

## Ergonomie im OP: Immer noch ein Tabuthema



### PANORAMA Ergonomie im OP

Stundenlange Zwangshaltungen, schwere Bleischürzen und suboptimales Equipment: Die Ergonomie im Operationssaal wird oft vernachlässigt. Ergonomische Arbeitsplätze sind zu teuer. Doch damit schaden sich die Kliniken nur selbst. Der Chirurg und Arbeitsmediziner Thomas Auhuber warnt vor ökonomischen Folgen und wirbt für eine konsequente Umsetzung von Gefährdungsbeurteilungen.

Frühzeitige Verschleißerscheinungen an Wirbelsäule und Gelenken sorgen für hohe Krankenstände und führen im schlimmsten Fall zum vorzeitigen Ausscheiden aus dem Operationsdienst.

Lange Zeit galt körperlicher Verschleiß im OP als Tabuthema oder schlichte Berufskrankheit, die man hinzunehmen hat – doch die Realität zeigt: Schlechte Ergonomie ist ein massives ökonomisches Risiko. Chirurginnen und Chirurgen operieren oft über Stunden in statischen, verdrehten Positionen mit dauerhaft erhobenen Armen. Die Folgen sind gravierend: Die ERGO-Studie zeigt, dass etwa drei Viertel aller chirurgisch Tätigen unter muskuloskelettalen Schmerzen leiden. Diese chronischen Beschwerden führen nicht nur zu einer eingeschränkten Lebensqualität, sondern haben auch direkte Auswirkungen auf die Patientensicherheit und die Klinikökonomie.

### Personalausfälle als Konsequenz

Frühzeitige Verschleißerscheinungen an Wirbelsäule und Gelenken sorgen für hohe Krankenstände und führen im schlimmsten Fall zum vorzeitigen Ausscheiden aus dem Operationsdienst. Schätzungen zufolge haben bereits über 57 % der Chirurginnen und Chirurgen aufgrund der schlechten Arbeitsbedingungen erwogen, ihren Beruf aufzugeben. In Zeiten des Fachkräftemangels ist dieser „Brain-Drain“ für Krankenhäuser katastrophal. Durch schlechte Ergonomie verursachte Fehlzeiten und Personalfuktuationen sind mit hohen Kosten verbunden. Zudem steigt unter körperlicher Fatigue das Risiko für Behandlungsfehler. Prävention ist hier also nicht nur Arbeitsschutz, sondern auch aktives Risikomanagement. Die Berufsgenossenschaften werden auf diesem Gebiet nun aktiv.

Horst Gross (HG): Wie schätzen Sie die gegenwärtige Situation und das Bewusstsein für Ergonomie im OP ein?

Thomas Auhuber (TA): Die Kultur für Arbeitsschutz ist im Gesundheitswesen leider noch nicht so ausgeprägt wie in anderen Branchen. Obwohl die Gesundheit unser Kerngeschäft ist, steht im OP oft ausschließlich der schwer kranke Patient im Fokus. Der ökonomische Druck zwingt zu immer schnelleren Abläufen, wodurch das Thema „Prävention“ hintensteht. Der „Return on Prevention“ bleibt oft unsichtbar, da vermiedene Ausfälle in keiner Bilanz direkt auftauchen – im Gegensatz zu teuren Investitionen für die Prävention. Doch gerade im „People Business“ Krankenhaus ist ein ausgeruhtes und leistungsstarkes Team die wichtigste Ressource.

HG: Welche Verpflichtungen hat der Arbeitgeber hier eigentlich?

TA: Nach dem Arbeitsschutzgesetz (§ 5 und 6) ist jeder Arbeitgeber ab dem ersten Beschäftigten verpflichtet, Gefährdungsbeurteilungen durchzuführen. Das betrifft auch die Ergonomie. Das ist keine Kür, sondern eine zwingende Pflicht. Zudem müssen Arbeitsschutzausschüsse (ASA) tagen, in denen Arbeitgeber, Betriebsräte und

Fachkräfte für Arbeitssicherheit gemeinsam Maßnahmen beschließen. Wenn diese Pflichten vernachlässigt werden, riskiert die Klinikleitung nicht nur die Gesundheit des Teams, sondern scheitert oft auch an Zertifizierungsprozessen, bei denen Nachhaltigkeit und Mitarbeiterfürsorge zunehmend an Gewicht gewinnen.

HG: Welche Rolle spielt dabei der Betriebsarzt?

TA: Der Betriebsarzt ist ein wichtiger Berater und Vermittler. Bei einer Begehung identifizieren wir konkrete Gefahren: ungünstige Arbeitshöhen, Zwangshaltungen durch Monitore an der falschen Stelle, Stolperfallen durch enge Räume oder das Tragen schwerer, schlecht sitzender Röntgenschrüzen. Wir dokumentieren diese Mängel und empfehlen Schutzmaßnahmen. Es geht darum, baulich-technische, organisatorische und personenbezogene Faktoren zu optimieren – vom automatischen Türöffner bis zur Waschbeckenhöhe. Alles kritische Punkte, die bei Begehung identifiziert werden sollten.

HG: Soweit die Theorie, aber in der Praxis ist das ja nicht wirklich effektiv? Woran liegt das?

TA: Das ist in der Tat das Hauptproblem. In vielen Kliniken werden Gefährdungsbeurteilungen schlicht nicht konsequent durchgeführt, obwohl sie nach § 5 und 6 des Arbeitsschutzgesetzes (ArbSchG) für jeden Arbeitgeber ab dem ersten Beschäftigten gesetzlich zwingend vorgeschrieben sind. Das hat fatale Folgen: Wenn man nicht hinsieht, werden Mängel nicht dokumentiert. Ohne diese offizielle Dokumentation sieht die Verwaltung oft keinen Grund, Geld für Verbesserungen in die Hand zu nehmen. Es fehlt dann die gesetzlich geforderte Grundlage für notwendige Budgets. Diese Trägheit führt dazu, dass Prävention erst dann zum Thema wird, wenn der Krankenstand – zum Beispiel im OP – weit über dem Durchschnitt liegt. Konsequenter Begehungen wären das Fundament, um Missstände überhaupt sichtbar zu machen.

HG: Was können die Beschäftigten selbst tun, um ihre Situation zu verbessern?

TA: Die Akzeptanz für ergonomische Übungen ist hoch, wenn sie niedrigschwellig angeboten werden. Schon fünf Minuten Aufklärung in der Morgenfortbildung können viel bewirken. Es geht darum, ein Bewusstsein zu schaffen: Wie stehe ich richtig? Welche Ausgleichsübung entlastet den Rücken? Oft sagen junge Kollegen: „Ich brauche das nicht, ich bin fit.“ Aber spätestens, wenn der Schmerz chronisch wird, ist das Interesse da. Eigeninitiative hilft auch bei der Verbesserung der Arbeitsbedingungen – man muss den Bedarf nur klar und nachdrücklich artikulieren.

HG: Gibt es Beispiele für Verbesserungen im täglichen Betriebsablauf?

TA: Ein Klassiker ist der Sitzhocker. Ein einfacher runder Tellerhocker reicht oft nicht aus. Hier sind Sattelhocker eine hervorragende Wahl, da sie das Becken in die richtige Kippung bringen und eine aufrechtere Haltung fördern. Auch sogenannte Anti-Ermüdungsmatten können helfen, das lange Stehen auf harten OP-Böden abzufedern. Organisatorisch ist die „Zwei-Helfer-Methode“ beim Umlagern von Patienten eine enorme Entlastung. Und ganz wichtig: Röntgenschrüzen müssen in der passenden Größe vorhanden sein. Eine Schürze in XL für eine Person von 1,60 m ist eine unnötige Gewichtsbelastung.

HG: Wagen wir einen Blick in die Zukunft: Welche Rolle werden neue Technologien spielen?

TA: Das ist ein spannendes Feld. Wir entwickeln bereits Ansätze für „Ergo-Coaches“. Das sind KI-gesteuerte, sensorbasierte Systeme, die per Kamera fehlerhafte Körperhaltungen erkennen. Das System gibt dann einen dezenten Hinweis, wenn man seit einer halben Stunde schief sitzt oder eine ungesunde Haltung einnimmt. Solche Assistenzsysteme werden in Zukunft wie ein Aufmerksamkeitsassistent im Auto funktionieren und uns dabei helfen, Haltungsschäden proaktiv zu verhindern, bevor der Schmerz entsteht. KI wird so zum Partner im OP, der dafür sorgt, dass Chirurgen ihren Beruf bis zum Rentenalter gesund und leistungsfähig ausüben können. Prävention wird damit von der lästigen Pflicht zur intelligenten Überlebensstrategie.

## Autor:innen des Artikels



### Im Interview:

#### Prof. Dr. med. Thomas Auhuber

Leiter BDC-Themen-Referat „Vergütungssystematik und Leistungsmanagement“

Mitglied BDC-Themen-Referat „Krankenhausstrukturen, sektorenübergreifende Versorgung und Nachhaltigkeit“



Kontakt



### Das Interview führte:

#### Dr. med. Horst Gross

Facharzt für Anästhesie – Freier Medizinautor

Dieser Beitrag von Dr. med. Horst Gross beruht auf einer Veröffentlichung in [coliquio.de](https://coliquio.de) und erscheint hier mit freundlicher Genehmigung von coliquio.

Auhuber T, Gross H: Ergonomie im OP:

Immer noch ein Tabuthema. *Passion Chirurgie*. 2026 September; 16(09/III): Artikel 09\_01.