

Wenn die Organisation versagt

Ein gefäßchirurgischer Patient klagt im postoperativen Verlauf auf der Station über plötzlich auftretende starke Schmerzen. Die herbeigerufene Pflegekraft stellt zudem fest, dass das operierte Bein in kurzer Zeit blass und kalt geworden ist. Da das Ereignis gegen 15 Uhr an einem Freitagnachmittag eintritt, wird zunächst der diensthabende Chirurg informiert. Dieser ist kein Gefäßchirurg und verweist seinerseits auf den zum Nachtdienst erscheinenden gefäßchirurgischen Assistenzarzt. Erst auf Hinwirken eines anwesenden Angehörigen und der zuständigen Pflegekraft untersucht der diensthabende Chirurg den Patienten. Er alarmiert daraufhin direkt seinen Hintergrunddienst und es werden unverzüglich weitere Behandlungsmaßnahmen eingeleitet. Diesem CIRS-NRW-Fall mit der Nr. 144342 (www.cirs-nrw.de) ähneln die Fälle Nr. 143171 (Probleme bei der Bereitstellung einer Intensivpflegekraft für die Notfallversorgung im Schockraum) und Nr. 141409 (Verzögerte Behandlung durch das Reanimations-Team).

In den komplexen Strukturen eines Krankenhauses ist es von großer Bedeutung, dass Arbeit und Belastung durch Zuständigkeitsregelungen effektiv verteilt werden. Dabei kann auch geregelt werden, wer nicht zuständig ist, aber es muss immer geregelt sein, wer zuständig ist. In der obigen Meldung bleibt unklar, ob die Zuständigkeitsregelung zwischen Regeldienstende am Nachmittag und Bereitschaftsdienstbeginn am Abend unvollständig war oder ob sie missverstanden wurde.

Der gerufene Chirurg jedenfalls

konnte akut auf keinen anderen zuständigen

Arzt verweisen – er selbst fühlte sich aber auch

nicht zuständig. Zum einen stellt sich hier die Frage, warum es überhaupt



Bild: mathisworks – istockphoto.com

zu solch einer Situation kommen kann. Zum anderen aber – und das ist das Entscheidende – scheint für den Moment die Patientenversorgung aus dem Blick geraten zu sein. Es ist ein Szenario denkbar, in dem die Notfallmaßnahmen hätten warten müssen bis ein zuständiger Arzt (oder jemand, der sich zuständig fühlt) eingetroffen wäre, auch mit Schaden für den Patienten, der von keinem beabsichtigt war. Ist dies ein Einzelfall?

Leider kann der Patient auch schon bei der Gestaltung von Abläufen und Regelungen aus dem Blick geraten, besonders unter hohem wirtschaftlichen Druck. Dann ist nicht mehr nur der Patient gefährdet, sondern es ist auch der caritative Sinn dieser Arbeit und der Institution bedroht. Wir dürfen nicht zulassen, dass die Institution zum Selbstzweck wird und der Patient der Institution dient, und nicht mehr die Institution dem Patienten. Ein allgemeingültiges Rezept gegen diese Gefahr gibt es nicht. Was also tun, wenn Regeln – aus welchem Grund auch immer – nicht greifen, wenn die Organisation versagt? Beharrlich konstruktiv an die Organisation rückmelden, vor Ort den Blick von Organisationskonflikten lösen und erstmal auf den richten und den versorgen, für den die Organisation überhaupt da ist: den Patienten.

Für die CIRS-NRW Gruppe:

Marina Buchmann, Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe

Christoph Fedder, Evangelisches Krankenhaus Hagen-Haspe GmbH

Dr. Michael Gösling, Christophorus-Kliniken, Coesfeld-Dülmen-Nottuln