



# „Dinge nur richtig tun oder die richtigen Dinge tun?“

Beobachtungen zum Wandel der beruflichen Einstellungen von Mitarbeitern in Krankenhäusern.

Das Arbeitsklima in Krankenhäusern verändert sich auf problematische Weise. Diesen Eindruck gewinnt die Autorin bei gelegentlichen Diensten als Ärztin in letzter Zeit. Die Stimmung ist bestimmt von viel Resignation. Das Handeln scheint oft nicht mehr von der Frage geleitet zu sein, ob für den einzelnen Patienten wirklich das Richtige getan, sondern eher, ob nach bestimmten Vorschriften richtig vorgegangen worden ist. Das klassische berufliche Ethos des Mitarbeiters in einem Krankenhaus wird ersetzt durch ein eher bürokratisches: Habe ich mich an die geltenden Richtlinien gehalten? Die Verantwortungsbereitschaft der Ärzte für die ihnen anvertrauten Patienten und der persönliche Einsatz scheinen dabei abzunehmen. Zwischen Kollegen treten Fragen der Abgrenzung bzw. Zuständigkeit zunehmend in den Vordergrund: Ist das wirklich noch meine Aufgabe? Sie wollen im System Krankenhaus überleben und arbeiten deshalb oft nach relativ starren Schemata. Ausgelöst wird diese Entwicklung offenbar durch einen wachsenden Arbeitsanfall in den Abteilungen und eine Kommunikationskultur, die damit nicht mehr Schritt hält. Es herrscht hektischer Aktionismus statt eines wirklich abgestimmten Handelns. Das sorgt für Unruhe und Ärger. Ist diese Entwicklung aufzuhalten?

Solche Prozesse der beruflichen Entfremdung in einem Krankenhaus können verschiedene Facetten haben. Ein klassischer Fall ist die Übergabe bei Dienstantritt: Oft geht es mittlerweile nicht mehr um Fragen einer inhaltlich sinnvollen Versorgung und Behandlung der Patienten, sondern nur noch darum, wie schnell diese wieder nach Haus entlassen werden können. Die Konnotationen in den Beschreibungen von Patienten und deren Angehörigen drücken aus, wie lästig diese doch sind. Ein

AUTOREN

## Dr. Ulrike Schlein

Chirurgin, Beraterin und Coach  
Am Bahnhof 1, 34537 Bad Wildungen  
E-Mail: [info@dr-schlein.de](mailto:info@dr-schlein.de)

## Jens Hager-van der Laan

Soziologe, Unternehmensberater und Coach  
Schillerstraße 15, 10625 Berlin  
E-Mail: [van-der-laan@t-online.de](mailto:van-der-laan@t-online.de)

Teufelskreis entsteht: Die Versorgung der Patienten wird durch zunehmende Arbeitsverdichtung bei Ärzten und Pflegepersonal auf das Nötigste reduziert. Zeit für ein persönliches Gespräch oder Aufklärung steht kaum noch zur Verfügung. Das Vertrauen der Patienten und ihrer Angehörigen in das medizinische System leidet darunter, so dass umgekehrt proportional die Nachfragen der Angehörigen bei Ärzten und Pflegepersonal steigen. Beide fühlen sich dadurch zusätzlich belastet und von ihrer eigentlichen Arbeit abgehalten.

Ein ungeschickter Versuch der Reglementierung sah in einer Klinik kürzlich so aus: Eine Ankündigung an der verschlossenen Tür von Stationsärzten lautete: „*Angehörigengespräche gerne montags bis freitags zwischen 14.30 – 15.30 Uhr. In Ausnahmefällen auch zu anderen Zeiten.*“ Das Pflegepersonal an der gegenüberliegenden Rezeption der Station wählte verschiedene Varianten, mit dieser Vorgabe und den Wünschen der Angehörigen umzugehen: Oft blieb es bei dem Versuch, die Situation irgendwie zu erläutern. Manchmal zuckten die Pflegekräfte aber nur noch fragend mit den Schultern. Einige verwiesen auf die Möglichkeit der Beschwerde bei der Geschäftsleitung. Alle wirkten entnervt, weil die Angehörigen nun nicht nur mit ihren Fragen, sondern auch mit wachsendem Ärger bei ihnen erschienen.

Eine zunehmend sich verbreitende Reaktion von Pflegepersonal und Stationsärzten ist inzwischen auch die in Mimik und Gestik ausgedrückte Selbstkundgabe: „*Keine Ahnung!*“, „*Tut mir leid, ist nicht mein Bereich!*“, „*Dafür bin ich nicht zuständig!*“.

Zwischen den Rollenpartnern innerhalb der jeweiligen ärztlichen und pflegerischen Teams, die eigentlich eng miteinander kooperieren müssten, gibt es nur noch eingeschränkte Kommunikation. Oft ist Zeitmangel die Begründung. Im Endergebnis führen die geschilderten Entwicklungen dazu, dass Patienten nicht mehr optimal versorgt werden. Wie kürzlich ein Patient mit Schmerzen, der aus der zentralen Aufnahme kam. Er war ordentlich untersucht worden. Die Dokumentationen und Anordnungen zur Infusions- und Schmerztherapie lagen vor. Sie waren nur noch auszuführen. Doch jeder im Pflegeteam schien davon auszugehen, dass der Patient bereits versorgt worden war. Bis die Misskommunikation aufgedeckt wurde, musste der Patient eben an seinen Schmerzen leiden. Egal!

Blinder Aktionismus im Ärzteteam bringt oft auch nur Verwirrung. Selbst wenn keinerlei Notfallsituation vorliegt, werden manchmal wichtige Grundregeln der Kommunikation nicht beachtet. So im Fall einer Patientin, die verlegt werden sollte. Eine kurze Rückfrage bei dem behandelnden Kollegen des Nachtdienstes hätte ergeben, dass dieser bereits alle notwendigen Schritte für die Versorgung der Patientin besprochen und in die Wege geleitet hatte. Aufgrund eines Notarzteinsatzes war dieser jedoch für kürzere Zeit außer Haus. Nun wur-

de das Vorgehen unabgestimmt vollständig verändert. Die Patientin wurde nach den in diesem Haus geltenden Regeln in eine 20 Km entfernte Klinik verlegt, obwohl das medizinisch nicht mehr nötig war. Kein Wunder, dass das Vertrauen der nachbehandelnden Kollegen, des Hausarztes, der Patientin und deren Angehörigen in die Klinik nun nachhaltig erschüttert war. Auch hier konnte der Eindruck entstehen, dass es nicht mehr in erster Linie um die Belange der Patientin ging, sondern eher um die Frage, ob die Anforderungen nach KTQ erfüllt worden waren. Kommentar der Pflegekräfte in dieser Situation: „So sind sie, die Kollegen – hier weiß doch die eine Hand nicht was die andere tut!“

Was in diesem Fall vielleicht nur als ‚Kollateralschaden‘ abgetan werden kann, bekommt ein anderes Gewicht, wenn es sich um ein wirklich gravierendes medizinisches Krankheitsbild handelt. Dann kann eine mangelhafte Kommunikation zwischen den beteiligten Mitarbeitern des Krankenhauses schlimmere Auswirkungen haben. Wie viele



medizinische Komplikationen sind auf verzögerte operative Revisionsindikationen zurück zu führen? Oft haben unbearbeiteten Beziehungskonflikte zwischen Entscheidern oder Verantwortliche, die schlecht zuhören erheblichen Einfluss auf die Vorgehensweise. Wie reagieren diensthabende Oberärzte auf Rückmeldungen vom Pflegepersonal oder PJ-Studenten, wenn diese kundtun, dass bei einem Patienten etwas nicht in Ordnung sei? Leider gibt es zu dieser Thematik in der Medizin keine verlässlichen Zahlen; die Dunkelziffer wird jedoch hoch sein.

Bei unserer Arbeit in anderen Branchen haben wir erfahren, dass mit diesem Themenkreis sehr viel offener und offensiver umgegangen wird. In der Luftfahrt beispielsweise wird der Einfluss von persönlichen Stresssituationen auf die Entscheidungen eines Piloten offen angesprochen (Sorgen in der Familie, Tod eines Angehörigen oder Freundes, aber auch die emotionalen Verwerfungen, die eine neue Liebe mit sich bringt) und bei Einsatzentscheidungen berücksichtigt. Und hat es einmal Fehler oder Beinahe-Fehler gegeben, die durch mangelhafte Kommunikation entstanden sind, so werden diese firmenintern veröffentlicht, ohne dass die Betroffenen dadurch unter Repressalien zu leiden hätten. Wichtig ist: den Kollegen wird eine Lernchance eröffnet.

Das ist in unseren Krankenhäusern noch nicht geübte Praxis, obwohl die Situation oft vergleichbar ist: Der Umgang miteinander, Störungen im Team oder zu anderen Berufsgruppen in Besprechungen oder eine gestörte Kommunikation während der gemeinsamen Arbeit am Patienten wer-

den nur selten offen thematisiert. Stattdessen wird gern über Andere in deren Abwesenheit geklagt. Zu viele Führungskräfte gehen solchen Konflikten lieber aus dem Weg. Sie scheuen sich davor, Situationen, in denen es zu bedeutenden Fehlern gekommen ist, offen anzusprechen mit dem Ziel, im Dialog zu klären, was schief gegangen ist und warum, um dann zu erörtern, wie in Zukunft vergleichbare Fehler vermieden werden können. Wechselseitige Rückmeldungen oder angemessene Kritikgespräche sind unüblich. Das sind viele verpasste Gelegenheiten, die Qualität der Leistungen in einem Krankenhaus zu sichern; alle könnten davon profitieren, gerade auch jüngere Kollegen, denn die haben sonst kaum die Möglichkeit, aus Fehlern zu lernen.

Es wäre ein professioneller Weg, mit den wachsenden Anforderungen in Krankenhäusern zurecht zu kommen, wenn sich bei Fehlern oder nach missglückter Kommunikation eine Kultur des offenen und konstruktiven Dialogs etablieren würde. Und dabei dürfte die Frage nicht heißen: Haben wir uns nach den geltenden Richtlinien richtig oder falsch verhalten, sondern: Was müssen wir tun, um unseren medizinischen und pflegerischen Maßstäben in Zukunft noch besser gerecht zu werden. Der Dichter Theodor Storm hat unser Thema in einem knappen Spruch so zusammengefasst: „Der eine fragt: Was kommt danach? Der andere fragt nur: Ist es recht? Und also unterscheidet sich der Freie von dem Knecht.“

Artikel bei BDC|Online unter [www.bdc.de](http://www.bdc.de), Rubrik Themen|Fortbildung|Führung

Chirurg (2009) • 80: 153-164  
DOI 10.1007/s00104-008-1655-y

**E. Rickels**

Bereich Neurochirurgie, AKH Celle

## Diagnostik und Therapie von Schädel-Hirn-Traumen

### Zusammenfassung

Das Schädel-Hirn-Trauma (SHT) ist noch immer die Haupttodesursache der unter 45-Jährigen und eine Haupttodesursache der Kinder unter 15 Jahre. Die Inzidenz beträgt 332 pro 100.000 Einwohner. Ein SHT ist die Folge einer Gewalteinwirkung auf den Kopf mit/ohne Ver-

letzung des Gehirns, aber mit zumindest kurzfristiger neurologischer Störung. Alle anderen Verletzungen des Kopfes werden Schädelprellung genannt. Die Schwere eines SHT wird bedingt durch die Dauer der Bewusstlosigkeit. Patienten mit einem SHT sollten stationär überwacht werden. Patienten, die nicht bewusstlos waren und bei der Untersuchung einen GCS (Glasgow Coma Scale) von 15 haben, können ggf. nach Hause entlassen werden, falls dort eine Überwachung gewährleistet ist. Patienten mit einem GCS <15 oder Risikofaktoren müssen mittels CT untersucht und stationär überwacht werden. Akut-lebensbedrohliche, d. h. raumfordernde Blutungen müssen sofort operiert werden. Epidurale oder subdurale Blutungen stellen

noch immer, insbesondere beim koma-tösen Patienten, eine vitale Bedrohung dar und sind somit Op-Indikationen mit absoluter Dringlichkeit

Bestellen Sie die Ausgabe von „Der Chirurg“ für EUR 32,- bei unserem Kundenservice!

### So erreichen Sie unseren Kundenservice:

Springer-Verlag,  
Kundenservice Zeitschriften  
Haberstraße 7, 69126 Heidelberg  
Tel. 0 62 21/3 45-43 03  
Fax 0 62 21/3 45-42 29  
[leserservice@springer.com](mailto:leserservice@springer.com)

[www.DerChirurg.de](http://www.DerChirurg.de)