

01.07.2019 **Panorama**

Zwei Jahrzehnte als Leitender Chirurg – Traum, Alptraum und Realität

K.-H. Ebert, C. J. Krones



© iStock/kunertus

Vorwort

„Nimm die Erfahrung und die Urteilstkraft der Menschen über 50 heraus aus der Welt, und es wird nicht genug übrigbleiben, um ihren Bestand zu sichern.“ Dieser Henry Ford zugeschriebene Aphorismus klingt in schnelllebiger Zeit vordergründig vielleicht nur nach der Sentimentalität des Alten, der kurz davor von der ungestümen Jugend überholt zu werden, ermattet innehält und auf den vermeintlichen Wert muffiger Erkenntnis verweist. Doch ein aus Sturm und Drang geborenes „Aus dem

Weg!“ greift in der Beurteilung von Lebenserfahrungen viel zu kurz. Es verrät eher die Borniertheit des Adoleszenten als die Weitsicht des Strategen und führt nur selten zu nachhaltigem Erfolg. Der Kluge schenkt den Geschichten, die das Leben schrieb, dagegen geduldig Gehör. Denn man muss das Rad nicht jeden Tag neu erfinden und auch nicht jeden Fehler selber machen.

Taktiken ändern sich und auch das Stadion wechselt, aber ein Fußballspiel dauert immer um die 90 Minuten und der Ball bleibt näherungsweise rund. Aufmerksame Rezeption mit innovativer Frische zu kombinieren bietet für Talente also die deutlich bessere Erfolgsaussicht. In dieser Kombination entstehen nachhaltig fundamentierte und gleichzeitig lebendige Schulen. Die Geschichte der Chirurgie ist dafür ein Paradebeispiel. Ganz in diesem Sinne veröffentlichen wir in dieser Ausgabe mit großer Freude den Zwischenbericht eines erfolgreichen Kollegen, der seine Lektionen gelernt hat. Natürlich ist die publikatorische Welt voll von ermüdenden Lebensbeichten, die wahlweise den eigenen Weg zum Credo aller Zeiten erheben oder geduldiges Papier zur allgemeinen Abrechnung missbrauchen. Doch Karl-Heinz Ebert schreibt anders. Der Autor verbreitet keine pathetischen Dogmen und auch keinen ätzenden Zynismus. Er schwelgt nicht im dünkelfaften Epos des Helden, dessen Abgang eine unersetzliche Lücke aufreißt. Und er ist auch nicht so dumm, sich über die Welt zu ärgern, denn die kümmert sich nicht darum. Es scheint, er hat seinen Aurel gelernt. Und so ist der Beitrag vielleicht nur der einfache Bericht eines langsam scheidenden Chirurgen und Klinikleiters, dessen Quintessenz lauten könnte, dass der nächste Versuch der Triumph der Hoffnung über die Erfahrung ist. Diese Bescheidenheit macht ihn besonders wertvoll.

Viel Vergnügen bei der Lektüre

An jedem 1. Februar fühle ich mich in den Film versetzt „Und täglich grüßt das Murmeltier, so wie Bill Murray, der in einer Zeitschleife feststeht und denselben Tag immer wieder erlebt. Seit über 17 Jahren bin ich Chefarzt für Allgemein- und Viszeralchirurgie in einem Krankenhaus der Grund- und Regelversorgung in Südwestfalen. Der Zeitpunkt ist erreicht, um Zwischenbilanz zu ziehen und über das Erlebte nachzudenken. Insbesondere unter dem Aspekt: Was habe ich daraus gelernt?

Zur Jahrtausendwende wurde vom damaligen Verwaltungsrat, dem Geschäftsführer und den Chefärzten die Vision entwickelt zum 1. Februar 2002 aus der bis dahin großen ungeteilten chirurgischen Abteilung ein Kollegialsystem mit den Schwerpunkten Allgemein- und Viszeralchirurgie, Gefäßchirurgie und Unfallchirurgie/Orthopädie zu bilden, ein fortschrittliches, gleichzeitig nicht einschätzbares Vorhaben. Dazu kam, dass es sich bei den neuen Chefärzten um Hausberufungen handelte. Eine derartige Umstrukturierung war in kleineren Häusern zu dieser Zeit nicht die Regel. Vom Generalisten zum Spezialisten – mit großem Weitblick wurde ein Weg eingeschlagen, der in den folgenden Jahren sowieso erforderlich geworden wäre.

Der Träger schenkte uns uneingeschränkt Vertrauen. Das in uns gesetzte Vertrauen konnten wir rasch umsetzen. 2003 wurde in der Chirurgischen Klinik ein von der Deutschen Gesellschaft für Gefäßchirurgie zertifiziertes Gefäßzentrum gegründet. 2006 unternahmen wir erste Schritte um ein Darmkrebszentrum aufzubauen, das 2007 von der Deutschen Krebsgesellschaft zertifiziert wurde. Die von den Chefärzten vorgeschlagenen Ideen zur Gründung von Zentren wurden von der Geschäftsführung bzw. vom Träger gerne aufgegriffen und unterstützt. In dieser Sache war man sich stets schnell einig. Optimistisch gingen wir die Gründungen der Zentren an. Ich stellte mir die strukturellen Veränderungen einfacher vor als sie sich entwickelten. Bereits zu dieser Zeit gehörte zu unserem Träger ein sich in der Nähe befindendes Krankenhaus der Grund- und Regelversorgung. Nachdem wir das Darmkrebszentrum auf den Weg gebracht hatten, sah ich es als selbstverständlich an, dass die Krebschirurgie nur noch in unserem Haus erfolgen würde. Doch der dortige Chirurg wollte weiterhin Patienten mit Darmkrebs behandeln. Es halfen keine Sachargumente. Erst nach mehreren Jahren und vielen Gesprächen legte der Träger fest, dass die operative Versorgung nur noch an unserem Standort erfolgen sollte. Daraus habe ich gelernt, dass im Vorfeld strukturelle Veränderungen detailliert abzusprechen sind, sodass sich hinterher Diskussionsbedarf erübrigt. Problematisch war es auch, Forderungen nach zusätzlichem Personal oder Anschaffungen durchzuboxen. Es war Einfallsreichtum gefragt, schnelle unbürokratische Entscheidungen waren zu treffen. In einigen Fällen kamen die Dinge erst ins Rollen, wenn es zu Abweichungen bei Audits gekommen war. Beispielhaft sind die Einstellungen einer onkologischen Fachkraft, einer Study Nurse oder einer Dokumentarin zu nennen. Das gebetsmühlenartige Vortragen der Notwendigkeit bestimmte Voraussetzungen zu erfüllen, überzeugte am Ende jeden Geschäftsführer. Daraus kann ich empfehlen, vor Gründung eines Zentrums dafür zu sorgen, dass die Rahmenbedingungen durch die Geschäftsführung, auch mit der Übernahme von Folgeverpflichtungen, geklärt sind.

Die zunehmende Spezialisierung führte zwangsläufig dazu, dass sich auch die Oberärzte spezialisierten. Anfangs bestanden Hintergrundbereitschaften für Unfallchirurgie und kombiniert für Gefäß- und Viszeralchirurgie. In diese Zeit fällt leider ein Behandlungsfehler mangels fehlender Entscheidungskompetenz eines Gefäßchirurgen im Hintergrunddienst. Hinzu kam, dass ich es versäumt hatte, den Hintergrunddienst zu kontrollieren. Dieses entstammte der Zeit als Oberarzt, in der man sich nicht zuständig fühlte, wenn man dienstfrei hatte. Es kam zu einem belastenden Gerichtsprozess. Nach dem Urteil fasste ich den Entschluss, mir möglichst jeden Tag, auch an Wochenenden, ein eigenes Bild von den Patienten der Abteilung zu verschaffen. Um einen solchen organisatorischen Fehler nicht zu wiederholen, kam uns zur Hilfe, dass es zur Aufrechterhaltung eines Gefäßzentrums erforderlich

wurde, dass nur Gefäßchirurgen Hintergrundbereitschaft für gefäßchirurgische Notfälle durchführen durften. Das hatte zur Konsequenz, dass sich der viszeralchirurgische Hintergrunddienst auf wenige Köpfe verteilte. Eine für die Betroffenen belastende Situation. Über die Jahre musste ich feststellen, dass sich meine ursprünglichen Vorstellungen eines Kollegialchefarztsystems verflüchtigten bzw. dass immer wieder Veränderungen zu akzeptieren waren. Nach fünf Jahren schied unser Unfallchirurg aus persönlichen Gründen aus. Er konnte die zwangsläufig nicht zu vermeidenden Spannungen zwischen uns Chefärzten nicht ertragen. Daraus lernte ich, dass ein Kollegialchefarztsystem verträglich läuft, wenn man bereit ist und es kann, zwischen den unterschiedlichen Chefarzt-Charakteren auszugleichen.

Von Seiten der Geschäftsführung konnte man aufgrund der restriktiven Entwicklung im Gesundheitssystem dem Wunsch nach mehr ärztlichem Personal nur eingeschränkt entsprechen. Zusätzliche Einstellungen waren möglich, wenn es die wirtschaftliche Situation der einzelnen Abteilungen erlaubte. Neben den Spezialisierungen wurden Subdisziplinen auf Oberarztebene gegründet, so wie in Proktologie, Hernienchirurgie und Endoskopie. Dieses bedeutete auch eine Änderung des Führungsstils. Der über allen stehende Chefarzt war nicht mehr gefragt. Teambildung und eigenmächtige Entscheidungen in den Subdisziplinen mussten von den Beteiligten gelernt werden. Der einer Departmentstruktur gleichende Aufbau wurde von der Geschäftsführung gefördert. Zur weiteren Entwicklung wurde ein KV-Chirurgensitz vom Träger erworben und in ein MVZ umgewandelt. Vier Oberärzte erhielten damit die Möglichkeit, in ihren Subdisziplinen und Schwerpunkten tätig zu sein.

Die umfassende, spezialisierte Versorgung in einem Krankenhaus der Grund- und Regelversorgung in einer Region mit geringer Bevölkerungszahl war auch deshalb erfolgreich möglich, weil es über Jahre wenig Konkurrenz gab. In unserem Landkreis gibt es drei Krankenhausstandorte. Zwei Krankenhäuser gehören unserem Träger. Das dritte Krankenhaus erlebte Trägerwechsel und hatte in der Chirurgie in 17 Jahren mehrfach einen Chefarztwechsel. Erst im Rückblick wurde mir bewusst, welche wichtige Rolle die weitgehend konkurrenzlose Lage der Abteilung bisher gespielt hat. Aber die konkurrenzarmen „goldenen“ Zeiten scheinen zu verblassen. Patienten sind zunehmend aufgeklärter. Die Mobilität hat zugenommen. Patienten suchen über das Internet den Super-Spezialisten. Die konkurrierenden Kliniken der Nachbarkreise haben ebenfalls in Ausstattung, Personal und Abteilungen investiert. Umso mehr ist gefragt, was nichts kostet – der „gute Arzt“ und das freundliche, engagierte Personal werden zukünftig ein gewichtiges Wort mitsprechen. Auch das Ambiente spielt eine nicht zu unterschätzende Rolle. In diesem Bereich hat sich in unserem Haus nicht das getan, was man sich langfristig erhofft hätte. Kleinere Dinge sowie der Ausbau des Funktionstraktes konnten zur Zufriedenheit umgesetzt werden. Eine große Lösung eines Neubaus blieb aus Kostengründen bisher aus.

Um eine Abteilung nachhaltig zu führen, bedarf es weiterer Dinge, wie gute Kontakte zu den Einweisern. Die Kontaktpflege erfordert zum einen ein hohes persönliches Maß an Dienstbereitschaft, zum anderen das Engagement der ganzen Abteilung. Zuverlässigkeit, immer ansprechbar zu sein, darf für jeden Mitarbeiter kein Fremdwort sein. Diese Dinge können von der Geschäftsführung nicht übernommen werden. Es können aber Ressourcen zur Verfügung gestellt werden. Der Erfolg des kollegialen Umgangs kann durch Fachveranstaltungen oder Rundbriefe gefördert werden. Als ich in noch einem anderen überregionalen Krankenhaus Oberarzt war, belächelte ich das Verhalten des dortigen Chefarztes. Er rief nach jeder Operation den Hausarzt an. Er diktierte samstags die Briefe der Stationsärzte, wenn diese in der Woche nicht bearbeitet worden waren. Mit seiner Art hatte er ein ungemein gutes Verhältnis zu den Einweisern. Als ich Chefarzt wurde, stellte ich fest, dass es nichts nützt sich zurückzulehnen. Ich erinnerte mich rasch an den früheren Chef und entwickelte Eigeninitiative. Ich lernte daraus, in Vorleistung zu treten und sich seinen Einweisern zu widmen.

Eine wichtige Stellschraube in der Bewältigung der Aufgaben ist die Zahl an Mitarbeitern. Zusammen haben wir bisher Großes geleistet. Die Nachbesetzung ausscheidender Kollegen durch junge Ärzte war wegen vermeintlich fehlender

Attraktivität der ländlichen Region oft schwieriger als in Großstädten. Um einen störungsfreien Operationsbetrieb sicherzustellen, haben uns folgende Wege geholfen: die DGAV-Ausbildung „Studentischer OP-Assistent“, die Einstellung von CTAs (Chirurgisch-Technischen Assistenten), die bis zu zweijährige Hospitation von Ärzten aus Mexiko, Kolumbien und Jordanien. Wir konnten den Kollegen die Viszeralchirurgie näherbringen und deren Sprachverständnis soweit fördern, dass zwei dieser Ärzte mittlerweile in Deutschland chirurgisch tätig sind.

Die Arbeit ist in den letzten 17 Jahren nicht einfacher geworden. Ein permanent steigender Leistungsdruck bringt viele an den Rand des Ausgebranntseins. Der Glaube an das Gute und der Wille etwas Positives zu tun sind auf Führungsebene mehr denn je erforderlich. Durch das bewusste Vorleben kann es gelingen, Mitarbeiter auf allen Ebenen zu motivieren und Sorge dafür zu tragen, dass jeder seinem Talent entsprechend gefördert und gefordert wird. Von der Geschäftsführung werden gegenüber früher mehr Zahlen und Bilanzen gefordert. Zahlen als Basis, um das wirtschaftliche Verhalten zu optimieren. Doch die Begriffe Angebot und Nachfrage lassen sich nicht eins zu eins in die Medizin übertragen. Bei der Bewältigung der betriebswirtschaftlichen Aufgaben ist so viel Verständnis von beiden Seiten zu fordern, dass keine Ressentiments entstehen. Zu wünschen sind echte Gespräche und gemeinsame Entscheidungen auf Augenhöhe. Auch die Zahl an Sitzungen hat über die Jahre zugenommen. Die Sitzungen mögen im Einzelnen nötig sein. Dennoch sind sie Zeitfresser. Zeit, die dem Kranken verloren geht.

Mein Tagesablauf hat sich in den Jahren gewandelt. Zum Beginn meiner Chefarztstätigkeit richtete sich der Alltag nach dem Operationsplan, nach den Ambulanzen aus. Über die Jahre hat sich das Aufgabenfeld in Richtung Schreibtisch, Sitzungen, Audits, Mitarbeitergespräche usw. verlagert. Die operative Tätigkeit hat dazu tendenziell zugenommen. Die Eingriffe sind aufwändiger (z. B. MIC-Chirurgie) und risikobelasteter (z. B. Geriatrische Chirurgie) geworden. Als Chefarzt benötigt man einen hohen Grad an Resilienz, an Dienstbereitschaft und Frustrationstoleranz. An einen Ausgleich durch Sport oder Hobbys sollte frühzeitig gedacht werden. Hilfreich sind intakte Familien- oder Partnerstrukturen.

Um in einem Haus der Grund- und Regelversorgung langfristig überleben zu können, habe ich gelernt, wie wichtig zum einen gute Beziehungen zu den Kollegen im Haus, zum anderen ein Netzwerk außerhalb des Krankenhauses sind. Beispielhaft existiert eine generationsübergreifende Kooperation mit einer benachbarten Universitätsklinik. Ein Netzwerk, welches sicherstellt, dass Patienten rasch übernommen werden, wenn die Behandlungsschwere die eigene Kompetenz übersteigt, aber auch aus Schlichtungsgründen. Gut erinnern kann ich mich in diesem Zusammenhang an einen komplikativen Verlauf nach einer Darmresektion. Die Komplikationen waren vor Ort beherrschbar, führten aber bei den Verwandten zu Behandlungsvorwürfen mit massiven Drohungen. Die medizinisch zwar nicht indizierte Verlegung gefolgt von einem Gespräch durch die Lehrstuhlinhaberin, in welchem den Verwandten klargelegt wurde, dass die Versorgung im erstbehandelnden Krankenhaus nicht zu bemängeln war, führte zu einer raschen Deeskalation. Im Umgang mit den Kollegen im Haus kann uneingeschränkt empfohlen werden, zu prüfen, ob nicht die Übernahme in die geeignetere Abteilung die bessere Lösung für den Patienten ist oder wie man zusammen den Kranken behandeln kann. Die Bereitschaft sich selbst zurückzunehmen ist ein guter Ratgeber für den Umgang miteinander. Auch kann es ratsam sein, eigene Kompetenz abzugeben, um die Entwicklung eines Hauses zu fördern. Dieses geschieht aktuell, in dem die chirurgische Endoskopie in die Kompetenz der Gastroenterologen übergeben wurde.

Auf die Frage „Was hat Sie während der Chefarztstätigkeit am meisten belastet?“ gibt es aus meiner Sicht die Antwort, das „zweite Opfer“ zu sein. Es ist in den zwei Jahrzehnten nicht zu vermeiden gewesen, dass Patienten durch eigene Behandlung bzw. durch Mitarbeiter zu Schaden gekommen sind. Diese psychische Belastung ist gewaltig und verfolgt einen bis in die Nächte. Von Nicht-Medizinern kann dieses nur ansatzweise verstanden werden. Mitunter ist es nötig, psychologische Hilfe zu suchen. Persönlich hat mir dieses vor Jahren geholfen. Ich habe gelernt, dass ein Vogel-

Strauss-Verhalten überhaupt nicht hilfreich ist. Der Schritt professionelle Hilfe in Anspruch zu nehmen, erfordert Mut und die Bereitschaft das eigene Tun zu hinterfragen.

Vor etwa 20 Jahren reifte in mir der Entschluss Chefarzt zu werden. Ein großer Traum. Über die Jahre galt es, Veränderungen des Traumes zu akzeptieren. An der Realität geht kein Weg vorbei. Wenn es gelingt, auf Augenhöhe mit der Geschäftsführung zusammenzuarbeiten und eigene Ansprüche nach hinten zu stellen, ist ein befriedigendes Arbeiten auch langfristig möglich. In den mehr als 17 Jahren habe ich mit drei Geschäftsführern zusammengearbeitet. Jeder von ihnen hatte unterschiedliche Ansichten ein Krankenhaus zu führen. Die persönliche Herausforderung war es, für jeden den richtigen Ton zu treffen. Bewährt hat sich mein Ansatz einen Kompromiss immer dann zu suchen, wenn ein Kompromiss möglich war. Dinge, die von vornherein illusorisch erschienen, zu lassen oder damit solange zu warten, bis sie erfüllbar wurden. Hartnäckig ein Ziel zu verfolgen, aber auch abwarten können, galt es zu lernen. Chefarzt zu sein, heißt klug und nachhaltig zu entscheiden. Stets ein offenes Ohr für Mitarbeiter und Patienten zu haben. Zu einem Alptraum kann es werden, wenn eigene Arroganz und Unverständnis für die Situation Anderer Ratgeber sind.

17 Jahre Chefarztsein sind vorbei, kein Grund Trübsal zu blasen. Ich freue mich auf Begegnungen und neue Herausforderungen. Schließen möchte ich mit Worten von Uli Hoeneß „Das war's noch nicht.“

Ebert KH: Zwei Jahrzehnte als Leitender Chirurg – Traum, Alptraum und Realität. Passion Chirurgie. 2019 Juli, 9(07): Artikel 09.

Autoren des Artikels



Dr. med. Karl-Heinz Ebert

Chefarzt für Allgemein- und Viszeralchirurgie
Leiter Darmzentrum Südwestfalen
Katholische Hospitalgesellschaft, Südwestfalen gGmbH,
Chirurgische Klinik - St. Martinus-Hospital Olpe
Hospitalweg 6
57462 Olpe

[> kontaktieren](#)



Prof. Dr. med. Carsten Johannes Krones

Leiter Themen-Referat „Leitende Krankenhauschirurg:innen“ im
BDC
Marienhospital Aachen
Allgemein- u. Viszeralchirurgie
Zeise 4
52066 Aachen

[> kontaktieren](#)