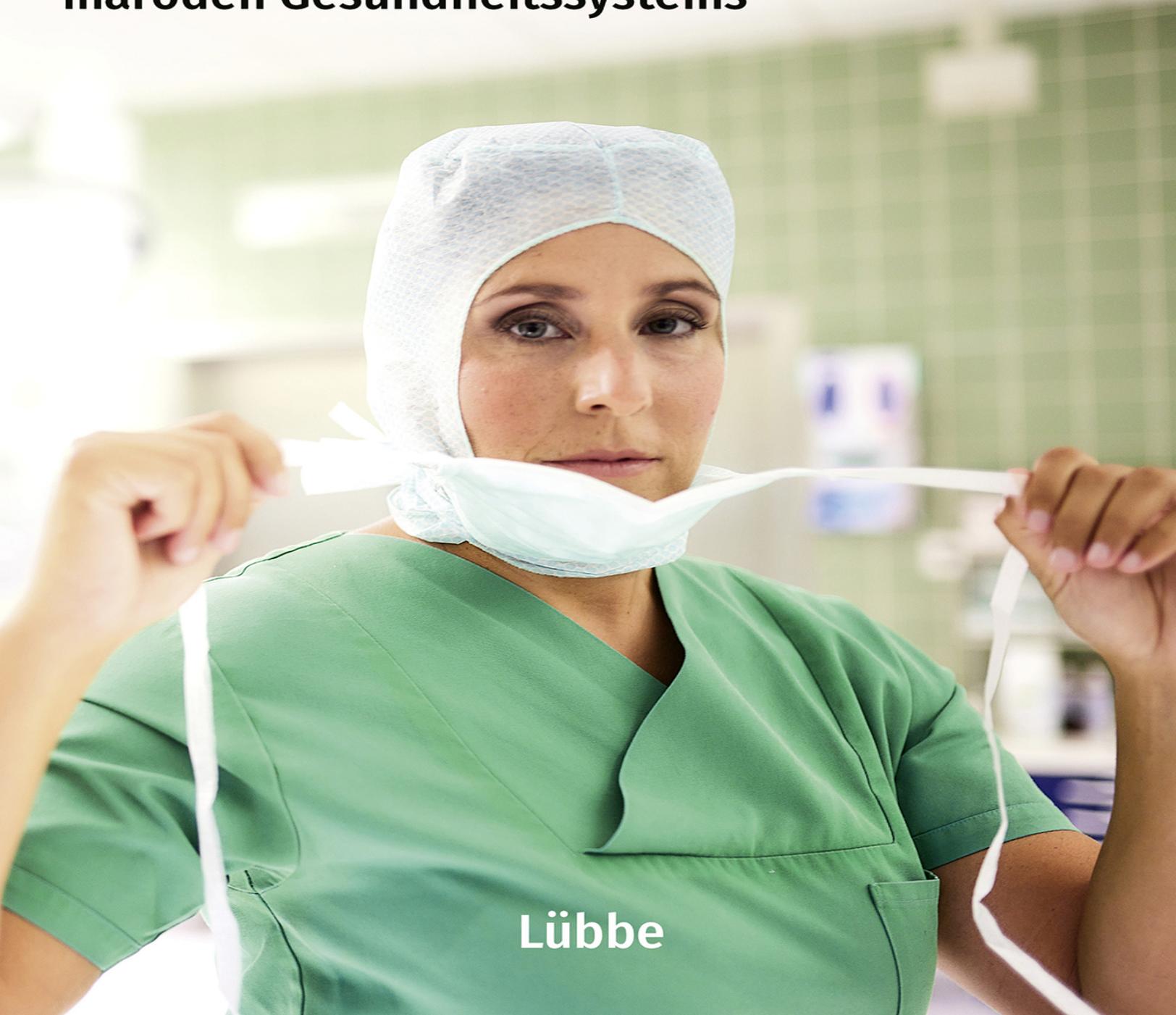


**Dr. med. Sâra D. Aytaç**

# AUSGEBLUTET

**Als Ärztin im Schockraum unseres  
maroden Gesundheitssystems**



**Lübbe**

# Inhalt

Cover

Über dieses Buch

Über die Autorin

Titel

Impressum

Widmung

Prolog

3 Uhr nachts: Die Welt und mein Patient schlafen

24/7: Immer zu Diensten

    Dienste ohne Ende

    Warten, bis der Arzt kommt

Langeweile gepaart mit Katastrophen: Der ganz alltägliche  
Horror der Notfallmedizin

    Fehlalarm?

    Menschlichkeit, ein letztes Mal

    Kein goldener Schuss

    Happy End?

    Schöner Wohnen und Sterben

    Die WG des Herrn

    Happy End, leider ausverkauft

    Don't blame life

Notaufnahme, das Absurditätenkabinett: Von Notfall-  
Shoppert und Helmut Dreikommaacht

    Ein langer Weg für das bisschen Ixodida

    Lumbo-Dumbos und null Körpergefühl

    Der letzte Luxus

    Wut ohne Morgen

Wo darf das Päckchen hin?  
Zu spät, zu kaputt, zum Teufel  
Masturbifanten und Lebensgefahr durch Überforderung  
Jeder findet einen Operateur  
Fick dich, Helikopter-Aura  
Endstation Helmut  
Zombieprojekt ZNA

Nervige Gerontosaurier: Der missachtete betagte Patient  
Das Drama nimmt seinen Lauf  
Schneegestöber  
Grausames Déjà-vu  
Prophylaxe ist nicht profitabel  
Ist doch kein Beinbruch? Doch!  
Heilung!  
DNR  
Propofol marsch!

Quo vadis, und vor allem mit wem? Von Perlhühnern,  
Dandys und keinem Nachwuchs  
Null Interesse  
Körperpflege  
Meerschweinchen  
Kajütentennis  
Abstiegskampf

Laienschauspieler gesucht: Dein Arzt, dein Schicksal  
Guten Tag, Sie haben einen Arzt bestellt!  
Verstehn Sie?  
Ein Messer wäre jetzt nett  
Frauen und Uhus  
Blut in der Birne  
Die Guten gehen

Kann kommen, immer, alles: Vom Schockraum und anderen  
Theatern  
Mensch unter Lkw  
Kaputte Ärzte, na und?  
Hauptsache Titten  
Ein wiederkehrendes Problem

Patient zweiter Klasse  
Reit- und Feldstudien  
Für die Tonne?  
Kopfschussschmerzen  
Das gefickte Eichhörnchen  
BBQ, unnerum  
Bissfest  
Leergeblutet  
Was darf's denn bitte sein?  
Ernie  
Wir brauchen das Gesicht  
Problemwolf  
Dixi ohne Blues  
Das Bauchgefühl der Katze  
Ticking Clock  
Hippokrates' langes Sterben: Der Ausverkauf des  
ärztlichen Ethos  
    Unwürdiges Cockpit  
    Schon lange egal  
    Diagnose: privatversichert  
Via falsa: Erweiterter Suizid und nichts wie weg!  
    Der Lungenfrisör  
    Fünf-Dollar-Nutte  
    Kaputtgeschrubbt  
Ruhe vor dem Sturm: Große und kleine Krankenhäuser am  
Rande des Wahnsinns  
    Abschläge, Strafen, Schließungen  
    3 Uhr nachts, mal wieder  
Danksagung  
Anmerkungen

# Über dieses Buch

Dr. Sâra Aytaç, Oberärztin in der Unfallchirurgie, liefert einen schonungslosen Bericht aus ihrem Klinikalltag: Sie berichtet von den vergessenen Alten, deren adäquate Behandlung keinen Profit verspricht. Sie erzählt von lebensgefährlichen Kommunikationsproblemen im Schmelztiegel Krankenhaus, ebenso fatalen Personalengpässen, unqualifizierten Aushilfskräften und dem Ausverkauf des ärztlichen Ethos. Ihre schockierenden Geschichten aus Notfallaufnahme, Schockraum und OP zeigen: Wir brauchen endlich wieder ein menschliches, das heißt allein am Patientenwohl orientiertes Gesundheitssystem.

# Über die Autorin

Dr. Sâra D. Aytaç ist Oberärztin für Unfallchirurgie und Orthopädie am SHG-Klinikum in Idar-Oberstein. Geboren 1983 in Wolfenbüttel, verbrachte sie ihre Jugend in Berlin und Istanbul. Nach ihrem Medizinstudium in Heidelberg absolvierte sie ihre Facharztausbildung an einem Haus der Maximalversorgung, an dem sie zuletzt die stellvertretende Leitung der Sektion für Akuttraumatologie war. Um einen ganzheitlichen Blick zu bekommen tourte sie danach mehrere Monate als Honorarärztin durch diverse städtische, private und kirchliche Krankenhäuser und stellte fest: Das Leiden der Betroffenen und der ökonomische Irrsinn sind überall gleich.

**Dr. med. Sâra D. Aytaç**

# **AUSGEBLUTET**

**Als Ärztin im Schockraum unseres  
maroden Gesundheitssystems**

**Lübbe**

Vollständige E-Book-Ausgabe  
des in der Bastei Lübbe AG erschienenen Werkes

Originalausgabe

Copyright © 2022 by Bastei Lübbe AG, Köln

Textredaktion: Michael Schickerling, München  
Umschlaggestaltung: Guter Punkt, München | [www.guter-punkt.de](http://www.guter-punkt.de)  
Einband-/Umschlagmotiv: © Jo Kirchherr Photographie, Köln  
eBook-Produktion: hanseatenSatz-bremen, Bremen

ISBN 978-3-7517-1856-1

[luebbe.de](http://luebbe.de)  
[lesejury.de](http://lesejury.de)

*Für Phaidros.  
Mal wieder.*

# Prolog

Wir befinden uns heute, im Dezember 2021, mitten in der vierten und hoffentlich letzten Welle der gegenwärtigen Geißel der Menschheit, SARS-CoV-2. Und wie absurd es auch klingen mag: Einem höchstens 140 Nanometer durchmessenden Virus könnte gelingen, was all die Brandbriefe, empörten Aufrufe, Streiks und Proteste der Beschäftigten im Gesundheitssystem seit Jahren vergeblich versuchen klarzustellen: Es muss sich Grundlegendes ändern.

Das Virus selbst führt dazu, dass wir nicht umhinkommen, dieses System wie unter einem Mikroskop zu betrachten. Mit Schrecken zeigt sich bei einer 250-fachen Vergrößerung ein Zellverband, dessen einzelne Zellen im Sterben begriffen, apoptotisch, sind: Zellen, die keine intrazellulären Ressourcen mehr haben, keine Verbindungen mehr zu dem umliegenden Gewebe aufweisen und randvoll mit toxischen Metaboliten sind. Analog zu den schwindenden und aufgebrauchten personellen Ressourcen, Kompetenzen, Flexibilität und letztlich Erfolgsaussichten dieses ganzen Systems.

Wie es sich nun anfühlt als gewissenhafter Arzt, im Speziellen als Chirurg, in diesem deutschen Gesundheitssystem zu arbeiten?

Zum besseren Verständnis und Empathie dieser Situation gegenüber zitiere ich einen sehr engagierten Kollegen, der diesen Einsatz entgegen allen Widrigkeiten brachte und dies regelmäßig mit seiner eigenen

Gesundheit bezahlte: »Wir fahren mit 300 Kilometern pro Stunde über die Autobahn, das Gaspedal ist komplett durchgedrückt, wir können uns vor lauter Angst und Panik auf nichts anderes mehr konzentrieren als auf die paar Meter Asphalt vor unserer Nase. Aber unsere Sichtweite beträgt - drei Meter.« Drei Meter sind nicht viel. Der tödliche Frontalzusammenstoß ist absehbar, deswegen sollte jemand freundlich vorab darauf hinweisen.

Es ist mehr eine Pflicht, gar eine Bürde, als dass es eine Erleichterung oder gar Absolution bedeuten könnte. Dieses Buch ist entstanden aus ärztlichem Ethos, der Pflicht und der Loyalität einem ausgelieferten Patienten gegenüber, der in der rasanten Abwärtsspirale des deutschen Gesundheitssystems und dem einhergehenden Ausverkauf der Versorgungsqualität der große Verlierer und Leidtragende ist. Doch während die zuständigen Politiker und Lobbyisten mit schweißnassen Händen und hechelnd wie fette Freier vor ihren noch fetteren Lieblingshuren aus lauter Angst vor einer Niederlage in der nächsten Wahl diese bittere Realität als harmlose Nichtigkeit abtun, wissen alle meine Kollegen und ich: Es geht nicht mehr um die Frage, ob Patienten zu Schaden kommen, sondern nur noch um das Ausmaß der Folgen einer zunehmend schlechteren Medizin.

Ja, die Angst der Aesculap-Schlange um ihren klapprigen Arsch ist sehr berechtigt. Denn leider beruhen alle Schilderungen auf der nackten, zum Himmel »Scheiße!« schreienden Wahrheit, wie sie sich jeden Tag aufs Neue in zahlreichen Variationen in leider zu vielen deutschen Krankenhäusern wiederholt.

# **3 Uhr nachts: Die Welt und mein Patient schlafen**

Ich bin Chirurgin und stehe im OP. Warum genau weiß ich nicht mehr, nach knapp zwanzig anstrengenden Stunden im Dienst bin ich zu müde, mich darüber aufzuregen, dass der Operationspunkt mühelos medizinisch sinnvoll auch morgen Vormittag von einem ausgeruhten Team gemacht werden könnte. Aber das morgige OP-Programm ist voll. Und mein Chef, der lange schon keine Dienste mehr machen muss, hat festgelegt, dass alles nachts wegoperiert wird, um das Programm des Folgetags nicht durcheinanderzubringen.

Meine Waden sind aus Blei, meine Augen brennen in der trockenen Luft. Ich habe Durst. Mein Assistent hängt schlafend an einem OP-Haken - ich wecke ihn, als ich diesen neu platziere. Die Schwester ist sonst immer in der Geburtshilfe und Frauenheilkunde eingesetzt, sie kennt keinen der Bohrer oder sonst irgendein Instrument des Oberschenkelnagels für diesen hüftgelenksnahen Bruch. Die OP-Zeit wird dadurch mindestens zwanzig Minuten länger dauern. Der Patient ist 82 Jahre und krank, hat gute Chancen, die OP nicht wegzustecken. Ich gähne unter meinem Mundschutz. Mein Assistent zuckt abermals zusammen, als ich seine Hand berühre und den Haken neuerlich umsetze.

»Tschulligung, rough day at the office today«, murmelt er und schüttelt seinen Kopf, um wach zu werden. In Gedanken bin ich bei der Blutkrebspatientin, die ich bei einem komplexen Schulterbruch heute zwei Stunden lang unter hochkarätigem seemännischem Gefluche versorgt habe. Ich hatte für sie postoperativ ein Bett auf der Intensivstation reserviert, denn aufgrund ihrer desolaten Blutwerte brauchte sie viele Blutkonserven und ließ sich dennoch kaum stabilisieren. Wenige Minuten vor Beendigung der OP kam der Anruf von der Intensiv: Man könne kein weiteres Bett belegen, es gebe nicht ausreichend Pflegepersonal. Ich blicke ungläubig zum Anästhesisten, der mir die großartige Nachricht überbringt. Ich frage: »Und nun? Soll ich die Patientin mit heimnehmen?« Sie landet über Nacht im Aufwachraum, die für sie sicher unangenehmste und für alle Beteiligten aufwendigste dämliche Lösung. Ich schaue jede Stunde nach ihr und fühle mich mies, dass sie hier wie auf der Autobahnraststätte zwischengeparkt ist.

Unsere Blutkonserven neigen sich dem Ende zu, eine Operation für den Folgetag wird abgesetzt, weil der Patient selbige Blutgruppe hat und meine Patientin die letzten zwei Konserven bekommt. Nachschub ist nicht in Sicht, und zwar nachhaltig nicht - Blutspende in Zeiten von Urlaub und Pandemie ist so mies wie schon lange nicht mehr. Hätte ich gewusst, dass einige Tage später ein Kollege in den Abendstunden mit einer Genehmigung in letzter Sekunde und ein paar Styroporboxen auf dem Rücksitz nach Luxemburg in seinem privaten Pkw bollern wird, um Blutkonserven mitzubringen, wäre ich sicher auch jetzt um kurz nach 3 Uhr morgens wach - und könnte heulen.

Im Moment bin ich es wegen etwas anderem. Nicht wegen der Operation, die ich gerade mache: Die ist Routine, und ich beherrsche sie auch müde und auf Hirnstammniveau, selbst wenn es ätzend ist. Aber mein Blick fällt auf eine Führungshülse. In ihrem kanülierten,

also hohlen Teil, sehe ich etwas Dunkles stecken. Ich lasse mir eine Pinzette geben und fische vorsichtig nach dem Stückchen. Es ist ein Stückchen Knochen von der Vor-OP.

Steril ist das nicht, steril geht anders: Aufbereiten der benutzten Operationsinstrumente im Sinne einer Dampfsterilisation, die alle bekannten Keime abtötet und das Material wieder einsetzbar macht für die nächste Operation. Doch das Personal im Sterilisationsbereich ist ausgedünnt, und man hat auf eine Leihfirma zurückgegriffen. Das weiß ich. Dass diese jedoch nicht weiß, dass man alle mobilen Teile bis ins Letzte auseinanderschrauben muss, bevor man sie in den Sterilisator verfrachtet, ist mir neu.

Das benötigte Sieb haben wir nicht noch mal. Ich kann nicht auf ein anderes Verfahren umsteigen: Das würde eine Verlängerung der OP um mindestens 90 Minuten und ein sehr schlechtes Ergebnis seitens der Bruchstabilisierung bedeuten – dem Patienten nicht zumutbar. Ich kann den Bruch aber so nicht weiter versorgen, denn das Sieb ist per definitionem nicht steril, da sich Gewebe vom vorangegangenen Patienten darin befindet. Mein Hirn steht still. Ich lasse alle Instrumente in Desinfektionsmittel einlegen, fünf Minuten lang, dann klar abspülen. Und mache weiter.

Mein Assistent hat nichts mitbekommen, er lehnt an dem OP-Tisch und hat die Augen zu. Jede Minute rinnt mir der Schweiß unter der kiloschweren Bleischürze den Rücken und die Beine hinab. Ich möchte ein Röntgenbild. Mein Springer ist keine erfahrene OTA, die wir gleich näher kennenlernen, sondern Zahnarthelferin. Ich sage ihr, sie möge das Röntgengerät weiter hinunter zum Boden fahren, um einen größeren Bildausschnitt zu bekommen. Sie macht ein Bild, und ich bekomme nicht mit, dass sie gar nicht bodenwärts gefahren ist. Ich schaue auf den Monitor. Warum sehe ich den Bereich unterhalb der Schoßfuge? Ich wollte doch Hüfte?

»Warum machen Sie ein Bild von der Symphyse?«

»Von der was?«

»Von dem vorderen Beckenring, da, wo die Eier dran hängen.«

»Sie haben doch gesagt: *Hodenwärts*.«

»*Bodenwärts!* Warum zum Teufel sollte ich ein Bild von den Klöten haben wollen, wenn ich das Hüftgelenk operiere?!«

Eine nicht gerechtfertigte Röntgenuntersuchung ist Körperverletzung. Das Sieb ist nicht steril. Meine Blutkrebspatientin gurgelt im Aufwachraum vor sich hin. Die OP-Schwester sieht das Sieb zum ersten Mal - und würde den richtigen Bohrer nicht mal dann finden, wenn ich mit übermenschlichen flackernden Neonlettern draufzeigen würde. Mein Assistent schläft. Dem Patienten werden die Eier verstrahlt.

Die Zeit, die ein Chirurg tatsächlich am Patienten performt und ihm sein ganzes Können zugutekommen lässt, beträgt nur einen Bruchteil der gesamten Operation. Ich laufe im höchsten Drehzahlbereich, aber auf der Straße kommt keine Performance an. Sie verpufft in einem Wirrwarr aus Unqualifiziertheit, Inkompetenz, Desinteresse und schierer Überlastung. Und diese Operationen können dem Operateur tatsächlich körperliche Schmerzen zufügen, vor lauter nicht selbst verschuldeten Katastrophen und einem blutenden Gewissen. Es fühlt sich an, als würde man mit seinem weichen, fleischigen Teil der empfindsamen Seele über rauen dreckigen Asphalt gezogen werden. Eine wunde chirurgische Seele.

Diese Operation hier ist so eine.

Meine Augen brennen. Ich will nur noch, dass die Sonne aufgeht. Und dann schlafe ich drei Tage lang. Und suche mir 'nen neuen Job, in dem ich nicht alle Fehler am Patienten von anderen zu verantworten und auf meinen Schultern zu tragen habe.

## **24/7: Immer zu Diensten**

Wo ist der Unterschied zwischen Gott und einem Unfallchirurgen? Gott glaubt nicht, dass er Unfallchirurg ist. Aber selbst der Chirurg, der - verdient oder unverdient - bis zum Hals in Selbstverliebtheit badet, benötigt ein Team.

In Abhängigkeit vom Schweregrad der Operation, vorgegeben durch Häufigkeit einer Verletzung oder Erkrankung, gepaart mit individuellen anatomischen Gegebenheiten, setzt sich das OP-Team so zusammen: aus einem dem Anspruch des Eingriffs gerecht werdendem Chirurgen mit Fach- oder Oberarztqualifikation, meist einem erfahrenen Assistenten und einem jungen Assistenten oder Medizinstudenten »fürs Grobe«, also Arbeiten auf Zuruf ohne Mitdenken.

Man benötigt zudem einen Operationstechnischen Assistenten (OTA), der die Instrumente anreicht und idealerweise den nächsten OP-Schritt und mögliche Komplikationen kennt. Der OTA steht allerdings wie der Chirurg mit seinem Team eingewaschen, also steril, am Tisch. Material und Instrumente, die man während der Operation braucht, werden vom Springer herangebracht, der, nicht steril, frei für diese Dinge verfügbar ist. Ebenso wie für das Bedienen und Heranfahen des Röntgengeräts, das Umstellen der Lampen oder zum Ausschalten der Deckenbeleuchtung und anderes mehr.

Auf der Seite der Anästhesie haben wir den Narkosearzt, der zusammen mit einem Anästhesiepfleger die Narkose einleitet, überwacht und zum gewünschten Zeitpunkt wieder beendet. Eine Vollnarkose muss aktiv beendet werden, eine Rückenmarksnarkose klingt langsam ab und erlischt durch Abbau des Medikaments in der Rückenmarksflüssigkeit.

Somit kommen wir bei einem handelsüblichen Eingriff auf sieben Beteiligte, den Patienten ausgeschlossen. Das ist die ideale Situation und personelle Ausstattung. Diese korreliert verdächtig selten mit der Realität und lässt sich eher mit folgendem Gleichnis beschreiben:

Sie sollen mit Ihren sieben Ruderkameraden und dem Steuermann im Achter olympisches Gold holen. Und den Weltrekord brechen. Weil Sie danach noch auf eine Folgeveranstaltung müssen. Wenige Minuten vor dem Start erfahren Sie per Zufall, dass zwei Ihrer Kollegen vom Betriebsrat nach Hause geschickt wurden, weil sie aufgrund ihrer immens hohen Überstundenzahl das Bootshaus respektive das Ruderboot nicht mehr betreten dürfen. Einer ist an ein Nachbarboot ausgeliehen, das sonst überhaupt nicht ablegen kann. Der Steuermann muss ein weiteres Boot am anderen Ende der Wettkampfstrecke mitbetreuen und ist berechtigterweise entsprechend am Ausrasten und brüllt Sie ungeniert an. Von den verbliebenen fünf rudern den Kollegen hat einer gestern gekündigt, noch während seiner Probezeit. Einer muss zu Hause die Kinder hüten, weil der Partner ebenfalls im Bootshaus arbeitet und dort völlig unersetzbar ist; er wird also auf gar keinen Fall pünktlich zum Startschuss erscheinen. Der Drittletzte hat seine Antidepressiva gegen den Burn-out durcheinandergebracht und wird erst in fünf Tagen wieder aufwachen. Die übrigen beiden sind zwar da, verstehen aber kein Wort Deutsch und waren vorher kein einziges Mal beim Training, kurzum: Sie können einen Skull nicht von einem Schneebesen unterscheiden.

Das sind die Umstände tagsüber. Mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit fallen nach Mitternacht keine qualifizierten Fachkräfte vom Baum und zum Beispiel direkt in den OP-Saal.

Und so kommt es, dass des Nachts bei einer Notsectio, dem häufigen Kaiserschnitt, das gesamte Team inklusive Narkosearzt und -pfleger, OTA und Springer aus dem Saal rennen und mich mit meinem Patienten allein lassen. Der hängt derweil an der Beatmungsmaschine oder liegt mit Rückenmarksnarkose friedlich und nichtsahnend auf dem OP-Tisch oder darf die Kacheln an der Decke zählen. Es wäre ja viel zu teuer, zwei komplette Teams in Bereitschaft zu halten! Und so müssen die verantwortlichen Chirurgen sich schon sehr gut überlegen, was nachts auf den Tisch kommt - nämlich nur absolute Notfälle. Für alles andere am besten nur Eingriffe, die man schlimmstenfalls auch komplett allein weiterführen kann.

Bei vielen Patienten führt das zu Unverständnis: »Ich kam mit einem gebrochenen Bein ins Krankenhaus, und diese Barbaren haben mich erst am nächsten Morgen operiert.« Stimmt. Denn auch diese Barbaren haben nur zwei Hände. Wie soll man einen gebrochenen Unter-, besser noch Oberschenkel allein operieren, wenn der Assistent in der Ambulanz mit nichtigem Blödsinn beschäftigt ist, bei Besoffenen Kopfplatzwunden zutackert oder auf Station die Arbeit der Schwester übernimmt, weil die sich weigert, Blut abzunehmen, oder sich nicht imstande sieht, eine Gipsschiene neu anzulegen? Wie soll ich gleichzeitig den in allen drei Ebenen im Raum wieder eingerichteten Knochen mit zwei Händen halten, einen Nagel oder eine Platte am Knochen befestigen, dabei noch röntgen und mir den Bohrer für die nächste Schraube anreichen?

# Dienste ohne Ende

Endloses Elend, der Dienstplan! Man muss unterscheiden zwischen Anwesenheitsdiensten, bei denen man die ganze Zeit über physisch im Krankenhaus im Einsatz ist, und das nicht selten für vierundzwanzig Stunden. Diese Anwesenheitsdauer ist natürlich nur dann möglich, wenn die Bereitschaftsdienstzeit – sechzehn Stunden, die sich an einen regulären Acht-Stunden-Arbeitstag anschließen – eine durchschnittliche Belastung von unter 50 Prozent ausweist. Ist das nicht der Fall, benötigt man Schichtdienste – etwa auf einer Intensivstation, wo klar ist, dass 24 Stunden lang durchgeschafft wird.

Diese Anwesenheits- oder Vordergrunddienste werden in der Regel von einem Assistenzarzt, in großen Kliniken von einem Facharzt mit weiteren Kollegen, abgedeckt. Diese Vordergrunddienste sind durch das Engagement der Ärztegewerkschaft Marburger Bund auf maximal vier Stück im Monat begrenzt. Doch das gilt nur für Assistenzärzte respektive Vordergrunddiensthabende.

Als Oberarzt habe ich Rufdienste. Das heißt ganz praktisch: Meine reguläre Arbeitszeit geht beispielsweise um 16.15 Uhr zu Ende, und ab dann muss ich bis zum nächsten Morgen um 7 Uhr jederzeit telefonisch immer erreichbar sein – und wünschenswerterweise in spätestens zwanzig Minuten nach einem Anruf im Falle eines Notfalls, den der Assistent nicht allein behandeln kann, im Krankenhaus auflaufen. Während solcher Rufdienste kann ich also schlecht meine Freunde in weiter Entfernung besuchen oder im nahen Schwimmbad versacken, im Kino ohne Handyempfang sitzen oder einfach nur etwas Aufwändiges kochen oder sonst irgendeine Arbeit anfangen, die keine Unterbrechung verträgt.

Für diese Rufdienste gibt es allerdings arbeitsvertraglich keine festgelegte Höchstgrenze. So

kommt es, dass bei Krankheit oder Kündigung oder sonstiger Reduktion des Oberarztteams eines Krankenhauses plötzlich die verbliebenen beiden Oberärzte jeweils fünfzehn Dienste zu machen haben. Welchen Unmut das mit sich bringt, kann man sich gut vorstellen - vor allem, wenn die Verwaltung aus Gründen der Kostenersparnis auch keine Anstalten macht, dass die offene Stelle schnellstmöglich besetzt werden soll.

Wenn dann auch noch zu allem Überfluss mein Assistent im Vordergrund die fachliche Kompetenz einer kalten Dose Katzenfutter hat, werde ich stündlich - natürlich auch nachts - angerufen und fahre für jede noch so dämliche Bagatelle rein. Da ich aber »nur« Rufdienst hatte, muss ich am nächsten Tag um 7 Uhr wie immer zum Dienst erscheinen und den ganzen Tag die Ambulanz bespaßen, Sprechstunden abhalten und operieren.

Ein Rufdienst darf übrigens nur dann als solcher gelten, wenn die Inanspruchnahme bei nicht mehr als insgesamt 50 Prozent der Zeit liegt. Klar: Hierbei wird sehr viel getrickst, unter Druck gesetzt und die Belastung so hingebogen, dass man auch ja beim Modell »Rufdienst« bleiben kann. »Personalneutral« nennt sich das, ohne dass man, wie für ein zwangsläufig korrektes Schichtmodell notwendig, mehr Leute einstellen muss.

Als Arzt hat man vielleicht auch das außerordentliche »Glück«, in einigen der wenigen Häuser arbeiten zu »dürfen«, bei denen man beim Einstellungsgespräch so begrüßt wird: »Kommen Sie mir hier nicht mit dem Arbeitszeitgesetz, das interessiert hier niemanden. Wenn Sie Dienste haben, operieren Sie, was vom Tag noch aussteht, und wenn es die Wirbelsäulen-OP ist, die siebzehn Stunden dauert. Und am nächsten Tag gehen Sie auch erst, wenn das nächste Opus fertig ist. Sie sind hier schließlich an einer der besten Kliniken des Landes, da erwarte ich das als Minimum an Arbeitseifer und Einsatz von Ihnen, oder?«

Sehr, sehr gern hatte mein Kollege dort dann 36 Stunden am Stück gearbeitet und operiert, stoppte jeden Abend an derselben Döner-Bude, um auf den Stufen hoch in die Wohnung die einzige warme Mahlzeit des Tages zu sich zu nehmen. Die leere Flasche des obligatorischen Biers zum Betäuben für einen traumlosen Schlaf stellte er irgendwo ab. Als er eines Morgens feststellte, dass es nicht mal mehr drei Quadratzentimeter Platz in der Wohnung gab, um eine weitere leere Bierflasche abzustellen, da er es schlicht nicht zum Supermarkt schaffte, um diese zurückzubringen, merkte er: Es ist Zeit, einem anderen sich selbst hassenden Idioten die Möglichkeit zu geben, sich in dieser Maschinerie zu Tode zu arbeiten.

Solche Arbeitsalltage waren Usus in der Generation der jetzt berenteten alten Chirurgen: Man lebte für und in der Klinik, tagelang am Stück. Auch diese Umstände haben systematisch dazu geführt, alle potenziell Interessierten und Befähigten in die weite Flucht zu schlagen.

## Warten, bis der Arzt kommt

Der erschreckende Trend der letzten Jahre zeigt in zunehmendem Maß eine Zentralisierung zahlreicher Arbeitsabläufe in Richtung auf die Schlüsselrolle Arzt. Nicht erst seit 2003 mit der Einführung der »German Diagnosis Related Groups«, also der berüchtigten Fallpauschalenvergütung und der damit einhergehenden notwendigen Fallzahlsteigerung bei immer geringerer Verweildauer im Krankenhaus, nimmt der außerärztliche und -pflegerische dokumentatorische und administrative Irrsinn stetig zu. Für die ureigene Tätigkeit der

Patientenversorgung seitens Arzt und Pflege bleibt immer weniger bis gar keine Zeit.

Fragt man heute Pflegepersonal im mittlerweile fortgeschrittenen Alter, so wünschen sich fast alle ausnahmslos die Zeiten vor zahlreichen aufeinanderfolgenden Reformen herbei, die letztlich etwa Mitte der Neunzigerjahre in einer Unselbstständigkeitskatastrophe der Pflege mündeten. Aktuell zeichnet sich zwar stellenweise eine langsame Wiedereingliederung der damals abgegebenen pflegerischen Tätigkeiten ab, diese sind jedoch nicht verbindlich oder gar flächendeckend. Blutentnahmen, das Legen von Venenverweilkanülen für die Gabe von Infusionen, unkomplizierte Verbandswechsel, Anlegen einfacher Schienen oder ruhigstellender Verbände sind nur einige wenige Beispiele der Tätigkeiten, die damals wieder in den ärztlichen Aufgabenbereich zurückgegeben wurden. Aber ganz ehrlich: Braucht es dafür wirklich einen prächtigen Facharzt für irgendetwas oder gar eine Unfallchirurgin wie mich? Können das erfahrene Pflegekräfte nicht sehr viel besser, einfühlsamer, schneller und, ja, auch kostengünstiger?

Im Gegensatz zu Skandinavien, aber auch Amerika und sogar dem afrikanischen Kontinent, hat die Pflege in Deutschland auffällig wenig eigenständige Kompetenzen und strukturiert den Großteil ihres Arbeitsalltags nach dem Motto: »Warten, bis der Arzt kommt.« Es überrascht entsprechend nicht, dass in Deutschland 38 Prozent der Pflegekräfte, in Österreich 30 Prozent, in Großbritannien 31 Prozent, in Frankreich 20 Prozent und in den Niederlanden 18 Prozent der Meinung sind, dass es Kompetenzen gibt, die besser in den Bereich der Pflege gehören.

In Großbritannien und den Niederlanden werden regulär Pflegehilfsmittel und selbst Extubationen – also die Beendigung einer künstlichen Beatmung, sobald der