

## Leserbrief zum Beitrag von U. Schulte-Sasse:

# Produktionsdruck im Operationssaal gefährdet Patienten

Anästh Intensivmed 2009;50:552-563

### Leserbrief

## Verantwortung des OP-Managements

Es sollte nicht erst die generalpräventive Wirkung des Zivil- und Strafrechtes bemüht werden müssen, um die Einführung gefährlicher Organisationsstrukturen im Gesundheitswesen, insbesondere im OP-Bereich, als Fehlsteuerung zu verstehen! Dennoch sei es dem Schreiber dieses Leserbriefes gestattet, das Bild des OP-Managements aus einer „unreflektierten, vollstreckenden Handlanger-Rolle profitorientierter Konzernmanager“ herauszunehmen.

Der „Produktionsdruck im Operationssaal“ [1] besteht auf Grund gesundheitspolitischer Vorgaben und realisiert sich in unterschiedlicher Art und Weise in den deutschen Kliniken. Die vielerorts getroffene Entscheidung, das OP-Management direkt der Krankenhausgeschäftsführung zu unterstellen, scheint sich im Rahmen interdisziplinärer, berufsgruppenübergreifender Behandlungsprozesse insgesamt zu bewähren. Der Hauptnutzen, den das Management im OP hierbei stiften soll, liegt sowohl in der Verwirklichung der Unternehmensziele in der direkten Leistungserstellung als auch in der Sicherstellung einer definierten Organisationsform. Zu diesem Zweck müssen die richtigen Wertvorstellungen, Handlungsmaximen und Aufgabenbereiche transportiert werden. Dies hat für die tägliche, praktische Umsetzung – und damit für die „Kultur auf dem OP-Flur“ - die größte Bedeutung.

Der primäre Nutzen einer Operation besteht für den Patienten in einem Eingriff, den er ohne weitere Beeinträchtigung erfährt. Dabei gilt es zu berücksichtigen, dass „die Sicherheit des Patienten“ allen anderen Gesichtspunkten voran steht [2]. Der sekundäre Nutzen ergibt sich für das leistungserbringende Krankenhaus, das in seiner bestehenden Organisationsform - im besten Falle in kostengünstigen Strukturen - einen ökonomischen Benefit generiert. Die vom BGH definierte Rechtsposition zur Behandlungsqualität widerspricht in ihrer Konsequenz nicht den Zielgrößen ökonomischen Denkens. Primärer und sekundärer Nutzen passen zueinander: Es gibt keinen Zielkonflikt [3]!

Obwohl eine externe Bewertung des geschilderten Zwischenfalls [1] „ex post“ immer mit Kritik behaftet sein wird, eröffnet diese Sichtweise den Blick in eine zwar alltägliche, letztlich aber sehr risikogeneigte Unternehmensstruktur bzw. -kultur. Abgesehen vom dramatischen

Einzelgeschick des Betroffenen, sind aus der Perspektive eines „guten, wirksamen Managements“ heraus betrachtet [4] alle Akteure mit den ihnen gestellten Verantwortungen und Aufgaben katastrophal gescheitert.

- Die direkt am Patienten fehlende fachlich-anästhesiologische Kompetenz (Assistenzärztin) sowie eine approximierende „Stockwerk-übergreifende Supervision“ (Fach- bzw. Oberarzt-Kompetenz) führt nahezu unerkannt zum klinischen Tod mit Reanimation und nachfolgend ungeplantem Intensivaufenthalt.
- Das OP-Management hat im vorliegenden Fall ebenfalls komplett versagt und die ggf. bestehenden „prozess- und erlösorientierten Ziele“ vollständig verfehlt. Inwieweit die benannte Personalunion von „Oberarzt Anästhesie“ und „OP-Manager“ derartig riskante Szenarien begünstigt, soll hier nicht weiter betrachtet werden.
- Die durch den Behandlungsvertrag zwischen Patient und Krankenhaus geschuldete medizinische Behandlung wird unzureichend erbracht und mündet in einem kapitalen Reputationsschaden für das Krankenhaus! Das betriebswirtschaftliche Risiko dieser „fehlgeschlagenen Behandlung“ kann im regionalen Umfeld eines Krankenhauses zur existenziellen Bedrohung werden. Hier steht letztlich das gesamte Krankenhaus-Management in der Verantwortung.

Ökonomische und prozessuale Kompetenz sind im deutschen Krankenhauswesen seit geraumer Zeit keine Fremdwörter mehr. Wie nie zuvor in Deutschland werden die Themen „Medizin“ und „Ökonomie“ miteinander verknüpft und die Perspektiven aufeinander abgestimmt. Das gilt von der Führung entsprechender aufgestellter Großkonzerne im Gesundheitswesen über die Umsetzung von Behandlungspfaden in Krankenhäusern bis hinein in das Tagesgeschäft der einzelnen OP-Bereiche. Die Weiterentwicklung dabei entstehender Schnitt- bzw. Nahtstellen hat letztlich auch eine gesellschaftliche Dimension, die mit entsprechender Verantwortung verknüpft ist. Diese Schnittstellenbereiche sind dabei entweder von qualifizierten Ökonomen mit medizinischen Kenntnissen oder aber von Medizinern mit ökonomischen Kompetenzen zu gestalten. Eine Entwicklung, die keinesfalls gering geschätzt werden sollte!

Der Berufsverband Deutscher Anästhesisten hat die Zeichen der Politik und der Zeit rechtzeitig erkannt und die inhaltliche Weiterentwicklung des Fachgebietes Anästhesiologie in dieses Segment hinein aktiv und kreativ gestaltet. Der vom Autor benannte „Produktionsdruck“ ▶

► und die damit verknüpfte rechtliche Verantwortung spiegelt in meiner Wahrnehmung eine „Phase der Um- bzw. Neuorientierung“ im Gesundheitswesen wider, die zum jetzigen Zeitpunkt weder aus medizinischer, ökonomischer noch rechtlicher Sicht abschließend bewertet werden kann.

Der als OP-Manager tätige Arzt übernimmt in gleicher Weise wie sein individualmedizinisch tätiger Kollege Verantwortung für seine berufliche Tätigkeit, die dem Gedanken einer adäquaten Patientenversorgung meist sehr viel näher liegt, als die Darstellung im Beitrag von Schulte-Sasse vermuten lässt.

#### Literatur

1. Schulte-Sasse U (2009) Produktionsdruck im Operationssaal gefährdet Patienten. *Anästh Intensivmedizin* 50: 552-563.
2. BGH (1983) Urteil vom 30.11.1982, VI ZR 77/81; NJW 24: 1375
3. Steinmeyer-Bauer K (2009) Qualität und Ökonomie: Es gibt keinen Zielkonflikt, *Dt Arztebl* 106: A-1995.
4. Malik F (2006) Grundsätze wirksamer Führung; In: *Führen, Leisten, Leben*, S.75 ff Campus, Frankfurt.

#### Korrespondenzadresse:

Dr. med. Christof Denz, M.Sc.  
Stabsstelle des Ärztlichen Direktors  
Leiter OP-Management  
Universitätsklinikum Köln  
Kerpener Straße 62  
50937 Köln, Deutschland  
Tel.: 0221 47886968  
E-Mail: christof.denz@uk-koeln.de

### Stellungnahme zum Leserbrief

#### Produktionsdruck, (OP-) Manager-Boni, strafrechtliche Verantwortung der patientenfernen Entscheider

Herr Dr. med. Christof Denz erkennt keinen Zielkonflikt zwischen „vom BGH definierter Rechtsposition zur Behandlungsqualität und Zielgrößen ökonomischen Denkens“. Hierzu sei aus der Sicht eines „individualmedizinisch tätigen“ Arztes angemerkt: „Wer ökonomisch überleben will, braucht Fälle“ [1] - in dieser Logik ist es nur folgerichtig, wenn Betreiber von Gesundheitseinrichtungen ihren ärztlichen und nicht-ärztlichen Klinik-Managern aufgeben: „In unseren Kliniken steigern wir konsequent die Fallzahlen, um die Standorte langfristig abzusichern“, wenn Geschäftsführer in der Betriebsordnung für ein ambulantes Operationszentrum festlegen: „Die Abläufe müssen auf Zeit organisiert werden; Standards werden an der Untergrenze definiert“ (das Wort Sicherheit bleibt in der Betriebsordnung unerwähnt). Damit solchen, oft mit dem Adjektiv „ehrgeizig“ verbundenen Unternehmenszielen tatsächlich schwarze Zahlen in der Jahresbilanz folgen, ist es heute mehr und mehr üblich,

mit leitenden Ärzten, aber auch Oberärzten und OP-Managern, „Zielgespräche“ zu führen, bei denen Ziele vereinbart (oder auch: vom Management vorgegeben) werden, an deren Erreichen die Auszahlung des variablen Anteils der Jahresvergütung gekoppelt ist. Die inzwischen wöchentlich/monatlich an Leiter von Krankenhaus-Fachabteilungen gerichteten Aufforderungen, die im Unternehmensplan vorgegebenen Leistungszahlen durch tatsächlich behandelte Fälle im OP - in rascher Wechselfolge bei hoher OP-Saalauslastung - in Fallzahl steigernde, den CMI-Index erhöhende und damit Erlöse sichernde Jahresabschluss-Wirklichkeit umzusetzen, haben das erhebliche Potential, die Patientensicherheit zu gefährden.

Vor dem Hintergrund der Bankenkrise ist doch gerade überdeutlich geworden, wie viel Schaden mit allein am kurzfristigen Gewinn ausgerichteten, mit Druck durchgesetzten Zielvereinbarungen angerichtet werden kann: „Am Montagmorgen hat der Kundenberater sein wöchentliches Zielgespräch ... und dieses Gespräch kann unangenehm werden. Wöchentlich, mitunter täglich, werden die elektronisch dokumentierten Vertriebsfolge mit den vorgegebenen Zielen abgeglichen. Erfahrene Kundenberater wissen all dies. Oft haben sie ein schlechtes Gefühl“ [2]. Nicht nur Kundenberater, auch erfahrene Oberärzte haben oft ein schlechtes Gefühl, wenn sie versuchen, vorgegebene Operationsprogramme, die tatsächlich verfügbare Personalressourcen und belegbare Intensivbetten unberücksichtigt lassen, unter hohem Produktionsdruck „durchzuziehen“, nachdem in (ebenfalls unangenehmen) Zielgesprächen mit der Geschäftsführung die Anzahl der Eingriffe, die effektive Saalauslastung sowie die Reduktion der Naht-Schnittzeit als Qualitäts (!)-Indikatoren [3] benannt und als umzusetzende Ziele „vereinbart“ wurden. Wohl anders als es Herr Dr. Denz, Master of Science bei der Stabsstelle des Ärztlichen Direktors am Universitätsklinikum Köln, in seinem Leserbrief beschreibt, erleben patientennahe Ärzte hier wiederholt einen Konflikt zwischen „BGH definierter Rechtsposition zur Behandlungsqualität“ und in Zielvereinbarungen festgelegten „Zielgrößen ökonomischen Denkens“. „Wer ökonomisch überleben will, braucht Fälle. Diese Art von Wettbewerb kann nicht gesund sein“ (Maus 2009). Und es ist insbesondere dieser Hintergrund, vor dem für Planung und Ablauforganisation von Leistungserbringung im OP Verantwortliche „aus der Perspektive eines guten, wirksamen Managements heraus betrachtet ... mit den ihnen gestellten Verantwortungen und Aufgaben katastrophal“ scheitern. Dies - hier ist dem Leiter des OP-Managements, Herrn Dr. Denz, ebenfalls zuzustimmen - hat durchaus „gesellschaftliche Dimensionen“, wenn inzwischen selbst Ärzte mehr mit dem Überleben am Markt als mit dem Überleben ihrer Patienten befasst sind: „Ökonomen hatten jahrelang wegen ihrer berufsbedingt nüchternen, herzlosen Sichtweise auf das Gesundheitswesen keinen guten Ruf bei Ärzten. Doch nun eignen sich mehr und mehr Medizi- ►

ner nebenher das Handwerkszeug der Betriebswirte an, weil das für Leitungspositionen in Kliniken gefordert wird. Und man bemerkt, wenn sie über ihre neuen Kenntnisse und deren Anwendung reden: Ärzte als Ökonomen sind nicht unbedingt Garanten einer humaneren Medizin. Ihre Kritik wird so zynisch vorgetragen, wie sie es den Besessenen aus den Klinikverwaltungen früher immer vorgeworfen haben“ [4].

Wie an Beispielen in dem Artikel „Produktionsdruck im Operationssaal gefährdet Patienten“ [5] beschrieben, ist es in Kliniken und Praxen zu schwerer und schwerster Patientenschädigung und zu Todesfällen in Gegenwart kostensparender, Erlöse-steigernder, die prognostizierte EBIDTA-Entwicklung [6] verwirklichender, aber voraussehbar lebensgefährdender Organisation der Patientenversorgung infolge von „Billigproduktion“ gekommen. Unter der Überschrift „Verantwortung des OP-Managements“ schreibt Herr Dr. Denz: „Der als OP-Manager tätige Arzt übernimmt in gleicher Weise wie sein individualmedizinisch tätiger Kollege Verantwortung für seine berufliche Tätigkeit“ und weiter „Zu diesem Zweck müssen die richtigen Wertvorstellungen, Handlungsmaximen und Aufgabenbereiche transportiert werden.“ Wer könnte einer solchen Feststellung seine Zustimmung verweigern! Wie es ist, wenn nicht die richtigen Wertvorstellungen auf den OP-Flur transportiert wurden, haben gerade

- ▶ ein Anästhesie-Oberarzt in der Klinik und eine Anästhesie-Fachärztin in einer HNO-Praxis erfahren müssen: beide hatten in einer „sehr risikogeeigneten Unternehmensstruktur bzw. -kultur“ gearbeitet, bei der von durchaus „qualifizierten Ökonomen mit medizinischen Kenntnissen“ und „von Medizinern mit ökonomischen Kompetenzen“ OP-Programme gestaltet wurden. Die beiden Fachärzte hatten in Gegenwart einer völlig inadäquaten personellen Billig-Infrastruktur versucht, das ihnen zugewiesene OP-Programm zu bewältigen und scheiterten katastrophal – die Zukunft eines jungen Mannes ist zerstört [7], ein Kind ist tot [8]. Vor dem Strafgericht jedoch - anders als von Dr. Denz beschrieben - hatten die qualifizierten Ökonomen und Mediziner keineswegs „in gleicher Weise wie die individualmedizinisch tätigen Kollegen Verantwortung für ihre berufliche Tätigkeit übernommen“: Oberarzt und Fachärztin hatten sich allein für die Ausführung einer von Medizinern mit ökonomischen Kompetenzen (Anm.: Mediziner ist nicht gleich Arzt) vorgegebenen, lebensgefährlichen OP-Planung zu verantworten. Angesichts der „patientengefährdenden personellen Fehlbesetzung, verbunden mit fehlender Facharztkapazität, angesichts der sicherlich kritisch zu sehenden personellen Besetzung an diesem Tag im OP-Bereich“ – so die Staatsanwaltschaft - hätte der Klinik-Oberarzt als aufsichtführender Anästhesist schließlich äußern können, „dass er unter einem unüberwindbaren Zeitdruck gestanden“ hat. Die Fachanästhesistin hätte die von ihr geforderte Leistung (ein „straffer Takt“ von 17 Kindernarkosen an einem Vormit-

tag auf einem OP-Tisch) verweigern müssen, angesichts der völlig inadäquaten vom Praxisbetreiber, ebenfalls ein Mediziner mit ökonomischer Kompetenz, bereitgestellten Überwachung im nicht existierenden Aufwachraum, eine Leistung, die der Praxisbetreiber gegenüber der KV meist abrechnete, nicht jedoch erbrachte (die Eltern mussten auf das aus der Narkose noch nicht erwachte Kind aufpassen).

„Wird erkennbar, dass die für den Krankenhausbetrieb oder eine einzelne Abteilung empfohlene oder vorgeschriebene personelle bzw. sachliche Mindestausstattung nicht mehr gewahrt ist, um die Gefährdung des Patienten auf das noch tolerierbare Maß zu senken, so ist dieser an ein geeignetes Krankenhaus zu überweisen, ein Aufnahmestopp zu verhängen und das Leistungsangebot zurückzunehmen“ [9] – dies hätten Oberarzt und Fachärztin tun müssen. Lässt der Umfang eines geplanten OP-Programmes bei gegebener personeller Infrastruktur eine sichere Patientenversorgung nicht zu, so wird solch ein warnender Hinweis durch individualmedizinisch tätige Kollegen wiederholt von den Personal zuteilenden, OP-Programme festlegenden und durchsetzenden Ökonomen und Medizinern ignoriert, weil all zu oft eben nicht die richtigen Wertvorstellungen die Kultur auf dem OP-Flur bestimmen und ein „mindless“ Produktionsdruck aufrechterhalten bleibt. „Wenn aber die personellen und sachlichen Behandlungsbedingungen so ungünstig sind, dass das daraus resultierende Risiko und die möglichen Nachteile für den Patienten unverträglich hoch sind, ist der Nutzen ärztlichen Tuns zu verneinen“ (Ulsenheimer 2009). In dieser heute schon lange nicht mehr theoretischen Konstellation kann Nichtleistung Verteidigung der Patientensicherheit bedeuten. Für die Betreiber von Krankenhäusern und Arztpraxen hat Nichtleistung jedoch eine gravierende, im Wiederholungsfall potentiell Existenz-bedrohende Nebenwirkung: Erlöseinbußen! Denn: Wer ökonomisch überleben will, braucht Fälle.

Oberarzt und Fachärztin hatten in einem System von höchstem Produktionsdruck versagt und wurden strafrechtlich verurteilt. Die Feststellung der Staatsanwaltschaft ist so richtig wie bitter - angesichts der Nichtübernahme von rechtlicher Verantwortung durch die für die OP-Programmfestlegung verantwortlichen patientennahen und -fernen Manager: „Ob die personelle Fehlbesetzung (...) ursächlich für die schwerwiegenden Folgen bei den Patienten gewesen ist, ein solcher Kausalzusammenhang ließ sich im strafrechtlichen Ermittlungsverfahren jedoch nicht mit der für eine Anklageerhebung erforderlichen Sicherheit nachweisen.“ Es ist der Sicherheit der Patienten dienlich, wenn künftig in Arzthaftungsprozessen generalpräventiv auch das Tun der „Täter hinter den Tätern“ gewürdigt wird – erst dann tragen die qualifizierten Ökonomen mit medizinischen Kenntnissen und Mediziner mit ökonomischen Kom- ▶

▶ petenzen tatsächlich und in „gleicher Weise“ wie ihre individualmedizinisch tätigen Kollegen (rechtliche) Verantwortung für ihre berufliche Tätigkeit [10]. Vor diesem Hintergrund ist ein postulierter Fortentwicklungsbedarf des Arzthaftungsrechts unzweifelhaft gegeben [11,12]. Das „Bild des OP-Managements in einer „unreflektierten, vollstreckenden Handlanger-Rolle profitorientierter Konzernmanager“ – ist in seiner Verallgemeinerung ein unzutreffendes Zerrbild: zu einem OP-Management, das – mit den Worten von Dr. Denz - die richtigen Wertvorstellungen transportiert, und diese auf dem OP-Flur mit der Perspektive eines guten, wirksamen Managements umsetzt, gibt es in Klinik und Praxis keine Alternative. In einer „Phase der Um- bzw. Neuorientierung“ im Gesundheitswesen, in der die Themen Medizin und Ökonomie aufs Engste miteinander verknüpft sind, scheitern Akteure in einer sehr risikogeneigten Unternehmensstruktur bzw. –kultur wiederholt und katastrophal, und dies ist weiter verbreitet, als es die Darstellung im Leserbrief von Herrn Dr. Denz vermuten lässt – so die vielen Leserzuschriften, die den Autor des Produktionsdruck-Artikels per E-Mail erreicht haben - daraus sei nachfolgend zitiert:

• **Leserzuschrift eines Anästhesie-Oberarztes an einer Universitätsklinik:**

„Ihre Artikel liegen seit geraumer Zeit in den Pausenräumen unseres Zentral-OP aus und finden, auch bei vielen Chirurgen, große Resonanz. Der von Ihnen monierte und anhand von eindrucksvollen, jedoch durchaus alltäglichen Fallbeispielen sehr plastisch beschriebene Produktionsdruck im OP ist ein furchtbares Laster, welches unsere tägliche Arbeit immer stärker durchdringt. Ein rigoros produktionsdrückendes OP-Management ist der Lieblingsspartner vieler Klinikvorstände und Geschäftsführer; die dort um sich greifende Zeit- und Zahlengläubigkeit ist geradezu grotesk. Wir wollen effizient, zügig und kostenbewusst arbeiten, doch die managerialen Zustände, die uns in den letzten Jahren geradezu überrollt haben, gefährden nicht nur die Versorgungsqualität und Sicherheit unserer Patienten, sondern unser gesamtes Fachgebiet, die Anästhesiologie. Wenn nämlich bereits die erfahrenen Hasen über die Auswüchse des allgegenwärtigen Produktionsdrucks stolpern, wie ergeht es erst unserem anästhesiologischen Nachwuchs? Eine strukturierte, definierte und v.a. verbindlich implementierte Weiterbildung mag zwar inzwischen auf zahlreichen Papieren stehen, doch die tatsächliche Umsetzung im OP scheitert tagtäglich am verbreiteten Irrsinn immer schnellerer Prozesszeiten.“

• **Leserzuschrift eines Facharztes für Anästhesie:**

„Eine so ehrliche, nüchterne, überzeugende und hofentlich wachrüttelnde Analyse war längst überfällig. Ich hoffe, dass jeder Kollege vom Einsteiger bis zum

Chefarzt diesen Artikel liest und mit den Gegebenheiten in seinem Arbeitsumfeld vergleicht - die geschilderten Situationen sind leider Alltag. Ich bin 36 Jahre alt, seit kurzem Facharzt für Anästhesiologie, arbeite in einem Krankenhaus der Maximalversorgung und habe noch gut 30 Jahre Berufsleben vor mir. Entsprechend groß ist mein Wunsch, dass Ihre Gedanken Gehör finden.“

• **Leserzuschrift eines Anästhesie-Oberarztes:**

„Wir machen uns zu Recht Gedanken über die Zukunft unseres Faches. Die Begeisterung und die Weiterbildung unserer jüngeren Kollegen halte ich dabei für essentiell. Wenn wir es jedoch nicht schaffen, die Anästhesiologie gegenüber dem vermeintlichen Muster-schüler der Klinikvorstände, dem OP-Management, wieder zu emanzipieren und neue Standhaftigkeit zu erringen, wird unser Fach keine attraktive Zukunft haben. Als Fazit lässt sich feststellen, dass wir alle aufgefordert sind, in unseren Bestrebungen nicht nachzulassen, diesem geradezu hysterischen Zahlen- und Zeiteitensinn vieler OP-Manager und Vorstände entgegen zu treten. Dabei ist es m.E. unerlässlich, dass sich die Anästhesiologie wieder so positioniert, dass perioperative Versorgungsqualität und Patientensicherheit nicht nur hohle Schlagworte bleiben, sondern wirklich wieder in den klaren Vordergrund unserer Bemühungen gestellt werden. Dann wird unser Fach auch wieder begeisterungsfähigeren und langfristig engagierten Nachwuchs anziehen. Bitte seien Sie sich der Unterstützung von vielen 1000en versichert.“

„Der Produktionsdruck gefährdet nicht nur einzelne Patienten, er hat das Potential - in seiner chronischen Form - die sichere Zukunft der gesamten operativen Medizin zu gefährden.“ Hierzu äußern sich Fachärzte, die den OP inzwischen verlassen haben:

• **Leserzuschrift einer ehemaligen Fachärztin:**

„Die Platzierung des Artikels hinter 12 Seiten über OP-Tisch-Erlös-Index ist richtig gut!!! Herzlichen Dank, dass Sie auch so emotional über die Zustände und lebensbedrohlichen Gefahren in deutschen OP-Sälen berichten. Emotionalität halte ich sogar für sehr angebracht, da unendlich viele Zwischenfälle, Katastrophen und Beinahe-Unglücke ja vermeidbar gewesen wären. Ich bin 20 Jahre als Anästhesistin tätig gewesen und habe den klinischen Betrieb nicht zuletzt wegen "OP-Manager, KTQ-Zertifizierung, Qualitätssicherung und all diesen leeren Hülsen ("Unser Leitbild") vor einem Jahr verlassen.“

• **Leserzuschrift eines ehemaligen Anästhesie-Oberarztes:**

„Ich habe mich sehr gefreut, Ihren Artikel in der aktuellen A&I zu lesen, der mir geradezu aus dem Her- ▶

zen gesprochen hat. War doch der von Ihnen so schön beschriebene "mindless" Produktionsdruck maßgeblich verantwortlich dafür, dass ich vor einigen Jahren der klinischen Anästhesie den Rücken gekehrt habe. Und seitdem beschäftige ich mich hauptberuflich bei der BG mit Sicherheit, Gesundheitsschutz und Risikomanagement. Hierbei wurden mir für viele interessante Aspekte bei risikobehafteten Tätigkeiten die Augen geöffnet - und ich war oft genug im Rückblick geradezu entsetzt, wie leichtfertig in unseren Kliniken manchmal mit der Sicherheit und der Gesundheit unserer Patienten, aber auch unserer Kollegen umgegangen wird."

• **Leserzuschrift einer ehemaligen Anästhesie-Fachärztin:**

„Der Patient hat keine Lobby. Er weiß nicht, was auf ihn zukommt, er weiß nicht, welchen Risiken er ausgesetzt ist. Der Patient vertraut darauf, dass er nach bestem Wissen und Gewissen versorgt wird – nach Facharztstandard. Der Patient vertraut sich uns an. Die allermeisten Chefs stehen nicht hinter ihrer Abteilung, sondern hinter der Verwaltung. Sie haben sicher auch enormen Druck zu Kostenersparnis. „Sie müssen das hinbekommen, sie müssen die Fallzahlen erreichen, sonst graben sie sich ja selbst ihren Arbeitsplatz ab“. In den letzten Jahren habe ich festgestellt, dass man aneckt, den Betrieb aufhält und stört, wenn man an Sicherheit und Sorgfalt erinnert. Der Rubel muss rollen, die Programme werden durchgezogen, Parallelnarkosen nehmen zu. Man darf nicht die wenigen Ärzte, die noch bereit sind, in den Kliniken zu arbeiten, so drücken, so auslutschen ... Darum gehe ich aus der Klinik weg. Ich verlasse die Anästhesie.“

• **Leserzuschrift einer Anästhesie-Fachärztin, nicht mehr im OP tätig, nun M.Sc. Public Health:**

„Der enorme Druck gepaart mit Arbeitsverdichtung und Bürokratisierung an allen Fronten führen zu einem Druck, der auf die untersten Mitarbeiter durchgereicht wird, und zwar nicht nur durch das Management direkt, sondern auch von anderen Berufsgruppen, die ebenfalls massiv unter Druck gesetzt und oftmals auch gedemütigt und enttäuscht werden. Corporate Identity - kann man heute nicht mehr empfinden, innere Kündigung, Unbeteiligung ist das, was vorzufinden ist. Ich habe mir lange Gedanken gemacht, nachdem ich sowohl gesundheitlich als auch persönlich einen hohen Preis für all das bezahlt habe, ob ich meinem Berufswunsch noch nachgehen kann. Natürlich darf man das so auch alles nicht aussprechen, man will ja nicht als Weichei gelten, man ist ja gestählt ... Ich bin hochqualifiziert und empfinde es gerade selbst so, dass ich in unserem Fach inzwischen soviel gelernt habe, dass ich (mit ausgewogenem Respekt vor dem, was man nicht weiß, einer ebensolchen Reflexion und dem Bewusstsein, dass man IMMER an

und über seine Grenzen in der Medizin kommen kann) das Gefühl habe, für die Patienten ein guter Arzt sein zu können. In sofern ist es schade, weil ich meinem Selbstempfinden nach jetzt, wo sich alle Mühen in einem guten Wirkungsgrad wiederfinden lassen, die Patientenversorgung nicht mehr viel länger auf mich nehmen kann oder will.“

Wir sollten solche Stimmen aus dem OP zum Produktionsdruck nicht als Einzelmeinungen abtun, sondern ihnen in bestem Sinne effektiver Incident-Reporting-Systeme, wie CIRS-AINS bzw. PASOS, aufmerksam zuhören: Die verbandseigenen Ereignis-Meldesysteme können „Aufmerksamkeit erhöhen, indem gelesen werden kann, was anderen passiert ist; es kann Sensibilität für verbreitete Probleme erhöhen“ [13].

**Literatur**

1. Maus J. Krankenhauseinweisungen: Fangprämie. Dt Ärztebl 2009;106:B1455.
2. Der Kunde soll bezahlen. Warum wir den Beratern der Banken nicht mehr glauben können – der Erfahrungsbericht eines Insiders. [www.zeit.de/2009/14/Banker](http://www.zeit.de/2009/14/Banker).
3. Wallner F et al. Qualitätsmanagement durch Restrukturierung und Ablaufoptimierung eines interdisziplinären Zentral-OPs. 79. Jahresversammlung der Deutschen Gesellschaft für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde, Kopf- und Hals-Chirurgie e. V. (2008).
4. Rieser S. Der Chef ist jetzt Ökonom. Dtsch Ärztebl 2009;106:B1043.
5. Schulte-Sasse U. Produktionsdruck im Operationsaal gefährdet Patienten. Anästh Intensivmed 2009;50:552-563.
6. EBITDA: Earning Before Interests, Taxes, Depreciation and Amortisation. [www.helios-kliniken.de/index.php?id=2958&type=123](http://www.helios-kliniken.de/index.php?id=2958&type=123).
7. Erfurter Arzt muss zahlen. MDR Fernsehen 19.2.2010, 19:00 Uhr.
8. Wer ist schuld am Tod des Jungen. Hamburger Abendblatt 24.11.2009.
9. Ulsenheimer K. Zur Diskrepanz zwischen dem optimalen medizinischen Standard, dem ökonomisch Möglichen und dem rechtlich Geforderten – der Anästhesiologe im Widerstreit gegensätzlicher Pflichten. Anästh Intensivmed 2009;50:242-247.
10. Schulte-Sasse U. Fehler durch Kostendruck. Keine rechtlichen Konsequenzen bei „Managerpfusch“. Dt Ärztebl 2009;106:B1763.
11. Strafbarkeit von Krankenhausgeschäftsführern und sonstigen „patientenfernen“ Entscheidern bei organisationsbedingten Patientenschäden. Presseerklärung der Arbeitsgemeinschaft für Arzt-Recht 25. April 2009 ArztR 2009;44.
12. Schulte-Sasse U. Der Täter hinter dem Täter - Persönliche Verantwortung der „patientenfernen“ Entscheider bei der gerichtlichen Würdigung von medizinischen Katastrophen in Zivil- und Strafprozessen. ArztR 2010;45: Juli.
13. <https://www.pasos-ains.de/indexSSL.php>.

**Korrespondenzadresse:**

Prof. Dr. med. Uwe Schulte-Sasse  
 Direktor der Klinik für Anaesthesie  
 und Operative Intensivmedizin  
 SLK-Kliniken Heilbronn GMBH  
 Klinikum Am Gesundbrunnen  
 Am Gesundbrunnen 20 - 26  
 74078 Heilbronn  
 Deutschland  
 E-Mail: [uwe.schulte-sasse@slk-kliniken.de](mailto:uwe.schulte-sasse@slk-kliniken.de)