

40 Jahre DIVI

Festrede zur Eröffnungsfeier des 17. Jahreskongresses der DIVI
von
Prof. Dr. med. Hilmar Burchardi

Herr Präsident!
Meine sehr verehrten Damen und Herrn!
Liebe Freunde!

40 Jahre DIVI!

Grund genug zu feiern, - zurück zu schauen, aber auch nach vorne zu blicken!
Ich glaube, wir können stolz sein auf das, was wurde und was ist.

Bevor es die DIVI gab, herrschte graue Vorzeit:
Die Fächer standen in harter Konkurrenz zueinander.
Es gab die großen „alten“ Fächer, die das Sagen hatten.

Es war in Deutschland schon eine besondere Situation:

- Mit vielen Fächern, die sich über die Weiterbildungsordnung scharf gegen einander abgrenzten,
- Mit Konkurrenz- Gebaren und mit Machtkämpfen.

Für die Generation von damals war das alltäglich.

Da kam nun die Intensivmedizin:

Das alles begann mit Björn Ibsen, einem Anästhesisten in Kopenhagen, den die Internisten bei der schweren Polioepidemie 1952 um Rat fragten.

Er hatte keine Ahnung von Polio (Gott sei Dank!). Doch er sah, dass das schwerkranke junge Polio-Mädchen eigentlich ein akutes Atemversagen hatte (wie die Kaninchen in seinen CO₂-Versuchen).

Also beatmete er die Patientin - und sie überlebte! Eine Sensation!

Dies wurde die Geburtsstunde der Intensivmedizin

- nicht nur wegen der Beatmung,
 - auch wegen der erforderlichen intensiven, kontinuierlichen Pflege,
 - der kontinuierlichen, lückenlosen Überwachung,
 - der ununterbrochenen behandelnden Fürsorge.
-

Das Konzept überzeugte - und es ist selbst für unsere heutigen schnelllebigen Zeiten faszinierend zu sehen, wie rasch dieses Konzept überall übernommen wurde.

Bereits in den 1970er Jahren konstituierten sich in verschiedenen Ländern Fachgesellschaften für Intensivmedizin:

So in den USA, in Großbritannien, in der Schweiz ...

1974 fand in London der Erste Weltkongress für Intensivmedizin statt!

Da wollte man in Deutschland nicht abseitsstehen:

1976 gründete sich die „Arbeitsgemeinschaft für internistischen Intensivmedizin“, später wurde dies die DGIIN.

Das stachelte natürlich den Ehrgeiz der Anästhesisten an:

Diese diskutierten sogar eine eigene Gesellschaft für Intensivmedizin, gemeinsam mit den Internisten!

Doch diese gute Idee wurde schließlich vertagt, - doch nicht völlig vergessen!

Es blieb das Gefühl, dass beide Fachgebiete - die Innere und die Anästhesie - in der Intensivmedizin überdeckende, gemeinsame Interessen haben.

So wurde erwogen, eine gemeinsame interdisziplinäre „Vereinigung“ für Intensivmedizin zu gründen:

Am 29. Januar 1977 wurde in Frankfurt die „Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensivmedizin (DIVI)“ gegründet.

Als Friedensschluss zunächst zwischen den Fachgesellschaften Anästhesisten, Innere Medizin, Pädiatrie

Der Zweck der Vereinigung ist in der Satzung festgehalten:

Unter anderem:

- Förderung des Wissensaustausches und Vertiefung der Zusammenarbeit
- Vertretung der Interessen der Intensivmedizin gegenüber Institutionen
- Vertretung auf internationaler Ebene. Beteiligung an internationalen Kongressen
- Entwicklung von Standards
- Förderung der Aus-, Weiter- und Fortbildung.

Alle diese Ziele gelten bis heute.

Es gab eine Menge zu tun, -und für vieles hat sich die DIVI maßgebend eingebracht:

- Richtlinien zur Gestaltung der Intensivstationen
- Weiterbildung für Ärzte und Pflegepersonal
- Personalbesetzung von Intensivstationen
- Kompetenzen von Notärzten und Rettungssanitätern u.v.a.m.

Dabei stellte sich früh heraus:

Die Gemeinsamkeit, die die DIVI repräsentierte, überzeugte die offiziellen Institutionen und die Politik!

Die DIVI wurde wahrgenommen als übergeordnetes Gremium;

als eine gemeinsame Stimme, - außerhalb der egoistischen Interessen einzelner Fachgesellschaften.

Doch diese GEMEINSAMKEIT hatte auch ihre Grenzen:

Die Intensivmedizin wird in Deutschland immer noch als „Eigentum“ einiger Basisfächer betrachtet.

Ich erinnere mich noch gut:

Um die Jahrtausendwende gab es in der DIVI einen heftigen Streit:

Die Schaffung interdisziplinärer Zentren für Intensivmedizin sollte nicht zugelassen werden, - denn das hätte eine gewisse Eigenständigkeit bedeutet!

Dagegen wurde mit rechtlichen Geschützen aufgefahren:

Wenn die intensivmedizinische Behandlung durch ein anderes Fach als das der Grundversorgung erfolgte, wurde dies als „Übernahmeverschulden“ gebrandmarkt.

Im Jahr 2007 gab es dann den „Aufstand der Intensivmediziner“.

(ich nenne es mal so)

Es sollte eine Mitgliedsgesellschaft der Intensivmedizin gegründet werden, die DIGI.

Die Wünsche für die Intensivmedizin waren:

- Gemeinsamkeit
- Eigenständigkeit
- Anerkennung

Daraus wurde dann 2008 die „neue DIVI“,
als eine Mitgliedergesellschaft,
aber immer noch mit starker Präsenz der Fachgesellschaften.

Nun sollte vieles für die Intensivmedizin besser werden,
- und das wurde es auch!

Fangen wir mit dem Positiven an:

Es gibt eine große Gemeinsamkeit, eine gute Zusammenarbeit
vieler Intensivisten aller Disziplinen in den Sektionen.

Hier geschieht die gemeinsame aktive Arbeit der Intensivmediziner an speziellen
Problemen, - ungeachtet ihrer Herkunft und ihrer Primärdisziplin.

In den Sektionen findet das Leben der Intensivmedizin statt!

Darauf kann die DIVI stolz sein.

Aber dennoch:

Insgesamt haben wir heute nach wie vor große, übergreifende Probleme:

- Der gewaltige Druck der Ökonomie
- Der Personalmangel, vor allem beim Pflegepersonal
- Die fehlenden Karrierechancen für die Begeisterten der Intensivmedizin
- Die schwache internationale Repräsentanz der deutschen Intensivmedizin.

Wir müssen diese Probleme wahrnehmen und sie als die Probleme unserer DIVI
anpacken!

WIR müssen dafür kämpfen!

Problem Ökonomie:

Der Freiburger Medizin-Ethiker, Giovanni Majo, beklagt in seinem Buch
„Geschäftsmodell Gesundheit“ zu Recht das Vorherrschen des ökonomischen
Denkens in der Medizin.

Er sagt: „Die Ökonomisierung verändert peu à peu die innere Einstellung der Ärzte“.

Er hat ja Recht!

Wir merken tagtäglich, dass uns das Heft aus der Hand genommen wurde, und dass
wir uns ganz unterwürfig den Zwängen der Ökonomie und der Effizienz ergeben.

Eine große Interview-Studie von Wehkamp, jüngsthin im Deutschen Ärzteblatt
publiziert, kam zu der Feststellung,

„dass der wirtschaftliche Druck auf die Krankenhäuser die Unabhängigkeit
medizinischer Entscheidung untergraben kann.“

Auch Markmann monierte vor kurzem im Deutschen Ärzteblatt:
„Die Dominanz betriebswirtschaftlicher Vorgaben hat negativen Auswirkungen auf die Qualität der Patientenversorgung und auf das Personal.“

Bei uns Ärzten bleibt die Fürsorge auf der Strecke.
Für das humane, das charitative Prinzip unseres ärztlichen Handelns bleibt oft kein Raum mehr.

Gute ärztliche Fürsorge ist eben nicht nur richtige Diagnostik und korrekte Behandlung
- es ist einfach mehr!
Aber das haben wir oft aus dem Blickfeld verloren!

Dieses Problem des Ökonomisierungsdruckes wird wohl nur von außen gelöst werden können - von der Politik!

Doch müssen wir uns kommentarlos damit abfinden?

Vor allem müssen wir uns dagegen wehren, dass ökonomische Defizite immer wieder durch weitere Arbeitsverdichtung und Personalabbau kompensiert werden!

Personalmangel in der Pflege

Es besteht kein Zweifel daran, dass besonders in der Intensivpflege die Arbeitsverdichtung und der Personalmangel erheblich angestiegen sind.
Damit steigen Arbeitsunzufriedenheit und Fluktuation;
es mehren sich die Qualitätsdefizite und die Behandlungsrisiken.
Es entsteht das Burn-Out!

Man mag das „Burn-out“ als Diagnose akzeptieren oder nicht.
Tatsache ist, dass Überforderung und emotionale Erschöpfung die Leistung entscheidend beeinträchtigen,
- und das besonders bei denjenigen, die mit idealistischer Begeisterung und hohen Erwartungen begonnen haben!

Die Folgen sind Desillusionierung, Frustration und Apathie
– sowie erhöhter Krankenstand und Personalfuktuation!

In den USA, so zeigen viele Studien, leiden etwa 25% bis 33% des Pflegepersonals auf den Intensivstationen an den Symptomen eines schweren Burn-Outs.

Diese Problematik ist bei uns wohl vielerorts nicht anders:
So gibt es laut DKG bundesweit 10.000 freie Stellen, die besetzt werden könnten, wenn es Bewerber gäbe.
Doch die Ökonomie erzwingt in den Krankenhäusern selbst ohne ausreichende Personalausstattung eine Aktivität auf Hochtouren!

Vor kurzen stand in meinem Göttinger Tageblatt, dass in einer Klinik in privater Trägerschaft eine Gefährdungsanzeige aus der Pflege mit einer Abmahnung beantwortet wurde!

Das ist die Reaktion einer Verwaltung zu dem Personalnotstand!
Jetzt kümmert sich VERDI um den Fall.
Das ist unsere Realität!

Es ist natürlich zunächst Sache eines jeden Einzelnen vor Ort!
Die Abteilungsleiter müssen sich um die Arbeitsbedingungen und die Arbeitsatmosphäre in ihrem Betrieb kümmern!
Sie müssen sich ggfls. schützend vor ihre Mitarbeiter stellen!

Aber diese Probleme sind auch unser aller Probleme,
- die Probleme der DIVI wie die der Fachgesellschaften gleichermaßen!

Die Intensivpflege gehört zu uns!

Im vergangenen Jahr kam es zu
einem „Aktionsaufruf“ aller Official Critical Care Societies in den USA
gegen das Burnout Syndrome in Critical Care.
[Am J Crit Care 2016; 25: 368]

Können wir einen solchen Protest nicht auch formulieren?

Diese Überforderung betrifft aber auch die Ärzte, wie eine Studie aus Deutschland jüngsthin gezeigt hat. [Schwarzkopf et al. Crit Care Med. 2017; 45:e265]

Problem Ärztemangel:

Wir beklagen den Mangel an engagierten Ärzten für die Intensivmedizin.

Und das sicher zu Recht!

Allerdings gibt es für diesen gravierenden Mangel verschiedene gewichtige Gründe:
Der Dienst auf einer Intensivstation ist eigentlich mit dem heutigen Lebensgefühl schwer vereinbar:

- mit extremen Arbeitsverdichtung,
- mit Schichtdiensten,
- mit unsicheren Urlaub-Möglichkeiten, usw.

Die heutige Generation junger Ärzte – die sogenannte Y-Generation – ist nicht mehr bereit, den „Leidensdruck“ unseres Berufes ohne Kompensation auf sich zu nehmen. Sie will die „Work-Life-Balance“, ein harmonisches Gleichgewicht zwischen Beruf und Familie.

Eigentlich verwirklichen sie also das, wovon wir als ältere Generation immer geträumt haben, als wir für einen Wochenend-Dienst am Samstag-Morgen unseren Dienst antraten, um dann am Montag-Morgen die Klinik wieder zu verlassen.

Und dann gibt es noch dazu keine attraktivere Langzeitperspektive:

Es gibt in Deutschland kaum selbstständige Leitungspositionen für einen Intensivmediziner.

Auch in größeren Häusern wird diese Aufgabe meist einem Oberarzt in untergeordneter Position überlassen, meist sogar nur über eine gewisse Zeit!

Warum sollte sich also der ehrgeizige junge Arzt/Ärztin für die Intensivmedizin entscheiden?

„Mit der Intensivmedizin kann man ja nichts werden!“

Dabei hat doch die Intensivmedizin ihre eigene Faszination:

- Wir retten Menschenleben, - mit hoch-entwickelten Verfahren
- Wir werden ständig erneut herausgefordert, stets über unsere Grenzen hinaus, stets in Kontakt mit der ganzen Breite der Medizin
- Routine kommt gar nicht erst auf!
- und Teamwork ist so stimulierend!

Manch einer würde ja gerne bei der Intensivmedizin bleiben!

Doch sie bietet eben keine Langzeitperspektive.

Man bleibt in untergeordneter Stellung, bleibt abhängig!

Die wahren Jobs liegen leider wo anders!

Daher müssen wir nochmals über die Gemeinsamkeit der Fächer sprechen:

Intensivmedizin ist heute mehr als nur ein Zusatz zu einem einzelnen Fach.

Wenn ich z. B. an die Sepsis denke, dann sind die Probleme und die Zusammenhänge weit über das gesamte Spektrum der Medizin gestreut

- bis hin zu den theoretischen Disziplinen.

Diese Enge der Fachbindung muss überwunden werden!

Mein Eindruck ist, dass wir gerade hierin seit der Gründung der DIVI überhaupt nicht weitergekommen sind.

Die einzelnen Fächer kämpfen immer noch gegeneinander,
in egoistischer Selbstbehauptung.

Aber, muss man denn etwas verlieren, wenn man sich öffnet?

Ist ein gemeinsamer Weg nicht die viel stärkere Strategie?

Das Mutterfach behielte seine Selbstständigkeit,

aber es besitzt so viel Selbstvertrauen,

dass es mit den anderen Fächern kommunizieren kann!

Nur gemeinsam sind wir stark!

Was jetzt passiert, ist fatal:

Die Ökonomie hat uns allen das Heft aus der Hand geschlagen und die Leitung übernommen.

Und in dieser fatalen Situation kämpfen wir auch noch gegeneinander,
anstatt uns miteinander zu solidarisieren.

Die Ökonomie kann sich nichts Besseres wünschen: Divide et impera!

Das hat Folgen, auch für die internationale Präsenz der deutschen Intensivmedizin:
Die deutsche Intensivmedizin wird international mehr nicht ausreichend wahrgenommen; zumindest nicht so, wie es ihr eigentlich zustünde.

Ich habe mir die Mühe gemacht, einmal die internationale Präsenz an den Kongressen der European Society (ESICM) in den vergangenen Jahren von 2006 bis heute aufzuzählen.

Das Ergebnis ist für die deutsche Intensivmedizin enttäuschend:

Wir sind nicht ausreichend vertreten, weder bei den Invited Lectures noch bei den Posters.

Wir sind kaum noch vertreten bei den internationalen Studien.

Wenn wir einmal von wenigen renommierten „Leuchttürmen“ absehen, die draußen noch Ansehen haben!

Wir sind also nicht mehr gefragt, obwohl wir immer noch die mitgliederstärkste Nation in der European Society (ESICM) sind.

Die Gründe für diese nachlassende Präsenz sind sicher vielschichtig:

- Das strenge Arbeitsregime in der Klinik macht eine tragfähige Kongress-Repräsentanz schwierig
- Die große Personalnot lässt den Luxus einer kompetenten Forschung meist nicht zu

ABER VOR ALLEN DINGEN:

mit Ärzten, die die Intensivmedizin in subalternen, zeitlich begrenzter Position versorgen, lässt sich keine hochwertige Forschung oder international hochwertige Weiterbildung aufbauen.

Ich habe einen Traum:

Wir müssen attraktive Langzeitkarrieren für unsere Intensivmedizin-Begeisterten schaffen.

Dazu brauchen wir mehr als bisher interdisziplinäre Zentren für Intensivmedizin an Großkliniken, von kompetenten Leitern geführt,

mit einer gewissen Eigenständigkeit:

- Mit eigenem Personal
- Mit eigenem Budget
- Mit eigener Forschungs-Kompetenz und Forschungs-Möglichkeit
- Mit Akzeptanz nach innen und außen

Die gemeinsame Nutzung dämpft den Alleinanspruch der Einzelfächer, sie fördert den Zusammenhalt,

steigert Zufriedenheit und Leistungsbereitschaft.

Mit solchen Langzeitkonzepten könnten wir die Intensiv-Begeisterten wiedergewinnen.

Und nur mit einem solchen Langzeitkonzept kann die kontinuierliche, rasante Weiterentwicklung in der Intensivmedizin effizient verwirklicht werden!

Die Geschäfts-Leitungen großer Häuser könnte die Schaffung von solchen Intensivzentren im eigenen Geschäftsinteresse fördern:

Das überzeugende Argument wäre für sie
bessere Effizienz und straffere Ökonomie.

Sie müssten sich nur gegen den Egoismus der einzelnen Fachgebiete durchsetzen.

Natürlich ist eine solche Entwicklung gegen viele Widerstände selbst für eine starke Verwaltung nicht einfach.

Doch wir könnten sie als DIVI dabei wirksam unterstützen, indem wir dazu Konzeptvorstellungen entwickeln;

etwa ein DIVI-Positionspapier mit dem Vorschlag einer
Muster-Geschäftsordnung für interdisziplinäre Intensivzentren.

Wenn die DIVI hier Vorreiter würde, dann könnten wir vielleicht auch die widerspenstigen Fachgesellschaften davon überzeugen.

Auch sie haben dabei nichts zu verlieren, - auch sie werden nur gewinnen!
Angesichts so vieler essenzieller Probleme wäre es doch vernünftig,
zu einer Gemeinsamkeit zu finden,

sich zusammenzuschließen,
um die Probleme gemeinsam zu lösen.

Gerade jetzt brauchen wir diese Gemeinsamkeit,
anstatt sich in gegenseitiger Konkurrenz zu erschöpfen.

Denn:

Nur gemeinsam sind wir stark!

Das ist die wirklich große Aufgabe der DIVI!

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!