nicht – wie bislang der Fall – in Ermangelung eigener Zahlen ausschließlich auf „ausländische“ Daten zu stützen, sondern auch national Daten zum Anästhesierisiko zu erheben bzw. heranzuziehen. Unabhängig hiervon gilt es im Sinne der „Deklaration von Helsinki“, unsere Sicherheitsmaßnahmen für die sich uns anvertrauenden Patienten weiter zu verbessern! Wobei mit CIRSA-AINS, dem Kerndatensatz Anästhesie 3.0 und der in die Wege geleiteten Auswertung der perioperativen Mortalität im Datenpool der Qualitätssicherung in Baden-Württemberg bereits hilfreiche Werkzeuge zur Verfügung stehen.

Somit gilt es allen aufgezeigten Widrigkeiten zum Trotz, auch im Neuen Jahr auf dem eingeschlagenen Weg fortzufahren und die sich uns stellenden Probleme für unsere Patienten, operativen Partner und alle, die mit uns zu tun haben, so gut wie möglich zu lösen. „Aufgestellt“ sind wir derzeit hervorragend und können daher stolz in das Jahr unseres 50-jährigen Bestehens gehen!

Denn 2011 jährt sich die Gründung unseres Berufsverbandes durch Charlotte Lehmann in München zum 50. Mal! Sein erster Vorsitzender war der damalige Privatdozent Karl Horatz aus Hamburg. Anlässlich dieses Jubiläums wird der Berufsverband Deutscher Anästhesisten

am 16. Mai im Rahmen des DAC 2011 in Hamburg zu einer Festveranstaltung einladen, zu der Sie alle willkommen sind. Termin und „Kontext“ wurden bewusst so gewählt, um möglich vielen von Ihnen die Teilnahme zu ermöglichen und außerdem die enge Verbundenheit des BDA mit unserer wissenschaftlichen Fachgesellschaft, der DGAI, zum Ausdruck zu bringen!



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



Festveranstaltung 50 Jahre BDA

Montag, 16. Mai 2011

16.00 – 18.00 Uhr · CCH · Saal G1

Programm

Begrüßung · Grußworte · Festvortrag · Musikalische Umrahmung

**Benefizkonzert der DGAI
zu Ehren 50 Jahre BDA**

Samstag, 14. Mai 2011

21.00 – 22.00 Uhr · Hauptkirche St. Michaelis · Hamburg

**Sonderveranstaltung auf dem DAC
50 Jahre BDA**

Stufen einer gelungenen Symbiose mit der DGAI

Dienstag, 17. Mai 2011

9.00 – 11.00 Uhr · CCH · Saal 7