

NOTFALLMEDIZIN

Lernen an der Puppe statt am Patienten

Simulationstraining statt Echteinsatz: Ärztekammer zertifiziert Fortbildungskurs für Notfallmediziner.

Der Patient sitzt im Lehnstuhl, als das Rettungswagenteam hereinkommt. Seine Hautfarbe wirkt rosig, aber das täuscht. Die Helfer erkennen sofort: Dem Mann geht es nicht gut. Sie sprechen beruhigend mit ihm, kontrollieren Puls und Blutdruck. Dann trifft der Notarzt ein, und auf einmal geht alles sehr schnell. Das EKG meldet bedrohliche Werte, die Helfer legen den Patienten

auf den Boden. In den nächsten Minuten kämpfen sie darum, das Herz wieder zum Schlagen zu bringen. Gleichzeitig muss der aufgeregte Bruder des Patienten beruhigt werden, der zornig auf die Ärzte ist: „Hans war doch grade erst im Krankenhaus, und es hieß, er sei ganz gesund – ihr lügt doch alle!“

Eine Szene, wie sie bei jedem Einsatz von Rettungswagen und Notarzt vorkommen kann. Nur dass diesmal der Patient eine Puppe ist und der aufgeregte Bruder seine Rolle nur spielt. Und statt im Wohnzimmer Hans Müllers findet der Einsatz in einem neonbeleuchteten Raum im Ausbildungszentrum des Westküstenklinikums Heide (WKK) statt. Kein echter Einsatz also, sondern eine Simulation, die unter den Augen der Trainer und fortbildungswilligen Fachkollegen stattfindet. Die sitzen im Raum nebenan und schauen dem Rettungsteam per Videoübertragung auf die Finger.

Kann das So-tun-als-ob die Wirklichkeit ersetzen? Können Rettungskräfte und Mediziner im Rollenspiel für den echten Einsatz lernen? Aber ja, sagt Dr. Henrik Herrmann, Chefarzt im WKK, Ärztlicher Leiter des Bildungszentrums für Berufe im Gesundheitswesen (BBG) und Vizepräsident der Ärztekammer Schleswig-Holstein. Ab sofort ist es in

Schleswig-Holstein möglich, die Hälfte der lebensrettenden Einsätze, die für die Zusatzbezeichnung Notfallmedizin vorgeschrieben sind, im Simulationstraining zu absolvieren. Da es um 25 Einsätze geht, trägt der Kurs, der von der Ärztekammer zertifiziert ist, den Titel „Notfall 25“. Schleswig-Holstein ist erst das dritte Bundesland, das die Simulation als Ersatz für den realen Einsatz zulässt.

„Für uns als Ärztekammer ist das eine wichtige berufspolitische Entscheidung“, sagt Herrmann. Simulationen hätten unter Ärzten oft einen schlechten Ruf – und dies sei eine Fehleinschätzung: „Rationalen Argumenten hält dieses Vorurteil nicht stand.“ Nicht ohne Grund würden Unternehmen mit großem Sicherheitsrisiko und hohen Standards, wie Fluglinien oder Kraftwerke, auf Simulationen und Trainingsprogramme setzen. „Würde sich ein Pilot aus dem Cockpit mit der Ansage melden: ‚Hier ist Ihr Flugkapitän. Dies ist mein erster Flug, und trainiert habe ich auch nie‘ – das Flugzeug wäre schnell leer“, meint Herrmann. Dr. Marcus Rall, Gründer und Leiter des Instituts für Patientensicherheit (InPASS), spitzt sarkastisch noch etwas zu: „In der Medizin gilt Lernen am Kassenpatienten – da bohrt man als Anfänger rein, auch wenn der Patient blass und grün wird. In der Regel übersteht er es ja.“ Für Rall, der sich als Instruktor, Teamtrainer und Berater für bessere Abläufe am Krankenbett einsetzt, ist die Anerkennung des Simulationstrainings ein „echter Meilenstein“. „Was für die Notfallmedizin gilt, kann sich ebenso für die Intensivmedizin, Geburtshilfe oder andere Fachbereiche durchsetzen.“

Denn das Simulationstraining hat einen großen Vorteil: Dramatische Szenen



FORTBILDUNGSKURS „NOTFALL 25“

Der dreitägige Kurs beinhaltet neben einer theoretischen Einführung einen hohen Praxisanteil. Die maximal 16 Teilnehmer trainieren im Rettungswagen, einer Halle und einem kleineren Raum unterschiedlichste Szenarien, vom Unfall auf der Straße bis zur Behandlung im Wohnzimmer. Die Übungen werden aufgezeichnet und gemeinsam besprochen. Die Kurse finden an der Rettungsdienst-Akademie im Westküstenklinikum statt. Kurse sind geplant für 20. bis 22. März und 16. bis 18. Oktober sowie 12. bis 14. Februar 2016. Der Kurs, der sich auch als Auffrischung für bereits tätige Notärzte eignet, ist von der Ärztekammer zertifiziert. Er kostet 1.200 Euro.

Seminarleiter Dr. Marcus Rall vom „Institut für Patientensicherheit“ setzt sich als Instruktor, Teamtrainer und Berater für bessere Abläufe am Krankenbett ein.



nerien, in denen alles schief läuft und sich Komplikation auf Komplikation häuft, kommen in der Realität – zum Glück – nur selten vor. Im Training aber lässt sich die größtmögliche Verwicklung gezielt üben. Jedenfalls wenn die Programme entsprechend gestaltet sind. „Das heißt: lebensnahe Szenarien und Störungen, wie sie in Wahrheit vorkommen können. Und auch die Tätigkeiten müssen echt sein: Ampullen müssen aufgezo-gen werden, der Defibrillator steht tatsächlich unter Strom“, sagt Rall beim Kurs in Heide, der als Schulung für Instruk-toren und Multiplikatoren angelegt ist. „Wenn man als Trainer erlaubt, dass die Behandlung nur angedeutet wird, ist bald die Luft raus.“

Das die Puppe – der „Sim Man“ – nicht vollständig natürlich aussieht, sei dabei das geringste Problem. Das Gefühl der Echtheit, des realen Notfalls, entwickelt sich durch das gemeinsame Agieren. Zudem können die Puppen einiges: Der Brustkorb hebt und senkt sich, unter der Gummihaut tickt ein Puls und auch die Augen reagieren. Wird die Puppe an Messgeräte angeschlossen, tauchen die Daten dort auf, ganz wie bei einem normalen Patienten. Zusatzinformationen, etwa dass der Patient schwitzt oder ängstlich wirkt, steuert ein Helfer aus dem Nebenraum bei. In Heide übernimmt Rettungsanitäter Frank Meister die Rolle der „Voice of God“, er spricht auch für den Patienten und steuert die Funktionen der Puppe.

Für Marcus Rall ist während der Szenarien am wichtigsten, wie die Helfer miteinander agieren: „Dreamteams werden nicht geboren, sondern gemacht.“ Und je besser das Team, desto mehr Leben werden gerettet, betont der

Trainer: „Denn Fehler passieren ständig, das ist normal. Dramatisch wird es nur, wenn sie unbemerkt und unkorrigiert bleiben.“ Studien hätten gezeigt, dass jeder Mensch sogar bei Routinetätigkeiten alle halbe Stunde einen Fehler macht: Statt Zucker wird Salz aus dem Regal geholt, statt der Nummer der Mutter die der Freundin ins Telefon getippt. Bei komplexen Arbeiten – einer Operation etwa – passieren solche Fehlleistungen nach Angaben des Seminarleiters alle fünf Minuten. Kommt Stress hinzu, steigt die Frequenz nach seiner Darstellung auf 30 Sekunden. Was bei einer solchen Frequenz bei einem halbstündigen Eingriff durch ein ganzes OP-Team an Fehlern zusammenkommt, lässt sich leicht ausrechnen.

Die allermeisten dieser Fehler haben keine Folgen, und meist korrigiert der Verursacher sie selbst. Aber aus jeder dieser Situationen kann sich eine Kaskade weiterer Folgefehler ergeben, die am Ende in eine Katastrophe führt. Dann wird in der Regel sehr schnell nach einem einzelnen Schuldigen gesucht, obwohl am Anfang der Ursachenkette eine vielleicht scheinbar ganz harmlose Kleinigkeit stand: Etwa, dass ein Gerät nicht an seinem Platz stand, weil niemand im Team verantwortlich ist, es nach Gebrauch zurückzustellen. Wenn dann auch noch im Gespräch zwischen Arzt und Pflegekraft ein Medikamentenname falsch verstanden wird und ein Assistent sich scheut, dem Chef einen anderen Vorschlag zu machen, kommt am Ende ein Patient zu Schaden – „also das genaue Gegenteil von dem, was alle Beteiligten eigentlich wollen“, sagt Rall.

In vielen Kliniken oder Praxen herrsche eine „negative Sicherheitskultur“ nach dem Motto: „Das darf einfach

nicht passieren!“ Falsch, meint Trainer Rall: „Nach so einer Ansage wird über Unsicherheiten nicht mehr gesprochen.“ Wichtig sei, ein Klima zu erzeugen, in dem Risiken und mangelhafte Abläufe ohne Schuldzuweisung beraten und verbessert werden können. Eben diese Abläufe stehen im Mittelpunkt der Simulationstrainings. Es geht also nur in zweiter Linie um die fachlichen Kompetenzen und die Kunst der Diagnose, sondern um die zwischenmenschlichen Fähigkeiten wie Kommunikation und Interaktion: Übernimmt der Arzt die Führungsrolle oder überlässt er die Entscheidung einer erfahrenen Schwester? „Wichtig ist das Outcome für den Patienten“, betont Rall. „Wenn er überlebt, ist egal, wie das Team die Aufgabe gelöst hat.“ Dabei hilft auch ein Rat, der im ersten Moment ungewohnt wirkt: Die Arbeit unterbrechen, nachdenken, sich kurz besprechen, ob wirklich das Richtige geschieht. „Zehn Sekunden für zehn Minuten“, heißt diese Formel, die Rall als Richtschnur mitgibt. Hier sei es wichtig, dass alle im Team diese Methode kennen: „Sonst ruft einer Stopp, und die anderen stecken ihn gleich in die Zwangsjacke, weil sie glauben, er ist durchgedreht.“ Auch für diese Methode hilft Training: Angesichts eines echten, um Atem ringenden Patienten fällt das Nachdenken schwerer als vor der Puppe.

Dass irgendwann die gesamte Zusatzausbildung für Notärzte und Rettungsassistenten über Simulationstraining abgeleistet wird, hält Herrmann nicht für sinnvoll: „Meistens absolvieren Krankenhausärzte diese Ausbildung. Und die müssen auch mal wirklich bei Patienten im Wohnzimmer stehen.“

ESTHER GEISSLINGER

Info

Wichtig ist es, ein Klima zu erzeugen, in dem Risiken und mangelhafte Abläufe ohne Schuldzuweisung beraten und verbessert werden können. Diese Abläufe stehen im Mittelpunkt des Simulationstrainings.