

1. Patientensicherheit - vom Cockpit in den OP-Saal

„Guten Tag, hier spricht Ihr Kapitän...“, so oder ähnlich beginnt die Begrüßung aus dem Cockpit mit anschließenden Sicherheitshinweisen der Kabinencrew. Diese Sicherheitshinweise, aber vor allem die für den Passagier nicht sichtbare Ausbildung der gesamten Crew, basiert auf seit Ende der 70er Jahre ständig weiterentwickelten und evidenzbasierten Studien internationaler Luftfahrtbehörden, zusammengefasst unter dem Begriff Crew-Resource-Management. Darunter fallen nicht nur die oftmals belächelten Hinweise der Stewardessen, vielmehr beinhalten sie Checklisten, Algorithmen und Standard Operating Procedures (SOP), die die alltägliche, aber vor allem die nicht alltägliche Arbeit im Cockpit und im Flugbetrieb regeln. Dabei stehen in erster Linie nicht die technischen Fertigkeiten des Piloten im Vordergrund, sondern vielmehr menschliche Faktoren wie Kommunikation, Fehler- und Risikomanagement sowie menschliche Ausnahmesituationen.

Welcher Zusammenhang besteht nun mit der thematisierten Patientensicherheit?

Eine berechtigte Frage. Der Ansatz der Luftfahrt, aus Fehlern zu lernen, diese öffentlich zu kommunizieren und somit Folgefehler zu vermeiden, ist nach langer Abstinenz aktuell auch wieder in der Medizin angekommen.

Harvey Cushing, Arzt und Neurochirurg, der im beginnenden 20. Jahrhundert praktizierte, kann als Vorreiter des heutigen Team-Resource-Managements gesehen werden. Es mag an seinem Hang zur Perfektion oder an seinem Forscherdrang gelegen haben. Cushing protokollierte über Jahre hinweg nicht nur seine Erfolge, sondern vor allem auch sämtliche Misserfolge und Fehler. Diese Vorgehensweise verhalf ihm zu signifikanten Ergebnissen: so verstarb anfangs noch jeder Zweite an einem Gehirntumor operierte Patient, später nur noch jeder Achte. Seine Offenheit hätte ihm allerdings auch die Approbation kosten können, gab es doch auch damals bereits die ersten Prozesse auf Grund von Kunst- und Behandlungsfehlern.¹

Der Umgang mit Fehlern bzw. die sogenannte „culture of blame“ haben dazu geführt, dass medizinisches Personal aus Angst vor Repressalien,

¹ Vgl. Höflinger, L. (2011).

Fehler in der Regel eher versucht zu bagatellisieren oder zu vertuschen, anstatt diese öffentlich zu kommunizieren, um daraus zu lernen.²

Das Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V. (APS), 2005 gegründet, setzt unter anderem genau an dieser Stelle an. Das APS hat es sich zur Aufgabe gemacht. Methoden zu erforschen und zu entwickeln, die Gesundheitsversorgung für alle Beteiligten sicherer macht und diese Maßnahmen zu verbreiten.³

17.000 Todesfälle auf Grund von vermeidbaren unerwünschten Ereignissen, sollten Grund genug sein umzudenken und neue Wege zu gehen.⁴ Auf dieses Ergebnis kam das APS nach einem systematischen Literaturreview von 241 ausgewählten internationalen Studien. Weiterhin wurde festgestellt, dass die internationalen Ergebnisse durchaus auf Deutschland übertragbar sind.⁵

Überleitung fehlt noch...

„Guten Tag Herr Schulz, ich bin Dr. Meier und werde Sie heute operieren“, so klingt es täglich in OP-Sälen und Patientenschleusen in deutschen Krankenhäusern.

„Guten Tag, ich bin Dr. Meier und Sie sind?“, klingt nur marginal anders, ist allerdings einer von vielen entscheidenden Schritten auf dem Weg zu einer verbesserten Patientensicherheit.

Worin besteht dieser Unterschied und womit trägt er zur Patientensicherheit bei?

Mit dieser und weiterführenden Fragen beschäftigt sich diese Arbeit und zeigt anhand der unterschiedlichen Elemente des Team-Resource-Managements auf, wie die Sicherheit des Patienten in deutschen Krankenhäusern verbessert werden kann. Des weiteren soll in dieser Arbeit eine Bewertung der verschiedenen Elemente des Team-Resource-Managements erfolgen. Die Bewertung erfolgt anhand einer Analyse und Darstellung der vorhandenen Literatur zu diesen Sachverhalten.

² Kultur der Schuldzuweisung

³ Vgl. www.aktionsbueundnis-patientensicherheit.de (2011).

⁴ Vgl. Schrappe M, et al. (2007), S. 15.

⁵ Vgl. Schrappe M, et al. (2008). S. 3.