

Vorwort des Autors

Ende des Jahres 1999 veröffentlichte das amerikanische Institute of Medicine *To Err is Human: Building a Safer Health System* [1]. Keiner der mehr als 300 Reports, die das IOS seitdem veröffentlicht hat, war auch nur annähernd so einflussreich. Der Grund war, dass die Autoren anhand der Daten einer ein Jahrzehnt zuvor veröffentlichten Studie, der Harvard Medical Practice Study [2, 3], extrapolierten, dass jährlich 44.000–98.000 Amerikaner aufgrund medizinischer Fehler versterben. Und, was noch schockierender war, sie übertrugen ihre Ergebnisse in die noch heute berühmten „Jumbojet-Einheiten“: Die Zahl der Todesfälle war so groß, als ob in den USA jeden Tag ein Jumbojet abstürzen würde.

Obwohl dieser Vergleich manchmal als übertrieben kritisiert wurde, gefällt er mir aus verschiedenen Gründen. Zum einen vermittelt er eine lebensnahe und greifbare Vorstellung von der Dimension des Problems (würde man diese Hochrechnung auf den Rest der Welt ausdehnen, wäre die Opferzahl natürlich vielfach höher). Und als Zweites: Wenn wirklich jeden Tag ein Jumbojet abstürzen würde, wer von uns würde dann noch Flüge unternehmen, die nicht unbedingt erforderlich wären! Als Drittes und Wichtigstes: Man stelle sich für einen Moment die Anstrengungen und Kosten vor, die unsere Gesellschaft zu investieren bereit wäre, wenn täglich ein Jumbojet (oder auch nur eine kleine Kurzstreckenmaschine) abstürzen würde. Die Antwort ist klar: Bei der Lösung *dieses* Problem wären Limits kaum vorstellbar. Bei der Verbesserung der Patientensicherheit jedoch haben wir bis zur Veröffentlichung des Reports der IOM fast gar nichts unternommen.

Das soll nicht heißen, dass Millionen engagierter, hart arbeitender und gut ausgebildeter Ärzte, Krankenschwestern und -pfleger, Pharmakologen, Therapeuten und Verwaltungsmitarbeiter im Gesundheitswesen *wollen*, dass Patienten aufgrund medizinischer Fehler zu Schaden kommen. Dies ist sicher nicht der Fall. Albert Wu hat die im Gesundheitsbereich Arbeitenden, die einen Fehler verursachen, sogar als „Sekundäröpfung“ bezeichnet [4]. Es besteht heutzutage Einigkeit darüber, dass das Problem medizinischer Fehler prinzipiell kein Problem der „schwarzen Schafe“ ist (obwohl es sicherlich einige davon gibt), sondern eher eines von kompetenten Mitarbeitern, die in einem chaotischen System arbeiten, in dem Sicherheit keine Priorität genießt. Wie mein Kollege Kaveh Shojania und ich in unserem Buch *Internal Bleeding* feststellen:

Die Forschungsarbeiten der letzten Jahrzehnte (die meisten davon außerhalb des medizinischen Sektors) haben unsere Erfahrungen in der Medizin bestätigt: Die Mehrzahl der Fehler passiert zuverlässigen, aber fehlbaren Mitarbeitern, die in einem nicht suffizient funktionierenden System arbeiten. Dies bedeutet, dass man Patientensicherheit dadurch verbessern kann, indem man das System so absichert, dass unvermeidliche menschliche Fehler vermieden oder aufgefangen werden. Diese logische Schlussfolgerung, obgleich in anderen komplexen Hochrisikobereichen schon seit Langem bekannt, wurde in der Medizin jedoch bisher traurigerweise weitgehend ignoriert. Stattdessen wurde stur die Ansicht vertreten, dass Fehler auf moralischem Versagen von Einzelpersonen beruhen, ein Standpunkt, der bei betroffenen Patienten Wut und Vorwürfe erzeugt, die betroffenen Mitarbeiter demoralisiert und Schuldgefühle erzeugt. Und, was noch entscheidender ist, diese Sichtweise hat das Gesundheitswesen noch keinen Deut sicherer gemacht [5].

Denken wir einmal darüber nach. Welche Sicherheitssysteme waren in der Medizin vor 1999 fest verankert? Gab es überhaupt irgendetwas? Mir fällt nur eines ein: die sogenannte

9 Fehler in der Teamarbeit und -kommunikation

In einem amerikanischen Krankenhaus bezeichnet „Code Blue“ eine Notfallsituation, in der auf einer internistischen oder chirurgischen Normalstation ein Patient pulslos und ohne Atmung aufgefunden wird. Sofort rückt das Notfallteam an und beginnt mit der kardiopulmonalen Reanimation. „Kennt jemand den Patienten?“ brüllt der Teamleiter in den Raum, während das Team die Reanimation fortführt. Wenig später schlüpft ein Assistenzarzt in den Raum; er hat die Patientenakte in der Hand, die er aus dem Aktenhänger im Stationszimmer gezogen hat. „Der Patient ist ein No-Code“, ruft er, was bedeutet, dass bei einem Notfall keine Reanimationsmaßnahmen erfolgen sollen. Sofort stoppt jegliche Aktivität. Während das Notfallteam seine Gerätschaften einpackt, wundert sich die junge Krankenschwester des Patienten im Stillen. Schließlich hat man ihr bei der Übergabe vor wenigen Stunden gesagt, dass der Patient ein „Full Code“ sei (d. h. Reanimationsmaßnahmen sollen erfolgen). Sie überlegt kurz, ob sie den Arzt fragen soll, lässt es dann aber. Bestimmt hat einer der Ärzte die Anweisungen geändert und dann vergessen, ihr Bescheid zu sagen. Das passiert andauernd. Also behält sie ihre Bedenken für sich.

Kurz darauf greift sich jemand die Patientenakte, die der junge Arzt ins Zimmer gebracht hat und es stellt sich heraus, dass dieser versehentlich die falsche Akte aus dem Aktenhänger gezogen hat. Der Verdacht der jungen Schwester war also richtig – der Patient war ein „Full Code“. Ein zweites Mal wird das Notfallteam alarmiert, aber der Patient kann nicht wiederbelebt werden [1].

Ein ähnlicher Fall aus Deutschland:

In einem Krankenhaus kam es zu einem Behandlungsfehler mit erheblicher Schadenfolge, dessen Ursache ebenfalls in einem unzureichenden Kommunikations- und Interaktionsprozess zu finden ist. Bei einem Patienten wurde durch einen Übertragungsfehler im Operationsplan und unzureichende Prüfschritte in der unmittelbaren OP-Vorbereitung statt der linken tumorinfiltrierten, die rechte gesunde Niere entfernt. Bei der teaminternen retrospektiven Aufarbeitung des Falles war schnell klar, wo die organisatorischen Gründe (Übertragungsfehler im stationären Bereich) für die Verwechslung zu finden waren. Ein junger Anästhesist gab in diesem Zusammenhang zu Protokoll, dass er schon während des Eingriffs Zweifel bezüglich der Wahl der richtigen Seite hatte, da er am Vortag das Prämedikationsgespräch mit dem Patienten geführt hatte. Er war sich aber seines Verdachtes nicht sicher. Allerdings habe er sich nicht getraut, seinen Zweifel zu artikulieren, da ihm bewusst war, dass es erhebliche Auswirkungen auf seine künftige Arbeit im OP haben würde, wenn er den „hochdekorierten“ leitenden Chirurgen zu Unrecht auf eine mögliche Seitenverwechslung hingewiesen hätte.

Basiskonzepte und Begriffe

Jede Organisation benötigt Strukturen und Hierarchien, sonst herrscht das blanke Chaos. Armeen brauchen Generäle, große Firmen haben ihren Generaldirektor und Kinder brauchen ihre Eltern. Das ist im Prinzip nicht schlecht. In extremen Fällen sind solche Hierar-

chien jedoch so rigide, dass die Mitarbeiter an der Basis kritische Informationen vor der Führungsspitze verheimlichen oder nur solche Informationen übermitteln, von denen sie glauben, dass sie den Vorgesetzten genehm sind. Dieser Zustand kann zum Teufelskreis werden: Der Führung fehlen die Informationen, die sie benötigt, um das System zu verbessern und die Beschäftigten glauben, dass die Führungsspitze nicht zuhört und für abweichende Meinungen weder offen ist noch sich dafür interessiert.

Die psychologische Distanz zwischen Beschäftigten und Vorgesetzten wird manchmal als Autoritätsgefälle bezeichnet und die Steilheit dieses Gefälles ist Ausdruck der Hierarchie einer Organisation. Das Gesundheitswesen ist traditionell durch eine steile Hierarchie mit einem ausgesprochen großen Autoritätsgefälle gekennzeichnet, vor allem zwischen Ärzten und den restlichen Mitarbeitern [2]. Fehler wie bei der oben beschriebenen Reanimation machen klar, welchen Preis solch rigide Hierarchien haben – eine junge Krankenschwester vermutet zwar, dass etwas nicht stimmt, sie bringt aber nicht den Mut auf, angesichts des energischen (aber letztlich falschen) Auftretens eines Arztes ihre Bedenken zu äußern.

Die Bedeutung von Teamwork im Gesundheitswesen

Vor 50 Jahren war Teamwork im Gesundheitswesen vielleicht nicht so wichtig. Die Geschwindigkeit war geringer, die Technologie nicht so allgegenwärtig und die Medikamente weniger toxisch (und auch weniger effektiv). Die Ärzteschaft hatte die Kontrolle über Qualität und Sicherheit und wurde dabei von den anderen Mitarbeitern unterstützt. In den letzten 50 Jahren hat sich die medizinische Versorgung jedoch grundlegend geändert: Die Komplexität ist immens gestiegen (man denke an Lebertransplantation oder elektrophysiologische Untersuchungen) und ebenso die Anzahl an neuen Medikamenten und Eingriffen. Außerdem gibt es überwältigende Beweise dafür, dass die Qualität der Teamarbeit der entscheidende Faktor für eine adäquate, schnelle und sichere Patientenversorgung ist. So ist der Erfolg der Behandlung nach Unfällen, in der Geburtshilfe, beim akuten Myokardinfarkt oder Schlaganfall oder bei immunsupprimierten Patienten eher von der Qualität der Teamleistung als von der Brillanz des leitenden Arztes abhängig.

Mit der wachsenden Erkenntnis, dass Teamwork ein wichtiger Faktor für Sicherheit und Qualität ist, richtete das Gesundheitswesen seinen Blick verstärkt auf die Luftfahrt. In den späten 1970er und frühen 1980er Jahren ereignete sich eine Reihe schwerer Flugzeugunglücke, deren wesentliche Ursache ein steiles Autoritätsgefälle war. Die bekannteste dieser Tragödien war die Kollision zweier Boeing 747 auf einer Rollbahn auf Teneriffa auf den Kanarischen Inseln.

Am 27. März 1977 warteten an einem nebligen Morgen auf Teneriffa der Flugzeugkapitän Jacob Van Zanten, sein Kopilot sowie ein Flugingenieur im Cockpit ihrer KLM 747 auf die Starterlaubnis. Van Zanten war als Sicherheitsdirektor der KLM-Flotte ein hoch angesehener Mitarbeiter und hervorragender Pilot. So befand sich an diesem Morgen, Ironie des Schicksals, an jedem der 300 Passagierplätze der KLM-Maschine ein Artikel mit Foto von ihm. Die KLM-Crew hatte am frühen Morgen auf dem Rollfeld eine 747 der Pan Am gesehen. Die drei Männer hatten jedoch keinen Anlass zu der Vermutung, dass sich diese immer noch im Weg befand. Der Nebel war dicht und im Jahre 1977 existierte noch kein Bodenradar, der die Crew im Cockpit darüber informierte, ob die Rollbahn frei wäre. Die Crew war also allein auf ihre Augen und die der Fluglotsen angewiesen.

Wenig später erhielt die KLM-Crew eine Durchsage der Fluglotsen, die allerdings undeutlich und abgehackt war. Dennoch vermuteten einige Mitglieder der Crew, dass sie etwas

mit der Maschine der Pan Am zu tun hatte. In einem Monate später veröffentlichten Bericht der spanischen Behörde für zivile Luftfahrt werden die darauf folgenden Ereignisse wie folgt beschrieben:

Als der KLM-Flugingenieur dies hörte, fragte er: „Ist sie noch nicht weg?“ Da der Kapitän [der KLM] ihn nicht verstanden hatte, wiederholte er: „Ist sie nicht weg, diese Pan American?“ Der Kapitän antwortete mit Nachdruck: „Na klar“ und *vielleicht wegen des hohen Ansehens des Kapitäns und der Unvorstellbarkeit eines derartig gravierenden Fehlers durch einen solch erfahrenen Piloten* erhoben weder Kopilot noch Flugingenieur weitere Einwände [Kursivschrift eingefügt] [3].

Einige Augenblicke später gab Van Zanten Gas und sein Jumbo donnerte über die Startbahn. Nach wenigen Sekunden sah er die Pan-Am-Maschine aus dem Nebel auftauchen, die auf der Startbahn direkt auf ihn zukam. Vollgas gebend schaffte er es zwar noch, die Nase seines Flugzeuges über das Flugzeug der Pan Am zu heben. Wegen des steilen Abflugwinkels schleifte das Heck seines Flugzeuges jedoch auf dem Boden ... und zertrümmerte den Rumpf der Pan-Am-Maschine. Bei der Explosion beider Flugzeuge kamen 583 Menschen ums Leben. Auch 30 Jahre später bleibt die Katastrophe von Teneriffa der schwerste Flugzeugunfall der Luftfahrtgeschichte.

Der Unfall von Teneriffa und ähnliche Unglücke verdeutlichten den Verantwortlichen in der Luftfahrt die Risiken eines Arbeitsklimas, in dem einzelne Mitarbeiter (in obigem Fall der KLM-Flugingenieur) nicht den Mut aufbringen, ihre Sicherheitsbedenken dem Teamleiter mitzuteilen. Dank der seit vielen Jahre intensiv durchgeführten Trainingsprogramme für Teamwork und Kommunikation („Crew-Ressource-Management“ genannt, Kap. 15) lernen die Crew-Mitglieder im kommerziellen Flugverkehr heutzutage, ihre Bedenken klar und deutlich zu artikulieren. Als wichtiger Teil dieser Programme wird den Piloten die Fähigkeit vermittelt, ein Arbeitsfeld zu schaffen, in dem auch die in der Hierarchie niedriger stehenden Mitarbeiter keine Angst haben müssen, Fragen aufzuwerfen. Die beeindruckende Sicherheitsbilanz der kommerziellen Luftfahrt in den letzten 40 Jahren (Abb. 9.1) wird von vielen Experten vor allem als Ergebnis dieser geänderten „Sicherheitskultur“ angesehen, wobei das verringerte Autoritätsgefälle eine besondere Rolle spielt.

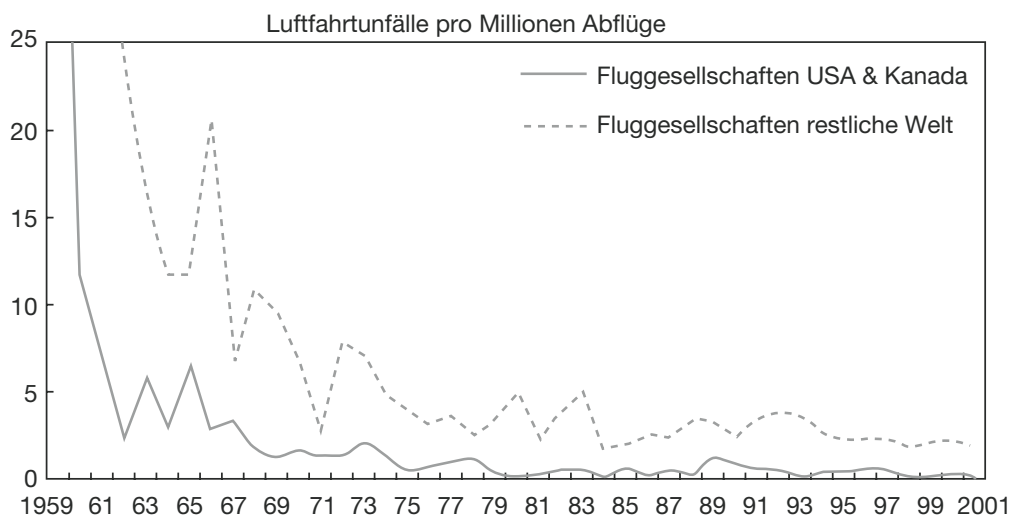


Abbildung 9.1 Die beeindruckende Sicherheitsbilanz der zivilen Luftfahrt.

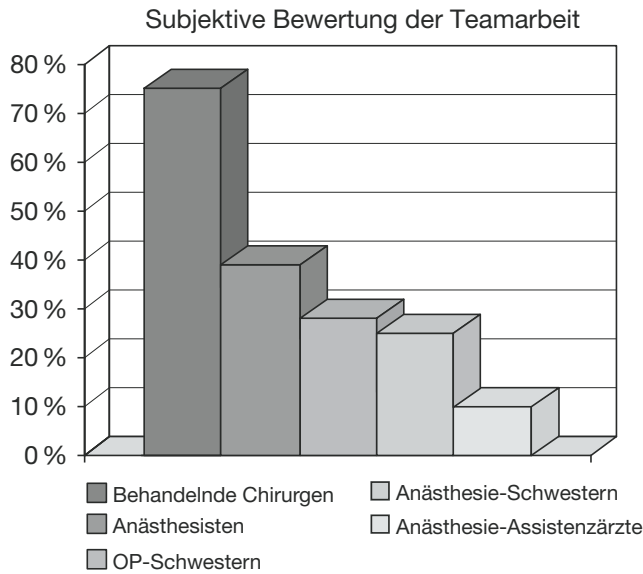


Abbildung 9.2 Prozentualer Anteil von medizinischen Mitarbeitern im OP, die das Teamwork-Niveau als „hoch“ bezeichnen. (Wiedergabe mit Genehmigung von Sexton JB, Thomas EJ, Helmreich RL. Error, stress, and teamwork in medicine and aviation: cross sectional surveys. BMJ 2000;320:745–749)

Wie sieht es damit im Gesundheitswesen aus? In einer Studie von Sexton und Kollegen aus dem Jahre 2000 wurden den Mitarbeitern chirurgischer Teams und Flugzeug-Crews die identischen Fragen zu Sicherheitskultur, Teamwork und Hierarchien gestellt [4]. Wie in Abbildung 9.2 dargestellt, sind behandelnde Chirurgen zwar von der guten Zusammenarbeit ihrer OP-Mannschaft überzeugt, der Rest des „OP-Teams“ jedoch ist komplett anderer Meinung. Dies belegt zumindest, dass der Teamleiter nicht die geeignete Person ist, um über die Qualität des Teams Auskunft zu geben! Was für das Thema Sicherheit sicherlich relevanter ist: Fast alle Piloten, aber nur 50 % der Chirurgen, begrüßen kritische Fragen von Mitarbeitern und Untergebenen (Abb. 9.3).

Man muss jedoch berücksichtigen, dass die Einstellung heutiger Chirurgen früher durchaus auch bei Piloten anzutreffen war und sich erst mit der Erkenntnis geändert hat, dass eine solche Haltung (und die zugrunde liegende Arbeitskultur) Flugzeugunfälle eindeutig begünstigt. Bei der Umsetzung von Strategien zur Verbesserung von Teamwork und Verminderung von Hierarchien im Gesundheitswesen ist zu bedenken, dass auch Piloten in den frühen 1980er Jahren von dem neu eingeführten Teamwork-Training nicht unbedingt begeistert waren (die Programme für Crew-Ressource-Management wurden vielfach spöttisch als

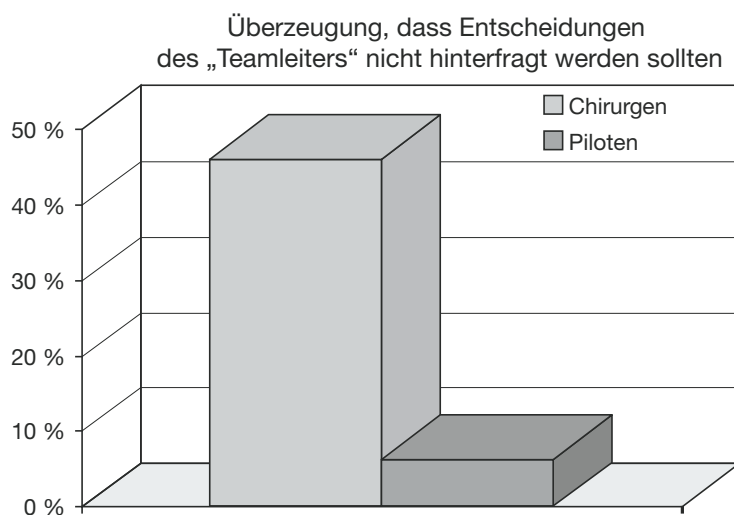


Abbildung 9.3 Anteil von Piloten und Chirurgen, welche nicht durch einen Untergebenen hinterfragt werden wollen. (Wiedergabe mit Genehmigung von Sexton JB, Thomas EJ, Helmreich RL. Error, stress, and teamwork in medicine and aviation: cross sectional surveys. BMJ 2000;320:745–749)

„Benimm-Dich-Kurse“ bezeichnet). Heute jedoch wird man kaum Piloten oder andere Mitarbeiter der zivilen Luftfahrt finden, die daran zweifeln, dass Crew-Ressource-Management und andere Techniken zur Verbesserung der Sicherheitskultur und zur Verminderung des Autoritätsgefälles zu einer wesentlichen Steigerung der Sicherheit im Luftverkehr geführt haben. Auf das Thema der Adaptation dieser Trainingsprogramme an den Gesundheitsbereich wird in Kapitel 15 näher eingegangen.

Letztendlich müssen wir aber bei all unseren Bemühungen zur Optimierung von Teamwork und zum Abbau von Hierarchien im Gesundheitswesen immer die Komplexität solcher Strategien und auch die Limitationen der Analogie zur Luftfahrt im Auge behalten. Maßnahmen zur Verhinderung einer zweiten Teneriffa-Katastrophe betreffen den Arbeitsbereich Cockpit, also lediglich zwei bis drei Mitarbeiter, den Kapitän, ersten Offizier und vielleicht den Flugingenieur, die alle hinsichtlich Training, Fachwissen, Sozialstatus, Einkommen und auch Selbstvertrauen in etwa gleiche Voraussetzungen mitbringen. Im Operationssaal dagegen haben vielleicht der Krankenpflegehelfer oder die Krankenschwestern in Ausbildung die wichtigen Bedenken, die dann dem leitenden Operateur mitgeteilt werden müssen. Daher ist es um ein Vielfaches schwieriger, die Sicherheitskultur in einem *solchen* Arbeitsumfeld zu verändern als in einem Flugzeugcockpit.

Die Interaktionen allein im OP-Team sind von so vielen Faktoren abhängig (Hierarchie der Berufsgruppen, Hierarchie in der Berufsgruppe, Art und Gegenstand des Eingriffs, Teamkultur etc.) dass es schwierig ist, Interaktionsempfehlungen aus anderen beruflichen Bereichen (Luftfahrt, Industrie) einfach zu übertragen. So fanden beispielsweise Catchpole et al. (2008) heraus, dass die gleichen Ausprägungen in bestimmten Führungsverhaltensweisen, gezeigt von Chirurgen, beispielsweise zu kürzeren OP-Zeiten, bei Anästhesisten aber zu längeren OP-Zeiten führten [5]. Auch wirken sich die gleichen Interaktionsparameter in Abhängigkeit vom OP-Typ unterschiedlich positiv auf die Qualität des Eingriffs aus. Solche komplexen Wechselwirkungen und deren Effekte auf die Teaminteraktion und -qualität dürften mit einfachen Lösungsansätzen kaum zu verbessern sein. Es braucht – wie dies auch in der Luftfahrt der Fall war – Zeit, Forschung und Geduld für nachhaltige Veränderungen.

Feste versus wechselnde Teamzusammensetzungen

Oft wird darauf hingewiesen, dass wechselnde Teams, z. B. Chirurgen, die mit täglich wechselnden Mitarbeitern der Krankenpflege und Medizintechnik zusammenarbeiten, ein zusätzliches Hindernis für Verbesserungen im Teamwork darstellen. Man muss aber bedenken, dass gerade die kommerzielle Luftfahrt das gleiche Problem zu bewältigen hat: Bei einem normalen Flug ist es die Regel, dass Pilot und Kopilot zum ersten Mal zusammen fliegen. Da wechselnde Teams so weit verbreitet sind, dürfen Sicherheitsstrategien nicht von eingespielt zusammenarbeitenden Teams abhängig sein. In einigen Fällen wurde in Luftfahrt und Gesundheitswesen sogar beobachtet, dass feste Teams (in denen die gleiche Gruppe von Mitarbeitern wiederholt zusammenarbeitet) sogar *gefährlicher* sein können, da es häufiger zu Nachlässigkeiten, falschen Schlussfolgerungen und festgefahrenen Hierarchien kommt und die Gefahr des sogenannten „Gruppendenkens“ (englisch: „groupthink“, übermäßiges Streben nach Einstimmigkeit) besteht [6].

Strategien für Teamwork und Kommunikation

Daten des Surveillance-Programms der Joint Commission belegen, dass Kommunikationsprobleme die häufigste Grundursache (root cause) schwerer medizinischer Fehler sind (Abb. 9.4). Ein gut funktionierendes Team verwendet (gemäß den Trainingsprogrammen zum Crew-Ressource-Management) eine Reihe von Strategien zur Verbesserung von Kommunikation und Teamwork. Erstes Ziel ist die Verkleinerung des Autoritätsgefälles. Dies beginnt mit einfachen Maßnahmen: So stellt sich der Teamleiter persönlich vor, lernt die Namen der übrigen Teammitglieder, bekennt sich zu seinen eigenen Grenzen und begrüßt Anregungen und Beiträge der übrigen Teammitglieder ausdrücklich. Solche Techniken lassen sich in das team-time-out eines chirurgischen Teams (Kap. 5) integrieren. Sie sollten jedoch nicht nur vor Operationen oder anderen Eingriffen zum Einsatz kommen. Auch ein Arzt an seinem ersten Tag auf einer neuen Station oder ein Gynäkologe bei Beginn seiner Schicht im Kreißaal kann oben beschriebene Strategien umsetzen. Oder ein Chirurg, der sich zuerst seinem OP-Team vorstellt (und alle anderen Teammitglieder das Gleiche tun lässt) und dann beispielsweise Folgendes sagt: „Es wird Situationen geben, in denen ich etwas übersehe oder mich in einer komplizierten Situation falsch entscheide. Ich brauche alle Augen und Ohren im Team. Wenn jemand etwas sieht, bei dem er sich nicht wohl fühlt, irgendetwas, auch wenn es etwas ist, das mich betrifft, begrüße ich es ausdrücklich, dass es sofort ausgesprochen wird. Nur wenn wir alle als Team gut und offen zusammenarbeiten, können wir eine größtmögliche Sicherheit erreichen.“

Eine andere günstige Gelegenheit, die Teamleistung nachhaltig zu verbessern, besteht am Ende von Eingriffen oder anderen klinischen Maßnahmen. Bei Militär und Luftfahrt werden solche Nachbesprechungen als *Debriefings* bezeichnet. Alle Mitarbeiter nehmen sich einen Moment Zeit, um offen und vorwurfsfrei zu besprechen, was während des betreffenden Eingriffs schlecht und was gut gelaufen ist [7]. Die Lehren aus solchen Debriefings sind oft außerordentlich wertvoll. Hinzu kommt, dass diese Nachbesprechungen das Teamverhalten stärken und allen verdeutlichen, wie wichtig es ist, Probleme offen anzusprechen und dass kein Teammitglied, einschließlich des Teamleiters, unfehlbar ist.

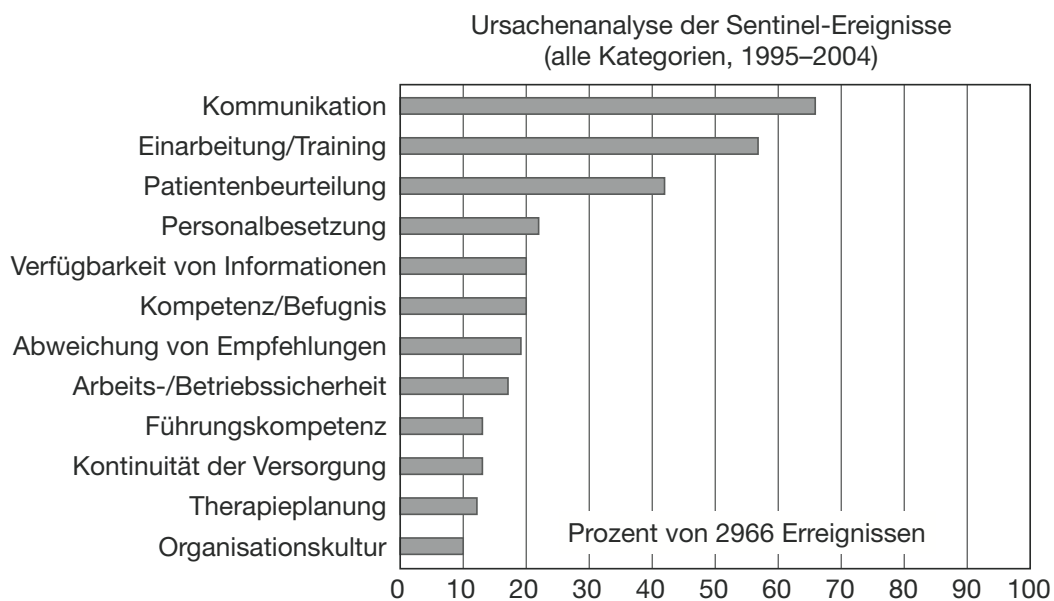


Abbildung 9.4 Häufigkeit von Kommunikationsproblemen innerhalb der Sentinel-Ereignisse der Joint Commission. (Wiedergabe mit Genehmigung von The Joint Commission)

Eine Sache ist es, Krankenschwestern und -pfleger, Pflegehelfer und Medizinstudenten aufzufordern, Bedenken offen auszusprechen, eine andere jedoch, ihnen Werkzeuge an die Hand zu geben, dies auch auf produktive Weise zu tun. Viele Schwestern berichten, dass sie Ärzten gegenüber Bedenken geäußert haben und von diesen dann brüsk abgefertigt wurden. Um solche Interaktionen zu verbessern, werden verschiedene Techniken propagiert. Sie alle haben zum Ziel, dass wichtige Botschaften ankommen und dann entsprechende Maßnahmen nach sich ziehen. Zwei dieser Techniken, im Englischen als „SBAR“ und „CUS words“ abgekürzt, werden im Folgenden näher beschrieben.

SBAR steht im Englischen für „Situation, Background, Assessment, and Recommendations“ (Situation, Hintergrund, Einschätzung und Empfehlungen). SBAR-Trainingsprogramme richten sich vor allem an Krankenschwestern und -pfleger, die mittels dieser Techniken ihre Kommunikation mit Ärzten besser strukturieren und so erreichen, dass ihnen zum einen Gehör geschenkt wird und dass zum anderen die erforderlichen ärztlichen Maßnahmen oder Anweisungen erfolgen. Wie sinnvoll SBAR-Training ist, wurde deutlich, als man erkannte, dass Mitarbeiter des Pflegepersonals entsprechend ihrer Ausbildung und ihres Sozialverhaltens Sachverhalte eher in erzählerischer Form wiedergeben, während Ärzte es gewohnt sind, stichpunktartig zu denken bzw. Informationen zu verarbeiten [8]. So könnte der traditionelle Bericht einer Krankenschwester über einen postoperativen Patienten mit neu aufgetretenem Brustschmerz wie folgt lauten:

Hallo Doktor. Herr Chow hatte heute Brustschmerzen. Vorher ist er noch auf dem Flur herumgelaufen und er hat auch gut zu Abend gegessen. Ich weiß wirklich nicht, was er hat, aber ich habe schon ein EKG veranlasst. Er war ein wenig schweißig, als er die Schmerzen hatte, ich konnte ihm aber die restlichen Medikamente inklusive des Insulins und der Antibiotika geben. Er hatte heute seine Operation und hängt noch an seiner PCA-Pumpe.

Nach einem SBAR-Training würde die gleiche Schwester den Arzt anrufen und Folgendes berichten:

Hallo, hier spricht Grace Jones. Ich bin Schwester auf Station 7 und versorge ihren Patienten Edward Chow. Er klagt seit ungefähr 5 Minuten über Brustschmerzen der Stärke 8 von 10 zusammen mit Kurzatmigkeit, Schwitzen und einigen Palpationen (*Situation*). Er ist ein 68-jähriger Mann ohne kardiale Vorgeschichte, der gestern eine unkomplizierte Rektumresektion hatte (*Hintergrund*). Ich lasse gerade ein EKG schreiben, da ich vermute, dass eine kardiale Ischämie oder eine Lungenembolie dahinterstecken könnte (*Einschätzung*). Ich werde ihm eine Nitroglycerin geben und wäre wirklich dankbar, wenn Sie innerhalb der nächsten 5 Minuten hier sein könnten (*Empfehlung*).

Eine andere Technik zur Kommunikationsverbesserung ist die Verwendung bestimmter Formulierungen, die auf eskalierende Weise Sicherheitsbedenken zum Ausdruck bringen (im Englischen als „CUS words“ bezeichnet). Auch diese Strategie richtet sich hauptsächlich an Krankenschwestern und -pfleger (sie kann aber genauso von anderen Mitarbeitern wie Medizinstudenten oder Physiotherapeuten und grundsätzlich von jedem, der die Aufmerksamkeit einer in der Hierarchie höher stehenden Person benötigt, angewandt werden). In aufsteigender Form beginnen die meist an einen Arzt adressierten Bedenken mit „Ich mache mir Sorgen darüber, dass ...“ (englisch: „I’m concerned ...“), danach folgt „Ich habe große Bedenken, dass ...“ (englisch: „I’m uncomfortable ...“) und als letzte Steigerung „Das ist

ein Problem der Patientensicherheit!“ (englisch: „This is a *safety* issue!“). Es ist wichtig, dass die Empfänger dieser Nachrichten (normalerweise Ärzte) deren Bedeutung verstehen und entsprechend reagieren. Auf der anderen Seite sollten diese Termini nicht überstrapaziert werden, damit sie ihre Wirkung behalten.

Letztendlich ist ein starkes Teams darauf angewiesen, dass seine Mitglieder – sowohl als Individuen als auch als Kollektiv – in Krisenlagen angemessen reagieren, besonders dann, wenn die Situation eskaliert und außer Kontrolle zu geraten droht. Das Maß des situationalen Bewusstseins (englisch: „situational awareness“) beschreibt, inwieweit wahrgenommene und tatsächliche Realität übereinstimmen [9–11]. Wenn während einer Krise das situationale Bewusstsein stark vermindert ist, können vielfältige Probleme auftreten, die dann die Krise weiter verschärfen. Ein Beispiel dafür wäre, wenn sich während einer Reanimation ein Einzelner oder die ganze Gruppe zu sehr auf eine bestimmte Aufgabe konzentriert (z. B. einen schwer zu legenden Venenkatheter oder die Gabe eines bestimmten Medikamentes) und dabei akut lebensbedrohliche Aspekte wie die Herzdruckmassage aus den Augen verliert. In diesem Kontext bedeutet „das situationale Bewusstsein behalten“ also, den Überblick und einen kühlen Kopf zu bewahren. Oder, um eines der berühmten Gesetze des „House of God“ zu zitieren (einer bedeutenden Satire auf die medizinische Ausbildung aus dem Jahre 1979): „Erste Maßnahme bei Herzstillstand: den eigenen Puls fühlen“ [12].

Kernpunkte

- Die sichere und hochqualitative Versorgung im Gesundheitswesen wird mehr und mehr zur Teamarbeit.
- Ein gut funktionierendes Team hat ein adäquates Autoritätsgefälle und eine Hierarchie, die den freien Informationsfluss nicht behindert.
- Das Gesundheitswesen orientiert sich bei der Reduzierung von hierarchischen Strukturen am Luftfahrtbereich, dessen spezielles Trainingsmodell als „Crew-Resource-Management“ bezeichnet wird (dieses wird momentan den Erfordernissen im Gesundheitsbereich angepasst).
- Unter Einsatz effektiver Strategien für Teamwork und Kommunikation sind wechselnde (im Gegensatz zu festen) Teams kein Sicherheitsproblem.
- In einem gut funktionierenden Team stellen die Mitarbeiter sich gegenseitig vor und es finden strukturierte Nachbesprechungen (Debriefings) statt.
- Strategien zur Verbesserung von Kommunikation in Hierarchien (besonders in Richtung von unten nach oben) umfassen die Verwendung definierter Kommunikationsregeln (z. B. „SBAR-Technik“ oder Gebrauch festgelegter Formulierungen, sogenannter „CUS words“).
- Ein starkes Team zeichnet sich dadurch aus, dass es auch in Krisensituationen den Überblick behält (situationales Bewusstsein).

Literatur

1. Wachter RM, Shojania KG. Internal Bleeding: The Truth Behind America's Terrifying Epidemic of Medical Mistakes. New York, NY: Rugged Land, 2004.
2. Henninger M, Barth C. Kommunikation und Führung. Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen 2009;228.

3. Secretary of Aviation (Spain) Report on Tenerife Crash. Aircraft Accident Digest (ICAO Circular 153-AN/56), 1978, S. 22–68.
4. Sexton JB, Thomas EJ, Helmreich RL. Error, stress, and teamwork in medicine and aviation: cross sectional surveys. *BMJ* 2000;320:745–749.
5. Catchpole K, Mischra A, Handa A, McCulloch P. Teamwork and Error in the Operating Room. *Annals of Surgery* 2008;247:4:699–706.
6. In conversation with ... Jack Barker. AHRQ WebM&M (Online Serie), Januar 2006. Im Internet unter: <http://webmm.ahrq.gov/perspective.aspx?perspectiveID=17>.
7. Makary MA, Holzmueller CG, Sexton JB, et al. Operating room debriefings. *Jt Comm J Qual Patient Saf* 2006;32:407–410, 357.
8. Haig KM, Sutton S, Whittington J. SBAR: a shared mental model for improving communication between clinicians. *Jt Comm J Qual Patient Saf* 2006;32:167–175.
9. Weick KE. The collapse of sensemaking in organizations: the Mann Gulch disaster. *Adm Sci Q* 1993;38:628–652.
10. Weick KE, Sutcliffe KM. *Managing the Unexpected: Assuring High Performance in an Age of Complexity*. San Francisco, CA: Jossey-Bass, 2001.
11. Berwick DM. *Escape Fire: Lessons for the Future of Health Care*. New York, NY: The Commonwealth Fund, 2002.
12. Shem S. *The House of God*. New York, NY: Putnam, 1979.

Weiterführende Literatur

- Connor M, Ponte PR, Conway J. Multidisciplinary approaches to reducing error and risk in a patient care setting. *Crit Care Nurs Clin North Am* 2002;14:359–367.
- Donaldson L. *An Organisation with a Memory: Report of an Expert Group on Learning from Adverse Events in the NHS Chaired by the Chief Medical Officer*. London: The Stationery Office, 2000.
- Helmreich RL. On error management: lessons from aviation. *BMJ* 2000; 320:781–785.
- Leape LL. Error in medicine. *JAMA* 1994;272:1851–1857.
- Sachs BP. A 38-year-old woman with fetal loss and hysterectomy. *JAMA* 2005;294:833–840.