Aktiv Druck & Verlag GmbH | ISSN 0170 - 5334 I 02330

www.ai-online.info

52. Jahrgang | August 2011
Sonderheft

A&I

ANÄSTHESIOLOGIE & INTENSIVMEDIZIN

Offizielles Organ: Deutsche Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin e.V. (DGAI)
Berufsverband Deutscher Anästhesisten e.V. (BDA)
Deutsche Akademie für Anästhesiologische Fortbildung e.V. (DAAF)
Organ: Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin e.V. (DIVI)

Danke

Der Berufsverband Deutscher Anästhesisten dankt **Herrn Prof. Dr. med. Klaus Fischer**, Bremen, für sein großes Engagement als Koordinator dieses Sonderheftes sowie **Herrn Dipl.-Sozialwirt Holger Sorgatz** und **Frau Alexandra Hisom M.A.**, Nürnberg, für die redaktionelle Bearbeitung.

EDITORIAL

„Tradition ist Weitergabe des Feuers und nicht Anbetung der Asche!“ 541
B. Landauer
Präsident des Berufsverbandes Deutscher Anästhesisten

GRUSSWORTE

D. Bahr 546
Bundesgesundheitsminister

U. Montgomery 547
Präsident der Bundesärztekammer

A. Köhler 548
Vorsitzender des Vorstandes der Kassenärztlichen Bundesvereinigung

R. Kösters 549
Präsident der Deutschen Krankenhausgesellschaft

H.-P. Bruch 550
Präsident des Berufsverbandes der Deutschen Chirurgen

G. Nöldge-Schomburg 551
Präsidentin der Deutschen Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin

T. Koch 552
Präsidentin der Deutschen Akademie für Anästhesiologische Fortbildung

HISTORIE

H.W. Opderbecke 554
Als der Berufsverband laufen lernte

B. Landauer · H. Sorgatz 562
Berufspolitische Herausforderungen zu Beginn des 21. Jahrhunderts

K. Fischer 569
Qualität in der Anästhesiologie – eine verbandshistorische Rückbetrachtung

B. Freitag 598
Das Ganze ist mehr als die Summe seiner Teile

K. van Ackern 605
Was haben wir gemeinsam gemeistert?

W. Weißauer 607
Wie der Berufsverband Deutscher Anästhesisten zu seinem ersten Juristen kam

INHALT

INHALT

HISTORIE

E. Biermann 614
„Ihr gutes Recht“: Auf- und Ausbau der berufsbezogenen Rechtsberatung als Serviceleistung des BDA

E. Weis 618
Versicherungsservice und Rechtsschutz

E. Mertens 623
Interessenvertretung der Vertragsärzte durch den BDA

E. Götz 626
Gebührenfragen

K. Fischer · B. Gottesmann 629
MCN und das Kongresswesen der Verbände

A. Welker · H. Sorgatz · A. Schleppers 636
Ergebnisse der BDA-Umfrage 2011: Zur Situation der Anästhesiologie in Deutschland

M. Skorning 641
Visionen – Wodurch bleibt das Fach Anästhesiologie vital?

ANHANG

Chronik 648

Laudationes 655

Ehrungen 665

Gremien 667

Mitgliederstand / Geschäftsstelle 673

Impressum 674

Editorial

„Tradition ist Weitergabe des Feuers und nicht Anbetung der Asche!“ (Gustav Mahler)

Prof. Dr. med. Bernd Landauer
Präsident des BDA

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

wer unseren Videoclip „Mein Pulsschlag“ – er wurde als Appetitmacher auf unser Fach für unseren Nachwuchs im letzten Jahr gedreht – gesehen hat, spürt, dass der BDA nach 50 Jahren im „Hier und Jetzt“ nicht nur angekommen, sondern fest verwurzelt ist! Dieser Kurzfilm war daher auch der Auftakt der Festveranstaltung zum 50-jährigen Bestehen unseres Verbandes im Rahmen des DAC 2011 am 16.05.2011 in Hamburg. Der Veranstaltungsort war nicht zufällig gewählt. Zum einen nimmt er nämlich mit dem DAC 2011 Bezug auf die für das Gedeihen unseres Verbandes symbiotisch-enge, gleichzeitig aber auch respektvolle Beziehung zu unserer acht Jahre älteren, wissenschaftlichen Fachgesellschaft, der DGAI. Zum anderen ergibt sich ein wichtiger Bezug zum Veranstaltungsort aus dem Umstand, dass der Gründungspräsident Karl Horatz, der von 1961 bis 1963 den Verband führte, in Hamburg ansässig und tätig war.

Letztlich erinnert die Verleihung der Ernst-von-der-Porten-Medaille im Jubiläumsjahr an Hugo Van Aken, Elmar Mertens und Nadja Schwarz an einen verdienten Hamburger Arzt und Narkosepionier und stellt damit einen weiteren Bezug zu dieser schönen Stadt dar.

50 Jahre BDA ist mit Fug und Recht ein Anlass, gleichermaßen dankbar wie stolz zu sein, sowie ein Grund zu feiern und zurückzuschauen auf die Entwicklung unseres Verbandes, der heute die drittgrößte Arztgruppe im Krankenhaus repräsentiert und mit über 16.500 Anästhesistinnen und Anästhesisten zu den mitgliederstärksten ärztlichen Berufsverbänden Deutschlands gehört.

Ein Verband kann nur so erfolgreich sein, wie es das Fach, das er vertritt, auch zulässt. Mit mehr als 10 Millionen Narkosen – von den Leistungen der Intensivtherapie, Notfall- und Schmerzbehandlung einmal abgesehen – geht Anästhesie in Deutschland mittlerweile jeden an! Darüber hinaus ist Anästhesie mit ihren vier klassischen Säulen heute sehr viel mehr als „nur“ Narkose, „ nur“ Intensivmedizin, „nur“ Notfall- und Schmerztherapie. Sie hat sich – einem Torhüter der operativen Medizin vergleichbar – mit tatkräftiger Hilfe unseres Verbandes in den zurückliegenden 50 Jahren zu einem nicht mehr wegzudenkenden, verlässlichen Partner all derer entwickelt, die sich unser ärztlichen Kunst anvertrauen bzw. mit denen wir im weitesten Sinne zu tun haben. Denn wir übernehmen Verantwortung fürs Ganze und wollen die in uns gesetzten Erwartungen übertreffen!

„Der Erfolg hat bekanntlich viele Väter“. Er kommt daher nur selten von ungefähr und schon gar nicht von „einem“. Er stellt sich nur ein, wenn Menschen zusammenkommen, deren erste Frage es nicht – wie heute leider allzu oft – ist, „was kann der Verband für mich tun“, sondern „was kann ich für den Verband tun“. Wir waren und sind in der glücklichen Lage, zahlreiche solche Persönlichkeiten unter uns zu haben. Erfreulicherweise scheint auch das in der Mitgliederversammlung des BDA am 15.05.2011 für die Amtsperiode 2012/2013 neu gewählte Präsidium diese Tradition fortzusetzen.

Zu diesen Persönlichkeiten gehören ohne Zweifel die Begründer unseres Verbandes, d.h. die Anästhesistinnen und Anästhesisten der ersten Stunde. Dabei ist an erster Stelle Charlotte Lehmann, die „Nestorin“ der deutschen Anästhesie zu nennen. Schon früh erkannte sie, dass es nicht ausreiche, sich „nur“ um die „männer-dominierte“ Fortentwicklung des Fachgebietes in Wissenschaft und Forschung zu bemühen, sondern dass diese Aktivitäten, um lebensfähig zu sein, ein berufspolitisches Pendant benötigen, das auf ihr Betreiben hin am 19.09.1961 gegründet wurde.

Verdienst der Lady – so wurde sie in Anästhesiekreisen ebenso bewundernd wie respektvoll genannt – war es außerdem den damaligen Ministerialdirigenten Walther Weissauer für unsere Sache zu gewinnen. Als bewundernswertes Multitalent sicherte er als erstes die damals bereits überfällige fachliche Selbständigkeit der Anästhesie und fungierte in den folgenden Jahrzehnten als unsere nie stumpf werdende „Allzweckwaffe“ gegen fast sämtliche Widrigkeiten des anästhesiologischen Lebens.

Flankierend wies Wolfgang Opderbecke, Grand Seigneur der deutschen Anästhesie, als langjähriger Lotse und Schriftführer dem Verband den weiteren Weg. Dabei konnte Klaus Fischer – „graue Emi-

Gründungsurkunde

BERUFSVERBAND DEUTSCHER ANÄSTHESISTEN

SATZUNG

des

BERUFSVERBANDES DEUTSCHER ANÄSTHESISTEN

§ 1

Name und Sitz

Der Verband führt den Namen

"Berufsverband Deutscher Anaesthesisten" e.V.

Er hat seinen Sitz und Gerichtsstand in München.
Der Verband soll in Vereinsregister eingetragen werden.

§ 2

Zweck und Aufgaben

Der Berufsverband der Deutschen Anaesthesisten hat den Zweck, die gemeinsamen beruflichen Belange seiner Mitglieder zu vertreten und zu fördern und Behörden und zuständige Stellen in allen einschlägigen Fachfragen zu beraten.

Ziele des Verbandes sind insbesondere:

a) die Berufsvertretung innerhalb der Ärzteschaft, Ärztekammern und kassenärztlichen Vereinigungen

b) die Orientierung seiner Mitglieder über berufsständische Fragen

c) die Erweckung und Hebung des allgemeinen Interesses und Verständnisses für die Anaesthesie in der Öffentlichkeit

d) die Mitarbeit bei allen die Anaesthesie betreffenden öffentlich-rechtlichen Fragen wie Gebühren- und Tarifordnungen

- 8 -

Satzung zu vergüten sind, ist die Höhe der Vergütung nach den üblichen Richtsätzen zu gewähren.

§ 14

Geschäftsjahr und Erfüllungsort

Das Geschäftsjahr ist das Kalenderjahr, Erfüllungsort ist München.

§ 15

Wahlen

Alle Wahlen sind geheim. Andere Abstimmungen erfolgen in der vom Versammlungsleiter vorgeschlagenen Form, sofern die Versammlung damit einverstanden ist. Alle Niederschriften sind vom Vorsitzenden und mindestens einem Vorstandsmitglied zu unterzeichnen und vom Schriftführer aufzubewahren.

§ 16

Allgemeines

Der Vorsitzende des Verbandes ist berechtigt, Änderungen der Satzungen, soweit diese aus formellen Gründen vom Registergericht verlangt werden, von sich aus ohne Einberufung einer neuen Mitgliederversammlung vorzunehmen.

Bei Zweifel über die Auslegung der Satzung entscheidet der Beirat und auf besonderes Verlangen die Mitgliederversammlung.

München, den 17. Juli 1961

Eingetragen im Vereins-Register
Bd. 5 Nr. 1653/62 am 19.9.1961
München, den 20. Sep. 1961
Amtsgericht München, Registergericht

 © Anästh Intensivmed 2011;52:541-543 Aktiv Druck & Verlag GmbH

nenz“ und „wandelnde Enzyklopädie“ der Verbandsgeschichte – als Querdenker oft erfolgreich verhindern, dass man sich – wie in der Gremienarbeit häufig – im Kreise drehte und dabei das eigentliche Ziel aus den Augen verlor. Letzterem sei an dieser Stelle herzlich gedankt für die Zusammenstellung dieser Festschrift und seine fundierten Beiträge.

Auch ohne das unermüdliche Engagement der jeweiligen Präsidenten des BDA, dem bereits genannten Karl Horatz, Karl H. Bräutigam, Walter F. Henschel, Karl Hutschenreuter, Peter Uter und Klaus Ziganell, stünden wir heute nicht dort, wo wir stehen!

Bei dieser Gelegenheit muss auch Othmar Zierl, zu Lebzeiten bereits Legende, Ehrenmitglied und Träger der Anästhesie-Ehrennadel in Gold, langjähriger Vizepräsident (1975-1989) des BDA und 20 Jahre „Landesobmann“ bzw. Landesvorsitzender in Bayern (1965-1985), erwähnt werden. Sein Verdienst ist es, unter zahllosen anderen mit der „1. Bayerischen Anästhesistentagung“ in München bereits 1971 weitsichtig den Grundstein zu unseren Landestagungen gelegt zu haben. Mit Th. Carlyle teilte er die Überzeugung, „was sich zu tun lohnt, lohnt sich gut zu tun“, und da er wusste, dass „Triumph der Verzicht auf Erfolg“ ist, wirkte er mehr in der Stille als im Rampenlicht, was manchen dazu verleitete – zumindest auf den ersten Blick – seine wahren Qualitäten zu unterschätzen.

Ebenso sei Heribert Weigand nicht vergessen, nahm er sich doch nach einer Karriere als Chef- und später KV-Prüfarzt, seit 1989 den stetig ausufernden Gebührenfragen an und legte damit den Grundstein des Gebührenreferates. Seine Gebührenseminare, lange Jahre nahezu obligatorischer Bestandteil fast jeder Landestagung, sind sicher noch Vielen in bleibender Erinnerung.

Das Trio Weigand, Weißauer und Zierl schufen 1982, nach dem Motto „nicht mehr, sondern richtig liquidieren“, den „Fachkommentar GOÄ Anästhesiologie“, ein bis heute auch von den Kostenträgern respektierter Ariadnefaden durch das immer komplexere – zum Teil sich sogar widersprechende – Vorschriftenlabyrinth der Gebührenordnung. So wie hier ein entscheidender Beitrag zur Qualitätssicherung der Privatliquidation geleistet wurde, so zielen die zum Jubiläum neu aufgelegten, von Opderbecke und Weissauer 1983 weitblickend konzipierten und stets aktualisierten „Entschließungen, Empfehlungen, Vereinbarungen“ von BDA und DGAI in dieselbe Richtung. Sie bewähren sich bis heute – auch im Internet einsehbar – als verlässlicher Ratgeber unserer Mitglieder in sämtlichen Zweifelsfragen des beruflichen Alltags. Dies betrifft auch die reibungslose Kooperation mit unseren Partnern aus anderen medizinischen Disziplinen. Möge dies auch in Zukunft so bleiben!

Dass eine solche Verbandsgeschichte nicht ohne Wohlwollen und Hilfen von außen möglich ist, versteht sich von selbst. Und so danken wir unseren Standesorganisationen, den Ärztekammern und KVen, der Deutschen Krankenhausgesellschaft, unseren operativen & nicht operativen Partnern, wobei „pars pro toto“ vor allem unsere Freunde „die“ Chirurgen genannt werden sollen.

Dank gilt natürlich auch unseren nimmermüden „inneren“ Helfern, ich denke hier nicht nur an unsere ehrenamtlichen Mandatsträger, insbesondere die Landesvorsitzenden, sondern auch an die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter unserer Geschäftsstelle in Nürnberg. Allen voran den Geschäftsführern Herrn Professor Dr. Schleppers, der viel frischen Wind in unsere Struktur gebracht hat, und Herrn Sorgatz, der u.a. mit viel Empathie dafür sorgte, dass dabei niemand einen Schnupfen bekam. Hervorzuheben ist an dieser Stelle auch der unermüdliche Einsatz von Frau Hisom, deren Herz für unsere erfolgreiche Verbandszeitschrift A&I schlägt. Außerdem danken wir Frau Weis und Herr Dr. Biermann von unserem Referat für Rechts-, Vertrags- und Versicherungsfragen sowie der Projektleitung Patientensicherheit, Frau Dichtjar, die – jeder auf ihre bzw. seine Weise nicht nur über die Sicherheit unserer Mitglieder, sondern auch der sich uns anvertrauenden Patienten wachen.

Unser ausdrücklicher Dank gilt außerdem „unserer“ 1985 auf Initiative von Walther Weißauer unter „Abwerbung“ von Bernd Gottesmann von der Messe Nürnberg gegründeten und mittlerweile volljährigen Tochter, der Medizinischen Kongressorganisation in Nürnberg (MCN). An ihrer Spitze stehen heute Frau Schwarz und Herr Gottesmann sowie Frau Mühlbauer als Prokuristin. Ohne deren tatkräftige Hilfe als einschlägig spezialisierte Dienstleister wären unsere Veranstaltungen längst nicht so erfolgreich wie sie zweifellos sind.

„Hoffentlich gut versichert“ – unter diesem Motto knüpfte Weißauer bereits früh Kontakte mit Dr. Schwanke und „seiner“ Funk-Hospital-Versicherungsmakler GmbH in Hamburg, auf deren Hilfe sich unsere Mitglieder – ebenso wie auf die der Versicherungskammer Bayern – bis heute getrost verlassen können.

Die folgenden Beiträge dieser Sonderausgabe unserer Verbandszeitschrift stellen verschiedene Schwerpunkte der berufspolitischen Arbeit des BDA in den letzten 50 Jahren zusammengefasst dar, wohl wissend, dass eine vollständige Beschreibung der Geschichte unseres Verbandes Bände füllen würde. Gleichwohl soll an wesentliche Meilensteine der Verbandspolitik und an die, die an ihrer Errichtung beteiligt waren, erinnert werden.

Prof. Dr. med. Bernd Landauer

IMPRESSIONEN

Festveranstaltung und Festbankett „50 Jahre BDA", 16.05.2011, Hamburg

Fotos: Reimo Schaaf, Hamburg

 © Anästh Intensivmed 2011;52:544-545 Aktiv Druck & Verlag GmbH

IMPRESSIONEN

Grußwort

Daniel Bahr
Bundesgesundheitsminister
Mitglied des Bundestages

Zum 50-jährigen Bestehen des Berufsverbandes Deutscher Anästhesisten e.V. möchte ich Ihnen herzlich gratulieren.

Die Anästhesie ist ein wichtiger Bestandteil unseres Gesundheitswesens. Zu Ihrer Arbeit als Anästhesistinnen und Anästhesisten gehört nicht nur die unmittelbare präoperative Einschätzung des Gesundheitszustandes der Patientin oder des Patienten. Eingehende Kenntnisse über Art und Umfang des operativen Eingriffs und der operativen Nachsorge sowie die Aufrechterhaltung der vitalen Funktionen während operativer und diagnostischer Eingriffe tragen wesentlich mit dazu bei, die Lebensqualität Ihrer Patientinnen und Patienten zu erhalten.

Ihre Leistungen in der Intensivmedizin, der Notfallmedizin und der Schmerztherapie basieren dabei, neben Ihrem Wissen aus dem Studium und der gesammelten Berufserfahrung, auch auf Ihrer hohen Fortbildungsbereitschaft. Dabei stellen Sie wissenschaftliche Entwicklungen und medizinisch-technische Fortschritte immer wieder vor neue, vielschichtige Herausforderungen.

Ihr offener Umgang mit diesen Herausforderungen trägt mit dazu bei, dass Sie Ihren Beruf auf Dauer mit viel Freude und Neugierde ausüben und sich Ihnen neue Sichtweisen auf die eine oder andere medizinische Fragestellung eröffnen.

Daher freut es mich ganz besonders, dass Sie mit Ihrem Jubiläum auf ein jahrelanges Engagement im Dienste von Patientinnen und Patienten zurückblicken können. Angesichts der Mitgliedszahlen Ihres Berufsverbandes bin ich davon überzeugt, dass dieser auch weiterhin die Anästhesiologie im Interesse der Sicherung unserer hochwertigen medizinischen Versorgung bestmöglich fördern und das Fachgebiet innerhalb der Ärzteschaft hervorragend vertreten wird.

Daniel Bahr

 © Anästh Intensivmed 2011;52:546 Aktiv Druck & Verlag GmbH

Grußwort

Dr. med. Frank Ulrich Montgomery
Präsident der Bundesärztekammer

Im Namen der Bundesärztekammer gratuliere ich herzlich zum 50-jährigen Jubiläum des Berufsverbands Deutscher Anästhesisten e.V. (BDA).

Der BDA hat sich in der Standespolitik einen wichtigen Platz erarbeitet. Seine Impulse und Stellungnahmen sind für die ärztliche Selbstverwaltung eine wichtige Bereicherung. Für seine Mitglieder bietet er berufliche Fort- und Weiterbildung, Informationen zur Berufs- sowie Gesundheitspolitik. Besonders die Nachwuchsförderung hat einen großen Stellenwert, die sich bereits an Studierende richtet.

Ein Berufsverband, der so engagiert den Nachwuchs mit in seine Verbandsarbeit einbezieht, wird auch für die nächsten 50 Jahre über eine solide Basis verfügen. Dies zeigt ebenfalls, dass der BDA die Zeichen der Zeit erkannt hat und die aktuelle berufspolitische Fragestellung „Förderung des ärztlichen Nachwuchses“ mittels frühzeitiger Interessenbildung der Studierenden für ein spezielles Fachgebiet nicht nur aufgegriffen, sondern konzeptionell umgesetzt hat. Aber nicht nur klassische berufspolitische Bereiche werden thematisiert, auch Patientensicherheit ist ein fester Bestandteil des Themenspektrums.

Hervorzuheben ist die intensive Netzwerkarbeit, die der BDA leistet. Viele Fachgebiete aus den Bereichen der OP, Intensiveinheit, der Schmerz- und Notfallmedizin wurden zusammengebracht und haben gemeinsam mit der Deutschen Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin (DGAI) interdisziplinäre Entschließungen erarbeitet, deren Publikation bereits in 5. Auflage mit rd. 800 Seiten erschienen ist.

Problemlösungen lassen sich ebenfalls durch konstruktive Zusammenarbeit besser finden. Für ein Gesundheitswesen vereint einzutreten, das menschwürdige Arbeitsbedingungen und qualitativ hochstehende Patientenversorgung ermöglicht und welches nicht von Ärztemangel und finanziell umkämpften Ressourcen beherrscht wird, sollte die an die Politik zu vermittelnde Botschaft von uns Ärztinnen und Ärzten sein. Gemeinsam werden wir uns für diese Zielvorgabe einsetzen, denn ärztlichen Selbstverwaltung benötigt für berufspolitische und gesellschaftliche Arbeit den Rückhalt und die Impulse aus den Fachgesellschaften.

Ihr

Dr. med. Frank Ulrich Montgomery

Grußwort

Dr. med. Andreas Köhler
Vorsitzender des Vorstandes der Kassenärztlichen Bundesvereinigung

Sehr verehrter Herr Professor Landauer, liebe Kolleginnen und Kollegen,

50 Jahre Berufsverband Deutscher Anästhesisten – das sind 50 Jahre Interessenvertretung für ein Fach, das wie wenige andere für die Errungenschaften der modernen Medizin steht. Gleichzeitig hat er diese oft erst möglich gemacht hat, gewissermaßen als Motor und Katalysator zugleich.

Ärztliche Verantwortung, Qualität und Sicherheit sind absolute Kernkompetenzen der Anästhesiologie und Intensivmedizin. Deswegen ist es ein Verdienst des BDA, dass er sich ganz besonders für die Patientensicherheit stark macht. Die Internetplattform PATSI – Patientensicherheit in der Anästhesiologie – die er 2010 gemeinsam mit der Deutschen Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin (DGAI) ins Leben gerufen hat, bietet wertvolle Informationen und konkrete Hilfestellungen. Sie ist ein ganz praktisches Beispiel gelebter Qualitätssicherung – das hoffentlich viele Nachahmer findet!

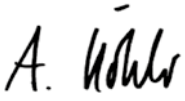
Auf einem weiteren wichtigen Gebiet ist der BDA ebenfalls Vorreiter: an der Schnittstelle zwischen dem ambulanten und dem stationären Sektor. Von den 16.500 Mitgliedern des BDA sind 3.000 vertragsärztlich tätig. Viele sind in „beiden Welten“ zu Hause. In den 50 Jahren seines Bestehens ist es dem Verband gelungen, durch eine Vielzahl von interdisziplinären Vereinbarungen die tägliche Zusammenarbeit in Klinik und Praxis einvernehmlich zu regeln.

Besonders hervorzuheben ist das Engagement des BDA für den eigenen fachlichen Nachwuchs. Mit seiner Kampagne und der dazugehörigen Website www.anaesthesistwerden.de beschreitet er zeitgemäße Wege, für diesen spannenden und anspruchsvollen Beruf zu werben. Grundsätzlich erfreut sich die Anästhesie als Fachgebiet ungebrochener Beliebtheit. Die Anzahl der Anästhesisten hat im Lauf der Jahre in beiden Sektoren zugenommen. Allerdings wird ein erheblicher Anteil der Vertragsärzte in den nächsten zehn Jahren in Ruhestand gehen. Es besteht also ein großer Ersatzbedarf. Ich freue mich sehr, dass der BDA dem aktiv entgegensteuert.

Mit seinem umfangreichen Beratungsangebot, den vielfältigen Möglichkeiten zum Austausch, etwa über Foren und Arbeitskreise, und seinem berufspolitischen Engagement ist der BDA ein Vorbild für gelebte Basisarbeit und Praxisnähe. Möge er weiter so rege bleiben und die ärztlichen Interessen als wertvoller Partner der KBV nachhaltig vertreten.

Herzlichen Glückwunsch zum 50-jährigen Bestehen und alles Gute für die Zukunft!

Ihr



Dr. med. Andreas Köhler

 © Anästh Intensivmed 2011;52:548 Aktiv Druck & Verlag GmbH

Grußwort

Dr. rer. pol. Rudolf Kösters
Präsident der Deutschen Krankenhausgesellschaft

Als „Wissenschaft vom Nicht-Empfinden“ blickt die Anästhesiologie auf eine relativ kurze und doch entwicklungsreiche Geschichte zurück. Lange war in der Medizin die Rolle des Schmerzes für die Behandlung des Patienten umstritten, was auf divergierende Auffassungen über den Nutzen eines Zustandes des Patienten ohne Schmerz bei der Behandlung zurückzuführen war. Die Geburtsstunde der modernen Anästhesiologie wird auf das Jahr 1846 datiert. In diesem Jahr hat der Zahnarzt William Thomas Green Morton den ersten Eingriff unter Inhalationsnarkose vorgenommen und einen kleinen, oberflächlich liegenden Tumor entfernt. Nimmt man diesen Eingriff als Ausgangspunkt, so ist die moderne Anästhesiologie erst 165 Jahre alt.

In ihren Anfängen musste die Anästhesiologie zunächst um ihre Entwicklung und Anerkennung der Methode kämpfen. Ausgehend von der Schmerzlinderung als medizinischem Wunsch waren Stellung und Funktion des Schmerzes in der ärztlichen Behandlung umstritten. Fraglich war in den Anfängen, ob die Ausschaltung von Schmerz medizinisch wünschenswert ist oder ob der Schmerz nicht vielmehr Wegweiser des Chirurgen bei Operationen war und ob dem ohnehin schon leidenden und angeschlagenen Organismus des Patienten die weitere Belastung der Narkose zuzumuten war. Heute ist die Anerkennung des Faches und seiner Leistungen für den Patienten unumstritten. In Teilbereichen setzt sich das Ringen um die beste Lösung aber fort, z.B. in der Schmerztherapie.

Rasch hat sich die Anästhesiologie zu einem differenzierten Fachgebiet mit vier tragenden Säulen entwickelt: Anästhesie, Intensivmedizin, Notfallmedizin und Schmerztherapie. Damit zählt die Anästhesiologie zu den vielfältigsten und abwechslungsreichsten Fachgebieten der Medizin. In unseren Krankenhäusern stellen die Anästhesisten nach den Internisten/Allgemeinmedizinern und den Chirurgen die drittgrößte Facharztgruppe. Sie ist aus dem klinischen Alltag unserer Krankenhäuser nicht mehr wegzudenken. Nicht nur unter patienten- und behandlungsrelevanten Gesichtspunkten, sondern auch als Querschnittsfach in den Häusern erfüllt sie eine wichtige Funktion. Sie ist eine wesentliche Schnittstelle zu anderen Disziplinen und hat damit integrativen Charakter, nicht nur innerhalb der klinischen Fächer, sondern auch z.B. zwischen dem medizinischen und dem pflegerischen Bereich.

Wurde die Anästhesiologie bis vor Jahren nicht selten in den Krankenhäusern als Fach erlebt, das den Chirurgen sagen musste, was alles nicht geht, hat sich mit der Entwicklung hoch differenzierter Verfahren der Charakter des Faches als Ermöglicher von Eingriffen und intensivmedizinischer Versorgung auch bei Hochbetagten und Schwerstkranken gewandelt und damit der Medizin insgesamt eine neue Dimension eröffnet. Nicht selten, ja sogar in der Regel profitieren Krankenhäuser auch von dem organisatorischen Geschick vieler Anästhesisten, die sich als Koordinatoren der OP-Organisation annehmen. Sie können entschieden dazu beitragen, Ressourcenvergeudung weitgehend zu vermeiden.

Der Berufsverband Deutscher Anästhesisten hat zur Entwicklung des Faches einen wesentlichen Beitrag geleistet. Er bündelt die Kräfte und unterstützt die Fachärzte und ihre in der Ausbildung befindlichen Kollegen. Zu Ihren anerkennswerten Leistungen in den nunmehr fünfzig Jahren Ihres Bestehens gratuliere ich Ihnen im Namen der Krankenhausträger herzlich. Für die nächsten mindestens weiteren fünfzig Jahre wünsche ich Ihnen, den Patienten und uns weiterhin eine fachlich fundierte und organisatorisch tragfähige Entwicklung zum Wohle der Patienten.

Dr. rer. pol. Rudolf Kösters

Grußwort

Prof. Dr. med. Hans-Peter Bruch
Präsident des Berufsverbandes der Deutschen Chirurgen

Es ist mir eine Ehre und eine besondere Freude, die herzlichen Grüße und Glückwünsche des Berufsverbandes der Deutschen Chirurgen zum 50. Geburtstag des Berufsverbandes Deutscher Anästhesisten zu übermitteln. Beide Verbände sind in den letzten fünf Dekaden zu großen Organisationen herangewachsen und haben Eigenständigkeit und ein besonderes Profil entwickelt.

Wir haben uns einander angenähert und nach anfänglich stürmischen Zeiten, die Erich Rügheimer mit feinem Humor zu beschreiben wusste, hat sich eine feste Vertrauensbasis gebildet. Unterdessen sind wir, um mit dem Nürnberger Schuhmacher und Poeten Hans Sachs zu sprechen, fast schon „zween Hosen eines Tuchs“ geworden.

Was früher zu heller Aufregung und hitzigen Diskussionen führte, wird heute in großer Runde mit allen Beteiligten besprochen und in der Regel konsensual gelöst.

Wir dürfen also feststellen, dass unsere Verbände nicht nur älter und größer geworden sind. Es sieht so aus, als seien wir alle auch ein wenig reifer geworden. Und was mich am meisten begeistert: Wir haben erkannt, dass wir aufeinander angewiesen sind und eine angenehme fruchtbare Zusammenarbeit gegenseitige Hochachtung und Wertschätzung erfordert.

Was den Geburtstag anlangt, sind wir Ihnen ein wenig voraus. Was die Zukunftsfähigkeit anlangt, haben wir Nachholbedarf.

Sie leben uns vor, dass eine Zusammenführung des Berufsverbandes mit der Fachgesellschaft möglich und sinnvoll ist. Wir haben uns in dem sehr diversifizierten Feld der schneidenden Fächer gerade erst auf den Weg der Einigung begeben, und ich hoffe sehr, dass wir ihn so erfolgreich beschreiten werden wie Sie.

Und vielleicht ließe sich dann auch eine weitere Vision diskutieren: Die Demographie wird uns dramatische Veränderungen nicht allein in der Gesellschaft, sondern auch im Medizinsystem bescheren. Ob die politischen Problemlösungen in jedem Fall optimal sein werden, darf nach den Erfahrungen der letzten Dekaden bezweifelt werden. Insofern erschiene es mir sinnvoll, wenn die großen Verbände und Fachgesellschaften noch enger kooperieren würden in den Fragen, die das gesamte Medizinsystem betreffen, mit einer Stimme sprächen, um in der politischen Diskussion als Partner Gehör zu finden.

In diesem Sinne gratuliere ich allen, die am Erfolg des BDA mitgewirkt haben, und rufe Ihnen zu „Vivat, Crescat, Floreat“, und dies mindestens für die nächsten 50 Jahre.

Prof. Dr. med. Hans-Peter Bruch

 © Anästh Intensivmed 2011;52:550 Aktiv Druck & Verlag GmbH

Grußwort

Prof. Dr. med. Gabriele Nöldge-Schomburg
Präsidentin der Deutschen Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin

Sehr geehrte, liebe Kolleginnen und Kollegen,

im Namen der Deutschen Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin (DGAI) gratuliere ich unserem Berufsverband zu 50 Jahren erfolgreicher Arbeit für das Fach. Ich danke zugleich allen Kolleginnen und Kollegen, die sich in dieser Zeit, meist ehrenamtlich, dafür eingesetzt haben, dass Anästhesisten existentiell gesichert und unter zumutbaren Rahmenbedingungen die Aufgaben der Patientenversorgung fachgerecht übernehmen konnten.

Ganz besonders danken möchte ich Herrn Professor Bernd Landauer, der, aufbauend auf den Leistungen seiner Vorgänger, den Berufsverband die letzten 17 Jahre so außerordentlich erfolgreich geführt hat. Da Herr Kollege Landauer bei den im Mai stattgefundenen Wahlen des BDA nicht mehr für das Amt des BDA-Präsidenten kandidiert hat, weil er es in jüngere Hände übergeben wollte, geht am 31.12.2011 mit diesem Jubiläumsjahr auch eine Ära zu Ende, so dass sich in die Freude über 50 Jahre erfolgreiche Berufspolitik auch eine Portion Wehmut mischt.

Um an das Motto der BDA-Jubiläumsveranstaltung anzuknüpfen, bewahrte Bernd Landauer nicht nur die bewährte berufspolitische Tradition, sondern entwickelte, stets mit dem nötigen Augenmaß, eine Reihe von innovativen Ideen, die dem Berufsverband ein modernes, frisches Antlitz gaben.

Gleichzeitig gilt mein Glückwunsch dem neu gewählten Präsidenten des BDA, Herrn Kollegen Götz Geldner, der zu Beginn des nächsten Jahres den Stab übernehmen wird, und wünsche ihm eine glückliche Hand.

Die Gründergeneration des Fachgebietes hat, acht Jahre nachdem sich die DGAI etabliert hatte, den BDA in der Erkenntnis gegründet, dass zur Entwicklung unseres Fachgebietes berufspolitische Aspekte zunehmend an Bedeutung gewinnen werden. So konnte sich die DGAI vor allem auf die Entwicklung von Wissenschaft, Fort- und Weiterbildung konzentrieren. Ich verhehle dabei nicht, dass es mich mit einem gewissen Stolz erfüllt, dass mit Charlotte Lehmann eine Frau ganz vorne an dieser Entwicklung beteiligt war.

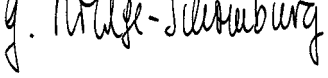
Bemerkenswert ist, dass der BDA in den Anfangsjahren seines Bestehens und immer wieder zwischendurch mit Problematiken konfrontiert war, die uns auch heute wieder beschäftigen. Ich denke da insbesondere an die Stichworte „Ärztemangel“ und „Parallelnarkosen“. Das Beruhigende daran ist, dass diese berufspolitischen Herausforderungen damals ebenso erfolgreich gelöst werden konnten, wie wir sie auch heute gemeinsam meistern werden.

50 Jahre BDA, das heißt auch 50 Jahre „Erfolgspartnerschaft“ zwischen BDA und DGAI. Neben Charlotte Lehmann haben hierzu neben vielen anderen Walther Weißauer, Hans Wolfgang Opderbecke, Klaus Fischer und eben auch Bernd Landauer ganz wesentlich beigetragen. In vielen gemeinsamen Aktionen, enger Abstimmung und gegenseitiger Beratung wurden, unterstützt durch die gemeinsame Geschäftsstelle, die Grundsteine für die erfolgreiche Entwicklung unseres Faches gelegt, seine Weiterentwicklung befördert und seine Einheit und Integrität bewahrt. Eine Vielzahl gemeinsam formulierter und beschlossener Entschließungen und Empfehlungen verdeutlicht dieses ebenso eindrucksvoll wie die Reihe gemeinsamer Projekte wie der Nachwuchskampagne oder der Umsetzung der Helsinki-Deklaration.

Dieser Schulterschluss von DGAI und BDA hat die letzten 50 Jahre der Zusammenarbeit geprägt, die Effizienz der Arbeit wesentlich bestimmt und die Außenwirkung der Anästhesiologie gestärkt. Der enge Dialog zwischen unseren beiden Gesellschaften und die sachliche, kollegiale Klärung aller uns berührenden Fragen wird weiterhin unser Ziel bleiben, um das Fachgebiet und die Interessen der Anästhesisten gemeinsam zu vertreten.

Ich bin mir sicher, dass der Berufsverband sich auch zukünftig wirkungsvoll für die existentielle Sicherung unseres Berufes wie auch der Durchsetzung der Rahmenbedingungen zur Ausführung unserer Arbeit einsetzen wird. Wir wünschen ihm dafür Kraft und Weitblick.

Ich grüße den jüngeren, aber mittlerweile größeren Bruder der DGAI mit einem „ad multos annos“!



Prof. Dr. med. Gabriele Nöldge-Schomburg

Grußwort

Prof. Dr. med. Thea Koch
Präsidentin der Deutschen Akademie für Anästhesiologische Fortbildung

Im Namen der Deutschen Akademie für Anästhesiologische Fortbildung (DAAF) gratuliere ich unserem Berufsverband und Herrn Prof. Landauer als langjährigen Präsidenten sowie allen Mitgliedern des Berufsverbandes zu diesem 50-jährigen Jubiläum.

50 Jahre BDA – eine bewegende Zeit, in der der BDA gemeinsam mit der DGAI in hervorragender Weise unser Fachgebiet geformt und gefördert hat. Sicherlich ein Anlass, stolz auf das Erreichte zurückzuschauen, und ein Grund zum Feiern!

Im Rückblick auf diese 50 Jahre gab es verschiedene Phasen der Entwicklung. Zunächst erreichte der BDA die allmähliche Loslösung von der Nabelschnur der Chirurgie, danach führte der BDA die Anästhesie durch eine zum Teil stürmische Jugendphase schließlich auf den Weg des Erwachsenseins als eigenständige Disziplin bis hin zur heutigen Bedeutung unseres Faches mit all seinen interessanten und vielfältigen Facetten. Der BDA verstand es stets, in engem Schulterschluss mit der Fachgesellschaft klug und überzeugend die anästhesiologischen Interessen zu vertreten und durchzusetzen. Von der sachkundigen Unterstützung und Hilfestellung bei fachlichen, versicherungsrechtlichen wie auch berufspolitischen und medikolegalen Problemen profitieren gleichermaßen Anästhesisten im Krankenhaus wie im vertragsärztlichen Bereich.

Auch in den letzten Jahren hat uns der BDA in vertrauensvoller Kooperation mit der DGAI sicher durch zuweilen recht stürmische See gesegelt. Er hat durch strategischen Weitblick und diplomatisches Handeln so manche Angriffe auf unser Fachgebiet erfolgreich abgewehrt.

Diese Herausforderungen konnten jedoch nur gemeistert werden, indem sich Kolleginnen und Kollegen bereit fanden, Ämter innerhalb des BDA zu übernehmen und sich mit viel Zeit und Engagement für unsere berufspolitischen Interessen einzusetzen.

Dafür soll ihnen allen – von Charlotte Lehmann angefangen bis zum derzeitigen Präsidenten Bernd Landauer – an dieser Stelle noch einmal recht herzlich gedankt werden.

In all den Jahrzehnten gab es in der DGAI immer ein satzungsgemäßes Kommen und Gehen der Präsidenten und Präsidiumsmitglieder. Der BDA hingegen konnte auf eine personelle Konstanz bauen. Der Präsident, Herr Prof. Landauer, war und ist seit 1994 ein exzellenter Repräsentant unseres Berufsverbandes, der durch seine langjährigen Erfahrungen die berufspolitischen Geschicke der Anästhesie in den letzten Jahren ganz wesentlich mit gestaltet und Weichen für die Zukunft gestellt hat. Besonders hervorheben möchte ich das Engagement für den Nachwuchs mit der Initiierung der Kampagne „Mein Pulschlag“ und den zahlreichen attraktiven Angeboten im Internet und dem Studenten-Café bzw. Road-Show vor Ort.

Unser Fachgebiet ist dank der konstruktiven Zusammenarbeit von BDA und DGAI darüber hinaus Vorreiter bei der Etablierung einer neuen Fehlerkultur mit der Implementierung eines nationalen Patienten-Sicherheits-Systems, des sog. CIRS.

Als Präsidentin der DAAF, der gemeinsamen „Tochter“ von BDA und DGAI, hatte ich das Glück – in dieser harmonischen Familie aufzuwachsen und die Entwicklungen in unserem Fach mit gestalten zu können.

Lieber Herr Landauer, anlässlich dieses Jubiläums gilt mein persönlicher Dank auch ganz besonders Ihnen. Sie mit Ihrem erfrischenden scharfsinnigen Geist zu erleben in den Diskussionen zu kritischen Themen, war und ist für mich immer eine besondere Freude.

Ohne Sie stünde der BDA und damit auch die heutige Anästhesie zweifellos nicht da, wo sie ist!

Ich wünsche dem Berufsverband für die Zukunft noch viele solcher engagierten Menschen, die sich vorbehaltlos für die Interessen unseres Fachgebietes einsetzen.

Prof. Dr. med. Thea Koch

 © Anästh Intensivmed 2011;52:552 Aktiv Druck & Verlag GmbH

IMPRESSIONEN

Festveranstaltung und Festbankett
„50 Jahre BDA“, 16.05.2011, Hamburg

Fotos: Reimo Schaaf, Hamburg

Als der Berufsverband laufen lernte*

H. W. Opderbecke

Im Vorfeld

50 Jahre Berufsverband Deutscher Anästhesisten (BDA) – das heißt für die jüngeren Kollegen unter uns ein Blick auf eine seit Beginn ihrer Berufstätigkeit bestehende Institution mit bewährten Serviceleistungen, Referaten für Gebühren- und Versicherungsfragen, kompetenter Rechtsberatung und einer professionell geführten Geschäftsstelle in Nürnberg. Für die Älteren bedeutet dieses Jubiläum dagegen einen nostalgischen Rückblick auf die ersten, wenig spektakulären Schritte zur Gründung unseres Verbandes und auf die Anfangsjahre seiner Tätigkeit.

Von dem Begriff „Berufsverband" war zum ersten Mal bei einem Empfang während des Chirurgen-Kongresses am 22.04.1960 in München die Rede. Der anwesende Chirurg Hans Killian, Ehrenmitglied unserer Fachgesellschaft und Promotor eines eigenständigen Fachgebietes Anästhesie, erklärte uns damals, die Chirurgen hätten soeben einen Berufsverband gegründet, da die wissenschaftliche Gesellschaft aus satzungsrechtlichen Gründen nicht in der Lage sei, wirtschaftliche und berufspolitische Interessen zu vertreten, und er rate uns dringend, diesem Beispiel zu folgen.

Uns erschien die Vorstellung, neben unserer Deutschen Gesellschaft für Anästhesie (DGA), wie sich damals noch die heutige Deutsche Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin (DGAI) nannte, einen zweiten Verband zu gründen, zunächst nahezu absurd angesichts der Tatsache, dass unsere erst wenige Jahre junge Fachgesellschaft noch mit großen finanziellen und organisatorischen Schwierigkeiten zu kämpfen hatte.

Allerdings gab es für uns Anästhesisten damals, weit mehr noch als für die Chirurgen, gravierende existentielle berufspolitische Probleme. Zwar hatte der Deutsche Ärztetag in Lindau 1953 den Begriff „Facharzt für Anästhesie" in die Ärztliche Berufsordnung aufgenommen [1]; mit dieser neu gewonnenen fachlichen Eigenständigkeit war aber noch keineswegs berufliche Selbständigkeit insbesondere gegenüber den operativen Disziplinen verbunden. Die meisten an den Universitätskliniken oder Krankenhäusern tätigen Anästhesisten befanden sich in der Position eines Funktionsoberarztes oder durften sich allenfalls „Leiter der Anästhesieabteilung der „Chirurgischen Klinik" nennen. Auch für die wenigen niedergelassenen Anästhesisten war die Situation gegenüber den Kassen und den KV'en wegen unklarer Rechtslage und mangelhafter Gebührenpositionen äußerst schwierig.

Die DGA versuchte zwar, auch diese Probleme in Angriff zu nehmen. So erschienen als Ergänzung ihres wissenschaftlichen Organs „Der Anaesthesist" ab 1960 regelmäßig „Informationen der DGA", zunächst als hektographierte Rundbriefe, später in etwas ansprechenderer Form als Broschüre. Gerade diese, anfangs von dem Göttinger Journalisten Dr. Karl Heise betreuten Hefte waren der Stein des Anstosses für die weitere Entwicklung. In den damals laufenden Verhandlungen mit der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie äußerte der Wortführer der Chirurgen K. H. Bauer, Heidelberg, der einer Verselbständigung der Anästhesie kritisch gegenüber stand, die Beschäftigung eines Journalisten und die Herausgabe derartiger Informationsblätter seien unakademisch und für eine wissenschaftliche Fachgesellschaft abwegig.

Bei der Erörterung der Schwierigkeiten dieser Verhandlungen befasste sich der DGA-Vorstand auf seiner Sitzung am 19.11.1960 in München unter der Leitung des Vorsitzenden Otto Just, Heidelberg, auch mit dieser Meinungsäußerung. Protokollführerin sämtlicher Vorstandssitzungen dieser Jahre war Charlotte Lehmann, leitende Anästhesistin am Krankenhaus rechts der Isar in München und seit 1958 2. Schriftführerin der DGA. Sie war zugleich die Gastgeberin dieser Sitzungen, die fast alle in der Bibliothek ihres Krankenhauses stattfanden. Die entsprechende Protokollpassage lautet:

> *„Zu Punkt 2 der Besprechung zwischen Chirurgen und Anästhesisten … wird darauf hingewiesen, dass man mit der Bildung eines Berufsverbandes im Rahmen der DGA, der für Public Relation und „Information" zuständig wäre, den Angriffen der*

* In Anlehnung an einen gleichnamigen Beitrag des Autors in der Festschrift zum 40-jährigen Gründungsjubiläum des BDA 2001.

Chirurgen Einhalt gebieten könne. Der Gedanke der Gründung einer „Abteilung für Berufsfragen" findet allgemeine Zustimmung."

Seit diesem Beschluss bezeichneten sich die etwa in zweimonatigen Abständen erscheinenden Hefte als „Informationen der Abteilung für Berufsfragen der DGA". Nach der Gründung des BDA wurde der Titel in „Informationen der DGA und des BDA" abgeändert. Aus ihnen ging 1970 die anfangs im Demeter-Verlag erscheinende Zeitschrift „Anästhesiologische Informationen" unter der Schriftleitung von Charlotte Lehmann hervor, die später den Titel „Anästhesiologie und Intensivmedizin" erhielt.

Bereits kurze Zeit nach der Vorstandssitzung wurde auf einer weiteren Sitzung am 23.02.1961 in Kassel – Wilhelmshöhe – eher beiläufig – der Beschluss gefasst, anstelle der „Abteilung für Berufsfragen" einen Berufsverband ins Leben zu rufen. Im Sitzungsprotokoll heißt es hierzu relativ kurz:

„Um die Angriffe der Chirurgen bezüglich des Informationsblattes parieren zu können, wird beschlossen, einen Berufsverband zu gründen, dessen Mitteilungsblatt die „Informationen" sind. Die Gründung der „Abteilung für Berufsfragen" ist damit hinfällig geworden".

Wie man sieht, war die Gründung zunächst nur als eine rein taktische Maßnahme der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie gegenüber angelegt.

Auf einer weiteren Vorstandssitzung am 05.04.1961 in München wurde das Thema nochmals aufgegriffen. Die Protokollpassage hierzu lautet:

„Lehmann hat inzwischen Erkundigungen eingezogen, die ergaben, dass zur Gründung eines Berufsverbandes das Protokoll der Gründungssitzung und eine Satzung in zweifacher Ausfertigung mit der Unterschrift von sieben Mitgliedern vorgelegt werden müssen."

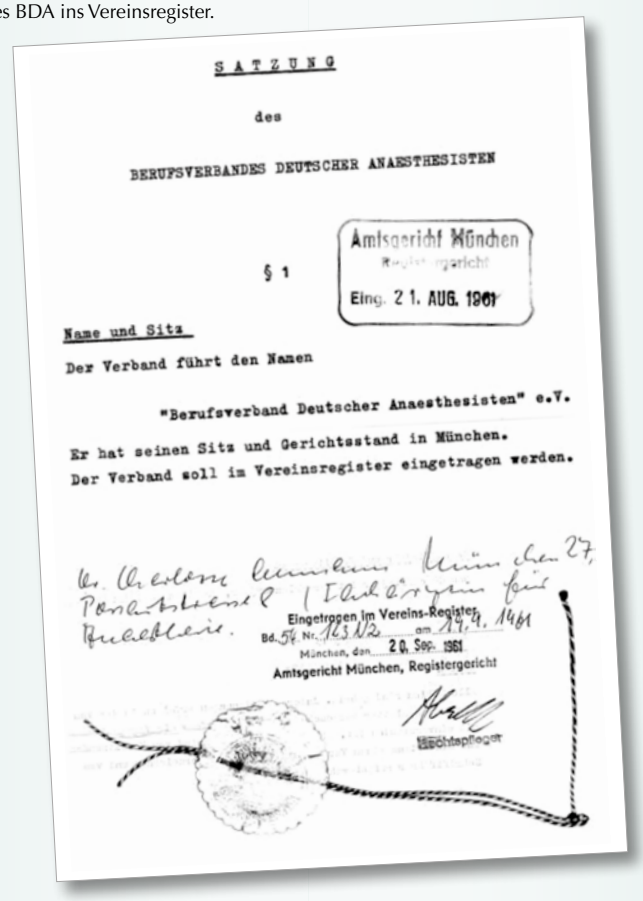
Aus dem Protokoll lässt sich ferner entnehmen, dass Frau Lehmann mit Hilfe ihres Steuerberaters einen Satzungsentwurf formuliert hatte, der u.a. für den jeweiligen DGA-Vorsitzenden Sitz und Stimme im BDA-Vorstand vorsah, um eine enge Verknüpfung zwischen DGA und dem zukünftigen BDA zu gewährleisten. Durch eine Satzungsänderung der DGA am 13.09.1963 wurde umgekehrt auch dem BDA-Vorsitzenden Sitz und Stimme im DGA-Vorstand eingeräumt. De facto wurde diese wechselseitige Verknüpfung auch durch die lange Zeit bestehende Personalunion in den Ämtern des Kassenführers (bis 1986) und des Schriftführers (bis 2000) gesichert.

Die Gründung

Der entscheidende Schritt zur Gründung erfolgte am 17.07.1961. An diesem Tag ging Frau Lehmann zusammen mit sechs ihrer ärztlichen Mitarbeiterinnen bzw. Mitarbeiter kurzerhand zum Münchener Amtsgericht und ließ unter Vorlage ihres Satzungsentwurfes den „Berufsverband Deutscher Anästhesisten" in das Vereinsregister eintragen, im Grunde genommen ein nach dem Vereinsrecht nicht ganz korrektes Vorgehen, denn eine eigentliche Gründungsversammlung hatte zuvor nicht stattgefunden.

Als anlässlich des 30jährigen Gründungsjubiläums der seinerzeitige BDA-Präsident Klaus Zinganell [10] sich nach den damaligen Gründungsmodalitäten und insbesondere nach Ort und Zeitpunkt der Gründungsversammlung erkundigte, antwortete Frau Lehmann ihm mit einem Brief vom 14.01.1991 u.a.:

Abbildung 1
Eintragung des BDA ins Vereinsregister.


SATZUNG

des

BERUFSVERBANDES DEUTSCHER ANAESTHESISTEN

Amtsgericht München
Eing. 21. AUG. 1961

§ 1

Name und Sitz

Der Verband führt den Namen

"Berufsverband Deutscher Anaesthesisten" e.V.

Er hat seinen Sitz und Gerichtsstand in München.
Der Verband soll im Vereinsregister eingetragen werden.

Eingetragen im Vereins-Register
Bd. 5 Nr. 1153/2 am 14. 9. 1961
München, den 20. Sep. 1961
Amtsgericht München, Registergericht

„Wenn Sie mich heute nach einer „Gründungsversammlung" fragen, muß ich lachen, weil sich so umständliche Formalitäten in meine Erinnerungen an die damalige Zeit einfach nicht einfügen lassen. So etwas wurde zwischen Kaffee, schwarzem Johannisbeersaft und Underberg beschlossen, von meiner damaligen Sekretärin ins Stenogramm genommen und ohne lange Umschweife in die Tat umgesetzt. Wir waren uns allerdings einig, daß wir dem Vorbild der Chirurgen, mehr oder weniger zweigleisig zu fahren, nicht nacheifern wollten. Weil wir diesen Berufsverband um des Zusammenhaltens willen zunächst also nur für die Außenwelt gegründet betrachteten, schufen wir eine weitgehende Personalunion, in die, ihr Einverständnis vorausgesetzt, auch Nicht-Anwesende einbezogen wurden. Ich kann mir ohne weiteres vorstellen, daß die Besprechung dieses Programmpunktes, der sowohl den Beschluß zur Gründung als auch die Besetzung der Posten umfaßte, und trotzdem nicht länger als 10 Minuten dauerte."

Dies war eine treffende Schilderung der damaligen, durch Improvisation geprägten Atmosphäre.

Zur Notwendigkeit der Verbandsgründung äußerte sich Just als DGA-Vorsitzender in einem Vorwort zur Ausgabe vom 28.07.1961 der „Informationen:"

„Die immer mehr wachsenden berufspolitischen Probleme machen es unbedingt erforderlich, einen Berufsverband der Deutschen Anästhesisten zu gründen. Es kann nicht Aufgabe der DGA sein, berufspolitische Fragen zu vertreten und durchzusetzen. Wir haben deshalb bereits entsprechende Satzungen für den Berufsverband ausgearbeitet. Noch vor der Tagung in Genf (gemeint war der Zentraleuropäische Anästhesiekongress im September 1961) wird er in München in das Vereinsregister eingetragen. Alle weiteren Einzelheiten, wie Vorstand, Mitgliedsbeitrag usw. müssen dann in Genf von uns diskutiert werden."

Wie von Just angekündigt, wurde die Gründungsversammlung im Rahmen der DGA-Mitgliederversammlung während des Zentraleuropäischen Anästhesiekongresses am 09.09.1961 in Genf nachgeholt. Allerdings konnten die Teilnehmer nur noch von der inzwischen vollendeten Tatsache der Gründung in Kenntnis gesetzt und nachträglich um Zustimmung auch für den nominierten Vorstand gebeten werden, dessen Zusammensetzung aus Tabelle 1 zu ersehen ist.

Die Tatsache, dass sich Karl Horatz, Hamburg († 1996), seit 1957 Privatdozent und 1966 als erster deutscher Ordinarius auf einen Lehrstuhl für Anästhesiologie berufen, als BDA-Vorsitzender zur Verfügung gestellt hatte, trug damals entscheidend dazu bei, dass der BDA entgegen den ursprünglichen Intentionen frühzeitig ein Eigengewicht erhielt und aus dem Schatten der DGA heraustrat, wozu seine unerschöpfliche Dynamik und sein unverwüstliches Temperament wesentlich beitrugen nach dem Motto: „Der richtige Mann am richtigen Ort zur richtigen Zeit."

Die Ausgabe vom 15.10.1961 der „Informationen" enthält den folgenden von Horatz verfassten Aufruf:

„Die Gründung des Berufsverbandes erschien notwendig, um die standespolitischen Belange des Anästhesisten in gebührendem Maß vertreten zu können. Professor Killian, unser Ehrenmitglied (gemeint war die DGA) hatte bereits mehrfach eindringlich geraten, analog anderer Facharztverbände einen derartigen Berufsverband zu gründen. Es existieren für alle Disziplinen Facharztverbände – seit Genf also auch für die Anästhesie. Der Berufsverband Deutscher Anästhesisten soll dann dem gemeinsamen Dachverband beitreten.

Außerdem mahnte uns ein Gutachten in der chirurgischen Zeitschrift „Langenbecks Archiv" von Professor Engisch zur Eile. Dieses Gutachten definiert die Tätigkeit des Anästhesisten als die eines „Erfüllungsgehilfen". Dieser Dokumentation nicht revidierter Einstellungen können wir nicht ohne erheblichen Protest gegenübertreten."

Tabelle 1

1962

Vorstand	
Vorsitzender:	K. Horatz, Hamburg
Schriftführer:	Ch. Lehmann, München
Kassenführer:	R. Beer, München
Beirat	
Vertreter der	
Universitäts-Anästhesisten:	J. Stoffregen, Göttingen
Krankenhaus-Anästhesisten:	K.-H. Bräutigam, Stuttgart
Niedergel. Anästhesisten:	M. Meissner, Stuttgart

Rückblickend kann man also sagen, dass Charlotte Lehmann die Gründungsmutter unseres Berufsverbandes ist; Otto Just und Karl Horatz könnte man als seine Gründungsväter bezeichnen.

Das von Horatz erwähnte Gutachten des angesehenen Heidelberger Strafrechtslehrer K. Engisch [3] war von dem Chirurgen K. H. Bauer veranlasst worden. Engisch vertrat in dem Gutachten den Standpunkt, der Chirurg müsse ungeachtet der fachlichen Eigenständigkeit des Anästhesisten die Gesamtverantwortung im Operationssaal in Analogie zu einem „Captain of the ship" behalten und sei insoweit dem Anästhesisten gegenüber weiterhin weisungsberechtigt. Diese Feststellung eines kompetenten Juristen nicht unwidersprochen im Raume stehen zu lassen, war für uns damals von existentieller Bedeutung.

Unsere unermüdliche Fachkollegin Charlotte Lehmann machte sich unverzüglich auf die Suche nach einem für ein Gegengutachten geeigneten Juristen. Diese Suche gestaltete sich schwierig, da

kaum ein namhafter Jurist bereit war, gegen den angesehenen Heidelberger Kollegen eine Lanze für uns damals noch junge, unbedeutende Anästhesisten zu brechen. Schließlich riet ihr der Geschäftsführende Arzt der Bayerischen Landesärztekammer, Siggelkow, sich an einen gewissen Walther Weißauer zu wenden, Regierungsdirektor im Bayerischen Justizministerium und seit 1953 Vorsitzender des Disziplinarausschusses des KV-Bezirks Oberbayern. Diesen lockte die Schwierigkeit der gestellten Aufgabe und er erklärte sich bereit, innerhalb von 4 Monaten ein Gegengutachten zu erstellen, obgleich er zur damaligen Zeit noch über keinerlei Einblick in unser Fachgebiet verfügte.

Nachdem Weißauer sein Gutachten auf der gemeinsamen Vorstandssitzung von DGA und BDA am 02.06.1962 in Frankfurt vorgestellt hatte, wurde es bereits im Juli 1962 im „Anaesthesisten" publiziert, ein Durchbruch für unser Fachgebiet [6]!

Weißauer vertrat in seinem Gutachten den Standpunkt, eine Arbeitsteilung im Operationssaal mache nur Sinn, wenn jeder der Beteiligten darauf vertrauen könne und müsse, dass der Partner seinen Aufgabenbereich mit der erforderlichen Sorgfalt eigenverantwortlich wahrnehme, und somit ein Weisungsrecht bzw. eine Überwachungspflicht eines der Partner gegenüber dem anderen nicht gegeben sei.

Mit dieser überzeugenden juristischen Argumentation hat Weißauer unsere fachliche Selbständigkeit dem Operateur gegenüber ein für allemal durchgesetzt, zumal Engisch auf eine Erwiderung verzichtete. Auch die Chirurgen mussten daraufhin ihren Standpunkt revidieren. Am Ende der Kontroverse standen die zwischen den beiden Fachgesellschaften im November 1964 vereinbarten „Richtlinien für die Stellung des leitenden Anästhesisten", die unsere Eigenständigkeit gegenüber der Chirurgie und damit auch gegenüber allen übrigen operativen Disziplinen begründeten [2].

Aufbau und erste Aktivitäten

Weißauer verfasste danach noch zwei weitere grundsätzliche Beiträge für den „Anaesthesisten" und legte damit die berufsrechtlichen Fundamente für unser Fachgebiet [7,8]. Darüber hinaus publizierte er für die „Informationen" eine Reihe von Aufsätzen, von denen in diesem Rahmen nur diejenigen der Jahre 1965 bis 1967 erwähnt werden sollen (Tab. 2). Aus den Titeln lassen sich die aktuellen Probleme unserer damaligen berufspolitischen Situation ersehen.

Eine der anfänglichen Hauptaufgaben des BDA bestand in der Vertragsberatung leitender Anästhesisten an den Krankenhäusern auf der Grundlage einer Sammlung von Weißauer und mir formulierten Musterverträge [9]. In dem Maße, in dem zahlreiche bisher als „Funktionsoberärzte" eingestufte Fachkollegen die Position eines gleichgestellten Chefarztes an ihrem Krankenhaus anstrebten, andere Häuser, den Ansprüchen der aktuellen Rechtsprechung folgend, erstmalig einen Anästhesisten anstellen wollten, ergaben sich völlig neue Fragen nach seinen Rechten und Pflichten, seinen Aufgaben und Kompetenzen und nicht zuletzt auch nach seiner Dotierung. Der damit verbundene umfangreiche Schriftwechsel lag hauptsächlich in meinen Händen als damaliger Vertreter der Krankenhausanästhesisten im BDA-Vorstand. Mit dieser gebündelten Aktion gelang es als entscheidende Weichenstellung, die Position des leitenden Anästhesisten als in jeder Hinsicht gleichgestellten und gleichberechtigten Chefarzt zu konkretisieren, eine heute von niemanden mehr infrage gestellte Selbstverständlichkeit.

Ein weiteres wichtiges Thema war, damals wie auch heute noch, das Gebührenwesen. Hier hat sich u.a. Othmar Zierl, München († 1997), als langjähriger Federführender der Gebührenkommission besondere Verdienste erworben. Von 1976 bis 1989 Vizepräsident war er zugleich viele Jahre lang Bayerischer Landesvorsitzender und baute darüber hinaus in Kooperation mit den Versicherungsmaklern Funk & Söhne, Hamburg, in München eine Beratungsstelle für Versicherungsfragen auf. Diese Bemühungen führten 1981 zur Einführung unserer Strafrechtsschutzversicherung, die wiederum eng mit der Person des Rechtsanwaltes Prof. Dr. Dr. Klaus Ulsenheimer verbunden ist.

Wenn von dem fast unüberschaubar schwierigen Komplex des Gebührenwesens die Rede ist, darf unser Kollege Heribert Weigand, Köln († 2005), nicht

Tabelle 2

Publikation W. Weißauers in den „Informationen" (1965 - 1967).

1/1965:	Zur Konsiliartätigkeit des Anästhesisten.
2/1965:	Zulassung von Anästhesisten zur Kassenpraxis.
1/1966:	Ein Mustervertrag für leitende Anästhesisten (zusammen mit H. W. Opderbecke).
2/1966:	Zulassung, Beteiligung oder Ermächtigung des Anästhesisten zur kassenärztlichen Tätigkeit.
3/1966:	Beteiligung leitender Anästhesisten an der Kassenpraxis.
3/1966:	Gemeinschaftliche Berufsausübung freipraktirender Anästhesisten.
4/1966:	Teilnahme des Anästhesisten an der Versorgung der Ersatzkassen-Versicherten.
5/1966:	Die Beschäftigung von Vertretern und Assistenten in der Kassenpraxis.
1/1967:	Der Anästhesist im Belegkrankenhaus (zusammen mit W.F. Henschel).
2/1967:	Beteiligung leitender Anästhesisten.
3/1967:	Zum Mustervertrag für leitende Anästhesisten – Belegärztliche Tätigkeit.
4/1967:	Die rechtliche Verantwortung für die Narkose (zusammen mit H.W. Opderbecke).
5/1967:	Die rechtliche Verantwortung für Narkoselähmungen.

unerwähnt bleiben. Als langjähriges Vorstandsmitglied der KV Nordrhein verfügte er über gute Verbindungen zur KBV und konnte somit neben der Mitgliederberatung auch Einfluss auf die Entwicklung des EBM und über die Bundesärztekammer auf die GOÄ zu unseren Gunsten nehmen. Regelmäßig erschienen seine Kommentare zum EBM und zur GOÄ in der Zeitschrift „Anästhesiologie & Intensivmedizin“. 1986 wurde seine Tätigkeit im Rahmen eines „Referates für Gebührenfragen“ mit eigenem Büro in Köln institutionalisiert.

Zu erwähnen ist schließlich der Aufbau einer Rechtsabteilung, deren räumliche Voraussetzung die Einrichtung einer Geschäftsstelle war, weil unser unentbehrlicher Berater und Freund Weißauer als Ministerialdirigent am 01.03.1984 in den Ruhestand trat und nun auch formal als Justitiar für den BDA tätig werden konnte. Für ihn musste eine Bleibe gefunden werden. Außerdem überstiegen die immer größer werdenden Aktenbestände und die an Umfang zunehmende Mitgliederkartei allmählich die Kapazitäten meines Nürnberger Kliniksekretariates. Mit dem Erwerb eines kleinen Hauses in der Nürnberger Altstadt, Obere Schmiedgasse 11, im Februar 1983 wurde das Problem gelöst und zugleich die Möglichkeit geschaffen, die Rechtsabteilung durch einen zweiten Juristen, Dr. Elmar Biermann, zu erweitern. Einige Jahre später wurde auch dieses Haus zu klein, und die Geschäftsstelle zog innerhalb Nürnbergs in eine geräumige Büroetage.

Die Phase der Konsolidierung

Doch zurück zu den Ursprüngen: Auf der 1. Mitgliederversammlung des BDA am 26.01.1963 in Frankfurt-Hoechst im Anschluss an ein Symposium über „Schock und Plasmaexpander“ wurde der in Genf nominierte Vorstand bestätigt.

Auf der 2. Mitgliederversammlung am 26.01.1964 in Frankfurt im Rahmen eines Symposiums über das i.v. Kurznarkotikum Bayer 1420 (Epontol) verzichtete Horatz auf eine erneute Kandidatur, weil er als Nachfolger von Kurt Wiemers, Freiburg († 2006), für das Amt des DGA-Vorsitzenden nominiert worden war. An seiner Stelle wurde Karl-Heinz Bräutigam, Stuttgart († 1999), zum BDA-Vorsitzenden gewählt, und der Autor wurde gebeten, seine bisherige Position als Vertreter der Krankenhaus-Anästhesisten im Beirat zu übernehmen (Tab. 3).

Tabelle 3

1964

Vorstand	
Vorsitzender:	K.-H. Bräutigam, Stuttgart
Schriftführerin:	Ch. Lehmann, München
Kassenführer:	R. Beer, München
Beirat	
Vertreter der	
Universitäts-Anästhesisten:	K. Horatz, Hamburg
Krankenhaus-Anästhesisten:	H.W. Opderbecke, Nürnberg
Niedergel. Anästhesisten:	M. Meissner, Stuttgart

Tabelle 4

1966

Vorstand	
Vorsitzender:	F.W. Henschel, Bremen
Schriftführerin:	Ch. Lehmann, München
Kassenführer:	R. Beer, München
Beirat	
Vertreter der	
Universitäts-Anästhesisten:	K. Wiemers, Freiburg
Krankenhaus-Anästhesisten:	P. Lawin, Hamburg
Niedergel. Anästhesisten:	M. Meissner, Stuttgart

Außerdem fasste man den Beschluss, „Obleute“ für die einzelnen Kammer- bzw. KV-Bereiche zu benennen; sie waren die Vorläufer der späteren Landesvorsitzenden.

Auf einer weiteren Mitgliederversammlung am 12.02.1966 in Hamburg verzichtete Bräutigam aus gesundheitlichen Gründen überraschend auf eine nochmalige Kandidatur. Als sein Nachfolger wurde Walter Henschel, Bremen († 2002), zum BDA-Vorsitzenden gewählt (Tab. 4). Mit ihm trat eine gewisse personelle Kontinuität ein, denn er blieb bis 1973 im Amt. Unter seiner Ägide veranstaltete der BDA regelmäßig in zweijährigen Abständen eigene Tagungen, die jeweils unter einem oder zwei Hauptthemen standen. Da die meisten Referate zu diesen Themen in den „Anästhesiologischen Informationen“ publiziert wurden, bedeutete jede dieser Tagungen einen berufspolitischen Schritt nach vorne (Tab. 5).

In dem mir vorgegebenen Rahmen kann ich die weitere Entwicklung nur in groben Umrissen darstellen. Erwähnen möchte ich eine von der Mitgliederversammlung am 08.01.1970 in Nürnberg beschlossene Satzungsänderung: Aus dem Vorstand wurde das Präsidium, aus dem Vorsitzenden der Präsident. Das Amt eines Vizepräsidenten wurde ein Jahr später in die Satzung eingefügt. Darüber hinaus sah die neue Satzung Landesverbände mit Landesvorsitzenden vor, die u.a. die Aufgabe hatten, Landesversammlungen einzuberufen.

Die erste derartige Landesveranstaltung, der 1. Bayerische Anästhesistentag, wurde am 06.03.1971 in München von Othmar Zierl, dem langjährigen Bayerischen Landesvorsitzenden, durchgeführt.

Im Herbst 1971 legte Frau Lehmann ihre Ämter als Schriftführerin beider Verbände nieder. Lange Zeit, gerade in den Gründungs- und Aufbaujahren, war sie und ihr Münchener Kliniksekretariat mit ihrer stets hilfsbereiten Sekretärin, Marianne Winter, Seele und Mittelpunkt der deutschen Anästhesie gewesen. Der BDA bedauerte ihren Rücktritt außerordentlich und ernannte sie zum Dank für ihre unschätzbar großen Verdienste zu seinem Ehrenmitglied. Zugleich wurde dieser gebeten, als ihr Nachfolger die Funktion des Schriftführers zu übernehmen, die der Autor bis 1993 wahrgenommen hat.

Tabelle 5
Jahrestagungen des BDA.

Termin	Ort	Themen	Tagungspräsident
18./19.11.1967	Bremen	Probleme der Planung, Organisation und Funktion von Anästhesie-Abteilungen	F.W. Henschel
06. – 09.11.1969	Berlin	Das Berufsbild des Anästhesisten	F.W. Henschel
11. – 14.11.1971	Berlin	Die technische Ausstattung einer Anästhesie-Abteilung und ihr Personalbedarf	F.W. Henschel
15. – 18.11.1973	Frankfurt	Die Zukunft der Anästhesisten – das Nachwuchsproblem – Strukturfragen	F.W. Henschel
21. – 23.11.1975	Saarbrücken	Rechtliche Probleme des Anästhesisten – Weiterbildung der medizinischen Assistenzberufe	K. Hutschenreuter
18. – 20.11.1977	Saarbrücken	1. Aufklärungspflicht 2. Anästhesieschäden 3. Probleme der Weiterbildung von Krankenschwestern/-pflegern	K. Hutschenreuter
23. - 25.11.1979	Saarbrücken	Der Arzt im Rettungswesen	K. Hutschenreuter
1981		Verzicht auf eine BDA-Jahrestagung wegen Weltkongress in Hamburg	—
03. – 06.05.1983	Berlin	Das Berufsbild des Anästhesisten	P. Uter
15. – 19.05.1985	Bonn	1. Der Fachkundenachweis im Rettungsdienst 2. Der Anästhesie-Zwischenfall und seine rechtlichen Folgen	P. Uter
ab 1986		„Deutscher Anästhesie-Kongreß“ (DAK) als gemeinsame Jahrestagung von DGAI und BDA	

Nach 8-jähriger Amtszeit verzichtete Henschel 1973 auf eine nochmalige Kandidatur. Zu seinem Nachfolger wurde Karl Hutschenreuter, Homburg/Saar († 1996), zum Präsidenten gewählt (Tab. 6). Er setzte die Tradition der BDA-Tagungen fort, die nun drei Mal hintereinander in Saarbrücken stattfanden. In seine Amtszeit fiel die Gründung der „Deutschen Akademie für Anästhesiologische Fortbildung“ (DAAF), eine gemeinsame Tochter von DGAI und BDA.

Auch unter seinem Nachfolger Peter Uter, († 2008), Hannover, (Präsident von 1980-1987) wurde die Reihe der BDA-Tagungen bis zum Jahr 1985 fortgesetzt (Tab. 7). 1986 konnte Uter zur festlichen Mitgliederversammlung aus Anlass des 25-jährigen Gründungsjubiläums des BDA einladen [5]. Im Rahmen dieser Festversammlung wurde erstmals die neugeschaffene Ernst-von-der-Porten-Medaille des BDA verliehen, und zwar an das verdienstvolle Triumvirat Karl Horatz, Charlotte Lehmann und Walther Weißauer.

Zugleich konnte Uter bekanntgeben, dass der BDA mit der Anzahl seiner Mitglieder die DGAI überflügelt hatte (Tab. 8), d.h., er war nun längst aus seine Kinderschuhen herausgetreten und hatte laufen gelernt!

Ab 1985 verzichtete der BDA zugunsten des „Deutschen Anästhesie-Congresses“ (DAC) auf weitere eigenständige Tagungen. Hierzu gab es im Wesentlichen zwei Gründe: Erstens der zunehmende Umfang der Jahres- und Landestagungen und zweitens, damit im Zusammenhang stehend, organisatorische und steuerliche Probleme. Bis dahin hatten sowohl in der DGAI als auch im BDA die jeweiligen Präsidenten „ihre“ Tagungen mit ihrem Mitarbeiterteam und meist am Ort ihrer Wirkungsstätte

Tabelle 6

1974

Vorstand	
Präsident:	K. Hutschenreuter, Homburg
Vizepräsident:	P. Zadeck, Berlin
Schriftführer:	H.W. Opderbecke, Nürnberg
Kassenführer:	R. Beer, München
Ausschuss	
Vertreter der	
Universitäts-Anästhesisten:	K. Wiemers, Freiburg
Krankenhaus-Anästhesisten:	K. Kronschwitz, Frankfurt
Niedergel. Anästhesisten:	E. Demmel, Osnabrück

Tabelle 7

1980

Vorstand	
Präsident:	P. Uter, Hannover
Vizepräsident:	O. Zierl, München
Schriftführer:	H.W. Opderbecke, Nürnberg
Kassenführer:	J.B. Brückner, Berlin
Ausschuss	
Vertreter der	
Universitäts-Anästhesisten:	K. Wiemers, Freiburg
Krankenhaus-Anästhesisten:	E. Hauenschild, Stade
Niedergel. Anästhesisten:	E. Demmel, Osnabrück

Tabelle 8
Mitgliederentwicklung.

	1961	1964	1968	1970	1974	1978	1982	1985	→	2000
DGAW / DGAI	381	615	860	996	1.351	> 2.000	2.929	3.512		9.623
BDA	—	206	496	702	1.039	1.827	2.808	4.053		13.281

organisiert. Die zunehmende Anzahl der Teilnehmer und die Tatsache, dass der wissenschaftliche Teil der Tagung steuerlich von den Finanzämtern anders eingestuft wurde als die begleitende Industrieausstellung machten es aber schließlich erforderlich, mit der organisatorischen Vorbereitung und Durchführung ein professionelles Kongressunternehmen zu beauftragen. Da die Suche nach einer deratigen für uns geeigneten Firma erfolglos blieb, entschlossen sich DGAI und BDA auf Anregung Weißauers, eine eigene GmbH zu gründen, die „Medizinische Congressorganisation Nürnberg“ (MCN). Gesellschafter konnte wegen des gemeinnützigen Charakters der DGAI als wissenschaftliche Fachgesellschaft nur der BDA werden, der die Gründung mit der notwendigen Kapitaleinlage ermöglichte. Unter dem von Weißauer angeworbenen Geschäftsführer Bernd Gottesmann und den beiden weiteren Mitgliedern der Geschäftsleitung Nadja Schwarz und Claudia Mühlbauer entwickelte sich die MCN zu einem außerordentlich erfolgreichen Unternehmen, das bald auch von anderen Fachverbänden in Anspruch genommen wurde. Um diese Tendenzen zu fördern und auch den neuen „Kunden“ die Möglichkeit zu geben, sich an der MCN zu beteiligen, wurde die GmbH im Jahr 1999 in eine AG umgewandelt.

Ein historischer Meilenstein in dieser Entwicklung war auch für uns Anästhesisten die deutsche Wiedervereinigung. Der BDA war nun gefordert, die Kollegen aus den neuen Bundesländern zu integrieren und mit den gesundheitspolitischen Verhältnissen Westdeutschlands vertraut zu machen. Im Einklang mit der DGAI wurden in den neuen Bundesländern auch vom BDA Landesverbände gegründet, die ebenso wie in den alten Bundesländern aus ihren Reihen Landesvorsitzende wählten, so dass unsere ostdeutschen Fachkollegen aktiv an der anstehenden Umgestaltung des Gesundheitswesens der ehemaligen DDR mitwirken konnten.

Die beiden Nachfolger im Amt des Präsidenten, Klaus Zinganell, Kassel (1988 - 1993) und Bernd Landauer, München (1994 - 2011) konnten auf den von dem Gründungspionieren geschaffenen Fundamenten die Position unseres Fachgebietes weiterentwicklen und konsolidieren, angesichts der restriktiven Tendenzen im Gesundheitswesen eine ebenso schwierige Aufgabe wie seinerzeit der Aufbau.

Bernd Landauer, der auf der letzten Mitgliederversammlung auf eine nochmalige Kandidatur verzichtete, kann auf eine nunmehr 17-jährige erfolgreiche Tätigkeit als Präsident und damit auf die bislang bei weitem längste Amtsperiode innerhalb des BDA zurückblicken. Sozusagen als krönender Abschluss dieser 17 Jahre fiel ihm die ehrenvolle Aufgabe zu, nach den Feierlichkeiten zum 40-jährigen Bestehen des BDA 2001 (Tab. 9) auch den Festakt zum 50-jährigen Gründungsjubiläum unseres Berufsverbandes im Rahmen des DAC im Mai 2011 in Hamburg auszurichten.

Schlusswort

50 Jahre nach seiner Gründung kann der BDA auf eine überaus erfolgreiche Arbeit zugunsten seiner Mitglieder zurückblicken. Die Position des Anästhesisten als gleichberechtigter Partner der übrigen medizinischen Fachgebiete, insbesondere der operativen Disziplinen, in Klinik und Praxis ist inzwischen unangefochten, die wirtschaftliche Basis

Tabelle 9

2001

Präsidium	
Präsident	Prof. Dr. B. Landauer
Vizepräsident	Prof. Dr. G. Hack
Schriftführer	Prof. Dr. K. Fischer
Kassenführer	Dr. J.-P. Wittenburg
Präsident der DGAI	Prof. Dr. E. Götz
Präsident der DAAF	Prof. Dr. H. Van Aken
Vertreter der Universitäts-Anästhesisten	Prof. Dr. J. Schulte am Esch
Vertreter der Krankenhaus-Anästhesisten	Prof. Dr. G. Hack
Vertreter der niedergelassenen Anästhesisten	E. Mertens
Ausschuss	
Baden-Württemberg	Prof. Dr. H.-H. Mehrkens
Bayern	Dr. J. Meierhofer
Berlin	Dr. U. Machinek
Brandenburg	Dr. H.-J. Rüffert
Bremen	Prof. Dr. K. Fischer
Hamburg	Priv.-Doz. Dr. T. Klöss
Hessen	Prof. Dr. J.-E. Schmitz
Mecklenburg-Vorpommern	Prof. Dr. B. Freitag
Niedersachsen	Dr. J. Stelzner
Nordrhein	Dr. R. Schäffer
Rheinland-Pfalz	Dr. H. Brecher
Saarland	Dr. K.-J. Meyer
Sachsen	Dr. M. Kögel
Sachsen-Anhalt	Dr. H. Liebal
Schleswig-Holstein	Priv.-Doz. Dr. J. Hansen
Thüringen	Dr. K.-D. Rietz
Westfalen-Lippe	Dr. W.-D. Oberwetter

seiner beruflichen Tätigkeit weitgehend sichergestellt, wenn hier natürlicherweise auch immer noch Wünsche offen bleiben werden.

Nach dieser Phase des Aufbaus und der Konsolidierung zeichnen sich für die nachfolgende Generation neue Probleme und Aufgaben ab: Die Konsequenzen einer von finanziellen Engpässen gekennzeichneten Gesundheitspolitik, der damit im Zusammenhang stehende Zwang zur Kostenlimitierung und der Tendenz zur vermehrten Delegierung ärztlicher Aufgaben auf Assistenzpersonal, die Problematik einer genügenden Nachwuchsgewinnung für unser Fachgebiet angesichts des bestehenden Ärztemangels, um nur einige Faktoren zu benennen. Ihre Komplexität weist auf die Bedeutung und Schwierigkeit der zukünftigen Aufgaben unserer Nachfolger hin, das in 50 Jahren Erreichte zu bewahren und fortzuentwickeln.

Literatur

1. Bräutigam KH. 40 Jahre „Facharzt für Anästhesie“. Anästh Intensivmed 1993; 34:259.
2. Deutsche Gesellschaft für Anästhesie und Deutsche Gesellschaft für Chirurgie: Richtlinien für die Stellung des leitenden Anästhesisten. Anaesthesist 1965;14:31.
3. Engisch K. Wie ist rechtlich die Verantwortlichkeit des Chirurgen im Verhältnis zur Verantwortlichkeit des Anästhesisten bei ärztlichen Operationen zu bestimmen und zu begrenzen? Langenbecks Arch klin Chir 1961;297:236.
4. Henschel WF. 10 Jahre Berufsverband Deutscher Anästhesisten. Anästh Inform 1972;23:41.
5. Uter P. 25 Jahre Berufsverband Deutscher Anästhesisten. Anästh Intensivmed 1986;27:240.
6. Weißauer W. Arbeitsteilung und Abgrenzung der Verantwortung zwischen Anästhesist und Operateur. Anaesthesist 1962;11:239.
7. Weißauer W. Die Problematik der Schwesternnarkose und die Ausbildung von Anästhesieschwestern. Anaesthesist 1963;12:156.
8. Weißauer W. Die rechtliche Verantwortung des leitenden Anästhesisten. Anaesthesist 1964;13:385.
9. Weißauer W, Opderbecke HW. Anaesthesie und Krankenhaus. Vertragsmuster – Strukturmodelle – Organisationsformen. Perimed, Erlangen 1980.
10. Zinganell K. 30 Jahre Berufspolitik des Berufsverbandes Deutscher Anästhesisten. Anästh Intensivmed 1991;32:225.

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. med.
H.W. Opderbecke

Keßlerplatz 10
90489 Nürnberg, Deutschland

Tel.: 0911 536400
Fax: 0911 5808364

E-Mail: hw.opderbecke@t-online.de

Berufspolitische Herausforderungen zu Beginn des 21. Jahrhunderts

„Die Mühen der Gebirge liegen hinter uns. Vor uns liegen die Mühen der Ebenen." (Bert Brecht)

B. Landauer · H. Sorgatz

Aus Kindern wurden Leute

Nachdem unser 1961 aus der Taufe gehobener Berufsverband bis 2001 mit Erfolg und vielfältiger Hilfe „das Laufen gelernt" hatte, sind nun „aus Kindern Leute" geworden. Konnte 2001 in Nürnberg das 40. Jubiläum des Verbandes begangen und Rückschau auf das Erreichte gehalten werden, so bietet das 50. Jahr des Bestehens des BDA – mit über 16.900 Mitgliedern mittlerweile eines der größten ärztlichen Berufsverbände Deutschlands – wiederum einen willkommenen Anlass, Bilanz zu ziehen, die berufspolitischen Herausforderungen der vergangenen, insbesondere aber des ersten Dezennium des neuen Jahrtausends zu analysieren, um danach festzustellen, was uns über das Jubiläumsjahr hinaus weiter beschäftigen wird. Naturgemäß können nicht alle Stationen und Meilensteine der Berufspolitik dieses letzten Jahrzehnts Erwähnung finden. Ebensowenig ist es aus Platzgründen möglich, die vielfältigen und überaus wichtigen berufspolitischen Aktivitäten von BDA-Mitgliedern, namentlich in Präsidium und Ausschuss, in den Landesverbänden (Tab. 1), in den verschiedenen Arbeitsgruppen und Kommissionen sowie in der täglichen Arbeit vor Ort ausreichend zu würdigen. Deswegen sind auch einigen wichtigen Themenbereichen, wie etwa der Qualitätssicherung, der Rechtsberatung oder dem vertragsärztlichen Bereich, eigene Beiträge in diesem Heft gewidmet.

Tabelle 1

2011

Präsidium	
Präsident	Prof. Dr. B. Landauer
Vizepräsident	Prof. Dr. G. Geldner
Schriftführer	Prof. Dr. J. Martin
Kassenführer	Prof. Dr. J.-E. Schmitz
Präsidentin der DGAI	Prof. Dr. G. Nöldge-Schomburg
Präsidentin der DAAF	Prof. Dr. T. Koch
Vertreter der Universitäts-Anästhesisten	Prof. Dr. Dr. T. Hachenberg
Vertreter der Krankenhaus-Anästhesisten	Dr. E. Meinshausen
Vertreter der niedergel. Anästhesisten	E. Mertens
Ausschuss	
Baden-Württemberg	Dr. E. Hohner
Bayern	Dr. J. N. Meierhofer
Berlin	Dr. S.-M. Reyle-Hahn
Brandenburg	Priv.-Doz. Dr. E. Hartung
Bremen	Prof. Dr. M. Mohr
Hamburg	Prof. Dr. Hw. Bause
Hessen	Prof. Dr. C.-A. Greim
Mecklenburg-Vorpommern	Dr. R. Baetgen † Dr. A. Francke
Niedersachsen	Prof. Dr. J. Schäffer
Nordrhein	Dr. H. Hofer
Rheinland-Pfalz	Dr. F. Bayerl
Saarland	Dr. S. Otto
Sachsen	Dr. S. Geiger
Sachsen-Anhalt	Dr. P. Trommler
Schleswig-Holstein	Priv.-Doz. Dr. T. von Spiegel
Thüringen	Dr. E. Meinshausen
Westfalen-Lippe	P. Petropoulaki

Ökonomisierung des Gesundheitswesens

„Nicht alles, was zählt, kann gezählt werden, und nicht alles, was gezählt werden kann, zählt."
(Albert Einstein)

Gleich zu Beginn des neuen Millenniums – das mit geradezu paranoid-masochistischer Lust an die Wand gemalte „Jahr-2000-Problem" ist zum Glück ausgeblieben – verstärkte sich der ökonomische Druck auf das Gesundheitswesen, eng verbunden damit war ein tiefgreifender Paradigmenwechsel in der Krankenhausfinanzierung. Die schrittweise und 2003 flächendeckend eingeführten diagnosebezogenen Fallpauschalen (DRGs) verlangten erhebliche Anstrengungen, dafür zu sorgen, dass einerseits die vielfältigen Leistungen der Anästhesie im OP, in der Intensivmedizin, in der Schmerz- und Notfallmedizin adäquat abgebildet und damit vergütet sowie andererseits die Mitglieder umfassend über das neue Vergütungssystem und seine Tücken informiert und auf dessen Umsetzung vorbereitet wurden. Eine ganze Reihe von Seminaren und Veranstaltungen, Publikationen in der A&I und nicht zuletzt der seit 2001 jährlich herausgegebene „DRG Kommentar Anästhesiologie" leisteten und leisten hierbei wertvolle Hilfe. Außerdem trug der Verband dieser Entwicklung durch die Bildung des BDA-Referates „Krankenhausmanagement" und die 2003 erfolgte Gründung des Forums „Qualitäts-

 © Anästh Intensivmed 2011;52:562-568 Aktiv Druck & Verlag GmbH

management und Krankenhausökonomie“ zeitnah Rechnung.

Im Zuge dieser Ökonomisierung und angesichts der knappen Kassen fokussierte sich die gesundheitspolitische Diskussion auch auf das ärztliche „Honorar“ (lat. „Ehren-Geschenk“ für höhere, nach ihrem wirtschaftlichen Wert nicht schätzbare Leistung). Dieses enthält nämlich nicht nur eine materielle Geldseite, sondern auch eine nicht zu unterschätzende, den Ärzten bewusst vorenthaltene Wertschätzungs-/Anerkennungskomponente. Überspitzt formuliert schien, zumindest zeitweise, die Wunschvorstellung der deutschen Gesundheitspolitik eine arztfreie Republik mit allerdings hervorragender medizinischer Versorgung zu sein. Und dies – „Geiz ist geil“ – möglichst noch zum Nulltarif.

Es wundert daher nicht, dass ein Dauerbrenner, nicht nur in der Anfangsphase des BDA, sondern auch während der letzten Jahre die Entschärfung von zunehmenden Liquidationsproblemen durch die Erarbeitung von „tragfähigen“ Wahlleistungsvereinbarungen war, die den immer stringenteren Anforderungen sowohl der Kostenträger als auch der Rechtsprechung standhielten. Diese wurden ergänzt – selbst Chefärzten gelingt es nicht, gleichzeitig höchstpersönlich überall zu sein – durch eine praktikable Regelung der Chefarztvertretung, die natürlich nicht nur diesen, sondern auch unseren poolberechtigten Mitgliedern und, qua entsprechender Abgaben, den Krankenhausträgern zugutekommt.

Wie sich diese Entwicklung für unsere vertragsärztlich tätigen Mitglieder auswirkte und welche vielfältigen Maßnahmen und Aktionen der BDA in diesem Bereich entwickelt hat, wird in einem eigenen Beitrag dieses Heftes dargestellt.

Der Ärztestreik 2006

„Es ist alles verloren, wenn wir entschlossen sind, auf nichts zu verzichten.“
(C.F. von Weizsäcker)

Nicht zuletzt war es auch diese Entwicklung, die zum Ärztestreik 2006 beitrug. Er war für den BDA eine völlig neue Erfahrung. Dabei ist Streik ein absolut unärztliches Mittel der Auseinandersetzung. Er signalisierte nach unserer Auffassung vor allem wie weit eine Situation „verkommen“ sein muss, dass Ärzte, noch dazu auf eigene Kosten, zu einem derartigen, vom BDA zwar nicht bejubelten, aber gebilligten und – zumindest moralisch – unterstützten Mittel des Arbeitskampfes greifen. Dass vielfach die Anästhesie als Schlüsselfach im „Wertschöpfungsprozess“ eines Krankenhauses – häufig auch mit dem Öl im operativen Motor verglichen – als Speerspitze des Arbeitskampfes ge- bzw. missbraucht wurde, ist nur zu verständlich.

Die Durchsetzung eines arztspezifischen Tarifvertrages (TV-Ärzte) darf aber 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 erneuten Arbeitskampfmaßnahmen aussetzen müssen!

Als unbeabsichtigte Auswirkung hat der Streik auch gezeigt, 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 öffentlichem Protest oder spürbaren Engpässen geführt hätte. Leistungsreduktion scheint demnach auch eine Möglichkeit zu sein, Geld im Gesundheitswesen zu sparen.

Vermeintliche Einsparmöglichkeiten und ein sich gegen Mitte des Jahrzehnts deutlich abzeichnender Ärztemangel – eine entsprechende Umfrage des BDA belegte diese, anfänglich nur „gefühlte“ Entwicklung –, „verleiteten“ die Politik, Teile der Krankenhausträger sowie die Pflegeverbände, konkret über Fragen einer verstärkten Delegation ärztlicher Leistungen bis hin zu deren gänzlichen Substitution nachzudenken. Denn was liegt näher als der „quick and dirty“-Versuchung zu erliegen, den zunehmenden Ärztemangel durch Übertragung von ärztlichen Leistungen auf Nicht-Ärzte zu beheben. Dass die Seite der „Delegaten“ aber ebenfalls unter zunehmendem Fachkräftemangel leidet, wird dabei allerdings gerne vergessen.

Begünstigt wurde diese Entwicklung durch politische Bestrebungen der Deakademisierung der Akademiker, verbunden mit einer Akademisierung der Nichtakademiker. Die hieraus resultierenden Gefahren ziehen sich wie ein roter Faden durch unsere jüngste Geschichte und werden uns auch zukünftig beschäftigen.

Der Versuch eines großen privaten Krankenhausträgers mit sogenannten „Medizinischen Assistenten für Anästhesie (MAfAs)“ ärztlich-anästhesiologische Leistungen durch Nicht-Ärzte erbringen zu lassen, war dabei nur eine – zunächst gemeinsam mit der DGAI – erfolgreich abgewehrte Episode. Sie muss aber als Menetekel bzw. „Spitze eines gefährlichen, unter Wasser lauernden Eisbergs“ betrachtet werden. Zahlreiche politische Absichtserklärungen und bereits kodifizierte Regelungen (Pflegeweiterentwicklungsgesetz) zielen nämlich weiterhin darauf ab, die Delegations- und Substitutionsmöglichkeiten ärztlicher Leistungen – auch im Sinne von „Mitgestaltungsmacht“ nichtärztlicher Berufsgruppen – deutlich auszuweiten. Flankiert wird diese Entwicklung durch die im Zuge des Bologna-Prozesses aus dem Boden schießenden, in erster Linie durch private Träger angebotenen Bachelor-Studiengänge im (para)medizinischen Bereich.

Definition ärztlicher Kernkompetenz und Delegation

„Man muss wissen, bis zu welchem Punkt man zurückgehen darf."
(E. Jünger)

Um dieser besorgniserregenden Entwicklung wirksam entgegenzutreten, war eine Konkretisierung der Definition ärztlicher Kernkompetenz und Delegationsmöglichkeiten in der Anästhesie/Intensivmedizin 2007 ein Gebot der Stunde. Dabei gilt für uns Anästhesistinnen und Anästhesisten heute mehr denn je, „Anesthesiologists are doctors who make surgery possible. They keep patients alive while surgeons do things that would otherwise kill them!" (J.E. Cottrell).

In zwei hochkarätig und interdisziplinär besetzten Konferenzen (Münster I, 2004) und Münster II, 2007) haben BDA und DGAI sorgfältig und verantwortungsvoll die Möglichkeiten und Grenzen der Delegation festgelegt.

Aus den Erklärungen von Münster I und Münster II, aufbauend auf der Entschließung des BDA „Zulässigkeit und Grenzen der Parallelverfahren in der Anästhesiologie" (1989), resultiert das gut begründete und jedem Patienten einleuchtende Verdikt von Nichtarzt- bzw. Parallelnarkosen. Dennoch wird sich das Fach verstärkt darüber Gedanken machen müssen, wie sein Beitrag zur Behebung des Ärztemangels aussehen soll.

Der Ärztemangel – Ursachen und Folgen

Ursache des Ärztemangels im Allgemeinen und der auch unser Fachgebiet betreffende Nachwuchsmangel ist die zunehmende Nachfrage nach ärztlicher Leistung. Hierfür ist sowohl die demographische Entwicklung als auch der medizinische Fortschritt selbst verantwortlich.

Gleichzeitig spielt die Verknappung der zur Verfügung stehenden Arztkapazität durch das mittlerweile vollständig umgesetzte Arbeitszeitgesetz und die ausufernde, mit der eigentlichen ärztlichen Tätigkeit in keinem unmittelbaren Zusammenhang mehr stehende Bürokratisierung eine entscheidende Rolle. Hinzu kommen durchaus behebbare Defizite vor Ort, was die Attraktivität des Arbeitsplatzes Krankenhaus für den ärztlichen Nachwuchs sowohl im Allgemeinen (z.B. Betriebskindergärten, Mehrarbeitsvergütung, u.U. diverse Zuschüsse bis hin zu außertariflicher Bezahlung) als auch im Speziellen (z.B. Abteilungsklima, persönliche Wertschätzung, gute Weiter- und Fortbildungsmöglichkeiten, familienfreundliche Arbeitszeitmodelle, Wiedereinsteigerprogramme) anbelangt.

Verschärft wird dieser Mangel durch den Paradigmenwechsel beim heutigen Nachwuchs, der „Generation Y" - ihr Credo könnte verkürzt auf den Nenner gebracht lauten: „man/frau arbeitet, um zu leben", und nicht wie es früher der Fall war, dass „man/frau lebt, um zu arbeiten". Hinzu kommt der hohe Frauenanteil der Medizinstudierenden/-absolventen. Beide Faktoren führen dazu, dass zwar rein rechnerisch der Nachwuchsbedarf (noch) gedeckt wird, aber entsprechend dem verständlichen Wunsch nach geregelten Arbeitszeiten und Teilzeitarbeit de facto ein beträchtlicher Teil der Kolleginnen, neuerdings aber auch der Kollegen durch Teilzeittätigkeit nicht mehr „voll", d.h. 1:1 im Berufsleben ankommen bzw. bleiben.

Nach einer Studie des Deutschen Krankenhaus Instituts (DKI) bestand Ende letzten Jahres ein Defizit von 750 Narkoseärzten, so dass durchschnittlich 3,2 % der vorhandenen Anästhesiestellen nicht besetzbar sind. Das ist weniger als in der Inneren Medizin (5,6 %) oder in einzelnen Bereichen der Chirurgie (4,1 %). Dennoch ist diese Situation in der Anästhesie besonders prekär, da wir unseren Arbeitsumfang – Narkosen, Intensivbehandlung, Notfall- und Schmerztherapie – nicht wie andere klinischen Fächer selbst bestimmen können, sondern – von Ausnahmen, etwa in der Schmerztherapie, einmal abgesehen – ausschließlich von der Nachfrage anderer Disziplinen abhängig und damit „fremdbestimmt" sind.

Auf Grund dieser Schlüsselstellung der Anästhesie – wir haben bereits im Zusammenhang mit dem Ärztestreik auf diese Besonderheit verwiesen – zieht ein Anästhesistenmangel – wie etwa bei den Fluglotsen – sehr viel gravierendere Folgen für den Operationsbetrieb, der Wertschöpfungsquelle eines Krankenhauses schlechthin, nach sich als bei den meisten anderen Disziplinen. Bleiben wir bei dem Vergleich mit den Fluglotsen und den Piloten: Fehlen Erstere, entfallen nämlich zahlreiche Flüge bis hin zur vollständigen Schließung des Luftraumes. Fehlen Letztere, entfällt jeweils „nur" der betreffende Flug, was allerdings für die davon Betroffenen schon ärgerlich genug ist!

Unvermeidbare Folgen dieser Situation sind:

- Mehrbelastung des vorhandenen Personals mit der Gefahr zunehmender Ausfälle (burn-out) und damit weiterer Verschärfung der Situation;
- Entfallen von „soften", aber nichtsdesto-trotz sehr wichtigen ärztlichen (Gesprächs)Leistungen z.B. Patienten- und Angehörigengespräche, postoperative Visiten etc., Verlust der Gesamtschau und damit kritische Fragmentierung des Behandlungsprozesses mit entsprechender Frustration der beteiligten Ärztinnen und Ärzte bis hin nicht nur zur inneren Kündigung;
- Zunehmender Produktionsdruck mit kritischer Erhöhung des Behandlungsrisikos;
- Beeinträchtigung der Weiterbildung zur Anästhesistin/Anästhesisten. Dieses nicht nur für die Nachwuchsakquise höchst kontraproduktive Phänomen wurde 2010 bereits in über der Hälfte der deutschen Universitätskliniken moniert;
- Im „Worst case" entstehen Wartelisten, an deren Ende die Nichterbringung von Leistungen mit entspre-

chenden Erlösverlusten für die Krankenhäuser stehen, von den Konsequenzen für die betroffenen Patienten einmal ganz zu schweigen.
- Last but not least droht die Erosion und die „Gefährdung" von Abteilungsstrukturen – Anästhesie im Krankenhaus ist nämlich weit mehr als „nur" Narkose, Intensivbehandlung, Notfall- und Schmerztherapie – durch „Outsourcen" von Leistungen ggf. auch durch die Beschäftigung von Leiharbeitern, d.h. Honorarärzten.

Dabei ist das zunächst sehr kritisch beurteilte Phänomen des Honorararztwesens nichts anderes als eine im weitesten Sinne „hausgemachte" Reaktion auf die derzeitige Situation im Gesundheitswesen und damit keineswegs zu verteufeln. Hauptproblem der Honorarärzte ist, dass sie sich auch weiterhin auf dem für sie unsicheren Eis der (Schein)Selbständigkeit bewegen. Da bekanntlich nur die Dosis das Gift macht, können Honorarärzte in „verträglichen" Mengen im und für das Krankenhaus in der heutigen Mangelsituation, zu der diese Kolleginnen und Kollegen allerdings auch selbst beigetragen haben, durchaus hilfreich sein. 52 %, d.h. über die Hälfte der von uns 2009 befragten Abteilungen beschäftigen Honorarärzte, 29 % sogar regelmäßig. Dass der Einsatz von Honorarärzten in größerem Umfang die Strukturen von Fachabteilungen nachhaltig gefährdet, ja sogar den Einstieg zum Ausstieg der Anästhesie als klinische Disziplin aus einem Krankenhaus bedeuten kann, ist unstrittig.

Nachwuchs- / Imagekampagne „mein Pulsschlag"

„Der Köder muss dem Fisch und nicht dem Angler schmecken."

Um auf diesen Nachwuchsmangel – vor einigen Jahren wurde noch das Gegenteil prognostiziert – nicht nur symptomatisch zu reagieren, sondern auch aktiv um Nachwuchs und damit für unser Fachgebiet zu werben, war und ist eine vordringliche Aufgabe. Dies ergab auch die letzte Mitgliederumfrage 2009. Nach einem 2003 zunächst fehlgeschlagenen Versuch, die Außenwahrnehmung und damit das Image unseres Faches mit Hilfe der „Bayerischen Akademie für Werbung und Marketing" „aufzupolieren", und der – zumindest von einigen Mitgliedern – kontrovers diskutierten „Krokodilbroschüre" „Bitte tief durchatmen – ist Anästhesie einschläfernd?" erfolgte nach intensiven Vorarbeiten 2010 der Start der vom BDA initiierten, dann gemeinsam mit der DGAI durchgeführten, äußerst erfolgreichen, multimedialen Nachwuchs-/Imagekampagne „Mein Pulsschlag". Dass diese Kampagne nicht nur nach außen wirkt, sondern auch „nach innen" im Sinne einer Verstärkung unserer Corporate Identity, ist uns dabei sehr wichtig. Auf einen knappen Nenner gebracht, lautet unsere Botschaft: „Anästhesie – was denn sonst?! Mit 10 Millionen Narkosen im Jahr geht Anästhesie jeden an!"

Intensivmedizin

„Das Ganze (AINS) ist mehr als die Summe seiner Teile."
(Aristoteles)

Auch die Intensivmedizin blieb von den aus ökonomischen Gründen forcierten Tendenzen/Turbulenzen zur Optimierung von Ablaufprozessen und Freilegung bisher nicht genützter Synergien in den Krankenhäusern, etwa durch die Bildung von Zentren, nicht verschont. Angesichts dieser, vornehmlich durch die DRGs induzierten Zwänge betrieben die Krankenhausleitungen zunehmend die Zentralisierung von Intensiveinheiten zu größeren, interdisziplinären operativen Intensivstationen (IOI). Dies geschah vielerorts unter einer sich anbietenden anästhesiologischen Leitung und warf damit zahlreiche, im OP längst gelöste, Fragen der Arbeitsteilung bzw. der Zusammenarbeit mit unseren chirurgischen und internistischen Partnern aufs Neue auf. Nach unserer Auffassung sollte Intensivmedizin nur der betreiben, der über das nötige „Know-how", also die Kenntnisse – belegt durch die „Zusatzweiterbildung Intensivmedizin" des von ihm vertretenen Faches – besitzt sowie über das „Know-who" verfügt. Unter Letzterem hat man genügend einschlägig aus- bzw. weitergebildetes ärztliches und pflegerisches Personal zu verstehen.

Da man Verträge schließt, solange man sich (noch) verträgt, und „gute Zäune gute Nachbarn schaffen", war eine diesbezügliche Vereinbarung, um die allerdings heiß gerungen wurde, sowohl mit unseren chirurgischen Partnern sowie den Internisten ein Gebot der Stunde. Mit einer derartigen Umstrukturierung gehen nämlich nicht nur „gefühlte" Prestigeverluste, sondern auch erhebliche, ganz reale Veränderungen der jeweiligen Sach- und Personalkostenbudgets und damit der Verlust von bis dato gewohnten „Gestaltungsspielräumen" einher.

Mittlerweile sind die Vorzüge des IOI-Konzepts unbestritten. Schafft doch die „Zusammenfassung" von Intensivstationen durch verbesserte Personal- und Bettennutzung nicht nur mehr Behandlungskapazität ohne zusätzliche Investitions- und Personalkosten, sondern auch, bedingt durch ihr „offenes", interdisziplinäres Konzept, eine transparente, jederzeit überprüfbare Behandlungsqualität. Voraussetzung allerdings ist, dass Intensivärzte und Behandler des Grundleidens in Bezug auf ihre jeweiligen Aufgaben gleichberechtigt und auf gleicher Augenhöhe agieren.

Das auch durch die IOI-Vereinbarung letztlich bestätigte gute Verhältnis zu unseren chirurgischen Partnern, von deren Generalsekretär, Prof. H. Bauer, treffend als „Erfolgspartnerschaft" bezeichnet, gehört im Übrigen zu den unbestrittenen Aktivposten der letzten zehn Jahre. So treffen sich Repräsentanten der beide Fachgebiete vertretenden Verbände (BDC, DGCh, DGAI und BDA) seit nunmehr zehn Jahren jährlich im Januar in Berlin zu einem Präsidialgespräch, das stets in ebenso vertrauensvoller wie konstruktiver Atmosphäre verlief. Am Rande

erwähnt, war man sich bei einem dieser Treffen auch darüber einig, dass – in Analogie zur Intensivmedizin, geführt als „particular competence“, und in Übereinstimmung mit der Bundesärztekammer – keine Notwendigkeit besteht, einen eigenständigen Facharzt für Notfallmedizin zu schaffen. Auch bezüglich der über einige Jahre hinweg diskutierten Funktion des „Traumaleaders“ konnte man sich in diesem Gremium rasch einigen.

Kaum war also die Intensivmedizin im „Außenverhältnis“ gesichert und in „trockenen Tüchern“, drohte eine neue, bislang mit Erfolg abgewehrte Gefahr, nämlich die Verselbständigung der Intensivmedizin als Folge des Separationsdrucks in den Fachgebieten selbst. Symptom dieses Trends war der Versuch von diesbezüglich Interessierten, sich vielleicht auch von den Mutterdisziplinen ein wenig allein gelassen fühlenden „Intensivisten“, eine „Deutsche Interdisziplinäre Gesellschaft für Intensivmedizin“ (DIGI) zu etablieren. Um die von einer derartigen Gründung ausgehenden Gefahr einer Verselbständigung der Intensivmedizin entgegenzutreten, mussten sich sämtliche Bestrebungen unserer Verbände darauf konzentrieren, eine Restrukturierung der seit 1977 bewährten und bis dato national und international akzeptierten Deutschen Gesellschaft für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI) mit der Öffnung für Einzelmitgliedschaften zu erreichen. In jedem Fall musste und muss auch in der Zukunft die anästhesiologische Intensivmedizin, repräsentiert durch das „I“ im Logo der DGAI, ein integraler Bestandteil unseres Faches bleiben.

Zu groß nämlich sind die Synergieeffekte der bis heute gewachsenen Integration von Anästhesie und Intensivmedizin – das Ganze ist auch hier mehr als die Summe seiner Teile –, als dass man diese glückliche Symbiose wegen eines vorübergehenden, wie auch immer gearteten Vorteils leichtfertig aufs Spiel setzen darf. Man denke nur an die Ähnlichkeit der sich vielfach nur durch ihre „Schlagzahl“ unterscheidenden Prozeduren der Anästhesie im Operationssaal und auf der Intensivstation sowie an die Erleichterung von Prozessabläufen durch „(fast) alles aus einer Hand“. Außerdem muss in diesem Zusammenhang auch an Personalgewinnung und -rotation sowie -rückkehrmöglichkeit in das jeweilige „Mutterfach“ gedacht werden, von der Weiter- und Fortbildung etc. einmal ganz abgesehen. Dieses sollte auch bei den hier und dort, besonders an Universitätskliniken zu beobachtenden Tendenzen, Intensiveinheiten als eigenständige Fachabteilungen zu führen, bedacht werden.

Patientensicherheit in der Anästhesiologie

„The most insidious hazard in anesthesia is its safety.“
(J.B. Cooper)

Trotz demographischer Entwicklung, zunehmender Ökonomisierung und wachsenden „Produktionsdrucks“ konnten im letzten Jahrzehnt erhebliche Fortschritte bezüglich der Patientensicherheit in der Anästhesiologie (PATSI) erzielt werden. Auch auf diesem Sektor hat es der BDA, gemeinsam mit der DGAI, wieder einmal weit vorausschauend – es sei nur an die frühe Dokumentation der ZEKs, später umfirmiert in AVBs (Zwischenfälle, Ereignisse, Komplikationen bzw. Anästhesie Verlaufsbeobachtungen) erinnert – geschafft, seine „Nase vorn zu haben“. So sind in Deutschland bereits heute nahezu sämtliche Forderungen der erst 2010 beschlossenen „Helsinki Declaration on Patient Safety in Anaesthesiology“ umgesetzt. Ein wesentlicher Bestandteil dabei ist das von den Verbänden bereits frühzeitig eingeführte und mittlerweile mit allen national einschlägig Tätigen – Bundesärztekammer (BÄK), Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) und Ärztlichem Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ) – vernetzte Zwischenfallmeldesystem CIRS-AINS.

Einen gewichtigen Beitrag zur Qualitätssicherung und damit der Patientensicherheit in der Anästhesiologie leisten im Übrigen die oftmals gemeinsam mit der DGAI sowie mit anderen Fachverbänden formulierten „Entschließungen, Empfehlungen und Vereinbarungen“. Welches Entwicklungspotential in den hier behandelten Themen steckt, zeigt sich allein darin, dass seit 1999 drei, jeweils immer umfangreichere Auflagen dieser gesammelten Dokumente erschienen sind. Den augenblicklichen Endpunkt stellt die fünfte, mittlerweile knapp 800 Seiten starke Auflage dar. Sie steht ab sofort jedem einschlägig Interessierten sowohl in ihrer gedruckten als auch elektronischen Version zur Verfügung.

Professionalisierung der Verbandstätigkeit

„Nur wer sich ändert, bleibt sich treu“.
(W. Biermann)

Ermöglicht wurden all diese Aktivitäten und berufspolitischen Erfolge durch die Professionalisierung unserer Tätigkeit. Begonnen wurde diese bereits 1993 durch Einstellung von Herrn Dipl.-Sozialwirt Holger Sorgatz als hauptamtlichen Geschäftsführer für beide Verbände. Bis dahin nahm Prof. Dr. H.W. Opderbecke diese Aufgabe ehrenamtlich wahr. Herrn Sorgatz wurde wegen der wachsenden Komplexität der zu bewältigenden Aufgaben 2004 mit Herrn Dr. med. Alexander Schleppers – seit 1999 bereits Leiter des Referats für Gebührenfragen – ein ärztlicher Geschäftsführer zur Seite gestellt. Die Etablierung eigener, kompetent besetzter Referate für Rechts- und Vertrags-, Versicherungs- sowie für Gebührenfragen, für Krankenhausmanagement und Ökonomie, für die Qualitätssicherung und Patientensicherheit sowie für den vertragsärztlichen Bereich waren nur folgerichtige Schritte auf diesem Weg.

Hand in Hand damit ging – „form follows function“ – die Restrukturierung

unserer seit 1983 zusammen mit der DGAI geführten Geschäftsstelle in Nürnberg mit dem Aufbau einer zeitgemäßen Internetpräsenz (1999) zum umfassenden Kontakt mit unseren Mitgliedern und der Verbesserung unserer „Serviceleistungen", z.B. mit einer Job- und SOP-Tauschbörse, dem e-Learning- (2006) und Weiterbildungsportal (2008) etc. sowie einer zeitgemäßen Außendarstellung. So ist die Anästhesie heute selbstverständlich auch in den beliebten Online-Communities wie „studiVZ", „Facebook", „Twitter" oder bei „Youtube" – nach der Devise, „man muss den Interessenten dort abholen, wo er steht" – sowie in Kürze auch als Smartphone-App präsent.

Bereits 2006 beschloss das Präsidium eine Vereinfachung der Wahlen durch die Zulassung elektronischer Wahlverfahren (TED). Dieses erspart einerseits umständliche Wahlvorgänge und eröffnet nun den wahlberechtigten Mitgliedern durch die Abgabe von jetzt „offensichtlichen" Ja- oder Nein-Stimmen bzw. Enthaltungen die Möglichkeit, ihre Befindlichkeit den jeweiligen Kandidaten gegenüber unmittelbar „coram publico" und „ad oculos" zum Ausdruck zu bringen.

Ab 2010 werden zur Verbesserung der Transparenz die Wahlvorschläge vier Wochen vor den Wahlen im Internet publiziert.

Dienst- und Serviceleistungen für unsere Mitglieder

„Dienstleistung ist nichts anderes als Beziehungsmanagement."
(G. Höhler)

Neben all diesen Aktivitäten darf nicht vergessen werden, dass der BDA ein Verband ist, der von den Aktivitäten, aber auch von den Beiträgen seiner Mitglieder lebt. Um diesen nicht nur einen zunächst abstrakten, in der Satzung festgelegten mittelbaren berufspolitischen Benefit ihrer Mitgliedschaft zu bieten, arbeitete der BDA stets daran, jedem Mitglied auch ganz konkrete, individuelle Vorteile zu bieten. Hierbei sind an erster Stelle die Rechts- und Versicherungsberatung und das umfangreiche Versicherungspaket des BDA zu nennen, worauf in eigenen Beiträgen in diesem Heft eingegangen wird. Gleiches gilt für die Beratungsleistungen für die vertragsärztlich tätigen Mitglieder. Ganz konkrete Vergünstigungen bieten außerdem der 2004 eingeführte „BDA-Vorteilsshop" sowie zahlreiche weitere Serviceleistungen, bis hin zum Angebot von Mitgliederreisen.

Zu den Dienst- und Serviceleistungen zählt natürlich an prominenter Stelle auch unsere Verbandszeitschrift A&I. Die Fortentwicklung dieser gemeinsam mit DGAI und DAAF herausgegebenen Zeitschrift – mit einer Auflage von mittlerweile monatlich über 22.000 Exemplaren für die anderen anästhesiologischen Fachzeitschriften eine ernstzunehmende Konkurrenz – war und ist uns stets ein wichtiges Anliegen, stellt sie doch ein wichtiges Verbindungsglied zu unseren Mitgliedern dar. Sie wurde sowohl was ihren Inhalt und thematische Ausrichtung als auch ihr Erscheinungsbild – natürlich auch online – anbelangt, mehrfach unter Berücksichtigung der Wünsche unserer Leser – zuletzt 2009 durch eine professionelle Imageanalyse ermittelt – aktualisiert.

Rückblick

„Was vergangen kehrt nicht wieder,
ging es aber leuchtend nieder,
leuchtet´s lange noch zurück."
(K. Förster)

Alles in allem können wir auf das in den zurückliegenden Jahren Erreichte stolz sein. Unser Verband ist erwachsen geworden. Die Anästhesie stellt heute nach den Internisten und Chirurgen die drittgrößte Arztgruppe im Krankenhaus und folglich gehört unser Berufsverband mit 16.897 Anästhesistinnen und Anästhesisten zu den mitgliederstärksten ärztlichen Berufsverbänden in Deutschland. Gemeinsam mit der DGAI, mit der den BDA auch in den letzten Jahren eine ebenso enge wie vertrauensvolle Zusammenarbeit verband, vertreten die Verbände insgesamt sogar über 23.000 in der Anästhesiologie tätige Ärztinnen und Ärzte. Die Zusammenarbeit mit der DGAI wurde im Übrigen 2009 durch eine Satzungsänderung der DGAI weiter verfestigt, nach der u.a. der Schriftführer des BDA Mitglied des Engeren Präsidiums der DGAI allerdings nur mit beratender Funktion ist.

Ausblick

„Das nächste Spiel ist immer das schwerste." (S. Herberger)

Welche Entwicklung wird der BDA in den nächsten Jahren nehmen? Welche Herausforderungen werden zu meistern sein? Fragen, auf die naturgemäß keiner eine verbindliche Antwort geben kann. Ereignisse gerade in den letzten zehn Jahren wie „9/11", „Lehmann Pleite", Fukushima oder die aktuelle Eurokrise machen sehr deutlich, wie schnell sich vermeintliche Sicherheit und Beständigkeit verflüchtigen bzw. sich sogar in ihr Gegenteil verkehren können.

Einigermaßen verlässlich kann man wohl davon ausgehen, dass sich die demographische Entwicklung, sprich „Überalterung" und Bevölkerungsrückgang, mit all ihren Auswirkungen auf die Morbidität, die sozialen Sicherungssysteme und den beruflichen Nachwuchs fortsetzen wird. Dieses kann zu einer Erosion der bisherigen Strukturen etwa in dem (noch) vertragsärztlichen und dem stationären Sektor des Gesundheitswesens führen, wobei ein Wachstum der rehabilitativen und der palliativen Versorgung wahrscheinlich ist.

Der Kampf um geeigneten Nachwuchs, der „war for talents", wird sich fortsetzen, wobei darauf zu achten sein wird, dass man nicht den „Ast, auf dem man sitzt, selber absägt". Mit einer „Anästhesisten-Schwemme" nämlich ist keinem gedient, wenn es nicht gleichzeitig genügend Chirurgen gibt. Dieses führt zu der Konsequenz, dass der Schulterschluss zwischen den ärztlichen Fachgebieten wei-

ter verstärkt werden muss, da gerade bei knappen (Kranken-)Kassen das Prinzip „divide et impera“ der Kosten- und Krankenhausträger zu befürchten ist.

Es ist auch davon auszugehen, dass die Professionalisierung des BDA auch vor den immerhin seit 50 Jahren ehrenamtlich ausgeübten Funktionen nicht mehr Halt machen wird. Dies wird alleine schon deswegen der Fall sein, weil die Freiheit, die es früher erlaubte, berufspolitische Aufgaben und Funktionen neben einer Haupttätigkeit, gleichsam als Nebentätigkeit wahrzunehmen bzw. auszuüben, kaum noch existiert. Gleichzeitig haben die berufspolitischen Anforderungen und das dafür notwendige (Spezial-) Wissen mittlerweile Dimensionen erreicht, die nicht mehr allein von Berufs- und Standespolitikern klassischer Prägung, sondern nur noch von entsprechend erfahrenen Profis bewältigt werden können.

Wenig vorhersehbar ist auch, welche Folgen die Europäisierung der Gesetzgebung auf unser Gesundheitswesen haben wird.

Alles in allem werden die Probleme für die Anästhesistinnen und Anästhesisten nicht kleiner werden, so dass ein potenter Berufsverband Deutscher Anästhesisten auch in Zukunft für das Gedeihen unseres Faches notwendiger denn je ist.

Bedenkt man außerdem, dass immer noch nicht alle in der Anästhesiologie tätigen Ärztinnen und Ärzte Mitglied im BDA sind, bleibt es auch nach 50 Jahren dabei: Es gibt viel zu tun, packen wir es an! Möge dem BDA und damit den Anästhesistinnen und Anästhesisten Deutschlands in den nächsten Jahren und Jahrzehnten ein ähnlicher Erfolg wie in der Vergangenheit beschieden sein. Vergessen wir aber nicht, dass der Erfolg viele Väter und Mütter hat und nicht nur das Verdienst Einzelner bzw. Weniger, sondern aller ist!

In diesem Sinne „ad multos annos“!

Disclaimer:

„Man erinnert, das ist klar, wie man´s erlebt hat, nicht wie´s war.“
(A. Rother)

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. med.
Bernd Landauer

Präsident des BDA
Roritzerstraße 27
90419 Nürnberg, Deutschland

Tel.: 0911 933780
Fax: 0911 3938195

E-Mail: doclandauer@aol.com

 © Anästh Intensivmed 2011;52:562-568 Aktiv Druck & Verlag GmbH

Qualität in der Anästhesiologie – eine verbandshistorische Rückbetrachtung

Herrn Prof. Dr. med. Hans Wolfgang Opderbecke gewidmet

K. Fischer

Inhaltsverzeichnis

I. Einleitung 569

II. Kommunikation und Information 570

III. Qualitätsanforderungen an die Anästhesie 573

III.1 Strukturqualität 573

III.2 Prozessqualität 578

III.3 (Ablauf- und) Ergebnisqualität 580

IV. Qualitätssicherung 580

IV.1 Interne Qualitätssicherung (-kontrolle) 580

IV.2 Externe Qualitätssicherung 581

IV.3 Qualitätssicherung Ambulante Anästhesie 585

IV.4 Exkurs Critical Incident-Reporting-System 586

IV.5 Qualitätssicherung auf europäischer Ebene 586

V. Zertifizierungsverfahren 589

VI. Ökonomie 589

VII. Professionalisierung des BDA 591

VIII. Qualitätsmanagement 592

IX. Zusammenfassung und Ausblick 593

Literatur 593

I. Einleitung

Von den Anfängen begeisterter Einzelkämpfer und Enthusiasten bis zur professionalisierten Etablierung von Qualitätsmanagement und Ökonomie in das Spektrum der Aktivitäten des BDA vergingen mehr als 30 Jahre!

Einem Zeitzeugen, der mehr als drei Jahrzehnte die Geschichte und die Entwicklung des Berufsverbandes Deutscher Anästhesisten aktiv mit erlebt und mit gestaltet hat, sei ein Blick in die Historie von BDA und DGAI erlaubt, um die sich schrittweise ändernden Qualitätsansprüche und die Wege zu ihrer Realisierung korrekt einordnen zu können.

Es liegt in der Natur der Thematik, dass dieses nicht ohne den einen oder anderen Seitenblick auf andere Fragestellungen und Entwicklungen geschehen kann; denn Qualität ist nicht alles, aber ohne Qualität ist alles nichts!

Als eine Fundgrube erwies sich das bei der Geschäftsstelle angesiedelte „Archiv der Deutschen Anästhesie“ [68], das Wolfgang Opderbecke unter Mithilfe von Frau Gertraud Mulligan aufgebaut und das durch Holger Sorgatz unter Mitwirkung von Frau Alexandra Hisom gepflegt und weitergeführt wurde.

Ein Blick in die Protokolle der Präsidiumssitzungen beider Verbände verdeutlicht, wie steinig und mühselig dieser Weg war und wie viele begeisterte Amateure und optimistische Autodidakten der frühen Anästhesisten-Generation mit ungeheurer Energie und Zielstrebigkeit zur Optimierung der Qualitätsansprüche unseres Fachgebietes beigetragen haben. Gerade die Anästhesie hat konsequent und beispielhaft im vom Anbeginn an gemeinsamen und einvernehmlichen Vorgehen von BDA und DGAI eine von anderen Fachgebieten beneidete Pilotfunktion übernommen.

So lässt sich das „Verdienst“ an den nachstehend skizzierten Problemlösungen und Meilensteinen der Entwicklung des Qualitätsmanagements in der Anästhesiologie über weite Strecken nicht „dem BDA“ oder „der DGAI“ eindeutig zuordnen, waren es doch immer Anästhesistinnen und Anästhesisten, weit überwiegend beiden Verbänden zugehörig, die in ihrer jeweiligen Funktion selbstlos und meist ehrenamtlich versucht haben, das Beste für ihr Fachgebiet, ihre Patienten und ihre Kollegen zu erreichen.

Ein Blick in die Archive der Verbände lässt die Erinnerung an all diese engagierten Kolleginnen und Kollegen wach werden, die sich in zahlreichen Ausschüssen, Kommissionen, Arbeitskreisen und anderen Gremien (siehe Anhang) um die Optimierung und Umsetzung eigener fachbezogener, ablauforganisatorischer, betriebswirtschaftlicher sowie externer, gesetzlicher Vorgaben bemüht haben. Ohne alle Kolleginnen und Kollegen in diesem Beitrag namentlich aufführen zu können, sei Ihnen allen an dieser Stelle nachhaltiger Dank gezollt!

Ein junges Fachgebiet – wie die Anästhesie – musste seit der offiziellen Anerkennung durch die Bundesärztekammer

(BÄK) [113] zunächst einmal – zumal in unmittelbarer Nachbarschaft und Konkurrenz zu den deutlich älteren etablierten Fachgebieten – erhebliche Positionskämpfe mit dem Krankenhausträger beziehungsweise der Verwaltung sowie mit den überwiegend operativen Fachdisziplinen ausfechten, um die eigenen Ziele durchzusetzen.

Zwar waren die neu geschaffenen Anästhesieabteilungen mehrheitlich verselbständigt und konnten eigenverantwortlich agieren; doch wird sehr schnell die schwierige Übernahme der bis in die Mitte der 1970er Jahre noch weit verbreiteten „Schwesternnarkose“ durch Anästhesie-Ärzte vergessen, zumal in jenen Jahren in der Anästhesiologie ein ausgesprochener Mangel an ärztlichem Nachwuchs herrschte, der objektiv weder durch Medizinalassistenten oder chirurgische „Leihassistenten“ noch durch ausländische Kollegen (Abb. 1) kompensiert werden konnte.

Die Krankenhausträger waren allermeist bemüht, für die „neuen Abteilungen“ schrittweise eine apparativ-technische Mindestausstattung sicherzustellen, die vornehmlich aus einfachen Narkosegeräten und weniger aus Monitoring bestand.

Orientierungshilfen in Form von anerkannten Standards für derartige Ausstattungen gab es seinerzeit noch nicht, und jede zusätzliche Investition durch den Krankenhausträger erfolgte zwangsläufig zu Lasten der übrigen, vorwiegend operativen Kliniken.

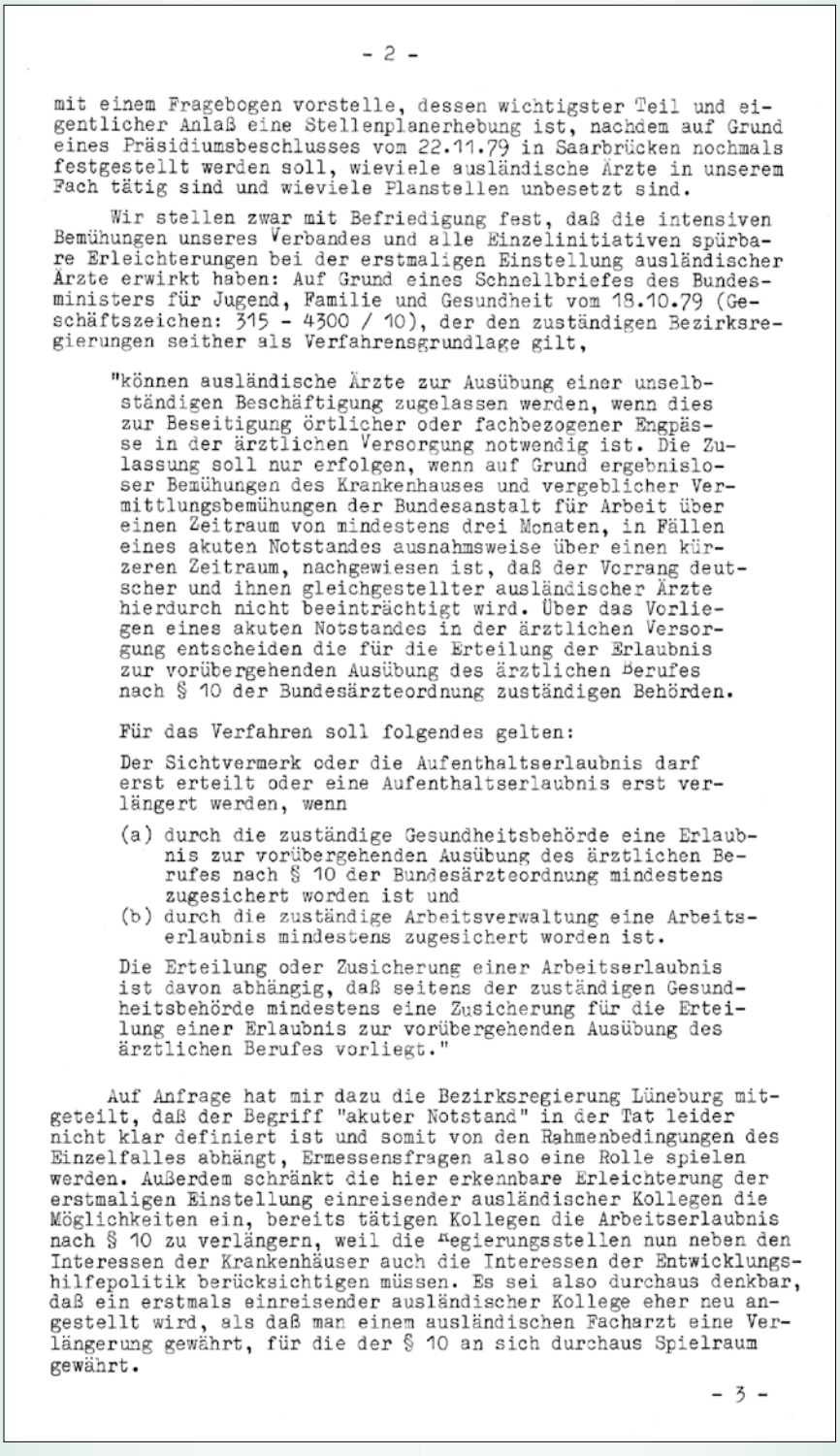
Ungleich folgenschwerer war der Kampf um eine adäquate, verantwortbare Personalausstattung, da es bis dato für unser Fachgebiet keine belastbaren, durch Verwaltungen, Krankenkassen oder Krankenhausgesellschaft anerkannten Personalanhaltszahlen gab.

II. Kommunikation und Information

Schwierigkeiten gab es anfangs natürlich besonders in der Kommunikation mit den Mitgliedern, vor allem aber zwischen den BDA-Mitgliedern.

Abbildung 1

Einstellung ausländischer Mitarbeiter im ärztlichen Dienst.
(Auszug [Seite 2] eines Rundschreibens des Vorsitzenden des Landesverbandes Niedersachsen des BDA, Dr. Jan-Peter Wittenburg, vom 29. Februar 1980).



- 2 -

mit einem Fragebogen vorstelle, dessen wichtigster Teil und eigentlicher Anlaß eine Stellenplanerhebung ist, nachdem auf Grund eines Präsidiumsbeschlusses vom 22.11.79 in Saarbrücken nochmals festgestellt werden soll, wieviele ausländische Ärzte in unserem Fach tätig sind und wieviele Planstellen unbesetzt sind.

Wir stellen zwar mit Befriedigung fest, daß die intensiven Bemühungen unseres Verbandes und alle Einzelinitiativen spürbare Erleichterungen bei der erstmaligen Einstellung ausländischer Ärzte erwirkt haben: Auf Grund eines Schnellbriefes des Bundesministers für Jugend, Familie und Gesundheit vom 18.10.79 (Geschäftszeichen: 315 - 4300 / 10), der den zuständigen Bezirksregierungen seither als Verfahrensgrundlage gilt,

"können ausländische Ärzte zur Ausübung einer unselbständigen Beschäftigung zugelassen werden, wenn dies zur Beseitigung örtlicher oder fachbezogener Engpässe in der ärztlichen Versorgung notwendig ist. Die Zulassung soll nur erfolgen, wenn auf Grund ergebnisloser Bemühungen des Krankenhauses und vergeblicher Vermittlungsbemühungen der Bundesanstalt für Arbeit über einen Zeitraum von mindestens drei Monaten, in Fällen eines akuten Notstandes ausnahmsweise über einen kürzeren Zeitraum, nachgewiesen ist, daß der Vorrang deutscher und ihnen gleichgestellter ausländischer Ärzte hierdurch nicht beeinträchtigt wird. Über das Vorliegen eines akuten Notstandes in der ärztlichen Versorgung entscheiden die für die Erteilung der Erlaubnis zur vorübergehenden Ausübung des ärztlichen Berufes nach § 10 der Bundesärzteordnung zuständigen Behörden.

Für das Verfahren soll folgendes gelten:

Der Sichtvermerk oder die Aufenthaltserlaubnis darf erst erteilt oder eine Aufenthaltserlaubnis erst verlängert werden, wenn

(a) durch die zuständige Gesundheitsbehörde eine Erlaubnis zur vorübergehenden Ausübung des ärztlichen Berufes nach § 10 der Bundesärzteordnung mindestens zugesichert worden ist und
(b) durch die zuständige Arbeitsverwaltung eine Arbeitserlaubnis mindestens zugesichert worden ist.

Die Erteilung oder Zusicherung einer Arbeitserlaubnis ist davon abhängig, daß seitens der zuständigen Gesundheitsbehörde mindestens eine Zusicherung für die Erteilung einer Erlaubnis zur vorübergehenden Ausübung des ärztlichen Berufes vorliegt."

Auf Anfrage hat mir dazu die Bezirksregierung Lüneburg mitgeteilt, daß der Begriff "akuter Notstand" in der Tat leider nicht klar definiert ist und somit von den Rahmenbedingungen des Einzelfalles abhängt, Ermessensfragen also eine Rolle spielen werden. Außerdem schränkt die hier erkennbare Erleichterung der erstmaligen Einstellung einreisender ausländischer Kollegen die Möglichkeiten ein, bereits tätigen Kollegen die Arbeitserlaubnis nach § 10 zu verlängern, weil die Regierungsstellen nun neben den Interessen der Krankenhäuser auch die Interessen der Entwicklungshilfepolitik berücksichtigen müssen. Es sei also durchaus denkbar, daß ein erstmals einreisender ausländischer Kollege eher neu angestellt wird, als daß man einem ausländischen Facharzt eine Verlängerung gewährt, für die der § 10 an sich durchaus Spielraum gewährt.

- 3 -

 © Anästh Intensivmed 2011;52:569-597 Aktiv Druck & Verlag GmbH

Zwar konnte der BDA die „Informationen der Abteilung für Berufsfragen“ der DGAI seit März 1961 (Redaktion Dr. Karl Fritz Heise) oder die von Frau Dr. Charlotte Lehmann geleitete Verbandszeitschrift „Anästhesiologische Informationen“ [94] (März 1970) nutzen; aber darüber hinaus gab es dann auch nur noch die Informations-Plattform der Deutschen Anästhesiekongresse bzw. der in zweijährigem Abstand durchgeführten Jahrestagungen des BDA (in den Jahren 1967 - 1985).

Telekommunikative Hilfsmittel wie Mobilfunk, Fax, Faxabruf oder gar Computer, Internet und E-Mails, Online-Foren oder Facebook standen erst sehr viel später zur Verfügung.

So wurde auf Beschluss des Präsidiums des BDA zur Verbesserung der Kommunikation erstmals 1996 in der Geschäftsstelle ein E-Mail-Anschluss installiert!

Der Internet-Auftritt des BDA erfolgte 1999.

Eine Kommunikation war damals überwiegend über Anschreiben oder Rundschreiben der BDA-Landesvorsitzenden (Abb. 2, 3), über Chefarzttreffen oder sogenannte „Stammtische“, auf denen die täglich neuen Erfahrungen ausgetauscht und diskutiert werden konnten, möglich.

Landesverbände des BDA mit satzungsgemäßen regionalen Mitgliederversammlungen gab es erst seit der Satzungsänderung von 1970 [71].

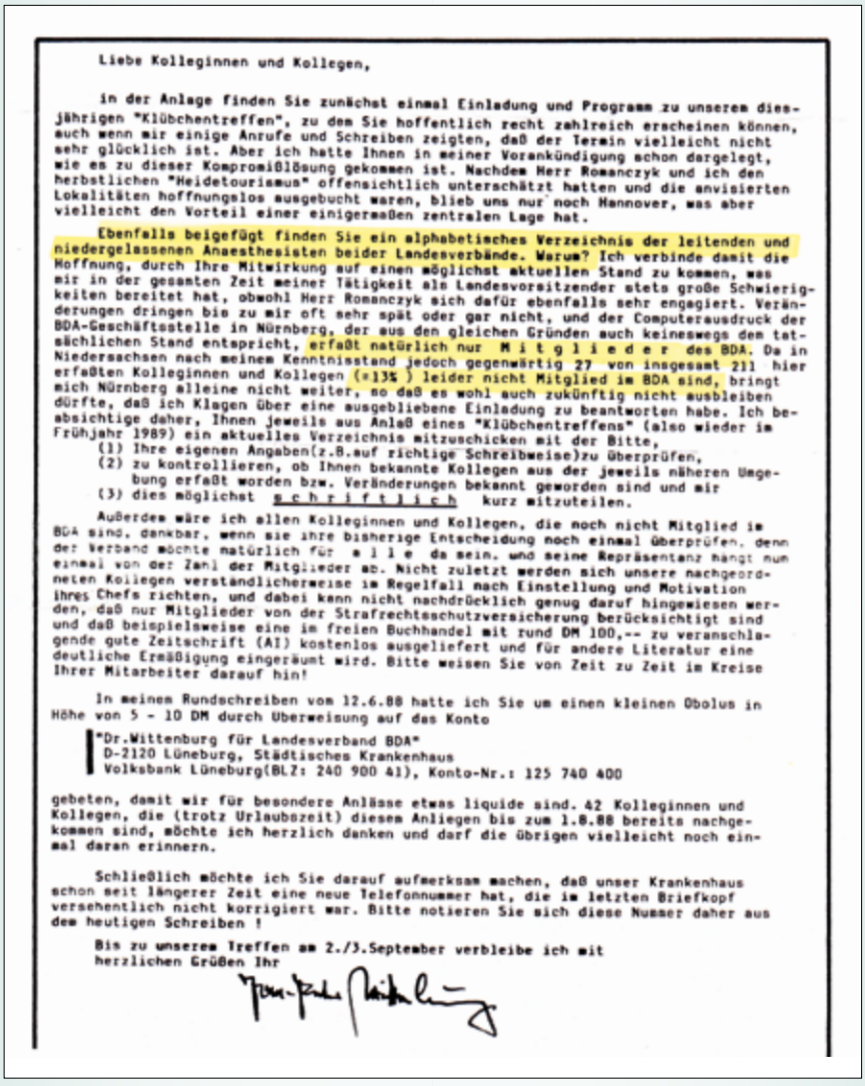
Der Landesverband Bayern führte seine erste Mitgliederversammlung auf einem „Bayerischen Anästhesistentag“ am 26. März 1971 durch, den der langjährige bayerische Landesvorsitzende Dr. Othmar Zierl organisiert hatte [71]. Diese Veranstaltung etablierte sich in den Folgejahren und wird 2011 bereits zum 41mal (!) durchgeführt.

Regional gelang in Niedersachsen ein entscheidender Durchbruch, als der Jung-Chefarzt Dr. Jan-Peter Wittenburg aus Lüneburg gemeinsam mit Frau Dr. Inge Deichl, Chefärztin in Uelzen, Kontakt zu Herrn Prof. Dr. Jürgen Stoffregen von der Universität Göttingen suchte. Stoffregen lud den damals noch spärlichen Kreis leitender Krankenhausanästhesisten in Niedersachsen am 3. November 1967 auf Schloss Bothmer in Schwarmstedt zu einer Gesprächsrunde zum Thema „Entwicklung von Überlebensstrategien“ ein [116]. Hieraus resultierte ein jährliches Treffen, das bald den Namen „Klübchentreffen“ erhielt, 1985 auch die Bremer Kollegen aufnahm und die niedergelassenen Vertragsärzte integrierte (Abb. 4).

Dieses Klübchentreffen findet bis heute jährlich statt und war besonders in der Frühzeit ein ganz wesentliches Kommunikationsforum, das vornehmlich durch die BDA-Landesvorsitzenden Erich Kirchner, Eberhard Hauenschild und später Jan-Peter Wittenburg, Jörg Stelzner und Jürgen Schäffer organisiert wurde und ab 1985 auch die Bremer Landesverbands-

Abbildung 2

„Regionales Mitgliederverzeichnis“.
(Rundschreiben des Landesvorsitzenden Dr. Jan-Peter Wittenburg vom 10. August 1988 an alle leitenden und niedergelassenen Anästhesisten in Bremen und Niedersachsen).



Liebe Kolleginnen und Kollegen,

in der Anlage finden Sie zunächst einmal Einladung und Programm zu unserem diesjährigen "Klübchentreffen", zu dem Sie hoffentlich recht zahlreich erscheinen können, auch wenn mir einige Anrufe und Schreiben zeigten, daß der Termin vielleicht nicht sehr glücklich ist. Aber ich hatte Ihnen in meiner Vorankündigung schon dargelegt, wie es zu dieser Kompromißlösung gekommen ist. Nachdem Herr Romanczyk und ich den herbstlichen "Heidetourismus" offensichtlich unterschätzt hatten und die anvisierten Lokalitäten hoffnungslos ausgebucht waren, blieb uns nur noch Hannover, was aber vielleicht den Vorteil einer einigermaßen zentralen Lage hat.

Ebenfalls beigefügt finden Sie ein alphabetisches Verzeichnis der leitenden und niedergelassenen Anaesthesisten beider Landesverbände. Warum? Ich verbinde damit die Hoffnung, durch Ihre Mitwirkung auf einen möglichst aktuellen Stand zu kommen, was mir in der gesamten Zeit meiner Tätigkeit als Landesvorsitzender stets große Schwierigkeiten bereitet hat, obwohl Herr Romanczyk sich dafür ebenfalls sehr engagiert. Veränderungen dringen bis zu mir oft sehr spät oder gar nicht, und der Computerausdruck der BDA-Geschäftsstelle in Nürnberg, der aus den gleichen Gründen auch keineswegs dem tatsächlichen Stand entspricht, erfaßt natürlich nur M i t g l i e d e r des BDA. Da in Niedersachsen nach meinem Kenntnisstand jedoch gegenwärtig 27 von insgesamt 211 hier erfaßten Kolleginnen und Kollegen (=13%) leider nicht Mitglied im BDA sind, bringt mich Nürnberg alleine nicht weiter, so daß es wohl auch zukünftig nicht ausbleiben dürfte, daß ich Klagen über eine ausgebliebene Einladung zu beantworten habe. Ich beabsichtige daher, Ihnen jeweils aus Anlaß eines "Klübchentreffens" (also wieder im Frühjahr 1989) ein aktuelles Verzeichnis mitzuschicken mit der Bitte,

(1) Ihre eigenen Angaben(z.B.auf richtige Schreibweise)zu überprüfen,
(2) zu kontrollieren, ob Ihnen bekannte Kollegen aus der jeweils näheren Umgebung erfaßt worden bzw. Veränderungen bekannt geworden sind und mir
(3) dies möglichst s c h r i f t l i c h kurz mitzuteilen.

Außerdem wäre ich allen Kolleginnen und Kollegen, die noch nicht Mitglied im BDA sind, dankbar, wenn sie ihre bisherige Entscheidung noch einmal überprüfen, denn der Verband möchte natürlich für a l l e da sein, und seine Repräsentanz hängt nun einmal von der Zahl der Mitglieder ab. Nicht zuletzt werden sich unsere nachgeordneten Kollegen verständlicherweise im Regelfall nach Einstellung und Motivation ihres Chefs richten, und dabei kann nicht nachdrücklich genug darauf hingewiesen werden, daß nur Mitglieder von der Strafrechtschutzversicherung berücksichtigt sind und daß beispielsweise eine im freien Buchhandel mit rund DM 100,-- zu veranschlagende gute Zeitschrift (AI) kostenlos ausgeliefert und für andere Literatur eine deutliche Ermäßigung eingeräumt wird. Bitte weisen Sie von Zeit zu Zeit im Kreise Ihrer Mitarbeiter darauf hin!

In meinem Rundschreiben vom 12.6.88 hatte ich Sie um einen kleinen Obolus in Höhe von 5 - 10 DM durch Überweisung auf das Konto

"Dr.Wittenburg für Landesverband BDA"
D-2120 Lüneburg, Städtisches Krankenhaus
Volksbank Lüneburg(BLZ: 240 900 41), Konto-Nr.: 125 740 400

gebeten, damit wir für besondere Anlässe etwas liquide sind. 42 Kolleginnen und Kollegen, die (trotz Urlaubszeit) diesem Anliegen bis zum 1.8.88 bereits nachgekommen sind, möchte ich herzlich danken und darf die übrigen vielleicht noch einmal daran erinnern.

Schließlich möchte ich Sie darauf aufmerksam machen, daß unser Krankenhaus schon seit längerer Zeit eine neue Telefonnummer hat, die im letzten Briefkopf versehentlich nicht korrigiert war. Bitte notieren Sie sich diese Nummer daher aus dem heutigen Schreiben !

Bis zu unserem Treffen am 2./3.September verbleibe ich mit herzlichen Grüßen Ihr

vorsitzenden (Klaus Fischer, Hans-Dieter Kamp und Michael Mohr) als Mitveranstalter einschloss. Diese Treffen fanden bis heute viele Nachahmer in anderen Landesverbänden.

Später gelang eine zeitnahe und aktuelle Information durch „Rundschreiben" der Geschäftsstelle an die Landesvorsitzenden und die Funktionsträger sowie durch den von der Rechtsabteilung herausgegebenen „Jus Letter".

Eine erfolgreiche Strategie, neue Erkenntnisse zeitnah zu kommunizieren und gleichzeitig die Mitglieder zu schulen wurde durch das vielfältige Angebot von BDA-Seminaren (Tab. 1) verfolgt – entweder im Rahmen von Kongressen und Regionaltagungen oder auch als gesonderte Veranstaltung.

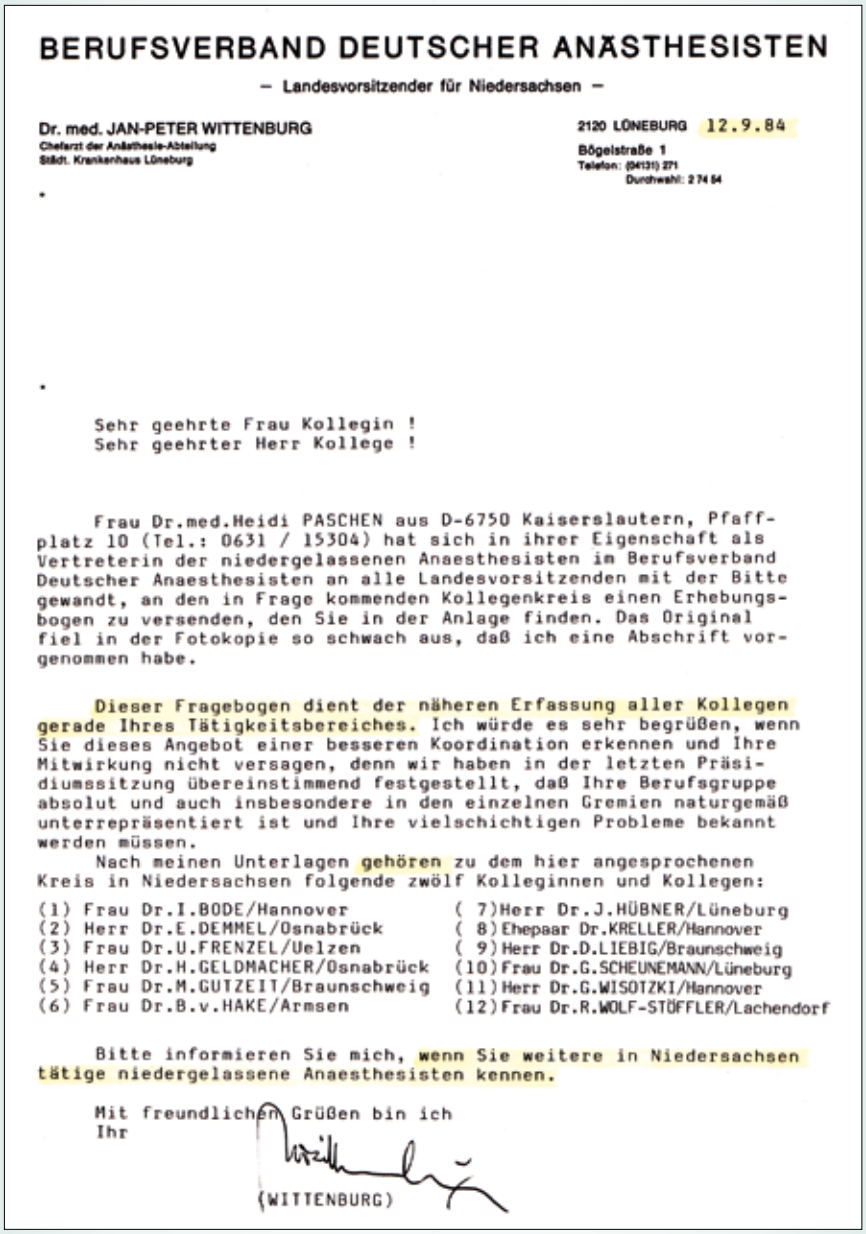
Tabelle 1

Seminare des BDA zu folgenden Themenbereichen (Auswahl)

Anästhesie und Recht
Arbeitsmethodik
Arbeitsschutz
Bewerbungstraining
Diagnosis Related Groups (DRG)
Führung
Gebühren (GOÄ/EBM)
Konfliktmanagement
Krankenhaus-Management
Neue Entgeltformen
OP-Management
Patientensicherheit
Personalbedarf
Personalmanagement
Qualitätsmanagement
Seminare für niedergelassene Anästhesisten
Transfusionsmedizin
Versicherungsfragen

Abbildung 3

Mitgliedererfassung der niedergelassenen Anästhesisten.
(Rundschreiben des Landesvorsitzenden Dr. Jan-Peter Wittenburg vom 12. September 1984).



BERUFSVERBAND DEUTSCHER ANÄSTHESISTEN

– Landesvorsitzender für Niedersachsen –

Dr. med. JAN-PETER WITTENBURG
Chefarzt der Anästhesie-Abteilung
Städt. Krankenhaus Lüneburg

2120 LÜNEBURG 12.9.84
Bögelstraße 1
Telefon: (04131) 271
Durchwahl: 274 54

Sehr geehrte Frau Kollegin !
Sehr geehrter Herr Kollege !

Frau Dr.med.Heidi PASCHEN aus D-6750 Kaiserslautern, Pfaffplatz 10 (Tel.: 0631 / 15304) hat sich in ihrer Eigenschaft als Vertreterin der niedergelassenen Anaesthesisten im Berufsverband Deutscher Anaesthesisten an alle Landesvorsitzenden mit der Bitte gewandt, an den in Frage kommenden Kollegenkreis einen Erhebungsbogen zu versenden, den Sie in der Anlage finden. Das Original fiel in der Fotokopie so schwach aus, daß ich eine Abschrift vorgenommen habe.

Dieser Fragebogen dient der näheren Erfassung aller Kollegen gerade Ihres Tätigkeitsbereiches. Ich würde es sehr begrüßen, wenn Sie dieses Angebot einer besseren Koordination erkennen und Ihre Mitwirkung nicht versagen, denn wir haben in der letzten Präsidiumssitzung übereinstimmend festgestellt, daß Ihre Berufsgruppe absolut und auch insbesondere in den einzelnen Gremien naturgemäß unterrepräsentiert ist und Ihre vielschichtigen Probleme bekannt werden müssen.

Nach meinen Unterlagen gehören zu dem hier angesprochenen Kreis in Niedersachsen folgende zwölf Kolleginnen und Kollegen:

(1) Frau Dr.I.BODE/Hannover
(2) Herr Dr.E.DEMMEL/Osnabrück
(3) Frau Dr.U.FRENZEL/Uelzen
(4) Herr Dr.H.GELDMACHER/Osnabrück
(5) Frau Dr.M.GUTZEIT/Braunschweig
(6) Frau Dr.B.v.HAKE/Armsen
(7)Herr Dr.J.HÜBNER/Lüneburg
(8)Ehepaar Dr.KRELLER/Hannover
(9)Herr Dr.D.LIEBIG/Braunschweig
(10)Frau Dr.G.SCHEUNEMANN/Lüneburg
(11)Herr Dr.G.WISOTZKI/Hannover
(12)Frau Dr.R.WOLF-STÖFFLER/Lachendorf

Bitte informieren Sie mich, wenn Sie weitere in Niedersachsen tätige niedergelassene Anaesthesisten kennen.

Mit freundlichen Grüßen bin ich
Ihr

(WITTENBURG)

Der BDA hat es sehr früh verstanden, Problemlösungen zunächst im Präsidium und im Ausschuss zu konzentrieren und über die Landesverbände zu kommunizieren. In einer nächsten, und frühen Phase wurden Arbeitsausschüsse oder Kommissionen eingesetzt, um Standards, Mindestvoraussetzungen etc. zu definieren (vgl. Anhang). Hier war insbesondere der allgegenwärtige Rat unseres Justitiars, Dr. Walther Weißauer unschätzbar, um die manchesmal euphorischen Ideen und Intentionen so mancher „jungdynamischer" Protagonisten von Beginn an in rechtlich haltbare Formulierungen zu bringen.

Von großem Wert war vor allem der über Jahrzehnte bemerkenswert enge Kontakt zwischen dem BDA und der wissenschaftlichen Fachgesellschaft. Garant hierfür war die lange Amtszeit der Präsidenten des BDA und auch die

personelle Kontinuität wichtiger Funktionsträger in der Organisationsstruktur – wie Präsident und Schriftführer sowie die „Doppelfunktion“ einzelner Funktionsträger in den Präsidien von BDA und DGAI. So wurde auf Beschluss des BDA-Präsidiums vom 22. März 1997 der Generalsekretär der DGAI als ständiger Gast in das BDA-Präsidium kooptiert und vice versa 2010 der Schriftführer des BDA (qua Satzung mit „beratender Stimme“) in das Engere Präsidium der DGAI aufgenommen.

Heute steht den Verbänden ein weitgefächertes Instrumentarium der Kommunikation und Information zur Verfügung, angefangen von den traditionellen Jahreskongressen DAC, dem HAI in Berlin, den Landestagungen, den Chefarzt- und Klübchentreffen in den Landesverbänden über Homepages und E-Mail-Austausch sowie und nicht zuletzt über unsere Verbandszeitschrift, zunächst die „Anästhesiologischen Informationen“ und ab 1997 die „Anästhesiologie und Intensivmedizin“.

III. Qualitätsanforderungen an die Anästhesie

Qualität als Grundvoraussetzung ärztlichen Handelns ist in erster Linie abhängig von der individuellen persönlichen Zuverlässigkeit und der fachlichen Qualifikation des einzelnen Arztes [89]. Vorbedingung ist darüber hinaus eine adäquate, angemessene apparativ-technische und personelle Ausstattung der Arbeitsplätze.

Die Qualität ist keine eindimensionale Größe, sondern stets ein Bündel von Merkmalen, die zum Teil voneinander abhängig sind und sich gegenseitig beeinflussen. Letztendlich beinhalten Qualitätsüberlegungen im Bereich medizinischer Leistungen die Differenz zwischen dem, was bei einer Patientenbehandlung erreicht werden kann oder soll und dem, was tatsächlich erreicht worden ist [53].

In § 7a der ärztlichen Berufsordnung wird die Ärzteschaft verpflichtet, sich an Maßnahmen zur Qualitätssicherung zu beteiligen. Auch der Gesetzgeber hat mit den Forderungen im Gesundheitsreformgesetz (GRG) und im § 137 und § 137a SGB V die zugelassenen Krankenhäuser verpflichtet, „sich an Maßnahmen zur Qualitätssicherung zu beteiligen. Die Maßnahmen sind auf die Qualität der Behandlung, der Versorgungsabläufe und der Behandlungsergebnisse zu erstrecken. Sie sind so zu gestalten, dass vergleichende Prüfungen ermöglicht werden“ [109].

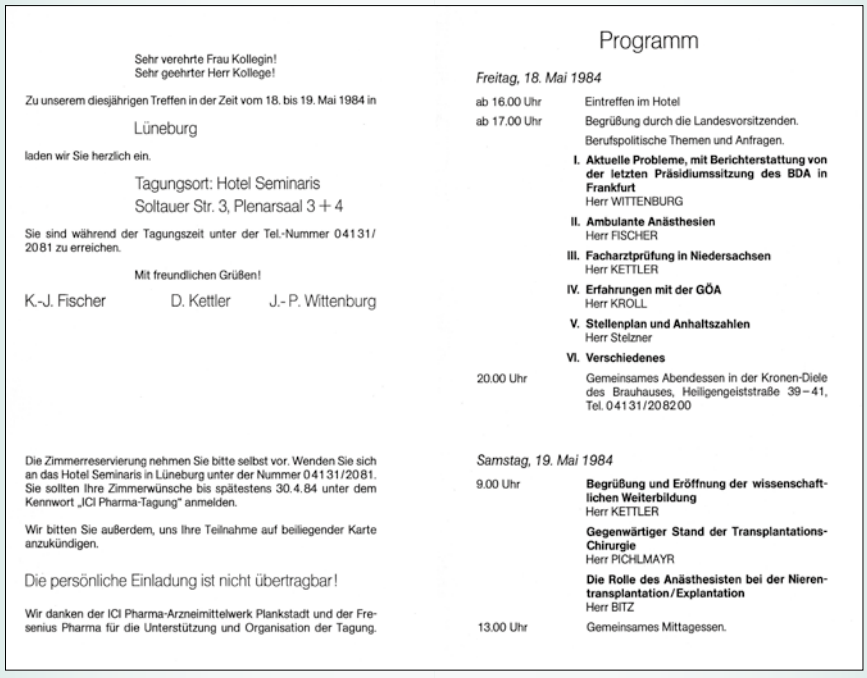
Nach den grundlegenden Veröffentlichungen von Avedis Donabedian ist die Ergebnisqualität maßgeblich von der Struktur- und Prozessqualität abhängig, wobei die Strukturqualität einerseits direkten und über die Beeinflussung der Prozessqualität weiteren, indirekten Einfluss auf die Ergebnisqualität, das „Outcome“, nimmt [40]. Dieses Prinzip hat sich allgemein auch in der Medizin und den Gesundheitswissenschaften durchgesetzt.

III.1 Strukturqualität

Strukturbezogene Qualitätsbetrachtung bezieht sich auf die materiellen und personellen Ressourcen sowie die organisatorischen und finanziellen Merkmale, unter denen sich der Versorgungsprozess vollzieht [53]. Unter Strukturqualität fasst man die räumlichen, apparativ-technischen und vor allem auch personellen Ressourcen, d.h. den den Patienten geschuldeten „Facharztstandard“, zusammen, die für die Versorgungsprozesse der medizinischen Patientenversorgung zur Verfügung stehen [69,53,C,D].

Mit Blick auf unser Fachgebiet kommt der Strukturqualität besondere Bedeutung zu, bezieht sie sich doch insbesondere auf die ärztliche und pflegerische Qualifikation des gesamten Teams, auf den Weiterbildungsstatus der Mitarbeiter, sowie auf die uns vom Träger gewährte personelle und apparativ-technische Ausstattung wie auch auf die interdisziplinäre Ablauforganisation sowie die zur Verfügung gestellten wirtschaftlichen Voraussetzungen. Diese Konstellation führt hinsichtlich einer rationellen Krankenhausbetriebsführung ohne Frage

Abbildung 4
Programm des „Klübchentreffens“ am 18./19. Mai 1984 in Lüneburg.



Sehr verehrte Frau Kollegin!
Sehr geehrter Herr Kollege!

Zu unserem diesjährigen Treffen in der Zeit vom 18. bis 19. Mai 1984 in

Lüneburg

laden wir Sie herzlich ein.

Tagungsort: Hotel Seminaris
Soltauer Str. 3, Plenarsaal 3 + 4

Sie sind während der Tagungszeit unter der Tel.-Nummer 04131/2081 zu erreichen.

Mit freundlichen Grüßen!

K.-J. Fischer D. Kettler J.-P. Wittenburg

Die Zimmerreservierung nehmen Sie bitte selbst vor. Wenden Sie sich an das Hotel Seminaris in Lüneburg unter der Nummer 04131/2081. Sie sollten Ihre Zimmerwünsche bis spätestens 30.4.84 unter dem Kennwort „ICI Pharma-Tagung“ anmelden.

Wir bitten Sie außerdem, uns Ihre Teilnahme auf beiliegender Karte anzukündigen.

Die persönliche Einladung ist nicht übertragbar!

Wir danken der ICI Pharma-Arzneimittelwerk Plankstadt und der Fresenius Pharma für die Unterstützung und Organisation der Tagung.

Programm

Freitag, 18. Mai 1984

ab 16.00 Uhr Eintreffen im Hotel

ab 17.00 Uhr Begrüßung durch die Landesvorsitzenden.

Berufspolitische Themen und Anfragen.

I. **Aktuelle Probleme, mit Berichterstattung von der letzten Präsidiumssitzung des BDA in Frankfurt**
Herr WITTENBURG

II. **Ambulante Anästhesien**
Herr FISCHER

III. **Facharztprüfung in Niedersachsen**
Herr KETTLER

IV. **Erfahrungen mit der GÖA**
Herr KROLL

V. **Stellenplan und Anhaltszahlen**
Herr Stelzner

VI. **Verschiedenes**

20.00 Uhr Gemeinsames Abendessen in der Kronen-Diele des Brauhauses, Heiligengeiststraße 39–41, Tel. 04131/20800

Samstag, 19. Mai 1984

9.00 Uhr **Begrüßung und Eröffnung der wissenschaftlichen Weiterbildung**
Herr KETTLER

Gegenwärtiger Stand der Transplantations-Chirurgie
Herr PICHLMAYR

Die Rolle des Anästhesisten bei der Nierentransplantation/Explantation
Herr BITZ

13.00 Uhr Gemeinsames Mittagessen.

Tabelle 2

Organisation der anästhesiologischen Versorgung

Entschließungen – Empfehlungen – Vereinbarungen – Leitlinien (BDA und DGAI).

1968	Entschließung zur Organisation der anästhesiologischen Versorgung von Universitätskliniken und Krankenhäusern
1971	Entschließung zur Organisation des Faches Anästhesiologie an Universitäten
1981	Stellungnahme zur Stand-by-Funktion des Anästhesisten
1982	Entschließung zur Organisation der anästhesiologischen Versorgung großer Kliniken
1982	Entschließung zur anästhesiologischen Voruntersuchung
1983	Voraussetzungen zur Durchführung ambulanter Anästhesieverfahren
1985	Stellungnahme zur Struktur klinischer Anästhesieeinrichtungen
1987	Möglichkeiten und Grenzen des Einsatzes von „Ärzten im Praktikum“ (AIP) in der Anästhesiologie
1987	Entschließung zum Bereitschaftsdienst und zur Rufbereitschaft in der Anästhesie und in der Chirurgie
1989	Zulässigkeit und Grenzen der Parallelverfahren in der Anästhesiologie
1994	Neue Aufklärungs- und Anamnesebögen - Anpassung an die medizinische und forensische Entwicklung -
1997	Leitlinie zur Primärversorgung von Patienten mit Schädel-Hirn-Trauma
1997	Zur Frage der Durchführung von Regionalanästhesien durch Operateure
1998	Leitlinie zur anästhesiologischen Voruntersuchung
1998	Leitlinie zur postoperativen Überwachung
1998	Leitlinie für ambulantes Operieren bzw. Tageschirurgie
1998	Leitlinie zur Durchführung von Regionalanästhesieverfahren in der Geburtshilfe
1999	Arzneimittelzulassung und Therapiefreiheit
2000	Empfehlungen zur Erstversorgung des Patienten mit Schädel-Hirn-Trauma bei Mehrfachverletzung
2001	Zum täglichen Wechsel von Spritzenpumpe, Leitung und Filtern bei liegendem Periduralkatheter
2002	Leitlinie zur Therapie der Malignen Hyperthermie
2004	Leitlinie Durchführung von Regionalanästhesien in der Geburtshilfe
2005	Münsteraner Erklärung. Gemeinsame Stellungnahme des BDA und der DGAI zur Parallelnarkose
2008	Perioperatives Nüchternheitsgebot bei elektiven Eingriffen
2008	Ärztliche Kernkompetenz und Delegation in der Anästhesie
2008	Perioperatives Management bei neurochirurgischen Operationen in sitzender oder halbsitzender Position
2008	Empfehlung zur Therapie der malignen Hyperthermie
2009	Empfehlungen zur Überwachung nach Anästhesieverfahren
2009	Innerklinische Akutversorgung des Patienten mit Schädel-Hirntrauma
2009	Durchführung von Analgesie- und Anästhesieverfahren in der Geburtshilfe
2010	Die intraossäre Infusion in der Notfallmedizin
2010	Analgosedierung für diagnostische und therapeutische Maßnahmen bei Erwachsenen
2010	Präoperative Evaluation erwachsener Patienten vor elektiven, nicht kardiochirurgischen Eingriffen
2010	Analgosedierung für diagnostische und therapeutische Maßnahmen im Kindesalter

Tabelle 3

Organisation der intensivmedizinischen Versorgung

Entschließungen – Empfehlungen – Vereinbarungen – Leitlinien (BDA und DGAI).

1982	Grundsätze für die Organisation und Einrichtung von Aufwacheinheiten in Krankenhäusern. DKI und DGAI
1985	Stellungnahme zur regionalen Organisation der Intensivmedizin an den Krankenhäusern
1990	Grundsätze zur Organisation der operativen Intensivmedizin
1997	Empfehlungen zur Organisation und Einrichtung von Aufwacheinheiten in Krankenhäusern
1997	Rechtsherzkatheter (Swan-Ganz-Katheter)
1999	Zur Gabe von Kortikosteroiden nach akuter spinaler Traumatisierung
1999	Leitlinie zu Grenzen der intensivmedizinischen Behandlungspflicht
2002	Intermediate Care: Entwicklung, Definition, Ausstattung, Organisation und mögliche Lösungen
2004	Hypothermie bei Schädel-Hirn-Trauma
2005	Stellungnahme der DGAI zur Organisation der Intensivmedizin in Deutschland
2007	Gemeinsame Empfehlung zur Organisation der Intensivmedizin
2007	Gemeinsame Empfehlungen zur Ausstattung und Organisation Interdisziplinärer operativer Intensiveinheiten (IOI)
2007	Ärztliche Kernkompetenz und Delegation in der Intensivmedizin
2008	Empfehlungen zur Überwachung nach Anästhesieverfahren
2008	Lagerungstherapie zur Prophylaxe oder Therapie von pulmonalen Funktionsstörungen (S2e-Leitlinie)
2009	S3-Leitlinie Analgesie, Sedierung und Delirmanagement in der Intensivmedizin

zu betriebswirtschaftlichen Implikationen [31,89].

So haben unsere Verbände eine Reihe von Stellungnahmen und Entschließungen zur Organisation der anästhesiologischen Versorgung (Tab. 2), zu den Aufwacheinheiten und zur Organisation der intensivmedizinischen Versorgung (Tab. 3) formuliert.

III 1.1 Apparative Ausstattung

Bereits 1981 hat die DGAI Empfehlungen zur Sicherheit medizinisch-technischer Geräte beim Einsatz in der Anästhesiologie publiziert [24] und 1989 haben DGAI und BDA Richtlinien einer qualitativ angemessenen anästhesiologischen Versorgung (Tab. 4) mit dem Ziel einer unter den jeweils aktuellen Voraussetzungen größtmöglichen Sicherheit der Patienten veröffentlicht [31,89].

Es hatte sich gezeigt, dass die Schädigungen von Patienten aufgrund von respiratorisch bedingten Zwischenfällen die größte Gruppe der im Rahmen der Closed Claims Analyse der American Society of Anesthesiologists untersuchten Schadensfälle darstellten [20]: unter mehr als 1.000 zwischen 1974 und 1988 aufgetretenen Schadensfällen, welche zu Gerichtsverfahren gegen den Anästhesisten geführt hatten, wurden 31,5 Prozent der Fälle für vermeidbar gehalten, wobei 93 Prozent dieser vermeidbaren Schadensfälle durch Einsatz von Kapnometrie und Pulsoximetrie hätten vermieden werden können [97].

Die anästhesie-assoziierte Mortalitätsrate lag Anfang der 1980er Jahre im Bereich von 3 auf 10.000 Anästhesien, und konnte bis Ende der 1980er Jahre im Rahmen der Einführung von Sicherheitsstandards sowie der Pulsoximetrie und der Kapnographie auf 0,04 pro 10.000 Anästhesien reduziert werden [86].

1995 hat die Kommission „Normung und Technische Sicherheit“ der DGAI (P. Schmucker [Federführung] – J. Baum – W. Friesdorf – F. König – B. Naujoks – A. Obermayer – M. Wendt) vor dem Hintergrund einer Reihe neuer Gesetze, Verordnungen und Vorschriften, teils auf nationaler, teils auf EU-Ebene (DIN 13.252; Medizingeräteverordnung; Medizinproduktegesetz) diese Empfehlungen fortgeschrieben [32]. Im Wesentlichen folgte daraus u.a. die künftig notwendige Ausstattung der Arbeitsplätze mit Pulsoximetrie und Kapnometrie und der Messung der Narkosegas-Konzentrationen im Atemsystem [89].

Tabelle 4

Technische Sicherheit und Arbeitsschutz

Entschließungen – Empfehlungen – Vereinbarungen – Leitlinien (BDA und DGAI) 1981-2010.

1981	Sicherheit medizinisch-technischer Geräte beim Einsatz in der Anästhesiologie
1989	Richtlinien einer qualitativ angemessenen anästhesiologischen Versorgung
1997	Umstellung der Gaskennfarben an Anästhesiearbeitsplätzen
1997	Die Anwendervorschriften des Medizinproduktegesetzes
1999	Atemkalk: Hinweise zu korrektem Umgang und fachgerechter Nutzung
2000	Umsetzung der Gefahrstoffverordnung
2001	Luft zur medizinischen Anwendung
2005	Zum Umgang mit Atemkalk
2005	Funktionsprüfung des Narkosegerätes bei geplantem Betriebsbeginn, bei Patientenwechsel im laufenden Betrieb und im Notfall – Technische Maßnahmen zur Gewährleistung der Patientensicherheit
2009	Check „W“: Zehn Sekunden für den Gerätecheck!
2009	Stellungnahme zur Einführung von Livopan® in Deutschland
2009	Empfehlung zur farbigen Kennzeichnung von Spritzen
2010	Empfehlung zur Kennzeichnung von Spritzen in der Intensiv- und Notfallmedizin
2010	Atemkalk: Hinweise zu korrektem Umgang und fachgerechter Nutzung
2010	Infektionsprävention bei der Narkosebeatmung durch Einsatz von Atemsystemfiltern

Dabei wurde schwerpunktartig unterschieden zwischen „essentiellen“ sowie fakultativ „empfohlenen“ bzw. je nach Krankengut und Aufgabenstellung „additiven“ Mindestvoraussetzungen. Diese wurden medizinisch und organisatorisch-ökonomisch begründet [31] und in der Folge aktualisiert sowie u.a. an die Europäische Norm (EN 740) angepasst [32].

Weitere Empfehlungen betrafen die Umstellung der Gaskennfarben, Anwendervorschriften des Medizinproduktegesetzes, den Umgang mit Atemkalk sowie die Umsetzung der Gefahrstoffverordnung.

Ferner wurde von der DGAI-Kommission „Normung und Technische Sicherheit“ wurde 1997 auch eine Empfehlung für die postoperative Überwachung und die Intensivtherapie publiziert [33].

Darüber hinaus haben BDA und DGAI auch Stellungnahmen zur Qualitäts- und Qualifikationssicherung ambulanter Anästhesien erarbeitet [25,9,12,14].

III.1.2 Personalbedarf

Die Strukturqualität der anästhesiologischen Versorgung wird vor allem von einem quantitativ, qualitativ und zeitgleich leistungsadäquaten Personaleinsatz maßgeblich bestimmt [37].

Die Suche nach der geeignetsten Formel zur Ermittlung des Personalbedarfs in der Anästhesie beschäftigte (und beschäftigt bis heute) Generationen von Kolleginnen und Kollegen!

In den Gründerjahren gab es für unser Fachgebiet lediglich approximative „Personal-Anhaltszahlen“ und diese wurden für die Besetzung der OP-Tische sozusagen von den Chirurgen übernommen: „1 OP-Tisch = 1 Anästhesist“.

Zunächst galt es, das fachspezifische Aufgabenspektrum des „Dienstleistungsbetriebes Anästhesie“ zu quantifizieren, i.e. festzustellen welche durch die Operateure bzw. den Krankenhausträger vorgegebenen Tätigkeiten und Aufgaben über welchen Zeitraum an welchen Arbeitsplätzen anfallen [42].

Naturgemäß überwog zunächst die personelle Inanspruchnahme an den operationsabhängigen anästhesiologischen Arbeitsplätzen, wobei auch die anäs-

thesiologische Vor- und Nachsorge einschließlich der Patientenaufklärung in den verschiedenen operativen Disziplinen Berücksichtigung finden musste [42].

Mit Blick auf die notwendige Konzentration des Personaleinsatzes am OP-Arbeitsplatz wurden seit 1969, zunächst durch die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG), verschiedene, später angepasste Personalermittlungsverfahren eingeführt und modifiziert [4,45,46].

Basis war hier eine an fünf Arbeitstagen in der Woche zugrunde gelegte durchschnittlich fünfstündige Auslastung, später korrigiert um einen Zuschlagsfaktor für Ausfallszeiten (ZfA) sowie einen Arbeitszeit-Korrekturfaktor (AZK) gegenüber der 47-Stundenwoche im Jahr 1969: PB = n x ZfA x AZK = VK [39,4,45].

Der über die fünf Stunden hinausgehende Anteil an der Regelarbeitszeit sollte die operationssaalbezogenen Vor- und Nachsorgetätigkeiten abdecken [42]. Hierbei war nicht berücksichtigt, dass die realen Ausfallzeiten (Urlaub, Krankheit, Freistellung für Fort- und Weiterbildung etc.) in der Regel deutlich oberhalb der kalkulierten 15 % lagen.

Die 1969 von der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) empfohlenen „Anhaltszahlen für die Besetzung der Krankenhäuser mit Ärzten“ wurden zwischenzeitlich auf die tarifliche Arbeitszeitverkürzung und mit Rücksicht auf den Fortschritt der Medizin angepasst [4,39] und mündeten in der Formel n + 58 % [n = Zahl der Arbeitsplätze (OP-Tische, Untersuchungsplätze u.a.), die an 5 Tagen in der Woche bis zu 5 Stunden täglich gleichzeitig anästhesiologisch versorgt wurden]. Für den Anästhesie-Funktionsdienst galt die Formel n + 15 % [38].

Das Engere Präsidium der DGAI hatte 1983 eine gemeinsame Kommission mit dem BDA zum „Stellenbedarf und Stellenplanberechnungen“ eingesetzt (K. Eyrich [federführend] - H. Menzel - J. Schara - J. Wawersik) und der BDA hatte seinerseits 1984 eine eigene Kommission „Personalbedarf in der Anästhesie“ eingesetzt (H. W. Opderbecke [federführend] - Meyer - H. Menzel - K. Zinganell). Aus den Vorschlägen beider Kommissionen war ein Entschließungsentwurf entstanden [29], der auf den Anhaltszahlen der DKG [38,39] basierte und um einen Faktor „Y“ erweitert wurde, um eine stärkere Differenzierung des Personalbedarfs, bezogen auf den anästhesiologischen Arbeitsplatz, vornehmen zu können. Ein weiterer Faktor „B“ sollte den nicht arbeitsplatzbezogenen zusätzlichen Personalbedarf definieren.

Zunächst musste man sich aber über realistische (!) Anästhesiezeiten verständigen. Die bisher zugrunde gelegte eigentliche „Narkosedauer“ (X – X), von Narkoseeinleitung bis -ausleitung, entsprach nicht der realen Präsenz des Anästhesisten am Arbeitsplatz. Letztere ist vielmehr charakterisiert durch den Zeitraum von der Übernahme des prämedizierten Patienten in den OP-Bereich bis zur Abgabe an die nachfolgende Überwachungseinheit. K. Fischer brachte 1984 den Begriff „Anästhesiepräsenz“ (A – A) [41] ins Gespräch, und DGAI und BDA haben den Begriff der „effektiven Anästhesiepräsenz“ eingeführt [42, 117].

Zusätzlich erfasst werden mussten organisatorisch bedingte „Leerzeiten“.

Auf Vorschlag von H.W. Opderbecke hat das Deutsche Krankenhausinstitut Düsseldorf (DKI) am 1. und 2. Dezember 1988 einen Workshop zum Thema „Personalbedarf in der Anästhesie“ veranstaltet, an dem Fachvertreter des BDA, leitende Krankenhauschirurgen sowie leitendes Operations- und Anästhesiepflegepersonal teilnahmen [37].

Auf dem Boden der bisher schon aus medizinischen Gründen geübten zeitgerasterten Narkose-Dokumentation und der Einbindung der „effektiven Anästhesie-Präsenz“ in das Personalberechnungskonzept der DKG wurden Wege aufgezeigt, den Personaleinsatz in der Anästhesiologie leistungsadäquat zu dimensionieren [41,37,117].

Gänzlich unberücksichtigt blieb bis dato jedoch der darüber hinausgehende Personal-Zusatzbedarf, der sich durch organisatorisch oder auch medizinisch notwendige Doppelbesetzungen begründete [44,113] (Tab. 5).

Tabelle 5

Organisatorisch bzw. medizinisch notwendige Doppelbesetzungen.

Doppelbesetzungen	
1	**Organisatorische Erschwernisse**
1.1	Supervision im Rahmen der Weiterbildung
1.2	Räumliche Erschwernisse
2	**Medizinische Erfordernisse**
2.1	Herz-/Gefäßchirurgie
2.2	Neurochirurgie / Traumatologie
2.3	Geburtshilfe
2.4	Invasives Monitoring
2.5	Extreme Lagerungen

Die bisherigen Personalschlüssel unterstellten fiktiv, dass jede so ermittelte ärztliche Vollkraft eine hinreichende Qualifikation besitzt, um diesen Arbeitsplatz selbständig zu versorgen. Es blieb dabei gänzlich unberücksichtigt, dass der Arzt in Weiterbildung einer laufenden, wenn auch an Intensität allmählich abnehmenden Unterweisung und Beaufsichtigung bedarf [42], wie es nicht nur unsere Verbände, sondern auch die Rechtsprechung forderte [112, 97]. Hier darf nochmals auf das BGH-Urteil zur „Parallelnarkose“ [8,13,97] hingewiesen werden, nach dem es den Erfordernissen einer ordnungsgemäßen Patientenversorgung strikt widerspricht, wenn zur Personaleinsparung Parallelnarkosen routinemäßig geplant und durchgeführt werden [111,112]. Im Übrigen hatte Weißauer bereits 1986 unmissverständlich auf die Haftung des Krankenhausträgers bei personeller Unterbesetzung der Anästhesieabteilung hingewiesen [111].

Je nach baulicher Struktur und Arbeitsplatzanordnung sind des Weiteren Doppelbesetzungen aus Gründen der Supervision unverzichtbar.

Zudem mussten die OP-Arbeitsplatz-unabhängigen Tätigkeiten des Anästhesisten außerhalb der rein anästhesiologischen Arbeitsplätze im OP geltend gemacht werden [42] (Tab. 6).

Tabelle 6

Arbeitsplatzunabhängiger Mehrbedarf	
1	Notfallaufnahme
2	Aufwachraum
3	Konsiliartätigkeit
4	Stationäre Schmerztherapie
5	Hämodilution / Eigenblutspende
6	Transportbegleitung
7	Rettungsdienst
8	Reanimation / Notfalltherapie
9	Administration
10	Unterrichtsverpflichtungen
11	Fort- und Weiterbildung

Da bei der ärztlichen Personalbedarfsermittlung weder bei der DKG noch beim Bundesgesundheitsministerium ernst zu nehmende analytische Konzepte zu erwarten waren, sah der BDA die Notwendigkeit einer laufenden Einflussnahme als erforderlich an, um mit der Entwicklung Schritt zu halten und gründete deshalb auf der Präsidiumssitzung am 17. November 1991 eine neue Kommission „Personalbedarfsermittlung". Als Kommissionsmitglieder wurden K. Fischer [federführend], E. Götz, G. Hack und Th. Kersting benannt. Die Ergebnisse dieser Kommission waren zwar klinikintern sehr hilfreich, um den Personalbedarf aus Sicht der Anästhesie zu begründen. Andererseits beklagten viele Kollegen, dass die mit der Wirtschaftlichkeitsüberprüfung von Krankenhausträgern beauftragten Prüfgesellschaften sehr unterschiedliche Kriterien zur Personalbedarfsermittlung anwendeten.

Nachdem die jahrelangen Verhandlungen nach § 19 KHG mit den Kostenträgern zu keinen gemeinsamen Vorstellungen geführt hatten, wollte die DKG 1989 ein neues Konzept der Personalbedarfsermittlung an den Krankenhäusern erarbeiten. Hierzu hatten H. W. Opderbecke, K. Fischer und Präsident K. Zinganell auf Einladung von Dipl.-Kfm. Günter Golombeck, Hauptreferent der DKG Gelegenheit, die Vorstellungen unseres Fachgebietes am 24. Oktober 1989 bei einer Anhörung in Düsseldorf vorzutragen.

Hierbei konnte unser Fachgebiet mit Erfolg für den Fortbestand der arbeitsplatzbezogenen Berechnungsmethode unter Berücksichtigung unserer seinerzeitigen Entschließung und der Beratungsergebnisse des Workshops im Dezember 1988 in Düsseldorf plädieren und die DKG u.a. davon überzeugen, dass in der Intensivmedizin die Behandlungsdauer für die Berechnung des ärztlichen Personalbedarfs eine unverzichtbare Größe darstelle.

Bei einem weiteren Gespräch am 6. November 1989 hatten seitens der DKG Golombeck und seitens unserer Verbände Fischer teilgenommen, um weitere Detailfragen abzusprechen.

Jedenfalls wollte die DKG auch an dem Prinzip festhalten, 5 Stunden eines Achtstundentages für die Tätigkeit am OP-Tisch und 3 Stunden für die Vor- und Nachsorge vorzusehen. Das war uns besonders wichtig, weil man zwar die Anästhesiezeiten oder besser gesagt die „effektive Anästhesie-Präsenz" [42] exakt dokumentieren konnte, nicht dagegen die patientenbezogenen Zeiten der Vorbereitung und Nachbetreuung. Außerdem war uns wichtig, die Notwendigkeit zeitweiliger Doppelbesetzungen von Arbeitsplätzen aus organisatorischen (Unterweisung und Beaufsichtigung) oder medizinischen Gründen (erhöhter Schwierigkeitsgrad, erhöhtes Risiko) zu begründen.

Unter Berücksichtigung dieser Grundsätze war der ärztliche Personalbedarf im Anästhesiedienst nach der folgenden (BDA-) Formel (1989) zu berechnen (Tab. 7):

Tabelle 7

Personalbedarf Ärztlicher Dienst (1989).

Personalbedarf (Ärzte)		
PB	=	**[(N + A) x K + B] x ZfA**
N	=	anästhesiologischer Arbeitsplatz
A	=	arbeitsplatzbezogener ärztlicher Zusatzbedarf
B	=	Zuschlag für nicht arbeitsplatzbezogene Sonderaufgaben
K	=	Korrekturfaktor für Arbeitszeitverkürzungen gegenüber einem 8-stündigen Arbeitstag
ZfA	=	Zuschlag für Arbeitsausfallzeiten

H.W. Opderbecke hatte 1990 vorgeschlagen, ein Seminar zur Personalbedarfsermittlung und Wirtschaftlichkeitsprüfung zu veranstalten. Ein Angebot des Deutschen Krankenhausinstituts (DKI) in Zusammenhang mit der Prüfgesellschaft WIBERA durch Dr. Th. Kersting hatte vorgelegen.

K. Zinganell hatte vorgeschlagen, die bisherigen Defizite des BDA zum Thema Wirtschaftlichkeit und Personalbedarf durch ein Gutachten des Deutschen Krankenhausinstituts zu kompensieren. Das DKI wurde beauftragt, einen „Leitfaden zur Personalbedarfsermittlung im Bereich Anästhesie und Intensivmedizin" zu erstellen [55].

Am 15. März 1990 hatte die DKG das neue „Konzept für ein analytisches Verfahren zur Ermittlung des Personalbedarfs im ärztlichen Dienst der Krankenhäuser" beschlossen [45]. Die Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) hatten dagegen bereits am 25. Juni 1989 ihr einnahmeorientiertes „Empirisches Konzept zur Ermittlung von Personal-Anhaltszahlen" vorgelegt und in die Verhandlungen nach § 19 KHG eingebracht [45,46]. Da die Verhandlungen zwischen DKG und GKV nicht zum Erfolg führten, war die Bundesregierung gemäß § 19 Abs. 2 KHG gefordert, eine Rechtsverordnung über Maßstäbe und Grundsätze für die Personalbedarfsbemessung im ärztlichen Dienst zu erlassen [45].

Am 1. Januar 1993 trat die vom Bundesgesundheitsministerium erarbeitete „Personalbedarfsverordnung" in Kraft. Sie beinhaltete aber lediglich ein Konzept der Personalbedarfsberechnung für den Pflegedienst ohne Berücksichtigung der Intensivpflege und des Personalbedarfs im Operationssaal.

Eine interdisziplinäre Greifswalder Arbeitsgruppe um M. Wendt und D. Lorenz (unter Mitarbeit von Th. Prien, B. Freitag und K. Taeger) hat 1999 eine neuartige Definition zur perioperativen Leistungserfassung vorgelegt [115]. Im Wesentlichen wurde zur Zeiterfassung im OP vom Zeitmarker „Schnitt-Naht-Zeit" abgegangen.

Für die Anästhesie wurden dabei unter anderem folgende Zeitpunkte bzw. Zeiträume relevant:

- Anästhesie-Präsenz Beginn/Ende:
  Zeitpunkte, an denen die überwiegende Zuwendung des Anästhesisten zum Patienten erfolgt bzw. endet und zwischen denen sich der Anästhesist nicht mehr um einen weiteren Patienten kümmern kann.
- Anästhesie-Einleitungsbeginn und
- Anästhesie-Einleitungsende (OP-Freigabe):
  Zeitpunkt, an dem alle für den Beginn des Eingriffes (Tätigkeit des Operateurs am Patienten) erforderlichen Maßnahmen der Überwachung und der Anästhesie/Lokalanästhesie abgeschlossen sind.

Wesentlicher Grundgedanke dieser Definitionen war, in den verschiedenen perioperativen Phasen die objektive Personalbindung des Anästhesisten bzw. Operateurs zeitlich zu erfassen.

Mit Blick auf die Einführung der DRGs formulierte Präsident Landauer 2006 „Die Personalbedarfsberechnung ist tot, es lebe die Personalbedarfsberechnung!“ [61]. In der Tat bekam das Qualitätsmanagement eine andere Dimension.

Unter der Koordination von Th. Iber und Th. Klöss entwickelte die Arbeitsgruppe „Personalmanagement und Personalbedarfsplanung“ des Forums „Qualitätsmanagement und Ökonomie“ von BDA und DGAI ein neues Konzept zur Personalbedarfsberechnung, das sich von der reinen Zeitendokumentation zu Gunsten der Arbeitsplatzmethode gelöst hat [51]. Basismethode zur Berechnung der notwendigen Vollkräfte ist die Betrachtung der vom Krankenhausträger vorgegebenen Saalöffnungszeiten aller betriebenen OP-Säle.

Mit diesem methodischen Ansatz ging die Arbeitsgruppe davon aus, einen Weg zur leistungs- und erlösorientierten Personalbedarfsplanung, basierend auf dem DRG-System, eröffnen zu können.

Die Personalbedarfs-Diskussion um die Besetzung von Intensivstationen wurde getrennt geführt. Auf Beschluss des Präsidiums des BDA vom 21. Oktober 1983 wurde eine Ad-hoc-Kommission (Frau U. Jensen - G. Andree - J. Kilian - H. Menzel - H.W. Opderbecke) eingesetzt mit dem Ziel, ein Konzept zur Personalbesetzung von Intensiveinheiten zu erarbeiten.

1986 hatte die DGAI eine Kommission „Personalbesetzung von Intensiveinheiten“ (P. Lawin [federführend] - H. Burchardi - W. Dick - K. Peter) eingesetzt, die eine Entschließung zur Organisation der Intensivmedizin vorbereiten sollte.

Die Internisten hatten unsere erarbeiteten Empfehlungen zur Organisation der Intensivmedizin zur Kenntnis erhalten und schlugen vor, eine gemeinsame Empfehlung der DIVI zu publizieren.

Letztlich kam es aber erst 2009 zu einer in sich konsistenten, ablaufadäquaten und leistungsbezogenen Personalbedarfskalkulation in der Intensivmedizin auf Basis der Arbeitsplatzmethode [35,110,105].

III.2 Prozessqualität

Prozessqualität beschreibt sämtliche diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen innerhalb eines Versorgungsablaufes, die unter Berücksichtigung der individuellen Krankheitsmerkmale eines Patienten ergriffen werden oder nicht ergriffen werden.

Bei der Prozessqualität stellt sich somit die Frage nach dem „Wie“ der Behandlung, bezieht sich direkt auf medizinische Fragen [C] und ist konzentriert auf das Merkmalsbündel „Versorgungsablauf“, also auf die Gesamtheit der Aktivitäten, die zwischen den am Versorgungsprozess Beteiligten ablaufen [53].

Die größtmögliche Sicherheit der Patientenversorgung hängt in der Anästhesiologie von einer reibungslosen interdisziplinären Kooperation und einer klaren Kompetenzverteilung sowie von einer zweckmäßigen Organisation der ärztlichen Tätigkeit ab [31,69]. Daher haben BDA und DGAI schon sehr frühzeitig damit begonnen, die Zusammenarbeit im OP, in der Intensiveinheit und anderen Bereichen mit den jeweiligen Verbänden der das Grundleiden behandelnden Fächer in interdisziplinären Vereinbarungen zu regeln (Tab. 8, 9). Viele Jahre haben hierbei federführend H.W. Opder-

Tabelle 8

Vereinbarungen mit den Chirurgen
Entschließungen – Empfehlungen – Vereinbarungen – Leitlinien (BDA und DGAI).

1965	Richtlinien für die Stellung des leitenden Anästhesisten
1970	Vereinbarungen zwischen den Fachgebieten Chirurgie und Anästhesie über die Aufgabenabgrenzung und die Zusammenarbeit in der Intensivmedizin
1970	Kommentar zu den Vereinbarungen zwischen den Fachgebieten Chirurgie und Anästhesie über die Aufgabenabgrenzung und die Zusammenarbeit in der Intensivmedizin
1971	Empfehlungen zur Organisation der Anästhesie im Rahmen der Neurochirurgie
1982	Vereinbarung über die Zusammenarbeit bei der operativen Patientenversorgung
1982	Kommentar zur Vereinbarung über die Zusammenarbeit bei der operativen Patientenversorgung
1987	Verantwortung für die prä-, intra- und postoperative Lagerung des Patienten
1989	Vereinbarung über die Zusammenarbeit bei der Bluttransfusion
1989	Kommentar zur Vereinbarung über die Zusammenarbeit bei der Bluttransfusion
1993	Vereinbarung zur Organisation der postoperativen Schmerztherapie
1993	Anmerkungen zur Vereinbarung über die Organisation der postoperativen Schmerztherapie
1993	Vereinbarung zur Organisation der postoperativen Schmerztherapie
2005	Vereinbarung zur Qualitätssicherung ambulante Anästhesie
2006	Kommentar zur Vereinbarung zur Qualitätssicherung ambulante Anästhesie
2007	Gemeinsame Empfehlung zur Ausstattung und Organisation Interdisziplinärer operativer Intensiveinheiten (IOI)

becke und W. Weißauer entscheidend mitgewirkt [72,73,74], wobei es allen Beteiligten zu Gute kam, dass Walther Weißauer über viele Jahre Justitiar sowohl des BDA als auch des Berufsverbandes der Deutschen Chirurgen (BDC) war.

Diese Tradition partnerschaftlicher Zusammenarbeit fortsetzend, finden seit nunmehr zehn Jahren jährliche Präsidialgespräche der Fachgesellschaften und Berufsverbände von Anästhesiologie und Chirurgie statt.

Die vorerst letzten großen Vereinbarungen mit anderen Fachgebieten sind

- die auf dem Boden einer interdisziplinären Konsensuskonferenz mit Vertretern der DGAI, des BDA, der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin und der Deutschen Gesellschaft für Internistische Intensivmedizin und Notfallmedizin 2007 verabschiedete „Gemeinsame Empfehlung zur Organisation der Intensivmedizin", die auch interdisziplinäre (gemeinsame konservative/operative) Intensivstationen berücksichtigt [35].
- die „Gemeinsame Empfehlungen zur Ausstattung und Organisation interdisziplinärer operativer Intensiveinheiten (IOI)" von Anästhesie und Chirurgie (2007) [102].
- die „Gemeinsame Empfehlung zur präoperative Evaluation erwachsener Patienten vor elektiven, nicht kardiochirurgischen Eingriffen" von Anästhesie, Chirurgie und Innerer Medizin (2010) [118].

Eine hohe Prozessqualität setzt darüber hinaus voraus, dass diagnostische und therapeutische Maßnahmen den anerkannten Regeln der medizinischen Wissenschaft und den Erfahrungen der Berufspraxis entsprechen. Typische Instrumente zur Sicherung der Prozessqualität sind fachliche Festlegungen und Leitlinien.

Daher haben unsere beiden Verbände wie keine andere medizinische Fachdisziplin in vorbildhafter Konsequenz durch Entschließungen zur Organisation der Patientenversorgung und eine Reihe von Empfehlungen zur anästhesiologischen Versorgung (Tab. 10) inkl. der Grundsätze zur Zulässigkeit und den Grenzen von Parallelverfahren formuliert [114,30,9,8,31,73,69].

Die interdisziplinären Vereinbarungen mit anderen Fachgebieten und Entschließungen der Verbände wurden bereits 1983 durch Opderbecke und Weißauer in einer Schrift „Entschließungen, Empfehlungen, Vereinbarungen" auf 207 Seiten zusammengefasst publiziert [72,

Tabelle 9

Vereinbarungen mit weiteren Fachgebieten
Entschließungen – Empfehlungen – Vereinbarungen – Leitlinien (BDA und DGAI).

Gynäkologie und Geburtshilfe	
1992	Erstversorgung von Neugeborenen
1992	Anmerkung zur gemeinsamen Stellungnahme „Erstversorgung von Neugeborenen"
1996	Vereinbarung über die Zusammenarbeit in der operativen Gynäkologie und Geburtshilfe
1996	Mindestanforderungen an prozessuale, strukturelle und organisatorische Voraussetzungen für geburtshilfliche Abteilungen
1999	Anwesenheit der Väter bei Sectio caesarea
Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde	
1976	Vereinbarungen über die Zusammenarbeit in der HNO-Heilkunde
Innere Medizin	
1980	Gemeinsame Empfehlungen für die Fachgebiete Anästhesiologie und Innere Medizin zur Organisation der Intensivmedizin am Krankenhaus
2007	Gemeinsame Empfehlung zur Organisation der Intensivmedizin
Ophthalmologie	
1998	Gemeinsame Empfehlung über die Zusammenarbeit in der operativen Ophthalmologie
1998	Anmerkung zur gemeinsamen Empfehlung über die Zusammenarbeit in der operativen Ophthalmologie
Orthopädie	
1984	Vereinbarung über die Zusammenarbeit bei der operativen Patientenversorgung
1984	Kommentar zur Vereinbarung über die Zusammenarbeit bei der operativen Patientenversorgung
1991	Vereinbarung über die interdisziplinäre Zusammenarbeit in der Schmerztherapie
Urologie	
1972	Vereinbarung über die Aufgabenabgrenzung und die Zusammenarbeit im operativen Bereich und in der Intensivmedizin
1972	Kommentar zur Vereinbarung über die Aufgabenabgrenzung und die Zusammenarbeit im operativen Bereich und in der Intensivmedizin
Weitere Fachgebiete	
1994	Gemeinsame Stellungnahme deutscher wissenschaftlicher Gesellschaften zum Hirntod
2001	Erklärung zum Hirntod

Tabelle 10

Qualitätssicherung
Entschließungen – Empfehlungen – Vereinbarungen – Leitlinien (BDA und DGAI).

1989	Ausstattung des anästhesiologischen Arbeitsplatzes Zur Fortschreibung der Empfehlungen der DGAI und des BDA
1989	Qualitäts- und Qualifikationssicherung praxis-ambulanter Anästhesie
1990	Qualitäts- und Qualifikationssicherung ambulanter anästhesiologischer Leistungen im Rahmen der Schmerztherapie
1995	Qualitätssicherung in der Anästhesiologie Zur Fortschreibung der Empfehlungen der DGAI und des BDA
1997	Apparative Ausstattung für Aufwachraum, Intensivüberwachung und Intensivtherapie
2000	Der erweiterte Datensatz Kardioanästhesie – Eine modulare Ergänzung des Kerndatensatzes Anästhesie der DGAI –
2002	Zur Sicherung guten wissenschaftlichen Verhaltens
2004	Leitlinie: Airway Management
2004	Kerndatensatz Intensivmedizin – Präambel -
2007	Qualitätssicherung mit dem Erweiterten Kerndatensatz Kardioanästhesie
2010	Kerndatensatz Anästhesie Version 3.0 / 2010. Aktualisierter Datensatz zur Durchführung der externen Qualitätssicherung in der Anästhesie
2010	Kerndatensatz Intensivmedizin 2010 der DIVI und DGAI

73,74,10]. Zu einer Zeit, als „Qualitätssicherung" für viele noch ein Fremdwort war, hieß der Untertitel dieses Werkes „Ein Beitrag zur Qualitätssicherung in der Anästhesiologie". Dieses Buch wurde in einer dritten Auflage in Form einer Loseblattsammlung, ab hier herausgegeben von BDA und DGAI im Lektorat von A. Hisom und H. Sorgatz, um die fachgebietsbezogenen Leitlinien ergänzt und erschien 2011 in 5. Auflage [34] wiederum als gebundene Sammlung mit einer Seitenzahl von 797, ohne die von ihrem Umfang her nicht mehr in dieser Form darstellbaren Leitlinien. Bei letzteren handelt es sich um ein Thema, das einer eigenen Abhandlung wert wäre und zudem in eindeutiger Zuständigkeit der DGAI liegt.

III.3 (Ablauf- und) Ergebnisqualität

Die Ergebnisqualität orientiert sich an den End- bzw. Zielpunkten medizinischer Versorgung und beschreibt somit das Ausmaß der Realisierung von Leistungszielen [3]. Die für die Evaluation wichtigste Dimension bezieht sich letztendlich auf das Outcome und determiniert, ob die beabsichtigte Zielsetzung erreicht wurde. Hierbei spielt neben der Vermeidung von Behandlungsfehlern oder Komplikationen auch die Patientenzufriedenheit [15,107] in Bezug auf die Behandlung und das erreichte Ergebnis eine dominierende Rolle. Die Ergebnisqualität ist damit der wichtigste Beurteilungsmaßstab für eine medizinische Leistung [C,D].

Zur Sicherung einer hohen Ergebnisqualität wurde, nicht zuletzt als notwendige Konsequenz aus der Abkehr vom (unbudgetierten) Selbstkostendeckungsprinzip in der Krankenhausfinanzierung, mit dem Gesundheitsreformgesetz 1993 (GRG) die Verpflichtung zur Qualitätssicherung auf gesetzlicher Grundlage eingeführt.

IV. Qualitätssicherung

IV.1 Interne Qualitätssicherung (-kontrolle)

Bei der internen Qualitätssicherung wird versucht, Arbeitsprozesse innerhalb einer Organisation zu gestalten und so ein nachhaltiges Auseinandersetzen mit der Qualität zu generieren. Im Vordergrund des internen Qualitätsmanagements stehen die ständige Überprüfung der eigenen Leistung, die Suche nach möglichen Schwachstellen und das Bemühen, Erreichtes zu verbessern. Beispiele für quantitative Verfahren sind die Analyse von Routinedaten, problemzentrierte Auswertungen und vor allem Befragungen von Patienten und Mitarbeitern [21,107].

Zu den Instrumenten des (internen) Qualitätsmanagements gehören neben den „Patientenbefragungen", die sehr wohl Schwachstellen detektieren können, insbesondere die „Qualitätszirkel". Diese ermöglichen den Mitarbeitern einer Organisation, auftretende Störungen im eigenen Arbeitsablauf zu analysieren und Lösungsvorschläge zu erarbeiten. Das wichtigste Instrument qualitativer Verfahren zur Erkennung und Optimierung als problematisch erkannter Arbeitsprozesse stellt somit die Arbeit in Qualitätszirkeln dar [52,3].

In der Anästhesie, wie in anderen medizinischen Fachgebieten auch, erfolgte eine gewisse Qualitätskontrolle schon immer durch selbstkritische Rechenschaft, Fallbesprechungen oder Abteilungskonferenzen.

Wie kein anderes Fachgebiet hat die Anästhesie aber sehr früh begonnen, die Tätigkeit im OP in einem sehr engen Zeitraster und in einem zunehmend komplexeren Umfang zu dokumentieren [70]. Diese „Narkoseprotokolle" beinhalteten neben Hinweisen auf Prämedikation und Risikofaktoren sowohl Daten über Anästhetika und -adjuvantien und deren Dosierung als auch Kreislauf- und Beatmungsparameter, Angaben zum Monitoring sowie Empfehlungen zur postoperativen Nachsorge [75]. So lassen interne Auswertungen und statistische Analysen durchaus Rückschlüsse auf die Qualität der jeweiligen Anästhesieverfahren zu [75,70].

Das Anästhesieprotokoll ist somit die ärztliche Aufzeichnung gemäß § 11 der Berufsordnung für Ärzte [91]. Diese Protokolle waren darüber hinaus auch

als Grundlage und Begründung von Personalberechnungen unverzichtbar.

Im Rahmen der Dokumentationspflicht ärztlicher Leistungen kamen klinikindividuell unterschiedliche „Narkoseprotokolle“ zur Anwendung. Im Rahmen der von BDA und DGAI definierten Mindestvoraussetzungen [26] wurden in verschiedenen Zentren „Musterprotokolle“ [75,54,70] entwickelt. Der Durchbruch gelang jedoch erst mit den maschinenlesbaren Protokollen, die auch eine statistische Aufarbeitung gewährleisteten und somit auch eine geeignete Basis für die Personalbedarfsermittlung darstellten [77,75,76,70].

Die Mindestinhalte für ein Anästhesieprotokoll wurden 1989 von der DGAI publiziert [26,70] und sind Grundlage jeder weiteren Protokollentwicklung [75]. Sie wurden 1991/92 um die Anforderungen zur Durchführung von Qualitätssicherungsmaßnahmen erweitert [77,76,27,95], wobei die überarbeitete ZEK-Liste der DGAI übernommen und integriert wurde.

IV.2 Externe Qualitätssicherung

Nach der Definition der Bundesärztekammer bedeutet gute Qualität „ein Vermeiden von unnötigem Risiko und Aufwand bei Erreichen eines erreichbaren Zieles“ [17,3].

Unter externer Qualitätssicherung werden Maßnahmen verstanden, die einrichtungsübergreifend durchgeführt werden. Diese Maßnahmen ermöglichen den Vergleich gleichartiger Leistungen verschiedener Institutionen. Rechtsgrundlage für die externe Qualitätssicherung sind grundsätzlich § 135a und § 137 Sozialgesetzbuch V. Der Gesetzgeber hat den Selbstverwaltungsorganen damit die Aufgabe übertragen, über externe Verfahren das Leistungsniveau der einzelnen medizinischen Einrichtungen abzubilden und Vergleichsmaßstäbe zu entwickeln. Die hierbei zum Einsatz kommenden Instrumente der externen Qualitätssicherung sind der Einsatz von Zertifizierungsverfahren, die Entwicklung von Leitlinien und von Krankenhausvergleichen (Benchmarking) [104,3].

Definierte Qualitätsstandards für eine derartige externe Kontrolle der Ergebnisqualität existierten aber (noch) nicht [69,70].

Eine vergleichende Qualitätssicherung von Anästhesieverfahren wirft im Unterschied zur Beurteilung von Leistungen anderer Fachgebiete spezielle Probleme auf, da die Rate manifester Komplikationen oder gar anästhesiebedingter Todesfälle so gering ist, dass sie für eine statistische Aufarbeitung zur Ermittlung von Standards nicht herangezogen werden können.

In der englischsprachigen Literatur wird statt des realen Ergebnisses indirekt das unerwünschte Ergebnis durch die Registrierung der „Five D's“ (Death, Disease, Disability, Discomfort, Dissatisfaction) herangezogen [64,53].

Wegen der Besonderheiten bei der Ermittlung anästhesiebedingter Einflüsse auf das Qualitätsniveau der klinischen Behandlung haben unsere Verbände einen anderen Weg eingeschlagen:
Hierzu war es notwendig, darüber hinausgehende Ereignisse und „Beinahe-Zwischenfälle“ zu erfassen, also Vorkommnisse, die normalerweise im Anästhesie-Protokoll nicht unbedingt dokumentiert werden, da sie für den Patienten folgenlos geblieben sind, für die Beurteilung der Qualität des Verfahrens jedoch gleichwohl von Bedeutung sind [21,69]. Es galt also, diejenigen möglicherweise anästhesiebedingten Zwischenfälle, Ereignisse oder Komplikationen im Anästhesieablauf systematisch zu registrieren, die ein negatives Ergebnis hätten hervorrufen können oder hervorgerufen haben und ein therapeutisches Eingreifen notwendig gemacht haben [21,53].

In der Anästhesie wird daher als Kriterium zur Beurteilung von Prozessqualität u.a. die Evaluation der „Anästhesieverlaufsbeobachtung“ (AVB) (früher: ZEK) eingesetzt [15].

Auf Initiative von H. W. Opderbecke und Prof. Siegfried Eichhorn, dem ehemaligen Vorstandsmitglied des DKI, und in Zusammenarbeit mit dem Deutschen Krankenhausinstitut Düsseldorf (DKI) hat die DGAI 1988 ein von der Robert-Bosch-Stiftung Stuttgart gefördertes Forschungsprojekt „Verfahrensentwicklung und Verfahrenserprobung zur Qualitätssicherung in der Anästhesiologie“ durchgeführt (Abb. 5), an dem insgesamt neun Krankenhäuser unterschiedlicher Versorgungsstufen in Nordrhein-Westfalen und Bayern beteiligt waren, wobei insgesamt 25.247 Narkosen zur Auswertung kamen [53,69,54,56,70].

Ziel dieses Forschungsvorhabens war es, zu ermitteln, welche derartigen Ereignisse sich als relevante Parameter zur Qualitätsbeurteilung eignen, sie näher zu definieren und dokumentationspflichtig zu machen, sowie aus diesen Erkenntnissen ein geeignetes, EDV-gerechtes Anästhesie-Protokoll zu entwickeln, das es gestattet, diese bisher nicht dokumentierten Sachverhalte zu erfassen und zu bewerten [69].

Geprüft und erprobt wurde die Akzeptanz, Praktikabilität und Relevanz eines Verfahrens zur Qualitätssicherung, das der Einschränkung unterliegt, dass die Qualität der Anästhesie nicht in objektiven, absoluten Messkategorien erfassbar ist [53].

Darüber hinaus sollte ein Verfahren entwickelt werden, das es ermöglicht, die Anästhesie-Protokolle bei Eingabe für die Zwecke der Qualitätssicherung in die EDV so zu kodieren, dass der einzelne Fachkollege nicht mehr reidentifiziert werden kann, i.e. vor der Auswertung zum Zwecke der Qualitätssicherung mussten die protokollierten Daten aus Gründen des Datenschutzes und um eine möglichst vollständige Dokumentation auch von sensiblen Daten zu erreichen, anonymisiert werden [27, 70]. Andernfalls wäre eine selbstkritische und ehrliche Dokumentation von „Beinahe-Zwischenfällen“ nicht gewährleistet [69]. So aber gelingt es, Schwachstellen zu detektieren und im Vergleich zu Nachbarkliniken oder einem Kollektiv zu gewichten und daraus Konsequenzen zu ziehen.

Als wesentlichstes Ergebnis dieser Studie zeigte sich, dass die Ermittlung von

Zwischenfällen, Ereignissen und Komplikationen (ZEK) ein geeignetes Verfahren zur Registrierung prozess- und ergebnisbezogener Qualität darstellt. Die ZEK-Registrierung ermöglichte eine zeitnahe Aufbereitung der im Behandlungsverlauf entstehenden Problembereiche und konnte als Instrument der Risikominderung und Ablaufsteuerung eingesetzt werden [95,96]. Aus den Ergebnissen dieser Studie hat die DGAI 1992 in enger Abstimmung mit dem BDA die Empfehlung „Maßnahmen zur Qualitätssicherung von Anästhesieverfahren" formuliert [27].

Mit dieser Empfehlung zur Erfassung der Ablauf- und Ergebnisqualität hat die DGAI den Anästhesisten ein Instrument an die Hand gegeben, um in einer praxisbezogenen, realisierbaren Dokumentation und Auswertung eine Qualitätssicherung von Anästhesieverfahren zu gewährleisten. Zugleich wurden damit die verfahrenstechnischen Voraussetzungen geschaffen, um den Forderungen des Gesetzgebers in § 137 SGB V nachzukommen, sich an Maßnahmen zur Qualitätssicherung zu beteiligen, durch die vergleichenden Prüfungen ermöglicht werden [18,53,56].

Die Datenerhebung gliederte sich in drei Abschnitte [53,54,27]:

- Registrierung von „Zwischenfällen, Ereignissen und Komplikationen" (ZEK, später „Anästhesiologische Verlaufsbeobachtungen" (AVB) genannt) während und unmittelbar nach dem Anästhesieverfahren
- Postanästhesiologische Erfassung von Störungen, Beschwerden und Komplikationen durch Patientenbefragung bzw. -untersuchung und/oder Auswertung der Arzt- und Pflegedokumentation zur Erfassung der Ergebnisqualität
- Postoperative Ermittlung der Patientenzufriedenheit durch Patientenbefragung mittels eines formalisierten Fragebogens (fakultativ).

Die ZEK und ihre fünf Schweregrade sind als qualitätsrelevant zu dokumentieren, wenn die drei folgenden Bedingungen kumulativ erfüllt sind, nämlich wenn die ZEK

- in zeitlichem Zusammenhang mit dem Anästhesieverfahren bei der Einleitung, während der Anästhesie oder der unmittelbaren postanästhesiologischen Überwachungsphase (d.h. in der Regel in der OP-Abteilung oder in der Aufwacheinheit) festgestellt werden und
- eine Interventionen durch den Anästhesisten erfordern, und
- Morbidität und Letalität zur Folge haben oder ohne Intervention möglicherweise gehabt hätten.

Die Dokumentationspflicht eines ZEK ist nicht abhängig davon, ob im konkreten Fall ein Kausalzusammenhang mit dem Anästhesieverfahren besteht [53,27].

Abbildung 5

Forschungsprojekt „Verfahrensentwicklung und Verfahrenserprobung zur Qualitätssicherung in der Anästhesiologie".
(getragen von der DGAI in Zusammenarbeit mit dem Deutschen Krankenhausinstitut Düsseldorf [DKI], gefördert durch die Robert-Bosch-Stiftung Stuttgart).

Forschungsprojekt zur Qualitätssicherung in der Anästhesiologie

Projektleitung	Prof. Dr. rer. pol. S. Eichhorn, Düsseldorf Prof. Dr. med. H. W. Opderbecke, Nürnberg
Projektleitstelle	Dr. med. Th. Kersting, Düsseldorf
Wissenschaftlicher Beirat	Prof. Dr. med. K. Fischer, Bremen Prof. Dr. med. J. Tarnow, Düsseldorf Dr. med. A. v. Wolff, Traunstein
Statistik und Auswertung	Prof. Dr. sc. hum. *H. J. Seelos, Düsseldorf*

An dem Forschungsvorhaben beteiligt klinische Anästhesie-Einrichtungen

- **Abteilung für Anästhesie und operative Intensivpflege Elisabeth-Krankenhaus Essen**
  Chefärztin: Priv.-Doz. Dr. *J. Schreiner-Hecheltjen* / Kontaktarzt: Dr. *R. Krause*
- **Abteilung für Anästhesie und interdisziplinäre Intensivmedizin Evangelisches Krankenhaus Mülheim/Ruhr**
  Chefarzt: Dr. *C. Müller* / Kontaktärztin: Dr. *S. Weißkopf*
- **Abteilung für Anästhesie und operative Intensivpflege Johanna-Etienne-Krankenhaus Neuss**
  Chefärzte: Dr. *B. Marquardt* und Dr. *E. Waldhausen* / Kontaktärztin: Dr. *A. Hirsekorn*
- **Abteilung für Anästhesie und interdisziplinäre Intensivpflege St. Anna-Krankenhaus Duisburg-Huckingen**
  Chefarzt: Dr. *G. Andree* / Kontaktärztin: Dr. *Ch. Wolter*
- **St.-Lukas-Klinik Solingen**
  Chefärzte: Dr. *B. Gorgaß* und Dr. *A. Driessen* / Kontaktarzt: Dr. *M. Weyer*
- **Anästhesie-Abteilung Stadtkrankenhaus Traunstein**
  Chefarzt: Freiherr Dr. *A. von Wolff* / Kontaktarzt: Dr. *Paul Schüller*
- **Abteilung für Anästhesie und operative Intensivpflege Städtisches Krankenhaus Gütersloh**
  Chefarzt: Prof. Dr. *D. Paravicini* / Kontaktärztin: Dr. *R. Semp*
- **Abteilung für Anästhesie und operative Intensivpflege Städtisches Krankenhaus Solingen**
  Chefarzt: Prof. Dr. *J. Busse* / Kontaktarzt: Dr. *P. Ahlmann*
- **Abteilung für Anästhesie und interdisziplinäre Intensivpflege Domenikus-Krankenhaus Düsseldorf-Heerdt**
  Chefarzt: Dr. *W. Franke* / Kontaktarzt: Dr. *G. Pützhofen*

Für die medizinische Basisdokumentation und für die Leistungserfassung notwendige Daten sind von der DGAI in den „Grundvorstellungen über die Inhalte des Anästhesieprotokolls und des präoperativen Zustandsprotokolls“ bereits 1989 festgelegt worden. Für die Erfassung qualitativer Merkmale des anästhesiologischen Behandlungsprozesses waren diese Inhalte nunmehr um die ZEK und deren Schweregrade erweitert worden [27].

Bei der Dokumentation war technisch zu gewährleisten, dass diese verfahrensbezogenen qualitätsrelevanten medizinischen Daten getrennt werden, bevor diese gemäß der ärztlichen Dokumentationspflicht in die Krankenakte aufgenommen werden [27].

Zur Realisierung des empfohlenen Verfahrens zur Qualitätssicherung von Anästhesieverfahren wurde ein Drei-Stufen-Konzept vorgeschlagen [27]:

- Innerbetriebliche Qualitätssicherung durch interne Datenauswertung (laufend oder periodisch) und Vergleich mit vorhandenen Daten früherer Auswertungen.
- Datenaustausch und -vergleich auf freiwilliger Basis zwischen Anästhesieeinrichtungen analoger Größe und Aufgabenstellung.
- Periodische überbetriebliche Auswertung multizentrisch ermittelter Daten repräsentativer Anästhesieeinrichtungen und Schaffung einer zentralen Datenbank zur Ermittlung von Durchschnittswerten und Toleranzbereichen, die einen Qualitätsvergleich ermöglichen.

Mit Erreichen der dritten Stufe waren zugleich die gesetzlichen Vorschriften gemäß § 137 SGB V erfüllt.

Auffälligkeiten bzw. das Überschreiten von Toleranzbereichen löst für die einzelnen Anästhesieeinrichtungen die Notwendigkeit der Überprüfung aus, ob Qualitätsdefizite dafür ursächlich sind oder ob Toleranzbereiche aus anderen Gründen überschritten werden. Dazu werden ggf. weitergehende Analysen, u.U. auch Einzelfallanalysen, erforderlich [27].

IV.2.1 Kerndatensatz Anästhesie

Ergänzend zu den bereits publizierten Empfehlungen zur Qualitätssicherung hat die Kommission „Qualitätssicherung und Datenverarbeitung“ der DGAI – basierend auf entsprechenden Vorarbeiten – einen „Kerndatensatz Anästhesie“ entwickelt, der – mit den Landesverbänden und dem BDA abgestimmt und vom Präsidium verabschiedet wurde [1]. Ergänzend hierzu wurden auf Veranlassung des Präsidiums der DGAI in den Landesverbänden „Beauftragte für Qualitätssicherung“ nominiert, um die notwendige Zusammenarbeit mit den Landesärztekammern sicherzustellen [1].

Dieser Kerndatensatz wurde nach einer 2-jährigen Entwicklungs- und Erprobungsphase 1993 publiziert [27,36] und zunächst inhaltlich und formell nicht verändert, um auch eine gewisse Akzeptanz bei den Softwareherstellern zu erreichen. Allerdings mussten auch ICD9- bzw. ICD10-Codes und vor allem ICPM-Codes zugelassen werden [49].

Mit diesem standardisierten Datensatz steht allen Kliniken bundesweit ein einheitlicher Datensatz zur Verfügung, der sowohl inhaltliche quantitative und qualitative als auch rechtliche Aspekte des präoperativen Zustands- und des intraoperativen Anästhesieprotokolls berücksichtigt. Somit war eine Voraussetzung für eine bundesweite Erfassung und zentrale Auswertung von qualitätsrelevanten Daten als Beitrag zur Qualitätssicherung in der Anästhesie geschaffen [78]. Die Auswertung der Daten erfolgte zunächst durch die Arbeitsgruppe um A. Tecklenburg in Hamburg [36].

In Hamburg war vom „Kuratorium für externe Qualitätssicherung“ (EQS) ein Fachgremium einberufen worden, um die fachlichen und organisatorischen Voraussetzungen für die Umsetzung der Qualitätssicherung in der Anästhesie zu ermöglichen. Das Fachgremium setzte sich unter Vorsitz von H.-N. Herden und P.-M. Schilke zusammen aus: Frau B. Kuhrt, J. Schulte am Esch, Th. Klöss, J. Schmitz, P. Peters, B. Schaarschmidt und J. Seidel zusammen [96].

Dieses Kuratorium war auf der Grundlage eines zweiseitigen Vertrages nach § 112 SGB V zwischen den Krankenkassen und der Hamburgischen Krankenhausgesellschaft, der Landesärztekammer Hamburg und des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherungen entstanden [96], wobei das Kuratorium für die jeweiligen Fachgebiete ein Fachgremium einberufen hat. Somit war für Hamburg die Finanzierung der Externen Qualitätssicherung verbindlich gesichert.

Das Fachgremium für Anästhesiologie hatte seine Arbeiten im Frühjahr 1992 aufgenommen und im Februar 1993 ein umfassendes Konzept zur Durchführung der externen Qualitätssicherung in der Anästhesiologie vorgelegt [63]. A. Tecklenburg hatte hierzu auf dem DAK ‘99 in Mannheim ein maschinenlesbares Narkoseprotokoll vorgestellt, das als einheitliches Protokoll der elf Anästhesieabteilungen des Landesbetriebs Krankenhäuser eingeführt wurde.

1995 folgte eine wichtige Begriffskorrektur zur Vermeidung eventueller forensischer Irritationen: der ursprünglich genutzte Begriff „ZEK“ (Zwischenfall, Ereignis, Komplikation) zur Beschreibung von unerwünschten Ereignissen während einer Anästhesie (Prozessqualität) oder Outcome (Ergebnisqualität) wurde umformuliert und umgewidmet in „AVB“ (Anästhesiologische Verlaufsbeobachtung) [57,47].

Im April 1996 haben die Präsidien von DGAI und BDA beschlossen, sich befristet finanziell an der zentralen Auswertung des DGAI-Kerndatensatzes in Mainz zu beteiligen, um neben der Optimierung des Kerndatensatzes und seiner Auswertung, den Mitgliedern die Auswertung und Rückmeldung der vor Ort erhobenen Daten kostenfrei zu ermöglichen.

Im März 1997 hatte Klöss die Präsidien der Verbände darüber informiert, dass in Hamburg mittlerweile 140.000 Narkosen flächendeckend zentral ausgewertet wurden. Das Hamburger Modell der externen Qualitätssicherung laufe sehr gut und biete den einzelnen Abteilun-

gen ein wertvolles Instrumentarium zur Steigerung der Qualität.

Da die Anschubfinanzierung durch DGAI und BDA vereinbarungsgemäß zum 31. Dezember 1997 auslief und sich bei Krankenkassen oder Behörden keine alternative Finanzierung abzeichnete, herrschte bei den beteiligten Kollegen zunächst etwas Unruhe über die weitere Entwicklung, zumal die Zentren in Mainz und Hamburg unterschiedliche Vorstellungen über den Umfang des Kerndatensatzes hatten [48,63].

Mit Beschluss vom 28. März 1998 hat das Engere Präsidium der DGAI daher unter der Moderation von K. Fischer einen „Runden Tisch Qualitätssicherung in der Anästhesiologie" eingerichtet, an dem Vertreter der EQS Hamburg, der Kommission Qualitätssicherung und Datenverarbeitung sowie der Präsidien teilnahmen: M. Benson, W. Heinrichs, Th. Klöss, B. Liebald, J. Martin, J. Meierhofer, P. M. Osswald, B. Schwilk, H. Sorgatz, C. Veit, Th. Weiler.

Im Ergebnis war es gelungen, gewisse, auch emotional bedingte Verstimmungen und Unzufriedenheiten auszuräumen und Konsens darüber zu erzielen, dass die DGAI einen einheitlichen, mit dem bisherigen kompatiblen Kerndatensatz empfehlen müsse, der möglichst flächendeckend auf Akzeptanz stoßen sollte. Hierzu hatte der „Runde Tisch" 1988 auch eine Umfrage bei allen Chefärzten und niedergelassenen Anästhesisten zur Akzeptanz des Kerndatensatzes durchgeführt.

Nach Erst-Veröffentlichung des Kerndatensatzes 1993 ist dieser in der Version 2.0 nach umfangreichen Vorarbeiten durch die Kommission Qualitätssicherung und Datenverarbeitung und weitere Experten ("Runder Tisch Qualitätssicherung") 1999 mit der Maßgabe aktualisiert worden, ihn flexibler bzw. differenzierter und anwenderfreundlicher einsetzen zu können [43,44].

Wesentliche Änderungen gegenüber der ursprünglichen Version beinhalteten eine detaillierte Beschreibung der Anästhesietechniken, eine konkretere Festlegung obligater und fakultativer Felder sowie mögliche Rückschlüsse auf ICPM (OPS 301) oder ICD-Klassifikationen. Zudem wurde die hierarchische Strukturierung der AVB-Kodierung für den intra- und postoperativen Zeitraum vereinheitlicht.

Modifikationsnotwendigkeiten mussten im Bereich der Eingriffsverschlüsselung (ICPM; ICD) sowie der AVBs vorgenommen werden [44]:

- Kodierung der Anästhesietechnik
- Integration der Codes für ICD und ICPM, Fallpauschalen und Sonderentgelte
- Einbindung einer neuen hierarchisch strukturierten AVB-Kodierung
- mit identischen Auswahllisten für den intra- und postoperativen Zeitraum
- Möglichkeit der Übermittlung spezieller Daten als modulare Ergänzung
- Postanästhesiologische Patientenbefragung als modulare Erweiterung.

Die Diskussion im Präsidium der DGAI hatte ergeben, dass eine zentrale Auswertung der Kerndatensätze etwa bei der DGAI aus Kostengründen ausscheide. Bezüglich der Auswertung der Kerndatensätze hat der „Runde Tisch" keine bundeszentrale, sondern eine dezentrale Auswertung vorgeschlagen. Hierzu waren die Hamburger Quant-Gruppe (EQS) um C. Veit und die Mainzer Gruppe (AQAI) über W. Heinrichs mit Angeboten an die DGAI herangetreten. In Baden-Württemberg war landesweit bei ca. 25 % der anästhesiologischen Abteilungen der Krankenhäuser die Auswertung und Bewertung der Datensätze etabliert. Bayern folgte 2002 und bietet über die „Bayerische Arbeitsgemeinschaft für Qualitätssicherung in der stationären Versorgung" (BAQ) auf freiwilliger Basis eine jährliche Auswertung an [47].

Es musste allerdings sichergestellt sein, dass diese Auswertungsstellen einheitliche, von der DGAI vorgegebene Kriterien, insbesondere hinsichtlich des Datenschutzes, von Plausibilitätskontrollen und vom Umgang mit den Daten im Übrigen erfüllten. Hierzu gehört insbesondere auch die Vorhaltung eines Fachgremiums.

Zehn Jahre nach Verabschiedung des Kerndatensatzes Version 2.0 haben die Präsidien von DGAI und BDA eine Arbeitsgruppe „Kerndatensatz 3" unter der Federführung von W. Heinrichs (W. Blumrich, S. Deil, M. Freitag, N. Kutz, I. Lüdtke, R. Röhrig und R. Streuf) beauftragt, den Kerndatensatz, basierend auf den Erfahrungen der Auswertungen anhand von über 1 Mio. Anästhesiedatensätzen, zu überarbeiten und auf einen fachlich aktuellen Stand zu bringen [47]. Der Kerndatensatz sollte ausdrücklich auch die niedergelassenen Anästhesisten sowie neue Strukturen wie medizinische Versorgungszentren (MVZ) einschließen [47].

Der „Kerndatensatz 3.0" hat 66, in mehreren Gruppen angeordnete Felder, wobei fast alle Felder obligate Felder sind und damit die gewünschte Konsolidierung und eine Fokussierung erreicht werden konnte [47].

Referenzdatenbanken der Auswertestellen, die sich anhand eines Kriterienkataloges durch die DGAI zertifizieren lassen mussten, stellen sicher, dass die vergleichende Gegenüberstellung der anonymisierten Daten einzelner Kliniken mit dem Referenzpool qualitätsrelevante Aussagen zulassen [43].

IV.2.2 Erweiterter Kerndatensatz Kardioanästhesie

Für gebündelte spezielle Interessensfelder, wie z.B. die Kardioanästhesie o.ä. sind grundsätzlich modulare Erweiterung des Kerndatensatzes möglich [43].

1997 haben der Wissenschaftliche Arbeitskreis Kardioanästhesie unter Federführung von U. Schirmer und die Arbeitsgruppe „Qualitätssicherung" des Arbeitskreises eine modulare Ergänzung des Kerndatensatzes Anästhesie entwickelt, die für eine differenzierte Beschreibung der perioperativen anästhesiologischen Versorgung und für eine weiterführende interne und externe Qualitätssicherung notwendig sind. Dieser Datensatz wurde in Zusammenarbeit und mit Unterstützung des „Runder Tisch Qualitätssicherung" [44] überarbeitet und durch das Präsidium der DGAI als

„Erweiterter Datensatz Kardioanästhesie“ publiziert [81].

Hierbei bleibt gewährleistet, dass mit der Erhebung des erweiterten Datensatzes Kardioanästhesie auch der Kerndatensatz Anästhesie in vollem Umfang erhoben wird.

IV.2.3 Kerndatensatz Intensivmedizin

1989 hatte die Kommission „Qualitätssicherung und Datenverarbeitung“ der DGAI unter der Federführung von Th. Weiler die Inhalte des Kerndatensatzes Intensivmedizin definiert [58] und 1994 den Präsidien von DGAI und BDA den ersten Entwurf eines Kerndatensatzes „Qualitätssicherung in der Intensivmedizin“ vorgestellt [49,58,108]. Dieser Entwurf wurde 1997 von den Präsidien akzeptiert [28].

Auf dieser Grundlage hatten 1998 59 Intensivstationen aus den meisten Intensivmedizin betreibenden Gebieten (Anästhesiologie, Innere Medizin, Neurologie, Chirurgie, Neurochirurgie, Herz- und Thoraxchirurgie) mit 127.872 Patienten und 589.635 Behandlungstagen an einem Benchmarking-Projekt „Nationales Register zur Qualitätskontrolle in der Intensivmedizin“ teilgenommen [106, 105,92].

Es zeigte sich, dass dieser Kerndatensatz mit einem zu hohen Dokumentationsaufwand verbunden war und einer Aktualisierung bedurfte. Neben der neu hinzu gekommenen Erfassung von SAPS3 (einmalig bei Patientenaufnahme) und Qualitätsindikatoren (einmalig pro Jahr oder einmalig pro Patient) wurde die tägliche Erfassung einer Vielzahl von Parametern verlassen sowie die Beschränkung auf Patienten, die mindestens 24 Stunden auf der Intensivtherapiestation liegen, eingeführt und somit der tägliche Dokumentationsaufwand reduziert [66, 92].

Der Kerndatensatz Intensivmedizin wurde 1999 von der Interdisziplinären Arbeitsgemeinschaft (IAG) der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI) übernommen, modifiziert und weiterentwickelt. [66,99].

Mit der gemeinsamen Verabschiedung des Kerndatensatzes Intensivmedizin am 7. November 2003 wurde der Weg in ein standardisiertes Zertifizierungsverfahren eröffnet – auf dem Boden von Strukturdaten, Patientendaten und Verlaufsdaten sowie dem Behandlungsaufwand, wobei das Outcome der intensivmedizinischen Behandlung auf der Basis international anerkannter und evaluierter Scoring-Systeme erfolgt [99]. Somit wurden bezüglich der ab dem Jahr 2005 gesetzlich geforderten strukturierten Qualitätsberichte für den Verantwortungsbereich Intensivmedizin alle Voraussetzungen geschaffen [99].

Unter der Federführung von K. Reinhart hat der „Wissenschaftliche Arbeitskreis Intensivmedizin“ der DGAI (WAKIM) 2007 mit dem Dualen Konzept der DGAI zur Qualitätssicherung in der Intensivmedizin einen zukunftsorientierten Vorschlag publiziert. Über ein Benchmarking in der Intensivmedizin soll unter Einbeziehung von Leistungsdaten wie SAPS II und der Liegedauer einerseits und dem Aufbau von regionalen Netzwerken ein Qualitätsmanagement etabliert werden mit dem Endziel, über Visitationen die Zertifizierung der Intensivstationen nach ISO zu erreichen [5].

Auf dem Boden einer interdisziplinären Konsensuskonferenz mit Vertretern der DGAI, des BDA, der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin und der Deutschen Gesellschaft für Internistische Intensivmedizin und Notfallmedizin ist 2007 eine „Gemeinsame Empfehlung zur Organisation der Intensivmedizin“ verabschiedet worden, die auch interdisziplinäre (gemeinsame konservative/operative) Intensivstationen berücksichtigt [35].

Gemeinsam mit der „Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin“ (DIVI) hat die DGAI den „Kerndatensatz Intensivmedizin 2010“ verabschiedet [92], in dem im Bereich der Kodiervorschriften zu den DRGs zusätzlich der tägliche SAPS-II-Score aufgenommen wurde. Auch wurde der Patientenstatus bei der Aufnahme auf die Intensivstation grundlegend modifiziert. Hier kommt jetzt der SAPS3-Score zur Anwendung [92]. Auch für die pädiatrische Intensivmedizin ist ein ergänzendes Modul entwickelt worden.

IV.3 Qualitätssicherung Ambulante Anästhesie

Die Weitsicht der Gründergeneration sorgte von Anbeginn an für die Repräsentanz der niedergelassenen Anästhesisten durch die satzungsgemäße Position eines „Vertreters der Niedergelassenen Anästhesisten“ im Präsidium des BDA (siehe Beitrag Mertens).

Wichtige Denkanstöße kamen immer wieder aus der Ständigen Kommission Niedergelassener Anästhesisten (KONA) (siehe Beitrag Mertens), die 1994 vom Präsidium des BDA gegründet und zunächst von A. de Pay und dann von E. Mertens geleitet wurde. Die interne Struktur der KONA sah vor, dass jedem Kommissionsmitglied ein gesonderter Aufgabenbereich zugeordnet war – auch der Qualitätssicherung. Alle Maßnahmen zur Qualitätssicherung wurden vom Präsidium des BDA stets maßstabsgerecht auch auf die Belange der Niedergelassenen zugeschnitten.

1983 formulierte eine DGAI-Kommission (K. Bonhoeffer – W. Dick – W. Weißauer – H. W. Opderbecke) die „Voraussetzungen zur Durchführung ambulanter Anästhesieverfahren“ [25]. Im Nachgang zu dem vom BDA publizierten „Memorandum zur Situation der niedergelassenen Anästhesisten“ [7] haben Frau Brandts und Herr Jungck unter Mitwirkung von Opderbecke und Weißauer 1988 ein Papier zur „Qualitätssicherung im ambulanten Bereich“ erarbeitet.

Mit dieser Stellungnahme sollte einem „Wildwuchs“ in der ambulanten Anästhesie durch nicht ausreichend qualifizierte Ärzte entgegen gewirkt werden. Es hatte sich nämlich zunehmend gezeigt, dass zwei niedergelassene operative Fachvertreter zusammenarbeiteten, indem sie gegenseitig die Operations- und Anästhesieleistungen untereinander aufteilten. Auf Beschluss des Präsidiums des BDA wurde diese, im Einklang mit

der Weiterbildungsordnung verfasste Stellungnahme den kassenärztlichen Vereinigungen übermittelt.

1989 wurden die Empfehlungen „Qualitäts- und Qualifikationssicherung praxis-ambulanter Anästhesie“ [9] und 1990 speziell zur „Qualitäts- und Qualifikationssicherung ambulanter anästhesiologischer Leistungen im Rahmen der Schmerztherapie“ publiziert. Darüber hinaus haben die Verbände 1998 die „Leitlinie für ambulantes Operieren bzw. Tageschirurgie“ erstellt.

Infolge einer verstärkten Tendenz zum ambulanten Operieren sowohl in den Kliniken als auch bei den niedergelassenen Anästhesisten wurde eine Neugestaltung der „Ausschlusskriterien für die ambulante Anästhesie“ erforderlich. Die Präsidien von BDA und DGAI haben hierzu 1994 eine gemeinsame Arbeitsgruppe (K. Fischer [Federführung] – E. Biermann - A. de Pay - R. Dudziak – W. Weißauer) eingesetzt.

Am 28. Oktober 1996 hatte das Ärztliche Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ) eine Entwurfsfassung „Qualitätssicherungsrichtlinien beim ambulanten Operieren“ mit detaillierten Angaben zur Sicherung der Struktur- der Prozess- und der Ergebnisqualität sowie zur baulichen und apparativ-technischen Ausstattung und zur Basisdokumentation vorgelegt.

Nachdem die gemeinsame Arbeitsgruppe von BDA und DGAI den Entwurf gesichtet und mit den Präsidien abgestimmt hatte, wurde dieser mit Anmerkungen versehen auf einer Anhörung in Berlin am 24. Januar 1997 vorgetragen. Von einer Expertengruppe des ÄZQ sind die Ergebnisse der Anhörung überarbeitet und den Vorständen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) und der Bundesärztekammer (BÄK) zugeleitet worden, die diese Richtlinie ihrerseits in die dreiseitigen Verhandlungen mit den Kostenträgern und der Krankenhausgesellschaft (DKG) eingebracht haben – wobei ein Großteil der vom BDA formulierten Änderungsvorschläge aufgegriffen worden war.

Auf der Präsidiumssitzung des BDA vom 16. Dezember 2002 hatte Mertens ausgeführt, dass es derzeit drei Empfehlungen bzw. Leitlinien unserer Verbände zur Qualitäts- und Qualifikationssicherung praxisambulanter Anästhesien gebe. Mertens schlug vor, auf der Basis der vorhandenen Richtlinie der BÄK, eine einheitliche, aktualisierte Empfehlung zu erarbeiten. Hierzu wurde eine Arbeitsgruppe eingesetzt (E. Mertens [Federführung] – E. Biermann – K. Fischer – B. Freitag – A. Schleppers). Auf dieser Grundlage formulierten BDA und DGAI 2005 die Entschließung „Qualitätssicherung ambulante Anästhesie“ [12].

Ihren großen Bedarf an berufspolitischen Informationen zur Qualitätssicherung und zum Qualitätsmanagement konnten die niedergelassenen Kolleginnen und Kollegen bei gesonderten Kongressen decken. De Pay hatte von 1989 bis 1998 das „Niedergelassene Anästhesisten Seminar Heilbronn“ (NASH) und Mertens ab 1999 den „Niedergelassene Anästhesisten Kongress Aachen“ (NA(R)KA) organisiert – als spezielles Informationsforum für die Niedergelassenen.

In Anbetracht der starken Zunahme der Mitglieder aus dem Bereich der Niedergelassenen und dem steigenden Beratungsbedarf hat das Präsidium des BDA 1998 mit der Einrichtung des „Referates für den Vertragsärztlichen Bereich“ die Strukturen zentralisiert. Dieses Referat wurde von E. Mertens (zunächst nebenamtlich und seit 2008 hauptamtlich) geleitet und agiert in sehr engem Kontakt zur Rechtsabteilung.

IV.4 Exkurs Critical Incident-Reporting-System

Ein wesentliches Instrument zur Verbesserung der Patientensicherheit ist das Critical Incident Reporting System (CIRS). Während die ZEKs bzw. AVBs standardisiert und routinemäßig erhoben werden, bietet das Critical Incident Reporting System jedem die Möglichkeit, Fehler und kritische Ereignisse anonym in eine Datenbank einzustellen. Dieses, in der Luftfahrt schon länger etablierte System wurde zunächst als „Patientensicherheits Optimierungs System (PaSOS)“ unter Federführung einer Tübinger Arbeitsgruppe um M. Rall von BDA und DGAI eingeführt [80].

Ab 2009 wird es unter der Bezeichnung „CIRSmedical Anästhesiologie (CIRS-AINS)“ als ein gemeinsames Modellprojekt des Berufsverbandes Deutscher Anästhesisten (BDA), der Deutschen Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin (DGAI) und des Ärztlichen Zentrums für Qualität in der Medizin (ÄZQ) angeboten [G,11,93].

CIRS-AINS ist ein bundesweites Ereignis-Meldesystem (Incident-Reporting-System) für die anonyme Erfassung und Analyse von sicherheitsrelevanten Ereignissen in der Anästhesie, Intensivmedizin, Notfallmedizin und Schmerztherapie [G,F].

CIRS-AINS erhöht die Patientensicherheit:

- durch Sammlung, Auswertung und Weitergabe von Informationen über Ereignisse, Zwischenfälle und Komplikationen mit und ohne Patientenschaden.
- durch Lernen aus Problemsituationen, insbesondere sog. Beinahe-Schäden, um handeln zu können, bevor etwas passiert.
- durch die Verbreitung von besonders guten Lösungen, Tipps und bewährten Maßnahmen zur Erhöhung der Patientensicherheit.

IV.5 Qualitätssicherung auf europäischer Ebene

IV.5.1 UEMS

Qualifikationsnormen unterliegen unterdessen zunehmend auch internationalen Einflüssen!

Im Rahmen einer sich abzeichnenden, fortschreitenden Harmonisierung in der Europäischen Gemeinschaft (EG) hatte sich vor mehr als 50 Jahren eine Interessenvertretung der medizinischen Fachrichtungen in Europa gegründet, die „Union Européenne des Médicins Spécialistes“ (UEMS) [A] – zunächst wohl eher als ein „privater“ Zusammenschluss. Zunehmend standen aber Themen wie „Weiterbildung“, „Qualitätsnormen“ und „Standards in der Medizin“ auf der Tagesordnung der Europäischen Union (EU).

Seitens unseres Fachgebietes nahmen an den Sitzungen der UEMS abwechselnd K. Peter, H. Burchardi, K. Hutschenreuter und P. Uter teil.

In der Bundesrepublik Deutschland war – im Gegensatz zu allen anderen europäischen Fachgesellschaften – der Zugang zur Section Anaesthesiology der UEMS an die Mitgliedschaft in der „Gemeinschaft Fachärztlicher Berufsverbände" (GFB) gekoppelt, die der BDA wegen hoher Mitgliedsbeiträge sowie unbefriedigender Vertretung seiner ureigensten Interessen 1983 aufgekündigt hatte.

Mehrfache Versuche von Opderbecke und Präsident K. Zinganell, einen Zugang als stimmberechtigtes Mitglied in der UEMS unter Umgehung der GFB zu erreichen, scheiterten sowohl an Herrn Prof. Kuttner, dem damaligen Präsidenten der UEMS, an Herrn Prof. Fuchs, dem Hauptgeschäftsführer der BÄK, Herrn Dr. Vilmar, dem Präsidenten der BÄK, an Herrn Dr. Holfelder, dem Vorsitzenden der GFB wie auch an der Arbeitsgemeinschaft Wissenschaftlicher Medizinischer Fachgesellschaften (AWMF). So blieb den deutschen Delegierten bei der UEMS lediglich ein Beobachterstatus, der eine aktive und gestalterische Mitarbeit in den Gremien ausschloss.

Mit Schreiben vom 13. Mai 1983 hat die UEMS ihr Bedauern zum Ausdruck gebracht, dass die deutsche Anästhesiologie – zumal sie den größten Anästhesieverband in Europa darstellte – nun nicht mehr bei ihr vertreten sein könne, hat uns aber die befristete Möglichkeit eingeräumt, Vertreter des BDA als Beobachter an den Sitzungen der UEMS teilnehmen zu lassen. So wurden K. Fischer und H. Reinecke 1986 als Beobachter in die UEMS entsandt. Die UEMS hatte gerade Empfehlungen zur einheitlichen Weiterbildung, die von einer 5-jährigen Weiterbildungszeit ausging, erarbeitet.

1984 waren bereits folgende Länder vertreten: England, Niederlande, Belgien, Frankreich, Deutschland und als Beisitzer Spanien. Es war sehr bedenklich, dass es der deutschen Anästhesie, als dem größten europäischen Verband, nicht möglich war, dort Einfluss zu nehmen, um so mehr als sich die UEMS seit 1993 um die Fachverbände potentieller EG-Mitgliedsstaaten, wie Malta, Finnland, Norwegen, Österreich und die Schweiz erweitert hatte, denen a priori volles Stimmrecht zuerkannt wurde.

Laut K. Fischer bestand nunmehr die Gefahr einer Majorisierung durch andere europäische Verbände und u.U. der Aufoktroyierung von dort entwickelten europäischen Rahmenbedingungen. Auch R. Dudziak befürchtete eine internationale Isolation der deutschen Anästhesie, zumal die DGAI der European Society of Anaesthesiology (ESA) nicht beigetreten war.

Seit 1991/92 plädierte Fischer auf Grund seiner Eindrücke als langjähriger Beobachter der UEMS wiederholt und nachhaltig für eine neuerliche, stimmberechtigte Vollmitgliedschaft – vor allem in Anbetracht der wichtigen abgehandelten Themen wie europäischer Harmonisierung der Weiterbildung, Erarbeitung von Qualitätsnormen und Mindestanforderungen an die Ausstattung eines anästhesiologischen Arbeitsplatzes sowie auf Grund der Tatsache, dass die UEMS sog. „Boards" eingesetzt hatte, die zu wichtigen Themen entscheidungsreife Vorschläge erarbeiten sollten und die gerade die Grundlagen für ein Europäisches Facharztdiplom vorbereiteten.

Die Präsidien von BDA und DGAI hatten im März 1991 den Grundsatzbeschluss gefasst, wieder als stimmberechtigtes Mitglied in die UEMS einzutreten, ungeachtet der noch offenen Frage, ob formal die DGAI oder der BDA beitreten sollte. Allerdings standen noch Verhandlungen mit der GFB um die Höhe der Mitgliedsbeiträge aus.

Auf Antrag von A. de Pay hatte das Präsidium des BDA schlussendlich im November 1996 beschlossen, grundsätzlich wieder der GFB beizutreten. Nach Ansicht von E. Mertens konnte dieser Wiedereintritt unterdessen auch dadurch begründet werden, dass die GFB insbesondere im Bereich der vertragsärztlichen Versorgung zunehmend an Profil gewonnen hatte. Im Zusammenhang mit dem neuerlichen Beitritt zur GFB wurden 1997 G. Hack und E. Mertens (als Vertreter der KONA) für die GFB und H. Van Aken (DGAI) und K. Fischer (BDA) für die UEMS nominiert.

Die Belange der Intensivmedizin wurden zunächst durch ein „Subcommittee Intensive Care" in der Sektion Anaesthesiologie wahrgenommen, aber 1998 wurde durch die gemeinsamen Bemühungen von H. Burchard, S. de Lange und H. Van Aken innerhalb der UEMS ein „Multidisciplinary Joint Committee for Intensive Care Medicine" etabliert [19,101].

Seit dem 1. Januar 1993 hat die UEMS das offizielle Mandat der Europäischen Gemeinschaft (EG), in ihren Monosektionen fachbezogene Empfehlungen zu Fort- und Weiterbildung sowie zur Qualitätssicherung, zum Personalbedarf und zur apparativen Ausstattung zu erarbeiten (Tab. 11).

Tabelle 11

Richtlinien der Monosection Anaesthesiology der UEMS.

Grundsätzliche Richtlinien der Monosection Anaesthesiology der UEMS

- The Charter on Training of Medical Specialists (1993)
- The Charter on Continuing Medical Education (1994)
- The Charter on Quality Assurance (1996)
- The Charter on Visitation of Training Centers (1997)
- Charter on Continuing Professional Development – Basel Declaration (2001)
- Declaration on Promoting Good Medical Care (2004)
- Ensuring the Quality of Medical Care – Budapest Declaration (2006)
- Policy Statement on Assessments during Postgraduate Medical Training (2006)

Heutzutage ist das European Board of Anaesthesiologists (EBA) – Section and Board of Anaesthesiology in der UEMS – die "offizielle" politische europäische Organisation für medizinische Spezialisten.

Die UEMS zählt unterdessen 36 Europäische Länder zu ihren Mitgliedern (30 Voll-Mitglieder, 4 assoziierte Mitglieder und 2 Mitglieder im Beobachterstatus) und sieht sich als repräsentative Organisation der nationalen Fachgebiete in der EU. Sie unterhält 37 „Specialist Sections" und „European Boards" [A].

Die UEMS arbeitet eng mit der EU und anderen europäischen Gremien zusammen [67]. Jedes EU-Land entsendet zwei Delegierte, die die akademische Anästhesie bzw. die Berufspolitik repräsentieren. Mehrere Nicht-EU-Staaten besitzen einen Beobachterstatus.

Das Ziel der UEMS ist die Aufrechterhaltung und Weiterentwicklung des gesamten Spektrums professioneller Interessen der medizinischen Fachdisziplinen mit besonderer Betonung auf hochgradiger Autonomie und Selbstregulierung und Darstellung höchstmöglicher Qualität der Gesundheitsorganisationen und zum Wohle aller europäischen Bürger (Tab. 12) [67].

ESA und EBA bieten ein „Accreditation and Visitation Programme" an, das 2007 wieder aufgenommen wurde und Zertifizierungen anästhesiologischer Weiterbildungseinrichtungen vornehmlich in den neueren Mitgliedsländern anbietet und dort sehr hilfreich gegenüber politischen Gesprächspartnern eingesetzt werden kann.

IV.5.2 Helsinki Declaration on Patient Safety in Anaesthesiology

Die Anästhesiologie trägt große Verantwortung für Qualität und Sicherheit in der Anästhesie, der Intensivmedizin, der Notfallmedizin und der Schmerztherapie einschließlich des gesamten perioperativen Prozesses [50].

Die führenden Repräsentanten der nationalen anästhesiologischen Fachgesellschaften in Europa haben sich am 14. Juni 2010 auf maßgeblicher Initiative von Hugo van Aken in Helsinki getroffen, um eine gemeinsame Deklaration zur Patientensicherheit (Tab. 13) zu erarbeiten.

Die Repräsentanten der Fachgesellschaften verpflichten sich – gemeinsam mit dem European Board of Anaesthesiology der UEMS – für diese Ziele einzutreten.

Diese Deklaration unterstreicht die Schlüsselrolle der Anästhesiologie bei der Verbesserung der perioperativen Patientensicherheit [50].

BDA und DGAI haben es in beispiellos kurzer Zeit vollbracht, auf Initiative von A. Schleppers und unter tatkräftiger Mitwirkung von T. Dichtjar hinter alle

Tabelle 12
Aktivitäten der UEMS.

Aktivitäten der Monosection Anaesthesiology der UEMS

- Continuing Medical Education and Professional Development (CME-CPD)
- Postgraduate Training
- Quality Management
- Working Party on Pain
- Working Party on Post Anaesthesia Care
- Working Party on Sedation
- Working Party on Workforce, Organisation of Practice, Working Time and Conditions
- Working Party on Quality and Safety
- Working Party on Emergency Medicine
- Harmonization of Postgraduate Medical Specialist Training
- Anaesthesiological Practice Quality Assurance and Patient Safety
- Visitation Programme
- Education and Training
- Anaesthesia Problem Card

Tabelle 13
Helsinki Declaration on Patient Safety in Anaesthesiology.

Helsinki Declaration: Principal Requirements

1. All institutions providing perioperative anaesthesia care to patients (in Europe) should comply with the minimum standards of monitoring recommended by the EBA both both in operating theatres and in recovery areas.
2. All such institutions should have protocols and the necessary facilities for managing the following
   - Preoperative assessment and preparation
   - Checking Equipment and drugs
   - Syringe labeling
   - Difficult/faioled intubation
   - Malignant hyperpyrexia
   - Anaphylaxis
   - Local anaesthetic toxicity
   - Massive haemorrhage
   - Infection control
   - Postoperativbe care including pain relief
3. All institutions providing sedation to patients must comply with anaesthesiology recognized standards for safe practice.
4. All institutions should support the WHO Safe Surgery Saves Lives initiative and Cheklist.
5. All departments of anaesthesiology in Europe must be able to produce an annual report of measures taken and results obtained in improving patient safety locally.
6. All institutions providing anaesthesiological care to patients must collect the required data to be able to poroduce an annual reporton patient morbidity and mortality.
7. All institutions providing anaesthesiological care to patients must contribute to the recognised national or other major audits of safe practice incident reporting systems. Resources must be provided to achieve this.

Anforderungen der Deklaration „einen Haken zu setzen“ und die zugehörigen Materialen in einer eigenständigen Website zur Verfügung zu stellen [86,G].

V. Zertifizierungsverfahren

Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement in umfassendem Sinne reflektieren auch die Krankenhaus-Zertifizierungsverfahren. Auch für das Fachgebiet Anästhesiologie als prozessorientiertes, klinisches Querschnittsfach muss und kann sich hier im Prozess der stationären und ambulanten Leistungserbringung optimal positionieren [23].

Gemäß der gesetzlichen Vorschriften nach § 137 SGB V müssen Krankenhäuser seit 2005 einen Nachweis über ein internes Qualitätsmanagement erbringen [C].

Zertifizierung bedeutet eine Überprüfung der Konformität und Kompetenz einer Organisation hinsichtlich ihrer Strukturen, Prozesse und Ergebnisse nach zuvor festgelegten Gütekriterien [3]. Im Grundsatz geht diese Bewertung auf die PDCA-Struktur des Demin-Zyklus (Plan-Do-Check-Act) zurück [22,37].

An gängigen Zertifizierungsverfahren haben sich im stationären Bereich etabliert:

- Kooperation für Transparenz und Qualität im Krankenhaus (KTQ) [59, 23,B]. Zur Orientierung der Verbandsmitglieder haben H. Krieter, J. Martin, G. Pützhofen und A. Schleppers 2004 einen „Fachkommentar KTQ“ herausgegeben, der 2005 bereits eine erste Neuauflage erfuhr [60].
- DIN ISO 9000ff [3].
- European Foundation for Quality Management (EFRQM) [3].

VI. Ökonomie

Mitte der 1990er Jahre gewann „Qualität“ eine andere Dimension. Auf Druck der Politik und der Kostenträger wurde die Medizin – ähnlich wie ein Wirtschaftsbetrieb – prioritär an ihrem Kostenmanagement gemessen. Es ging vordergründig nur noch um die Optimierung der Kosten-Nutzen-Relation.

Mit der Einführung von Fallpauschalen und Sonderentgelten in die Krankenhausfinanzierung traten zunehmend ökonomische Betrachtungen in den Vordergrund. Nicht zuletzt wurden krankenhausindividuelle Verteilungskämpfe um die Anteile an den jeweiligen pauschalen Vergütungen dominant. Jede Klinik forderte „ihren“ Anteil an den Fallpauschalen und Sonderentgelten, obwohl diese grundsätzlich dem Krankenhausträger zustanden.

Besonders betroffen war natürlich die Anästhesie als Schnittstellenfach auf Grund ihrer disziplinübergreifend unterschiedlich anteiligen Kosteneinsätze. Andererseits war gerade die Anästhesie auf Grund ihrer Dokumentationsmöglichkeiten als erstes Fachgebiet und am ehesten in der Lage, ihre jeweiligen Kostenanteile korrekt heraus zu rechnen [91].

Der Zielkonflikt zwischen „Wirtschaftlichkeit“ und „Sicherheit“ ist ein Grundkonflikt in der Medizin [90,98], wobei wir uns allerdings niemals dem Produktionsdruck durch Vernachlässigung von Sicherheitsstandards beugen dürfen! Dieser notwendigen ökonomischen Optimierung des Mitteleinsatzes konnte sich auch die Anästhesie nicht verschließen – und hat dies im Übrigen auch nie getan.

Auf der Sitzung von Präsidium und Ausschuss des BDA am 11. Oktober 1997 hat K. van Ackern darauf hingewiesen, dass zunehmend ökonomische Fragen in den Vordergrund rückten. Aus diesem Grunde sei es notwendig, die Mitglieder der Verbände in Fragen der Ökonomie und des Managements zu schulen.

Unter dieser Prämisse haben BDA und DGAI gemeinsam mit dem Deutschen Krankenhausinstitut einen Pilotlauf für ein drei-blockiges Managementseminar für leitende Anästhesisten erarbeitet – unterstützt durch die Firma Dräger AG. Nach Abschluss der Pilotphase im Januar 1998 sollte dann geprüft werden, ob sich dieses Managementseminar von den Inhalten, den Referenten und der Organisation für eine breite Ausschreibung eigne.

Nach mehreren Seminaren in Zusammenarbeit mit der DGAI wurden ab 2004 seitens des BDA sogenannte Führungsseminare in Zusammenarbeit mit der Malik-Management GmbH St. Gallen, Schweiz, angeboten und kontinuierlich ausgebaut.

Auf dem Deutschen Anästhesiekongress 1999 fand die Gründungsversammlung des neuen Arbeitskreises „Anästhesie und Ökonomie“ von BDA und DGAI statt (A. Bach [Federführung] – M. Bauer – G. Geldner – J. Martin – Th. Prien – H. Sorgatz – Th. Weiler). Dieser Arbeitskreis hat die IST-Kosten der Anästhesieabteilungen in Deutschland auf dem Boden einer Umfrage an alle Leitenden Ärzte von Anästhesie-Abteilungen (Bezugsjahr 1998) ermittelt.

Dabei wurden die folgenden Kostenparameter ermittelt [2]:

- Personalkosten für den Ärztlichen Dienst (Regeldienst)
- Personalkosten für den Pflege-/Funktionsdienst
- Sachkosten für Medikamente und Medikalprodukte
- Wartungs- bzw. Unterhaltungskosten für anästhesiespezifische Geräte.

Als zentraler Ergebniswert dieser Untersuchung wurden Arztkosten pro Minute reine Anästhesiezeit (X-X-Zeit) in einer Dimension von 3,44 DM errechnet. Dieser Wert ergab sich aus der Division der Personalkosten Arztdienst (Arbeitgeberkosten, Regelarbeitszeit) durch die reine Anästhesiezeit.

Aktualisiert für die Bezugsjahre 2002, 2005 und 2007 hat die Arbeitsgruppe um A. Schleppers die IST-Kosten Anästhesie neuerlich analysiert und mit den Ergebnissen des Arbeitskreises „Anästhesie und Ökonomie“ [2] verglichen [84, 6,88].

Gerade für die DRG-Kalkulation stehen den Verbänden damit valide Daten als Benchmark des anästhesiologischen Budgets zur Verfügung (Tab. 14)!

Tabelle 14

Krankenhausmanagement und -ökonomie
Entschließungen – Empfehlungen – Vereinbarungen – Leitlinien (BDA und DGAI).

2002	Datenanforderungen auf dem Personalsektor zur Abbildung von Prozessen im OP und zur Kalkulation der DRGs
2003	Leistungs- und Kostendaten in der Anästhesiologie
2008	Personalbedarfsplanung in der Intensivmedizin im DRG-Zeitalter - ein neues leistungsorientiertes Kalkulationsmodell
2009	Personalbedarfskalkulation Anästhesie 2009

Eine Arbeitsgruppe um Th. Prien (O. Groll – G. Geldner – J. Martin – Th. Weiler – K.G. Dahmen – H. Sorgatz – A. Bach) hat zudem die IST-Kosten von anästhesiologisch geführten Intensivstationen in Deutschland (Bezugsjahr 1999) ermittelt [79]. Grob geschätzt kostete 1999 ein Behandlungstag auf einer deutschen, anästhesiologisch geführten Intensivstation ca. 900 €. Dieser Betrag setzt sich aus den mittleren IST-Kosten sowie dem mittleren Basispflegesatz zusammen, beinhaltet aber keine Investitionskosten. Besondere Aufmerksamkeit wird man in Zukunft der innerbetrieblichen Leistungsverrechnung, die ca. 20 % der Gesamtkosten der Intensivbehandlung ausmacht, widmen müssen [79].

Diagnosis Related Groups (DRG)

Der Gesetzgeber hatte festgelegt, dass ab dem 1. Januar 2003 das bisherige Mischsystem aus tagesgleichen Pflegesätzen, Sonderentgelten und Fallpauschalen bei der Krankenhausfinanzierung durch ein durchgängiges, leistungsorientiertes und Sollte es zu keiner Einigung kommen, müsste die Schiedsstelle nach § 18a KHG entscheiden.

Nach langwierigen Verhandlungen ist es der Selbstverwaltung am 27. Juni 2000 gelungen, sich als Grundlage für die zukünftige Krankenhausfinanzierung in Deutschland auf die Systematik der Australian Refined Diagnosis Related Groups (AR-DRG), Version 4.1, zu einigen [87].

Auf den Sitzungen im Oktober 2000 haben A. Schleppers und H. Sorgatz die Präsidien von BDA und DGAI über die Einführung eines deutschen DRG-Systems, das ab dem Jahre 2003 flächendeckend als neues Entgeltsystem im Krankenhausbereich das bisherige Finanzierungssystem mit Fallpauschalen, Sonderentgelten, Abteilungs- und Basispflegesätzen ablösen wird, informiert.

Einmütig wurde im BDA-Präsidium die Auffassung vertreten, dass die Informationen hierüber bei den Verbandsmitgliedern eher gering sein dürften und insoweit dringender Handlungsbedarf bestünde. Präsident Landauer informierte darüber, dass der BDA folgende Sofortmaßnahmen beschlossen habe:

- Versand eines Strukturpapiers „Krankenhausambulantes Operieren“ an alle Abteilungsleiter und Einstellung dieses Materials in das Internet.
- Vorbereitung einer weiteren Informationsveranstaltung zur Gesundheits-Strukturreform (neben dem bereits konzipierten berufspolitischen Forum auf dem DAK 2000).

In Vorbereitung der Einführung des DRG-Systems im Jahre 2003 war es notwendig, den Diagnosenschlüssel ICD 10 sowie den Procedurenschlüssel OPS-301 „DRG-fähig“ zu machen. Diese Klassifikationsschlüssel sollten dann ab 2001 für die Dokumentation in den Krankenhäusern Anwendung finden und somit unmittelbare Bedeutung für die Festlegung der zunächst krankenhausindividuellen Fallwerte bei der budgetneutralen Einführung der DRGs im Jahre 2003 haben.

Leider waren insbesondere die anästhesiologischen, schmerztherapeutischen und intensivmedizinischen Prozeduren nur relativ grob erfasst. Letztlich hat das für die Pflege und Weiterentwicklung dieser Klassifikationsschlüssel zuständige „Deutsche Institut für Medizinische Dokumentation und Information“ (DIMDI) [E] aus den in der Stellungnahme von BDA und DGAI vom 13. Oktober 2000 vorgeschlagenen Änderungs- und Ergänzungswünschen zum OPS-301 weitgehend nur die vierstelligen Codes, gleichsam die „Überschriften“ übernommen. Alle weitergehenden Differenzierungen sind entfallen. Gleiches galt für die von uns vorgeschlagene Einarbeitung des Prozedurenkataloges Intensivmedizin der DIVI.

Auf der Präsidiumssitzung des BDA am 17. März 2000 berichtet der Generalsekretär der DGAI, K. van Ackern, dass insbesondere durch die geplante Einführung der DRGs Diskussions- und Handlungsbedarf für die DGAI und den BDA bestünde. Es sei ihm gelungen, zwei kompetente Berater aus dem Kreis der Krankenhauswirtschaft zu gewinnen, die die Anästhesie bei der Diskussion der DRGs unterstützen würden. Es handele sich dabei um Herrn Dänzer, stellvertretender Verwaltungsdirektor des Klinikums in Mannheim und Delegierter des Deutschen Städtetages in der entsprechenden Gebührenkommission der Bundesärztekammer, sowie Herrn Heller, der die Baden-Württembergischen Universitätskliniken in Pflegesatzfragen berät. Mit diesen Herren war ein Besprechungstermin am 6. April 2000 vereinbart.

Auf Vorschlag von Präsident B. Landauer wird eine gemeinsame Ad-hoc-Arbeitsgruppe eingesetzt, die sich mit den DRGs befasst und sich erstmals an diesem 6. April 2000 treffen sollte. In diese Ad-hoc-Kommission „Diagnosis-Related Groups“ wurden unter der Federführung von K. Fischer die Herren A. Bach – H.-J. Bender – Th. Klöss – E. Mertens – Th. Prien – A. Schleppers – H. Sorgatz berufen.

Ziel dieser Kommission solle zunächst sein, möglichst rasch die Positionen der Anästhesiologie zu den DRGs zu formulieren und darüber hinaus an den anästhesiespezifischen Kalkulationen der

DRGs mitzuwirken. Besonderes Augenmerk galt hierbei auch der Einbeziehung intensivmedizinischer Prozeduren.

Zur zeitnahen Information der Mitglieder war unter der Autorenschaft von A. Schleppers [82] eine Publikation in unserer Verbandszeitschrift erschienen, die kurz gefasst über den damaligen Stand der Arbeiten zur Einführung des DRG-Systems, über die erforderlichen Dokumentationen und diejenigen OPS-301-Codes, die nach damaligem Kenntnisstand zunächst bevorzugt codiert werden sollten, informiert hat. Auf jeden Fall waren diese Hinweise als Beitrag zu einer abteilungsinternen Diskussion anzusehen.

Ferner wurde bereits ein DRG-Seminar am 1. Dezember 2000 in Nürnberg organisiert und Schleppers hatte zudem angeregte, nach Vorliegen des OPS-301 und des ICD 10 die Anästhesiedokumentation zu überprüfen und ein EDV-gestütztes Dokumentationstool zu entwickeln.

Im Übrigen verdanken wir A. Schleppers und Co-Autoren eine umfassende Information der Mitglieder über die DRG-Problematik [87,82,62,85,16,83,65].

Zudem hat Schleppers 2005 gemeinsam mit Franz Metzger einen „Fachkommentar DRG Anästhesiologie“ herausgegeben, der seitdem jährlich neu aufgelegt wurde.

Auf der Präsidiumssitzung des BDA am 26. Oktober 2001 hatte Präsident Landauer den Präsidiumsbeschluss verkündet, jedem im BDA organisierten Abteilungsleiter ein Exemplar dieses Fachkommentars kostenfrei zur Verfügung zu stellen.

Die hohe Transparenz von Leistungen, Kosten und Erlösen hat eine neue Dynamik in den Begehrlichkeiten einzelner Leistungserbringer eines Krankenhauses ausgelöst, wobei insbesondere Querschnittsfächer und interne Dienstleister gefordert sind [83].

In Anbetracht dieser gesamten ökonomisch ausgerichteten Entwicklung kamen die Präsidien beider Verbände überein, die Strukturen durch weitere Konzentration zu optimieren. So war es schlussendlich konsequent, 2003 den „Arbeitskreis Anästhesie und Ökonomie“ (Federführung: G. Geldner), die „Kommission Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement“ (Federführung: J. Martin) und die „DRG-Kommission“ (Federführung: K. Fischer) aufzulösen und in ein gemeinsames „Forum für Qualitätsmanagement und Ökonomie“ münden zu lassen (Tab. 15).

Die Gründungsversammlung fand auf dem DAC 2004 statt. Die Struktur des Forums bestand aus einem gegenüber den Präsidien von DGAI und BDA verantwortlichem Lenkungsausschuss und aus zunächst vier Arbeitsgruppen.

VII. Professionalisierung des BDA

Einen Gutteil seines Erfolges verdankt das Fachgebiet der Tatsache, dass Wissenschaftliche Fachgesellschaft und Berufsverband von Anbeginn an sehr eng und vertrauensvoll kooperiert haben, gegenseitig in den Präsidien vertreten sind und einzelne Funktionen beider Verbände zum Teil in Personalunion

Tabelle 15
Forum Qualitätsmanagement und Ökonomie 2004.

Forum Qualitätsmanagement und Ökonomie

Struktur

Lenkungsausschuss

• *Prof. Dr. Klaus Fischer (Bremen)*	*Vorsitzender*
• *Priv.-Doz. Dr. Götz* Geldner *(Marburg)*	*Stellv. Vorsitzender*
• *Dr. Jörg Martin (Göppingen)*	*Schriftführer*
• *Dr. Dr. Martin Bauer (Kiel)*	
• *Priv.-Doz. Dr. Thomas Klöss (Hamburg)*	
• *Dr. Alexander Schleppers (Nürnberg)*	

Arbeitsgruppen

- **Personalmanagement und Personalbedarfsplanung**

  Koordinatoren:
  Dr. Thomas Iber (Rostock); Priv.-Doz. Dr. Thomas Klöss (Hamburg)

- **Qualitätsmanagement und Qualitätssicherung**

  Koordinatoren:
  Priv.-Doz. Dr. Ulrich Bothner (Ulm), Dr. Georg Pützhofen (Düsseldorf)

- **EDV**

  Koordinatoren:
  Priv.-Doz. Dr. Axel Junger (Gießen); Dr. Malte Raetzell (Kiel)

- **Kostenmanagement**

  Koordinatoren:
  Dr. Dr. Martin Bauer (Kiel); Dr. Mathias Hübler (Dresden)

wahrgenommen wurden. Zudem sorgte die längere Amtszeit der Präsidenten des BDA für eine personelle Kontinuität.

Die Zeit fast ausschließlich ehrenamtlicher Verbandstätigkeit endete definitiv 1979 mit dem Beschluss des Erweiterten Präsidiums der DGAI, dem damaligen Generalsekretär H. W. Opderbecke, dessen Sekretariat letztlich die „Zentrale" für beide Verbände darstellte, eine Geschäftsstelle einzurichten [100].

Das Anwesen Obere Schmiedgasse 11 in Nürnberg wurde Anlaufstelle für Funktionsträger, Mitglieder und Gäste – gemeinsam für DGAI und BDA [90]. Mit diesem Schritt begann die Professionalisierung der Verbandsstrukturen.

Besonders mit dem absehbaren Ausscheiden von Hans Wolfgang Opderbecke aus den Schaltstellen beider Verbände (als Schriftführer des BDA sowie als Generalsekretär der DGAI) setzte sich in den Präsidien die Erkenntnis durch, die Geschäftsstelle mit einem hauptamtlichen Geschäftsführer zu besetzen – unbenommen der langwierigen Diskussion, ob dies ein Arzt, ein weiterer Jurist oder ein Ökonom sein sollte (Abb. 6).

So wurde zunächst die Rechtsabteilung 1988 durch die Einstellung von Herrn Dr. iur. Elmar Biermann sowie 1996 durch Frau Ass. iur. Evelyn Weis verstärkt.

1993 wurde mit Herrn Diplom-Sozialwirt Holger Sorgatz ein hauptamtlicher Geschäftsführer von BDA und DGAI in der neuen Geschäftsstelle in der Roritzerstraße eingestellt, der zuvor schon im DKI, der DKG und als Geschäftsführer der Landeskrankenhausgesellschaft Bremen tätig war.

1998 wurde unter der Leitung von Herrn Elmar Mertens ein „Referat für den Vertragsärztlichen Bereich" des BDA (zunächst neben-, später hauptamtlich) etabliert.

Es war das unbestrittene Verdienst unseres Präsidenten Bernd Landauer, mit Augenmaß und Konsequenz diese Strukturen immer wieder an die Notwendigkeiten anzupassen und 2003 vorausschauend ein Referat für Krankenhausmanagement und Ökonomie zu etablieren, das mit Herrn Dr. Alexander Schleppers – Facharzt für Anästhesie und Gesundheitsökonom (ebs) – der zunächst in der Nachfolge von Herrn Dr. Heribert Weigand das Referat Gebührenfragen des BDA bekleidete, ideal besetzt werden konnte.

Eine weitere Konzentration der Kräfte erfolgte am 1. April 2004, als Herr Dr. A. Schleppers mit der neuen Position eines Ärztlichen Geschäftsführers von BDA und DGAI betraut wurde – in enger Zusammenarbeit mit dem bisher alleinigen Geschäftsführer Dipl.- Sozw. Holger Sorgatz und dem Justitiar Dr. iur. Elmar Biermann.

Abbildung 6

Protokoll der Sitzung von Präsidium und Ausschuss des BDA vom 15. September 1987 in München. (Auszug: Seite 8)

FISCHER stellt fest, die Ära der ehrenamtlich tätigen Amateure sei für den BDA vorbei; langfristig müsse man sich darauf einstellen, daß die Arbeit nur noch professionell bewältigt werden könne. Das beträfe nicht nur die Nachfolge WEISSAUERs, sondern auch die von ihm erwähnte betriebswirtschaftliche Komponente. Wegen der grundsätzlichen Bedeutung dieser Frage schlage er vor, die Diskussion in der nächsten Sitzung von Präsidium und Ausschuß nicht ähnlich unvorbereitet zu führen, sondern einen kleinen Arbeitskreis zu bilden, der diese Diskussion gedanklich vorbereite.

VIII. Qualitätsmanagement

Das Qualitätsmanagement unterscheidet bei der Bewertung einer medizinischen Intervention kundenorientiertes, klinisches und ökonomisches „Outcome" [3]. Beispielsweise stellt im Fachgebiet der Anästhesiologie die Evaluation der Patientenzufriedenheit mittels postoperativer Visite einen kundenorientierten Outcome-Parameter dar, die intraoperative hämodynamische und respiratorische Stabilität eine klinische Zielgröße und ein kurzer und wenig pflegeintensiver Aufenthalt im Aufwachraum bzw. auf der Intensivstation ein ökonomisches Qualitätskriterium dar [3].

Das Qualitätsmanagement in der Intensivmedizin hat vor allem zum Ziel, diagnostische und therapeutische Verfahren unter Berücksichtigung der Aspekte „Nutzen", „Kosten", „Leistung" und „Outcome" abzusichern und unnötige und unwirksame medizinische Maßnahmen zu vermeiden.

Ohne Frage werden als Konsequenz aus der Verknüpfung von Qualitätskriterien mit ökonomischen Daten die Kostenträger zunehmende Steuerungsfunktionen für Patientengruppen in unserem Gesundheitssystem wahrnehmen [99].

In Zeiten, in denen Qualität immer stärker auch zu einem Faktor des Unternehmenserfolgs wird, interpretieren die Krankenhausträger Qualitätssicherung aber zunehmend als Marketing-Instrument, das die Krankenhäuser in die Lage versetzt, sich im Wettbewerb hinsichtlich ihrer Qualitätsmanagement-Aktivitäten darzustellen [3].

Die Sicherstellung der Qualität medizinischer Versorgung nimmt also aus drei Gründen einen großen Stellenwert im Gesundheitswesen ein [3]:

- zur Verbesserung der individuellen Patientenversorgung,
- zur Optimierung der Marktposition der Krankenhäuser und
- als Steuerungsinstrument der Krankenkassen.

IX. Zusammenfassung und Ausblick

„Wer vor der Vergangenheit die Augen verschließt, wird blind für die Gegenwart“.
(Richard von Weizsäcker)

30 Jahre gelebte Vergangenheit in der Verbandsarbeit – auch eine nostalgische Hommage an all jene engagierten Kolleginnen und Kollegen, die sich der Lösung von Aufgaben und Problemen im Interesse des Fachgebietes und seiner Mitglieder verschrieben haben!

Die Sicherstellung der Qualität medizinischer Leistungen ist nicht nur gesetzliche Vorgabe, sondern seit je her und in allererster Linie eine grundsätzliche ärztliche Zielsetzung, die in der Berufsordnung verankert ist. Erst im zweiten Schritt haben Krankenkassen, Gesundheitspolitik und Gesetzgeber „ökonomische Qualitäten“ eingefordert und diese teilweise höher gewichtet als die rein medizinische Versorgungsqualität.

Der Berufsverband Deutscher Anästhesisten hat – gemeinsam mit der Deutschen Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin – seit Jahren der Qualität medizinischer Leistungen und ablauforganisatorischer Prämissen ein hohes Primat eingeräumt und bezüglich der Struktur- und Prozessqualität Rahmenbedingungen für die anästhesiologische Versorgung definiert.

In zahlreichen Kommissionen und Arbeitskreisen haben die Verbände mit Weitsicht und Augenmaß Lösungen für die stets neu formulierten Anforderungen an das Fachgebiet erarbeitet – in engagierter, überwiegend ehrenamtlicher Funktion. Auf Grund der in den letzten Jahren eingeleiteten Professionalisierung der Strukturen beider Verbände muss und wird dies auch in der Zukunft leistbar sein!

Qualitätskontrolle und Qualitätssicherung medizinischer Leistungen sowie ein umfassendes Qualitätsmanagement werden mehr denn je in der gesundheitlichen Versorgung etabliert. Im Rahmen des Dienstleistungsgedankens gewinnt die Messung und die Verbesserung der Qualität bei steigendem Anspruchsdenken auch seitens der Patienten und des unmittelbaren Krankenhausumfeldes zunehmend an Bedeutung für die „Positionierung des Krankenhauses am Markt“, und es ist unverkennbar, dass das Qualitätsmanagement für die Krankenhäuser als Marketinginstrument unverzichtbar geworden ist. Hierzu liefert auch unser Fachgebiet mit dem anästhesiologischen Qualitätsmanagement einen wichtigen Beitrag und wird dieses, in erster Linie zum Wohle der uns anvertrauten Patienten, weiterhin tun.

Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität werden auch weiterhin im Fokus der Gesundheitspolitik stehen. Hierzu wird der Berufsverband Deutscher Anästhesisten gemeinsam mit der wissenschaftlichen Fachgesellschaft auch in der Zukunft wichtige Initiativen entwickeln!

Danksagung

Herrn Dipl.-Sozw. Holger Sorgatz, Geschäftsführer von BDA und DGAI, gilt mein besonderer Dank für die wiederholte Bereitstellung des Archivmaterials und für die Unterstützung bei der Abfassung des Manuskripts.

Herrn Dr. Jan-Peter Wittenburg, langjähriger BDA-Landesverbandsvorsitzender in Niedersachsen, danke ich für die zur Verfügung gestellten Schriftwechsel aus den Jahren 1980-1990.

Literatur

1. Ahnefeld FW. Verbandsmitteilungen. Empfehlungen der DGAI zur Qualitätssicherung: „Kerndatensatz Anästhesie“. Anästh Intensivmed 1993;34:330.
2. Bach A, Bauer M, Geldner G, Martin J, Prien Th, Weiler Th, Jensen K. Erfassung der IST-Kosten der Anästhesieabteilungen in Deutschland. Bezugsjahr 1998. Anästh Intensivmed 2000;41:903-909.
3. Bauer M, Bach A. Qualitätsmanagement im Krankenhaus: Schwerpunkt Anästhesiologie. Anästh Intensivmed 1999;40:627-637.
4. Baugut G. Methoden der Personalbedarfsermittlung in der Anästhesie. Anästh Intensivmed 1989;30:272-275.
5. Bause H, Ragaller M, Gerlach H, Kuckelt W, Kuhlen R, Max M, Meier-Hellmann A, Reinhart K, Schleppers A, Specht M, Spies C, Wegermann P, Wilhelm W, Martin J. Supplement Nr. 2. Das duale Konzept der DGAI zur Qualitätssicherung in der Intensivmedizin. Anästh. Intensivmed. 2007;48:s28-s31.
6. Berry M, Martin J, Geldner G, Iber T, Bauer M, Bender JH, Siegmund F, Ernst C, Schleppers A. Analyse der IST-Kosten Anästhesie in deutschen Krankenhäusern – Bezugsjahr 2005. Anästh Intensivmed 2007;48:140-146.
7. Berufsverband Deutscher Anästhesisten. Memorandum zur „Situation der niedergelassenen Anästhesisten“ des Berufsverbandes Deutscher Anästhesisten. Anästh Intensivmed 1986;27:8/86.
8. Berufsverband Deutscher Anästhesisten. Zulässigkeit und Grenzen von Parallelverfahren in der Anästhesiologie. Anästh Intensivmed 1989;30:56.
9. Berufsverband Deutscher Anästhesisten. Qualitäts- und Qualifikationssicherung praxis-ambulanter Anästhesie. Stellungnahme des Berufsverbandes Deutscher Anästhesisten. Anästh Intensivmed 1989;30:58.
10. Berufsverband Deutscher Anästhesisten. Prof. Dr. med. Hans Wolfgang Opderbecke. Anästh Intensivmed 2001;42:837-838.
11. Berufsverband Deutscher Anästhesisten, Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin und Deutsche Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin. CIRSmedical Anästhesiologie stellt sich vor. Anästh Intensivmed 2010;51:20-29.
12. Berufsverband Deutscher Anästhesisten und Deutsche Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin. Qualitätssicherung ambulante Anästhesie. Anästh Intensivmed 2005;46:36-37.
13. Berufsverband Deutscher Anästhesisten, Deutsche Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin. Münsteraner Erklärung. Gemeinsame Stellungnahme des BDA und der DGAI zur Parallelnarkose 2005;46:32-34.
14. Berufsverband Deutscher Anästhesisten, Deutsche Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin und Berufsverband der Deutschen Chirurgen. Vereinbarung zur Qualitätssicherung ambulante Anästhesie. Anästh Intensivmed 2006;47:50-51.

15. Bothner U. Perioperative Anästhesieverlaufsbeobachtungen, postanästhesiologische Visite und Befragung zur Patientenzufriedenheit. Anästhesiol. Intensivmed. Notfallmed. Schmerzther. 1996;31:608-614.
16. Braun J, Walter M, Kuhly R, Lein M, Eveslage K, Hansen D, Schwilk B, Martin J, Schleppers A, Spies C. Clinical Pathways und Diagnosis-Related Groups: Die Anästhesiologie als Schnittstellenfach. Anästh Intensivmed 2003;44: 637-646.
17. Bundesärztekammer. Leitfaden Qualitätsmanagement im deutschen Krankenhaus. München, Zuckschwerdt 1997.
18. Bundestagsdrucksache 555/88 vom 25.11.1988. Gesetz zur Strukturreform im Gesundheitswesen (Gesundheitsreformgesetz – GRG) 1988.
19. Burchardi H. Die Entwicklung der Intensivmedizin in Europa. in: Schüttler J (Hrsg.) 50 Jahre Deutsche Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin. Tradition und Innovation. Springer Berlin-Heidelberg-New York 2003; 264-270.
20. Caplan RA, Posner KL, Ward RJ, Cheney FW. Adverse Respiratory Events in Anesthesia: a Closed Claims Analysis. Anesthesiology 1990;72: 828-833.
21. Cooper JB, Newbower RS, Long CD, McPeek B. Preventable anesthetic mishaps: a study of human factors. Anaesthesiology 1978;49:399-406.
22. Deming WE. Out of the crisis. Massachusetts Institute of Technology, Cambridge 1982;88.
23. Denz Ch, Eggensperger T, Krieter H. Qualitätsmanagement und KTQ-Zertifizierung in der Anästhesiologie. Aktueller Überblick und Erfahrungsbericht aus einem Universitätsklinikum. Anästh Intensivmed 2007;48:129-139.
24. Deutsche Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin. Empfehlung zur Sicherheit medizinisch-technischer Geräte beim Einsatz in der Anästhesiologie. Anästh Intensivmed 1981;22:303.
25. Deutsche Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin. Voraussetzung zur Durchführung ambulanter Anästhesieverfahren. Anästh Intensivmed 1983;24:414.
26. Deutsche Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin. Grundvorstellungen über die Inhalte des Anästhesieprotokolls und des präoperativen Zustandsprotokolls. Anästh Intensivmed 1989;30:205-239.
27. Deutsche Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin. Maßnahmen zur Qualitätssicherung von Anästhesieverfahren. Empfehlungen der Deutschen Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin. Anästh Intensivmed 1992;33:78-83.
28. Deutsche Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin. Editorial. Qualitätssicherung in der Intensivmedizin. Anästh Intensivmed 1998; 39:546.
29. Deutsche Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin und Berufsverband Deutscher Anästhesisten. Entschließung zur Personalbedarfsermittlung in der Anästhesiologie. Anästh Intensivmed 1984;25:461.
30. Deutsche Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin und Berufsverband Deutscher Anästhesisten. Stellungnahme zur Struktur klinischer Anästhesieeinrichtungen. Anästh Intensivmed 1985;26:332.
31. Deutsche Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin und Berufsverband Deutscher Anästhesisten. Anlage. Qualitätssicherung in der Anästhesiologie. Richtlinien der Deutschen Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin und des Berufsverbandes Deutscher Anästhesisten. Anästh Intensivmed 1989;30:307-314.
32. Deutsche Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin und Berufsverband Deutscher Anästhesisten. Ausstattung des anästhesiologischen Arbeitsplatzes. Fortschreibung der Empfehlungen der Deutschen Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin und des Berufsverbandes Deutscher Anästhesisten. Anästh Intensivmed 1995;36:250-254.
33. Deutsche Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin und Berufsverband Deutscher Anästhesisten. Apparative Ausstattung für Aufwachraum, Intensivüberwachung und Intensivtherapie. Gemeinsame Empfehlung des Engeren Präsidiums der DGAI und des Präsidiums des BDA auf der Basis einer von der Kommission Normung und Technische Sicherheit erarbeiteten Empfehlung. Anästh Intensivmed 1997;38:89-93.
34. Deutsche Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin und Berufsverband Deutscher Anästhesisten. Entschließungen, Empfehlungen, Vereinbarungen. Ein Beitrag zur Qualitätssicherung in der Anästhesiologie. 5. überarbeitete und aktualisierte Auflage. Aktiv Druck & Verlag GmbH, Ebelsbach 2011.
35. Deutsche Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin und Berufs-verband Deutscher Anästhesisten sowie der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin und der Deutschen Gesellschaft für internistische Intensivmedizin und Notfallmedizin. Gemeinsame Empfehlung zur Organisation der Intensivmedizin. Anästh Intensivmed 2007;48:431-432.
36. Deutsche Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin unter Mitwirkung von Ahnefeld FW, Classen K, Ebeling, BJ, Heinrichs W, Martin J, Osswald PM, Pützhofen G, Schwilk B, Tecklenburg, AC, Weiß Ch. Kerndatensatz Qualitätssicherung in der Anästhesie. Empfehlungen der DGAI-Kommission „Qualitätssicherung und Datenverarbeitung in der Anästhesie“ 1993;34:331-335.
37. Deutsches Krankenhausinstitut. Personalbedarf. Stellungnahme zur Personalbedarfsermittlung in der Anästhesie. Ergebnisse eines Workshops des Deutschen Krankenhausinstituts Düsseldorf vom 1.-2. Dezember 1988. Anästh Intensivmed 1989;30:184.
38. Deutsche Krankenhausgesellschaft. Anhaltszahlen für die Besetzung der Krankenhäuser mit Pflegekräften. Das Krankenhaus 1974;420-426.
39. Deutsche Krankenhausgesellschaft. Anhaltszahlen für die Besetzung der Krankenhäuser mit Ärzten. Empfehlungen der Deutschen Krankenhausgesellschaft vom 19.08.1969. Das Krankenhaus 1974;427-428.
40. Donabedian A. Evaluating the Quality of Medical Care. Milbank Quaterly 2005, Vol. 83;4:691-729.
41. Fischer K. Ambulante Anästhesien. Treffen der leitenden und niedergelassenen Anästhesisten, Lüneburg, 18. Mai 1984.
42. Fischer K. Personalbedarf in der Anästhesie. Anästh Intensivmed 1989;30: 208-209.
43. Fischer K. Editorial. Der neue Kerndatensatz Anästhesie: Anästh Intensivmed 1999;40:626.
44. Fischer K, Bause HW, Benson M, Heinrichs W, Heuser D, Klöss Th, Liebald B, Martin J, Meierhofer J, Osswald PM, Schwilk B, Veit Ch, Weiler Th, Sorgatz H. Modifikation

des Kerndatensatzes Anästhesie Anästh Intensivmed 1999;40:649-650.
45. Golombek G. Analytische Berechnungen des Personalbedarfs im ärztlichen Dienst. Ein neues Konzept der Deutschen Krankenhausgesellschaft Teil I. Anästh Intensivmed 1990;31:214-217.
46. Golombek G. Analytische Berechnungen des Personalbedarfs im ärztlichen Dienst. Ein neues Konzept der Deutschen Krankenhausgesellschaft Teil II. Anästh Intensivmed 1990;31:281-288.
47. Heinrichs W, Blumrich W, Deil S, Freitag M, Kutz N. Lüdtke I Röhrig R, Streuf R. Kerndatensatz Anästhesie Version 3.0/2010. Aktualisierter Datensatz zur Durchführung der externen Qualitätssicherung in der Anästhesie. Anästh Intensivmed 2010;51:S33-S55.
48. Heinrichs W, Martin J, unter Mitarbeit der Mitglieder der DGAI-Kommission „Qualitätssicherung und Datenverarbeitung in der Anästhesie". Erweiterung des „Kerndatensatzes Qualitätssicherung in der Anästhesie". Alternativ-Vorschlag zur detaillierten Erfassung präoperativer Risiken und einiger Anästhesiedaten. Anästh Intensivmed 1993;34:377-380.
49. Heinrichs W, Weiler Th. Zwischenbericht der Kommission für Qualitätssicherung und Datenverarbeitung der DGAI. Präsidiumssitzung der DGAI, TOP 14.2. 11.10.1997, Nürnberg.
50. Helsinki Declaration On Patient Safety in Anaesthesiology. Eur. J. Anaesthesiol 2010;27:592-597.
51. Iber Th, Weiss M, Wagner K, Leidinger W, Sehn N, Garking A, Klöss Th. Grundlagen der anästhesiologischen Personalbedarfsplanung im DRG-Zeitalter. Anästh Intensivmed 2006; 47:S27-S35.
52. Jaster HJ. Qualitätsmanagement im Gesundheitswesen. Thieme Verlag, Stuttgart 1997.
53. Kersting Th. Qualitätssicherung in der Anästhesiologie – Verfahrensentwicklung und Verfahrenserprobung. Anästh Intensivmed 1989;30:343-347.
54. Kersting Th. Qualitätssicherung und Qualitätskontrolle in der Anästhesie. Anästh Intensivmed 1991;32:308-314.
55. Kersting T, Baugut G, Plücker W. Leitfaden für die Personalbedarfsermittlung im Bereich Anästhesie und Intensivmedizin. Bibliomed, Melsungen 1992.
56. Kersting Th, Opderbecke HW (1992) Vorbemerkungen zur Empfehlung „Maßnahmen zur Qualitätssicherung von Anästhesieverfahren". Anästh Intensivmed 1992;33:77.
57. Kommission für Datenverarbeitung und Qualitätssicherung in der Anästhesie. Mitteilung der „DGAI-Kommission für Qualitätssicherung und Datenverarbeitung. Anästh Intensivmed 1995; 36:72.
58. Kommission für Qualitätssicherung und Datenverarbeitung der DGAI unter Federführung von Weiler Th, Schmitz JE, Baldering HJ, Heinrichs W. Qualitätssicherung in der Intensivmedizin: Definition der Inhalte des Kerndatensatzes Intensivmedizin. Anästh Intensivmed 1998;39:575-580.
59. Krieter H, Denz C, Russ N, van Ackern K. Qualitätsmanagement: Zertifizierung nach KTQ startet in die Routinephase. Anästh Intensivmed 2002;43:779-782.
60. Krieter H, Martin J, Pützhofen G, Schleppers A. KTQ-Kommentar 2004.
61. Landauer B. Supplement 3 I 2006. Die Personalbedarfsberechnung ist tot, es lebe die Personalbedarfsberechnung! Anästh Intensivmed 2006;47:S25-S26.
62. Landauer B, Schleppers A. Die Bedeutung der Anästhesie innerhalb des German Refined DRG-Systems. Anästh Intensivmed 2002;43:5-7.
63. Leffmann C., Junger A, Klöss Th, Veit C. Qualitätsvergleiche aller Hamburger Anästhesieabteilungen auf der Basis des DGAI-Kerndatensatzes: Anästh Intensivmed 1999;40:667-671.
64. Lohr KN. Outcome measurements – concepts and questions. Inquiry 1988; 25:37.
65. Martin J, Bauer M, Bauer K, Schleppers A. Kalkulation von DRG-Erlös, Ist-Kosten und Deckungsbeitrag anästhesiologischer Leistungen. Anästh Intensivmed 2008;49:223-232.
66. Martin J, Schleppers A, Fischer K, Junger A, Klöss Th, Schwilk B, Pützhofen G, Bauer M, Krieter H, Reinhart K, Bause H, Kuhlen R, Heinrichs W, Burchardi H, Waydhas C. Der Kerndatensatz Intensivmedizin: Mindestinhalte der Dokumentation im Bereich der Intensivmedizin. Anästh Intensivmed 2004;45:207-216.
67. Mellin-Olsen J. EBA – representing European Anaesthesiologists on a political level. Presidential Report. UEMS Monosection Anaesthesiology 2011.
68. Opderbecke HW. Gründung eines Archivs der Deutschen Anästhesie. Anästh Intensivmed 1983;24:379.
69. Opderbecke HW. Qualitätssicherung im Fachgebiet Anästhesiologie. Anästh Intensivmed 1991;32:304-307.
70. Opderbecke HW. Grundsätze zur Dokumentation als Instrument der Qualitätssicherung von Anästhesieverfahren. Anästh Intensivmed 1993; 34:101-104.
71. Opderbecke HW. Als der Berufsverband laufen lernte. Anästh Intensivmed 2001;42:819-827.
72. Opderbecke HW, Weißauer W. Entschließungen – Empfehlungen – Vereinbarungen. Perimed-Verlag 1983.
73. Opderbecke HW, Weißauer W. Entschließungen – Empfehlungen – Vereinbarungen. 2. Aufl. Melsungen: Bibliomed Verlagsgesellschaft 1991.
74. Opderbecke HW, Weißauer W (Hrsg.). Entschließungen, Empfehlungen, Vereinbarungen, Leitlinien. 3.Aufl. Aktiv Druck & Verlag, Ebelsbach 1999.
75. Osswald PM. Grundvorstellungen über die Inhalte des Anästhesieprotokolls und des präoperativen Zustandsprotokolles. Empfehlungen der DGAI-Kommission „EDV in der Anästhesie". Anästh Intensivmed 1989;30:205-209.
76. Osswald PM, Tecklenburg A, Heinrichs W. Anhang zur DGAI-Empfehlung: Maßnahmen zur Qualitätssicherung von Anästhesieverfahren. Technische Voraussetzungen zur Datenerfassung und zum Datenvergleich – Vorschlag der DGAI-Kommission „EDV in der Anästhesie". Anästh Intensivmed 1992;33:107-109.
77. Osswald PM, unter Mitarbeit von Dittman M, Ebeling M, Eckart J, Friesdorf W, Hansen H, Heinrichs W, Korell U, Link J, Martens G, Meyer KG, Naujoks B, Pollwein B, Pasch Th, Weißauer W. Grundvorstellungen über die Inhalte des Anästhesieprotokolls und des präoperativen Zustandsprotokolls. Empfehlungen der DGAI-Kommission „EDV in der Anästhesie". Teil II: Katalog der Inhalte des Anästhesieprotokolls. Anästh Intensivmed 1989;30:239-241.
78. Osswald PM, Weiß Ch. Vorbemerkungen zum „Kerndatensatz Qualitätssicherung in der Anästhesie. Anästh Intensivmed 1993;34:330-331.
79. Prien Th, Groll O, Geldner G, Martin J, Weiler Th, Dahmen KG, Sorgatz H, Bach A. Ist-Kosten Intensivmedizin deutscher Anästhesieabteilungen – Bezugsjahr 1999 – Anästh Intensivmed 2002;43:244-254.
80. Rall M, Dieckmann P, Stricker E und die Arbeitsgruppe Incident Reporting innerhalb des Forums Qualitätssicherung und Ökonomie des BDA

und der DGAI. Patientensicherheits-Optimierungs-System (PaSOS). Anästh Intensivmed 2006;47:S20-S24.

81. Schirmer U, Dietrich W, Lüth J-U, Baulig W. Der erweiterte Datensatz Kardioanästhesie – Eine modulare Ergänzung des Kerndatensatzes Anästhesie der DGAI- Anästh Intensivmed 2000;41:683-691.
82. Schleppers A. Der Weg von den Australian Refined DRGs zum German Refined DRG-System. Anästh Intensivmed 2001;42:112-116.
83. Schleppers A, Bauer M, Pollwein B, Noll B, van Ackern K. Der „richtige" Anteil der DRG-Erlöse für die Anästhesieabteilung. Anästh Intensivmed 2003;44:803-807.
84. Schleppers A, Bauer M, Berry M, Bender J-H, Geldner G, Martin J. Analyse der IST-Kosten Anästhesie in deutschen Krankenhäusern – Bezugsjahr 2002 -. Anästh Intensivmed. 2005;46:23-26.
85. Schleppers A, Fischer K, Endrich B. Gemeinsame Stellungnahme des Berufsverbandes der Deutschen Chirurgen und des Berufsverbandes Deutscher Anästhesisten: Datenanforderungen auf dem Personalsektor zur Abbildung von Prozessen im OP und zur Kalkulation der DRGs. Anästh Intensivmed 2002;43:457-461.
86. Schleppers A, Prien, T, Van Aken H. Helsinki Declaration on patient safety in anaesthesiology: Putting words into practice – Experience in Germany. In: Staender S, Mellin-Olsen J, Pelosi P, Van Aken H. Safety in Anaesthesia: Clinical Anaesthesiology 2011;25:291-304.
87. Schleppers A, Sorgatz H. Berufspolitik. Australian Refined DRGs – Probleme und Handlungsbedarf. Anästh Intensivmed 2000;41:854-857.
88. Schleppers A, Welker A, Baumgart A, Martin J, Steinmeyer-Bauer K, Geldner G, Iber T, Schüpfer G. Analyse der IST-Kosten Anästhesie in deutschen Krankenhäusern – Bezugsjahr 2007 – Anästh. Intensivmed. 2009;50:745-750.
89. Schmucker P. Qualitätssicherung in der Anästhesiologie. Fortschreibung der Richtlinien der Deutschen Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin und des Berufsverbandes Deutscher Anästhesisten (Anästh Intensivmed 1989;30:307-314). Anästh Intensivmed 1995;36:250-254.
90. Schüttler J, Van Aken H. Editorial. Haltet (sie) ein! Die Sicherheitsstandards in der Anästhesie. Anästh Intensivmed 2009;50:506-507.
91. Schulte am Esch J, Goerig M. Die vier Säulen der Anästhesiologie. in: Schüttler J (Hrsg.) 50 Jahre Deutsche Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin. Tradition und Innovation. SpringerBerlin-Heidelberg-New York 2003;182-231.
92. Sektion Qualitätssicherung und Ökonomie der DIVI. Kerndatensatz Intensivmedizin 2010 der DIVI und DGAI. Anästh Intensivmed 2010;51: S801-S808.
93. Sorgatz H, Dichtjahr T. Critical Incident Reporting System Anästhesiologie. Gemeinsames Modellprojekt von DGAI/BDA und des Ärztlichen Zentrums für Qualität in der Medizin. Anästh Intensivmed 2010;51:193-194.
94. Taeger A. Die Zeitschrift Anästhesiologie und Intensivmedizin. in: Schüttler J (Hrsg.) 50 Jahre Deutsche Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin. Tradition und Innovation. SpringerBerlin-Heidelberg-New York 2003;162-166.
95. Tecklenburg A. Form und Inhalt eines EDV-gerechten Anästhesieprotokolls. Anästh Intensivmed 1993;34:93-100.
96. Tecklenburg A, Herden HN, Veit C. Konzept für die externe Qualitätssicherung in der Anästhesiologie Hamburg. Anästh Intensivmed 1993; 34:374-376
97. Tinker JH, Dull DL, Caplan RA, Ward RJ, Cheney FW. Role of Monitoring Devices in Prevention of Anesthetic Mishaps: a Closed Claims Analysis. Anesthesiology 1989;71: 541-546.
98. Ulsenheimer K. Zur Diskrepanz zwischen dem optimalen medizinischen Standard, dem ökonomisch Möglichen und dem rechtlich Geforderten – die Anästhesiologie im Widerstreit gegensätzlicher Pflichten. Anästh Intensivmed 2009;50:242-247.
99. Van Ackern K, Schleppers A. Kerndatensatz Intensivmedizin – Präambel. Anästh Intensivmed 2004;45:296.
100 Van Ackern K, Schwarz W, Striebel JP. 50 Jahre Deutsche Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin in: Schüttler J (Hrsg.) 50 Jahre Deutsche Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin. Tradition und Innovation. SpringerBerlin-Heidelberg-New York 2003;79-119.
101. Van Aken H, Mellin-Olsen J, Pelosi P. Intensive care medicine: a multidisciplinary approach. European Journal of Anaesthesiology, in Druck 2011.
102. Van Aken H, Steinau H.U, Landauer B, Polonius M-J. Gemeinsame Empfehlungen der Deutschen Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin und des Berufsverbandes Deutscher Anästhesisten sowie der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie und des Berufsverbandes der Deutschen Chirurgen zur Ausstattung und Organisation interdisziplinärer operativer Intensiveinheiten (IOI). Anästh Intensivmed 2007;48:230-232.
103. Von Wolff A, Hautmann M. Das Narkoseprotokoll zur rechnergestützten Dokumentation und Qualitätsüberwachung Teil I – Dokumentation. Anästh Intensivmed 1991;32:49-51.
104. Wawersik J. Was bewirken Leitlinien, Richtlinien und Standards? Anästh Intensivmed 1997;38:534-540.
105. Waydhas C. Kerndatensatz Intensivmedizin 2010 der DIVI und DGAI. Anästh Intensivmed 2010;51:S801-S808.
106. Waydhas C, Interdisziplinäre Arbeitsgruppe „Qualitätssicherung In der Intensivmedizin der DIVI. Vorschlag für ein nationales Register zum externen Qualitätsvergleich in der Intensivmedizin. Intensivmed 2000;37:454-460.
107. Weiler Th, Bause Hw, Fischer K, Heuser D, Martin J, Sorgatz H und die weiteren Mitglieder des „Runden Tisches Qualitätssicherung in der Anästhesie" von DGAI und BDA. Der postanästhesiologische Fragebogen: Anästh Intensivmed 1999;40:661-664.
108. Weiler Th, Schmitz JE, Baldering HJ, Heinrichs W, unter Mitarbeit der Mitglieder der Kommission für Qualitätssicherung und Datenverarbeitung der DGAI. Entwicklung des Kerndatensatzes: Qualitätssicherung in der Intensivmedizin. Ergebnisse und Erfahrungen einer Multicenterstudie. Anästh Intensivmed 1998;39:316-326.
109. Weiler Th, Sorgatz H. Die aktuellen gesundheitspolitischen Diskussionen und ihre Auswirkungen auf die Qualitätssicherung im deutschen Gesundheitswesen. Anästh Intensivmed 1999;40:640-645.
110. Weiss M, Marx G, Vagts DA, Leidinger W, Nehn N, Iber Th. Supplement Nr. 4 I Personalbedarfsplanung in der Intensivmedizin im DRG-Zeitalter – ein leistungsorientiertes Kalkulationsmodell 1. Anästh Intensivmed 2008; 49:s41-s51.

111. Weißauer W. Haftung des Krankenhausträgers bei personeller Unterbesetzung der Anästhesieabteilung. Anästh Intensivmed 1986;27:24.
112. Weißauer W. Personalbedarf in der Anästhesie. Mediko-legale Gesichtspunkte. Anästh Intensivmed 1989;30: 180-183.
113. Weißauer W. Die Entwicklung zum selbständigen Fachgebiet. In: Schüttler J (Hrsg.) 50 Jahre Deutsche Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin. Tradition und Innovation. Springer Berlin-Heidelberg-New York 2003;68-78.
114. Weißauer W, Opderbecke HW. Die Überwachung des Patienten nach der Narkose. Anästh Intensivmed 1984; 25:60.
115. Wendt M, Lorenz D (unter Mitarbeit von Th. Prien, B. Freitag und K. Taeger). Definitionen zur perioperativen Leistungserfassung. Chirurg. BDC 1998;37:10-12.
116. Wittenburg JP. Persönliche Mitteilung
117. Zinganell K, Gräbe K, Nolte G. Die Anästhesiepräsenz als Grundlage der Personalbedarfsberechnung. Anästh Intensivmed 1992;33:362-363.
118. Zwissler B, Geldner G, Mertens E, Wappler F, Kelm M, Leschke M, Meyer C, Mössner J, Obertacke U, Schwenk W. Supplement Nr. 8. Präoperative Evaluation erwachsener Patienten vor elektiven, nicht kardiochirurgischen Eingriffen. Anästh Intensivmed 2010; 51:s788-s796.

Internet-Links

A U.E.M.S.
www.uems.net/

B Kooperation für Transparenz und Qualität im Gesundheitswesen (KTQ)
www.ktq.de/

C Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA)
www.g-ba.de/

D Institut für Qualität und Patientensicherheit
www.bqs-institut.de/

E Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI)
www.dimdi.de/

F CIRSmedical Anästhesiologie
www.cirs-ains.de/

G Patientensicherheit (BDA/DGAI)
www.patientensicherheit-ains.de

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. med.
Klaus Fischer

Carl-Schurz-Straße 63
28209 Bremen, Deutschland

E-Mail: doc_fischer@t-online.de

Das Ganze ist mehr als die Summe seiner Teile

Eine persönliche Betrachtung

B. Freitag

Etwas mehr als 20 Jahre sind vergangen, seitdem Deutschland Ost und Deutschland West nach vier Jahrzehnten der Trennung zunächst finanzpolitisch und kurz darauf völkerrechtlich wiedervereint wurden. Nationaler Ausgangspunkt dafür war die friedliche Revolution des Herbstes 1989 in der DDR. Sie mündete nach Fall des SED-Staatsregimes in die Vereinigung, bei der die DDR der BRD beitrat und in erstaunlich kurzer Zeit die westdeutsche Ordnung auf die „neuen" Länder übertragen wurde.

Menschen mit gemeinsamer Tradition, jedoch aus in vielerlei Hinsicht konträren Gesellschaftssystemen bzw. Parallelwelten – eine heute im Rahmen der Integrationsdebatte beinahe inflationär gebrauchte Abstraktion – näherten sich wieder einander. Dieser Prozess erinnert zunächst an die von der Schriftstellerin Monika Maron aufgegriffene Parabel von Zwillingsbrüdern, die nach Trennung in der frühen Kindheit letztlich wieder zusammenkamen. Einer hatte es zu Reichtum gebracht, der andere lebte in bescheidenen Verhältnissen. Vieles hatte sich in ihren Leben zwar ähnlich entschieden, trotzdem war der eine Zwilling wenig bereit, sich im anderen zu erkennen [9]. Ein Gleichnis, das sich teilweise auch auf die deutsche Wiedervereinigung übertragen lässt. Ungeachtet der andersartigen Vergangenheit der Menschen überwog jedoch der Wille, eine gemeinsame Zukunft zu bauen. Ein neues, ein besseres Ganzes.

Das 20jährige Jubiläum der deutschen Wiedervereinigung ist in den vergangenen Monaten gebührend gewürdigt worden. Immer dann gebührend, solange bei der Wertung dieses wahrlich revolutionären Ereignisses dessen Wurzeln sowie die Leistungen der damit in Ost und West verbundenen Menschen respektiert wurden und nicht billige Klischees, falsche Ressentiments oder andererseits eine Verklärung vergangener gesellschaftlicher Verhältnisse das Denken bestimmten. Auch 20 Jahre nach Angliederung Ostdeutschlands an das demokratische politische System der „alten" Bundesrepublik wird noch immer die Frage nach der Einheitsbilanz gestellt, inwieweit in diesem, eben nicht allein mit einigen Unterschriften zu besiegelnden Vereinigungsprozess Wunsch und Wirklichkeit übereinstimmen.

Die einzelnen Schritte der Wiedervereinigung Ende Januar/Anfang Februar 1990 wurden von der Bundesregierung überwiegend zu westlichen Bedingungen gestaltet. Die „neuen" Länder sollten möglichst umfassend in das Ordnungsgefüge der BRD integriert werden. Das betraf neben den staats- und verfassungsrechtlichen Grundsätzen des politischen Systems, rechts- und verwaltungstechnischen Prinzipien oder gesellschaftspolitischen und kulturellen Inhalten ebenso die Wirtschafts- und Sozialordnung einschließlich des Gesundheitswesens [18]. Das beitragsfinanzierte Gesundheitssystem der Bundesrepublik Deutschland mit weitgehender ärztlicher Selbstverwaltung löste frühzeitig das staatliche Gesundheitswesen der DDR ab. Andersartige sozialpolitische Rahmenbedingungen waren schnell etabliert, dagegen fehlten, ungeachtet der Grenzen des Machbaren, vielfach politischer Wille, Einsicht und auch Mut, bei diesem Umbruch Nachteiliges oder Hemmendes der konventionellen Bedingungen korrigieren zu wollen.

Nicht wenige westdeutsche Ärztefunktionäre ließen in dieser Situation im Vollgefühl ihrer selbstgewissen „Erfolgsgeschichte" [18] den notwendigen Respekt für die Biographie des Einzelnen, vor Erfahrungen der ostdeutschen Kollegen vermissen. Selbst Konzepte und Organisationsformen der Patientenbetreuung, die heute als „Innovationen" gelten, wurden damals in Frage gestellt.

Nicht zu vergessen die mangelnde Sensibilität einzelner „Reformer", wenn die Umstellung der Lebensumstände, beispielsweise der unumgängliche Sprung in die freie Marktwirtschaft, bei einem Großteil der DDR-Ärzteschaft zunächst mit persönlichen Existenzsorgen verbunden war. Oder gar mit Unsicherheiten hinsichtlich der weiteren Entwicklung des bis dahin repräsentierten Gesundheitswesens. Nicht als Identifizierung mit einer untergegangenen Gesellschafts- und Sozialordnung, sondern vielmehr als Rückbesinnung an bis zu diesem Zeitpunkt erbrachte Leistungen.

Auch beim Zusammenschluss von Ärztinnen und Ärzten in Gestalt von Gesellschaften, Verbänden, Vereinen und Kammern dominierten mitunter Denkmuster der „alten" Bundesrepublik.

Heute, zwei Jahrzehnte nach Vollzug der deutschen Wiedervereinigung, bie-

tet sich ein Rückblick an: Hat die oft gebrauchte pauschale Aussage „West vereinnahmt Ost“ auch Gültigkeit für den „Berufsverband Deutscher Anästhesisten e.V.“ (BDA)?
Es mag überraschen, wenn bei wachgehaltener Erinnerung an eine bewegte Zeit bereits an dieser Stelle die Frage guten Gewissens verneint wird. Mit einer derartigen Meinung steht der Autor des Beitrages nicht allein. Sie wird gestützt von Berufskollegen, die frühzeitig in den neuen Bundesländern berufspolitische Belange der Anästhesie vertreten konnten. Oder im Gegensatz dazu von weniger guten Erfahrungen beim Integrationsprozess in andere Fachgremien berichteten.
Manchem wird jedoch diese Argumentation nicht ausreichen. Nachfolgende Ausführungen, in denen zunächst die Entwicklung des Fachgebietes Anästhesiologie in Ostdeutschland kurz skizziert und weiterhin Details zur Etablierung des Berufsverbandes im Osten Deutschlands genannt werden, können möglicherweise so geartete Zweifel ausräumen.

Berufspolitik – Anliegen der ostdeutschen Fachgesellschaft GAIT

Der Mehrzahl der Leser wird die Geschichte des Fachgebietes Anästhesiologie in der DDR wenig bekannt sein. Zum allgemeinen Verständnis ist ein kurzer historischer Rückblick unumgänglich.
Eine umfassende Darstellung der Entwicklung der ostdeutschen Anästhesiologie und ihrer Fachgesellschaft verdanken wir G. Benad (Rostock) und W. Röse (Magdeburg) [2]. Deren im Jahr 2003 zum 50jährigen Bestehen der „Deutschen Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin“ (DGAI) publizierte Chronologie ist in Hinblick auf den „Berufsverband Deutscher Anästhesisten“(BDA) insofern interessant, als im Osten Deutschlands die „Gesellschaft für Anaesthesiologie und Intensivtherapie der DDR“ (GAIT) – im Verlauf der Zeit mit wechselnder Bezeichnung – bis zu ihrer Auflösung am 23.Oktober 1990 im Wesentlichen auch die berufs- bzw. standespolitischen Interessen der ostdeutschen Anästhesistinnen und Anästhesisten vertrat. In der DDR war das Spektrum berufspolitischer Aufgaben weniger breit gefächert, parallel zur Fachgesellschaft existierte kein Berufsverband der heutigen Prägung.

In beiden Teilen Deutschlands verlief nach dem 2. Weltkrieg die Etablierung der Anästhesiologie als eigenständiges Fachgebiet in einigen Punkten zunächst vergleichbar: Die Anästhesie musste auf dem Weg zu einer gleichberechtigten Medizindisziplin viele Ressentiments bereits länger bestehender Fachgebiete überwinden.
Ähnlich der 1952 in der BRD gegründeten „Arbeitsgemeinschaft für Anaesthesiologie“ rief L. Barth (Berlin-Buch) 1960 in der DDR einen „Zentralen Arbeitskreis für Anästhesie und Anästhesietechnik“ (ZAK) ins Leben. Ihm gehörten Anästhesisten und Vertreter der medizintechnischen Industrie an. Diese Interessenvertretung ostdeutscher Fachkollegen – seit dem Jahr 1956 wurde der „Facharzt für Anästhesiologie“ in der DDR staatlich anerkannt – war einem „Staatssekretariat für Forschung und Technik“ direkt unterstellt. Sie arbeitete zudem eng mit dem Gesundheitsministerium der DDR und weiteren staatlichen Institutionen zusammen.

Anfangs fanden DDR-Anästhesisten außerdem in der seit April 1953 in der BRD bestehenden „Deutschen Gesellschaft für Anästhesie“ (DGA), dem Vorläufer der „Deutschen Gesellschaft für Anästhesie und Wiederbelebung“ (DGAW) bzw. der späteren „Deutschen Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin“ (DGAI), eine Heimat zum wissenschaftlichen und berufspolitischen Gedankenaustausch. Nach 1961, dem Jahr der totalen Schließung der innerdeutschen Grenze, war jedoch diese Zusammenarbeit nahezu unmöglich geworden. In den Jahren 1968/69 mussten zudem Anästhesisten aus dem Osten Deutschlands auf staatlichen Druck hin eine bis dahin aufrechterhaltene Mitgliedschaft in der westdeutschen Fachgesellschaft oder im Berufsverband beenden [2,21]. Allen Hindernissen zum Trotz wurden dennoch kollegiale Verbindungen über die deutsch-deutsche Grenze hinweg gepflegt. In diesem Sinne besonders aktiv war vom Berufsverband beispielsweise Charlotte Lehmann (München), deren Buchsendungen sowie persönliche Kontakte zu ostdeutschen Berufskollegen von DDR-Behörden ungern gesehen und letztlich behindert wurden.

Um auch in der DDR das junge Fachgebiet Anästhesie im Spektrum der bereits existierenden traditionellen Fachgesellschaften der klinischen Medizin entsprechend positionieren zu können, bildete sich im Oktober ein Komitee von Fachvertretern zur Gründung einer anästhesiologischen Gesellschaft. Am 25. Oktober 1963 formell gegründet, wurde diese Gesellschaft nahezu zeitgleich unter der Bezeichnung „Sektion Anaesthesiologie“ in die Dachorganisation „Deutsche Gesellschaft für klinische Medizin der DDR“ aufgenommen. In der offiziellen Gründungsversammlung am 7. März 1964 konnte – außergewöhnlich für die damalige DDR-Wahlpraxis – in geheimer Form der engere und erweiterte Vorstand der Gesellschaft gewählt werden. Neben dem Hinweis auf diesen staatlicherseits argwöhnisch verfolgten demokratischen Wahlmodus ist eine weitere Anmerkung zum Verständnis politischer Repressionen bzw. auch wissenschaftlich-organisatorischer Hemmnisse in der DDR an dieser Stelle unerlässlich: Der im August 1964 vorgelegte 1. Entwurf eines Statuts der neu gegründeten Sektion konnte nach wiederholter ministerieller Reglementierung und Einsprüchen der „Gesellschaft für klinische Medizin der DDR“ erst Anfang 1975, also mehr als 10 Jahre später, als definitives „Statut der Gesellschaft für Anaesthesiologie und Reanimation der DDR“ veröffentlicht werden [20].
Die „Sektion Anaesthesiologie“ war inzwischen im Jahr 1967 in „Gesellschaft für Anaesthesiologie und Reanimation der DDR“ umbenannt worden. Mit der 1981 abermals geänderten Bezeichnung „Gesellschaft für Anaesthesiologie und Intensivtherapie der DDR“ (GAIT) wurde die interdisziplinäre Intensivtherapie

als eine der Säulen des Fachgebietes Anästhesiologie auch nominell verankert [1,2]. Sie war ohnehin bereits seit 1972 durch eine „Arbeitsgemeinschaft Interdisziplinäre Intensivtherapie“ in der Gesellschaft repräsentiert worden.
Im oben genannten Statut trug neben anderen modernen Festlegungen eine besondere Klausel nachweislich zur Stärkung des Fachgebietes bei. Diese erlaubte die Mitgliedschaft in der Gesellschaft sowohl für Personen mit abgeschlossener Hochschulbildung und Bezug zum Fachgebiet als auch – in Form der außerordentlichen Mitgliedschaft – für Personen ohne diesen Bildungsweg, d.h. beispielsweise für „Fachkrankenschwestern und -pfleger für Anästhesiologie und Intensivtherapie“, für Medizinische Assistenten und Medizintechniker.

Die Berufspolitik war, wie eingangs angedeutet, aus noch zu nennenden Gründen im staatlich weitgehend regulierten Gesundheitswesen der DDR weniger gewichtig als in der BRD. Berufspolitische Interessen wurden vorwiegend von der Fachgesellschaft vertreten. Aufgaben dieser Art erfüllten anteilig ebenfalls einzelne der elf zwischen 1970 und 1982 gebildeten Arbeitsgemeinschaften (AG). Sie erarbeiteten im Auftrag des Vorstandes der Gesellschaft Lösungsvorschläge auch für berufspolitische Angelegenheiten. Stellvertretend sollen hier nur die Arbeitsgemeinschaften Arbeits- und Lebensbedingungen, Information und Dokumentation, Studentische Ausbildung und Erziehung oder Medizinisch-juristische Fragen genannt werden.
Für berufspolitische Belange des Einzelnen und des Fachgebietes allgemein bzw. „vor Ort“ engagierten sich in der verwaltungstechnisch in 15 Bezirke geteilten DDR weiterhin von den jeweiligen Bezirksärzten berufene „Beratende Ärzte für Anästhesiologie“, später ergänzend bezeichnet als „Beratende Ärzte für Anästhesiologie und Intensivtherapie“. Diese gehörten automatisch zum erweiterten Vorstand der GAIT.

Bei gebotener Kürze kann hier nicht im Einzelnen auf weitere Beiträge und Verdienste der DDR-Fachgesellschaft zur Entwicklung des Fachgebietes mit den Säulen Anästhesiologie, Intensivtherapie, Notfallmedizin und Schmerztherapie eingegangen werden. So auch nicht auf die konzeptionelle Beratung der Ministerien für Gesundheitswesen bzw. für Hoch- und Fachschulwesen durch den Vorstand der Gesellschaft, was seitens staatlicher Institutionen mit weitgehender Respektierung der jungen Medizindisziplin sowie Förderung der anästhesiologischen Lehre in der Hochschulmedizin beantwortet wurde.
Detaillierte Informationen hierzu oder zu Aktivitäten der Fachgesellschaft bei der Ausrichtung nationaler und internationaler Kongresse, Symposien und Arbeitstagungen sowie ebenfalls zum Publikationsspektrum findet der Interessierte – dieser Hinweis sei nochmals gestattet – in der bereits genannten Veröffentlichung „Entwicklung der Anästhesiegesellschaft in der DDR“ von Benad und Röse [2].

Wegen des direkteren Bezugs zur Berufs- und Standespolitik darf jedoch ein Meilenstein für die Profilierung der ostdeutschen Anästhesie nicht ungenannt bleiben: Das sog. „Oberhofer Programm“ aus dem Jahr 1971, bezeichnet nach dem Ort der 1. Arbeitstagung der Fachgesellschaft [3]. Dieses Grundsatzpapier definierte die Stellung des Anästhesisten im Gesundheits- und Sozialwesen der DDR. Zentrale Punkte des Programms waren u.a. die Organisation der DDR-einheitlichen Weiterbildung zum „Facharzt für Anästhesiologie (und Intensivtherapie)“, die Entwicklung der anästhesiologischen Forschung sowie Grundsätze zur studentischen Ausbildung in der Anästhesiologie mit obligatorischer Vorlesung und Staatsexamen. Ferner wurden Empfehlungen zu Struktur und Betreiben von Anästhesiekliniken gegeben. Nach einem verbindlich abgestuften System führten Kreiskrankenhäuser „Anästhesieabteilungen“ mit anästhesiologisch geleiteten Wachstationen. An Krankenhäusern mit erweiterter Aufgabenstellung arbeiteten Anästhesie- und Intensivtherapieabteilungen, an größeren Einrichtungen und Universitäten „Kliniken für Anästhesiologie und Intensivtherapie“, wobei die Intensivtherapie interdisziplinär organisiert war. An dieser Konzeption orientierten sich weitgehend die personelle und materielle Ausstattung.
Das „Oberhofer Programm“ galt in zweifacher Hinsicht als bemerkenswert. Einmal war eine zukunftsweisende und vor allem praxistaugliche Arbeitsgrundlage für die anästhesiologische Patientenversorgung gegeben. Zum zweiten wurden die programmatischen Forderungen des Vorstandes der Fachgesellschaft zur Gestaltung der Anästhesie seitens des DDR-Gesundheitsministeriums nahezu vorbehaltlos akzeptiert und – soweit möglich – auch erfüllt.

Auflösung der GAIT

Die etwa 26jährige Geschichte der GAIT endete im Oktober 1990, nur wenige Tage nach der am 3. Oktober 1990 auch völkerrechtlich vollzogenen Wiedervereinigung Deutschlands, in Form ihrer Auflösung.
Als historisch bedeutsame Termine hierfür gelten der 11. Kongress „anaesthesia ´90“ vom 4. bis 7. Februar 1990 in Dresden sowie die letzte Mitgliederversammlung der GAIT am 23. Oktober desselben Jahres in Gera.
Auf dem Dresdener Kongress konnten nach mehr als einem Vierteljahrhundert politisch erzwungener Trennung Anästhesisten aus Ost- und Westdeutschland wieder ohne Behinderung zusammenkommen. In einer von Emotionen geprägten Versammlung von Mitgliedern der GAIT und DGAI während des Kongresses wurde die weitere Kontaktaufnahme beider Fachgesellschaften mit dem Ziel ihrer Vereinigung beschlossen.
Ergebnis einer gemeinsamen Sitzung des Vorstandes der GAIT und DGAI-Präsidiumsmitgliedern am 6. Februar 1990 war die von den damaligen Präsidenten der GAIT und DGAI H. Hache (Dresden) und K. Fischer (Bremen) unterzeichnete „Gemeinsame Erklärung der DGAI und GAIT“ vom 7. Februar 1990 [5]. In dieser wurde nicht von einem zukünftigen Partnerschaftsabkommen zwischen GAIT

 © Anästh Intensivmed 2011;52:598-604 Aktiv Druck & Verlag GmbH

und DGAI, sondern weitsichtiger von deren Zusammenschluss zu einer gemeinsamen deutschen Fachgesellschaft ausgegangen. Zur Begleitung dieses Planes gründeten beide Gesellschaften unter Einbeziehung des BDA einen paritätisch besetzten Koordinierungsausschuss unter Leitung der jeweiligen Präsidenten.

Bei nachfolgenden Kontakten zwischen autorisierten Vertretern von DGAI und GAIT, so beispielsweise am 24. März 1990 im Rahmen des 35. Deutschen Anästhesiekongresses (DAK) in Mannheim, stand neben weiteren Themen die Form der Vereinigung im Fokus: Eine Fusion erlaubten nach damaliger Auffassung die Vereinsgesetze der BRD nicht. Deshalb war – vergleichbar zum Wiedervereinigungsprozess beider deutscher Staaten – nur ein Beitritt der ostdeutschen Anästhesisten in die DGAI möglich, was wiederum die Auflösung der GAIT voraussetzte [8].

Demzufolge wurde auf der Mitgliederversammlung der GAIT am 23. Oktober 1990 in Gera über die Empfehlung des Vorstandes zur Auflösung der ostdeutschen Fachgesellschaft abgestimmt.

Ein einstimmiges Votum setzte den Schlusspunkt unter die Existenz einer medizinischen Fachgesellschaft, welche einen respektablen Beitrag für die Entwicklung der Anästhesiologie nicht allein für Ostdeutschland, sondern letztlich auch über die Landesgrenzen hinaus leistete – entgegen der Staatsdoktrin einer bedrückenden Isolation gegenüber der internationalen Wissenschaftswelt.

Die gute Bilanz der GAIT lässt sich heute nicht losgelöst vom Wesen des mit der politischen Wende abgelösten Gesundheitssystems der DDR bewerten. Für die „Hinterlassenschaft" der Fachgesellschaft fand sich wohl auch deshalb zum damaligen Zeitpunkt leider keine „Verwendung", es war wenig Gutes assoziiert mit dem Begriff „DDR".

Die Position der Intensivtherapie, eine DDR-einheitliche Facharztweiterbildung mit zentraler Prüfung, Fördermodelle seitens der „Akademie für Ärztliche Fortbildung der DDR" zum Erreichen des Facharztstandards, das notfallmedizinische Konzept in Form der fachärztlich geleiteten „Schnellen Medizinischen Hilfe" (SMH), die partnerschaftliche Einbindung von Fachschwestern und -pflegern in die GAIT oder die frühzeitig obligate Verankerung der Anästhesie im Hochschulstudium – eine Reminiszenz an die nachhaltigsten Errungenschaften und Vorzüge der ostdeutschen Anästhesie soll nicht mit nostalgischer Verklärung den kritischen Zustand des Gesundheits- und Sozialsystems der DDR ausblenden. Denn der unbestrittene Wille zur optimalen Patientenbehandlung in der Anästhesie wurde wie auch in anderen Fachgebieten durch eine mangelhafte Versorgung mit Arzneimitteln, Medizintechnik und Verbrauchsmaterialien konterkariert. Als großes Problem für das Gesundheitswesen allgemein und für das Fachgebiet speziell erwies sich außerdem der Verlust an ärztlichem und weiterem medizinischen Personal durch Abwanderung Richtung Westen. Die Dimension verdeutlicht eine Zahl: Im Verlauf des Jahres 1989 verließen rund 4000 (!) Ärzte verschiedener Fachdisziplinen die DDR [10].

Ostdeutsche Berufspolitik im Rückblick

Die Anästhesistinnen und Anästhesisten im Osten Deutschlands standen mit Auflösung der GAIT auch vor der Entscheidung: Beitritt zum parallel zur Fachgesellschaft DGAI bestehenden Berufsverband Deutscher Anästhesisten (BDA)?

Die Anästhesiegesellschaften in Ost und West entwickelten sich – wenn man vom zeitlichen Vorlauf der DGA bzw. DGAI in einzelnen Bereichen absieht – in vergleichbarer Weise.

Weshalb formierte sich dann analog zum westdeutschen BDA in der DDR keine eigenständige berufs- und standespolitische Interessenvertretung der Anästhesisten?

Die Antwort könnte man sich allein mit dem Verweis auf Grundzüge des DDR-Gesundheitswesens leicht machen: „Staatsmedizin ohne ärztliche Selbstverwaltung in einem zentralistischen, alles regulierenden Vorschriftenstaat".

Wem diese sehr populistische Argumentation nicht zusagt, kann sich eine eigene, bessere Antwort bilden, indem er sich im Kontext dazu an die von Opderbecke [11] im geschichtlichen Rückblick anlässlich des 40jährigen Gründungsjubiläums des BDA genannte Ausgangslage des Fachgebietes Anästhesiologie in der BRD erinnert. Die damaligen primären Motive der Anästhesisten zur Gründung eines Berufsverbandes waren für die DDR-Anästhesie bedeutungslos oder trafen nur in abgemilderter Form zu. Beispielsweise gab es unter der oben charakterisierten ostdeutschen Staatsform keine ausgeprägten materiellen berufspolitischen Interessen. Ebenfalls kam in der DDR ein spezielles existenzielles Problem weit weniger zum Tragen: Die in Frage gestellte berufliche Unabhängigkeit bzw. fachliche Eigenständigkeit der Anästhesisten, indem Chirurgen gegenüber deren Tätigkeiten lange Zeit ein Weisungsrecht beanspruchten [4].

Auch die heute in der Satzung des BDA verankerten Zwecke und Aufgaben waren für den Berufsstand in der DDR nur teilweise zutreffend bzw. zu erfüllen. Die allgemeine Vertretung des Fachgebietes innerhalb der Ärzteschaft sowie gegenüber staatlichen Institutionen und anderen Organisationen und die Sicherung seiner Arbeitsgebiete oblagen wie erwähnt den Gremien der Fachgesellschaft GAIT. Die Gesellschaft kümmerte sich neben der Fachkommission „Anästhesiologie und Intensivtherapie" der „Akademie für Ärztliche Fortbildung der DDR" ebenso um die berufliche Fort- und Weiterbildung.

Demgegenüber war der Gestaltungsspielraum bei Rechts-, Versicherungs- und Vertragsangelegenheiten, bei Gebührenfragen oder hinsichtlich privater Niederlassungen und weiterer Beratungsfelder aufgrund der Staatsdoktrin nur gering. Die nachstehenden Merkmale des DDR-Gesundheitswesens berechtigen zu dieser Aussage.

Das Finanzierungskonzept der Gesundheitsversorgung stützte sich auf einen festgelegten Sozialversicherungsbeitrag für die Kranken- und Rentenversiche-

rung, auf den Beitrag der Staatlichen (Einheits-)Versicherung der DDR sowie auf Zuschüsse aus dem Staatshaushalt [13]. Die genannte Versicherung regelte ebenso Haftungsrecht und Versicherungsprobleme, welche sich aus der ärztlichen Tätigkeit ergaben. Eine Rechtsberatung, beispielsweise für Chefarztverträge, war kaum relevant. Allgemein basierte die Bezahlung des medizinischen Personals auf verbindlichen Gehaltsgruppen. Da es nicht die heute beklagte Vielzahl von Gebührenordnungen gab, spielten Gebührenfragen und Abrechnungsprobleme letztlich ebenso keine Rolle. Aus politischem Grundsatz waren freiberuflich tätige Ärzte Ende 1989 nur zu 2 % an der ambulanten Patientenversorgung beteiligt [10]. Demzufolge war die Erweiterung des Berufsbildes Arzt zum Unternehmer [12] kein wesentliches Thema.
Und trotz der desolaten Finanzsituation blieb auch in der ostdeutschen Anästhesie ein weiteres, den BDA mehr und mehr tangierendes Betätigungsfeld nahezu ein Fremdwort: Die Ökonomisierung des Gesundheitswesens [12].

Berufspolitischer Neustart

Ungeachtet der geschilderten Struktur und ideologischen Ausgangslage des DDR-Gesundheitssystems und der daraus resultierenden berufspolitischen Unerfahrenheit war nach der deutschen Wiedervereinigung das Interesse der ostdeutschen Anästhesisten für den BDA enorm groß. Es bestanden – bei unbestritten hoher Fachqualität – anfangs vor allem Wissensdefizite bezüglich der aktuellen Krankenhausgesetzgebung mit davon abhängiger Personalbedarfsplanung, Fragen zur Abrechnung medizinischer Leistungen, zu Haftungsrecht und Versicherungen. Außerdem war der Informationsbedarf bezüglich der von den Landesärztekammern föderalistisch organisierten ärztlichen Weiterbildung und zur Angleichung des ärztlichen Berufsrechts sehr hoch [19].

Die Auflösung der GAIT am 23. Oktober 1990 gilt faktisch als „(Wieder-)Geburtsstunde“ der berufspolitischen Aktivitäten in den neuen 5 Bundesländern, welche

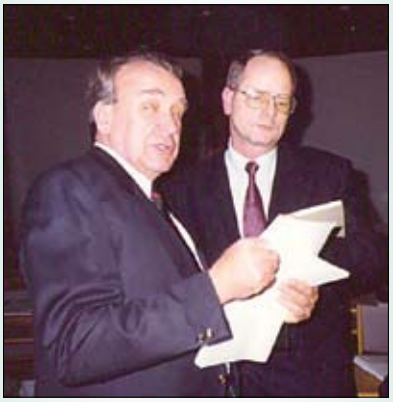
Abbildung 1
Gründungsversammlung BDA-Landesverband Mecklenburg-Vorpommern (Rostock, 25./26.01.1991). Gäste (v.l.): R. Maltzan (Flensburg), E. Biermann (Nürnberg), O. Zierl (München), H. Weigand (Köln).

noch auf Beschluss der erstmals frei gewählten Volkskammer der DDR vom Juli 1990 die 14 DDR-Verwaltungsbezirke ersetzten. Gleiches traf auf den ehemals 15. DDR-Bezirk, den Osten des heutigen Bundeslandes bzw. Stadtstaates Berlin zu. Die Anästhesisten der neuen Bundesländer suchten eine neue berufspolitische Heimat. Nach Protokollnotizen der Sitzung des Präsidiums des BDA vom 9. November 1990 schlossen sich allein in der Zeit zwischen Auflösung der GAIT und genanntem Sitzungstag mehr als 500 ostdeutsche Anästhesisten dem Berufsverband an [14]! Dazu eine weitere „Schlagzahl“: Von März 1990 bis März 1991 wuchs die Zahl der BDA-Mitglieder von etwa 6000 auf nahezu 7.500 [16], wobei dieser Anstieg großteils auf dem Beitritt ostdeutscher Anästhesisten zum Verband beruhte.
Verständlicherweise existierten in den neuen Bundesländern noch nicht die hierfür erforderlichen Verbandsstrukturen. Jedoch war bereits im März 1990 – auf der erwähnten Zusammenkunft von Vertretern der GAIT und Präsidiumsmitgliedern der DGAI im Rahmen des 35. Deutschen Anästhesiekongresses in Mannheim – neben dem Procedere für die zukünftige Einbindung ostdeutscher Kollegen in die DGAI ebenfalls der Lösungsweg für den BDA vorgezeichnet worden: Mit Blick auf die Bildung neuer Bundesländer anstelle der Gründung eines eigenständigen Ost-Verbandes die Etablierung von Landesverbänden [16].
Die erstere Variante wählten beispielsweise die Urologen. Sie bildeten einen Ost-Berufsverband, der im September 1990 mit dem Verband West fusionierte [6].

Zunächst gründeten sich im Sommer 1990 in der GAIT, also bereits Monate vor ihrer Auflösung, zur Anpassung an föderalistische Verhältnisse neue Landesverbände. Anfangs fehlte Vergleichbares im BDA. Demzufolge sollten zunächst die Landesvorsitzenden der GAIT, deren Status als zukünftige Funktionsträger der DGAI durch Wahlen in regionalen Mitgliederversammlungen später legitimiert wurde, in ihren Bundesländern in Personalunion auch die Belange des BDA vertreten.
Auf Grund dessen repräsentierten in der Sitzung von Präsidium und Ausschuss des BDA vom 10. November 1990, die unter Leitung des damaligen Präsidenten K. Zinganell stand, folgende Anästhesisten die neuen Bundesländer bzw. den Ostteil der Stadt Berlin: G. Benad (Rostock) Mecklenburg-Vorpommern, D. Fröhlich (Zwickau) Sachsen, Ch. Rieger (Frankfurt/O.) Brandenburg, W. Röse (Magdeburg) Sachsen-Anhalt, W. Schirrmeister

(Jena) Thüringen sowie D. Stober (Berlin) den Ostteil Berlins [15].
Es hatte eine gewisse Symbolik, dass diese BDA-Sitzung mit erstmaliger Teilnahme von Vertretern der ostdeutschen Anästhesie fast auf den Tag genau ein Jahr nach dem Fall der Berliner Mauer stattfand. Über das persönliche kennen lernen hinaus wurde die Zusammenkunft zur Bilanzierung der anstehenden, teilweise in Ost und West deckungsgleichen Probleme des Fachgebietes genutzt. Der Tag diente jedoch nicht allein einer Bestandsaufnahme, vielmehr wurden konkrete Schritte zur Gründung von Landesverbänden des BDA in den neuen Bundesländern und zur inhaltlichen Mitgestaltung der Gründungsversammlungen selbst vereinbart. In relativ kurzem Zeitraum konnten Landesverbände gebildet werden. Beginnend im Dezember 1990 in Sachsen-Anhalt, gefolgt in den Monaten Januar und März 1991 in Sachsen, Mecklenburg-Vorpommern, Brandenburg und Thüringen. Die in den Gründungsversammlungen geheim gewählten Landesvorsitzenden waren – in Reihenfolge der genannten Bundesländer – H. Liebal (Halle), D. Fröhlich (Zwickau), K. Wiegand (Templin), B. Freitag (Rostock) sowie K.-D. Rietz (Suhl). Eine andere Situation ergab sich für das wiedervereinte Berlin. Die Anästhesisten aus dem Ostteil der Stadt schlossen sich dem in Westberlin bestehenden Landesverband an. Dessen im Dezember 1989, also kurz vor der deutschen Wiedervereinigung, gewählter Landesvorstand wurde mit Wahl vom November 1991 zum Vorstand für Gesamtberlin.

Abbildung 2
Gründungsversammlung BDA-Landesverband Mecklenburg-Vorpommern (Rostock, 25./26.01.1991). Die Landesvorsitzenden von DGAI und BDA G. Benad (Rostock) (li.) und B. Freitag (Rostock).



Hinter den nüchternen Gründungsdaten der ostdeutschen Landesverbände verbergen sich eine immense Fülle vorbereitender Aktivitäten und eine spezielle, nicht materielle Form des Solidarsystems. Mit anderen Worten: Der Weg in das für ostdeutsche Anästhesisten – zumindest teilweise – berufspolitische Neuland war geebnet worden durch das große persönliche Engagement erfahrener „Geburtshelfer" aus dem BDA. Das trifft für damalige Mitglieder des Präsidiums, Leiter bzw. Beauftragte der einzelnen Referate und die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Geschäftsstelle ebenso zu wie für BDA-Landesvorsitzende aus benachbarten Alt-Bundesländern.

Für neuartige, sich aus dem Systemwechsel ergebende Konsequenzen, Herausforderungen oder Probleme wurde das essentielle Rüstzeug vorbehaltlos weitergegeben. Hilfe nicht allein schwarz auf weiß in Papierform – beispielsweise hatten die von der Geschäftsstelle gefertigten Informationsmappen mit Beiträgen von A wie „Arzt und Einigungsvertrag" bis Z wie „Zulässigkeit und Grenzen der Parallelverfahren in der Anästhesiologie" den Umfang von mehr als 100 Seiten –, sondern in einer ungeahnten Dimension der direkten, persönlichen Kontakte.
Zu jener Zeit besonders aktiv handelnde Kollegen dürfen hier – auch auf die Gefahr der unvollständigen Auswahl hin – nicht unerwähnt bleiben. In der mitteldeutschen Region engagierten sich mit Themen zu Struktur und Anliegen des BDA bzw. zu medicolegalen Aspekten besonders K. Zinganell (Kassel), H.W. Opderbecke (Nürnberg), B. Landauer (München) und W.-D. Oberwetter (Beckum). In Brandenburg waren es U. Machinek (Berlin) und K. Eyrich (Berlin), im Norden Ostdeutschlands K. Fischer (Bremen), J.-P. Wittenburg (Lüneburg), D. Kettler (Göttingen) und R. Maltzan (Flensburg). Nahezu allerorts und unermüdlich referierten E. Biermann (Nürnberg) sowie die unvergessenen O. Zierl (München) und H. Weigand (Köln) jeweils über ihre Spezialgebiete Rechtsfragen bzw. Versicherungen und Gebührenordnungen.
Alle „Starthilfen" erfolgten von Beginn an in partnerschaftlicher Manier, geprägt vom gegenseitigen Respekt. Eine Atmosphäre, die auch in der Folgezeit stets bewahrt und vom späteren Landesvorsitzenden Sachsens treffend charakterisiert wurde: „Berufsverband ist etwas, was die Mitglieder in des Wortes Sinn verbindet und mit dem wir uns (im Osten) sofort verbunden fühlten. Hier wurden gemeinsame Interessen des Berufsstandes vertreten. Wir hatten das Gefühl, dass sich jemand um uns kümmert. Im BDA waren wir vom ersten Tag an gleichberechtigt integriert" [7].
Diese Äußerung erklärt hinreichend, warum sich aus anfänglich kollegialen Kontakten über die berufspolitischen Interessen hinaus viele anhaltende Freundschaften entwickelten. Insgesamt ein ganz konkreter Beitrag zur Lösung der Gemeinschaftsaufgabe „Deutsche Einheit". Und vermutlich auch eine der wertvollsten Auslegungen des für den Beitrag gewählten Titels: „Das Ganze ist mehr als die Summe seiner Teile".

Literatur

1. Benad G, Röse W. Folge 4: Strukturelle Entwicklung der Intensivmedizin in der ehemaligen DDR. Anaesthesist 1999; 48:251-262.
2. Benad G, Röse W. Die Entwicklung der anästhesiologischen Fachgesellschaft der DDR. In: Schüttler J (Hrsg.): 50 Jahre Deutsche Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin. Tradition und Innovation. Springer-Verlag Berlin-Heidelberg: 2003;140-154.
3. Bucklitsch W, Hörning I. 30 Jahre DDR – 15 Jahre Gesellschaft für Anaesthesiologie und Intensivtherapie der DDR. Mitteilungsblatt der Gesellschaft für Anaesthesiologie und Reanimation der DDR Nr.I: 1980;3-19.

4. Engisch K. Wie ist die rechtliche Verantwortlichkeit des Chirurgen im Verhältnis zur Verantwortung des Anästhesisten bei ärztlichen Operationen zu bestimmen und zu begrenzen? Langenbecks Arch klin Chir 1961;297:236.
5. Gemeinsame Erklärung der Deutschen Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin (DGAI) und der Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivtherapie der DDR (GAIT). Anästh Intensivmed 1990;31:156.
6. Jachertz N. 20 Jahre Einheit. Die Urologen fanden als Erste zusammen. Dtsch Ärztebl 107 2010;40:C-1647.
7. Kögel M. Gedanken über den BDA. Persönliche Mitteilung. 2010.
8. Kurzprotokoll über das Arbeitsessen der Vertreter der Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivtherapie der DDR (GAIT) und Präsidiumsmitgliedern der Deutschen Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin (DGAI), 24. März 1990, Mannheim.
9. Maron M. Zwei Brüder. Gedanken zur Einheit 1989-2009. S Fischer Frankfurt am Main: 2010;24 ff.
10. Merten M, Gerst T. Wende im DDR-Gesundheitswesen 1989/90: Vom Westen viel Neues. Dtsch Ärztebl 2006;103(36): A-2288/B-1985/C-1916.
11. Opderbecke HW. Als der Berufsverband laufen lernte. Anästh Intensivmed 2001; 42:819-827.
12. Pasch T. Die Zukunft der Anästhesiologie: Vier Säulen oder mehr? Anästh Intensivmed 2010;51:550-558.
13. Prinzipien, Finanzierung und Organisation des DDR-Gesundheitswesens. Sonderdruck zum Special „20 Jahre Mauerfall". Dtsch Ärztebl 09.11.2009.
14. Protokoll der Sitzung des Präsidiums des BDA vom 9.November 1990 in Nürnberg.
15. Protokoll der Sitzung von Präsidium und Ausschuss des BDA vom 10. November 1990 in Nürnberg.
16. Protokoll der Sitzung von Präsidium und Ausschuss des BDA vom 19. März 1991 in Mannheim.
17. Ratschko KW. Wie es begann… 20 Jahre Ärztekammer Mecklenburg-Vorpommern aus der Sicht eines „Geburtshelfers". Ärzteblatt Mecklenburg-Vorpommern 2010;20:358-360.
18. Rödder A. 10 Punkte zur deutschen Einheit. Ärzteblatt Mecklenburg-Vorpommern 2010;20:409-415.
19. Schirmer HD. Die Bedeutung des Einigungsvertrages für den Arzt. Dtsch Ärztebl 87 1990;20: B-2106-2112.
20. Statut der Gesellschaft für Anaesthesiologie und Reanimation der DDR vom 1. Januar 1975.
21. Zinganell K. 30 Jahre Berufspolitik des Berufsverbandes Deutscher Anästhesisten. Anästh Intensivmed 1991;32:225-227.

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. med.
Bernd Freitag

An den Bleichen 48
18435 Stralsund, Deutschland
Tel.: 03831 390112

E-Mail: b_freitag@web.de

Was haben wir gemeinsam gemeistert?

K. van Ackern

Der Rückblick auf 50 Jahre Berufsverband Deutscher Anästhesisten (BDA) offenbart eine unvergleichliche Erfolgsgeschichte der Anästhesiologie in den letzten Jahrzehnten. Mit Recht heißt es deshalb im Titel nicht „Was haben wir gemeinsam erreicht?“, sondern: „Was haben wir gemeinsam gemeistert?“. Was wir Anästhesisten, Berufsverband und wissenschaftliche Gesellschaft für Anästhesiologie gemeinsam gemeistert haben, wird klar, wenn wir uns vergegenwärtigen, wie die damalige Situation vor 50 Jahren war und wie die heutige Realität sich darstellt:

- Damals eine kleine Gruppe von Männern und Frauen, die sich der Idee der Anästhesie verschrieben hatten, heute drittgrößte Ärztegruppierung in Deutschland nach den Internisten und Chirurgen und die größte ihrer Art in Europa.
- Damals fachlich und organisatorisch der Weisung der Chirurgie unterstellt, heute Weisungsunabhängigkeit, Selbständigkeit und Gleichberechtigung mit anderen Fachgebieten.
- Damals als Subspezialität der Chirurgie keine eigenen leitenden Funktionen, heute in jedem mittelgroßen und großen Krankenhaus ein Chefarzt für Anästhesiologie.
- Damals keine Vertretung in Wissenschaft und Lehre an den Universitätskliniken, heute Lehrstuhl an jeder Universitätsklinik bzw. Medizinischen Fakultät in Deutschland.
- Damals kein Zugang zu Intensivbetten, heute regelhafter Zugang zur Intensivmedizin bzw. Führung eigener Intensiveinheiten.

Dieses sind einige der Meilensteine in der Erfolgsgeschichte der Anästhesiologie.

Erfolg – kein Zufall

Beim Blick auf diesen ungewöhnlichen Erfolg, stellt sich die Frage: „Wie konnte er erreicht werden, und wer hat ihn geleistet?“ Erfolg kommt nicht ohne Bemühen, aber nicht jeder, der sich bemüht, hat Erfolg. Es müssen mehrere Umstände zusammenkommen. Es war das glückhafte Zusammentreffen von Bedürfnissen der damaligen Zeit. Als bekannt wurde, dass die Chirurgen im Jahre 1960 einen Berufsverband der Deutschen Chirurgie gegründet hatten, der damals durchaus in einer gewissen Opposition zur Deutschen Gesellschaft für Chirurgie stand, entschloss sich die damalige Anästhesistin am Klinikum rechts der Isar, Frau Dr. Charlotte Lehmann, mit sechs ihrer Mitarbeiter zum Amtsgericht München zu gehen und den Berufsverband als Gesellschaft eintragen zu lassen. Dies geschah unkonventionell, ohne offizielle Mitgliederversammlung, aber immer im Konsens mit den damaligen Anästhesisten untereinander. Und so blieb der Berufsverband und der wissenschaftliche Verband der Anästhesisten quasi von Geburt an immer in diesem inneren Konsens. Es entwickelte sich eine ungewöhnliche harmonische Symbiose zwischen der wissenschaftlichen Gesellschaft und der berufspolitischen Vereinigung. Die Gründergeneration hatte erkannt, dass zur Entwicklung unseres Faches berufspolitische Aspekte eine ganz besondere Bedeutung gewinnen würden, vielleicht mehr noch in der damaligen Zeit der ungesicherten Zukunft unseres Fachs als für andere Fachgebiete, und dass die wissenschaftliche Fachgesellschaft, von diesen Aufgaben befreit, sich auf ihren Hauptzweck konzentrieren konnte. Diese enge und vertrauensvolle Kooperation zwischen den beiden Verbänden, DGAI (damals DGA) und BDA, beruhte zunächst auf persönlichen Bindungen. Sie wurde aber durch die Tatsache institutionalisiert, dass in den Präsidien beider Verbände jeweils die andere Gruppierung stimmberechtigt vertreten ist.

Erfolg, kein Zufall: Als der Heidelberger Chirurg Karl Heinrich Bauer ein Gutachten bei dem zur damaligen Zeit hoch angesehenen Strafrechtler und Arztrichter der Universität Heidelberg, Klaus Engisch, erstellen ließ, dass die Anästhesisten in allen Phasen der Zusammenarbeit dem Direktionsrecht der Chirurgen unterstellt sind, suchten die Anästhesisten nach einem Gutachter, der die fachliche Kompetenz, aber auch den Mut hatte, gegen diesen bekannten Juristen zu argumentieren. Auf ihrer Suche fand die Münchner Anästhesistin Charlotte Lehmann durch Zufall in Walther Weißauer diesen Juristen, damals ein nach außen hin noch nicht bekannter Ministerialrat im Bayerischen Justizministerium, der durch ein Epoche-machendes Gegengutachten, das von Engisch unbeantwortet blieb, die existenzielle Sicherheit der Anästhesisten begründete. Die Anästhesie in

Deutschland war damit ein für alle Mal in ihrer Existenz gesichert.

Die richtigen Personen zur rechten Zeit

Bestimmte Epoche-machende Ereignisse treten scheinbar unterwartet und zufällig auf. Sie müssen erkannt werden und zu einer entsprechenden Reaktion führen. Louis Pascal, der sich mit dem Problem des sprunghaften Fortschritts in Geistes- und Naturwissenschaften beschäftigt hat, hat dieses Phänomen einmal so definiert: „Der Zufall hilft nur einem Esprit preparé, einem vorbereiteten Geist."

Was hat die Persönlichkeiten der Gründergeneration des BDA (und der DGAI) ausgezeichnet, dass gerade sie diese Herausforderungen „gemeistert" haben? Es ist einmal dieser vorbereitete Geist, der Esprit preparé, aber es ist auch die Faszination, die dieses Fach in seiner Gründerzeit (und bis heute) ausübt.

Kreativität und Begeisterung für das Fach muss nicht unbedingt zu einer Zusammenarbeit, wie es in einem Berufsverband nötig ist, führen. Es waren damals durchaus Individualisten, die noch kein ausgeformtes Berufsbild kannten, wie das heute für unseren Nachwuchs üblich ist, aus dem wir unsere Führungspersönlichkeiten gewinnen. Die Antwort darauf ist, dass die damaligen Kollegen solidarisch untereinander waren. Solidarität wird in der Regel durch Druck erzeugt. Dieses war einmal der Druck von außen, sich aus der Ummantelung von anderen zu befreien und selbstständig zu werden. Es war aber auch der Druck von innen, diesem Fach Inhalt und Struktur, ein Gesicht zu geben. Diese Solidarität war und ist ein Grundstein für den Erfolg unseres Faches, der die faszinierenden Persönlichkeiten und Individualisten, die es gewinnen konnte, zusammenhielt.

Es war der Wagemut, etwas Neues voranzutreiben. Es war kein Platz für beharrende Persönlichkeiten. Worauf sollten sie auch beharren? Neue, nicht ausgefahrene Wege zu betreten, wie es Wagemut und Innovationsfreudigkeit bewirken, führten dazu, dass es zu unkonventionellen, eben nicht traditionellen Reaktionen kam. So ging Frau Charlotte Lehmann spontan, ohne eine Mitgliederversammlung abzuwarten, zum Amtsgericht in München und ließ den Berufsverband dort eintragen. Welch besonderer Geist damals geherrscht hatte, geht aus dem Brief von Charlotte Lehmann an Klaus Zinganell über die Gründungsmodalitäten des BDA hervor (siehe Beitrag Opderbecke). Diese Grundhaltung, die bis heute der Anästhesiologie in Deutschland innewohnt, hat es ermöglicht, dass es nach der Wiedervereinigung 1990 ohne Probleme gelang, die Anästhesisten beider Teile Deutschlands harmonisch zusammenzuführen. Kein glücklicher Zufall, sondern ein herbeigeführtes Glück, eben durch die Grundeinstellung der Anästhesisten beiderseits einer ehemals politisch artifiziellen Grenze.

Vertrauenserzeugende Zusammenarbeit mit der Chirurgie

Gemeinsam haben Berufsverband und wissenschaftliche Fachgesellschaft der Anästhesie es meisterhaft geschafft, eine vertrauensvolle Zusammenarbeit mit der Chirurgie zu finden. Hierfür sei den chirurgischen Kollegen, mit denen wir nicht gegeneinander arbeiten, sondern inzwischen miteinander den Weg in die Zukunft gehen, besonders gedankt. Dabei ist die Ausgangssituation in der Zusammenarbeit zwischen Anästhesie und Chirurgie durchaus nicht unkompliziert. Im Gegensatz zu anderen Fachkollegen, arbeiten Anästhesist und Chirurg am selben Patienten zur selben Zeit im selben Raum zusammen. Durch Vereinbarungen zwischen den einzelnen Fachgesellschaften ist es gelungen, die Zusammenarbeit auf dem Boden der strikten Arbeitsteilung und des Vertrauensgrundsatzes zu regeln. Diese interdisziplinären Vereinbarungen mit den operativen Kollegen, die erste hierzu im Jahre 1964 vereinbart zwischen der Deutschen Gesellschaft für Anästhesie und der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie, sind beispielhaft. Sie sind Alleinstellungsmerkmal der Zusammenarbeit zwischen chirurgischen Kollegen und Anästhesisten, die so in keinem anderen Land existieren. Wesentliches Verdienst an diesen interdisziplinären Vereinbarungen haben Wolfgang Opderbecke und Walther Weißauer.

Die Entwicklung der Anästhesiologie in Deutschland

Die Entwicklung der Anästhesiologie in Deutschland, getragen durch die enge Symbiose der beiden Verbände BDA und DGAI, ist eine ungewöhnliche und, zumindest in den letzten 50 Jahren der Entwicklung von Medizin in Deutschland, einzigartige Erfolgsgeschichte eines Faches. Sie beruht auf dem wachen Geist einer Gründergeneration, die die Zwänge der damaligen Zeit richtig erkannt und in Handeln umgesetzt haben. Sie gründet auf die persönliche Solidarität der Anästhesisten untereinander, aber auch der Solidarität der beiden Verbände unseres Fachs. Es fußt auf der Arbeitsteilung der beiden Verbände, die durch Personalunion untereinander verbunden sind zu einer fruchtbaren, harmonischen Symbiose. Es ist beiden Verbänden gelungen, Persönlichkeiten zu finden, die von dem Fach Anästhesie fasziniert sind, die bereit sind, neue Wege wagemutig zu beschreiten.

Die Vision vor 50 Jahren, getragen durch die Anästhesisten der Gründergeneration bis heute, hat diesen Weg bestimmt:
ein Meisterstück.

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. med. Dr. med. h.c.
Klaus van Ackern

Universitätsklinikum Mannheim gGmbH
Medizinische Fakultät Mannheim
der Universität Heidelberg
Theodor-Kutzer-Ufer 1 - 3
68167 Mannheim, Deutschland

E-Mail: klaus.vanackern@
medma.uni-heidelberg.de

Wie der Berufsverband Deutscher Anästhesisten zu seinem ersten Juristen kam

W. Weißauer

Lassen Sie eben diesen ersten Juristen, der mit dem Thema betraut wurde, das Ergebnis vorwegnehmen: Er kam nicht, wie sonst üblich, als etablierter Justitiar zu einem alteingeführten Verband. Er kam zum BDA in dessen Gründungsjahr, und während der Verband wuchs, wuchs er in diesen Verband hinein, fasziniert von der Aufgabe, das neue Fachgebiet mitzugestalten und infiziert von der Aufbruchstimmung der Protagonisten der anästhesiologischen Berufspolitik, die seine Freunde wurden.

Beruflich war ich im Justizministerium in München auf das Öffentliche Recht spezialisiert, mit dem Schwerpunkt Verfassungsrecht und Bundesgesetzgebung. Mit dem Medizinrecht – als Hobby – befasste ich mich im Kontakt mit der Bayerischen Landesärztekammer seit 1953 recht intensiv, vor allem mit der Neugestaltung der ärztlichen Berufs- und Weiterbildungsordnung.

Der erste Kontakt mit der Anästhesie

Im Oktober 1961 klingelte mein Telefon. Frau Dr. Charlotte Lehmann stellte sich als leitende Anästhesistin des Krankenhauses rechts der Isar vor; sie hatte vor wenigen Monaten den Berufsverband Deutscher Anästhesisten gegründet. Schnell und mit leiser Stimme, aber ebenso eindringlich wie präzise, skizzierte sie die Probleme der Zusammenarbeit von Anästhesisten und Chirurgen am Operationstisch. Die Anästhesie sei seit 1953 als selbständiges Fachgebiet anerkannt. Gleichwohl vertrete die Chirurgie die Auffassung, dass dem Operateur wegen seiner Gesamtverantwortung für den Eingriff und für seinen Patienten, auch gegenüber dem Facharzt für Anästhesie ein fachliches Weisungsrecht zustehe. Diese Grundthese, die dem Operateur die Prädominanz gegenüber dem Anästhesisten einräume und diesem die Rolle des Erfüllungsgehilfen zuweise, habe Professor Engisch, Ordinarius für Strafrecht und namhafter Arztrechtler, der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie in einem Rechtsgutachten bestätigt.

Trotz aller Bemühungen sei es ihr nicht gelungen, einen juristischen Ordinarius für ein Gegengutachten zu gewinnen. Ein Geschäftsführer der Bayerischen Landesärztekammer, den sie um Rat fragte, habe sie an mich verwiesen; ich könne das Gegengutachten genauso gut erstellen wie jeder juristische Ordinarius, und am Mut, diese Aufgabe zu übernehmen, würde es mir nicht fehlen.

Es bedurfte keiner Überredung; dem Reiz, mich an Problemen zu versuchen, die mir als schwer lösbar oder als unlösbar avisiert wurden, konnte ich nie widerstehen. Zudem schien es mir prima vista als sicher, dass der Konflikt zwischen Chirurgen und Anästhesisten um die Organisation ihrer Zusammenarbeit nicht auf der Basis hierarchischer Strukturen gelöst werden kann.

Ich bat Frau Dr. Lehmann um das Gutachten Engisch und um Literatur, insbesondere auch zur Theorie und Praxis der Länder, die uns in der Entwicklung der Anästhesie zum selbständigen Fachgebiet zum Teil um mehrere Jahrzehnte voraus waren, und ich bat sie, mich in medizinischen Fachfragen zu beraten, die sich bei der Erarbeitung des Gutachtens stellten. Sollte ich bei objektiver Prüfung der Sach- und Rechtslage zu dem Ergebnis kommen, dass die Thesen von der Prädominanz des Operateurs und seinem fachlichen Weisungsrecht nicht zu widerlegen sind, so würde ich sie darüber informieren und das Material zurückgeben.

Je intensiver ich mich mit der Materie befasste, desto klarer wurde mir, dass es schwierig sein würde, die fachliche Selbständigkeit des Anästhesisten in der Zusammenarbeit mit dem Operateur durchzusetzen. Denn die Anerkennung als Facharzt für Anästhesie bedeutet nach ärztlichem Berufsrecht zunächst nicht mehr als die Erlaubnis, die Facharztbezeichnung zu führen und damit im Rahmen der Berufsausübung auf die Spezialisierung hinzuweisen.

Auch der Vergleich mit dem Status des Anästhesisten in den Ländern, die uns mit der Spezialisierung der Anästhesie um mehrere Jahrzehnte voraus waren, ergab nicht die gewünschte Argumentationshilfe. Im angelsächsischen Bereich galt damals (und gilt vielleicht noch heute) die Doktrin vom Operateur als Captain of the ship und dem Anästhesisten als Steuermann.

Bis zur Anerkennung als neues Fachgebiet war die Anästhesie – bestenfalls – eine Subspezialität der Chirurgie. Dem entsprach der Status ihrer Pioniere

im hierarchischen Organisations- und Gliederungssystem der Universitätskliniken und der Fachabteilungen der Krankenhäuser. Sie unterstanden dem organisatorischen und fachlichen Weisungsrecht der Leiter der operativen Kliniken/Fachabteilungen, in die sie integriert waren.

Die Erkenntnis, dass die modernen Anästhesieverfahren für den Fortschritt der operativen Medizin unentbehrlich sind und dass sie eine fachliche Spezialisierung erfordern, setzte sich nach dem 2. Weltkrieg rasch durch. Bei den Präliminarien zum Beschluss des Deutschen Ärztetages 1953 war jedoch die Tendenz der Chirurgen unverkennbar, dem Anästhesisten zwar eine gewisse fachliche Selbständigkeit einzuräumen, aber an der Gesamtverantwortung des Chirurgen für die Operation sowie an seiner Leitungs- und Entscheidungsbefugnis festzuhalten.

Die offene Auseinandersetzung um die Grundsatzfrage

Die Publikation des Gutachtens von Prof. Engisch im Jahr 1961 war der Eröffnungszug für die offene Diskussion und Auseinandersetzung um die Selbständigkeit oder Weisungsabhängigkeit des Anästhesisten. Mein Gutachten sollte der Gegenzug des BDA sein.

Der Titel des Gutachtens von Prof. Engisch lautete:

> *„Wie ist rechtlich die Verantwortlichkeit des Chirurgen im Verhältnis zur Verantwortlichkeit des Anästhesisten bei ärztlichen Operationen zu bestimmen und zu begrenzen."*

Der Titel ist schon deshalb bemerkenswert, weil er mit dem „Wie ist rechtlich … zu bestimmen …" die Kompetenz des Juristen vorwegnimmt, eine bestimmte Organisationsform als verbindlich festzulegen. Nach meinem Verständnis ist es dagegen Sache der Fachgebiete, ihre Zusammenarbeit so zu gestalten, wie dies den medizinischen Erfordernissen entspricht; die Organisation der Kooperation ist primär keine Rechtsfrage, sondern eine medizinische Fachfrage.

Aufgabe der Gerichte kann es nur sein, im Haftungsprozess zu prüfen und zu entscheiden, ob die im konkreten Fall gewählte Organisationsform den zum Schutz des Patienten gebotenen Sorgfaltsanforderungen entsprach. Nur über diese schmale Brücke des Haftungsrechts führt der Zugang zu einem Rechtsgutachten, ob prognostisch ein Kooperationsmodell den rechtlichen Anforderungen entspricht.

Nach alledem, was ich in fünf Jahrzehnten gesehen habe, beruht ein erheblich größerer Anteil an folgenschweren Behandlungsfehlern auf Organisationsmängeln, als man dies annehmen möchte.

Ein signifikantes Beispiel für die besonders gefährlichen unerkannten positiven und negativen Kompetenzkonflikte ist mir von einem Vorgespräch über eine interdisziplinäre Vereinbarung zur Zusammenarbeit zwischen Chirurgen und Anästhesisten bei der Bluttransfusion in Erinnerung, bei der ein sehr namhafter Chirurg meinte, er finde meinen Entwurf gut, zweifle aber, ob es denn für diese Vereinbarung ein Bedürfnis gebe. Hinsichtlich der konkreten Aufgabenverteilung bestünden doch keine divergierenden Meinungen. Die kurze Stichprobe ergab, dass in keinem einzigen Punkt alle Besprechungsteilnehmer derselben Meinung über die Aufgabenverteilung waren, und dies nicht nur im Verhältnis Anästhesisten – Chirurgen, sondern auch innerhalb der Gesprächsteilnehmer desselben Fachgebietes.

Die Organisationsmodelle

Für die Zusammenarbeit der Ärzte verschiedener Fachgebiete, die horizontale Arbeitsteilung, gilt prinzipiell der Vertrauensgrundsatz. Er findet seine Grenzen erst dort, wo sich auch ohne nähere Nachprüfung Zweifel an der Qualifikation des Kooperationspartners aufdrängen oder Fehlleistungen erkennbar werden.

Die Anerkennung des Anästhesisten als Facharzt hat für die Zusammenarbeit am Operationstisch eine neue Situation geschaffen. Sie unterscheidet sich von der bisher üblichen Zusammenarbeit der Fachärzte in einem wesentlichen Punkt: Operateur und Anästhesist erfüllen mit den spezifischen Methoden ihrer Fachgebiete am Operationstisch eine gemeinsame Aufgabe, die eine gezielte Zusammenarbeit erfordert.

Professor Engisch hat sich in seinem Gutachten eindeutig für die hierarchische Organisationsform entschieden. Seine Zusammenfassung:

> *„Ich komme damit zu dem Gesamtergebnis, dass ungeachtet der Berechtigung, sich in gewissen Grenzen auf den Narkosefacharzt und sein einwandfreies Funktionieren zu verlassen, vor wie während und nach der Operation die im Interesse des dem Operateur sich anvertrauenden Patienten begründete allgemeine Sorgfaltspflicht und Verantwortlichkeit des Chirurgen bei Bestand bleibt und suprema lex zu sein hat."*

Das Gutachten postuliert damit das Direktionsrecht des Chirurgen gegenüber dem Anästhesisten in allen Phasen der Zusammenarbeit, so wie es für die vertikale Arbeitsteilung typisch ist.

Die Vorteile dieser Organisationsform sind evident. Sie ist prima vista die einfachste aller denkbaren Lösungen. Einer trägt die Gesamtverantwortung für die Wahrung der gebotenen Sorgfalt am Operationstisch und für die dazu erforderliche Kooperation des Anästhesisten.

Ebenso evident sind aber auch ihre gravierenden Nachteile. Der Operateur, der die Gesamtverantwortung trägt und sich nur in „gewissen Grenzen" auf den Anästhesisten verlassen darf, kann sich nicht voll auf den speziellen Eingriff konzentrieren und muss, um seiner Überwachungspflicht genügen zu können, über spezielle Kenntnisse und Erfahrungen in der Anästhesie verfügen. Damit verfehlt diese Organisationsform den Zweck der Spezialisierung. Zudem sind die „gewissen Grenzen", innerhalb deren der Vertrauensgrundsatz gelten soll, höchst ungewisse Grenzen, die der Konkretisierung bedürften.

Vor allem aber fragt sich, ob nicht kritische Situationen die volle Konzentration

des Operateurs auf den speziellen Eingriff erfordern und damit eine Überwachung des Anästhesisten schlechterdings ausschließen. Die Gefahr liegt deshalb nahe, dass das Direktionsrecht des Operateurs zu einem Statussymbol mit fatalen forensischen Konsequenzen wird. Hat der Operateur das Direktionsrecht und die Gesamtverantwortung, so muss er sich bei Behandlungsmisserfolgen, die auf einer Fehlleistung des Anästhesisten beruhen, im Schadensersatzprozess und im Strafverfahren fragen lassen, was er denn getan hat, um seiner Gesamtverantwortung gerecht zu werden.

Der Nachweis, dass eine Organisationsform, die auf dem Direktionsrecht des Operateurs gegenüber dem Anästhesisten beruht, schwere Mängel aufweist, konnte für das Gegengutachten nicht genügen. Auch in der Demokratiedebatte kommt man sehr schnell zu dem Ergebnis, dass diese Staatsform schwere Mängel hat und nur den einzigen Vorteil, dass sie besser ist als die anderen. Die Vorstellung einer Organisationsform, die ebenfalls erkennbare Mängel aufweist, hätte zu einem Patt geführt und den Meinungsstreit nicht entschieden, sondern perpetuiert. Es ging also darum, ein Kooperationssystem aufzuzeigen, das die Mängel des hierarchischen Systems vermeidet und nicht selbst wieder mit anderen Defiziten belastet ist.

Mein Gegengutachten basiert auf dem Vertrauensgrundsatz und dem Prinzip der strikten Arbeitsteilung, ohne wechselseitige Überwachungspflichten und ohne ein fachliches Weisungsrecht des Operateurs gegenüber dem Anästhesisten. Es räumt damit dem Anästhesisten die volle fachliche Selbständigkeit und Gleichberechtigung auch für die Zusammenarbeit am Operationstisch ein.

Dem naheliegenden Einwand, die strikte Aufgabenteilung am Operationstisch erhöhe die typischen Risiken der Arbeitsteilung, die sich aus Koordinationsmängeln und aus unerkannten positiven und negativen Kompetenzkonflikten ergeben, begegnete ich mit einem Kooperationsmodell, das durch die Vernetzung beider Fachgebiete die Risiken der Arbeitsteilung auf das unvermeidliche Minimum reduziert und einen sehr viel besseren Ausgleich von Interessenkonflikten anhand der Prädominanz der sachlichen Erfordernisse gewährleistet als das Direktionsrecht des Operateurs.

Nicht in den Sinn kam mir, dass die Erstattung des Gegengutachtens Mut erfordern könnte. Den Mangel an Zivilcourage beim Vertreten der eigenen Meinung, habe ich oft genug erlebt, wobei ich mir nahezu stets die Frage stellte, inwiefern in der konkreten Situation Zivilcourage denn überhaupt erforderlich wäre. Gestehen muss ich freilich, dass mir bei der Arbeit am Gegengutachten gelegentlich durch den Kopf ging, in wessen chirurgische Hände ich mich nach seiner Veröffentlichung denn noch begeben könnte. Selbst diese Überlegung erwies sich in der Folge als illusorisch.

Das Ende des Meinungsstreits

Nach gut drei Monaten lieferte ich das Gegengutachten ab und stellte es dem Präsidium der DGAI vor. Es wurde mit mäßiger Begeisterung aufgenommen und im Juliheft 1962 der Zeitschrift „Der Anästhesist“ (S. 239) veröffentlicht (Abb. 1). Zu unserer Überraschung kam es zu keiner erkennbaren Reaktion der Chirurgen. Die anästhesiologischen Verbände übersandten deshalb Herrn Professor Engisch einen Sonderdruck mit der Bitte um Stellungnahme. Seine Erwiderung

> *„es handle sich um eine sehr bemerkenswerte Arbeit, zu der sich Vieles sagen ließe, Einiges auch dagegen, er könne sich wegen seiner hohen Arbeitsbelastung aber nicht erneut zu diesem Thema äußern“,*

ist mir wegen ihrer Noblesse nahezu wörtlich in Erinnerung geblieben.

Diese Erwiderung deutete bereits das Ende des Meinungsstreits an. Im November 1964 vereinbarten die Deutsche Gesellschaft für Anästhesie und die Deutsche Gesellschaft für Chirurgie „Richtlinien für die Stellung der leitenden Anästhesisten“ (Anästhesist, 1965, 31) (Abb. 2).

Abbildung 1
Gutachten 1962

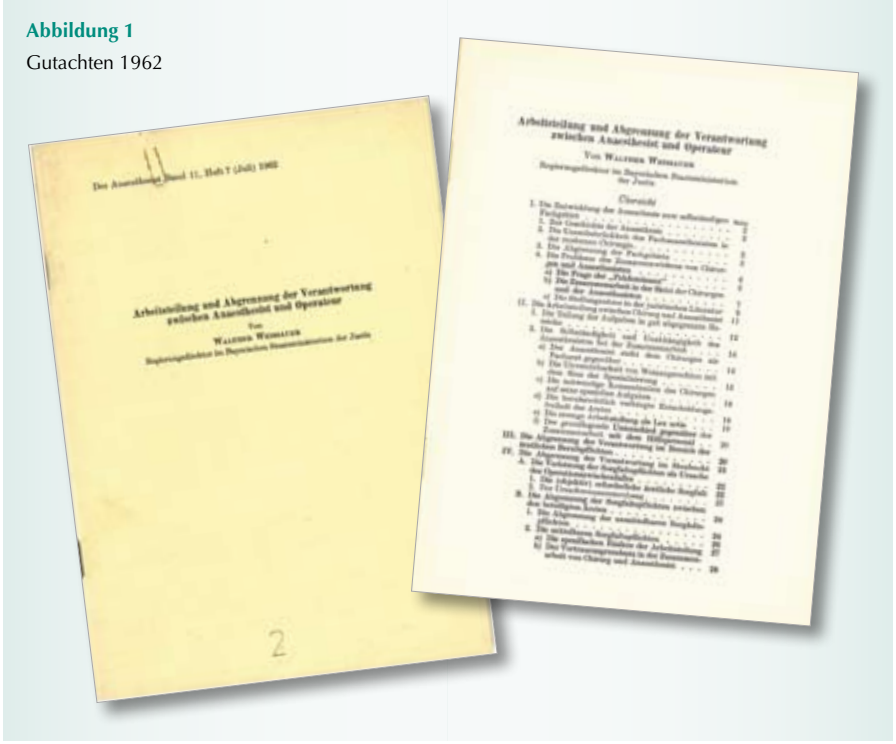


Abbildung 2
Richtlinie für die Stellung des leitendend Anästhesisten

Sie enthalten in Nr. 1.2 der „Allgemeinen Grundsätze“ zwei Feststellungen, die mit den essentiellen Aussagen meines Gutachtens übereinstimmen:

> *„Der Fachanästhesist trägt in seinem Aufgabenbereich die volle ärztliche und juristische Verantwortung. Daher steht ihm auch die gleiche Selbständigkeit wie anderen Fachvertretern zu.“*

Als ich im Jahre 1967 dem Präsidenten des Berufsverband der Deutschen Chirurgen (BDC), Herrn Professor Müller-Osten, auf einer Tagung begegnete, meinte er, ich hätte die Chirurgen mit meinem Gegengutachten „ganz schön in die Pfanne gehauen“, er hätte es nicht für möglich gehalten, dass dies jemand wagen würde. Zum Ausgleich könnte ich nun doch aber auch etwas für den Berufsverband der Chirurgen tun.

Ich sagte Herrn Professor Müller-Osten zu, in der Hoffnung, dass es mir als ehrlichem Makler möglich sein müsse, für beide Seiten tragbare Kompromisse in den Grundsatzfragen zu finden und mit Hilfe beider Verbände lokale Streitigkeiten zu schlichten. Damit wurde ich auch der erste Jurist des BDC und blieb dies drei Jahrzehnte lang. Ich wurde dadurch nicht vom Saulus zum Paulus; denn mein Gegengutachten war kein Gutachten gegen die Chirurgen, deren Arbeit ich aus eigener Erfahrung in Krieg und Frieden seit jeher höchste Anerkennung zolle.

Meine Thesen von der strikten Arbeitsteilung und von der vollen ärztlichen und rechtlichen Eigenverantwortung der beiden Partner am Operationstisch jeweils nur für ihre Bereiche, bedeutete vor allem auch eine Entlastung des Chirurgen, die es ihm erlaubt, sich voll auf seine Arbeit am Operationstisch zu konzentrieren, und ihn von der Haftung für anästhesiologische Zwischenfälle freistellt.

Meine Hoffnung erfüllte sich: Mit der „Vereinbarung über die Zusammenarbeit bei der operativen Patientenversorgung“ 1982 (Anästh. Intensivmed. 23, 403) setzten BDA und BDC das in meinem Gutachten vorgesehene Kooperationsmodell um und grenzten die Aufgaben von Chirurg und Anästhesist in den Phasen der Zusammenarbeit gegeneinander ab. Diese Vereinbarung, die 1987 und 1989 durch spezielle Vereinbarungen über die Lagerung des Patienten und über die Zusammenarbeit bei der Bluttransfusion ergänzt wurde (Abb. 3), war das Modell für ähnliche Vereinbarungen mit den Verbänden der Gynäkologen, HNO-Ärzte, der Orthopäden, Urologen und Ophthalmologen.

Die interdisziplinären Vereinbarungen des BDA und der DGAI mit den Kommentaren des Verfassers finden sich in dem Loseblatt-Band „Entschließungen, Empfehlungen, Vereinbarungen“, herausgegeben von H.-W. Opderbecke und dem Verfasser 1983.

Die berufliche Einbindung des Anästhesisten

Doch zurück zu den Anfängen, in denen die Fundamente für die berufliche Einordnung des Anästhesisten gelegt wurden. Rasch bildete sich um Charlotte

Abbildung 3
Vereinbarungen Anästhesie - Chirurgie

 © Anästh Intensivmed 2011;52:607-613 Aktiv Druck & Verlag GmbH

Lehmann, die Schriftführerin des BDA und der DGAI, eine kleine informelle Arbeitsgruppe, die in Zusammenarbeit mit den Präsidenten des BDA die Strategie und Taktik für das weitere Vorgehen erarbeitete. Nur wenn es gelang, dem Anästhesisten adäquate Berufschancen zu sichern, konnte der riesige personelle Nachholbedarf in einem absehbaren Zeitraum gedeckt werden.

An den Themen meiner Publikationen kann ich, ein halbes Jahrhundert später rekonstruieren, warum es in der Aufbauphase des Berufsverbands ging: 1963 und 1964 war dies mit den Themen „Die Problematik der Schwesternnarkose und die Ausbildung von Anästhesieschwestern“ sowie „Rechtliche Verantwortung des leitenden Anästhesisten“ der Problemkreis der vertikalen Arbeitsteilung.

Mit der raschen Zunahme der rat- und hilfesuchenden Fachkollegen wendete sich das Blatt. In den Vordergrund trat die Beratung der Einzelfälle und im Zusammenhang damit die Klärung der Grundsatzfragen, die sich für den Status des Anästhesisten vor allem in den Bereichen des Arbeits- und Vertragsrechts, des Krankenhausrechts, des Kassenarztrechts und des Gebührenrechts ergaben. Veröffentlichungen zu diesen Themen waren umso wichtiger, als sie auch dem Krankenhausträger eine Hilfe für die adäquate Eingliederung des Anästhesisten boten.

Um welch buntes Problemgemisch es dabei ging, lässt sich aus den Titeln meiner Publikationen von 1967 ablesen: „Der Anästhesist im Belegkrankenhaus“, „Zur rechtlichen Situation des Anästhesisten im Krankenhaus“, „Zum Mustervertrag für leitende Anästhesisten – belegärztliche Tätigkeit“, „Fachgebietsgrenzen und Kassenarztrecht“, „Zur Liquidation anästhesiologischer Leistungen“, mit Ch. Lehmann als Koautorin, „Die rechtliche Situation des Anästhesisten bei ambulanten Eingriffen“, „Beteiligung leitender Anästhesisten“ und 1968 „Die rechtliche Verantwortung für die Narkose“, mit H.-W. Opderbecke als Koautor, „Die Beteiligung leitender Anästhesisten an der Ersatzkassenpraxis“, „Die Vertretung des Anästhesisten am kleinen und mittleren Krankenhaus“ und „Narkose durch Medizinalassistenten“.

Zusammen mit H.-W. Opderbecke veröffentlichte ich 1969 den „Mustervertrag für leitende Anästhesisten“ (Anästh. Inform. Nr. 6, S. 3), dem eine Reihe weiterer Musterverträge für die unterschiedlichen Formen der Berufsausübung folgte.

Einen ersten Abschluss fand diese Beratungs- und Eingliederungsphase mit der von H.-W. Opderbecke und dem Verfasser herausgegebenen Broschüre (perimed Verlag Erlangen 1980), in der die Musterverträge zusammengefasst werden.

Die Entwicklung des Fachgebietes

Die ursprüngliche Aufgabe des „Narkosearztes“ war die Humanisierung der operativen Medizin. Die Überwachung und Aufrechterhaltung der Vitalfunktionen war zunächst nicht mehr als ein Annex des Betäubungsverfahrens, der sich jedoch parallel zu den Fortschritten der Chirurgie zur umfassenden Sorge für die Vitalfunktionen entwickelte, die sich auf die operative Gesamtbelastung bezog. Durch den Beitrag der Anästhesie zur Sicherheit des Patienten konnten die Grenzen der operativen Medizin weit über das bisher Mögliche hinausgeschoben werden.

Die operative Intensivmedizin, die sich in den Jahren zu entwickeln begann, in denen es uns gelang, die Selbständigkeit und Gleichberechtigung des Anästhesisten durchzusetzen, bedeutete die Fortsetzung der Sorge für die Vitalfunktionen über die Aufwachphase hinaus. Damit eröffnete sich für den Anästhesisten der neue wichtige Aufgabenbereich des bettenführenden Arztes, aber auch ein Komplex organisatorischer und vor allem auch rechtlicher und ethischer Grundsatzfragen von größter allgemeiner Bedeutung.

Die organisatorischen Grundsatzfragen konnten aufgrund einer Vereinbarung zwischen den anästhesiologischen und chirurgischen Verbänden bereits 1970 gelöst werden. Danach sollen die Aufwachräume und interdisziplinäre operative Intensiveinheiten dem Anästhesisten unterstehen. Daran schlossen sich in den Folgejahren Vereinbarungen gleichen Inhalts mit den Neurologen, Urologen, HNO-Ärzten, Orthopäden und Gynäkologen an.

Zu den medizinischen, ethischen und rechtlichen Grundsatzfragen, die sich im Bereich der aktiven und passiven Sterbehilfe ergaben, nahmen H.W. Opderbecke und der Verfasser erstmals bereits 1972 mit der Publikation „Tod, Todeszeitbestimmung, Grenzen der Behandlungspflicht“ (Anästh. Inform. Nr. 12, S. 2) in einer Auseinandersetzung mit dem Strafrechtslehrer Bockelmann Stellung. Über unsere Grundthese von den immanenten Grenzen der ärztlichen Pflicht zur Lebensverlängerung, die nicht mehr bedeutet, als eine Verlängerung des Leidens und Sterbens, haben die folgenden jahrzehntelangen Diskussionen, an denen wir uns als Koautoren immer wieder mit Publikationen beteiligten, kaum hinaus geführt.

Die forensischen Risiken der Anästhesie

Die Anästhesie leistet mit ihren Methoden zur Überwachung und Aufrechterhaltung der Vitalfunktionen einen wesentlichen Beitrag zur operativen und perioperativen Sicherheit des Patienten. Gleichwohl hat sich das forensische Risiko der operativen Medizin nicht verringert. Die Entwicklung verlief, insbesondere in den 70er Jahren, paradox. Während sich durch die Fortschritte der Chirurgie die medizinischen Risiken rasch und deutlich reduzierten (z.B. durch die Entwicklungen im Bereich der Bluttransfusion), stiegen die forensischen Risiken drastisch an.

Bei näherer Analyse ist diese paradoxe Entwicklung folgerichtig, ja geradezu zwingend. Die Fortschritte der Medizin machen auf breiter Front aus schicksalshaften Risiken beherrschbare. Aber die dazu erforderlichen Methoden (z.B. die Bluttransfusion) haben selbst wieder beherrschbare und nicht beherrschbare

(schicksalshafte) Risiken. Kommt es zu einem folgenschweren Zwischenfall (z.B. infolge einer intraoperativen Blutung), so muss der Anästhesist sich nun fragen lassen, was er getan hat, um die deletären Folgen des Blutverlustes abzuwenden, und ob er den Patienten über die schicksalshaften Risiken aufgeklärt hat.

Dazu ein kurzer Blick auf das Haftungsrecht: Der Arzt haftet zivilrechtlich auf Schadenersatz und strafrechtlich wegen eines Körperverletzungs- oder Tötungsdeliktes, wenn er durch einen schuldhaften Behandlungsfehler oder durch verbotene ärztliche Eigenmacht einen Körperschaden oder den Tod des Patienten verursacht oder mit verursacht hat.

Aufgabe des Juristen war es, in Referaten und Publikationen auf die Haftungsrisiken hinzuweisen und die Mitglieder über die Entwicklung der Rechtsprechung zu informieren. Vor allem mit den gemeinsamen Publikationen von H.W. Opderbecke und dem Verfasser, z.B. zur Parallelnarkose und zum Facharzturteil des BGH, ist es gelungen, Einfluss auf die Rechtsprechung in Fragen von grundsätzlicher Bedeutung zu gewinnen.

Die Hoffnung, die wir mit der Gründung der Deutschen Gesellschaft für Medizinrecht und der Zeitschrift „Medizinrecht" verbanden, Nachfolger für gemeinsame Publikationen von Ärzten und Juristen zu finden, hat sich leider nicht erfüllt.

Der Behandlungsfehler

Die rechtliche Ausgangssituation ist beim schuldhaften Behandlungsfehler insoweit optimal, als die Gerichte die Anforderungen an die „erforderliche" bzw. „gebotene" Sorgfalt nicht nach eigenem Ermessen bestimmen, sondern auf die berufsspezifische Sorgfalt abstellen, also darauf, wie sich ein erfahrener, gewissenhafter Fachkollege in der gleichen konkreten Situation verhalten hätte. Die Richtpunkte, an denen sich der Arzt zu orientieren hat, sind die fachspezifischen Leistungs- und Sorgfaltsstandards, die nach der allgemeinen oder weit überwiegenden Auffassung der Fachkollegen zu beachten sind.

Der Weg zu mehr forensischer Sicherheit für den Arzt führt über mehr Sicherheit für den Patienten. Die Qualitätssicherung durch Information der Kollegen über die Standards des Fachgebiets war seit jeher ein Grundanliegen der anästhesiologischen Verbände. Mit ihren „Entschließungen und Empfehlungen" hat die DGAI, schon mehrere Jahrzehnte vor der Geburt der „Leitlinien", entscheidende Beiträge zur Qualitätssicherung geleistet.

Zu den Behandlungsfehlern gehören auch Organisationsfehler, wenn sie ursächlich oder mitursächlich für den Behandlungsmisserfolg werden. Auch die interdisziplinären Vereinbarungen des BDA sind damit ein wichtiger Beitrag zur Qualitätssicherung.

Verbotene ärztliche Eigenmacht

Ärztliche Eingriffe in die Körperintegrität bedürfen nach ständiger Rechtsprechung der Einwilligung des Patienten, die auch stillschweigend erteilt werden kann. Wirksam ist die Einwilligung aber nur dann, wenn sie der Patient in Kenntnis der für ihn wesentlichen Umstände erteilt. Dazu bedarf es, wenn es sich nicht um allgemein bekannte Eingriffe handelt, der ärztlichen Aufklärung.

Der Ausgangspunkt ist hier für den Arzt ungünstig. Die Gerichte sehen in der Beurteilung, ob und über welche Umstände der Patient aufzuklären ist, die Entscheidung einer Rechtsfrage. Die Rechtsprechung hat anhand ihrer Einzelfallentscheidungen differenzierte Rechtsprechungsgrundsätze entwickelt, die der Arzt zu beachten hat.

Dazu kommt, dass der Arzt im Zivilprozess die ausreichende Aufklärung zu beweisen hat, während dem Patienten der Beweis des schuldhaften Behandlungsfehlers obliegt. Stützt der Patient seine Klage auf Schadenersatz zunächst auf einen schuldhaften Behandlungsfehler und handelt es sich um einen typischen iatrogenen Schaden, so kann sich der Arzt nur darauf berufen, der Schaden beruhe nicht auf einer Fehlleistung, sondern auf einem mit ärztlicher Sorgfalt nicht beherrschbaren, also schicksalshaften Risiko.

Damit gibt er dem Patienten das Stichwort, seine Klage (auch) auf verbotene Eigenmacht zu stützen, denn die schicksalshaften Risiken, die der Patient nicht kennt, sind prinzipiell aufklärungsbedürftig. Damit kommt der Arzt, wenn er keine Vorsorge für die Beweisführung getroffen hat, in Beweisnot.

Die Stufenaufklärung als pragmatische Lösung

Die Prozesse wegen Aufklärungsmängeln gegen Anästhesisten und selbst Strafverfahren wegen vorsätzlicher Körperverletzung, weil der Arzt wusste, dass wegen mangelnder Aufklärung die Einwilligung des Patienten nicht wirksam war, wurden so bedrohlich, dass sich die Jahrestagung 1977 des BDA schwerpunktmäßig mit diesem Thema befasste. Es war zu diesem Zeitpunkt für Jeden, der sich ernsthaft mit der Materie befasste, erkennbar, dass mit Referaten und Publikationen keine Wende herbeizuführen war. In meinem Referat auf der Jahrestagung (Anästh. Inform 1978, S. 23) habe ich dazu ausgeführt

> *„Um nicht zwischen die Mühlsteine der Justiz zu geraten brauchen Sie die Sorgfalt, die beherrschbaren Risiken von dem Patienten abzuwenden, die Geduld, ihn über die schicksalshaften zu belehren, die der Aufklärung bedürfen, und die nahezu übermenschliche Weisheit, die aufklärungsbedürftigen von den nicht aufklärungsbedürftigen zu unterscheiden."*

Auf dieser Tagung und auf dem Chirurgenkongress stellte ich als pragmatische Lösung die Kombination einer schriftlichen mit der unverzichtbaren mündlichen Aufklärung vor; ein Fragenkatalog zur Anamnese leitet von der schriftlichen Standardaufklärung zur mündlichen Individualaufklärung über sowie zur Dokumentation des Aufklärungsgespräches und der Einwilligungserklärung des Patienten.

Dieses Konzept einer Stufenaufklärung fand bei der Jahrestagung des BDA volle

Zustimmung. Ein Teilnehmer meinte in der Diskussion, er halte das System für vorzüglich, es habe aber einen schweren Mangel, es stehe den Anästhesisten nicht zur Verfügung. Diesem Mangel habe ich in Zusammenarbeit mit den anästhesiologischen Verbänden innerhalb weniger Monate abgeholfen.

Die Stufenaufklärung hat sich, allen anfänglichen Unkenrufen zum Trotz, in der Praxis durchgesetzt und bewährt. Als Herausgeber und Autor mit rd. 220 medizinischen Koautoren habe ich Aufklärungsbögen für die Anästhesie und Schmerztherapie, den größten Teil der Operationen und für die invasive Diagnostik entwickelt. Rund 40 Millionen Eingriffe werden nun jährlich mit diesem System durchgeführt.

Die Versicherung der forensischen Risiken

Der Arzt ist nach Berufsrecht verpflichtet, sich gegen Schadenersatzansprüche der Patienten zu versichern. Reicht die Deckungssumme aus, so bedeutet die Verurteilung zum Schadenersatz für den Arzt keine Gefährdung seiner wirtschaftlichen Existenz und sichert den Patienten einen wirtschaftlichen Ausgleich für iatrogene Schäden.

Gegen eine strafrechtliche Verurteilung kann sich der Arzt nicht versichern. Versichern kann er sich aber gegen die Kosten eines Strafverfahrens, einschließlich des Honorars für den Verteidiger.

In Zusammenarbeit mit Dr. Schwanke, Geschäftsführer des internationalen Versicherungsmaklers Funk & Söhne, gelang es 1981 eine Strafrechtsschutzversicherung für die Mitglieder des BDA und des BDC sowie für mehrere andere Berufsverbände abzuschließen. Die große Zahl der Versicherten ermöglichte günstige Prämien.

Im Einzelnen darf zur weiteren Entwicklung der Versicherungsangebote des BDA auf den Beitrag von Frau Ass. iur. Weis Bezug genommen werden.

Im Zusammenhang mit dem Abschluss der Rechtsschutzversicherung gelang es uns, mit Prof. Dr. Dr. Ulsenheimer einen Verteidiger für die Mitglieder des Berufsverbandes zu gewinnen, der über umfassende Erfahrungen im Arztstrafrecht verfügt.

Der Beginn meiner offiziellen Tätigkeit als Justitiar

Unmittelbar nach meiner Pensionierung (1984) berief mich der BDA zu seinem Justitiar. Damit war ich nun auch formell als erster Jurist beim BDA angekommen, und der Kreis meines Themas schließt sich.

An meinem Engagement für die Anästhesie (ich war zugleich stets Berater der DGAI) hat sich durch die formelle Berufung nichts geändert. Schon längst war ich voll in die Medizin integriert. Wie sehr ich bei der Anästhesie nostrifiziert war, wurde mir bei einem Symposium in einer österreichischen Universitätsklinik bewusst. Die für die Organisation zuständige Oberärztin, die mich seit langem kannte, wunderte sich nach meinem Referat über den Umfang meiner Rechtsausführungen. Auf meine Frage, wie sie mich denn beruflich einordne, meinte sie, es wisse doch Jeder, dass ich Anästhesist sei.

Mit der Integration in der Medizin ging mir ein Jugendwunsch in Erfüllung. Bei der Einschreibung für das Studium (1940) habe ich mich buchstäblich in letzter Sekunde für Jura und gegen die Medizin entschieden. Ich habe diese Wahl nie bedauert, aber mein Engagement für die Medizin nachgeholt. Zu meinem Spagat zwischen Justitia und Hygieia, zwischen Anästhesie und Chirurgie, darf ich mit Ulrich von Hutten sagen: „Ich hab's gewagt mit Sinnen und trag' des noch nit Reu."

Geblieben ist dem BDA von seinem ersten Juristen eine Sammlung von 664 langsam vergilbenden Sonderdrucken seiner medizin-rechtlichen Publikationen, von denen rd. 280 ausschließlich der Anästhesie gewidmet sind.

Geblieben ist mir die Freundschaft mit den Weggefährten, vor allem mit Frau Charlotte Lehmann, die mich für die Anästhesie gewonnen hat, und mit Wolfgang Opderbecke, mit dem ich mehrere Jahrzehnte eng zusammengearbeitet habe. Und geblieben ist mir die Erinnerung an die Freunde und Weggefährten, die nicht mehr unter uns sind, vor allem an Karl Horatz und Karl Hutschenreuter, an Erich Rügheimer, dem ich für Vieles zu danken habe, an Peter Uter, der mir als Präsident des BDA grünes Licht für die Gründung der Medizinischen Congressorganisation Nürnberg (MCN) gab und an meinen unvergesslichen Freund Othmar Zierl, der MCN den Überschuss seiner Bayerischen Landestagung in die Wiege legte.

Politik, und dies gilt auch für die Berufspolitik, ist die Kunst des Möglichen, aber vielleicht noch mehr die Kunst, das Sinnvolle möglich zu machen. Die Berufspolitik ist zugleich ein Perpetuum mobile, bei dem im veränderten Gewande offenbar nahezu alle Fragen wiederkehren, die man endgültig gelöst zu haben glaubte. Eine Ausnahme gilt, wenn ich recht sehe, für die Grundsätze über die Arbeitsteilung zwischen Operateur und Anästhesist, die ich in meinem Gutachten von 1962 entwickelt habe; sie werden wohl noch die nächsten Jahrzehnte überdauern.

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. med. h.c.
Walther Weißauer

Justitiar a.D. des BDA
Via Boschetto 12
6064 Panicale (PG), Italien

E-Mail: weissauer@virgilio.it

„Ihr gutes Recht“

Auf- und Ausbau der berufsbezogenen Rechtsberatung als Serviceleistung des BDA

E. Biermann

1984: Mit dem Erwerb der Immobilie in der Oberen Schmiedgasse 12 in Nürnberg und deren Ausbau zur ersten gemeinsamen Geschäftsstelle von BDA und DGAI machte der BDA den Weg frei zur weiteren Professionalisierung seiner Serviceleistungen, indem er u.a. die berufsbezogene Rechtsberatung nun hauptamtlich durch den Justitiar Prof. Dr. med. h.c. Walther Weißauer gestaltete. Die Nachfrage nach der berufsbezogenen Rechtsberatung wuchs mit der Zahl der Mitglieder, so dass Präsidium und Ausschuss des BDA Ende der 80er Jahre zur Auffassung gelangten, Walther Weißauer „verdiene“ einen weiteren Juristen zur Unterstützung. Im Oktober 1988 trat der Verfasser, zuvor Rechtsanwalt in einer OLG-Kanzlei in Düsseldorf, als weiterer Jurist in die Dienste des BDA und folgte schließlich Walther Weißauer nach dessen Ausscheiden als Justitiar nach. Dankbar erinnert sich der Verfasser an die Zusammenarbeit mit Walther Weißauer, die es ihm erlaubte, an dessen Wissen und Erfahrungen zu partizipieren. Im respektvoll-freundschaftlichen Umgang miteinander galt ein Tag, an dem trotz ernster und intensiver Arbeit nicht auch einmal gelacht wurde, als ein verlorener Tag – davon gab es nicht viele. Das Korsett der alten Geschäftsstelle wurde bald zu eng. So zogen die Verbände – inzwischen auch um einen hauptamtlichen Geschäftsführer, Herr Dipl.-Sozw. Holger Sorgatz verstärkt – (der medizinische Geschäftsführer, Herr Prof. Dr. med. Alexander Schleppers folgte im neuen Jahrtausend) – innerhalb Nürnbergs um in die Roritzerstraße 27. Weitere juristische Unterstützung konnte sich der BDA im August 1996 durch Frau Ass. iur. Evelyn Weis, sichern. Sie übernahm zunächst noch unter der Leitung von Dr. med. Othmar Zirl auch das Versicherungsreferat und baute dies nach seinem Ausscheiden weiter aus.

Seit mehr als einem Vierteljahrhundert steht den Mitgliedern des BDA damit eine hauptamtliche Beratung in berufspolitischen Rechtsfragen, vorwiegend aus den Bereichen des Arzt-, Zivil-, Straf-, Krankenhaus- und Vertragsarztrechtes offen. Ein Konzept, das sich, wie eine Mitgliederumfrage im Jahr 2009 bestätigte, bewährt hat (siehe Anlage).

Die Palette der Mitgliederanfragen – telefonisch / in abnehmender Zahl schriftlich per Brief dafür nunmehr verstärkt per E-Mail – reicht indes viel weiter, von gelegentlichen Fragen zur Auseinandersetzung bei der Ehescheidung bis hin zu Problemen der Altersversorgung oder der Unzufriedenheit mit der Rundfunkgebührenpflicht für beruflich genutzte Kraftwagen.

Immer sind aber die in den Anfragen geschilderten Probleme Spiegel des jeweiligen gesundheitspolitischen und rechtlichen Umfelds bzw. Umbruchs. Dem Verfasser kommen spontan einige „Schlaglichter“ in Erinnerung, die keinen Anspruch auf Vollständigkeit erheben: In den 80er Jahren waren es Fragen der adäquaten Vorbereitung des Patienten auf den Eingriff und die der postanästhesiologischen Versorgung – Stichwort „Aufwachraum“; die Organisation der Ruf- und Bereitschaftsdienste mit den dafür erforderlichen Einsatzzeiten (1989), Inhalt und Grenzen der Parallelverfahren (1989) wurden zum Thema. Ein Urteil, das die Verantwortung für die Lagerung komplett dem Anästhesisten übertrug, machte eine Ergänzung der Vereinbarung über die operative Patientenversorgung mit den Chirurgen durch das Lagerungsabkommen erforderlich (1987), es folgte die ergänzende Vereinbarung zur Zusammenarbeit bei der Bluttransfusion (1989).

Unvergessen die „Wende“, die erste gemeinsame Veranstaltung, an der der Verfasser teilnahm, in Kühlungsborn und das erste Seminar für Ärzte in Leitungsfunktionen aus den ostdeutschen Ländern – auf einer Fähre zwischen Kiel und Oslo. Bewegende Begegnungen, die ersten Seminare zum Erfahrungsaustausch, zum Kennenlernen und ersten Herantasten an neue Rechtssysteme.

Medizinrechtlich war der Beginn der 90er Jahre geprägt durch ein Urteil des BGH zur Eigen- und Fremdblutspende (1991), das eine Fülle von fachlichen und berufspolitischen Aktivitäten nach sich zog und schließlich u.a. in ein Transfusionsgesetz mündete. Inhalt und Grenzen der Sterbehilfe waren Gegenstand des Kemptener Urteils (1994), die späteren Entscheidungen des BGH 2003 und 2005 griffen die Thematik auf und bahnten den Weg zum „Patientenverfügungsgesetz“ von 2009.

 © Anästh Intensivmed 2011;52:614-617 Aktiv Druck & Verlag GmbH

Während im Vertragsarztrecht Gesetzesänderungen quasi im Jahrestakt von 1988 an versuchten, zuerst noch die „Gesundheit zu reformieren“ (Gesundheitsreformgesetz 1988/89) und, als dies nicht gelang, zu strukturieren (Gesundheitsstrukturgesetz 1992) musste die gesetzliche Krankenversicherung 1997 neu geordnet werden im „GKV-Neuordnungsgesetz“, um schließlich 2007/09 als „GKV-WSG“, als GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz die Zeit bis zum „Versorgungsgesetz“ 2011/2012 zu überbrücken. Nicht nur, aber insbesondere das Operieren unter ambulanten Bedingungen sollte gefördert werden, die Sektorengrenzen stationär und ambulant erodierten, Krankenhäuser öffneten sich zum ambulanten Operieren als Institutsleistung, es wurden neue Strukturen und Vertragskonstruktionen geschaffen, die der „Beitragssatzstabilität“ dienen sollten mit einer Fülle von Veränderungen im Vertragsarztrecht und in den ärztlichen Berufsordnungen; eine Herausforderung für die Beratung der Mitglieder durch das Referat für den vertragsärztlichen Bereich und die Rechtsabteilung.

Europa bescherte den Ärzten nicht nur ein in seiner Auslegung nicht eindeutiges Arbeitsgesetz, sondern auch ein Medizinproduktegesetz (1994); private Krankenversicherungen entdeckten die Probleme der persönlichen Leistungserbringung bei wahlärztlichen Leistungen speziell durch Anästhesisten; die Vereinbarung über die Zusammenarbeit in der operativen Geburtshilfe schuf Delegationsmöglichkeiten anästhesiologischer Leistungen an den Geburtshelfer, die Mindestanforderungen der Geburtshelfer (1996) forderten Einsatzzeiten in einem arbeitsrechtlich problematischen Maß. Änderungen des Strafrechts und Verschärfungen in der Rechtsprechung rückten in den 90er Jahren auch die Risiken des „Industriesponsorings“ in den Fokus.

Die Frage, ob und unter welchen Voraussetzungen Ärzte streiken dürfen, wurde mit dem ersten Ärztestreik 2006 beantwortet, der zur Ablösung des BAT und zur Einführung neuer Tarifstrukturen führte – eine Herausforderung für die Beratung der Mitglieder.

Die Diskussion um neue, nicht ärztliche Assistenzberufe, die vorübergehende Einführung eines „Medizinischen Assistenten für Anästhesiologie (MAfA)“ brachte die Entschließung des BDA zu den Parallelverfahren von 1989 wiederholt auf den Prüfstand (Münsteraner Erklärungen von 2004 und 2007); Personalengpässe und Strukturprobleme des anästhesiologischen Arbeitsplatzes führten zu einem

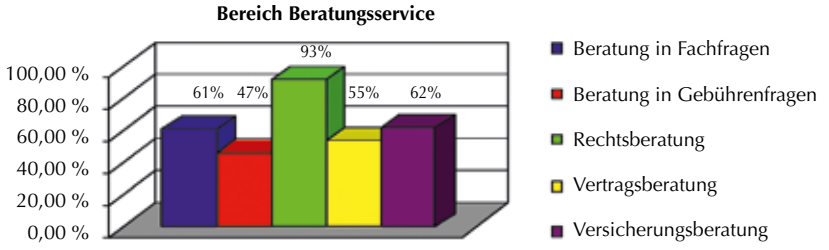
Anlage BDA-Mitgliederumfrage 2009 – Auszug

Dass die Serviceleistungen des BDA sich bewährt haben und bei den Mitgliedern des Berufsverbandes „gut ankommen“, beweisen u.a. die Ergebnisse einer Umfrage des BDA.

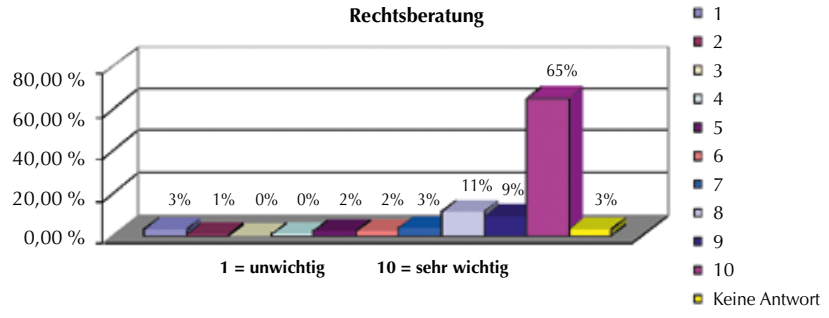
Umfragezeitraum: 25.02.2009 – 31.03.2009

Umfragebeteiligung: 9.370 angeschriebene Mitglieder, 1.734 Teilnehmer (18,5 %).

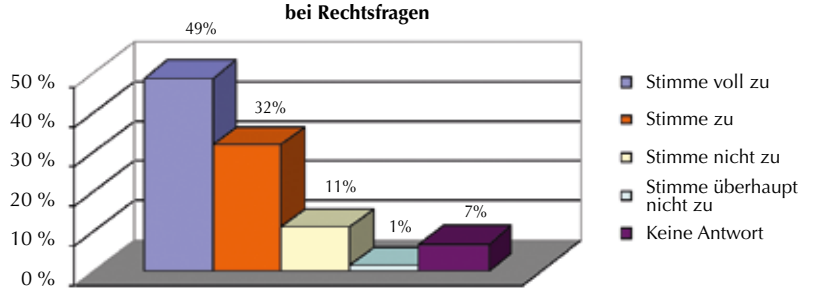
Bekanntheit der BDA-Angebote



Beratungsservice



Wunsch: Mehr Hilfestellung



partiellen „Exodus“ von Fachärzten, die ihre Leistungen als „Honorarärzte“ mit noch nicht abschließend geklärtem Rechtsstatus den Kliniken anboten.

Vor dem Hintergrund solcher „geopolitischer“ Fragestellungen versucht die Rechtsabteilung täglich, aber auch die „binnenpolitischen“ Probleme der Anästhesisten in vielfältigen Anfragen zu beantworten. Zu den Schwerpunkten zählen arbeitsrechtliche Probleme, Fragen der Abgrenzung der Verantwortlichkeiten zwischen verschiedenen Fachvertretern, in steigendem Maße aber auch Probleme der „Mangelverwaltung“ vor Ort, das „Lean Management“, etwa bei der Besetzung des Bereitschaftsdienstes und immer wieder die klassischen Fragen zur Patientenaufklärung.

In der berufsbezogenen Vertragsberatung – 2010 waren es ungefähr 130 Vertragsentwürfe, die gesichtet wurden – dominiert die Beratung bei Abschluss eines Chefarztvertrages mit gut der Hälfte der Anfragen, es folgen Verträge der (leitenden) Oberärzte, gefolgt von Fachärzten und Verträgen der und zwischen niedergelassenen Ärzten. Vertragsentwürfe zum OP-Manager, zum ärztlichen Leiter Rettungsdienst/bzw. interdisziplinäre Aufnahmestation respektive Schmerz-Tagesklinik sind selten, häufiger schon Vertragsberatungen für den „Honorararzt“.

In enger Zusammenarbeit mit Elmar Mertens, dem Leiter des Referates für den vertragsärztlichen Bereich im Berufsverband, werden die vertragsärztlich tätigen Anästhesisten beraten und in vom Berufsverband befürworteten Musterprozessen in enger Kooperation mit den das Mitglied vor Ort vertretenden Rechtsanwälten unterstützt.

Strafrechtliche Ermittlungsverfahren nach einem tatsächlichen oder behaupteten anästhesiologischen Zwischenfall werden nicht nur als existenziell bedrohlich empfunden, sondern sie sind es auch. Hier ist rechtzeitige Hilfe des BDA durch Beratung, Versicherungsschutz und Vermittlung kompetenter Strafverteidiger unerlässlich. Rund 50 Ermittlungsverfahren werden jährlich neu gegen Mitglieder des Berufsverbandes eingeleitet. Es gelingt zwar, die überwiegende Zahl dieser Verfahren im Laufe der Untersuchung zur Einstellung zu bringen. Kommt es jedoch (selten!) zu einer Verurteilung, dann fallen die Strafen aber recht drastisch aus. Jedes, in ein solches Verfahren involvierte Mitglied ist deshalb gut beraten, rechtzeitig die Unterstützung des BDA in Anspruch zu nehmen.

Die juristische Unterstützung beschränkt sich jedoch nicht auf die Beantwortung individueller Anfragen. Auch durch Buchbeiträge und Publikationen in Fachzeitschriften, seit 2001 auch durch den in der Verbandszeitschrift publizierten JUS-Letter, weisen die Juristen auf rechtliche Aspekte, Gefahren und Lösungen hin. Auch außerhalb der Büroräume stellen sie sich der Diskussion mit den Mitgliedern, so etwa als Referenten auf Veranstaltungen vom Deutschen Anästhesiecongress, über den Hauptstadtkongress bis hin zu Landesverbandstagungen und individuellen Fortbildungsveranstaltungen vor Ort.

Wer anästhesierelevante Rechtsprechung „schwarz auf weiß“ nachlesen möchte, kann inzwischen auf die internetbasierte Urteilssammlung des BDA zurückgreifen, die ständig weiter ausgebaut wird.

Rechtsseminare gehören zum „Standard-Repertoire“, ergänzt jüngst um die Seminarreihe „Recht am See“ in Kooperation mit österreichischen Anästhesisten und Juristen. Verstärkte Aktivitäten in Zusammenarbeit insbesondere mit der Versicherungswirtschaft zum Riskmanagement sind in Vorbereitung. In die Analysen und die Auswertung der in CIRS-AINS eingestellten Fälle ist die Rechtsabteilung ebenso eingebunden wie in die Aufarbeitung der Fälle des Monats oder – in Zusammenarbeit mit der Versicherungswirtschaft – die Darstellung von Closed-Claims. Die Mitwirkung im gemeinsamen Arbeitskreis von BDA und DGAI Anästhesie und Recht runden das Aufgabenspektrum der Rechtsabteilung ab, nicht zu vergessen die Beratung und rechtliche Begleitung der Sitzungen von Präsidium und Ausschuss und der vielfältigen Kommissionen, der Mitarbeit an Leitlinien, Entschließungen und Empfehlungen.

Serviceleistungen des BDA, auch die der berufsbezogenen Rechtsberatung, sind immer „Teamleistungen“. Ohne die enge Zusammenarbeit mit den Präsidien, der Geschäftsführung, den Vertretern der Arbeitskreise – die bei fachlichen Anfragen als sachverständige Ansprechpartner zur Verfügung stehen und denen dafür hier ausdrücklich und herzlich gedankt wird – ohne die Unterstützung des Referates für den vertragsärztlichen Bereich, Elmar Mertens, letztlich ohne fachlich-anästhesiologischen Support durch die vielen weiteren „Ansprechpartner“ aus dem Fachgebiet, die bei der Beantwortung der Anfragen mithelfen, ist die berufsbezogene Rechtsberatung nicht durchzuführen.

Zum „erweiterten Team“ zählen auch die Kollegen aus der Rechtsanwaltschaft, mit denen die Juristen des BDA eng zusammenarbeiten. Stellvertretend genannt und erwähnt – und gleichzeitig gedankt – sei den Sozien und Mitarbeitern der Rechtsanwaltskanzlei Ulsenheimer-Friederich mit Sitz in München und Berlin, insbesondere Herrn Prof. Dr. rer. pol. Dr. iur. Klaus Ulsenheimer (München) und Herrn Rechtsanwalt Rolf-Werner Bock (Berlin), aber auch den Rechtsanwälten aus der Kanzlei für Medizinrecht in Karlsruhe. Ohne eine enge und vertrauensvolle Kooperation mit Kollegen aus der Rechtsanwaltschaft wäre eine kompetente Vertretung der BDA-Mitglieder nicht sicherzustellen. Denn eines kann der BDA mit den beiden Juristen in der Geschäftsstelle nicht gewährleisten: Eine persönliche Vertretung eines jeden Anästhesisten vor Ort.

In einer sich ständig verändernden und weiter differenzierenden berufspolitischen, fachlichen und rechtlichen Landschaft kann nur der, der sich ändert, sich treu bleiben (nach Wolf Biermann). Das gilt auch für die Serviceleistung der berufsbezogenen Rechtsberatung des BDA. Deshalb rüstet der BDA auf – technisch

und „personell“. Schmunzelnd erinnert sich der Verfasser an das erste Faxgerät und die ersten Faxkopien 1988 und die damit verbundene „Beschleunigung“ des Schriftverkehrs, wenn er jetzt an die Umsetzung des „papierlosen Büros“ durch zukünftige, digitale Erfassung und Verwaltung des „Papierberges“ denkt.

„Wir bleiben nicht gut, wenn wir nicht besser zu werden trachten.“
(Gottfried Keller)

– deshalb verstärkt der BDA vor dem Hintergrund sich weiter differenzierender rechtlicher Regelungen auf allen Gebieten – beispielhaft sei hier nur das Arbeits- und Vertragsarztrecht genannt – seine juristische Beratungskompetenz. In Zukunft soll in einer noch engeren Kooperation mit der Rechtsanwaltskanzlei Ulsenheimer – Friederich, betreut durch Herrn Rechtsanwalt Rolf-Werner Bock (Berlin) und Kollegen, vermehrt auch deren Sachverstand in die Betreuung der BDA-Mitglieder einfließen, damit der BDA auch für zukünftige Anforderungen „gut aufgestellt“ bleibt.

Korrespondenzadresse

Dr. iur.
Elmar Biermann

Justitiar des BDA
Roritzerstraße 27
90419 Nürnberg, Deutschland

Tel.: 0911 93378-17/-27
Fax: 0911 3938195

E-Mail: justitiare@bda-ev.de

Versicherungsservice und Rechtsschutz

Herrn Dr. med. Othmar Zierl (†) gewidmet

E. Weis

Rückblick – „Versicherung statt Verunsicherung“

Am Anfang stand eine Vision: Schon vor über 30 Jahren erkannte Walther Weißauer, dass die interdisziplinären Vereinbarungen allein den Anästhesisten nicht ausreichend vor (straf-)rechtlichen Sanktionen schützen. Jeder Patient, der sich geschädigt fühlt, kann gleichwohl Strafanzeige erstatten oder Schadensersatzansprüche erheben. Es bestand also eine Verunsicherung, zumal die Anwalts- und Verfahrenskosten, die bei der Rechtsverteidigung anfallen, oftmals nicht aus der Portokasse zu bezahlen sind. Diese Verunsicherung wollte W. Weißauer über eine Rechtsschutzversicherung absichern. Um diese Vision zu realisieren, nahm er Kontakt mit Herrn Dr. Schwanke von dem namhaften Versicherungsmakler FUNK in Hamburg auf. Ein Versicherungsmakler kennt am besten die unterschiedlichen Angebote für die einzelnen Versicherungssparten und ist damit im Stande, dem Verband Versicherungen mit einem optimalen Preis-Leistungs-Verhältnis anzubieten. Die Zusammenarbeit zwischen BDA und FUNK begann im Jahre 1979. Der erste „Meilenstein“ war 1981 die Implementierung der Strafrechtsschutzversicherung, einer obligatorischen Versicherung für alle BDA-Mitglieder. Schon damals war die Rechtsschutzversicherung ein Hauptgrund, warum Anästhesisten dem BDA beitraten. Betrug die Mitgliederzahl 1978 noch 1.827, stieg die Anzahl nach Implementierung der Strafrechtsschutzversicherung auf 2.808 im Jahr 1982 und nach einer Erweiterung der Rechtsschutzversicherung um den Arbeitsrechtsschutz sogar auf 4.053 im Jahr 1985 (Tab. 1).

Im Laufe der Jahre initiierten W. Weißauer und Dr. O. Zierl seitens des BDA zusammen mit Dr. Schwanke und Herrn Günther von FUNK eine Vielzahl von weiteren obligatorischen Versicherungen sowie Rahmenverträgen, über die Anästhesisten ihre beruflichen Risiken kostengünstig absichern konnten (Tab. 2). Ein weiterer „Meilenstein“ wurde 1998 durch den Abschluss eines Rahmenvertrages zur Berufshaftpflichtversicherung von Prof. Weißauer, Frau Ass. iur. Weis und Herrn Ass. iur. Wilhelmi von FUNK gelegt.

Tabelle 1
BDA-Mitgliederzahlen und Berufsrechtsschutzversicherung.

Jahr	1978	1981	1982	1984	1985
BDA-Mitglieder	1.827		2.808		4.035
Inkrafttreten der Versicherung		Strafrechtsschutz-versicherung		Straf-, Arbeits- u. Sozialrechtsschutz-versicherung	

Versicherungsreferat

Der Beratungs- und Informationsbedarf der BDA-Mitglieder in Versicherungsfragen wuchs stetig. Bereits Anfang der 80er Jahre gründete der BDA ein eigenes Versicherungsreferat unter Leitung von Herrn Dr. Zierl in München. Diesen Service nahmen die Mitglieder schon damals oft in Anspruch, wie der Bericht von Herrn Dr. Zierl bei der BDA-Präsidiumssitzung am 14.11.1993 verdeutlichte: „Waren es im Jahre 1992

Tabelle 2
Historie der BDA-Versicherungsverträge.

Datum	01.01.1981	01.03.1986	01.07.1987	01.04.1988	21.04.1988	01.08.1992	01.10.1992	01.03.1998	01.07.2007
Obligatorische Versicherungen	Berufs-rechtsschutz		Gastarzt-haftpflicht		Praxisvertre-terhaftpflicht				
Rahmenverträge		Zusatz-haftpflicht		Unfall		Berufsunter-brechung	Elektronik	Berufs-haftpflicht	Anschluss-Rechtsschutz

Abbildung 1
Versicherungsbroschüren (Layout)

noch 334 Kollegen, die sich schriftlich in Versicherungsfragen beraten ließen, so sind es bis 10.11.1993 bereits 540 Kollegen, die einen Rat suchten. Dazu kommen noch eine große Anzahl von telefonischen Beratungen….".

Nach dem Tod von Herrn Dr. Zierl im Juli 1997 wurde das Versicherungsreferat in die BDA-Geschäftsstelle Nürnberg integriert und wird seither von Frau Ass. iur. Weis geleitet. Zu den Aufgaben des Versicherungsreferates gehören neben der individuellen Beratung, Vortragstätigkeiten sowie Publikationen, auch die Herausgabe der Broschüre „Versicherungsservice und Rechtsschutz" (Abb. 1), die einen umfassenden Überblick über die Versicherungsleistungen bietet.

Die erste Versicherungsbroschüre aus dem Jahr 1988 umfaßte zehn Seiten, die aktuelle Broschüre (September 2010) ist auf 73 Seiten „gewachsen" – ein Indiz dafür, wie umfangreich die Versicherungspalette geworden ist (Abb. 1).

Um den Mitgliedern einen bestmöglichen Versicherungsschutz zu bieten, werden nicht nur neue Rahmenverträge abgeschlossen, sondern vor allem die Konditionen der bestehenden Versicherungsverträge von dem Versicherungsreferat in enger Zusammenarbeit mit Herrn Ass. iur. Wilhelmi von FUNK regelmäßig überprüft und optimiert.

Rechtsschutzversicherung

BDA-Berufsrechtsschutzversicherung (01.01.1981 – obligatorisch)

Die Berufsstrafrechtsschutzversicherung, die am 01.01.1981 abgeschlossen worden ist, war der „Startschuss" zu den zahlreichen Versicherungsaktivitäten des BDA. Viele Ärzte sind zwar über ihren Arbeitgeber gegen Schadensersatzansprüche der Patienten haftpflichtversichert. Wird hingegen Strafanzeige erstattet und gegen den Arzt als Beschuldigter ermittelt, werden die Anwalts-/Verfahrenskosten nicht von der Berufshaftpflichtversicherung übernommen. Die meisten (privaten) Rechtsschutzversicherer haben den beruflichen Bereich „ausgeklammert" oder tragen nur die gesetzlichen Gebühren eines Anwalts, so dass hier für die Ärzte eine Versicherungslücke bestand. Der BDA war der erste Berufsverband, der – auf Betreiben von W. Weißauer – diese Versicherungslücke durch eine Strafrechtschutzversicherung geschlossen hat. Ein wesentlicher Zweck der Gruppenversicherung ist, jedem Mitglied seitens des BDA versierte Verteidiger zu benennen, dessen Kosten in der vom BDA mit ihm vereinbarten Höhe von der Versicherung getragen werden.

Die Versicherung gewährt allen berufstätigen Mitgliedern des BDA Rechtsschutz für die Ausübung ihrer beruflichen Tätigkeit im Gesundheitswesen, die zu Straf-, Ordnungswidrigkeits-, Disziplinar- oder standesrechtlichen Verfahren führt.

Die Praxis machte deutlich, dass BDA-Mitglieder für Prozesse vor den Arbeits- und Sozialgerichten finanzielle Unterstützung benötigen. Wieder war es W. Weißauer, der das BDA-Präsidium von seiner Vision überzeugte, und so wurde am 01.01.1984 die Rechtsschutzversicherung um den Arbeits- und Sozialrechtsschutz erweitert. Seitdem besteht Rechtsschutz für die Wahrnehmung der rechtlichen Interessen in Prozessen

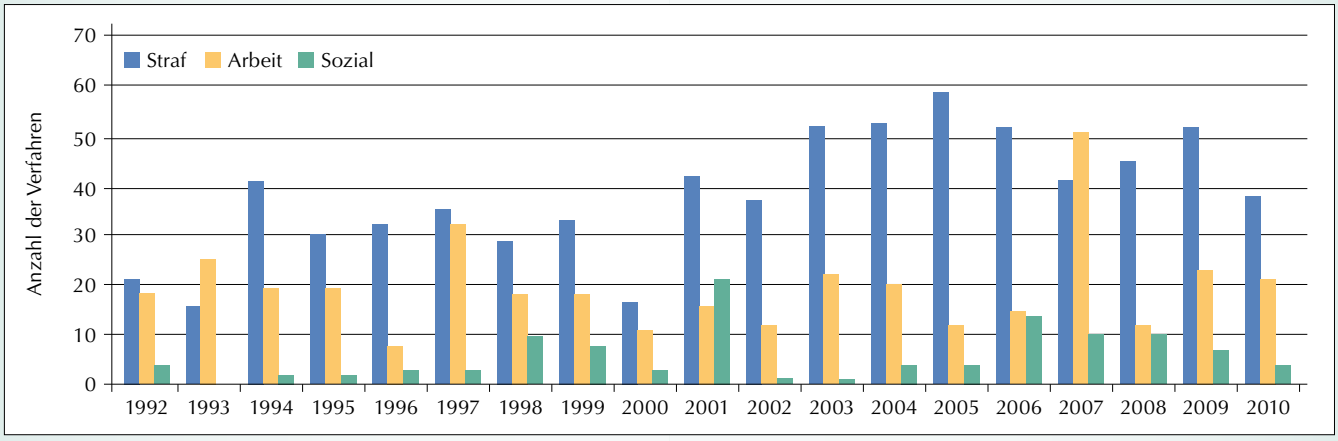
- angestellter/beamteter Ärzte vor den Arbeits-/Verwaltungsgerichten wegen arbeits- und dienstrechtlicher Auseinandersetzungen mit dem Krankenhausträger
- vor Sozialgerichten in vertragsärztlichen Angelegenheiten, sofern der BDA das Verfahren als Musterprozess unterstützt.

Wie wichtig diese Grundsicherung ist, macht die Anzahl der gemeldeten Verfahren deutlich. Bereits 1983 wurden 16 Ermittlungsverfahren der Strafrechtsschutzversicherung gemeldet. In den letzten 19 Jahren (1992 - 2010) wurden pro Jahr durchschnittlich ca. 38 Verfahren der Strafrechtsschutzversicherung, ca. 19 Prozesse der Arbeitsrechtsschutzversicherung und ca. 6 Musterprozesse der Sozialrechtsschutzversicherung gemeldet (Abb. 2).

Dieses ursprüngliche Konzept der Berufsrechtsschutzversicherung bietet berufstätigen Mitgliedern eine „Basisabsicherung" und ist noch heute die Grundlage des aktuellen Rechtsschutzvertrages.

Der Versicherungsumfang wurde in den letzten 30 Jahren erheblich erweitert. Um so erfreulicher ist es, dass die Versicherungsprämie in den Zeitraum sich nicht ganz verdoppelt hat (Abb. 3).

Abbildung 2
Meldungen an die BDA-Berufsrechtsschutzversicherung.



Anschluss-Rechtsschutzversicherung (01.07.2007 – Rahmenvertrag)

Die BDA-Gruppenrechtsschutzversicherung bietet einen „Basisschutz". In den vergangenen Jahren wurde öfters die Frage nach einer weitergehenden Absicherung (inbs. für den Privatbereich) an das Versicherungsreferat herangetragen. Kein Versicherer war bereit, sein Konzept an die Gruppenrechtsschutzversicherung anzupassen, um so unnötige Doppelversicherungen/Überschneidungen zu vermeiden. Nach langjährigem Insistieren der Versicherungsreferentin und der FUNK-Gruppe ist es am 01.07.2007 gelungen, einen Rahmenvertrag abzuschließen. Der Rahmenvertrag knüpft nahtlos an die BDA-Gruppenrechtsschutzversicherung an und bietet eine weitergehende Absicherung ohne nachteilige Überschneidungen, was zu einer erheblichen Beitragsersparnis gegenüber marktüblichen Ärzte-Rechtsschutz-Paketen führt.

Berufshaftpflichtversicherung

Zusatzhaftpflichtversicherung (01.03.1986 – Rahmenvertrag)

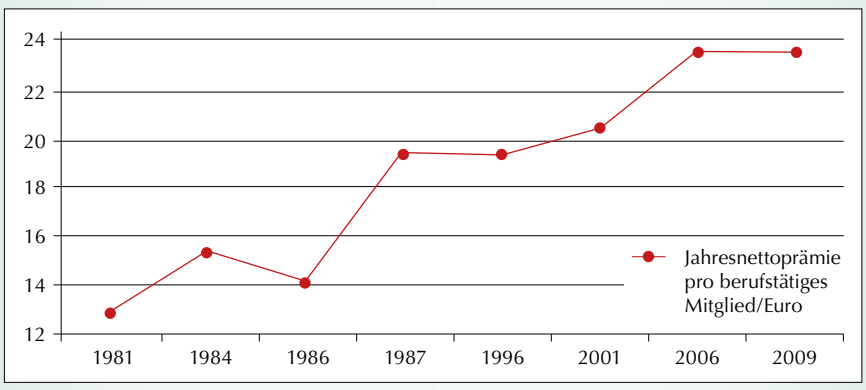
Die Zahl, aber vor allem die Höhe der im Einzelfall erhobenen Schadensersatzansprüche ist schon zu Beginn der 80er Jahre erheblich angestiegen und steigt bis heute weiter, deshalb empfahl der BDA damals schon eine Mindestdeckungssumme von 2 Mio. DM für Personenschäden. Um den finanziellen Ruin zu vermeiden, ist eine ausreichende Deckungssumme unerläßlich.

Die Berufshaftpflichtversicherungen sahen oftmals zu geringe Deckungssummen vor, deshalb initiierte der BDA den Rahmenvertrag „Zusatzhaftpflichtversicherung (ZHÄ)".

Über verschiedene Konzepte hatten die Anästhesisten die Möglichkeit, die Deckungssumme über die ZHÄ auf anfänglich 5 Mio. DM, später auf 7 Mio. DM oder 10 Mio. DM aufzustocken (Abb. 4).

Da der BDA seit 01.03.1998 einen Rahmenvertrag zur Berufshaftpflichtversicherung mit ausreichenden Deckungssummen zur Verfügung stellt, ist der Bedarf für die ZHÄ letzlich entfallen, und die ZHÄ wurde zum „Auslaufmodell".

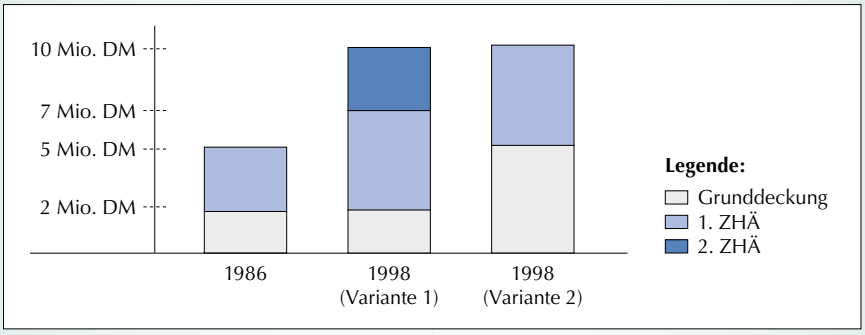
Abbildung 3
Prämienentwicklung der BDA-Berufsrechtsschutzversicherung.



Gastarzthaftpflichtversicherung (01.07.1987 – obligatorisch)

Während angestellte Ärzte über den Krankenhausträger haftpflichtversichert sind, bestand für Gastärzte stets die Sorge, dass sie für die Hospitation an einem fremden Haus im Rahmen der Fort- und Weiterbildung möglicherweise ohne Versicherungsschutz sind. Gleiches gilt für (Chef-)Ärzte, die diese Kollegen als Gastärzte aufnehmen. Um diese „Verunsicherung" zu beseitigen, hat der BDA am 01.07.1987 für alle seine Mitglieder

Abbildung 4
Zusatzhaftpflichtversicherung (ZHÄ) – Aufstockung der Deckungssumme für Personenschäden.



eine Berufshaftpflichtversicherung für die Tätigkeit als Gastarzt und/oder Beschäftigung von Gastärzten abgeschlossen, wobei die Hospitationsdauer auf 8 Wochen im Jahr beschränkt ist. Die Versicherung, deren Prämie der BDA zahlt, gilt für alle berufstätigen Mitglieder. Viele Anästhesisten haben diese Versicherung genutzt, um im Rahmen einer Hospitation ihre beruflichen Fähigkeiten zu erweitern/vertiefen oder besondere medizinische Techniken zu erlernen.

Praxisvertreterhaftpflichtversicherung (21.04.1988 – obligatorisch)

Die Haftpflichtversicherung der Anästhesisten, die eine vorübergehende Vertretung niedergelassener Ärzte übernehmen (Praxisvertretung), erweist sich als problematisch. Häufig erteilt der Praxisinhaber anhand eines irreführenden Wortlauts seiner Versicherungspolice die Auskunft, seine Haftpflichtversicherung schließe auch das Vertreterrisiko ein, der vertretende Kollege (Praxisvertreter) brauche sich wegen einer Haftung deshalb keine Sorgen zu machen. Bei näherer Prüfung erweist sich diese Auskunft oft als falsch. Um die bestehenden Unsicherheiten zu beseitigen, hat der BDA zu Gunsten seiner Mitglieder eine Haftpflichtversicherung für vorübergehende Praxisvertretungen (max. 3 Monate im Jahr) abgeschlossen. Die Deckungssumme von anfänglich 5 Mio. DM für Personenschäden wurde inzwischen auf 10 Mio. € erhöht, um einen ausreichenden Versicherungsschutz zu gewähren. Die Prämie für die Versicherung wird vom BDA getragen.

Berufshaftpflichtversicherung (01.03.1998 – Rahmenvertrag)

Es war schon lange Weißauers Vision, den Mitgliedern eine spezielle Berufshaftpflichtversicherung anzubieten. Mit Durchhaltevermögen verfolgte er zusammen mit Herrn Wilhelmi von FUNK dieses Ziel. Dann endlich, Anfang 1998 schien ein Versicherer gefunden worden zu sein, der diesen – damals völlig neuen – Weg mit uns beschreiten wollte. Für mich war es der erste Rahmenvertrag, an dessen Entstehung ich beteiligt war; es war beeindruckend, mit welcher Beharrlichkeit Herr Professor Weißauer seine Ideen bei den langwierigen Verhandlungen durchgesetzt hat. Er war stets gegen einen „Schnellschuss" und vertrat die Ansicht – wie er sich damals sinngemäß äußerte – „der Vertragsentwurf ist wie ein Kuchenteig, noch können wir ihn formen, wenn er unterzeichnet ist, geht das nicht mehr".

Der BDA war einer der ersten Berufsverbände, der seinen Mitgliedern einen solchen Rahmenvertrag anbieten konnte: maßgeschneiderter Versicherungsschutz für niedergelassene/angestellte Anästhesisten zu günstigen Prämien.

Der Rahmenvertrag ist zum 01.03.1998 in Kraft getreten. Es war neben der Gruppenrechtsschutzversicherung ein „Meilenstein" für den BDA-Versicherungsservice und gleichzeitig der letzte Rahmenvertrag, der auf die Initiative von Professor Weißauer zurückgeht.

Die Versicherungsbedingungen wurden regelmäßig aktualisiert, um den Mitgliedern einen zeitgemäßen Versicherungsschutz zu bieten. So wurde die Deckungssumme von ursprünglich 5 Mio DM auf 5 Mio € / 10 Mio € pro Schadensfall erhöht; die Mitversicherung von Nebentätigkeiten im europäischen Ausland ist ebenso möglich wie eine prämiengünstige Absicherung von Honorararzttätigkeiten.

Nach längeren Verhandlungen hat der BDA zusammen mit FUNK und der Versicherungskammer Bayern im März 2008 Sonderkonditionen für Honorarärzte entwickelt, die auf dem Versicherungsmarkt bis dato nicht verfügbar waren: Die Prämie wird nach der Anzahl der Arbeitstage/pro Jahr gestaffelt. Kein anderer Versicherer nahm/nimmt diese Differenzierung vor! Dieses Versicherungskonzept berücksichtigt die Bedürfnisse unserer Mitglieder. Denn nur wenige Anästhesisten sind als „Vollzeit-Honorarärzte" aktiv, die meisten Ärzte üben eine eingeschränkte „Teilzeit"-Honorararzttätigkeit aus. Viele Anästhesisten nutzen diese Sonderkonditionen.

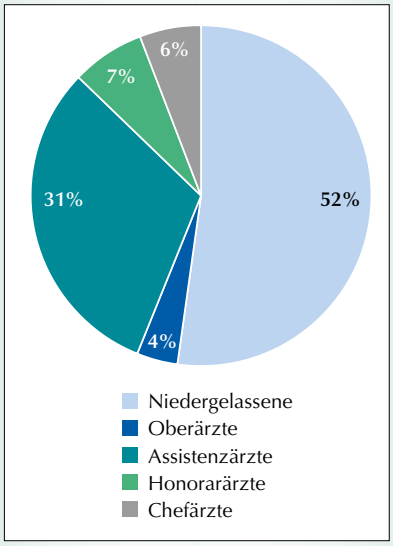
Es ist erfreulich, welche Optimierungen und Neuerungen bei dem Rahmenvertrag zur Berufshaftpflichtversicherung in den letzten 13 Jahren vereinbart werden konnten. Nur so können wir einen bestmöglichen, für den Anästhesisten „maßgeschneiderten" Versicherungsschutz anbieten. Viele Mitglieder haben von dieser Versicherungsmöglichkeit Gebrauch gemacht (Abb. 5). Dies nicht nur, weil die Prämien günstig sind, sondern weil auch die Schadensregulierung professionell abgewickelt wird.

Weitere Rahmenverträge

Unfallversicherung für Ärzte (01.04.1988 – Rahmenvertrag)

Eine „normale" Unfallversicherung deckt die Folgen einer (Teil-)Invalidität kaum oder nicht annähernd zufriedenstellend ab. Bereits am 01.04.1998 hat der BDA

Abbildung 5
Rahmenvertrag Berufshaftpflichtversicherung – Abgeschlossene Einzelverträge nach Funktionen (Stand: März 2011).



einen Rahmenvertrag „Unfallversicherung für Ärzte“ (UVÄ) abgeschlossen, der über eine spezielle „Ärzte-Gliedertaxe“ umfassenden Versicherungsschutz bietet. Die Versicherungssummen und der Versicherungsumfang wurden in den vergangenen Jahren stets erhöht bzw. erweitert.

Berufsunterbrechungsversicherung für Ärzte (01.08.1992 – Rahmenvertrag)

Bei einem niedergelassenen Arzt kann eine länger dauernde Unterbrechung der Praxis durch Unfall, Krankheit oder die Unbenutzbarkeit der Praxisräume, etwa wegen eines Brandes, das finanzielle „Aus“ bedeuten. Ohne dass in dem Unterbrechungszeitraum Einkünfte erzielt werden, laufen die Praxiskosten weiter und ggf. muss ein Praxisvertreter bezahlt werden.

Zur Abdeckung dieser Risiken unterhält der BDA seit 01.08.1992 einen Rahmenvertrag zur Berufsunterbrechungs-Versicherung (Ärzte-BU). Darüber besteht auch für eine behördlich angeordnete Schließung der fremden Räumlichkeiten des Operateurs seit September 2012 eine Ausfalldeckung – ein absolutes Novum auf dem Versicherungsmarkt!

Elektronikversicherung (01.10.1992 – Rahmenvertrag)

Schäden an der elektronischen Ausstattung der Anästhesiepraxis, verursacht z.B. durch Ungeschicklichkeit/Feuer/Vandalismus/Leitungswasser, können den Anästhesisten finanziell erheblich belasten. Mit der Elektronikversicherung, die zum 01.10.1992 in Kraft getreten ist, können diese Schäden abgesichert werden. Es handelt sich praktisch um eine Allgefahren-Deckung, lediglich reine Verschleißschäden oder vorsätzlich vom Versicherungsnehmer verursachte Schäden sind ausgeschlossen.

Ausblick

Es wird zunehmend schwieriger, günstige Versicherungskonzepte zu erarbeiten: Fusionen der Versicherungsgesellschaft reduzieren das Angebot an Risikoträgern, steigende Schadensquoten führen zu höheren Prämienforderungen… Bei diesen Marktbedingungen kann der BDA sein Versicherungsportfolio nur aufrechterhalten bzw. erweitern, weil er zuverlässige Partner hat. Zum einen den namhaften Versicherungsmakler FUNK, mit dem der BDA seit nunmehr 32 Jahre gut und vertrauensvoll zusammenarbeitet. Zum anderen die Versicherungsgesellschaften, die hinter unseren obligatorischen Versicherungen und Rahmenverträgen „stehen“ und bereit sind, mit uns zusammen neue Wege zu gehen und Versicherungskonditionen zu erarbeiten, die es zum Teil so auf dem Markt nicht gibt. Stellvertretend für alle Risikoträger, sind die Versicherungskammer Bayern (Rahmenvertrag Berufshaftpflichtversicherung) sowie die Gesellschaft für Straf- und Manager-Rechtsschutz GSM (BDA-Gruppenrechtsschutzversicherung) zu nennen. Gemeinsam werden wir in der Zukunft noch viel bewegen – oder besser gesagt – versichern können. Das Thema Versicherung wird niemals an Aktualität verlieren.

Korrespondenzadresse

Ass. iur.
Evelyn Weis

Juristin und Versicherungsreferentin des BDA
Roritzerstraße 27
90419 Nürnberg, Deutschland

Tel.: 0911 93378-17/-27
Fax: 0911 3938195

E-Mail: versicherungsref@bda-ev.de

Interessenvertretung der Vertragsärzte durch den BDA

E. Mertens

Bereits bei Gründung des BDA im Jahr 1961 wurde die Möglichkeit einer freiberuflichen Berufsausübung als Anästhesistin/Anästhesist berücksichtigt: In der Gründungssatzung wurde der Sitz für einen Vertreter der Niedergelassenen im Präsidium vorgesehen. Im Präsidium der ersten Amtsperiode ab dem 09. September 1961 wurde diese Tätigkeit von Herrn Kollegen M. Meissner aus Stuttgart ausgeübt. Seitdem sind die anästhesiologisch tätigen Vertragsärztinnen und Vertragsärzte ständig im Präsidium des BDA repräsentiert (Tab. 1).

Tabelle 1
Vertreter der niedergelassenen Anästhesisten im Präsidium des BDA.

Name	von	bis
Dr. Marbod Meissner	1961	1973
Dr. Eberhard Demmel	1974	1981
Dr. Heidi Paschen	1982	1987
Dr. Adelheid Brandts	1988	1990
Dr. Arno de Pay	1991	1997
Elmar Mertens	1998	2011

In den ersten Mitgliederverzeichnissen ist die Zahl der damaligen „Kassenärzte" noch sehr überschaubar, die Mitgliederzahl insgesamt betrug allerdings bspw. 1963 auch nur 152, davon 109 Fachärzte, dennoch beschäftigte sich der BDA immer wieder mit dieser Art der Berufsausübung als Anästhesist: So ist in der Ausgabe 1 von 1965 der „Informationen der Deutschen Gesellschaft für Anästhesie und des Berufsverbands Deutscher Anästhesisten" ein Beitrag zur „Zulassung von Anästhesisten zur Kassenpraxis" von W. Weißauer zu finden, in dem die bis dahin häufig bestehenden Zweifel der Zulassungsausschüsse, ob ein Anästhesist überhaupt als Kassenarzt zuzulassen sei, ausgeräumt werden.

Im Folgejahr werden vom gleichen Autor ausführlich die damaligen Möglichkeiten „gemeinschaftlicher Berufsausübung freipraktizierender Anästhesisten" erläutert und etwas später ausführlich „Die Beschäftigung von Vertretern und Assistenten in der Kassenpraxis" dargestellt. In der ersten Ausgabe der „Informationen" des Jahres 1967 ist in dem Beitrag „Der Anästhesist im Belegkrankenhaus" (Weißauer/Henschel) bereits die Rede von einer zunehmenden Zahl freipraktizierender Anästhesisten, die ihre Tätigkeit in Belegkrankenhäusern ausüben.

Probleme der Abgrenzung des noch jungen Faches Anästhesie als Bestandteil des kassenärztlichen Versorgungsbereichs gegenüber anderen Fächern wurden 1967 thematisiert („Fachgebietsgrenzen und Kassenarztrecht"/Weißauer).

In den darauf folgenden Jahren sind in ähnlich dichter Aufreihung immer wieder Veröffentlichungen des Berufsverbandes zu den jeweiligen speziellen Problemen der niedergelassenen Anästhesistinnen und Anästhesisten zu finden, deren vollständige Aufzählung an dieser Stelle jedoch den Rahmen sprengen würde. Die Fachgruppe Anästhesie war die erste, die die Schmerztherapie bei chronisch Schmerzkranken als Schwerpunkt einer freiberuflichen Tätigkeit entwickelte. In jüngerer Zeit wird ebenso die Palliativmedizin zunehmend von niedergelassenen Anästhesistinnen und Anästhesisten im vertragsärztlichen Bereich ausgeübt. Die wesentlichen für die Niederlassung relevanten Aussagen des BDA wurden 1989 als Hilfestellung, auch für diejenigen, die sich neu niederlassen wollten, in der sogenannten „Niederlassungsbroschüre" zusammengefasst.

Dieses erwies sich auch deswegen als notwendig, da die mit Ende der 1980er Jahre sprunghaft steigenden Möglichkeiten der ambulanten Durchführung von Operationen, auch bedingt durch entsprechende Fortschritte in der Anästhesie, der Bedarf an niedergelassenen Anästhesisten deutlich zunahm und zu einer steigenden Zahl von Neuniederlassungen führte. Hinzu kamen nach der Wiedervereinigung viele Kolleginnen und Kollegen in den neuen Bundesländern, die den Start in die Freiberuflichkeit wagten.

Angesichts des dadurch wachsenden Handlungsbedarfs und der zunehmenden Komplexität des Kassenarztsystems sah das Präsidium 1991 die Notwendigkeit, hierfür eine eigene Arbeitsgruppe zu bilden: Es entstand die Kommission niedergelassener Anästhesisten KONA, die bis zum heutigen Tage besteht. Gleichzeitig wurde empfohlen, in die Vorstände der Landesverbände jeweils einen vertragsärztlich tätigen Kollegen zu wählen.

In der KONA spiegelt sich das föderale System der Kassenärztlichen Vereinigun-

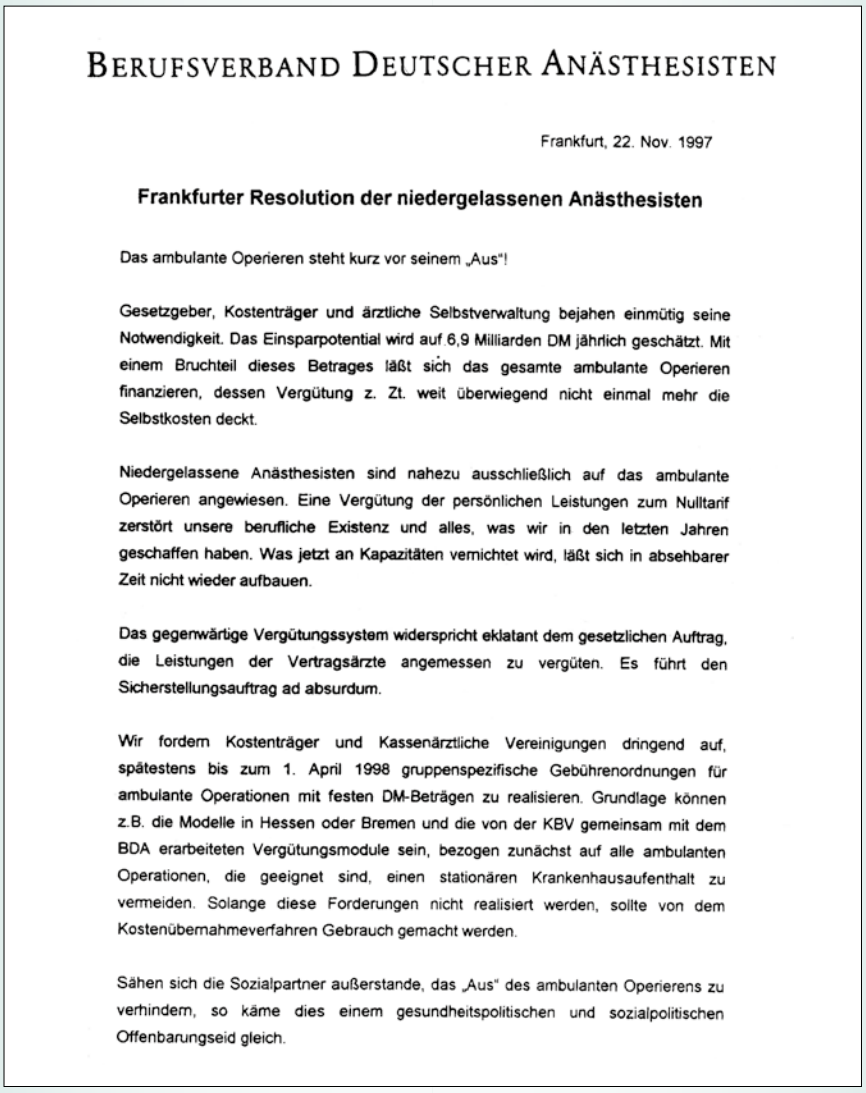
gen wider: Aus jeder KV-Region, von denen es 17 gibt (eine KV je Bundesland, zwei in NRW), wird in die KONA ein Landesbeauftragter für das Themenfeld der vertragsärztlich tätigen Anästhesistinnen und Anästhesisten entsandt. In der Regel ist dies entweder der jeweilige Landesvorsitzende oder einer seiner Stellvertreter. Vorsitzender der KONA ist jeweils der Vertreter die niedergelassenen Anästhesisten im Präsidium des BDA.

Wie bei jedem Freiberufler, spielen auch bei der Berufsausübung niedergelassener Anästhesisten die wirtschaftlichen Belange eine zentrale Rolle. Diese sind auch abhängig von der jeweiligen wirtschaftlichen Gesamtentwicklung. Die finanziellen Grundlagen des Gesundheitssystems waren über viele Jahre gebunden an die Lohnkostenentwicklung in der BRD, unabhängig von demographischen Faktoren und der Morbiditätsentwicklung. Zwangsläufig führte dies zu immer wieder neu gestalteten Kostendämpfungsgesetzen, die sich natürlich auch immer wieder, mal mehr, mal weniger auf die Honorarsituation der niedergelassenen Anästhesistinnen und Anästhesisten auswirkte (Tab. 2).

Tabelle 2
Entwicklung der Kostendämpfungsgesetze.

1977	Kostendämpfungsgesetz
1982	Kostendämpfungs-Ergänzungsgesetz
1983	Haushaltsbegleitgesetz
1989	Gesundheitsreformgesetz „GRG“
1993	Gesundheitsstrukturgesetz
1996	Beitragsentlastungsgesetz
1997	GKV-Neuordnungsgesetze
1999	GKV-Solidaritätsstärkungsgesetz
2000	GKV-Gesundheitsreform
2001	Gesetz zur Ablösung des Arznei- und Heilmittelbudgets
2002	Gesetz zur Begrenzung der Arzneimittelausgaben der GKV
2002	Beitragssatzsicherungsgesetz „BSSichG“
2004	Gesetz zur Modernisierung der GKV
2006	Wettbewerbsstärkungsgesetz
2010	GKV-Änderungsgesetz
2011	GKV-Finanzierungsgesetz (GKV-FG = GKV FinG)

Abbildung 1
Frankfurter Erklärung 1997.



BERUFSVERBAND DEUTSCHER ANÄSTHESISTEN

Frankfurt, 22. Nov. 1997

Frankfurter Resolution der niedergelassenen Anästhesisten

Das ambulante Operieren steht kurz vor seinem „Aus“!

Gesetzgeber, Kostenträger und ärztliche Selbstverwaltung bejahen einmütig seine Notwendigkeit. Das Einsparpotential wird auf 6,9 Milliarden DM jährlich geschätzt. Mit einem Bruchteil dieses Betrages läßt sich das gesamte ambulante Operieren finanzieren, dessen Vergütung z. Zt. weit überwiegend nicht einmal mehr die Selbstkosten deckt.

Niedergelassene Anästhesisten sind nahezu ausschließlich auf das ambulante Operieren angewiesen. Eine Vergütung der persönlichen Leistungen zum Nulltarif zerstört unsere berufliche Existenz und alles, was wir in den letzten Jahren geschaffen haben. Was jetzt an Kapazitäten vernichtet wird, läßt sich in absehbarer Zeit nicht wieder aufbauen.

Das gegenwärtige Vergütungssystem widerspricht eklatant dem gesetzlichen Auftrag, die Leistungen der Vertragsärzte angemessen zu vergüten. Es führt den Sicherstellungsauftrag ad absurdum.

Wir fordern Kostenträger und Kassenärztliche Vereinigungen dringend auf, spätestens bis zum 1. April 1998 gruppenspezifische Gebührenordnungen für ambulante Operationen mit festen DM-Beträgen zu realisieren. Grundlage können z.B. die Modelle in Hessen oder Bremen und die von der KBV gemeinsam mit dem BDA erarbeiteten Vergütungsmodule sein, bezogen zunächst auf alle ambulanten Operationen, die geeignet sind, einen stationären Krankenhausaufenthalt zu vermeiden. Solange diese Forderungen nicht realisiert werden, sollte von dem Kostenübernahmeverfahren Gebrauch gemacht werden.

Sähen sich die Sozialpartner außerstande, das „Aus“ des ambulanten Operierens zu verhindern, so käme dies einem gesundheitspolitischen und sozialpolitischen Offenbarungseid gleich.

Wie die anderen Arztgruppen auch, beteiligte sich die Fachgruppe Anästhesie an den immer wieder stattfindenden Protestaktionen gegen sie betreffende gesundheitspolitische Entscheidungen. So fand im Jahr 1997 am 22. November anlässlich der zu erwartenden Honorarunsicherheit für ambulantes Operieren und Anästhesieren in Frankfurt/M. die erste Bundesversammlung der vertragsärztlich tätigen Mitglieder des BDA statt. Die Verabschiedung der „Frankfurter Resolution der niedergelassenen Anästhesisten leitete die Aktion „Kostenübernahmeerklärung“ ein, bei der flächendeckend gemeinsam mit den operativen Fächern die Krankenkassen dadurch unter Druck gesetzt werden sollten, dass Patienten vor einem Eingriff bei der Krankenkasse um eine Bestätigung einer späteren Kostenerstattung nachsuchen sollten, da wegen der Budgetierungsmaßnahmen diese Eingriffe nicht mehr im Sachleistungsprinzip angeboten wurden (Abb. 1).

Im Jahr 2006 folgten wiederum zahlreiche Mitglieder dem Aufruf des Berufs-

Abbildung 2
Frankfurter Erklärung 2006.

Frankfurter Erklärung 2006*

Die sogenannte Gesundheitsreform führt zu einer staatlich gelenkten Medizin, verbunden mit der Gefahr einer weiteren Verknappung der humanen und apparativen Ressourcen im ambulanten und stationären Bereich. Wegfall der freien Arztwahl und lange Wartezeiten für Patientinnen und Patienten sind die Folge.
Die anhaltende Budgetierung der ärztlichen Honorare auf nicht kostendeckendem (prekärem) Niveau wird die fachärztliche Versorgung durch niedergelassene Anästhesisten und damit das ambulante Operieren in freier Praxis, aber auch die stationäre Versorgung massiv gefährden.
Trotz der nachgewiesenen enormen Einsparmöglichkeiten durch das ambulante Operieren werden Tageskliniken zerschlagen und in die Insolvenz getrieben. Eine leistungsfähige, humane und wirtschaftlich sinnvolle ambulante Patientenversorgung bleibt auf der Strecke. Der betreuungsaufwändigen, fachübergreifenden Versorgung von Schmerzpatienten droht – trotz aller Beteuerungen der Politik - das Aus. Immer mehr gut und kostspielig ausgebildete Ärzte verlassen Deutschland. Unsere Patienten zahlen dafür die Zeche.
Ein dem demographischen Wandel und medizinischen Fortschritt angepasstes Gesundheitssystem erfordert die entsprechenden finanziellen Mittel und deren verantwortungsvollen Einsatz. Die Politik darf sich dieser Erkenntnis nicht verschließen und muss endlich im Interesse der Patienten und Leistungserbringer handeln.

Wir fordern:
- den Erhalt einer patientengerechten, wohnortnahen und wirtschaftlichen Versorgung unserer Patienten
- eine unserer Leistung, der Qualität und der technischen Ausstattung unserer Praxen und OP-Zentren entsprechende sachgerechte und transparente, vorauskalkulierbare Vergütung in Euro
- ein Ende der Budgetierung im ambulanten und stationären Bereich
- Erfüllung der gesetzlichen Vorgaben des Sicherstellungsauftrages durch angemessene Vergütung (§ 72 SGB V)
- die Umsetzung des Grundsatzes „soviel ambulant wie möglich, soviel stationär wie nötig"
- den Erhalt zeitgemäßer schmerzausschaltender Behandlungsmethoden bei unseren kleinen sowie erwachsenen Patienten
- effiziente, entbürokratisierte Strukturen der Verwaltung und Selbstverwaltung im Gesundheitswesen
- den Erhalt der privaten Krankenversicherung.

Den Aktionen unserer Partner gegen die „Gesundheitsreform" schließen wir uns solidarisch an. Die Frage des Systemausstiegs mit entsprechenden Alternativen muss von den Betroffenen bundesweit diskutiert und entschieden werden.
Es geht der Ärzteschaft nicht um Pfründe und Privilegien, sondern um den Erhalt und Ausbau von Rahmenbedingungen, die eine humane, zeitgemäße und leistungsfähige Patientenversorgung erlauben!

* Verabschiedet von der vom Berufsverband Deutscher Anästhesisten e.V. (BDA) einberufenen Bundesversammlung der niedergelassenen Anästhesisten am 11. November 2006 in Frankfurt/Main. ■

verbandes zu einer Bundesversammlung am 11. November 2006 an gleicher Stelle (Abb. 2).

Mit dem Wachstum des ambulanten Operierens in der BRD und der sozialrechtlich beabsichtigten Förderung dieses Bereiches (z. B. auch Einführung des § 115b ins SGB V im Jahr 1993) ergaben sich auch in der Anästhesie immer weitere berufspolitische Aufgabenfelder. Um speziell für die Fragestellungen der ambulanten Anästhesie eine Ansprechmöglichkeit für die Mitglieder des BDA zu schaffen und auch nach Außen hin diese Belange zu vertreten, wurde zusätzlich zur Geschäftsstelle in Nürnberg im Jahr 1998 das „Referat für den vertragsärztlichen Bereich" ins Leben gerufen. Dieses Referat ist seit 2008 hauptamtlich besetzt und befindet sich derzeit in Aachen.

Unter Federführung dieses Referates beauftragte der BDA 2002 das renommierte schweizer Vivantes-Institut (heute Medi-Trust) mit einer sehr aufwändigen, gründlichen betriebswirtschaftlichen Untersuchung der Kostenstrukturen in der vertragsärztlichen Anästhesie.

Die hierdurch erhobenen validen Daten bildeten eine solide Grundlage in den Verhandlungen mit der KBV über die Novellierung des EBM und wurden jüngst durch eine weitere Erhebung aktualisiert.

Zusätzlich zur satzungsmäßig vorgesehenen stimmberechtigten Vertretung der Vertragsärzte im Präsidium des BDA durch das von der Mitgliederversammlung hierzu gewählte Mitglied hat das Präsidium im Jahr 2004 beschlossen, ein weiteres vertragsärztlich tätiges Mitglied zu kooptieren, welches an den Sitzungen regelmäßig teilnimmt. Zunächst nahm Herr Dr. Axel Scholl aus Hofheim diese Aufgabe wahr, sein Nachfolger ist Herr Dr. Frank Vescia aus Regensburg. Auf dem DAC 2011 wurde in der Mitgliederversammlung des BDA für die Amtsperiode 2012/2013 erstmals ein Niedergelassener zum Vizepräsidenten des BDA gewählt.

Um eine engere Einbindung der vertragsärztlich tätigen Mitglieder in Diskussionen und Vorbereitung der Entscheidungen des BDA-Präsidiums zu erreichen, beschloss das Präsidium die Gründung des „Forums vertragsärztliche Anästhesie". Die erste Sitzung dieses neu geschaffenen Forums fand auf dem DAC am 26. April 2008 statt. Seitdem sind von diesem Forum zahlreiche Aktivitäten ausgegangen. Auf der Homepage des Forums wurde eine Diskussionsplattform eingerichtet, die allen BDA-Mitgliedern (nach Anmeldung) zu internen Diskussionen zur Verfügung steht. Das Forum steht, wie die gesamten berufspolitischen Strukturen des BDA, auch dem relativ jungen Bereich der honorarärztlich tätigen Anästhesisten zur Verfügung.

Die vertragsärztlich tätigen Anästhesistinnen und Anästhesisten spielen somit seit 50 Jahren bei den vielfältigen Aufgaben, derer sich der BDA annimmt, eine wesentliche Rolle, die ihrer Repräsentanz in der Mitgliedschaft voll und ganz gerecht wird.

Korrespondenzadresse

Elmar Mertens

Trierer Straße 766
52078 Aachen, Deutschland

Tel.: 0241 4018533
Fax: 0241 4018534

E-Mail: bda-mertens@t-online.de

Gebührenfragen

„Wer nur um Gewinn kämpft, erntet nichts, was der Mühe wert ist.“ (A. de Saint Exupéry)

E. Götz

Für den Berufsverband war und ist die Beschäftigung mit der Vergütungsform und -höhe für anästhesiologische Leistungen über Gebührenordnungen eine bedeutsame Aufgabe. Diese staatlich festgeschriebene Vergütung ist einerseits für die Existenzsicherung, insbesondere der freiberuflich tätigen Kollegen, von grundsätzlicher Bedeutung, andererseits ist eine ausreichende Vergütung Voraussetzung einer angemessenen Qualitätssicherung.

Es zeigte sich, dass eine praxis- und rechtskonforme Anwendung für die Leistungserbringer so kompliziert war, dass es einer fachspezifischen Beratung der Mitglieder bedurfte, um den vorgegebenen Abrechnungsrahmen sinnvoll zu nutzen.

Auch wurde es immer notwendiger, ärztliche Abrechnungen so transparent zu gestalten, dass der Patient und die Krankenkassen bzw. Versicherungen diese nachvollziehen konnten. Die Solidität von Abrechnungen beeinflusst zunehmend das Ansehen einer Berufsgruppe.

Bereits unmittelbar nach Gründung des BDA bestand eine dringliche Aufgabe darin, die Einengung des Fachgebietes durch limitierte Anwendung der Gebührenziffern zu verhindern. Dies konnte letztlich durch zahlreiche Gespräche mit anderen Fachgebieten, der Ärztekammer, der kassenärztlichen Vereinigung, den Versicherungen und z.T. mit Ministerien direkt abgewendet werden.

Im Laufe der Jahre gewannen die Gespräche mit anderen Fachgebieten, der Ärztekammer, der kassenärztlichen Vereinigung, den Versicherungen und z.T. mit Ministerien direkt an Bedeutung, da die verschiedenen Gebührenordnungen immer wieder überarbeitet werden mussten, einerseits um sie zu vereinfachen, andererseits um sie den fachlichen Entwicklungen anzupassen. Da sich solche Gespräche oft über Jahre hinziehen, wurde es notwendig, sog. Analogziffern von der Ärztekammer anerkennen zu lassen, damit Leistungen, die von den Gebührenordnungen nicht erfasst waren, abrechnungsfähig wurden. Allein diese Verhandlungen dauern oft Monate.

Die Zahl der Kolleginnen und Kollegen, die sich dabei in den vergangenen 50 Jahren engagiert haben, ist groß. Einer der ersten war Herr Dr. Meissner, Stuttgart, der sich bereits 1960 für eine angemessene Vergütung einsetzte.

Die seinerzeit ausgewiesenen Beträge für anästhesiologische Leistungen waren an die Tätigkeit des Operateurs gebunden. Bei der Kalkulation war man davon ausgegangen, dass der Operierende die Anästhesie entweder selbst durchführt oder sie von Hilfspersonal unter seiner Verantwortung vornehmen ließ. Entsprechend gering war die Vergütung der sog. „anästhesiologischen Zusatzleistung“. Außerdem wurde auch dann, wenn ein Arzt für Anästhesiologie die Leistung erbracht hatte, vom Chirurgen abgerechnet und je nach Absprache unterschiedliche Anteile an diesen abgegeben.

1963 wurde ein erster Durchbruch erreicht. Anästhesieleistungen konnten vom Anästhesisten selbst nach Zeiteinheiten abgerechnet werden, was sich bis heute bewährt hat.

Zwei Jahre später wurde eine neue Gebührenordnung eingeführt. Der BDA hatte erreicht, dass bereits 56 Positionen auch für den Anästhesisten abrechenbar waren. So konnte eine zu starke Einengung des Fachgebietes verhindert werden.

Der Vorstand des BDA hatte sehr bald erkannt, dass die Materie immer komplizierter wurde und nur eine Gruppe, in der alle Varianten anästhesiologischer Tätigkeiten vertreten war, die Interessen unseres Fachgebietes bearbeiten und die entscheidenden Verhandlungen vorbereiten konnte. Im gleichen Jahr wurde eine Gebührenkommission gegründet, in der Herrn Dr. Ehmann, Ludwigsburg, die Schriftführung übergeben wurde. Bis heute hat sich die unterstützende Arbeit dieser Kommission für die Leitung des BDA sehr bewährt.

Über eine Abstimmung mit der „Arbeitsgemeinschaft fachlicher Berufsverbände“ wurden dann für die Privatliquidation bei der Bundesärztekammer akzeptable Gebühren in der 1965 neu eingeführten „Gebührenordnung für Ärzte“ (GOÄ) erreicht. In den nächsten Jahren musste die Unabhängigkeit der Abrechnung und eine Vergütung, die dem tatsächlichen Aufwand entsprach, auch bei den gesetzlichen Krankenkassen – seinerzeit die Abrechnung nach PREUGO – durchgesetzt werden. So ging die PREUGO 1967 immer noch davon aus, dass

 © Anästh Intensivmed 2011;52:626-628 Aktiv Druck & Verlag GmbH

Narkosen von Hilfskräften durchgeführt werden und dafür ein sog. Nebenhonorar ausreicht. Von Anfang an war im BDA klar, dass eine adäquate finanzielle Bewertung anästhesiologischer Leistungen über die wirtschaftliche Existenz insbesondere freiberuflicher Anästhesisten und über die weitere Entwicklung des Fachgebietes entscheidet. Parallel dazu machte die rasche Entwicklung der anästhesiologischen Methoden eine stärkere Differenzierung der Leistungsziffern notwendig.

Schon früh waren differente Standpunkte über Beginn und Ende der Anästhesiezeiten ein Problem, das über Jahre hin immer wieder zu unerfreulichen Diskussionen Anlass gab, obwohl bereits 1967 von Frau Dr. Lehmann und Herrn Walther Weißauer vorgeschlagen wurde, dass Anästhesiezeiten 10 Min. vor Op-Beginn bis 10 Min. nach Op-Ende angesetzt werden können. 1971 erst konnten Weißauer und Herr Dr. Othmar Zierl, München, in einer grundsätzlichen Abhandlung klarstellen, dass nicht die Schnitt-Naht-Zeit, sondern der Beginn operativer Vorbereitungen und das Ende abschließender operativer Versorgung des Patienten in Narkose als Berechnungsgrundlage der Narkosezeiten gelten muss.

In den folgenden Jahren wurden Gebührenfragen von Zierl und Weißauer intensiv bearbeitet. Ohne juristischen Sachverstand konnte man auch auf diesem Gebiet nicht mehr auskommen. So wurde z.B. erreicht, dass auch Narkosen ohne gleichzeitigen operativen Eingriff vergütet werden konnten. Den Autoren der offiziellen Gebührenkommentare (z.B. Brück, Schmatz-Goetz-Matzke) fehlten häufig die nötigen Fachkenntnisse, so dass sie anästhesiologische Leistungen falsch und unsachgemäß interpretierten. Sie konnten in verschiedenen Punkten zur Korrektur ihrer Auffassungen veranlasst werden. Die Gebührenkommentare von Zierl und Weißauer, in Anästhesiologie & Intensivmedizin regelmäßig veröffentlicht, erleichterten den Mitgliedern den Umgang mit den verschieden Gebührenordnungen, GOÄ, BMÄ und E-Adgo. Auch als 1974 eine neue Pflegesatzverordnung in Kraft trat, waren ihre Kommentare zur Anwendung des Liquidationsrechtes und zur Honorarfrage sehr hilfreich.

Anfang der 80er Jahre wurden sie von Herrn Dr. Heribert Weigand fachkundig unterstützt. Er hatte als langjähriges Mitglied des Vorstandes der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein und selbst liquidierender Anästhesist subtile Kenntnisse in Gebührenfragen. Darüber hinaus hatte er gute Verbindungen zur Kassenärztlichen Bundesvereinigung wie auch zur Gebührenkommission der Bundesärztekammer, die er sehr vorteilhaft für den BDA einsetzen konnte.

Eine große Hilfe für alle liquidierenden Kollegen war die Herausgabe des Fachkommentars zur GOÄ von Weigand, Weißauer und Zierl im Jahre 1983, der inzwischen mehrfach neu aufgelegt wurde und auch außerhalb unseres Fachgebietes große Anerkennung findet. Unter dem Titel „GOÄ, BMA, E-Adgo aktuell“ gab Weigand regelmäßig Neuerungen der Gebührenanwendung in A&I bekannt.

Wegen der ständig wachsenden Bedeutung der Angelegenheiten in Gebührenfragen für viele Mitglieder und der wertvollen Arbeit von Weigand wurde 1987 ein „Referat für Gebührenfragen“ institutionalisiert und von ihm in einem Büro in Köln besetzt. Damit war eine ständige Bearbeitung von Gebührenfragen, aber auch, was besonders geschätzt wurde, ein konstanter Berater für die Mitglieder des BDA geschaffen. Sog. Gebührenseminare, zunächst von Zierl angeboten, wurden von ihm auf allen regionalen und überregionalen Kongressen regelmäßig durchgeführt und gerne besucht.

Bei der dritten Änderung der GOÄ gelang es mit seiner Hilfe eine sinnvolle

Tabelle 1

Chronik der Aktivitäten für Gebührenfragen	
1960	Dr. F. M. Meissner kümmert sich im BDA-Präsidium um Gebührenfragen
1963	Abrechenbarkeit von Anästhesieleistungen nach Zeiteinheiten
1965	Einführung neuer GOÄ mit 56 abrechenbaren Positionen
1965	Gründung Gebührenkommission des BDA (Dr. Ehmann)
1977	Vorschlag, statt der Schnitt-Naht-Zeit die Anästhesiezeit zur Abrechnungsgrundlage zu machen (jeweils +10 Minuten).
1980	Einbeziehung von H. Weigand zur Behandlung von GOÄ-Fragen
1982	Fachkommentar GOÄ (Hrsg. H. Weigand, W. Weißauer, O. Zierl)
1987	Referat für Gebührenfragen (Leiter H. Weigand)
1990	G. Andree wird Leiter der Gebührenkommission
1996	Neuauflage der GOÄ
1996	Einführung des EBM
1998	Untergliederung der Gebührenkommission (GOÄ und EBM)
1998/99	Klärung der Vertreterregelung GOÄ
1999	E. Götz wird Leiter der Gebührenkommission
1999	Einstellung von A. Schleppers als Leiter des Referats für Gebührenfragen
1999	Anästhesiekommentar zur GOÄ (Hrsg. A. Schleppers, W. Weißauer)
2000	Einführung des Liquidationsprogramms narLIS
2006	J.-E. Schmitz wird Leiter der Gebührenkommission
Ab 2008	Novellierung der GOÄ

Aktualisierung zu erreichen. Es gab nun Zifferngruppen für Narkosetätigkeit, Regionalanästhesie und Schmerztherapie.

Bei der Intensität, mit der die Gebührenordnungen zunehmend bearbeitet werden mussten, war es auf Dauer sinnvoll, den EBM, der ab 1996 einheitliche Bewertungsmaßstab der gesetzlichen Krankenkassen, gemeinsam mit dem Vertreter der niedergelassenen Anästhesisten, zunächst Herrn Dr. Arno de Pay, Heilbronn, zu bearbeiten. Ihm war es möglich, die tatsächlichen Kosten realistisch nachzuweisen und so Kostendeckung zu fordern.

Ab dem Jahre 1998 ergaben sich schwierige Probleme mit der Liquidation von Leistungen für Patienten mit Chefarztleistung nach GOÄ, soweit sie delegiert worden waren. Prof. Weißauer, Prof. Ulsenheimer und Dr. Biermann konnten durch ausführliche Abhandlungen, wie rechtssicher zu verfahren ist, wesentlich zur Klärung und Beruhigung beitragen.

1998 zog sich Weigand aus dem Gebührenreferat zurück. Dies war Anlass, die Zuständigkeit für GOÄ und EBM endgültig zu trennen. Herr Dr. med. Alexander Schleppers wurde Nachfolger von Weigand und ab 1999 für die GOÄ zuständig, Herr Elmar Mertens, Aachen, übernahm 1998 das neugeschaffene Referat für niedergelassene Anästhesisten und damit die Zuständigkeit für den EBM. In den nun folgenden Jahren hat er sehr erfolgreich für eine ausreichende Vergütung ambulanter Leistungen und eine in der Leistungslegende festgeschriebene Qualität verhandelt. Vielen niedergelassenen Kollegen war er eine große Hilfe in Fragen einer wirtschaftlichen Organisation ihrer Praxis.

Schleppers führte das Gebühren-Referat in guter Tradition weiter, überarbeitete noch gemeinsam mit Weigand den Fachkommentar zur GOÄ als Loseblattsammlung, zu der 2003 aufgrund der Euroeinführung die letzte Ergänzungslieferung erschien. 2000 entwickelte er das speziell für unser Fachgebiet ausgerichtete Liquidations-Programm „narLIS“, um das Erstellen einer korrekten und für den Patienten transparenten Abrechnung zu erleichtern, was dem schon lange gehegten Wunsch vieler liquidierender Kollegen entsprach.

Für die aktuell anstehende grundlegende Erneuerung der GOÄ hat er bereits 2008 damit begonnen, für unser Fachgebiet wesentliche Veränderungen einzubringen. Es ist abzuwarten, ob es den Politikern gelingt, sie zeitnah in dieser Legislaturperiode zu verabschieden.

Rückblickend war es eine kluge Entscheidung des BDA, sich frühzeitig und intensiv den Gebührenfragen zu widmen. Im Laufe der 50 Jahre ist es ihm durch die Mithilfe zahlreicher Persönlichkeiten, die hier nur z.T. erwähnt werden konnten, gelungen, die gebührentechnischen Fragen so weiter zu bearbeiten, dass sich das Fachgebiet in seiner vollen Breite entwickeln konnte, die Erhaltung der guten Qualität möglich war und die Existenz seiner Mitglieder gesichert bleiben konnte. In Anbetracht der schwierigen finanziellen Situation des Gesundheitswesens werden die kommenden Jahre auch weiterhin einen permanenten Einsatz zur Bearbeitung dieser Probleme erforderlich machen.

Dr. Othmar Zierl
1925 - 1997

Dr. med.
Heribert Weigand
1928 - 2005

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. med.
Eberhard Götz

Ludwig-Thoma-Straße 32
83607 Holzkirchen, Deutschland

Tel.: 08024 3039153

E-Mail: familie.goetz@t-online.de

MCN und das Kongresswesen der Verbände

Herrn Prof. Dr. med. h.c. Walther Weißauer gewidmet

K. Fischer · B. Gottesmann

Die Jahrestagungen der DGAI fanden seit 1952 regelmäßig statt und wurden über viele Jahre vom Berliner Kongressbüro unter der Verantwortung und Organisation von Prof. Dr. Jürgen Brückner und unter Assistenz von Frau Mahlitz veranstaltet.

Der Berufsverband allerdings hatte in den Jahren 1967 bis 1985 lediglich in zweijährigem Turnus eigene Jahrestagungen durchgeführt, die ab 1986 dann gemeinsam mit der DGAI als Deutscher Anästhesiekongress (DAK) firmierten.

Auf der Präsidiumssitzung der DGAI am 1. März 1985 stellte Dr. med. h.c. Walther Weißauer fest, dass die DGAI alle Kongresse in Eigenregie und in eigener Verantwortung durchgeführt habe, die Gesellschaft aber kein kommerzielles Unternehmen, sondern ein gemeinnütziger Verein sei. Nach Ansicht der Finanzämter sei die Durchführung der begleitenden Ausstellung eine auf Erwerb gerichtete Tätigkeit, obwohl sie integraler Bestandteil eines Kongresses sei.

Lösungsmöglichkeiten wären aus Sicht Weißauers entweder ein Auftrag der DGAI an ein Fremdunternehmen oder die Ausstellung auf eigene Rechnung und eigenes Risiko zu übernehmen bzw. eine verbandseigene Gesellschaft als GmbH o. ä. zu gründen, die auch den Landesverbänden zur Verfügung stehen könnte.

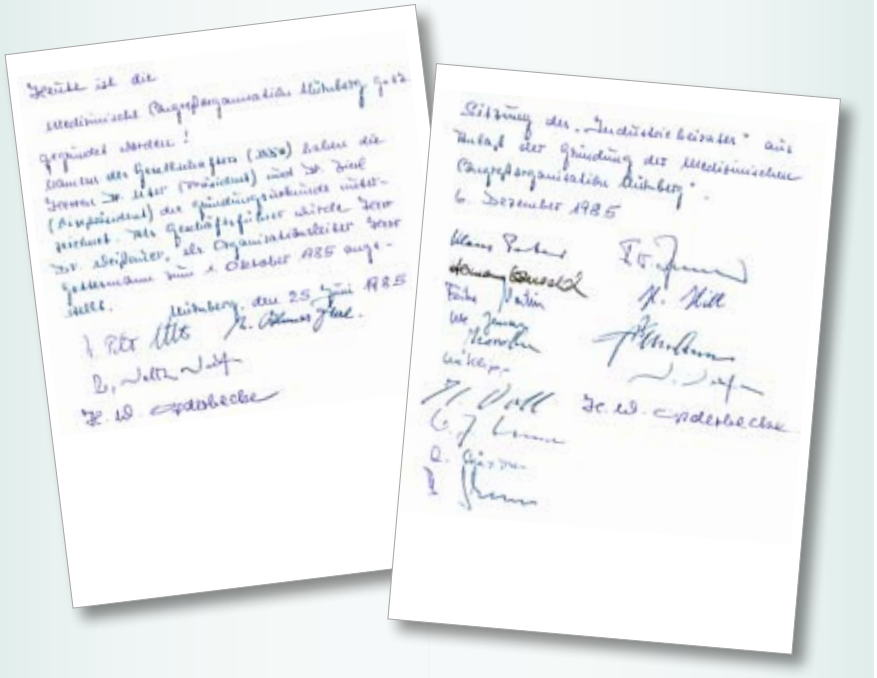
Auf der nachfolgenden Präsidiumssitzung der DGAI berichtete Weißauer, dass nach Einholung einer steuerrechtlichen Expertise durch einen kompetenten Nürnberger Steuerfachman als bestmögliche Lösung die Gründung einer GmbH als „Rechtspersönlichkeit" durch den Berufsverband angesehen wird.

Diese GmbH könnte die Durchführung von Kongressgeschäften leisten, der Berufsverband hätte lediglich Aufsichtsfunktionen wie die Bestellung des Geschäftsführers, Kontrolle des Geschäftsgebarens u. ä., jedoch keinen Einfluss auf die Sachgeschäfte. Auch die DGAI hätte keinen Zugriff. DGAI und BDA könnten aber – ebenso wie die Landesverbände oder auch andere Gesellschaften – die wirtschaftliche Durchführung von Kongressen transferieren.

Das Engere Präsidium der DGAI hat daraufhin am 14. Mai 1985 votiert, dem BDA die Gründung einer GmbH zu empfehlen. Weißauer wäre bereit, die Geschäftsführerposition zu übernehmen.

Das Präsidium des BDA hatte auf seiner Sitzung am 15. Mai 1985 einstimmig die Gründung einer Kongress-GmbH – mit dem BDA als alleinigem Gesellschafter – beschlossen.

Gründung der MCN (1985).



Prof. Dr. h.c. Walther Weißauer

Bernd Gottesmann

Nadja Schwarz

Prof. Dr. Ralf Scherer

So wurde am 25. Juni 1985 in Nürnberg die „Medizinische Congressorganisation Nürnberg“ (MCN) als GmbH gegründet. Als Geschäftsführer wurde Weißauer eingesetzt, als Organisationsleiter Herr Bernd Gottesmann, ein Fachmann, der von der Nürnberger Messe-GmbH kam. In der Nürnberger Innenstadt wurden Geschäftsräume in der Irrerstraße angemietet.

Erste Aktivitäten entwickelte die neue Kongressorganisation im Oktober 1985 für die Vorbereitungen der begleitenden Industrieausstellung des Deutschen Anästhesiekongresses (DAK) 1986 in Wiesbaden.

Parallel waren die ersten organisationstechnischen Planungen für den 1987 in München stattfindenden Zentraleuropäischen Anästhesiekongress (ZAK) notwendig.

Mit der Übernahme traditioneller Veranstaltungen wie der Erlanger Anästhesie Tage, des Bayerischen Anästhesistentags 1987 (BAT), aber auch chirurgische Veranstaltungen etc. füllte sich das Kongressprogramm stetig. Bereits 1988 umfasste der Veranstaltungskalender 12 Kongresse (Abb. 1).

Bedeutende Eigenakquisition der MCN war im Jahre 1990 eine Fortbildungsver-

Abbildung 1
Entwicklung des MCN-Programmes 1986-2011.

Entwicklung des MCN-Veranstaltungsprogrammes

1986 – 2011

Jahr	Veranstaltungen	Aussteller	qm	Teilnehmer
1986	2	170	2.600	
1987	7	350	4.240	3.279
1988	12	503	5.343	4.451
1989	14	669	6.516	6.493
1990	14	679	6.767	5.971
1991	15	779	8.054	7.794
1992	9	529	6.270	7.460
1993	20	915	9.226	12.900
1994	17	800	8.612	13.000
1995	18	913	9.492	16.200
1996	18	939	9.755	16.430
1997	20	909	11.463	18.100
1998	21	744	10.034	16.170
1999	18	855	10.760	19.800
2000	16	768	9.126	19.641
2001	21	1.062	13.810	21.211
2002	20	925	10.693	19.698
2003	22	1.083	15.127	22.852
2004	22	872	10.737	21.763
2005	23	833	10.816	23.398
2006	24	1.071	15.614	25.941
2007	36	1.281	17.018	32.216
2008	38	1.361	17.519	31.364
2009	31	1.183	16.407	32.401
2010	29	1.257	16.600	33.150
2011	28	1.200	16.000	33.000
Gesamt	515	22.650	6.278.599	464.683

anstaltung der operierenden Augenärzte – eine Veranstaltung, die vorangegangen lediglich 200 Teilnehmer erreichte und sich bis heute zum größten Ophthalmochirurgischen Kongress Europas mit über 5.000 Teilnehmern entwickelt hat.

Weiterhin werden seit vielen Jahren die Stuttgarter Kinderanästhesietage, Symposium für Kinderanästhesie, Bayerischer Internistenkongress, Kongress der Nordwestdeutschen Chirurgen usw. von MCN durchgeführt.

1997 stand für MCN erstmalig die Durchführung des traditionsreichen Kongresses der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie an.

Nachdem der Bayerische Anästhesistentag bereits seit 1971 erfolgreich durchgeführt wurde, unterbreiteten PD Dr. Joachim Radke (Göttingen) und PD Dr. Klaus Fischer (Bremen) im Anschluss an einen Besuch des BAT 1987 zum Thema „Die Bluttransfusion" den vier norddeutschen Landesverbänden von DGAI und BDA den Vorschlag, die qua Satzung vorgeschriebenen, aber in aller Regel schlecht besuchten Mitgliederversammlungen der Landesverbände allesamt im Rahmen eines gemeinsamen überregionalen, jährlichen Kongresses abzuhalten.

Damit waren die „Norddeutschen Anästhesietage" (NAT) als gemeinsame Veranstaltung der Landesverbände Bremen, Hamburg, Niedersachsen und Schleswig-Holstein in Zusammenarbeit mit den Universitäten ins Leben gerufen, die am 15./16. April 1988 erstmals in Travemünde stattfanden (Abb. 2). 1991 wurden die Landesverbände Mecklenburg-Vorpommern und die beiden Landes-Universitäten in den Kreis der gemeinsamen Veranstalter aufgenommen.

Dieses Modell eines regionalen Zusammenschlusses mehrerer Landesverbände wurde später erfolgreich von anderen Regionen übernommen, zumal diese Veranstaltungen seit 2000 durch Vergabe von CME-Punkten durch die Landesärztekammern zertifiziert wurden.

Für die zukünftige Organisation und wirtschaftliche Durchführung der Landesta-

Abbildung 2
Gründungsprotokoll Norddeutscher Anästhesie-Tag.

Protokoll eines Zusammentreffens anläßlich des Ersten Norddeutschen Anaesthesietages am Freitag, dem 15. April 1988, in Travemünde

Teilnehmer: Weißauer, Gottesmann, Herden, Kirchner, Burchardi, Kettler, Schulte am Esch, Wawersik, Fischer, Maltzahn, Winter, Wittenburg, van Ackern, Radke

Auf dem o. g. Treffen wurden von den aufgeführten Herren folgende Punkte diskutiert:

1) Es wurde angeregt, auf dem nächsten Norddeutschen Anaesthesietag beginnend, die jeweiligen Landesversammlungssitzungen und möglicherweise auch die Wahlen der Landesvorsitzenden zeitgleich in den Norddeutschen Anaesthesietag zu integrieren. Vor den Landesverbandssitzungen sollte im Plenum eine aktuelle Stunde stattfinden, auf der die Experten von DGAI und BDA zu aktuellen berufspolitischen Punkten Stellung nehmen können. Dieser Veranstaltung, Plenum und vier Landesversammlungen sollten als Block in den Norddeutschen Anaesthesietag eingearbeitet werden.

2) Es wurde einmütig festgelegt, den Norddeutschen Anaesthesietag jährlich zu veranstalten, und zwar zunächst einmal im Bereich eines jeden Landesverbandes. Das würde bedeuten, daß er in folgender Reihenfolge stattfindet:

1988: Schleswig-Holstein
1989: Hamburg
1990: Niedersachsen
1991: Bremen.

Nach dieser Zeit soll überlegt werden, ob für den Norddeutschen Anaesthesietag ein weiterhin wechselnder oder permanenter Standort gewählt wird.

3) Es wurde angeregt, die Dauer der Tagung von Freitag Mittag bis Samstag Nachmittag zu verändern.

4) Die persönliche Anfrage von Herrn Eyrich über eine Beteiligung des Landesverbandes Berlin an dem Norddeutschen Anaesthesietag soll in Gesprächen weiter geklärt werden. Prinzipiell wird eine Teilnahme Berliner Kollegen jedoch begrüßt.

5) Termine:
Folgende Termine und Orte sind bisher vorgesehen:
2. NAT (1989) Herbst, Hamburg, nach ZAK
3. NAT (1990) Herbst, Niedersachsen, nach Warschau
4. NAT (1991) Termin unbestimmt, Bremen
Es wurde angeregt, den Termin des NAT zu koordinieren, jeweils mit dem Termin der Tagung der Nordwestdeutschen Chirurgengesellschaft. Eine Entscheidung darüber wurde jedoch nicht getroffen.

6) Als Thema für den im Herbst 1989 stattfindenden Norddeutschen Anaesthesietag wird ein Themenkreis aus der Intensivmedizin ins Auge gefaßt. Es fallen solche Stichworte wie Beatmung, Sepsis,

-2-

Monitoring. Dieser NAT in Hamburg soll federführend von den Herren Herden und Schulte am Esch ausgerichtet werden. Eine rechtzeitige Information aller Beteiligter mit der Möglichkeit, aktiv mitzuwirken, wird empfohlen.

gez. Radke

Göttingen, 18.04.1988

gungen haben die Präsidien der Verbände 1992 mit MCN einen Rahmenvertrag abgeschlossen. Seither wurden und werden alle Regionaltagungen von MCN gegen eine Rechtspacht wirtschaftlich betreut und organisiert (Abb. 3).

Mit den Regionaltagungen wurde einem Wunsch der Präsidien entsprochen, auch den Mitgliedern, die nicht regelmäßig den mehrtägigen Deutschen Anästhesie-Kongress (DAK) besuchen konnten, eine jährliche, wohnortnahe offizielle Veranstaltung der Verbände anbieten zu können.

Auch nach Ansicht von Fischer kommt das Konzept der Regionaltagungen – mit dem hohen Anteil an qualifizierter Fort- und Weiterbildung – der Personaldisposition der Mitglieder entgegen, da die Teilnahme am DAK wegen seiner längeren Laufzeit (anteilig auch werktags) und der hohen Reise- und Unterbringungskosten immer nur für wenige Mitarbeiter einer Klinik in Frage kam.

Die Weitsicht der Verbände reflektieren die Teilnehmerzahlen: summa summarum erreichten die Regionaltagungen die gleiche Teilnehmerzahl wie der jeweilige Deutsche Anästhesiekongress!

Interessanterweise ergeben die Kongressauswertungen, dass sich die Mitglieder der Verbände Jahr für Jahr entweder für die Teilnahme am DAK oder an „ihrer" Regionaltagung entscheiden. Lediglich ca. 10-15 % der Mitglieder besuchen beide Veranstaltungen!

Im Teilnehmer-Ranking aller Regionaltagungen nehmen seit langem die „Norddeutschen Anästhesietage" (NAT) mit in den letzen Jahren regelmäßig erzielten Teilnehmerzahlen von 1.000-1.500 eine Spitzenposition ein, auch bei der Relation Teilnehmer/Mitglieder aus der Region, wobei nicht unerwähnt bleiben soll, dass gerade der NAT jährlich einen nicht unbedeutenden „Zulauf" aus anderen Regionen verzeichnen kann.

Unverkennbar besteht ein Zusammenhang zwischen steigender Vielfalt der angebotenen Hauptsitzungen, der Zunahme umfänglicher Sitzungen berufspolitischer Inhalte (auch speziell für die Vertragsärzte) und einer durch die Teilnehmer häufig nachgefragten Vielfalt von interaktiven Workshops (Abb. 4) und eines begleitenden Pflegekongresses.

Nachdem der NAT 2001 erstmals >1000 Teilnehmer erzielte, gelang dies 2009 auch auf dem 39. Bayerische Anästhesistentag (BAT).

Mit der Entwicklung der MCN veränderte sich im Laufe der zurückliegenden zwei Jahrzehnte auch der Anspruch an das Unternehmen, so dass Weißauer auf der Präsidiumssitzung des BDA am 22. März 1997 die Meinung vertrat, dass MCN als Klein-AG flexibler und wirtschaftlicher agieren könne und dieses Modell zudem für andere Fachgesellschaften attraktiver erscheine. Die Umwandlung in eine Klein-AG entspreche auch einer unternehmerischen Notwendigkeit, den Kreis derjenige Kongressveranstalter, die ihre Kongresse über MCN abwickeln, zu vergrößern. Mit einer Klein-AG, über deren Aktionäre durch die Herausgabe von vinkulierten Namensaktien in jedem Einzelfall entschieden werden könne, bestünde beispielsweise für die Chirurgen die Möglichkeit, sich an MCN zu beteiligen und in Zukunft auch die chirurgischen Kongresse über MCN abzuwickeln.

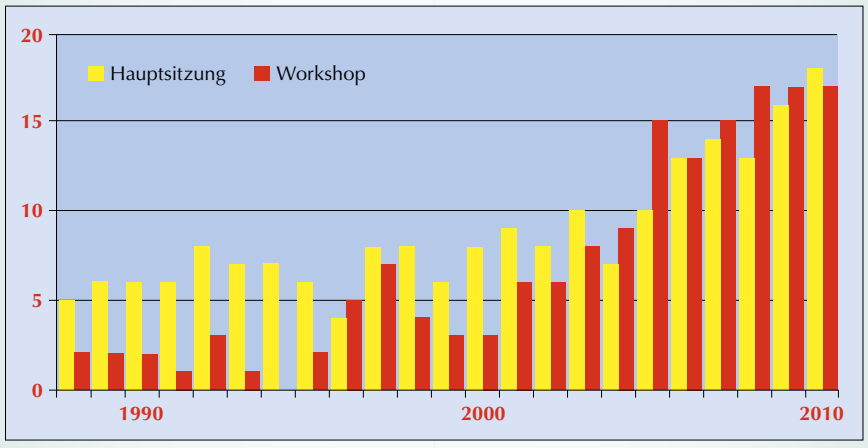
Grundsätzlich sei jedoch beabsichtigt, die Aktien auf wissenschaftliche Fachgesellschaften und Berufsverbände zu beschränken.

Abbildung 3
Regionaltagungen durch MCN.

Regionalveranstaltungen (DGAI / BDA)

Veranstaltung	Organisation durch MCN ab	Bemerkungen
17. Bayerischer Anästhesistentag (BAT)	1987	vorher durch Dr. Zierl organisiert
1. Norddeutscher Anästhesie-Tag (NAT)	1988	ab 1991: Norddeutsche Anästhesietage ab 1995 mit Mecklenburg-Vorpommern
1. Anästhesie-Tage Nordrhein-Westfalen-Lippe (später MAT, dann WAT)	1988	ab 1992: MAT; ab 2004: WAT (ohne Neue Bundesländer)
6. Südwestdeutsche Anästhesietage (SAT)	1989	vorher durch die (rechtlich nicht selbständigen) Landesverbände organisiert
Anästhesietage Berlin, Brandenburg, Sachsen-Anhalt (ABSA; ABBSA; ABBSAT)	1992	ab 1995 mit Sachsen, ab 2003 mit Thüringen

Abbildung 4
NAT-Sitzungen 1988-2010.



So wurde die MCN 1999 von der GmbH in eine Klein-AG umgewandelt, die allen Fachgesellschaften und Verbänden/Veranstaltern offensteht.

Nachdem Herr Gottesmann entschieden hatte, aus persönlichen Gründen zum 30. Juni 1999 aus den Diensten von MCN ausscheiden zu wollen, fungierten Herr Prof. Dr. med. h.c. Walther Weißauer und Frau Nadja Schwarz, die bereits seit 1989 als Objektleiterin in der MCN-GmbH tätig war, als vertretungsberechtigter Vorstand.

Der Aufsichtsrat setzt sich zusammen aus dem Steuerberater und Wirtschaftsprüfer Herrn Peter-Gerd Fischer (Vorsitzender), Herrn Norbert Weigel, stellv. Direktor der Deutschen Apotheker- und Ärztebank (stellv. Vorsitzender) in Nürnberg sowie Herrn Wolfgang Schröder, Co.-Geschäftsführer von Aktiv-Druck & Verlag GmbH Ebelsbach.

Auf der Aufsichtsratssitzung von MCN im Jahr 2002 wurde Herr Professor Weißauer offiziell als 1. Geschäftsführer von MCN verabschiedet. Seine Nachfolge trat am 1. Januar 2003 Herr Bernd Gottesmann an.

Auf der einen Seite der Fachmann im Druckbereich, auf der anderen Seite MCN. Bereits nach kurzer Zeit wurde eine privat geführte Druckerei, mit einem für den Beginn ausreichend strukturiertem Maschinenpark und einem überschaubaren Mitarbeiterstamm gefunden. Mit Zustimmung des BDA konnte die von den Gesellschaftern Herrn Schröder und der MCN AG geführte Aktiv Druck & Verlag GmbH am 01.01.1994 die Geschäfte aufnehmen. Durch den vorhandenen Kundenstamm und mit den MCN Kongressdruckerzeugnissen gelang es relativ schnell ein solides Unternehmen aufzubauen. In den Folgejahren gelang es mit der Erweiterung, vor allem für die Patientenaufklärung der DIOmed, ein modernes, schlagkräftiges und vor allem flexibles Druckhaus mit eigenem Lettershop aufzubauen.

Seit vielen Jahren steht die Aktiv Druck & Verlag aber auch den Verbänden BDA und DGAI als Partner für die Zeitschrift A&I sowie der DAAF für die Herausgabe der Refresher Course Bände zur Verfügung. Herstellung, Vertrieb und Administration wird aus einer Hand von Aktiv erbracht. Heute ist Aktiv Lieferant weitestgehend aller Druckerzeugnisse für BDA und DGAI.

Aus Sicht der Verbände DGAI und BDA gelten die Deutschen Anästhesiekongresse als zentrale Veranstaltung. Seit 1952 fand die Jahrestagung der DGA (seit 1966 „DGAW“ und seit 1978 „DGAI“) gemeinsam mit der Gesellschaft für Anästhesiologie, Reanimation und Intensivmedizin (ÖGARI) und der Schweizerische Gesellschaft für Anästhesiologie und Reanimation (SGAR) als „Zentraleuropäischer Anästhesiekongress“ (ZAK) statt. Ab 1966 wurde in den Jahren zwischen den ZAKs auch ein eigenständiger „Deutscher Anästhesiekongresse“ (DAK) durchgeführt (Abb. 5).

1983 entschlossen sich die Verbände, die Jahrestagungen als gemeinsamen Kongress von DGAI und BDA durchzuführen, so dass der Berufsverband auf eigene Veranstaltungen verzichten konnte. Ferner wurde der Refresher Course der „Deutschen Akademie für Ästhesiologische Fortbildung“ (DAAF) in das Programm integriert (Abb. 6).

Nicht unerwähnt bleiben dürfen im Übrigen die sehr erfolgreich von der DGAI ausgerichteten internationalen Kongresse: der „World Congress of Anaesthesiology“ (WCA) 1980 in Hamburg unter der Präsidentschaft von Herrn Prof. Dr. Erich Rügheimer und der „10th European Congress of Anaesthesiology“ (ECA) 1998 in Frankfurt unter der Leitung von Herrn Prof. Dr. Dr. h.c. Gunter Hempelmann.

Zwischenzeitlich hatte die DGAI versucht, ihr Ansehen auch im europäischen Ausland durch eine Internationalisierung der Jahrestagung („DAK-International“) weiter zu steigern. So wurden z.B. auf dem DAK 1995 Vertreter aus 14 osteuropäischen Fachgesellschaften als Partner eingeladen und auf dem DAK 1999 fünf skandinavische Anästhesiegesellschaften.

Die Ära der Zentraleuropäischen Anästhesiekongresse dagegen endete 1995 mit dem 24. ZAK in Wien, weil die ÖGARI und die SGAR nicht einverstanden waren, dass die DGAI im Jahr eines ZAKs auch einen DAK veranstalten wollte.

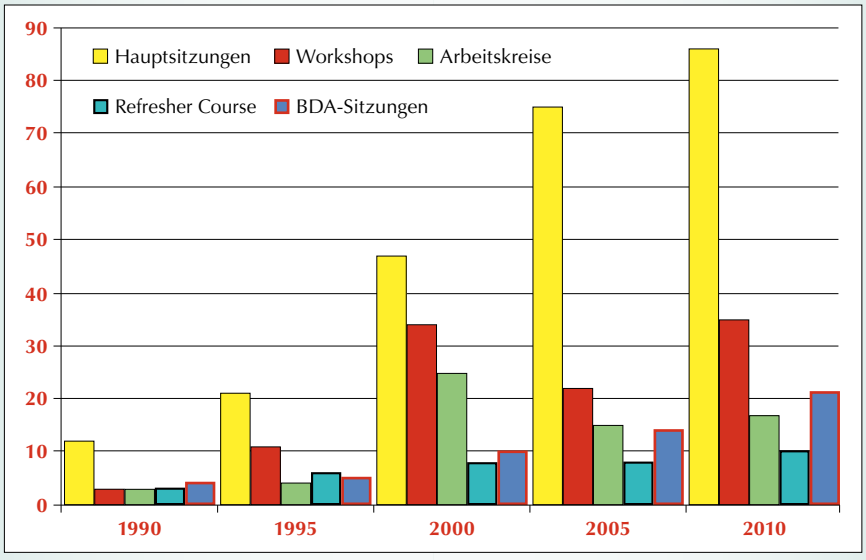
Das Programm der Deutschen Anästhesiekongresse (ab 2003 umfirmiert in „DAC“) erfuhr über die Jahre eine stetige Erweiterung der wissenschaftlichen und berufspolitischen Programmpunkte, zumal die Interessen der DAAF sowie der wissenschaftlichen Arbeitskreise, weiterer

Abbildung 5
DAC-Teilnehmer 1993-2011.

Teilnehmer-Vergleichszahlen 1993 – 2011

		Gesamt-Teilnehmer	davon Pflegedienst
ZAK 1993	Dresden	2.779	246
DAK 1994	Nürnberg	3.199	615
DAK 1995	Hamburg	4.240	1.270
DAK 1996	Nürnberg	4.145	761
DAK 1997	Hamburg	4.184	366
ECA 1998	Frankfurt	4.874	265
DAK 1999	Wiesbaden	3.552	499
DAK 2000	München	4.388	445
DAK 2001	Nürnberg	3.461	390
DAK 2002	Nürnberg	3.694	436
DAC 2003	München	4.489	476
DAC 2004	Nürnberg	3.946	520
DAC 2005	München	4.917	670
DAC 2006	Leipzig	4.576	581
DAC 2007	Hamburg	4.641	495
DAC 2008	Nürnberg	4.234	562
DAC 2009	Leipzig	4.618	551
DAC 2010	Nürnberg	4.331	507
DAC 2011	Hamburg	4.963	569

Abbildung 6
DAC-Sitzungen 1990-2010.



berufspolitischer Arbeitskreise und Kommissionen sowie verschiedener BDA-Seminare (Gebührenordnung; Personalbedarf; Qualitätsmanagement; DRGs; Rechts- und Versicherungswesen) Berücksichtigung finden mussten und zunehmend auch interaktive Workshops nachgefragt wurden (Abb. 6).

Zur Koordination der DAK-Programme sowie der Regionaltagungen wurde auf Beschluss der Präsidien beider Verbände Prof. Dr. Klaus Fischer als Koordinator und Moderator eingesetzt, um nicht zuletzt die Interessen der Verbände mit den Überlegungen der wirtschaftlichen und organisatorischen Ausrichtung der Kongresse durch MCN abzustimmen und zu koordinieren. Diese Funktion übernahm ab 2008 Herr Prof. Dr. Ralf Scherer.

Auf der Basis einer sehr engen, vertrauensvollen Zusammenarbeit mit MCN hat Fischer als Vorsitzender der Kongress-Kommission zur Vorlage auf den Präsidiumssitzungen die Ergebnisse und Erfahrungen der abgelaufenen Jahres- und Regionaltagungen wiederholt analysiert und bewertet, um durch eine strukturierte Weitergabe von positiven und negativen Erfahrungen die Ergebnisse der Veranstaltungen unter Berücksichtigung auch der Teilnehmerbefragungen weiter zu optimieren. Die Kongresskommission war hierbei keineswegs ein Instrument zur Einflussnahme auf die wissenschaftlichen Inhalte, sondern eine Servicefunktion beider Verbände gegenüber den Veranstaltern.

Insbesondere bei den Regionaltagungen hatte sich gezeigt, dass lediglich 28 % der DGAI-Mitglieder der Region an diesen Veranstaltungen teilnahmen, andererseits aber ein gleich hoher Prozentsatz aus anderen Regionen zu verzeichnen war.

Auffallend war immer wieder, dass der Anteil der in Weiterbildung befindlichen Ärzte kontinuierlich unterrepräsentiert blieb, so dass auf dem diesjährigen NAT erstmals ein spezielles „Weiterbildungs-Curriculum“ in das Programm integriert werden soll.

Wegen der Zunahme offizieller Veranstaltungen haben DGAI und BDA für alle verbandlich organisierten Tagungen eine sechswöchige Karenzsperre zum DAK beschlossen!

Die von der Kongressorganisation und MCN initiierten Teilnehmerbefragungen haben sowohl für den Deutschen Anästhesiekongress als auch für die Regionaltagungen eine Jahr für Jahr steigende Nachfrage nach interaktiven Workshops wie auch nach BDA-Seminaren zu ausgewählten, aktuellen Themen und/oder Problematiken aufgedeckt.

Seit 2006 hat MCN auch den „Hauptstadtkongress für Anästhesiologie und Intensivtherapie“ (HAI) betreut, nachdem die offizielle Federführung dieser Veranstaltung von Frau Prof. Dr. Claudia Spies und ihrem Berliner Team auf die DGAI übergegangen war. Auf Vorschlag Fischers ist seit 2008 nun auch der BDA als Mitveranstalter aktiv beteiligt.

Alle großen Jahrestagungen von DGAI und BDA (DAC und HAI sowie die Regionaltagungen), der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie sowie der Deutschen Ophthalmochirurgen werden bis heute jährlich wiederkehrend von MCN betreut.

Heute, mehr als 25 Jahre nach Gründung, organisiert die MCN mit 30 Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern jährlich ca. 33 Veranstaltungen und hat dabei über 32.000 Kongressteilnehmer und mehr als 1.100 Aussteller betreut.

Seit 1986 hat MCN insgesamt mehr als 500 Kongresse mit insgesamt 465.000 Teilnehmern und nahezu 23.000 Ausstellern organisiert –
eine stolze Erfolgsgeschichte!

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. med.
Klaus Fischer

Carl-Schurz-Straße 63
28209 Bremen, Deutschland

E-Mail: doc_fischer@t-online.de

MCN-Führungsebene 2011:
Claudia Mühlbauer, Nadja Schwarz,
Petra Dörflinger, Bernd Gottesmann

Ergebnisse der BDA-Umfrage 2011: Zur Situation der Anästhesiologie in Deutschland

Stichtag: 31. Dezember 2010

A. Welker[1] · H. Sorgatz[2] · A. Schleppers[2]

Auf Beschluss des Präsidiums des Berufsverbandes Deutscher Anästhesisten (BDA) wurde zur Erfassung der Situation der Anästhesiologie in den deutschen Krankenhäusern im Jahr 2010 eine Umfrage bei den leitenden Ärztinnen und Ärzten für Anästhesiologie am Krankenhaus, die Mitglieder im BDA sind, durchgeführt. Mit dieser Umfrage – der mittlerweile neunten ihrer Art – sollten zugleich Daten früherer Erhebungen, die zur Entwicklung des Fachgebietes und der Personalsituation für die Jahre 1978, 1980, 1983, 1985, 1989, 1994, 1998 und 2003 [1-7] durchgeführt wurden, aktualisiert werden. Ferner dient diese Umfrage einer umfassenden Darstellung der Situation der stationären Anästhesiologie im 50. Jahr des Bestehens des Berufsverbandes Deutscher Anästhesisten.

Stichtag für die aktuelle Umfrage war der 31. Dezember 2010. Die vorliegende Publikation gibt einen Überblick über Ausstattung, Leistungen und personelle Besetzung der stationären anästhesiologischen und intensivmedizinischen Einrichtungen im Jahr 2010. Die Untersuchung wurde mit Hilfe einer onlinegestützen Befragung im Frühjahr 2011 durchgeführt. Die Gestaltung des standardisierten Fragebogens, die Durchführung und die Auswertung der Umfrage wurden in Zusammenarbeit mit dem Forum Qualitätsmanagement und Ökonomie des Berufsverbandes Deutscher Anästhesisten und der Deutschen Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin vorgenommen.

1. Methode

Die Erhebung erfolgte mittels einer onlinegestützen Befragung mit einem standardisierten Fragebogen, der sich aus Gründen der Vergleichbarkeit in weiten Teilen eng an denen der vorangehenden Umfragen orientierte. Dieser enthielt folgende Themenkomplexe:

a) Art, Größe und Trägerschaft des Krankenhauses und vorhandene anästhesiologisch versorgte operative Fachgebiete,
b) Ausstattung der Anästhesieeinrichtungen und Angaben zu den erbrachten Leistungen in den Bereichen Anästhesie, Intensivmedizin, Schmerztherapie, Bluttransfusionswesen und Rettungsdienst,
c) Personelle Ausstattung und Möglichkeiten der Weiterbildung.

Auf der Basis der Mitgliederdatei des BDA wurden die Leiterinnen und Leiter anästhesiologischer Einrichtungen am Krankenhaus angeschrieben, wobei Wert darauf gelegt wurde, dass bei Abteilungen, die im Kollegialsystem geleitet werden, nur ein Fragebogen ausgefüllt wurde. Von den 1.044 angeschriebenen Abteilungen haben 564 geantwortet, 562 Fragebogen konnten ausgewertet werden. Bei einer geringeren Anzahl von Antworten ($n<562$) auf einzelne Fragen, ist dieses in den Tabellen jeweils gesondert vermerkt. Zwei der beantworteten Fragebogen waren so unvollständig ausgefüllt, dass sie nicht in die Auswertung aufgenommen werden konnten.

Nach dem Ergebnis der amtlichen Krankenhausstatistik wurden 2009 in Deutschland 1.234 Abteilungen für Anästhesiologie betrieben, das sind 114 bzw. 8,5 % weniger als 2003 [8]. Mit dieser Umfrage wurde somit nahezu jede zweite Anästhesieabteilung in Deutschland erfasst (45,5 %). Der Rücklauf war mit 54,0 % geringer als der aus dem Jahre 2003 (62,6 %), stellt aber im Vergleich zu ähnlichen online-gestützten Umfragen eine gute Quote dar. Die Auswertung der Erhebungsparameter erfolgte deskriptiv in Tabellenform mit den Programmen MS-Excel und MS-Access.

2. Ergebnisse

Auch wenn im Zeitalter der DRGs eine Kategorisierung nach der Anzahl der Planbetten zugunsten einer Kategorisierung nach Fallzahlen abgelöst werden sollte und wohl wissend, dass dies nur ein Ordnungskriterium ist, wurden die Krankenhäuser in Anlehnung an die bisherigen Umfragen in drei Größenkategorien aufgeteilt (Tab. 1).

Dabei zeigt sich im Vergleich zu früheren Umfragen, dass dieses Mal – relativ zur Stichprobe – eine größere Anzahl von Krankenhäusern in den Kategorien über 500 Planbetten und eine geringere Anzahl kleinerer Krankenhäuser erfasst

1 Klinik für Anästhesiologie, Intensivmedizin und Schmerztherapie, Dr.-Horst-Schmidt-Kliniken Wiesbaden (Direktorin: Prof. Dr. G. Beck)
2 Berufsverband Deutscher Anästhesisten e.V., Nürnberg

 © Anästh Intensivmed 2011;52:636-640 Aktiv Druck & Verlag GmbH

Tabelle 1
Anzahl der erfassten Krankenhäuser nach Bettenzahl; Vergleich der Umfragen von 1983, 1985, 1989, 1994, 1998, 2003 und 2010.

Anzahl der Krankenhäuser	bis zu 250 Betten	251 - 500 Betten	über 500 Betten	gesamt
1983	316	347	177	834
1985	336	352	188	876
1989	346	345	195	886
1994	384	387	222	993
1998	442	278	177	897
2003	296	258	169	723
2010	221	194	147	562

wurden. Ob dieses bereits einem generellen Trend der Veränderung in der Krankenhauslandschaft zuzuschreiben ist, sei dahingestellt.
Die zu versorgenden operativen Fachgebiete sind in Tabelle 2 aufgelistet. 2010 wurden von den 562 erfassten Anästhesie-Abteilungen 3.584 operative Fachabteilungen anästhesiologisch betreut.

2.1 Anästhesie-Arbeitsplätze

Die Anzahl der 2010 gleichzeitig zu versorgenden Anästhesiearbeitsplätze betrug in den erfassten Kliniken 3.206, bei einer Gesamtzahl von 4.242 Anästhesiearbeitsplätzen. Der bereits von 1998 auf 2003 festzustellende Anstieg der im Durchschnitt von den Anästhesieabteilungen gleichzeitig zu versorgenden Anästhesiearbeitsplätze hat sich damit von 7,1 (2003) auf 8,6 (2010) weiter fortgesetzt (Tab. 3).

2.2 Aufwachräume

Die Zahl der Anästhesieeinrichtungen mit Aufwachräumen – heute Standard des Fachgebietes – hat in den Ergebnissen der früheren Umfragen stetig zugenommen und beträgt nunmehr 96 % (Tab. 4) Im Vergleich zu den Ergebnissen der Umfrage für das Jahr 2003 lässt sich somit eine nochmalige leichte Steigerung um 1 Prozentpunkt feststellen.

2.3 Intensivstationen

319 der erfassten Krankenhäuser verfügten über eine oder mehrere Intensivstationen, von denen 287 unter anästhesiologischer Leitung standen. Damit ist der Anteil der Intensivstationen unter anästhesiologischer Leitung unverändert zum Jahr 2003. Die durchschnittliche Bettenzahl dieser Intensiveinheiten hat sich jedoch von 11,4 Betten (2003) auf 16,9 Betten (2010) erhöht. Dies ist insgesamt eine Steigerung um rund 48 %. Im Vergleich zu den Vorjahren hat sich die Anzahl der behandelten Intensivpatienten deutlich erhöht. So stieg die durchschnittliche Anzahl der Patienten insgesamt je Einheit von 1.079 (2003) auf 1.301 (2010). Der Anteil der Beatmungsfälle ist mit rund 27 % weitgehend unverändert (Tab. 3).

2.4 Anästhesieambulanzen

Im Jahre 2003 wurden an 723 Kliniken 526 Anästhesieambulanzen betrieben, dies entspricht einem Anteil von rund 73%. Dieser Trend ist 2010 deutlich rückläufig. Nur noch 220 Anästhesieambulanzen werden an 562 Kliniken betrieben, was einem Anteil von rund 40 % entspricht. Allerdings wurde die durchschnittliche Fallzahl der Anästhesieambulanzen von 691 (2003) auf 2.456 (2010) mehr als verdoppelt (Tab. 3).

2.5 Ambulante Anästhesie am Krankenhaus

Die Zahl der zur ambulanten Anästhesie ermächtigten Krankenhausärzte ist weiter rückläufig und betrug 2010 147 (26 %) im Vergleich zu 396 (41 %) im Jahr

Tabelle 2
Anästhesiologisch zu versorgende operative Fachgebiete 2010; Anzahl der Abteilungen nach Größenklassen der Krankenhäuser.

Fachabteilungen	bis zu 250 Betten	251 - 500 Betten	über 500 Betten	gesamt	n
Allgemeinchirurgie	212	193	147	552	562
Traumatologie	140	142	120	402	562
Orthopädie	161	135	114	410	562
Urologie	53	82	110	245	562
Gynäkologie	118	144	108	370	562
HNO	100	112	102	314	562
Ophthalmologie	29	38	80	147	562
Dermatologie	3	7	56	66	562
Zahn-Kieferchirurgie	17	38	73	128	562
Neurochirurgie	38	51	90	179	562
Herzchirurgie	6	6	36	48	562
Plastische Chirurgie	33	33	59	125	562
Kinderchirurgie	10	16	65	91	562
Thoraxchirurgie	24	59	99	182	562
Gefäßchirurgie	61	95	118	274	562
Sonstige	16	16	19	51	562
Operative Abteilungen insgesamt				3584	

Tabelle 3
Situationsbericht.

	1994	1998	2003	2010
Anzahl der Krankenhäuser	993	897	723	562
Insgesamt zu versorgende Anästhesiearbeitsplätze	8.156	8.300	7.172	4.242
Gleichzeitig zu versorgende Anästhesiearbeitsplätze	5.517	5.759	5.136	3.206
Durchschnittlich zu versorgende Anästhesiearbeitsplätze/Tag	5,6	6,4	7,1	8,6
Intensivstation vorhanden	915	837	720	319
eine Intensivstation	560	529	441	209
mehrere Intensivstationen	355	308	244	110
Intensivstation unter anästh. Leitung	812	753	623	287
Anzahl der Betten	7.518	7.352	7.077	5.186
durchschnittliche Bettenzahl	9,1	9,8	11,4	16,9
bis zu 5 Betten	114	76	-	19
6 bis 10 Betten	522	447	-	132
über 10 Betten	190	224	-	155
Anzahl der Fälle	650.484	668.857	672.373	317.504
durchschnittliche Anzahl	801,0	888,0	1.079,0	1.301,2
davon beatmet	177.167	200.003	181.271	87.483
Anästhesieambulanz vorhanden	402	469	526	220
Anzahl der Fälle	149.889	492.636	363.714	540.481
Zur ambulanten Anästhesie ermächtigt	774	587	396	147
Ambulante OP nach § 115b SGB V	-	623	629	301
Zur ambulanten Schmerztherapie ermächtigt	489	393	294	108
Schmerzambulanz vorhanden	376	368	301	110
Anzahl der Fälle pro Jahr	91.478	105.361	103.697	37.742
Stationäre Schmerztherapie	619	555	416	172
Anzahl der Fälle pro Jahr	68.698	87.065	79.435	23.035
Transfusionsdienst durch Anästhesiologen	341	318	258	99
Annahme von Eigenblutspendern	622	546	341	74
Anzahl der Eigenblutspender	87.462	85.647	63.403	-
Anzahl der hergestellten Eigenblutkonserven	184.004	183.136	116.180	-
Wird isovolämische Hämodilution durchgeführt	547	310	89	-
Wird maschinell intraoperative Autotransfusion durchgeführt	384	516	489	251
Notarztwagen	609	564	480	222
Nur von der Anästhesiologie	89	77	67	43
Zusammen mit anderen Fachgebieten	520	487	413	179
Anzahl der Einsätze durch Anästhesisten	318.037	357.397	395.184	229.380
Durchschnittliche Einsätze pro Jahr	596	803	1.011	1.357

2003. Korrespondierend hierzu ist die Anzahl der Abteilungen, die ambulante Operationen als Institutsleistung nach § 115b SGB V anbieten, von 629 (87 %) im Jahr 2003 auf 301 (54 %) im Jahr 2010 ebenfalls signifikant rückläufig (Tab. 3).

2.6 Schmerztherapie

108 der erfassten Einrichtungen waren zur ambulanten Schmerztherapie ermächtigt; 110 verfügten über eine eigene Schmerzambulanz. Damit hat sich gegenüber 2003 der Anteil derjenigen Krankenhäuser, die über eine Schmerzambulanz verfügen, mehr als halbiert (2003: 42 %, 2010: 20 %).
Die durchschnittliche Anzahl der ambulanten Schmerzfälle je Ambulanz ist hingegen mit 344 (2003) zu 343 (2010) annähernd konstant geblieben (Tab. 3).

2.7 Transfusionsmedizin

In 99 (18 %) der erfassten Kliniken wird Transfusionsdienst durch die Anästhesiologie durchgeführt. Dies entspricht einem Rückgang von rund 50 % in Bezug auf das Jahr 2003, in dem noch 36 % der erfassten Einrichtungen eine Blutbank oder ein Blutdepot angegliedert war. Dieses entspricht dem bereits 1998 festgestellten Anteil. Von den Einrichtungen, bei denen eine Blutbank bzw. ein Blutdepot unter anästhesiologischer Leitung stehen, wurden 401.638 Blutkonserven (2003: 828.543) abgegeben, was einer deutlichen Steigerung von durchschnittlich 3.211 Konserven (2003) je Einrichtung auf 4.056 Konserven im Jahr 2010 entspricht.
Nur noch rund 13 % der erfassten Abteilungen bieten die Eigenblutspende an. Im Jahr 2003 waren es noch rund 48 % (341) der erfassten Abteilungen. Die maschinelle intraoperative Autotransfusion hat abgenommen. Sie wird im Jahr 2010 noch von rund 45 % der erfassten Abteilungen, im Vergleich zu 68 % im Jahr 2003 durchgeführt (Tab. 3).

2.8 Notarztwagen

Im Vergleich zu 2003 ist der Anteil der Krankenhäuser, die unter Beteiligung der Anästhesisten einen Notarztwagen betrieben, von rund 66 % (480) auf 40 % (222) zurückgegangen.

Tabelle 4
Krankenhäuser mit Aufwachraum (Vergleich mit den Ergebnissen von 1985, 1989, 1994, 1998 und 2003).

Krankenhausgröße	bis zu 250 Betten	251 - 500 Betten	über 500 Betten	gesamt	n
1985 in %	195 58	230 65	144 86	569 75	-
1989 in %	232 67	265 77	168 86	665 75	-
1994 in %	287 75	306 79	187 86	780 79	986
1998 in %	370 84	259 94	168 95	797 89	894
2003 in %	270 92	246 96	166 100	682 95	716
2010 in %	146 93	122 97	92 99	360 96	376

Nochmals erhöht hat sich allerdings die durchschnittliche Anzahl der anästhesiologisch geleiteten Notarzteinsätze pro Notarztwagen, die 1998 im Durchschnitt 803, im Jahr 2003 bereits auf 1.011 und im Jahr 2010 auf 1.357 gestiegen ist (Tab. 3).

2.9 Personelle Ausstattung

Die Angaben über die personelle Ausstattung der Anästhesieeinrichtungen sind in Tabelle 5 zusammengefasst. Es zeigt sich, dass an 265 Krankenhäusern, die diese Frage beantwortet haben, 4.958 Ärzte in Fachabteilungen für Anästhesiologie tätig waren. Damit hat sich die durchschnittliche Zahl der Ärzte je Anästhesieabteilung im Vergleich zur letzten Umfrage nochmals von 16,0 (2003) auf 18,7 (2010) erhöht.

Von den mit der Umfrage erfassten Ärzten waren ca. 6 % (2003: 7,5 %) als Chefärzte/Direktoren, ca. 24 % (2003: 25 %) als Oberärzte und ca. 35 % (2003: 35 %) als nachgeordnete Fachärzte tätig. In Weiterbildung zum Facharzt für Anästhesiologie befanden sich 1.721 Kolleginnen und Kollegen. Der Anteil der Ärztinnen lag insgesamt bei 59 % (2003: 46 %).

In den erfassten Abteilungen waren nur im Anästhesiebereich (ohne Intensivmedizin) 6.318 (2003: 8.272) Pflegekräfte, davon 29 % (2003: 62 %) mit abgeschlossener Zusatzweiterbildung zur Fachpflegekraft für Anästhesie und Intensivmedizin tätig.

3. Diskussion

Die Umfrage des BDA für das Jahr 2010 ergänzt und aktualisiert die Zahlen früherer Umfragen und setzt die Tradition der Umfragen zur „Situation der Anästhesie“ seit 1978 fort. Die vorliegenden Daten beruhen auf den Antworten aus 562 von insgesamt 1.044 angeschriebenen Krankenhäusern.

Zusammenfassend finden sich in den Daten des Jahres 2010 einige Besonderheiten in der Entwicklung der stationären Anästhesie.

1. In den Anästhesieabteilungen wurden mehr Arbeitsplätze gleichzeitig versorgt. Dies mag einerseits an einer Verschiebung innerhalb der Umfrage liegen, die die größeren Kliniken im Vergleich zu den Vorjahren überrepräsentiert. Sie kann andererseits aber auch an einer Ausweitung der Leistungsspektren und einer Leistungszunahme in den operativen Kliniken liegen, da im Zeitalter der DRGs die Fallzahlsteigerung von Seiten des Krankenhausmanagements als eines der Lösungsszenarien gesehen wird, die Wirtschaftlichkeit eines Krankenhauses zu optimieren.
2. Von den Anästhesieabteilungen werden größere Intensiveinheiten betreut. Auch dieser Trend ist einerseits der höheren Anzahl von größeren Kliniken in der vorliegenden Umfrage geschuldet, andererseits aber auch der Leistungssteigerung in den Kliniken und dem Trend, kleinere Intensiveinheiten zusammenzulegen, um Effizienzen in der Behandlung und der Organisation zu heben.
3. Überraschend ist der starke Rückgang im Bereich der Anästhesieambulanzen. Eine Erklärung mag hier die zunehmende Personalknappheit in den Kliniken zu sein, die sich einen eigenen Arzt für eine Anästhesieambulanz nicht mehr leisten können. Andererseits scheinen die bestehenden Ambulanzen, dort wo es möglich

Tabelle 5
Personelle Ausstattung 2010.

Krankenhausgröße	bis zu 250 Betten	251 - 500 Betten	über 500 Betten	gesamt	n
Anzahl d. Arztstellen	758	1.495	2.706	4.958	265
Anzahl d. Chefärzte / innen	139	88	65	292	264
Anzahl d. Oberärzte / innen	243	399	564	1.206	274
Ass.-Ärzte / innen					
Ass.-Ärzte / innen mit Gebietsanerkennung	305	559	883	1.747	280
Ass.-Ärzte / innen in Weiterbildung	139	460	1.122	1.721	287
Anzahl Ärztinnen	451	1.025	1.462	2.938	266
Pflegekräfte (ohne Intensiv)	757	1.023	4.539	6.318	278
davon mit Zusatzweiterbildung	406	604	836	1.846	286

ist, gemessen an den Patientenzahlen immer effektiver zu arbeiten bzw. immer größer zu werden.

4. Verständlich ist der Rückgang im Bereich der Ermächtigungen, da einerseits die Erlangung von Ermächtigungen immer schwieriger wird und andererseits die damit verbunden höchstpersönliche Leistungserbringung meist unvereinbar mit der modernen Organisation und Ausrichtung einer Anästhesieabteilung ist.
5. Erstaunlich ist der deutliche Rückgang im Bereich der ambulanten Operationen im Krankenhaus auf Basis des §115 b SGB V. Mögliche Erklärungen liegen hier in der zunehmenden Spezialisierung und Konzentration auf die vermeintlich besser bezahlte klassisch stationäre Medizin. Eine andere Erklärung bietet die zunehmende Kooperation mit niedergelassenen Kollegen im Bereich von ambulanten Behandlungen, da z.B. aufgrund von Personalmangel in stationären Abteilungen bestimmte Leistungen nicht mehr angeboten werden können, sowie eine generelle Verlagerung kleinerer, ambulanter Eingriffe in den vertragsärztlichen Bereich. Für letzteres spricht, dass die Anzahl der vertragsärztlich tätigen Anästhesisten von 2003 bis 2009 von 2.842 auf 3.367 um 18,5 % gestiegen ist [9].
6. Der zunehmenden Personalknappheit und der Konzentration auf das „Kerngeschäft“ stationärer Behandlungen mag ebenfalls der deutliche Rückgang im Bereich der Schmerzambulanz geschuldet sein.
7. Diese Gründe sowie eine zunehmende Konzentration der Betreuung/Besetzung von Notarztstandorten an größeren Kliniken mag ebenfalls den deutlichen Rückgang im Bereich der von Anästhesieabteilungen betreuten Notarztwagen erklären. Andere Erklärungen bietet das „Outsourcing“ von Notarztleistungen an Freiberufler. Hierdurch können einerseits Regelungen und Restriktionen im Bereich des Arbeitszeitgesetzes gelöst und andererseits Zusatzverdienstoptionen angeboten werden.
8. Im Bereich der Personalstrukturen ist die prozentuale Verteilung auf Oberärzte und Fachärzte in etwa unverändert zur Vorumfrage. Dies ist umso auffälliger, da ja gerade im Rahmen der Einführung neuer Tarifstrukturen eine geradezu exponentielle Entwicklung der teuren Oberarztgruppen beschrieben wurde – dies ist durch die Daten unserer Umfrage nicht belegbar.
9. Nach der Statistik der Bundesärztekammer [9] waren am 31.12.2009 14.354 Fachärzte für Anästhesiologie an Krankenhäusern tätig. Dies entspricht 11,6 je Abteilung. Die Umfrage ergab einen Facharztdurchschnitt je Abteilung von 12,2.
10. Geradezu erschreckend ist der Rückgang der Pflegekräfte, die über eine Fachpflegeausbildung verfügen. An vielen Orten wird über die zunehmenden Delegationsmöglichkeiten auf anästhesiologisches Pflegepersonal diskutiert. Laut den Daten unserer Umfrage sinkt jedoch das Ausbildungsniveau der verfügbaren Kräfte und hat sich, gemessen an der Fachweiterbildung in den vergangenen sieben Jahren, mehr als halbiert.

4. Fazit

Die Ergebnisse der neunten Umfrage des BDA zur Situation der stationären Anästhesiologie geben Hinweise darauf, dass sich die Abteilungen für Anästhesiologie, möglicherweise durch die zunehmende Personalknappheit bedingt, tendenziell auf die Kernkompetenzen Anästhesie und Intensivmedizin konzentrieren. Diese Frage gilt es in Zukunft durch weiterführende Untersuchungen zu klären wie der vermeintliche Rückgang der durchschnittlichen Anzahl von Anästhesien pro Abteilung.

5. Schlussbemerkung

Die Ergebnisse einer Umfrage können – von der Qualität der Fragen einmal abgesehen – nur so gut sein, wie es Anzahl und Genauigkeit der Rücksendungen zulassen. Die Rücksendequote und die Qualität der eingesandten Fragebogen lag auch dieses Mal auf einem guten Niveau, war jedoch im Vergleich zur vorhergehenden Umfrage quantitativ rückläufig. Das Präsidium des BDA dankt all denjenigen, die sich der Mühe unterzogen haben, den umfangreichen Fragebogen auszufüllen und damit zum Gelingen der Umfrage beizutragen.

Literatur

1. Die Ergebnisse der Umfragen 1978 und 1980 sind nicht publiziert worden.
2. Hauenschild E. Umfrage über die Situation in den Anästhesieeinrichtungen in der Bundesrepublik. Anästh Intensivmed 1984;25:65-69.
3. Hauenschild E. Umfrage über die Situation in den Anästhesieabteilungen in der Bundesrepublik. Stichtag 01.02.1985. Anästh Intensivmed 1986;27:102.
4. Götz E, Hertel U, Kretz F-J, Van Eimeren W. Umfrage zum Nachwuchsbedarf in der Anästhesiologie. Stichtag 01.01.1989 Anästh Intensivmed 1990; 31:314-318.
5. Götz E, Hack G, Sorgatz H, Van Eimeren W, Wulff A. Umfrage zur Situation der Anästhesiologie in Deutschland. Stichtag 01.01.1994. Anästh Intensivmed 1995;36:218-222.
6. Hack G, Götz E, Sorgatz H, Van Eimeren W, Wulff A. Umfrage zur Situation der Anästhesiologie in Deutschland. Stichtag 31.12.1998. Anästh Intensivmed 2000;41:535-541.
7. Sorgatz H, Hack G, Götz E. Wulff A. Ergebnisse der BDA-Umfrage 2004 - Zur Situation der Anästhesiologie in Deutschland, Stichtag: 31. Dezember 2003. Anästh Intensivmed 2005;46:392-398.
8. Statistisches Bundesamt: Fachserie 12, Reihe 6.1.1, S. 61, Wiesbaden 2011.
9. Bundesärztekammer: Ärztestatistik der Jahre 2009 und 2003. www.baek.de

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. med.
Alexander Schleppers

Ärztlicher Geschäftsführer BDA/DGAI
Roritzerstraße 27
90419 Nürnberg, Deutschland

Tel.: 0911 933780
Fax: 0911 3938195

E-Mail: bda@dgai-ev.de

Visionen – Wodurch bleibt das Fach Anästhesiologie vital?*

M. Skorning

Visionen für Vitalität?

Das Gesundheitswesen steht vor großen Herausforderungen. Die demographische Entwicklung mit immer älteren und kränkeren Menschen mündet in permanent steigendem Versorgungsaufwand. Außerdem werden aufgrund des medizinischen Fortschritts zunehmend hoch spezialisierte, aufwändige und damit kostenintensivere medizinische Leistungen möglich und eingefordert. Durch den gleichzeitig manifestierten Ärztemangel geht nun seit Jahren schon die Schere weiter auf zwischen Nachfrage und Notwendigkeit einerseits sowie aktueller und zukünftiger Leistungsfähigkeit des Gesundheitssystems andererseits, und das bei stetig steigenden Kosten.

In gewisser Weise ist die Anästhesiologie alleine dadurch – genauso wie fast jedes andere Fachgebiet – erheblich bedroht. Hinzu kommen fachspezifische Problematiken, wie die Substitution ärztlicher Leistungen durch andere Professionen, die Frage nach der künftigen Tätigkeit möglicher Bachelor-Absolventen in der Anästhesie sowie immer wieder aufkeimende Tendenzen, Teilbereiche aus der Anästhesiologie abzuspalten, sei es in der Forderung nach einer eigenen Facharztbezeichnung für Intensiv- oder Notfallmedizin oder der allgegenwärtige Nachwuchsmangel in Klinik und Forschung.

Wie „visionär" müssen die Lösungen und Strategien zur Zukunftssicherung unseres Faches deshalb sein? Der Altbundeskanzler Helmut Schmidt hat vor über 30 Jahren einmal gesagt: „Wer Visionen hat, soll zum Arzt gehen". Behindern uns aber „Visionen" im Sinne Schmidts sogar und benötigen wir eher pragmatische Ansätze für die Bestandssicherung und Fortentwicklung des Faches? Welche „Visionen" für die Zukunft existieren in der Anästhesiologie überhaupt? Sind diese öffentlich oder werden sie eher im Geheimen verhandelt? Diesen Fragen wird nachfolgend – ohne Anspruch auf Vollständigkeit – aus persönlicher Sicht nachgegangen.

Themen und Menschen

Eines ist offensichtlich: Wenn man über die Zukunft der Anästhesiologie sinniert, fällt der Blick unweigerlich auf zwei zentrale Punkte: Die Themen der Zukunft, die das Fach selbst inhaltlich weiterbringen, und die Anästhesisten der Zukunft… bzw. die Anästhesistinnen, denn auch – vielleicht gerade – in der Anästhesiologie wird die Medizin überwiegend weiblich.

Dass es weiter eine Herausforderung bleiben wird, Nachwuchs für unser Fach zu gewinnen, ist unbestritten [1,2]. DGAI und BDA stellen sich dieser Aufgabe, z.B. mit der Nachwuchskampagne unter www.anaesthesist-werden.de. Natürlich kommt auch der Weiterbildung eine herausragende Rolle für die Vitalität des Faches zu und viele weitere Aspekte, die implementiert, verbessert bzw. bedacht und angegangen werden müssen, sind ebenfalls bestens bekannt und werden schon seit Jahren thematisiert. Beispiele für aktuelle und zukünftige Themen zeigt Abbildung 1.

Die Aspekte „inhaltliche Themen" und „handelnde Personen" können und dürfen jedenfalls nicht getrennt werden, denn gute Themen ohne Menschen, die

Abbildung 1
Auswahl zukunftsrelevanter Themenfelder in der Anästhesiologie.

- Ärztemangel
- Arbeitsbedingungen
- Honorararztwesen
- Finanzierung des Gesundheitssystems
- Weiterbildung
  - Konzepte / Weiterbildungsordnungen
  - Finanzierung
  - Regelmäßige Weiterbildungsgespräche
  - Simulation / Skill Training
- Patientensicherheit
  - CIRS-Systeme
  - Standard Operating Procedures
  - Checklisten
  - Helsinki Deklaration
  - Simulation
- Delegation und Substitution ärztl. Leistungen
- Medizinisch-wissenschaftliche Themen
- Technikeinsatz in der Anästhesiologie
- A-I-N-S
  - Breite des Faches
  - Subspezialisierungen / Zusatzbezeichnungen

* Der Autor war auf dem Deutschen Anästhesiecongress 2011 in Hamburg eingeladen, einen Vortrag mit gleichlautendem Titel in der Sitzung „50 Jahre BDA - Stufen einer gelungenen Symbiose mit der DGAI" zu halten, und wurde anschließend gebeten, diesen auch in Form eines Artikels zu publizieren.

diese bearbeiten und umsetzen, sind nutzlos. Umgekehrt wird man nur schwerlich guten und zahlenmäßig ausreichenden Nachwuchs generieren, wenn das Fach nicht durch geeignete Themen interessant und spannend gehalten wird, so dass Perspektiven entstehen. Gerade für den wissenschaftlichen Nachwuchs müssen gute Bedingungen geschaffen werden [3]. Ein Schlüssel zur Vitalität scheint folglich in der optimalen Kombination aus Themen und Menschen für das Fach zu bestehen. Motivierter Nachwuchs sorgt für die entsprechend richtigen, zukunftsträchtigen Themen – und umgekehrt. Hier ist keine Trennung möglich. Anders ausgedrückt hängt die Zukunft des Faches auch davon ab, ob die Anästhesiologie Gefallen findet und Ansehen genießt bei den Menschen – d.h. bei den Ärzten (auch derjenigen anderer Fachgebiete) und den Patienten. Die Zukunft des Fachs entscheidet sich im Umkehrschluss also an der Frage: Wie relevant ist die Anästhesiologie für die Zukunft der Medizin?

Die vier Säulen

Ein wesentlicher Faktor für diese Zukunftsperspektive scheint in der Breite des Faches zu liegen. Wir sind nämlich nicht „eins", womit nicht etwa zum Ausdruck gebracht werden soll, dass wir uneins seien. Nein, wir sind nicht EINS, nicht „nur" Narkoseärzte. Wir sind AINS, also A-I-N-S! Die Breite des Faches mit diesen (mindestens) vier Säulen Anästhesie, Intensiv-, Notfall- und Schmerzmedizin ist ausschlaggebend für die Attraktivität, die Bedeutung und das Ansehen der Anästhesiologie. Diese Breite muss noch besser verdeutlicht und ausgebaut werden [4]. Dafür ist durchaus Raum, denn aktuell könnten wir AINS auch so schreiben: AIns.

Denjenigen, die eher meinen, dass sich die Ärzteschaft in der Anästhesiologie auf das vermeintlich „Wesentliche", die alleinige Bereitstellung ausreichender Narkosekapazitäten, zurückziehen sollte, muss eine klare Absage erteilt werden. Und so wurde zur Zukunftssicherung der Anästhesiologie jeglichen „Abspaltungstendenzen", die es in den vergangenen Jahren gab, v.a. im intensiv- und notfallmedizinischen Bereich, zu Recht energisch entgegengetreten [5,6]. Insbesondere in angloamerikanischen Ländern hat die Anästhesiologie nicht die Breite wie in Deutschland. Gerade dann scheinen sich verstärkt Probleme zu ergeben, die schlimmstenfalls eine „Ent-Professionalisierung" der Anästhesiologie befürchten lassen [7].

Aber nicht nur die Breite entscheidet, es müssen auch gemeinsame Ziele vor Augen bleiben. Wir müssen mit AINS also dennoch „eins" bleiben. Und die besten Ziele in der Medizin, sind jeweils die Siege über konkrete Erkrankungen und Beschwerden, die Heilungserfolge. Der gewählte Präsident der DGAI für die Jahre 2013/14, Prof. Dr. Christian Werner aus Mainz, hat es u.a. auf der vergangenen Mitgliederversammlung 2011 sinngemäß so ausgedrückt, dass der Kardiologe vom ersten Tag des Berufslebens an ein Teammitglied ist im Kampf gegen den Herzinfarkt, der Chirurg von Anfang an ein Getriebe-Rädchen im Kampf gegen Krebs usw. Diese Identifikation mit eigenen konkreten Zielen erzeugt eine intrinsische Motivation, eine Überzeugung und ein Selbstbewusstsein, das wir Anästhesisten noch verstärken müssen. Nebenbei bemerkt, ist das Empfinden, ein bloßer Dienstleister im Kampf gegen die Naht-Schnitt-Zeit zu sein, in vielerlei Hinsicht deutlich kontraproduktiv [8].

Wir benötigen folglich eigene „anästhesiologische Erkrankungen". Anwärter für Krankheitsbilder und Probleme, die originär in unser Fachgebiet fallen und oftmals mehrere Säulen betreffen, gibt es dabei nicht wenige. Sei es der Herzstillstand, die Sepsis, jede Notfall- und jede Schmerzsituation oder die perioperative Patientensicherheit – wir müssen hervorheben, was Anästhesisten als eigene ärztliche Erfolge verbuchen können, hervorheben, wofür wir als Fach stehen. Genauso gibt es eigenständige Fähigkeiten, die auf höchstem Niveau unser Spezialgebiet darstellen, z.B. sämtliche Narkoseverfahren, Maßnahmen zur Beatmung und Entwöhnung von der Beatmung, das Wiederherstellen, Sichern und Aufrechterhalten der Vitalfunktionen in der Routine und in Notfallsituationen.

Junge Anästhesie

Entgegen dieser idealisierten Vorstellungen gehen die „Visionen", Perspektiven und beruflichen Wege der „Jungen Anästhesie" allzu häufig in ungewollte Richtungen für das Fach, und zwar geographisch (ins Ausland), berufspolitisch (in die Honorararzttätigkeit) oder fachlich (weg von der kurativen Tätigkeit). Bei den aktuell bis zu 4.000 Honorarärzten in Deutschland ist die mit weitem Abstand größte Gruppe mit 41,4 % aus der Anästhesiologie, und die Unzufriedenheit im Beruf scheint dabei die führende Motivation für die Aufnahme einer Honorararzt-Tätigkeit zu sein [9]. Der durchschnittliche Honorararzt ist allerdings bei einem Alter von fast 48 Jahren eher der „junggebliebenen Anästhesie" zuzuordnen. Dennoch ist die – zumindest gelegentliche – honorarärztliche Tätigkeit zur Perspektive für junge Kollegen geworden.

Vor Ort Nachwuchs gewinnen

Um als Klinik im Ärztemangel beim Kampf um die besten Köpfe zu bestehen und den oben angedeuteten Perspektiven des ärztlichen Nachwuchses entgegenzuwirken, müssen zahlreiche Einflussfaktoren berücksichtigt werden, die in Abbildung 2 vereinfacht in drei „Ampel-Kriterien" eingeteilt sind, nach denen der Arzt in Weiterbildung in der Regel auswählen wird.

Ampel-Kriterien, weil die roten nicht vom Arbeitgeber beeinflussbar sind. Ist beim Arzt z.B. aus persönlichen Gründen die Entscheidung für München gefallen, kann die Klinik in Hamburg diese Entscheidung in aller Regel nicht beeinflussen, ebenso wenig wird eine nicht-universitäre Klinik einen Bewerber überzeugen können, der eine akademische Karriere anstrebt usw. Die roten Kriterien allein können im Einzelfall zwar schon zur Entscheidung für eine Klinik führen, weil z.B. ein Bewerber

aus privaten Gründen einen Standort aussucht und für die angestrebte akademische Karriere eben die einzige erreichbare Uniklinik wählen muss. Das wird aber selten der Fall sein und in keiner Konstellation ausreichen, den Bedarf an ärztlichem Nachwuchs zu decken. Fast immer gibt es gelbe Kriterien, die zwar prinzipiell vor Ort beeinflussbar sind, aber individuell sehr unterschiedlich gewichtet werden, wie z.B. die Kinderbetreuung, die für viele (angehende) Eltern von außerordentlicher Bedeutung ist, für andere hingegen auf absehbare Zeit unbedeutend bleiben mag. Auch das vorhandene operative Spektrum einer Klinik kann für den einen genau passend, für den anderen jedoch „Knock-out-Kriterium" sein. Grüne Kriterien hingegen sind sowohl vor Ort entscheidend zu gestalten als auch von allgemein herausragender Bedeutung für jeden Bewerber. Die grünen, beeinflussbaren Kriterien könnten zusätzlich analog der Bedürfnispyramide nach Maslow eingeteilt werden [10]. Ein Vorschlag dazu wird in Abbildung 3 vorgestellt.

So wird in gewissem Maße eine weitere Gewichtung möglich. Auch Umfragen fördern diese vor Ort beeinflussbaren und allgemein bedeutsamen Kriterien immer wieder zu Tage [11,12]. Zahlreiche positive Beispiele und Projekte stehen als Vorbilder dafür zur Verfügung, wie diese Aspekte anzugehen und zu verbessern sind [13,14,15]. Egal in welchem Bereich Veränderungen herbeigeführt, Zusagen gemacht und Perspektiven aufgezeigt werden, nicht selten erleben es Kolleginnen und Kollegen, dass ihnen sprichwörtlich „das Blaue vom Himmel" versprochen, aber nicht annähernd eingehalten wird. Der Verbindlichkeit im Verhältnis zwischen Arbeitgeber und ärztlichem Arbeitnehmer kommt deshalb eine immense Bedeutung zu.

Weiterbildung als zentrales Thema

Unter allen Themen, die für die zukünftige Entwicklung und die Vitalität des Faches Anästhesiologie zu betrachten sind, nimmt die Weiterbildung eine zentralere Rolle ein, als dies in der obigen Darstellung zunächst deutlich wird. Ohne gute Weiterbildung sinkt das medizinische Niveau, die Qualität und Effizienz der Behandlung leidet und die Gewinnung von Nachwuchs wird weiter erschwert bis unmöglich, kurzum: ohne gute Weiterbildung stirbt die Anästhesiologie!

Wie in vielen Berufen und in anderen Ländern auch für die Ärzteschaft aner-

Abbildung 2
„Ampel-Kriterien" zur Auswahl einer Weiterbildungsklinik.

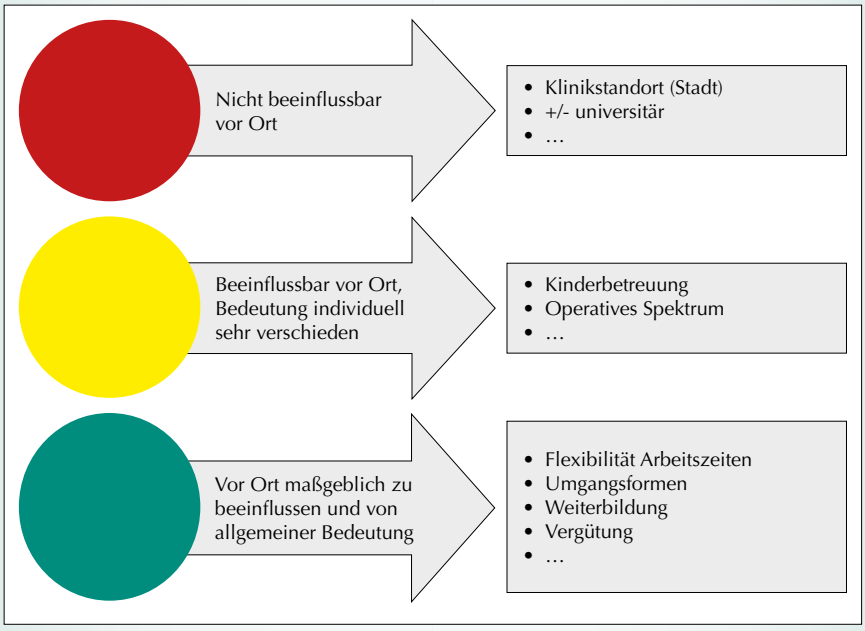
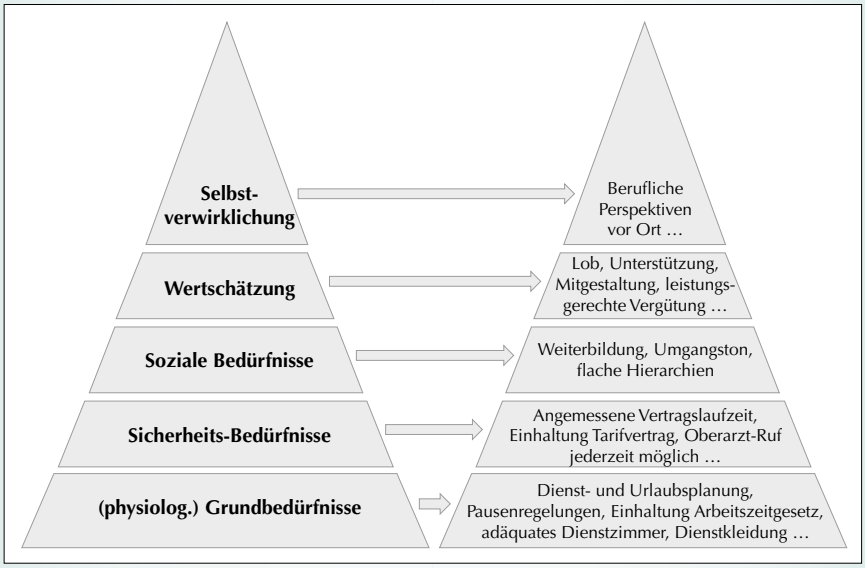


Abbildung 3
Bedürfnis-Pyramide nach Maslow und Vorschlag zur Übersetzung der Bedürfnisse in allgemeine Aspekte der Arbeitsbedingungen während ärztlicher Weiterbildung.

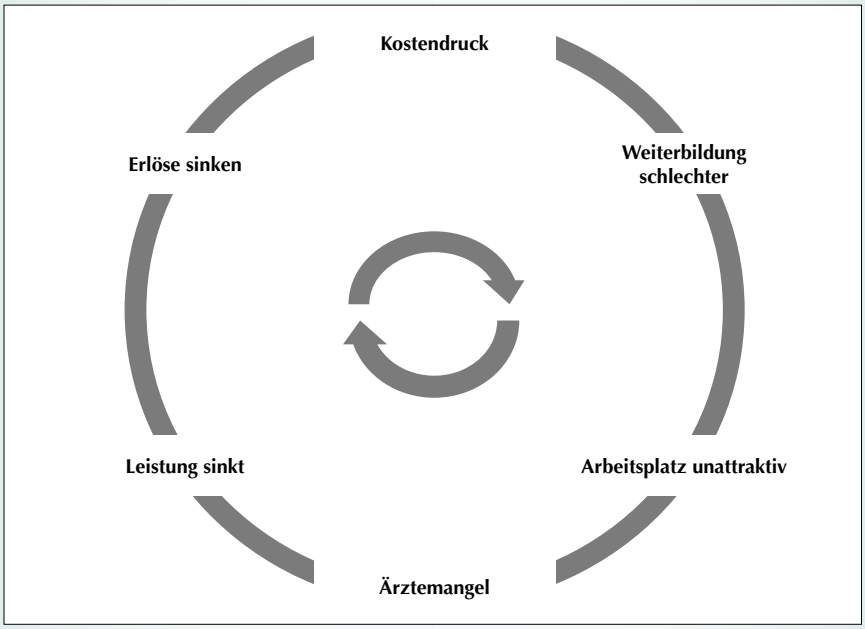


kannt, verursacht gute Weiterbildung Kosten – und sei es „nur“ durch die zeitliche Inanspruchnahme des Personals. Diese Kosten müssen sauber im System abgebildet und zugewiesen werden [16]. Wenn Sparzwang die Weiterbildung verschlechtert, dann ist dies der Eintritt in einen fatalen Teufelskreis, den es unbedingt zu vermeiden gilt (Abb. 4).

Ein Durchbrechen dieses Teufelskreises im späteren Verlauf ist ungleich schwieriger, muss aber im Sinne des Faches und der jeweiligen Klinik vor Ort angegangen werden, was wiederum nur über eine kostenintensiv verbesserte Weiterbildung möglich ist. Dies muss mutig und deutlich den Krankenhausträgern und den Gesundheitspolitikern gegenüber vertreten werden. Schlechte Weiterbildung verursacht übrigens auch Kosten, durch verlangsamte und ineffiziente Versorgung minderer Qualität. Hier sind die Zusammenhänge, weil komplexer und indirekter, nur weniger transparent und deutlich schwieriger nachweisbar.

Verbesserung der Weiterbildung? Dieses Anliegen mündet schnell im Drang, alleine neue Regularien festzuschreiben und weitere „Papiertiger“ zu erzeugen, als wirklich neue Konzepte umzusetzen, deren Einhaltung wirklich sicherzustellen und für eine saubere Finanzierung zu streiten. Beispielsweise scheinen mehrere Landesärztekammern mittlerweile davon überzeugt, dass die Dokumentation der Weiterbildung mit dem von der DGAI erstellten Nachweisheft nicht möglich ist, und erkennen dieses nicht mehr an, so dass der Arzt in Weiterbildung u.U. mühsam erneut dokumentieren muss – die Weiterbildung verbessern tut das nicht. Fragen Sie sich einmal, ob die eindeutig in den Weiterbildungsordnungen festgeschriebenen „Allgemeinen Inhalte der Weiterbildung für die Abschnitte B und C“ aufgrund der Listung überhaupt irgendwo strukturiert umgesetzt werden. Hier sind zahlreiche in der Medizin bedeutsame Themen aufgelistet, wie ethische und psychosomatische Grundlagen, ärztliche Gesprächsführung, interdisziplinäre Zusammenarbeit und gesundheitsökonomische Auswirkungen ärztlichen Handelns sowie viele mehr. Insgesamt eine Aufzählung ungemein bedeutsamer Aspekte, die in der Regel bestenfalls durch „learning by doing“ weitergebildet werden. Die Erfolgsstory eines Themenkataloges ist das sicherlich nicht. Gute Weiterbildung erfordert zunächst keine grundlegend neuen Vorgaben, keine Papiertiger, sondern eine flächendeckende Umsetzung bekannter Anforderungen und Vorgaben!

Abbildung 4
Teufelskreis schlechter Weiterbildung.



Rückwärts?

Ein häufiges Prinzip beim Blick nach vorne ist die gleichzeitige Rückbesinnung, schließlich möchte man auch Bewährtes beibehalten und sichern. Bei der Weiterbildung wird dabei schnell das „Prinzip des kalten Wassers“ hervorgehoben. „Nur im kalten Wasser lernt man schwimmen“, das war über Jahrzehnte ein simples und vermeintlich bewährtes Prinzip in der Weiterbildung. Zumindest in Teilen hat dieses Prinzip tatsächlich funktioniert, denn es wurden und werden Fachärzte damit hervorgebracht, die den internationalen Vergleich nicht zu scheuen brauchen. Die Frage ist, wie es auf dem Weg dahin aussieht. Wie gut funktioniert „kaltes Wasser“ z.B. für die Patientensicherheit bei denjenigen Patienten, die gerade dem „Arzt im kalten Wasser“ ausgesetzt sind?

„Kaltes Wasser“ hat noch nie wirklich funktioniert! Die Gesetze des Marktes haben funktioniert, die früher bei einem Überangebot von Ärzten auf der Suche nach einer Weiterbildungsstelle nur aus Mangel an Alternativen dazu führten, dass „kaltes Wasser“ akzeptiert werden musste. Patientensicherheit und „kaltes Wasser“ schließen sich gegenseitig aus, das ist wahrscheinlich nur nicht ausreichend untersucht! „Kaltes Wasser“ hat noch nie funktioniert, es wurde nur akzeptiert!

Die Situation am Arbeitsmarkt, die Lebenseinstellung der „Generation Y“ und die Frage nach der Patientensicherheit führen zwingend dazu, dass Weiterbildungskonzepte für die Zukunft der Anästhesiologie vor Ort ausgeklügelteren und verbindlicheren Konzepten werden folgen müssen [17]. Aktuell ist die Wei-

terbildung leider immer noch „ein Stiefkind“, wie Professor Radke und Professor Van Aken es in einem Editorial 2007 ausdrückten [18]. Ein gutes Indiz dafür ist beispielsweise, dass auf dem vergangenen Deutschen Anästhesiecongress in der wissenschaftlichen Postersitzung zu Themen der „Aus-, Fort- und Weiterbildung“ kein Beitrag zur Gestaltung der Weiterbildung enthalten war.

Patientensicherheit

Die Patientensicherheit ist ebenfalls ein zentrales Zukunftsthema, was DGAI und BDA über die Homepage www.patientensicherheit-ains.de verdeutlichen. Die Deklaration von Helsinki ist hierzu eine Meilenstein-Erklärung, die bereits viele der angesprochenen Themen beinhaltet [19]. Die Patientensicherheit wird immer besser zu untersuchen und zu vergleichen sein, wenn die Helsinki-Deklaration kein „Papiertiger“ bleiben soll, was unbedingt zu vermeiden ist. Spezielle Konzepte, wie das breitere Implementieren von Checklisten, werden zunehmend umgesetzt werden müssen. Insgesamt zeigt das Thema Patientensicherheit damit Rahmenbedingungen auf, die zu Recht einengen einerseits, aber andererseits unzählige Chancen für die Anästhesiologie bieten. Wir werden uns in Zukunft verstärkt daran messen lassen müssen, wie wir die Patientensicherheit angehen und in die Tat umsetzen – in der Versorgung, in der Organisation, in der Weiterbildung und in der Wissenschaft. Der Praxis gesteigerter Patientensicherheit liegen oftmals simple Strategien zu Grunde, die von Medizinern gerne als zu banal und unnötig belächelt werden. Dabei wird verkannt, dass z.B. durch das Einführen einer kurzen Sicherheitscheckliste nicht der implizite Vorwurf erhoben wird, dass wichtige Zusammenhänge nicht präsent seien. Nein, es geht nur darum, auch tatsächlich sicherzustellen, dass eine Situation wirklich bedacht, Gerätschaften wirklich verfügbar sind usw. Viele Leser werden beste Erfahrungen und Übung im Kofferpacken haben und grundsätzlich genau wissen, was sie einpacken möchten. Schließlich ist es vollkommen klar, dass man das Utensil am Zielort benötigt. Dennoch werden alle schon einmal auf einer Reise etwas zu Hause vergessen haben, die Zahnpasta, den Sonnenschutz, die Unterwäsche oder die Reiselektüre… mit konsequentem Anwenden einer Checkliste wäre das nicht passiert. Nun ist es auf der Reise zumeist ein harmloses, regelbares Problem. Im Fall der nicht eruierten Allergie kann sich das kleine Versäumnis als lebensbedrohlicher Fehler erweisen, der vermeidbar gewesen wäre. Für die Zukunft der Anästhesiologie brauchen wir ein neues Bewusstsein, eine neue Fehlerkultur. Überspitzt zusammengefasst, sollte Patientensicherheit nicht wahrscheinlich und möglich sein, sondern ausnahmslos sichergestellt werden.

Simulation

Ein Anästhesie- bzw. OP-Team und eine professionelle Sportmannschaft, nehmen wir eine Bundesliga-Fußballmannschaft, diese beiden Gruppen haben einige Gemeinsamkeiten. Man empfindet den Beruf als besondere Verantwortung und Herausforderung, vielleicht sogar als Faszination, Verpflichtung und Leidenschaft. Man möchte – einzeln und gemeinsam – besonders gut darin sein. Aber kennen Sie den wesentlichen Unterschied? Wir, das Mediziner-Team, trainieren nicht! Zumindest tun wir das in wesentlich geringerem Ausmaß als eine Sportmannschaft. Wir befinden uns gewissermaßen immer „im Wettkampf“, anders ausgedrückt, praktizieren wir „learning on the job“. Unser Training, in Analogie zu einer professionellen Sportmannschaft, das wäre v.a. die Simulation. Das Trainieren komplexer Fertigkeiten und Zusammenhänge zunächst langsam, wiederholend, mit ausführlichem Feedback und in unterschiedlichen Variationen – ohne Zeitdruck und ohne die Gefahr des unverzeihlichen Fehlers. Wer schon einmal eine komplexe Akutversorgung, eine seltene Notfallversorgung o.ä. erlebt hat, die er zuvor in der Simulation trainiert hat, der weiß, wie wichtig und erfolgversprechend dieses Training ist [20]. Oftmals entscheiden gerade die gut trainierbaren kommunikativen und nicht wissensbasierten Faktoren über den Erfolg einer kritischen Versorgung [21]. Oder glauben Sie, eine Bundesligamannschaft kann höchste Erfolge erzielen, indem sie einfach nur möglichst viele Wettkämpfe spielt? Wohl kaum!

Die Kostenfrage steht aber selbstverständlich wieder im Mittelpunkt, wenn man mehr echtes Training für die Anästhesiologie einfordert. Sind die dazu erforderlichen Mittel tatsächlich in mehr „Erfolg“ umsetzbar, ist zurzeit (noch) überwiegend eine Frage der Überzeugung, deren Klärung aber eine Zukunftsaufgabe in der Anästhesiologie sein muss.

Anästhesiologie als Vorreiter

Wenn es in den geschilderten Punkten gelingt, das Fach zügig voranzubringen, dann wird die Anästhesiologie auch eine Vorreiterrolle einnehmen können über die Grenzen des Fachgebietes hinaus, denn z.B. Weiterbildung und Patientensicherheit sind interdisziplinär in der Medizin hoch relevante Themen. So müssen wir in der Anästhesiologie auch in anderen zukunftsträchtigen Themen im Bereich von medizintechnischer und klinischer Forschung und Entwicklung unsere Möglichkeiten wahrnehmen, das Fach als zentrale Schnittstelle in der perioperativen Medizin zu positionieren. Im Bereich der größten Wachstumsmärkte in der Prognose der EU-Kommission, wie E-Health und Telemedizin, hätte gerade die Anästhesiologie die Chance, ihre zukünftige Bedeutung zu demonstrieren [22]. Deshalb dürfen neue Technologien, sei es im IT- oder Monitoring-Bereich, bei Dokumentationssystemen, in der verbesserten und immer mobileren Ultraschalldiagnostik oder in der Videolaryngoskopie nicht lächelnd als „neumodische und unnötige Spielerei“ abgetan werden, sondern müssen aufgegriffen und – hier tatsächlich einmal visionär – genutzt und weiterentwickelt werden, denn bekanntlich kann selbst eine Bestandssicherung nur mit Veränderungen erfolgreich umgesetzt werden.

Last but not least – die Vitalität

Der Begriff der „Vitalität“ ist oftmals mit dem Alterungsprozess verknüpft, und nicht nur unser eigentlich so junges Fach Anästhesiologie muss inhaltlich und personell vor (Über-)Alterung geschützt werden. Tatsächlich macht die anfangs erwähnte demographische Entwicklung vor der Ärzteschaft nicht Halt, was hier am Rande noch erwähnt werden soll. Es besteht nämlich eine weitere, klar absehbare Herausforderung für die Zukunft darin, eine zwangsläufig im Durchschnittsalter ansteigende Anästhesieabteilung fachlich und körperlich vital zu halten durch entsprechende Förder- und Fortbildungsmaßnahmen, intelligente und flexible Dienstplangestaltung etc.

Fazit

Visionen können ferne, bislang vollkommen unbekannte Ziele formulieren oder undenkbare Chancen aufzeigen. Für die zukünftige Vitalität der Anästhesiologie liegen wesentliche Ziele und Notwendigkeiten aber vor, einige sind hier aufgezählt worden. Wir sollten also wissen, wo die Probleme liegen, wie man es anpacken kann und muss und wie man es nicht machen darf. Fehlende Visionen für die Zukunft der Anästhesiologie sind nicht das vordringliche Problem, es gibt keine Geheimnisse, aber klare Erfordernisse für die Zukunft des Fachs. Die bestehenden Chancen müssen „einfach nur“ genutzt und die Aufgaben abgearbeitet werden. Vielleicht besteht gerade ein visionärer Ansatz darin, dass uns die Umsetzung dessen tatsächlich gelingt, was von der Notwendigkeit her schon jetzt vollständig bekannt ist. Helfen Sie mit, damit diese „Vision“ Wirklichkeit wird und nicht zur Halluzination verkommt. Weitere Innovationen sind dafür durchaus von Nöten, und wie sagte Woody Allen so schön: „Wirklich innovativ ist man nur dann, wenn mal etwas danebengegangen ist“.

Literatur

1. Knichwitz G, Wenning M. Gehen Deutschland die Anästhesisten aus? Anästh Intensivmed 2009;50:276-282.
2. Welker A, Baumgart A, Baja J, Schröpl K, Schleppers A. Das Berufsbild des Anästhesisten. Anästh Intensivmed 2010;51:318-327.
3. Stallmach A, Bauer M, Witte OW, Siegmund B. Strategien zur Sicherung des wissenschaftlichen Nachwuchses. Dtsch Arztebl 2011;108(8):380-382.
4. Pasch T. Die Zukunft der Anästhesiologie: vier Säulen oder mehr? Anästh Intensivmed 2010;51:550-558.
5. Schüttler J. Scholz J. Deutsche Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin. DGAI Info. Niederschrift der ordentlichen Mitgliederversammlung der DGAI am 10. Mai 2009 in Leipzig. Anästh Intensivmed 2009;50:488-495.
6. Gries A. Zentrale interdisziplinäre Notaufnahme. Aktueller Stand aus anästhesiologischer Sicht. Anästh Intensivmed 2010;51:338-345.
7. Wong A. From the front lines: a qualitative study of anesthesiologists' work and professional values. Can J Anaesth 2011;58(1):108-117.
8. Schulte-Sasse U. Produktionsdruck im Operationssaal gefährdet Patienten. Anästh Intensivmed 2009;50:552-563.
9. Positionsbestimmung der Bundesärztekammer und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung. Honorarärztliche Tätigkeit in Deutschland. Stand: April 2011. http://baek.de/downloads/honorar-aerzte_26052011.pdf
10. Maslow AH. A Theory of Human Motivation. Psychological Review 1943; 50(4):370-396.
11. Richter-Kuhlmann EA. Medizinstudierende Deutschlands: Optimistischer in die Zukunft. Dtsch Arztebl 2009;106(43): A-2136/B-1832/C-1790.
12. Angerer P, Glaser J, Petru R, Weigl M. Arbeitsbedingungen der Klinikärzte: Gezielte Maßnahmen, die sich lohnen. Dtsch Arztebl 2011;108(15):A-832/B-679/C-679.
13. Tetzlaff JE. Assessment of Competency in Anesthesiology. Anesthesiology 2007;106:812-825.
14. Schädler D, Heinrichs W, Mönk S, Elke G, Zick G, Scholz J. Simulatortraining an der Kieler Universitätsklinik für Anästhesiologie. Anasthesiol Intensivmed Notfallmed Schmerzther 2008;43(6):474-477.
15. Schmidt GN, Fiege M, Goetz AE. Weiterbildung in der Anästhesiologie. Umsetzung am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf. Anaesthesist 2011;60(4):366-374.
16. Radke RM, Hahnenkamp K. Weiterbildung im klinischen Alltag: Bestandsaufnahme und Strategien. Anästh Intensivmed 2007;48:240-250.
17. Schmidt CE, Möller J, Schmidt K, Gerbershagen MU, Wappler F, Limmroth V, Padosch SA, Bauer M. Generation Y – Rekrutierung, Entwicklung und Bindung. Anaesthesist 2011;60(6):517-524.
18. Radke J, Van Aken H. Die ärztliche Weiterbildung in Deutschland – wessen Stiefkind? Anästh Intensivmed 2007;48:238-239.
19. Mellin-Olsen J, Staender S, Whitaker DK, Smith AF. The Helsinki Declaration on Patient Safety in Anaesthesiology. Eur J Anaesthesiol 2010;27(7):592-597.
20. Wiesener S, Kaufner L, Salomon N, Spies C, Weizsäcker K, von Heymann C. Interdisziplinäres Training der „Notsectio“. Anästh Intensivmed 2011;52:336-344.
21. Flin R, Patey R, Glavin R, Maran N. Anaesthetists' non-technical skills. Br J Anaesth 2010;105(1):38-44.
22. Iakovidis I, Purcarea O. eHealth in Europe: from Vision to Reality. Stud Health Technol Inform 2008;134:163-168.

Korrespondenzadresse

Dr. med.
Max Skorning

Klinik für Anästhesiologie
Bereich Notfallmedizin
Universitätsklinikum Aachen
Pauwelsstraße 30
52074 Aachen, Deutschland

Tel.: 0241 80 88179
Fax: 0241 80 82406

E-Mail: mskorning@ukaachen.de

NACHWUCHSKAMPAGNE

MEIN PULS SCHLAG

Chronik

17.07.1961
Gründung des Berufsverbandes Deutscher Anästhesisten (BDA). Eintrag ins Vereinsregister München 20.09.1961.

09.09.1961
Bekanntgabe der Gründung auf der Mitgliederversammlung der Deutschen Gesellschaft für Anästhesie in Genf. Bestätigung des 1. Vorstandes (Vorsitzender: Dozent Dr. Karl Horatz).

1962
Herausgabe des Mitteilungsblattes „Informationen der Deutschen Gesellschaft für Anästhesie und des Berufsverbandes Deutscher Anästhesisten".

1962
Gegengutachten von Walther Weißauer, Regierungsdirektor im Bayerischen Justizministerium: „Arbeitsteilung und Abgrenzung der Verantwortung zwischen Anästhesist und Operateur".

26.01.1963
Erste Mitgliederversammlung des BDA in Frankfurt-Hoechst.

1963
Abrechenbarkeit von Anästhesieleistungen nach „Zeiteinheiten".

16.01.1964
Beschluss des Präsidiums, „Obleute" für die einzelnen Kammer- bzw. KV-Bereiche zu wählen (Vorläufer der späteren Landesverbandsvorsitzenden).

1964
1. Interdisziplinäre Vereinbarung mit der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie („Richtlinien für die Stellung des leitenden Anästhesisten").

1965
Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) mit 56 abrechenbaren Positionen für den Anästhesisten.

24.04.1965
Ausschuss für Gebührenfragen – veranlasst durch die Einführung der GOÄ: Federführung Dr. Walter Ehmann (Ludwigsburg), später Dr. Othmar Zierl (München).

24.04.1965
Ausschuss für Vertragsfragen. Federführung Dr. Hans Wolfgang Opderbecke.

1969
Mustervertrag für leitende Anästhesisten (H.W. Opderbecke und W. Weißauer).

1969 BDA: > 500 Mitglieder

08.11.1970
BDA-Satzungsänderung: Gründung von Landesverbänden mit Landesvorsitzenden.

1970
Herausgabe der Zeitschrift „Anästhesiologische Informationen" (später „Anästhesiologie und Intensivmedizin"). Schriftleitung: Dr. Charlotte Lehmann.

06.03.1971
1. Bayerischer Anästhesistentag, München

 © Anästh Intensivmed 2011;52:648-654 Aktiv Druck & Verlag GmbH

1974 BDA: > 1.000 Mitglieder

29.01.1977
Gründungssitzung der „Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Intensivmedizin“ (DIVI) in Frankfurt/Main. Schriftführer: Prof. Dr. Hans Wolfgang Opderbecke.

16.11.1977
Gründung der „Deutschen Akademie für Anästhesiologische Fortbildung“ (DAAF) durch die DGAW und den BDA.

1978
Erste BDA-Umfrage zur „Situation der Anästhesiologie in Deutschland“ (mit nachfolgenden Umfragen 1980, 1983, 1985, 1989, 1994, 1998, 2003 und 2010).

1978
Umbenennung der Verbandszeitschrift in „Anästhesiologie und Intensivmedizin“, herausgegeben von DGAI und BDA.

1979
Beginn der Zusammenarbeit zwischen dem BDA und dem namhaften Hamburger Versicherungsmakler FUNK.

1981
BDA gründet ein eigenes Versicherungsreferat unter der Leitung von Dr. Othmar Zierl in München.

1981
Implementierung der für alle BDA-Mitglieder obligatorischen Strafrechtsschutz-versicherung auf Initiative von Dr. med. h.c. Walther Weißauer.

1982
Fachkommentar GOÄ (Herausgeber: H. Weigand, W. Weißauer, O. Zierl).

1982 BDA: > 2.000 Mitglieder

1983
Erwerb des Anwesens Obere Schmiedgasse 11 in Nürnberg.
Errichtung einer gemeinsamen Geschäftsstelle von DGAI und BDA.

1983
Herausgabe der Broschüre „Entschließungen – Empfehlungen – Vereinbarungen“ durch Prof. Dr. H. W. Opderbecke und Dr. h.c. W. Weißauer.

1984
Erweiterung der Gruppenrechtsschutzversicherung.

1984
Die DAAF wird Mit-Herausgeberin der Verbandszeitschrift „Anästhesiologie und Intensivmedizin“.

1984
Dr. med. h.c. W. Weißauer als Ministerialdirigent im Ruhestand.
Seit 01.03.1984 formal als Justitiar für den BDA tätig (bis 2002).

1984 BDA: > 3.000 Mitglieder

25.06.1985
Gründung der „Medizinischen Congressorganisation Nürnberg GmbH“ (MCN) mit dem BDA als alleinigem Gesellschafter.

1985 BDA: > 4.000 Mitglieder

1986
25-jähriges Jubiläum des BDA.

01.03.1986
Rahmenvertrag „Zusatzhaftpflichtversicherung für Ärzte“ abgeschlossen.

1986
„Memorandum“ zur Situation der niedergelassenen Anästhesisten des Berufsverbandes Deutscher Anästhesisten.

1986
Schaffung der Ernst-von-der Porten-Medaille als Ehrung des BDA.

1987
Referat für Gebührenfragen des BDA institutionalisiert – unter Leitung von Dr. Heribert Weigand.

01.07.1987
Obligatorische Gastarzthaftpflichtversicherung abgeschlossen.

1987 BDA: > 5.000 Mitglieder

01.07.1987
Prof. Dr. H.W. Opderbecke zieht nach Beendigung seiner klinischen Tätigkeit mit dem gesamten Aktenmaterial in die Obere Schmiedgasse in Nürnberg um.

01.10.1988
Dr. iur. Elmar Biermann als weiterer Justitiar beider Verbände eingestellt.

1988
Herausgabe der Broschüre „Versicherungsservice und Rechtsschutz“ des BDA.

01.04.1988
Rahmenvertrag „Unfallversicherung für Ärzte“ abgeschlossen.

21.04.1988
Obligatorische Praxisvertreterhaftpflichtversicherung abgeschlossen.

1989
Herausgabe der „Niederlassungsbroschüre“ durch den BDA.

1989
Dr. Heribert Weigand Leiter des „Referat Gebührenfragen“ des BDA in der Nachfolge von Dr. Othmar Zierl.

1989
Beginn der Führungsseminare des BDA.

1989
Stiftung der Anästhesie-Ehrennadel des BDA für 25-jährige Mitgliedschaft und (in Gold) für besondere Verdienste.

23.10.1990
Auflösung der Gesellschaft für Anaesthesiologie und Intensivtherapie der DDR (GAIT).

1990
Die DGAI-Landesvorsitzenden der fünf „neuen“ Bundesländer nehmen in Personalunion zusätzlich berufspolitische Interessen wahr.

30.09.1990
Satzungsänderung (Mitglieder in Weiterbildung werden zu ordentlichen Mitgliedern).

1990 / 1991
Gründung der ostdeutschen Landesverbände des BDA in Sachsen-Anhalt, Mecklenburg-Vorpommern, Brandenburg und Thüringen sowie Gründung eines gemeinsamen Landesverbandes für Gesamtberlin.

01.08.1992
Rahmenvertrag „Berufsunterbrechungsversicherung für Ärzte“ abgeschlossen.

01.10.1992
Rahmenvertrag „Elektronik-Versicherung“ zur Absicherung z.B. von Schäden an der elektronischen Ausstattung der Anästhesiepraxis abgeschlossen.

1993
Erwerb einer größeren Geschäftsstelle in der Roritzerstraße 27 in Nürnberg.
Hier wurde auch später das Archiv der Deutschen Anästhesie eingerichtet.

01.05.1993
Einstellung des Diplom-Sozialwirts Holger Sorgatz als hauptamtlicher Geschäftsführer von DGAI und BDA.

1994
Frau Alexandra Hisom M.A. (seit 1988 in der Geschäftsstelle) auch Redakteurin der Verbandszeitschrift „Anästhesiologie & Intensivmedizin“.

1994 BDA: > 10.000 Mitglieder

1994
Rundschreiben der Geschäftsstelle (H. Sorgatz) mit aktuellen berufspolitischen Themen zur Information der Funktionsträger und der Landesvorsitzenden.

06.01.1995
Gründungsitzung der ständigen „Kommission niedergelassener Anästhesisten“ (KONA) im BDA unter Leitung von Arno de Pay, später Elmar Mertens – wobei jedem Kommissionsmitglied ein gesonderter Aufgabenbereich zugeordnet wurde.

1996
Internetanschluss (E-Mail) der Geschäftsstelle.

14.08.1996
Einstellung von Frau Ass. iur. Evelyn Weis zur Verstärkung der Rechtsabteilung und als Versicherungsreferentin.

1996
Einheitlicher Bewertungsmaßstab (EBM) in der Gebührenkommission des BDA unter Hinzuziehung von Dr. Arno de Pay bearbeitet.

1997
Integrierung des seit Anfang der 1980er von Dr. Othmar Zierl begründeten Versicherungsreferates in die Geschäftsstelle – unter der Leitung von Frau Ass. iur. Evelyn Weis.

22.11.1997
Erste Bundesversammlung der vertragsärztlich tätigen Mitglieder des BDA.
Verabschiedung der „Frankfurter Resolution“ der niedergelassenen Anästhesisten.

1997
Beschluss des BDA-Präsidiums, den Generalsekretär der DGAI als ständigen Gast des Präsidiums des BDA zu kooptieren.

01.03.1998
Rahmenvertrag „Berufshaftpflichtversicherung“ auf Initiative von Prof. Dr. h.c. W. Weißauer abgeschlossen.

01.04.1998
„Referat für den Vertragsärztlichen Bereich“ des BDA unter der Leitung von Elmar Mertens (zunächst neben-, ab 2008 hauptamtlich), in enger Zusammenarbeit mit der Rechtsabteilung.

1998
„Arbeitskreis Anästhesie und Recht“ konstituiert.

1998
Dr. Heribert Weigand beendet seine Tätigkeit als Leiter der Gebührenkommission. Untergliederung der Kommission in die Unterkommissionen „GOÄ“ und „EBM“.

1999
Internet-Auftritt des BDA.

1999
Dr. Alexander Schleppers, Gesundheitsökonom (ebs) und Facharzt für Anästhesiologie. Beratervertrag als Leiter des Referates für Gebührenfragen des BDA.

1999
Anästhesiekommentar zur GOÄ – Ein Beitrag zur Qualitätssicherung der Privatliquidation (Herausgeber: A. Schleppers und W. Weißauer). Fortschreibung des Fachkommentars GOÄ von 1982.

2000
Entwicklung des Liquidationsprogramms „narLIS“ durch Dr. Alexander Schleppers.

2001
Schaffung der „Ehrenstatue“ (Hypnos) als höchste Ehrungsmöglichkeit des BDA.

2001
40-jähriges Jubiläum des BDA.

2001 BDA: > 12.000 Mitglieder

2001
Herausgabe der „JUS-Letter“ der Rechtsabteilung.

2003
50-jähriges Jubiläum der DGAI.

2003
Umwandlung des „Referates für Gebührenfragen“ in „BDA-Referat für Krankenhausmanagement und -ökonomie“ unter der Leitung von Dr. Alexander Schleppers.

01.04.2004
Dr. Alexander Schleppers mit der neuen Position des „Ärztlichen Geschäftsführer von BDA und DGAI“ betraut – in kollegialer Zusammenarbeit mit dem bisherigen alleinigen Geschäftsführer Dipl.-Sozw. Holger Sorgatz und dem Justitiar Dr. iur. Elmar Biermann.

2004
„Münsteraner Erklärung I“ zur Parallelnarkose.

2004
Beginn der Managementseminare (Führungskompetenz, Konfliktmanagement, OP-Management).

22.06.2004
Gründungsversammlung des „Forum Qualitätsmanagement und Ökonomie“ auf dem DAC 2004.

11.11.2006
Bundesversammlung der vertragsärztlich tätigen Mitglieder des BDA mit Verabschiedung der „Frankfurter Erklärung 2006“.

2006
BDA-Jobbörse online.

2006
E-learning-Portal des BDA gestartet.

2006
SOP-Tauschbörse des BDA geschaffen.

2006 BDA: > 15.000 Mitglieder

2007
„Münsteraner Erklärung II“ zur Parallelnarkose.

2007
Aufwertung der Anästhesie-Ehrennadel in Silber durch Überreichung im Rahmen einer Mitgliederversammlung verbunden mit einer schriftlichen Laudatio.

01.07.2007
Rahmenvertrag „Anschluss-Rechtsschutzversicherung“ abgeschlossen.

2008
Aufstockung des „BDA-Referat für den vertragsärztlichen Bereich“ auf eine Vollzeitstelle (E. Mertens).

2008
Weiterbildungsportal online.

2008
Gründungsversammlung des „Forums Vertragsärztliche Anästhesie“ des BDA auf den DAC 2008.

2009
Arbeitskreis „Palliativmedizin“ gegründet.

2009
Statistik der Bundesärztekammer weist 14.354 Fachärzte für Anästhesiologie an Krankenhäusern aus – bei einem Facharztdurchschnitt je Abteilung von 12,2.

2010
Schriftführer des BDA als „beratendes Mitglied“ im Engeren Präsidium der DGAI.

2010
Einstellung von Frau Diplom-Sozialwirtin Tina Dichtjar als Gesundheitsreferentin – insbesondere für den Bereich „Patientensicherheit“.

2010
Urteilssammlung des BDA online.

2010
Helsinki Declaration on Patient Safety in Anaesthesiology.

2010
„CIRS-AINS“ Datenbank online – gemeinsam mit dem Ärztlichen Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ).

2010
Start der Nachwuchskampagne „Mein Pulsschlag“ durch den BDA.

2011
5. Auflage der „Entschließungen, Empfehlungen, Vereinbarungen“.

2011
Plattform „PATSI“ - Patientensicherheit in der Anästhesiologie initiiert.

2011
50-jähriges Jubiläum des BDA.

2011 BDA: 17.000 Mitglieder

Präsidenten des BDA

1961 - 1963
Prof. Dr. med.
Karl Horatz, Hamburg

1980 - 1987
Dr. med. Peter Uter,
Hannover

1964 - 1965
Prof. Dr. med.
Karl-H. Bräutigam,
Stuttgart

1988 - 1993
Dr. med.
Klaus Zinganell,
Kassel

1966 - 1973
Prof. Dr. med.
Walter F. Henschel,
Bremen

1994 - 2011
Prof. Dr. med.
Bernd Landauer,
Ottobrunn

1974 - 1979
Prof. Dr. med.
Karl Hutschenreuter,
Homburg/Saar

Zusammenstellung der Chronik: Klaus Fischer, Bernd Landauer, Holger Sorgatz

Laudationes

Verleihung der Ehrenstatue des BDA für herausragende Verdienste

(Beschluss von Präsidium und Ausschuss des BDA vom 23./24. März 2001)

Dr. med. Charlotte Lehmann, München	2001
Prof. Dr. med. Hans Wolfgang Opderbecke, Nürnberg	2001
Prof. Dr. med. h. c. Walther Weißauer, Nürnberg	2001
Prof. Dr. med. Klaus Fischer, Bremen	2008
Prof. Dr. med. Bernd Landauer, Ottobrunn	2011

LAUDATIONES

Dr. med. Charlotte Lehmann

Anläßlich seines 40jährigen Bestehens verleiht der Berufsverband Deutscher Anästhesisten Frau Dr. med. Charlotte Lehmann, initiatives Gründungsmitglied des Verbandes, in Würdigung Ihres Lebenswerkes für die Entwicklung des Anästhesiologie in der Bundesrepublik Deutschland die Ehrenstatue des BDA für herausragende Verdienste.

Charlotte Lehmann wurde in Pyritz/Pommern geboren und studierte nach ihrem Abitur in Oppeln Medizin in Breslau, Wien und Kiel, wo sie ihr medizinisches Staatsexamen ablegte. Nach ihrer Zeit als Volontärassistentin im Landeskrankenhaus Neustadt/Holstein und an der Universitäts-Frauenklinik in Kiel promovierte sie dort am Gerichtsmedizinischen Institut zum Doktor der Medizin. Frau Dr. Lehmann wechselte anschließend nach München und war von 1949 bis 1952 Assistenzärztin an der Chirurgischen Abteilung des Städtischen Krankenhauses München rechts der Isar. Während dieser Zeit erwachte ihr Interesse an der Anästhesie und der damals noch in den Kinderschuhen steckende Intensivmedizin, was sie dazu bewog, ein Jahr unter Prof. L. Zürn an der Anästhesieabteilung der Chirurgischen Universitätsklinik München ihre Kenntnisse in diesem neuen Fach zu vertiefen. Nach Auslandsaufenthalten in der Schweiz, England, Frankreich und den USA erwarb sie 1953 als eine der Ersten in Deutschland die im gleichen Jahr eingeführte Facharztanerkennung für Anästhesie. Drei Jahre später komplettierte sie ihre Weiterbildung mit der Facharztanerkennung für Chirurgie.

Auf der Grundlage dieser breit gefächerten Weiterbildung begann Frau Lehmann 1954 mit großem Engagement zunächst als Oberärztin und später als Chefärztin am Städtischen Krankenhaus rechts der Isar eine Anästhesieabteilung mit einer der ersten Intensivstationen Deutschlands aufzubauen. Gleichzeitig richtet sie in dieser Klinik einen selbständigen Blutspendedienst ein.

1972 wechselte Charlotte Lehmann als Chefärztin der Anästhesieabteilung in das neu erbaute Städtische Krankenhaus München-Neuperlach, deren Charakter sie bis zu ihrer Pensionierung im Jahre 1987 nachhaltig prägte.

Schon früh erkannte Frau Dr. Lehmann, daß es nicht ausreichte, sich „nur“ um die „männer-dominierte“ Fortentwicklung des Fachgebietes in Wissenschaft und Forschung zu bemühen, sondern daß diese Aktivitäten eine berufspolitische Entsprechung finden müssen. So faßte der Vorstand der DGA im April 1961 auf ihre Initiative den Beschluß, den Berufsverband Deutscher Anästhesisten zu gründen, der sich am 19. September 1961 im Rahmen des Zentraleuropäischen Anästhesiekongresses in Genf konstituierte. Zeitgleich konnte sie den damaligen Regierungsdirektor im Bayerischen Justizministerium, Walther Weißauer, dafür gewinnen, die Gleichberechtigung von Anästhesist und Chirurg rechtswissenschaftlich zu begründen und in einem bahnbrechenden Gutachten zur Arbeitsteilung und Abgrenzung der Verantwortung zwischen Anästhesist und Operateur zu verankern, das in der Folge weit über die Grenzen dieser Fächer hinaus Wirkung zeigte.

Nach der von Charlotte Lehmann veranlaßten Eintragung des Berufsverbandes Deutscher Anästhesisten (BDA) in das Vereinsregister am Amtsgericht München am 20. September 1961 übernahm sie das Amt der Schriftführerin des BDA, das sie bis 1972 ausübte.

Ein weiteres Verdienst von Frau Charlotte Lehmann ist mit dem offiziellen Organ von BDA und DGAI, der heutigen „Anästhesiologie & Intensivmedizin“, verbunden.

Diese heute mit einer Auflage von über 23.000 Exemplaren anerkannte medizinische Fachzeitschrift wurde von Charlotte Lehmann zu Beginn des Jahres 1960 unter dem Titel „Informationen der Deutschen Gesellschaft für Anästhesie“ gegründet, dann als „Anästhesiologische Informationen“ geführt und 1970 zu einer der Fortbildung und Berufspolitik gewidmeten renommierten Fach- und Verbandszeitschrift weiterentwickelt.

Mit Frau Dr. Charlotte Lehmann wird eine Persönlichkeit geehrt, die zum „harten Kern“ der Gründungsgeneration unseres Faches gehört. Ihr klinisches, wissenschaftliches und vor allem berufspolitisches Engagement sowie ihre hohe soziale Kompetenz haben Entscheidendes dazu beigetragen, der Anästhesiologie in Deutschland zu der ihr gebührenden Anerkennung zu verhelfen. Daneben ist das erfolgreiche Wirken von Frau Dr. Charlotte Lehmann in der 1953 gegründeten Deutschen Gesellschaft für Anästhesie, der Vorgängerin der heutigen DGAI, zu erwähnen, deren Schriftführerin sie von 1958 bis 1972 war.

Bei all diesem darf nicht vergessen werden, daß Charlotte Lehmann, über Deutschlands Grenzen hinaus auch als „die Lady“ bekannt, in der Anästhesie bereits von Anfang an eine Position innehatte, von der viele Frauen auch heute noch nur träumen können.

Das Fachgebiet hat die herausragenden Verdienste von Frau Dr. Charlotte Lehmann durch eine Reihe von Ehrungen gewürdigt, von denen hier nur die Ehrenmitgliedschaft im BDA, die Verleihung der Heinrich-Braun-Medaille der DGAI sowie der Ernst-von-der-Porten-Medaille des BDA genannt werden sollen.

Als Ausdruck tief empfundener Dankbarkeit und Hochachtung vor ihrer Person und ihrem Lebenswerk erhält Frau Dr. Charlotte Lehmann als erste Laureatin die Ehrenstatue des BDA für herausragende Verdienste.

„Wenn Du etwas erklärt haben willst,
frage einen Mann,
willst Du etwas erledigt haben,
bitte eine Frau.“ (M. Thatcher)

LAUDATIONES

Prof. Dr. med. Hans Wolfgang Opderbecke

Mit der Überreichung der Ehrenstatue des BDA für besondere Verdienste würdigt der Berufsverband Deutscher Anästhesisten das Lebenswerk einer Persönlichkeit, die die Entwicklung der Anästhesiologie vor allem auf dem berufspolitischen Sektor über mehr als 30 Jahre maßgeblich mit gestaltet und geprägt hat.

Prof. Dr. med. Hans Wolfgang Opderbecke wurde am 5. Juni 1922 in Düsseldorf geboren und begann während des Krieges das Medizinstudium zunächst an der Universität Köln und dann an der Medizinischen Akademie – jetzt Heinrich-Heine-Universität – zu Düsseldorf, an der er 1950 sein medizinisches Staatsexamen ablegte und zum Doktor der Medizin promovierte. Nach seiner Pflichtassistentenzeit in Innerer Medizin begann Opderbecke an der Chirurgischen Lungenheilstätte Holsterhausen seine Weiterbildung zum Lungenfacharzt. Dabei erwachte sein Interesse an dem damals noch jungen Fach Anästhesie. So war es nur folgerichtig, daß Opderbecke nach Abschluß der Weiterbildung zum Facharzt für Lungenkrankheiten im Jahre 1957 seine Aktivitäten in diese Richtung lenkte und 1960 den Facharzt für Anästhesie erhielt. Mittlerweile als Anästhesist an die Chirurgische Klinik der Städtischen Krankenanstalten Nürnberg, eines der größten kommunalen Krankenhäuser Deutschlands, berufen, um dort eine selbständige Anästhesieabteilung aufzubauen, wurde er 1962 zum Leitenden Arzt des dortigen, neugeschaffenen Institutes für Anästhesiologie bestellt.

In den Jahren seiner aktiven klinischen und wissenschaftlichen Tätigkeit widmete sich Opderbecke insbesondere dem Aufbau und der Entwicklung der Intensivmedizin in Deutschland sowie mediko-legalen Themen, über die er sich 1977 mit der Schrift „Anästhesie und ärztliche Sorgfaltspflicht“ an der Medizinischen Fakultät der Friedrich-Alexander-Universität Erlangen/Nürnberg habilitierte.

Professor Opderbecke hat sich schon früh sowohl in unserer wissenschaftlichen Fachgesellschaft als auch im Berufsverband Deutscher Anästhesisten engagiert. Letzterem trat er bereits 1962, also ein Jahr nach seiner Gründung bei. Durch sein nüchternes, zielstrebiges und beharrliches Engagement profilierte er sich rasch zu einem anerkannten Repräsentanten der deutschen Anästhesie. Dies veranlaßte die damalige Deutsche Gesellschaft für Anästhesiologie und Wiederbelebung ihn für die Jahre 1967 und 1968 zu ihrem Präsidenten zu wählen und ihn seitdem bis 1992 lückenlos mit verschiedenen Aufgaben im Präsidium, zunächst als Schriftführer und ab 1977 mit der neu geschaffenen Position des Generalsekretärs zu betrauen. Der BDA übertrug ihm 1972 die Funktion des Schriftführers im Präsidium, die er ebenfalls bis 1993 ausübte. In diesem Amt fungierte Opderbecke gleichsam als Klammer und Mittler der Verbände, was sich äußerst positiv auf das in dieser Zeit Erreichte auswirkte.

Neben diesen langjährigen Funktionen in den Präsidien beider Verbände übernahm Opderbecke im Jahre 1973 von Frau Dr. Charlotte Lehmann die Schriftleitung der Zeitschrift „Anästhesiologischen Informationen“, seit 1979 umfirmiert in „Anästhesiologie & Intensivmedizin“, die er bis 1993 innehatte. In dieser Zeit entwickelte er die Zeitschrift auf der von Charlotte Lehmann geschaffenen Basis zu einer allseits anerkannten Stimme im Chor der medizinisch-wissenschaftlichen Fachzeitschriften des Fachgebietes und darüber hinaus zu einer berufspolitischen Plattform, auf die der BDA zu Recht stolz sein kann. Ehrenamtlich fungierte Opderbecke zwischen 1978 - 1993 als Geschäftsführer der gemeinsamen Geschäftsstelle von BDA und DGAI in Nürnberg.

Professor Opderbecke hat in den über 30 Jahren seines berufs- und verbandspolitischen Wirkens, dessen Effekte weit über das Heute hinausreichen, für das Fachgebiet ein Rüstzeug geschaffen, auf das hier nur punktuell eingegangen werden kann. Beispielhaft sind in diesem Zusammenhang die mittlerweile in der fünften, knapp 800 Seiten starken Auflage erschienenen Sammlung der „Entschließungen • Empfehlungen • Vereinbarungen", deren überwiegende Zahl der Beiträge die Handschrift des berufspolitischen „Erfolgsduos" Opderbecke / Weißauer tragen, zu nennen. Ferner sei an die ebenfalls gemeinsam mit Weißauer erstellte Sammlung von Vertragsmustern, Strukturmodellen und Organisationsformen oder an die Durchführung von Fachtagungen zu aktuellen Fragen, wie z.B. zum ambulanten Operieren 1993 in Nürnberg, erinnert. Eine wahre Fundgrube für medizin-historisch Interessierte ist die gemeinsam mit Lawin und Schuster in „Der Anaesthesist" publizierte 20folgige Abhandlung über „Die geschichtliche Entwicklung der Intensivmedizin in Deutschland". Darüber hinaus hat Opderbecke mit einer Vielzahl von Beiträgen zu mediko-legalen Fragen, oftmals gemeinsam mit W. Weißauer, Wege aufgezeigt, die dem Anästhesisten in Klinik und Praxis Rechtssicherheit bieten.

Herr Professor Opderbecke kann mit Fug und Recht als „Grandseigneur der deutschen Anästhesie" gelten. Er ist Ehrenmitglied der Deutschen Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin, des Berufsverbandes Deutscher Anästhesisten, des Verbandes der Leitenden Krankenhausärzte Deutschlands, der Deutschen interdisziplinären Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin, deren Schriftführer er von 1977 bis 1990 war, und Träger weiterer Auszeichnungen, wie der Ernst-von-der-Porten-Medaille des BDA und der Wolfgang-Müller-Osten-Medaille des Berufsverbandes Deutscher Chirurgen. Der Präsident der Bundesrepublik Deutschland verlieh ihm 1988 das Bundesverdienstkreuz 1. Klasse.

Der Berufsverband Deutscher Anästhesisten ist stolz, Hans Wolfgang Opderbecke, anläßlich seines Ausscheidens aus dem Präsidium von dem damaligen BDA-Präsidenten, Klaus Zinganell, „als Lotse des BDA" treffend charakterisiert, in Würdigung seines Lebenswerkes mit der Ehrenstatue des BDA für herausragende Verdienste auszeichnen zur dürfen.

„Wer nur um Gewinn kämpft,
erntet nichts,
was der Mühe wert ist." (A. de Saint Exupéry)

LAUDATIONES

Prof. Dr. med. h.c. Walther Weißauer

Mit der Überreichung der Ehrenstatue des Berufsverbandes Deutscher Anästhesisten für herausragende Verdienste an Prof. Dr. med. h.c. Walther Weißauer würdigt der BDA das Lebenswerk eines Mannes, dessen Bedeutung nicht nur für die Anästhesie, sondern die gesamte Medizin Deutschlands nicht hoch genug einzuschätzen ist.

Geboren am 10. November 1921 in Freising, absolvierte Weißauer das dortige humanistische Domgymnasium und wurde kurz nach Beginn seines Jurastudiums im April 1941 zur Wehrmacht eingezogen. Nach einer schweren Kriegsverletzung setzte Weißauer sein Studium fort, das er 1948 mit dem Assessorexamen abschloß. Gleich anschließend folgte seine Berufung an das Bayerische Staatsministerium der Justiz, für das er als Abteilungsleiter viele Jahre die Bayerische Staatsregierung im Rechtsausschuß des Deutschen Bundesrates bis zu seiner Pensionierung am 1. März vertrat.

Bereits 1961, dem Gründungsjahr des Berufsverbandes Deutscher Anästhesisten, übernahm Weißauer auf Initiative von Frau Dr. Charlotte Lehmann – damals erste Schriftführerin des BDA – die Aufgabe, ein Rechtsgutachten zur Frage der Arbeitsteilung und Abgrenzung der Verantwortung zwischen Anästhesist und Operateur zu erstellen. In diesem im wahrsten Sinne des Wortes bahnbrechenden Gutachten wurde der sogenannte „Vertrauensgrundsatz“ bei der „horizontalen“ Arbeitsteilung von Ärzten unterschiedlicher Fachgebiete formuliert und so die fachliche Selbständigkeit des Anästhesisten gegenüber dem bis dato nahezu omnipotenten Operateur rechtlich gesichert. Obwohl die Anästhesie als eigenes Fachgebiet formal bereits seit 1953 existierte, verhalf erst dieses Gutachten der Eigenständigkeit unseres Faches zum praktischen Durchbruch. Dieser damals geknüpfte Kontakt zur Anästhesiologie war für Weißauer der Ausgangspunkt für eine zweite, nicht minder erfolgreiche Kariere, in der er zunächst neben- und dann nach seiner Pensionierung hauptamtlich als Justitiar des Berufsverbandes Deutscher Anästhesisten und beratend für die Deutsch Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin tätig wurde.

In dieser Funktion widmete sich Weißauer u.a. vier großen Themenkreisen, denen er mit über 500 Publikationen und unzähligen Vorträgen wichtige Impulse gab und bleibende Standards setzte: Es waren dies zunächst die rechtliche Stellung des Anästhesisten in der interdisziplinären Zusammenarbeit der medizinischen Fächer und das Problem der ärztlichen Aufklärung, wo sich sein mittlerweile klassisches Konzept der Stufenaufklärung nicht nur für die Anästhesisten, sondern für sämtliche Fächer als Königsweg aus dem bis dato herrschenden Aufklärungsdilemma erweisen sollte. Später waren es Fragen nach den Grenzen der ärztlichen Behandlungspflicht, eng verbunden mit der praktischen Realisierung des Selbstbestimmungsrechtes der Patienten etwa in Form von Vorsorgevollmacht und Patientenverfügung.

Am Rande, gleichsam „mit links“ löste er zahlreiche Probleme des immer komplizierter werdenden Liquidationsrechtes, was im gerade wieder neu – zusammen mit A. Schleppers – erarbeiteten „Anästhesiekommentar zur GOÄ“, ursprünglich gemeinsam mit H. Weigand und dem unvergessenen O. Zierl herausgegeben, seinen augenfälligen Niederschlag findet. So wie hiermit ein entscheidender Beitrag zur Qualitätssicherung der Privatliquidation geleistet wurde, so geht die gemeinsam mit H.W. Opderbecke übernommene Herausgabe der „Entschließungen • Empfehlungen • Vereinbarungen • Leitlinien“ von DGAI und BDA in dieselbe Richtung, wobei die diesbezüglichen

Fundamente bereits zu einer Zeit gelegt wurden, als der heute viel strapazierte Begriff Qualitätssicherung für die meisten ein noch unbeschriebenes Blatt war. Heute sind beide Werke, neu aufgelegt und aktualisiert, unverzichtbare Informationsquellen für den Anästhesisten.

Als außerordentlich glücklich erwies sich der Umstand, daß Weißauer auch beim Berufsverband der Deutschen Chirurgen als Justitiar tätig war und so – gleichsam als ehrlicher Makler – zahlreiche Probleme bereits im Vorfeld und zur Zufriedenheit aller Beteiligter lösen und damit Entscheidendes zu dem bemerkenswert guten Verhältnis zwischen Chirurgen und Anästhesisten beitragen konnte.

Von den unzähligen Initiativen Weißauers, deren Aufzählungen bereits den Rahmen jeder Laudatio sprengen würde, seien noch der Schutz der BDA-Mitglieder durch Konzipierung eines bedarfsgerechten Versicherungsschutzes sowie die Gründung der Medizinischen Congreßorganisation Nürnberg (MCN) 1985 erwähnt. Letztere ermöglichte es zunächst BDA und DGAI, heute jedoch – als einschlägig spezialisierter Dienstleister – allen medizinischen Disziplinen die professionelle und wirtschaftlich sichere Abwicklung von Fachtagungen und Kongressen nahezu jedweden Zuschnitts.

Walther Weißauer zeichnet sich durch eine beneidenswerte Kombination von Scharfsinn, Vorausblick, Verhandlungsgeschick, unternehmerischem Elan und bajuwarischem Pragmatismus aus, die nur bei den Wenigsten in dieser glücklichen und produktiven Mischung zu finden ist. Diese Gaben, gepaart mit eben soviel Beharrlichkeit und Liebenswürdigkeit, Lebensklugheit und persönlicher Bescheidenheit machen ihn zu einem ausgesprochen gefragten Ansprech- und Verhandlungspartner.

Es ist daher nur zwangsläufig, daß die Wertschätzung und Dankbarkeit unserer Verbände und damit unseres Fachgebietes gegenüber Walther Weißauer bereits in zahlosen Ehrungen ihren Niederschlag fanden. Sie reichen von der Ehrenmitgliedschaft von BDA und DGAI über die Verleihung der Ernst-von-der-Porten-Medaille des BDA und der Heinrich-Braun-Medaille der DGAI bis hin zur Ernst-von-Bergmann-Plakette der Bundesärztekammer und des Großen Verdienstkreuzes des Verdienstordens der Bundesrepublik Deutschland.

Anläßlich seines 40jährigen Jubiläums würdigte der Berufsverband Deutscher Anästhesisten Herrn Prof. Dr. h.c. W. Weißauer mit der Überreichung der Ehrenstatue des BDA für herausragende Verdienste für sein Lebenswerk, daß nicht nur der jetzigen Generation von Anästhesisten von unschätzbarem Nutzen ist, sondern in seinen Auswirkungen noch weit in die Zukunft und über die Anästhesie hinaus reicht.

„Wenn der Wind notwendiger Veränderungen weht,
so bauen die einen Mauern,
die anderen Windmühlen." (Chin. Sprichwort)

LAUDATIONES

Prof. Dr. med. Klaus Fischer

Mit der Überreichung der Ehrenstatue des Berufsverbandes Deutscher Anästhesisten für herausragende Verdienste an Herrn Prof. Dr. med. Klaus Fischer würdigt der BDA das Lebenswerk eines Mannes, dessen Bedeutung für die berufspolitische Arbeit des BDA und damit für die Anästhesiologie in Deutschland und ihre Verbände nicht hoch genug einzuschätzen ist. Prof. Fischer gehört zu den „anästhesiologischen Urgesteinen", die im Berufsverband Deutscher Anästhesisten und in der Deutschen Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin über Jahrzehnte Beweis dafür erbrachten, dass das Festhalten an Bewährtem und das Entwickeln und Durchsetzen von Innovationen keine Gegensätze sein müssen, sondern durchaus zwei Seiten ein und derselben Medaille darstellen können.

Das Lebenswerk Professor Fischers im Rahmen dieser Laudatio ausführlich darzustellen, würde den vorgegebenen Rahmen sprengen und letztlich auch nicht seinem Naturell entsprechen. Klaus Fischer ist kein Mann großer Worte, der das Rampenlicht der Aufmerksamkeit sucht, sondern eher „Graue Eminenz" im Hintergrund. Es sind nicht die großen, singulären Erfolge, die es natürlich auch gegeben hat, die ihn für die Anästhesiologie so wertvoll machen. Es ist vielmehr der Ernst und die Sorgfalt, mit der Fischer die von ihm bereitwillig übernommenen oder selbstgestellten Aufgaben erfüllt. Es ist sein analytischer Verstand, der vieles auf den ersten Blick Selbstverständliches, vielfach beiläufig und zwischen zwei hastigen Zigarettenzügen, kritisch hinterfragt und dabei überraschend häufig und treffsicher auf Schwachstellen stößt. Dazu kommt, dass auch seiner Ansicht nach, „die Wahrheit nichts zu tun hat mit der Zahl der Leute, die von ihr überzeugt sind" (Paul Claudel). Es ist sein profundes Wissen und, als langjähriger Schriftführer beider Verbände, sein enzyklopädisches „Verbandsgedächtnis", verbunden mit einer beneidenswerten Fähigkeit zum „Querdenken", die oft erfolgreich verhindert hat, dass man sich in den Gremien bei komplexen und unübersichtlichen Problemen im Kreise drehte. All diese Eigenschaften sind gepaart mit einer von ihm oft selbstironisierend ins Feld geführten norddeutschen Unaufgeregtheit und seiner von Manchem häufig – sicher zu Unrecht – als zu unterkühlt empfundenen Gradlinigkeit.

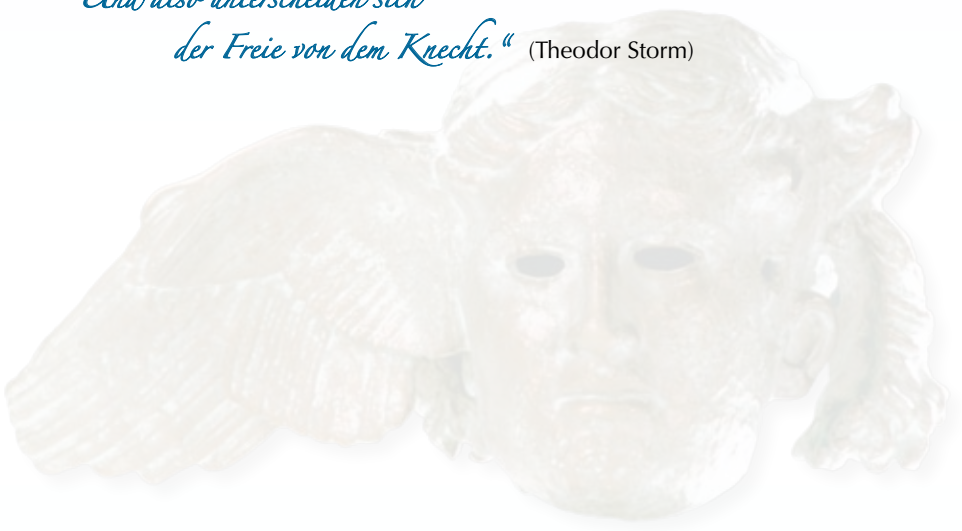
Mit diesen Eigenschaften ausgestattet, löste der 1936 in Berlin geborene, durch Ausbildung und Berufstätigkeit zu einem typischen „Nordlicht" gereifte Klaus Fischer die sich ihm stellenden Aufgaben mit beachtlichem Erfolg: 26 Jahre Chefarzt der Abteilung für Anästhesie und Operative Intensivmedizin der heutigen Evangelischen Diakonie Krankenhaus gGmbH Bremen; 20 Jahre Landesvorsitz von BDA und DGAI in Bremen; Vertreter der Landesvorsitzenden im Präsidium der DGAI; Präsident der DGAI (1989/1990); anschließend zehn Jahre Schriftführer der DGAI; 1994-2007 Schriftführer im Präsidium des BDA und damit wertvolle „Schnittstelle" zwischen beiden Verbänden sowie Vertreter der deutschen Anästhesiologie in der Europäischen Vereinigung der Fachärzte (UEMS). Fischer war überdies Vorsitzender zahlreicher BDA-Kommissionen, Federführender des Forums Krankenhausökonomie und Qualitätssicherung und nicht zuletzt Organisator und Mitgestalter vieler gemeinsamer Landestagungen sowie der deutschen Anästhesiekongresse bis hin zum Europäischen Anästhesiekongress 1998.

Prof. Dr. med. Klaus Fischer ist bereits seit langem Ehrenmitglied sowohl des Berufsverbandes Deutscher Anästhesisten als auch der Deutschen Gesellschaft für Anästhesiologie, Träger der Anästhesieehrennadeln in Gold von BDA und DGAI sowie vieler anderer Auszeichnungen.

Sein Lebensmotto könnte unter anderen lauten: „Der eine fragt: Was kommt danach. Der andere fragt nur: Ist es recht? Und also unterscheiden sich der Freie von dem Knecht!“ (Theodor Storm). Professor Fischer war stets ein „Freier“, und das hat ihn für unsere Verbände und die deutsche Anästhesie so wertvoll gemacht!

Als Ausdruck tief empfundener Dankbarkeit und Hochachtung vor seiner Person und seinem Lebenswerk erhält Herr Prof. Dr. med. Klaus Fischer als vierter Laureat die anlässlich des 40. Jubiläums des BDA gestiftete Ehrenstatue des Berufsverbandes Deutscher Anästhesisten für herausragende Verdienste, den „Hypnos“.

„Der eine fragt: Was kommt danach.
Der andere fragt nur: Ist es recht?,
Und also unterscheiden sich
der Freie von dem Knecht.“ (Theodor Storm)



LAUDATIONES

LAUDATIONES

Prof. Dr. med. Bernd Landauer

Bernd Landauer wurde am 18.11.1940 in München geboren. Sein Studium der Humanmedizin absolvierte er in seiner Heimatstadt und in Wien. Nach Staatsexamen (1966) und nahezu zeitgleicher Promotion erfolgte 1968 die Approbation als Arzt. Ein Glücksfall für den BDA war es, dass er seine Weiterbildung im Fachgebiet Anästhesiologie am damaligen Städtischen Krankenhaus rechts der Isar unter der Leitung von Frau Dr. Charlotte Lehmann, der Gründerin des Berufsverbandes absolvierte. Nach Erhalt der Facharztanerkennung (1972) wurde er 1973 zum Oberarzt der Anästhesieabteilung seines inzwischen zum Universitätsklinikum rechts der Isar umbenannten Krankenhauses. Nach seiner Habilitation und Ernennung zum Privat-Dozenten (1977) wurde er 1978 zum Leitenden Oberarzt und Operationskoordinator berufen und schuf zielstrebig das fachliche und organisatorische Fundament für die Übernahme der Chefarztposition am neu entstandenen Städtischen Krankenhaus in München-Bogenhausen (1984), die er bis zum Eintritt in den Ruhestand (2007) innehatte. Neben seinen Aufgaben als Chefarzt war er von 1985 bis 1993 auch Ärztlicher Direktor dieser Klinik und von 1995 bis 2002 dessen Stellvertreter.

In seinem wissenschaftlichen Werk befasste sich B. Landauer in über 250 Publikationen und mehr als 300 Vorträgen mit den verschiedensten Themen des Fachgebietes unter besonderer Berücksichtigung von klinischer Anwendbarkeit und praktischer Bedeutung.

Bernd Landauer trat dem Berufsverband Deutscher Anästhesisten im Jahre 1970 bei und widmete sich zusätzlich zu seiner klinischen und wissenschaftlichen Tätigkeit der Berufspolitik. Sein außergewöhnliches Gespür für dieses Metier führte ihn nahezu zwangsläufig 1986 in der Nachfolge des von ihm sehr geschätzten Dr. Othmar Zierl in den Vorsitz des BDA-Landesverbandes Bayern. Bereits drei Jahre später wurde er von den Mitgliedern des BDA zum Vizepräsidenten gewählt (1989 – 1993) und ist seit 1994 Präsident des Berufsverbandes. In dieser Funktion hat Professor Landauer seit nunmehr 17 Jahren Sitz und Stimme auch im Engeren Präsidium der DGAI. Diese „Doppelfunktion" prädestinierte ihn u.a. für die Gesamtschriftleitung der Verbandszeitschrift „Anästhesiologie & Intensivmedizin" (1994 – 2001). Darüber hinaus bekleidete B. Landauer zahlreiche weitere ehrenamtliche Funktionen u.a. im ärztlichen Kreis- und Bezirksverband München.

Professor Landauer besitzt einen unbestechlichen Blick für das Wesentliche, eine hohe soziale Kompetenz und Empathie sowie Mut zu Veränderungen, ohne jedoch dem Zeitgeist hinterherzulaufen. Er hat die Geschicke seines Berufsverbandes und seiner wissenschaftlichen Fachgesellschaft wie wenig andere davor geprägt und den BDA und die deutsche Anästhesiologie mit in die Zukunft geführt. Mit Augenmaß und Weitsicht hat er Probleme erkannt, die für viele andere noch gar nicht existierten, und Probleme gelöst, bei denen viele andere lange resigniert hätten. Bei allem verband er eine auf der Gewissheit um die Richtigkeit einer Sache beruhende Beharrlichkeit mit nötiger Flexibilität, wenn die Umstände diese erforderten.

Dabei war er sich sehr bewusst, auf welchen soliden Fundamenten sich der BDA bewegen kann. Er gehört zu denjenigen, die noch die anästhesiologischen Pioniere der Nachkriegszeit gekannt und von ihnen gelernt haben. Er sah es als seine Aufgabe an, das Ererbte zu bewahren und fortzuführen. Er machte sich das Motto „Was du ererbt von deinen Vätern hast, erwirb es, um es zu besitzen" (Goethe, Faust I) zu eigen. Das von ihm aus seinem schier unerschöpflich erscheinenden Zitatenschatz ausgewählte Motto der Feierlichkeiten zum 50. BDA-Jubiläum „Tradition ist Weitergabe des Feuers und nicht Anbetung der Asche" (G. Mahler) könnte als Leitgedanke seiner gesamten bisherigen berufspolitischen Laufbahn stehen.

„Was du ererbt von deinen Vätern hast, erwirb es, um es zu besitzen."

(Goethe, Faust I)

 © Anästh Intensivmed 2011;52:655-664 Aktiv Druck & Verlag GmbH

Ehrungen

Ehrenmitglieder

§ 3 Satzung des BDA.

Dr. Charlotte Lehmann	1973
Prof. Dr. h.c. Walther Weißauer	1973
Prof. Dr. Dr. h.c. Karl Hutschenreuter †	1979
Prof. Dr. Karl Horatz †	1983
Prof. Dr. Hans Wolfgang Opderbecke	1987
Dr. Peter Uter †	1988
Dr. Othmar Zierl †	1990
Prof. Dr. Walter Henschel †	1991
Dr. Klaus Zinganell	1994
Prof. Dr. Klaus Fischer	2006
Dr. Jan-Peter Wittenburg	2006
Prof. Dr. Bernd Landauer	2007
Prof. Dr. Dr. h.c. Klaus van Ackern	2010

Träger der Ernst-von-der-Porten-Medaille

Anlässlich des 25jährigen Bestehens des BDA 1986, gestiftet von Präsidium und Ausschuss des BDA.

Prof. Dr. h.c. Walther Weißauer	1986
Prof. Dr. Karl Horatz †	1986
Dr. Charlotte Lehmann	1986
Prof. Dr. Dr. h.c. Karl Hutschenreuter †	1988
Domkapitular Prälat Werner Mühlenbrock †	1989
Prof. Dr. Hans Wolfgang Opderbecke	1994
Dr. Othmar Zierl †	1996
Dr. Peter Uter †	1997
Bernd Gottesmann	1999
Prof. Dr. Volker Kretschmar	1999
Prof. Dr. Karl Hempel	2000
Dr. Ursula Auerswald †	2004
Dr. Jan-Peter Wittenburg	2004
Prof. Dr. Dr. h.c. mult. Horst Stoeckel	2006
Prof. Dr. Dr. Klaus Ulsenheimer	2007
Prof. Dr. Hartwig Bauer	2008
Dr. iur. Elmar Biermann	2009
Prof. Dr. Dr. h.c. Hugo K. Van Aken	2011
Elmar Mertens	2011
Nadja Schwarz	2011

Träger der Anästhesie-Ehrennadel in Gold

Beschluss von Präsidium und Ausschuss des BDA vom 25.11.1989.

Prof. Dr. Karl Bräutigam †	1989
Prof. Dr. Walter Henschel †	1989
Prof. Dr. Karl Horatz †	1989
Prof. Dr. Dr. h. c. Karl Hutschenreuter †	1989
Prof. Dr. Hans Wolfgang Opderbecke	1990
Dr. Peter Uter †	1991
Dr. Heribert Weigand †	1998
Dr. Jan-Peter Wittenburg	1999
Prof. Dr. Klaus Fischer	2001
Prof. Dr. Eberhard Götz	2002
Prof. Dr. Kai Taeger	2003
Prof. Dr. Dr. h.c. Hugo Van Aken, FRCA, FANZCA	2004
Elmar Mertens	2005
Prof. Dr. Hilmar Burchardi, FRCA	2007
Prof. Dr. Bernd Freitag	2008
Dr. Manfred Körner	2009
Prof. Dr. iur. Dr. rer. pol. Klaus Ulsenheimer	2010

Träger der Anästhesie-Ehrennadel in Silber – mit Würdigung

Überreicht auf einer Mitgliederversammlung des BDA mit Würdigung in der Ehrungsbroschüre des jeweiligen Deutschen Anästhesiecongresses (DAC) – ab 2007, Beschluss von Präsidium und Ausschuss des BDA vom 27.10.2007.

Prof. Dr. Guido Hack	2007
Priv.-Doz. Dr. Thomas Klöss	2007
Dr. Wolf-Dieter Oberwetter	2008
Dr. Edith Danda	2010
Dr. Johann N. Meierhofer	2010
Prof. Dr. Jürgen Biscoping	2011
Dr. Renate Schäffer	2011
Prof. Dr. Jürgen-Erik Schmitz	2011

 © Anästh Intensivmed 2011;52:665-666 Aktiv Druck & Verlag GmbH

Gremien

Die Definition von Qualitätsstandards und die Realisierung von Qualitätsanforderungen verdankt das Fachgebiet in besonderem Maße der Arbeit der von den Präsidien beider Verbände zu speziellen Themenkomplexen eingesetzten Ausschüsse, Kommissionen, Arbeitsgruppen und Arbeitskreisen, die nachstehend – ohne Anspruch auf Vollständigkeit – aufgeführt werden:

1965	**Ausschuss für „Gebührenfragen“** **W. Ehmann** · später O. Zierl	BDA
1965	**Ausschuss für „Vertragsfragen“** **H.W. Opderbecke**	BDA
1983	**Kommission „Stellenbedarf und Stellenplanberechnungen“** **K. Eyrich** · H. Menzel · J. Schara · J. Wawersik	BDA / DGAI
1983	**Arbeitskreis Schmerztherapie** **K. Zinganell** · U. Drechsel · T. Flöter · J. Hildebrandt · H. Paschen · H. Weigand · M. Zenz	BDA
1983	**Kommission „Durchführung ambulanter Anästhesien“** K. Bonhoeffer · W. Dick · W. Opderbecke · W. Weißauer	DGAI
1983	**Ad-hoc-Kommission „Personalbedarf von Intensiveinheiten“** U. Jensen · G. Andree · J. Kilian · H. Menzel · H.W. Opderbecke	BDA / DGAI
1984	**EDV-Kommission** **P.M. Osswald**	DGAI
1984	**Kommission „Personalbedarf in der Anästhesie“** **H.W. Opderbecke** · Meyer · H. Menzel · K. Zinganell	BDA
1984	**Struktur-Kommission** R. Dudziak · J. Brückner · K. Fischer · D. Kettler · F.-J. Kretz · H.W. Opderbecke · J. Radke · J. Schara · P. Uter · W. Weißauer · K. Zinganell	BDA / DGAI
1985	**Kommission „AIPs in der Anästhesie“** J. Brückner · Huth · U. Machinek · H. W. Opderbecke · P. Uter · W. Weißauer	BDA / DGAI
1985	**Kommission für „Niedergelassene Anästhesisten“** **H. Paschen** · A. Hellmold · D. Möller-Schütte · H.-D. Niggebrügge · H.W. Opderbecke · S. Seidel · D. Schneider-Affeld · Stöffler · M. von Möller · W. Weißauer · O. Zierl	BDA
1986	**Ad-hoc-Kommission „Beschäftigungsverbot für werdende Mütter“** G. Andree · R. Dudziak · H.W. Opderbecke · P. Uter · W. Weißauer	BDA / DGAI
1986	**Kommission „Personalanhaltszahlen in der Intensivmedizin“** P. Lawin · H. Burchardi · W. Dick · K. Peter	DGAI
1986	**Ad-hoc-Kommission „Blutserologie“** H.W. Opderbecke · R. Maltzan · W. Schumacher · O. Zierl	BDA
1986	**Ad-hoc-Kommission „Anästhesie und Dritte Welt“** **D. Kettler**	DGAI
1986	**Ad-hoc-Kommission „Geburtshilfliche Anästhesie“** **H.W. Opderbecke** · J. Brückner · W. Dick · P. Fumagalli · K. Strasser · F.-J. Kretz · W. Weißauer	BDA / DGAI
1987	**Kommission „Qualitätssicherung“** H.W. Opderbecke · A. Brandts · K. Fischer · J. Kilian · P. Uter	BDA / DGAI
1987	**Gebühren-Kommission** **O. Zierl** · G. Andree · D. Jungck · E. Kipka · D. Möller-Schütte · W. Weißauer	BDA
1987	**Kommission „Wirtschaftlichkeitsprüfungen“** **K. Fischer** · W. Dick · V. Kapfhammer · U. Machinek	BDA
1988	**Kommission „Qualitätssicherung im ambulanten Bereich“** A. Brandts · D. Jungck · H.W. Opderbecke · W. Weißauer	BDA

1989	**Ständige Kommission „Anästhesie und Dritte Welt“** **D. Kettler**	BDA / DGAI
1990	**Kommission „Niedergelassene Anästhesisten“** **A. Brandts** · L. Krause · H. Paschen · A. de Pay · H. Weigand	BDA
1990	**Gebühren-Kommission** **G. Andree** · A. Brandts · K. Geiger · D. Möller-Schütte · W.-D. Oberwetter · H. Paschen · A. de Pay · H. Weigand · O. Zierl	BDA
1991	**Kommission „Personalbedarfsermittlung“** **K. Fischer** · E. Götz · G. Hack · T. Kersting	BDA
1992	**Interdisziplinärer Arbeitskreis Zahnärztliche Anästhesie** **M. Lipp** · G. Wahl · W. Raab · H.W. Opderbecke · K. Fischer (Beirat seitens der DGAI)	DGZMK / DGAI
1992	**Kommission „Qualitätssicherung und Datenverarbeitung in der Anästhesie“** **W. Heinrichs** · F.W. Ahnefeld · K. Classen · B. J. Ebeling · J. Martin · P. M. Osswald · G. Pützhofen · B. Schwilk · A.C. Tecklenburg · Ch. Weiß	DGAI
1992	**Ständige Kommission Anästhesie und Dritte Welt** **K. Eyrich** · V. Kapfhammer · D. Kettler · F. J. Kretz	BDA / DGAI
1994	**Arbeitsgruppe „Empfehlungen zur Ambulanten Anästhesie“** **K. Fischer** · E. Biermann · R. Dudziak · A. de Pay · W. Weißauer	BDA / DGAI
1994	**Arbeitsausschuss „Bluttransfusion“** **E. Götz** · G. Dietrich · W. Schleinzer · W. Weißauer	BDA / DGAI
1994	**Arbeitsgruppe „Neue Entgeltformen“** **K. Fischer** · K. Geiger · E. Götz · G. Hack · Th. Kersting · H. Sorgatz	BDA / DGAI
1995	**Kommission Niedergelassene Anästhesisten KONA** **A. de Pay** · D. Fastré · K.-P. Hinsenbrock · F.H. Krizanitz-Weine · A. Kühnemann · D. Stoeckel-Heilenz · M. Wolfgart	BDA
1995	**Kommission „Gesundheitsschutz am anästhesiologischen Arbeitsplatz“** **R. Schäffer** · E. Biermann · Th. Erb · G. Hack · H. Hagemann · K. Hörauf · E. Mertens · W. Pothmann · M. Wendt	BDA
1995	**Planungskommission „Anästhesiologisches Lehr- und Trainingszentrum“** **W. Weißauer** · F. W. Ahnefeld · K. Fischer · G. Hack · G. Hempelmann · R. Purschke · K. van Ackern · K.-H. Weis	BDA / DGAI
1995	**Kommission Schmerztherapie** K. Zinganell · F.H. Krizanitz-Weine	BDA
1995	**Planungskommission „Anästhesiologisches Lehr- und Trainingszentrum“** **K. Fischer** · G. Hack · G. Hempelmann · J.-P. Wittenburg	BDA / DGAI
1995	**Ad-hoc-Kommission „Hyperbare Medizin in der Anästhesie“** **A. de Pay** · J. Freier · G. Frey · J. Hansen · R. Hipp	BDA / DGAI
1996	**Ständige Kommission „Normung und technische Sicherheit“** **P. Schmucker** · J. Baum · W. Friesdorf · J. P. Jantzen · F. König · B. Naujoks · A. Obermayer · M. Wendt	DGAI
1996	**Ständige Kommission für „Qualitätssicherung und Datenverarbeitung“** **W. Heinrichs** · C. Clasen · B. Ebeling · J. Martin · P. M. Osswald · G. Pützhofen · B. Schwilk · A. Tecklenburg · Th. Weiler	DGAI
1996	**Ständige Kommission „Fachkrankenpflege“** **K. Fischer** · K. van Ackern · E. Biermann · W. Dick · H.W. Opderbecke · W. Weißauer	DGAI
1996	**Ständige Kommission „Intensivmedizin“** **H. Burchardi** · J. Eckart · G. Hempelmann · Th. Klöss · J.W. Kox · K. Reinhart	DGAI
1996	**Kongressausschuss** **K. Fischer** · F.W. Ahnefeld · B. Gottesmann · D. Patschke	DGAI
1996	**EDV-Kommission** D. Fastré · J. Meierhofer	BDA
1996	**Kommission „Europäische Entwicklung der Anästhesiologie“** **K. van Ackern** · W. Dick · K. Fischer · K. Geiger · G. Hempelmann · D. Kettler · R. Purschke	DGAI

 © Anästh Intensivmed 2011;52:667-672 Aktiv Druck & Verlag GmbH

1996	**Gebührenkommission** **G. Andree** · L. Brandt · D. Fastré · K. Geiger · W.-D. Oberwetter · H. Paschen · A. de Pay · Ch. Stöckel-Heilenz · H. Weigand	BDA
1996	**Kommission „Gesundheitsschutz am anästhesiologischen Arbeitsplatz“** **R. Schäffer** · E. Biermann · T. Erb · G. Hack · H. Hagemann · J. Hobbhahn · E. Mertens · W. Pothmann · M. Wendt; kooptiert: N. Ammerbuch · C.-G. Winter	BDA
1997	**Richtlinie für das ambulante Operieren** **K. Fischer** · E. Biermann · E. Mertens	BDA
1997	**Ständige Kommission für Wirtschaftlichkeitsprüfungen** **K. Fischer** · W. Dick · A. Kapfhammer · U. Machinek · K. Winter	BDA / DGAI
1997	**Ständige Kommission „Notfall- · Rettungs- und Katastrophenmedizin“** **P. Sefrin** · H.-A. Adams · D. Blumenberg · B. Gorgass · M. Lipp · H. Möcke · R. Rossi · B. Stratmann	DGAI
1997	**Ständiger Ausschuss „Qualifizierte Weiterbildung“** **K. Taeger** · B. Freitag · C. Krier · D. Patschke	DGAI
1997	**Arbeitskreis in der Thoraxchirurgie tätiger Anästhesisten ATTA** **K. Wiedemann** · U. Klein · B. Brendle	BDA
1997	**Arbeitsausschuss „Bluttransfusion“** Neubesetzung: **J. Biscoping** · E. Götz	BDA / DGAI
1997	**Kommission „Qualitätssicherung“** **H.W. Opderbecke** · A. Brandts · K. Fischer · J. Kilian · P. Uter	BDA
1997	**Ad-hoc-Kommission „Weiter- und Fortbildung“** **H. Van Aken** · M. Albrecht · K. Fischer · E. Götz · F. König · Th. Prien · J. Radke	DGAI
1998	**Arbeitskreis „Anästhesie und Recht“** **J. Radke** · G. Hack · J.-P. Striebel	BDA / DGAI
1998	**Kommission „Schmerztherapie“** Neubesetzung: **E. Mertens** · E. Klaschik · L. Zeuner	BDA
1998	**Arbeitskreis „Anästhesiesimulator“** **J. Schüttler**	DGAI
1998	**„Runder Tisch Qualitätssicherung“** **K. Fischer** · M. Benson · W. Heinrichs · Th. Klöss · B. Liebald · J. Martin · J. Meierhofer · P.M. Osswald · B. Schwilk · C. Veit · Th. Weiler	BDA / DGAI
1999	**Ständige Kommission „Qualitätssicherung und Datenverarbeitung“** **Th. Klöss** · C. Clasen · B. Ebeling · J. Martin · P. M. Osswald · G. Pützhofen · B. Schwilk · A. Tecklenburg · Th. Weiler	DGAI
1999	**Arbeitskreis „Anästhesie und Ökonomie“** **A. Bach** · Th. Prien	BDA / DGAI
1999	**Arbeitsgruppe „Faxabruf-Systeme“** E. Mertens · K. Fischer · N. Lutter · J. Meierhofer · H. Sorgatz	BDA
1999	**Ad-hoc-Kommission „Atemwegskontrolle“** **U. Braun** · K. Goldmann · V. Hempel · M. Lipp · J. Rathgeber	DGAI
2000	**Ständige Gebührenkommission** **E. Götz** · L. Brandt · W. Dick · D. Fastré · E. Mertens · W.-D. Oberwetter · T. Riedel · A. Schleppers · J.-E. Schmitz · M. Wolfgart	BDA
2000	**Kommission „Gesundheitsschutz am anästhesiologischen Arbeitsplatz“** **H. Hagemann** · E. Biermann · T. Erb · G. Hack · J. Hobbhahn · E. Mertens · W. Pothmann · R. Schäffer · M. Wendt. Kooptiert: U. Nisius · C.-G. Winter	BDA
2000	**Ständige Kommission Niedergelassener Anästhesisten KONA** **E. Mertens** · Ch. Stöckel-Heilenz · D. Fastré · H. Passow · K. Gastmeier · A. de Pay · M. Wolfgart	BDA
2000	**Ständige Kommission „Normung und technische Sicherheit“** **P. Schmucker** · J. Baum · W. Friesdorf · J. P. Jantzen · F. König · B. Naujoks · A. Obermayer · M. Wendt	DGAI

GREMIEN

2000	**EDV-Kommission** **J. Meierhofer** · D. Fastré	BDA
2000	**Gemeinsamer Arbeitsausschuss „Bluttransfusion“** J. Biscoping · E. Götz · G. Dietrich	BDA / DGAI
2000	**Kongresskommssion** **K. Fischer** · K. Geiger · E. Götz · G. Hempelmann · E. Kochs · B. Landauer · R. Purschke · K. Taeger · J. Tarnow · H. Van Aken · J.-P. Wittenburg	BDA / DGAI
2000	**Kommission „Qualitätsmanagement und Qualitätssicherung“** **J. Martin** · A. Bach · K. Fischer · A. Junger · A. Schleppers	BDA / DGAI
2000	**Ad-hoc-Kommission „AWMF-Leitlinien Anästhesie“** **E. Martin** · K. Geiger · P. Sefrin · H. Wulf · R. Purschke	DGAI
2000	**Ad-hoc-Kommission „Hyperbare Medizin in der Anästhesie“** **A. de Pay** · J. Freier · G. Frey · J. Hansen · L. Hock · J. Radke	BDA / DGAI
2000	**Ad-hoc-Schlichtungskommission** K. van Ackern · E. Biermann · B. Landauer · W. Weißauer	BDA / DGAI
2000	**Planungskommission „Anästhesiologisches Lehr- und Trainingszentrum“** **K. Fischer** · G. Hack · G. Hempelmann · K. Taeger · J. P. Wittenburg	BDA / DGAI
2000	**Ad-hoc-Kommission „Diagnosis-Related Groups DRGs** **K. Fischer** · A. Bach · H.-J. Bender · T. Klöss · Ch. Maier · E. Mertens · T. Prien · A. Schleppers	BDA / DGAI
2000	**Arbeitsgemeinschaft in der Thoraxchirurgie tätiger Anästhesisten** **K. Wiedemann** · Th. Protzmann · B. Brendle	BDA
2000	**Wissenschaftlicher Arbeitskreis „Schmerztherapie“** **H. Laubenthal** · Ch. Maier · U. Stamer	DGAI
2000	**Wissenschaftlicher Arbeitskreis „Kinderanästhesie“** **W. Büttner** · H. Hagemann · C. Stratmann	DGAI
2000	**Wissenschaftlicher Arbeitskreis „Kardioanästhesie“** **U. Schirmer** · W. Dietrich · J.-U. Lüth	DGAI
2000	**Wissenschaftlicher Arbeitskreis „Regionalanästhesie“** **H. Van Aken** · R. Klose · H. Wulf	DGAI
2000	**Wissenschaftlicher Arbeitskreis „Neuroanästhesie“** **J.-P. Jantzen** · Ch. Werner · E. Pfenninger	DGAI
2000	**Wissenschaftlicher Arbeitskreis „Geschichte der Anästhesie“** **M. Goerig** · C. Nemes · H. Petermann	DGAI
2000	**Wissenschaftlicher Arbeitskreis „Intensivmedizin“** **K. Falke** · Hw. Bause · R. Rossaint	DGAI
2000	**Wissenschaftlicher Arbeitskreis „Notfallmedizin“** **H.-A. Adams** · P. Sefrin · D. Stratmann	DGAI
2000	**Arbeitskreis „Anästhesie und Recht“** **J. Radke** · G. Hack · J. P. Striebel	BDA / DGAI
2000	**Arbeitskreis „Anästhesie und Ökonomie“** **A. Bach** · Th. Prien · G. Geldner	BDA / DGAI
2000	**Interdisziplinärer Arbeitskreis “Zahnärztliche Anästhesie”** **W. Raab** · M. Lipp · G. Wahl	DGZMK / DGAI
2002	**Kommission „Betten- und Personalbedarf in der Intensivmedizin“** Hw. Bause · H. Burchard · K. Fischer · A. Schleppers · K. van Ackern	BDA / DGAI
2002	**Kommission „Qualitäts- und Qualifikationssicherung praxisambulanter Anästhesie“** **E. Mertens** · E. Biermann · K. Fischer · B. Freitag · A. Schleppers	BDA
2003	**Arbeitsgruppe „Qualitätssicherung im ambulanten Operieren“** **E. Mertens** · K. Fischer · E. Götz · P. Schmucker	BDA / DGAI
2003	**Kommission „Qualitätsmanagement und Qualitätssicherung“** **K. Fischer** · M. Benson · W. Heinrichs · Th. Klöss · B. Liebald · J. Martin · J. Meierhofer · P.M. Osswald · B. Schwilk · C. Veit · Th. Weiler	BDA / DGAI

2004	**Wissenschaftlicher Arbeitskreis „Anästhesie in der Thoraxchirurgie“** **T. Hachenberg** · U. Klein · B. Brendle	DGAI
2004	**Forum „Qualitätsmanagement und Ökonomie“** **K. Fischer** · M. Bauer · G. Geldner · Th. Klöss · J. Martin · A. Schleppers	BDA / DGAI
2006	**Ad-hoc- Kommission „Weiter- und Fortbildung“** **H. Van Aken** · M. Albrecht · F. König · E. Meinshausen · J. Meierhofer · Th. Prien · J. Radke	DGAI
2006	**Ständige Gebührenkommission** **J.-E. Schmitz** · L. Brandt · W. Dick · D. Fastré · E. Mertens · W.-D. Oberwetter · D. Paravicini · T. Riedel · A. Schleppers · M. Wolfgart	BDA
2007	**Wissenschaftlicher Arbeitskreis Intensivmedizin** **K. Reinhart** · Hw. Bause · J. Martin	DGAI
2008	**„Forum niedergelassener Anästhesisten“** **E. Mertens** · A. Rinck · J. Karst · D. Konietzke · F. Vescia	BDA
2009	**Arbeitsgruppe „Kerndatensatz 3“** **W. Heinrichs** · W. Blumrich · S. Deil · M. Freitag · N. Kutz · I. Lüdtke · R. Röhrig · R. Streuf	BDA / DGAI
2011	**Gebührenkommission** **J.-E. Schmitz** · E. Mertens · A. Schleppers · D. Fastré · Th. Riedel · M. Wolfgart · J. Biscoping · L. Brandt · E. Danda · E. Hohner · W.-D. Oberwetter · D. Paravicini · J. Peters · N. Roewer · A. Scholl · U. Zaune	BDA
2011	**Kommission „Gesundheitsschutz am anästhesiologischen Arbeitsplatz“** **H. Hagemann** · E. Biermann · Th. Erb · E. Mertens · W. Pothmann · B. Bonnekoh · U. Nisius · C.-G. Winkler	BDA
2011	**Kommission Niedergelassener Anästhesisten (KONA)** **E. Mertens** · A. Bartels · J. Lambert · F. Vescia · J. Karst · B. Krahl · F. Rancke · W. Lankuttis · E. Pinkowski · H. Kruppa · E. Danda · H. Hofer · D. Konietzke · V. Sacher · U. Burkert · A. Rinck · U. Trulson · P. Petropoulaki	BDA
2011	**Forum Vertragsärztliche Anästhesie** **E. Mertens** · A. Rinck · J. Karst · D. Konietzke · S. Steffens · F. Vescia	BDA
2011	**Arbeitsausschuss Bluttransfusion** **J. Biscoping** · G. Dietrich · Th. Frietsch · Ch. von Heymann · E. Hansen · G. Singbartl	BDA / DGAI
2011	**Forum Qualitätsmanagement und Ökonomie** **Th. Iber** · J. Martin · M. Bauer · G. Geldner · K. R. Steinmeyer-Bauer · A. Schleppers	BDA / DGAI
2011	**Gemeinsamer Arbeitskreis „Palliativmedizin“** **H.Ch. Müller-Busch** · E. Mertens · S. Gernhardt	BDA / DGAI
2011	**Interdisziplinärer Arbeitskreis „Zahnärztliche Anästhesie“** **M. Daubländer** · Th. Schneider · U. Nickel · G. Wahl · H. Hagemann · E. Mertens · L. Figgener · H.-M. Raab	DGZMK / DGAI
2011	**Gemeinsamer Arbeitskreis „Anästhesie und Recht“** **W. Schaffartzik** · H. Forst · U. Schulte-Sasse	BDA / DGAI
2011	**Reanimationsregister** **J. Scholz** · A. Schleppers · J. Schüttler	DGAI
2011	**Wissenschaftlicher Arbeitskreis „Geschichte der Anästhesie“** **M. Goerig** · H. Böhrer · H. Petermann	DGAI
2011	**Wissenschaftlicher Arbeitskreis „Intensivmedizin“** **M. Quintel** · Th. Bein · J. Martin	DGAI
2011	**Wissenschaftlicher Arbeitskreis „Kardioanästhesie“** **U. Schirmer** · W. Dietrich · J.-U. Lüth	DGAI
2011	**Wissenschaftlicher Arbeitskreis „Kinderanästhesie“** **J. Strauss** · K. Becke · C. Philippi-Höhne	DGAI
2011	**Wissenschaftlicher Arbeitskreis „Neuroanästhesie“** **K. Engelhard** · M. Menzel · R. Baetgen	DGAI

GREMIEN

2011	**Wissenschaftlicher Arbeitskreis „Notfallmedizin“** **B.W. Böttiger** · M. Fischer · J.-Th. Gräsner	DGAI
2011	**Wissenschaftlicher Arbeitskreis „Regionalanästhesie und geburtshilfliche Anästhesie“** **P. Kessler** · Th. Volk · W. Gogarten	DGAI
2011	**Wissenschaftlicher Arbeitskreis „Schmerztherapie“** **M. Zenz** · W. Meissner · W. Koppert	DGAI
2011	**Wissenschaftlicher Arbeitskreis „Anästhesie in der Thoraxchirurgie“** **Th. Hachenberg** · U. Klein · T. Loop	DGAI
2011	**Wissenschaftlicher Arbeitskreis „Wissenschaftlicher Nachwuchs“** **G. Theilmeier** · C. Nau · S. Stehr	DGAI
2011	**Kommission „Atemwegsmanagement“** **V. Doerges** · U. Braun · C. Krier · J. Scholz · A. Timmermann · W. Wilhelm · B. Zwißler	DGAI
2011	**Kommission „Fort- und Weiterbildung“** **A. Goetz** · H. Bürkle · K. Hahnenkamp · G. Knichwitz · Th. Koch · J.N. Meierhofer · E. Meinshausen · M. Quintel · N. Roewer · M. Skorning	DGAI
2011	**Kommission „Normung und technische Sicherheit“** **Th. Prien** · W. Friesdorf · H. Gehring · K. Henning · M. Hoelzl · B. Naujoks · R. Sattler · M. Wendt	DGAI
2011	**Programmkommission DAC** **A. Hoeft** · Ch. Werner · M. Graf · B. Bein · W. Gogarten · M. Jöhr · E. Kochs · J. Büttner · M. Quintel · M. Fischer · W. Meissner · F. Nauck · H. Van Aken · J. Schüttler · Th. Prien · E. Mertens · M. Goerig · Th. Koch · Th. Hachenberg · A. Schleppers · B.W. Urban · M. Mohr · B. Zwißler	DGAI
2011	**Kommission „Studentische Lehre und Simulator-Training“** **J. Schüttler** · W. Schaffartzik · St. Mönk · M. St.Pierre · M. Skorning	DGAI
2011	**Leitlinien-Kommission** **C.D. Spies** · J.-Th. Gräsner · W. Koppert · J. Martin · G. Marx · N. Roewer · Th. Volk · F. Wappler	DGAI
2011	**TEE-Kommission** **C.-A. Greim** · N. Roewer · B. Bein · U. Schirmer · Ch. Schmidt · P. Tonner · M. Quintel	DGAI
2011	**Kommission Zentrale Notaufnahme** **A. Gries** · A. Dauber · M. Fiege · M. Helm · T. Keil · G. Kremers · B. Kumle · N. Pfeufer · W. Schmidbauer · P. Wilke · M. Zimmermann · B. Böttiger	DGAI

Federführende in Fettdruck

Zusammengestellt von Klaus Fischer und Holger Sorgatz

Mitgliederstand BDA 30.06.2011

Bundesland	Krankenhäuser / Universitäten	Niedergel. Anästhesist / And. Fachrichtung / Prakt. Arzt	Gesundheitsämter u. ä., Erziehungs-urlaub	Ruhestand / nicht berufstätig	Gesamt je Bundesland
Baden-Württemberg	1.388	278	212	181	2.059
Bayern	1.682	419	288	273	2.662
Berlin	531	102	128	95	856
Brandenburg	336	45	48	50	479
Bremen	152	23	20	14	209
Hamburg	362	67	72	30	531
Hessen	740	168	123	78	1.109
Mecklenburg-Vorpommern	202	33	29	24	288
Niedersachsen	910	149	155	138	1.352
Nordrhein	1.338	304	240	196	2.078
Rheinland-Pfalz	622	77	97	76	872
Saarland	148	32	16	25	221
Sachsen	562	96	90	69	817
Sachsen-Anhalt	358	45	38	35	476
Schleswig-Holstein	320	83	63	38	504
Thüringen	376	48	34	43	501
Westfalen-Lippe	998	171	124	137	1. 430
Ausland					449
Gesamt	**11.025**	**2.140**	**1.777**	**1.502**	**16.893**

Mitarbeiter/innen der Geschäftsstelle von BDA und DGAI
(v. links nach rechts):

Dr. iur. Elmar Biermann
Kathrin Barbian
Gabriele Schneider-Trautmann
Dipl.-Sozw. Holger Sorgatz
Monika Gugel
Prof. Dr. Alexander Schleppers
Simone Meyer
Alexandra Hisom M.A.
Dipl.-Sozw. Tina Dichtjar
Karin Rauscher
Ass. iur. Evelyn Weis
Stephanie Peinlich.

Für die graphische Gestaltung dieses Heftes dankt der BDA Frau Stefanie Triebert, Aktiv-Druck & Verlag GmbH.

Herausgeber

DGAI
Deutsche Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin e.V.
Präsidentin: Prof. Dr. G. Nöldge-Schomburg, Rostock

BDA
Berufsverband Deutscher Anästhesisten e.V.
Präsident: Prof. Dr. B. Landauer, Ottobrunn

DAAF
Deutsche Akademie für Anästhesiologische Fortbildung e.V.
Präsidentin: Prof. Dr. Th. Koch, Dresden

Schriftleitung

Präsident/in der Herausgeberverbände

Gesamtschriftleiter:
Prof. Dr. Dr. h.c. J. Schüttler, Erlangen
Assistenz: W. Schwarz, Nürnberg

Stellvertretender Gesamtschriftleiter:
Prof. Dr. T. Volk, Homburg/Saar

CME-Verantwortlicher:
Prof. Dr. H. A. Adams, Hannover

Redaktionskomitee

Prof. Dr. G. Beck, Wiesbaden
Dr. iur. E. Biermann, Nürnberg
Prof. Dr. J. Biscoping, Karlsruhe
Prof. Dr. H. Bürkle, Freiburg
Prof. Dr. G. Geldner, Ludwigsburg
Prof. Dr. M. Fischer, Göppingen
Priv.-Doz. Dr. T. Iber, Frankfurt
Prof. Dr. U. X. Kaisers, Leipzig
Dr. med. A. Kopf, Berlin
Priv.-Doz. Dr. W. Meissner, Jena
Prof. Dr. C. Putensen, Bonn
Prof. Dr. A. Schleppers, Nürnberg
Prof. Dr. G. Theilmeier, Hannover
Prof. Dr. M. Thiel, Mannheim
Prof. Dr. F. Wappler, Köln
Prof. Dr. M. Zenz, Bochum

Redaktion

Alexandra Hisom M.A. &
Dipl.-Sozw. Holger Sorgatz

Korrespondenzadresse: Roritzerstraße 27 | 90419 Nürnberg | Deutschland
Tel.: 0911 9337812 | Fax: 0911 3938195
E-Mail: anaesth.intensivmed@dgai-ev.de

Verlag & Druckerei

Aktiv Druck & Verlag GmbH
An der Lohwiese 36 |
97500 Ebelsbach | Deutschland
www.aktiv-druck.de

Geschäftsführung
Wolfgang Schröder | Nadja Schwarz
Tel.: 09522 943560 | Fax: 09522 943567
E-Mail: info@aktiv-druck.de

Anzeigen | Vertrieb
Pia Engelhardt
Tel.: 09522 943570 | Fax: 09522 943577
E-Mail: anzeigen@aktiv-druck.de

Verlagsrepräsentanz
Rosi Braun
PF 13 02 26 | 64242 Darmstadt
Tel.: 06151 54660 | Fax: 06151 595617
E-Mail: rbraunwerb@aol.com

Herstellung | Gestaltung
Manuel Gibfried | Stefanie Triebert
Tel.: 09522 943571 | Fax: 09522 943577
E-Mail: ai@aktiv-druck.de

Titelbild
Gestaltung: Klaus Steigner
Billrothstraße 5 | 90482 Nürnberg
E-Mail: mazyblue@klaus-steigner.de
www.klaus-steigner.de

Erscheinungsweise 2011
Der 52. Jahrgang erscheint jeweils zum Monatsanfang, Heft 7/8 als Doppelausgabe.

Bezugspreise (inkl. Versandkosten)

• **Einzelhefte**	28,00 €
• **Jahresabonnement:**	
Europa (ohne Schweiz) (inkl. 7 % MwSt.)	250,38 €
Schweiz	234,00 €
Übersee (Landweg)	257,87 €
Übersee (Luftpost)	282,48 €
Mitarbeiter aus Pflege, Labor, Studenten und Auszubildende (bei Vorlage eines entsprechenden Nachweises)	
Europa (ohne Schweiz) (inkl. 7 % MwSt.)	89,88 €
Schweiz	54,00 €
Übersee (Landweg)	97,37 €
Übersee (Luftpost)	121,98 €

Für Mitglieder der DGAI und/oder des BDA ist der Bezug der Zeitschrift im Mitgliedsbeitrag enthalten.

Allgemeine Geschäfts- und Lieferbedingungen
Die allgemeinen Geschäfts- und Lieferbedingungen entnehmen Sie bitte dem Impressum auf www.ai-online.info

Indexed in **Current Contents®/Clinical Medicine, EMBASE/Excerpta Medica; Medical Documentation Service; Research Alert; Sci Search; SUBIS Current Awareness in Biomedicine; VINITI: Russian Academy of Science.**

Nachdruck | Urheberrecht
Die veröffentlichten Beiträge sind urheberrechtlich geschützt. Jegliche Art von Vervielfältigungen – sei es auf mechanischem, digitalem oder sonst möglichem Wege – bleibt vorbehalten. Die Aktiv Druck & Verlags GmbH ist allein autorisiert, Rechte zu vergeben und Sonderdrucke für gewerbliche Zwecke, gleich in welcher Sprache, herzustellen. Anfragen hierzu sind nur an den Verlag zu richten. Jede im Bereich eines gewerblichen Unternehmens zulässig hergestellte oder benutzte Kopie dient gewerblichen Zwecken gem. § 54 (2) UrhG. Die Wiedergabe von Gebrauchsnamen, Handelsnamen, Warenbezeichnungen usw. in dieser Zeitschrift berechtigt auch ohne besondere Kennzeichnung nicht zu der Annahme, dass solche Namen im Sinne der Warenzeichen- und Markenschutz-Gesetzgebung als frei zu betrachten wären und daher von jedermann benutzt werden dürften.

Wichtiger Hinweis
Für Angaben über Dosierungsanweisungen und Applikationsformen kann vom Verlag und den Herausgebern keine Gewähr übernommen werden. Derartige Angaben müssen vom jeweiligen Anwender im Einzelfall anhand anderer Literaturstellen auf ihre Richtigkeit überprüft werden. Gleiches gilt für berufs- und verbandspolitische Stellungnahmen und Empfehlungen.

Industriemitteilungen
Die mit „INDUSTRIEMITTEILUNG“ sowie „KONGRESSINFORMATION“ gekennzeichneten Beiträge sind kein Bestandteil des wissenschaftlichen Teils dieser Zeitschrift. Für ihren Inhalt sind die Herausgeber nicht verantwortlich.

Zugangsdaten für **www.ai-online.info** können Sie unter Angabe Ihrer Mitglieds- oder Abonummer anfordern unter der E-Mail-Adresse: **ai@aktiv-druck.de**

1961-2011

BERUFSVERBAND
DEUTSCHER
ANÄSTHESISTEN

Roritzerstraße 27 · 90419 Nürnberg
Telefon 0911 933780 · Telefax 0911 3938195
E-Mail: bda@bda-ev.de · **www.bda.de**

„Tradition ist Weitergabe des Feuers
und nicht Anbetung der Asche." (G. Mahler)