

Masterthesis

zur Erlangung des akademischen Grades

MBA Health Care Management

an der

Wirtschaftsuniversität Wien
Studiengang MBA für Health Care Management

Thema: **Sicherheitsarbeit im Krankenhaus –
eine Herausforderung des 21. Jahrhunderts**

Vorgelegt von: Barbara Klemensich

Adresse: Im Gestockert 91, 1220 Wien

Matrikel-Nr.: 0553603

Beurteiler/Betreuer: Univ. Prof. Dr. Johannes Steyrer

Abgabedatum: 20. Oktober 2008

Ich versichere:

dass ich die Arbeit selbständig verfasst, andere als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel nicht benutzt und mich auch sonst keiner unerlaubten Hilfe bedient habe, dass ich diese Masterthesis bisher weder im In- noch im Ausland (einer Beurteilerin/einem Beurteiler zur Begutachtung) in irgendeiner Form als Prüfungsarbeit vorgelegt habe, dass diese Arbeit mit der vom Begutachter beurteilten Arbeit übereinstimmt.

Datum: 20. Oktober 2008

Unterschrift:

Inhalt

Inhalt.....	1
Abbildungsverzeichnis	5
Tabellenverzeichnis	6
1 Einleitung.....	7
1.1 Sicherheitsarbeit – Theorie und Praxiserfahrung.....	7
1.2 Sicherheitsarbeit – Stress als leistungsminimierender und fehlerverursachender Faktor.....	9
2 Anforderungen und Fakten der Sicherheitskultur.....	15
2.1 Gesellschaftlicher Anspruch auf Sicherheit in der Gesundheitsversorgung.....	15
2.1.1 Die Patientenrechte im Gesundheitswesen und Patientensicherheit	16
2.1.2 Das Unternehmensstrafrecht im Gesundheitswesen.....	17
2.2 Untersuchungen	18
2.3 Fallbeispiel - Klinischer Alltag.....	20
3 Grundlagen und Konzepte.....	21
3.1 Fehlerforschung	21
3.1.1 Personenzentrierter Ansatz.....	22
3.1.2 Systemorientierter Ansatz	22
3.2 Definitionen im Zusammenhang mit Fehlern	23
4 Einflussfaktoren der Sicherheitsarbeit.....	26
4.1 Human Factors Forschung	26
4.1.1 Menschliche Faktoren und Leistungsgrenzen	26
4.1.2 Human Factors: Das Individuum	28
4.1.3 Human Factors: Team	28
4.2 Kommunikation	29
4.2.1 Effektive und strukturierte Kommunikation	29
4.2.2 Briefing.....	30
4.2.3 Debriefing.....	30
4.3 Fehlerkultur.....	30
4.4 Fehlermanagement.....	32
4.5 Fehleranalyse	33
4.6 Fehlerreportingsysteme.....	33
4.6.1 Fehlerhäufigkeiten und ihr Informationsstand	33
4.6.2 Grenzen und Barrieren des CIRS (Critical incident reporting system)	36

5	Erfahrungen anderer Hochrisikobereiche.....	38
6	Projekterfahrung - eine Möglichkeit, Sicherheitsarbeit in die Praxis umzusetzen.....	41
6.1	Wie „sicher“ ist die Organisation vor Projektbeginn?	41
6.1.1	Messinstrument	41
6.1.2	Teilnehmer	44
6.1.3	Auswertung/Ergebnisse.....	44
6.1.3.1	Organisationsfaktoren.....	45
6.1.3.2	Teamfaktoren.....	46
6.1.3.3	Stress.....	46
6.2	Human Factors Training – klinischer Alltag.....	47
6.3	Teamentwicklung – klinischer Alltag.....	47
6.4	Kommunikation – klinischer Alltag.....	48
6.4.1	Strukturierte Kommunikation Informationsweitergabe.....	48
6.4.2	OP-Briefing	49
6.4.3	Strukturiertes Debriefing	49
6.5	Fehlermanagement – klinischer Alltag	49
6.6	Fehleranalyse – klinischer Alltag.....	51
6.7	Der operationelle Bereich – klinischer Alltag.....	53
6.8	Wie „sicher“ ist die Organisation nach Projektende?	54
6.8.1	Messinstrument	54
6.8.2	Teilnehmer	54
6.8.3	Auswertungen/Ergebnisse	55
6.8.4	Die Vergleichsgruppe.....	58
7	Stress	60
7.1	Definitionen	60
7.2	Stresstheorien	60
7.2.1	Stress als Reaktion.....	61
7.2.1.1	Eu-Stress.....	62
7.2.1.2	Dis-Stress.....	62
7.2.2	Stress als Reiz.....	63
7.2.3	Stress als Transaktion.....	64
7.3	Stressreaktionen	66
7.3.1	Emotionale Ebene.....	66
7.3.2	Kognitive Ebene	67
7.3.3	Motorische Ebene.....	67

7.3.4	Vegetative Ebene.....	68
7.4	Stresstypen	68
7.4.1	A-Typ	68
7.4.2	B-Typ	69
7.4.3	C-Typ	69
7.5	Stressbewältigung	69
7.5.1	Problemfokussierte Bewältigung.....	70
7.5.2	Emotionsfokussierte Bewältigung.....	70
7.5.3	Kognitive Dissonanz	70
	7.5.3.1 Kognitive Dissonanz als Rechtfertigung des beruflichen Überlebens.....	71
	7.5.3.2 Kognitive Dissonanz in Gruppen	71
7.6	Stress im Spitalsalltag	72
7.6.1	Situationsbewertung	72
7.6.2	Ressourcenbewertung.....	73
7.6.3	Stressoren im Spitalsalltag	73
7.6.4	Stressresistenz	74
7.6.5	Stressbewältigung im Krankenhaus	75
7.6.6	Kognitive Notfallsreaktion	75
7.6.7	Umgang mit Stress im Krankenhaus	76
	7.6.7.1 Reduktion von chronischem Stress.....	76
	7.6.7.2 Reduktion von akutem Stress	76
	7.6.7.3 Erhöhung der persönlichen Belastbarkeit.....	77
	7.6.7.4 Vergrößerung der Ressourcen	77
	7.6.7.5 Beitrag der Organisation zur Stressreduktion.....	77
8	Forschungsteil.....	78
8.1	Ausgangslage	78
8.2	Methode	81
8.2.1	Stichprobe und Durchführung der Datenerhebung.....	82
8.2.2	Auswertung	82
8.2.3	Ergebnisse	83
	8.2.3.1 Chronische Stressoren	83
	8.2.3.2 Akute Stressoren.....	85
	8.2.3.3 Phänomen „Kultur“	87
	8.2.3.4 Phänomen „Rollenbild“	96
	8.2.3.5 Phänomen „Perfektionismus“	102
	8.2.3.6 Phänomen „System“	105
8.2.4	Status im angloamerikanischen Bereich.....	115

8.3	Zusammenfassung des Forschungsteils	120
8.3.1	Luftfahrt	120
8.3.2	Medizin.....	121
8.3.3	Angloamerikanischer Raum	122
8.4	Resümee	123
9	Zusammenfassung.....	129
10	Anhang.....	134
10.1	Interview 1 – Kandidat 1	134
10.2	Interview 2	142
10.3	Interview 3	150
10.4	Interview 4	158
10.5	Interview 5	165
10.6	Interview 6	170
10.7	Interview 7	176
10.8	Interview 8	181
10.9	Interview 9	189
10.10	Interview 10	198
11	Literaturverzeichnis	208

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: «Swiss Cheese Modell»	22
Abbildung 2: Kommunikationsmodell.....	29
Abbildung 3: Unfallpyramide	34
Abbildung 4: Unfallpyramide und Informationsgrad	34
Abbildung 5: Studie über sicherheitskritische Zwischenfälle	38
Abbildung 6: Ergebnisprofil	45
Abbildung 7: Fehlermanagement	50
Abbildung 8: Das Shell-Modell.....	51
Abbildung 9: Vergleich Vorher/Nachher Ärzte und Assistenten.....	55
Abbildung 10: Vergleich Vorher/Nachher Hebammen und Pflege.....	56
Abbildung 11: Ausmaß eingeschätzter Verbesserung.....	58
Abbildung 12: Internationaler Vergleich	59

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Todesfälle in deutschen Krankenhäusern 2001	20
Tabelle 2: Definitionen in der medizinischen Fehlerforschung	23
Tabelle 3: Fehlerwahrnehmung und Selbsteinschätzung in der Medizin und Luftfahrt	27
Tabelle 4: Zugang zu Fehlern	31
Tabelle 5: Bedingungsfaktoren für die Arbeitsleistung	42
Tabelle 6: Fehleranalyse	52
Tabelle 7: Phasen des allgemeinen Adaptionssyndroms	61
Tabelle 8: S-O-R - Modell	66
Tabelle 9: Flucht- und Kampfreaktionen	67
Tabelle 10: Komplexität kritischer Situationen	72
Tabelle 11: Stressoren im Krankenhaus	73
Tabelle 12: Symptome der kognitiven Notfallreaktion	76
Tabelle 13: Mittelwertstabelle zu Stress und Abbildung nach Zustimmung	80
Tabelle 14: Mittelwertstabelle zu Stress und Abbildung nach Zustimmung	81
Tabelle 15: To Err Is Human/Five Years After To Err Is Human	115

1 Einleitung

Die Qualität der medizinischen und pflegerischen Versorgung wurde in den vergangenen Jahren durch vielfältige externe und interne Maßnahmen ständig verbessert. Gleichzeitig bewegt sich aber auch die Anzahl gemeldeter Schäden von Patienten gegen Krankenhäuser auf Rekordniveau. Die Patientensicherheit ist seit einigen Jahren ein wesentlicher Bestandteil der Qualität im Gesundheitswesen und die Forderung nach Sicherheit in der Gesundheitsversorgung wird immer deutlicher angesprochen.

Warum ist das so?

In unseren Spitälern werden heute zunehmend aufgeklärte und kritische Patienten behandelt, welche die Ergebnisse der modernen Medizin nicht schicksalhaft hinnehmen, sondern ihre Erwartungen an Medizin und Pflege klar artikulieren.

Patientensicherheit und damit Vertrauen in die Gesundheitsversorgung ist als ein wesentliches Element jedes Gesundheitssystems anzusehen. Initiativen der Weltgesundheitsorganisation (2005) belegen die internationale Notwendigkeit zur Auseinandersetzung mit den Themen Patientensicherheit und Fehler im Gesundheitsbereich. Denn wer die Augen aufmacht begegnet Fehlern: kleinen und großen, harmlosen und riskanten, eigenen und fremden, etc.

Zentrale Fragen dieser Arbeit sind:

- Warum gewinnt das Thema Sicherheit zunehmend an Bedeutung?
- Was muss man grundsätzlich über das Thema wissen?
- Welche Einflussfaktoren sind zu berücksichtigen?
- Was können wir von anderen lernen?
- Was sagen uns die Ergebnisse der Mitarbeiterbefragung?
- Stress, warum entsteht er?
- Warum nehmen wir Stress nicht als menschliche Leistungsgrenze wahr?
- Was unterscheidet uns von anderen Hochrisikobereichen und vom angloamerikanischen Raum?

1.1 Sicherheitsarbeit – Theorie und Praxiserfahrung

Ausgangslage:

Eine Reihe von Untersuchungen untermauert die These, dass der Anspruch der Gesellschaft auf Sicherheit gegenüber den Fakten, die sich im klinischen Alltag zeigen, oft weit auseinander

derklaft. Thomeczek und Ollenschläger (2006) schlossen aus dem Bericht des Institute of Medicine, dass das Gesundheitswesen große Sicherheits- und Qualitätsprobleme hat. Das Gesundheitswesen hat sich zu einer Hochrisikobranche entwickelt, in der laut internationalen Studien ca. 70 % aller unerwünschter Ereignisse auf Systemfehler zurückzuführen sind und ca. 80% der unerwünschten Ereignisse vermeidbar gewesen wären. Durch Behandlungsfehler erleiden Patienten kurzfristige oder bleibende Schäden oder sterben sogar. In Zahlen nicht zu fassen ist das menschliche Leid und die Einschränkungen in der Lebensqualität. Hauke (2005) ergänzte dazu, dass der Gesamtumfang des volkswirtschaftlichen Schadens beträchtlich ist.

Sponsel (2007) prägte in diesem Zusammenhang den Ausdruck „Iatrogenie“, krank durch Behandlung. Er stellte sich unter anderem der Frage, ob Menschen gesünder oder länger leben, wenn sie nicht medizinisch behandelt werden.

Die zunehmende Komplexität der Untersuchungs- und Behandlungsabläufe erfordern ein hohes Maß an Kommunikation, vorausschauender Planung, Teamarbeit und professionelles Vorgehen an den Schnittstellen. Nach Reason (1990) stellen Organisationen, die in komplexen Umwelten arbeiten, die klassischen Anwender des Systemfehlers dar. Wenn qualitativ hochwertige und sichere Gesundheitsversorgung angeboten werden soll, muss einerseits das Gesundheitssystem Ressourcen zur Verfügung stellen, welche die Prozesse angemessen unterstützen, und in der Medizin die Bereitschaft wachsen, sich der systemischen Betrachtungsweise von Fehlern anzuschließen.

Die bisherige Organisationskultur war geprägt von einer Nullfehlermentalität und der Haltung, die Fehler primär als Versagen Einzelner zu verstehen.

In dieser Arbeit wird darauf hingewiesen, dass primär die Kernaussagen der Fehlerforschung wie „Niemand macht absichtlich Fehler“ zu verstehen und zu akzeptieren sind.

Ein Blick auf Reasons Fehlermodell zeigt Möglichkeiten zur Veränderung auf, denn die Zuweisung individueller Schuld steht einer Verbesserung der Gesamtsituation entgegen, weil daraus resultiert, Fehler nicht offenkundig werden zu lassen. Von einer Schuldkultur zu einer Kultur des Lernens aus Fehlern ist der Grundgedanke eines proaktiven Fehlermanagements, welcher näher betrachtet wird.

Das Lernen von anderen Hochrisikobereichen erweist sich als sinnvoll, da diese auf langjährige Erfahrungswerte zurückgreifen können. Die Luftfahrt beispielsweise beschreibt im Zusammenhang mit ihrer Unfallstatistik einen so genannten Turbofaktor. Diese Kombination aus schwierigen operationellen Bedingungen, menschlichem Versagen und Problemen in der sozialen Interaktion lassen sich auf den Spitalsalltag nahezu 1:1 umlegen. Diese Tatsache bedingt, dass auch die Lösungsansätze der Luftfahrt genau unter die Lupe genommen und auf

Kompatibilitäten mit dem Gesundheitswesen überprüft werden müssen, um die Sicherheit der Patienten und der Leistungserbringer im Gesundheitswesen zu erhöhen.

Inhalte und Methode

Der Fokus dieses Teil der Arbeit konzentriert sich einerseits auf die theoretischen Grundlagen und andererseits auf die praktischen Projekterfahrungen. Es wurde eine umfangreiche Literaturrecherche durchgeführt und die Ergebnisse und Konzepte der Fehlerforschung wurden erhoben. Auf Basis dieser theoretischen Grundlagenarbeit wurden die einzelnen Einflussfaktoren identifiziert und schwerpunktmäßig bearbeitet.

Nach näherer Betrachtung ergibt sich dringender Aufholbedarf bei den Punkten:

- Fehlerkultur
- Fehlermanagement und Fehleranalyse
- Fehlermeldesystem

Die nachfolgenden Kapitel dieser Arbeit beschäftigen sich mit den Einflussfaktoren der Sicherheitsarbeit im Krankenhaus allgemein. Die Zusammenhänge zwischen Theorie und Praxis werden anhand des Projektes „Vom Risikofaktor Mensch zum Sicherheitsfaktor Mensch“ näher dargestellt.

1.2 Sicherheitsarbeit – Stress als leistungsminimierender und fehlerverursachender Faktor

Ausgangslage

Die Umfrageergebnisse des primär von Prof. Helmreich (2000) entwickelten Fragebogens ORMAQ (Operating Room Management Attitudes Questionär), der für unsere Zwecke ins Deutsche übersetzt, wurden 2003 vor Projektbeginn und 2006 nach Projektende erhoben und die Daten gegenübergestellt.

Die Fragen bezogen sich auf sechs Themenbereiche.

- Teamklima
- Sicherheitskultur
- Arbeitszufriedenheit
- Stressanerkennung
- Organisation

- **Arbeitsbedingungen**

Das Ausmaß eingeschätzter Verbesserungen durch die Projektmaßnahmen wurde zusätzlich nach Projektende abgefragt.

Zusätzlich wurden sie mit den vorhandenen Daten aus dem angloamerikanischen Raum verglichen.

Die Vergleichsgruppe

Die befragten Teilnehmer waren unterschiedliche Berufsgruppen in verschiedenen Spitälern in den USA, England und Neuseeland. Die Auswertung erfolgt auf Basis der Daten von rund 16.000 Befragten.

Ergebnisse im Überblick

In 5 von 6 Fragenkomplexen, die die Einstellung und Bewertung der Mitarbeiter zu wesentlichen Bedingungsfaktoren für die Arbeitsleistung und somit auch für die Patientensicherheit näher befragt haben, können über den Projektzeitraum Verbesserungen gemessen werden. Einzig der Bereich der Arbeitszufriedenheit blieb annähernd gleich, jedoch auf einem international vergleichsweise sehr hohem Niveau. Die größte Steigerung erfolgte im Bereich der Organisation, wo eine Vielzahl von Projektinitiativen offenbar erste Erfolge zeigt. Die nur minimale Verbesserung bei der Sicherheitskultur ist dadurch zu erklären, dass bei der ersten Umfrage zwar die Bedeutung um das Wissen hoch eingeschätzt wurde, jedoch das eigentliche Wissen dazu sich erst im Laufe des Projektes einstellte. Im Bereich der Stressanerkennung lässt sich im internationalen Vergleich deutlicher Aufholbedarf erkennen.

Inhalt

Vielfach werden Fehler durch die Limits menschlicher Leistungsfähigkeiten begünstigt. Jeder Mensch hat persönliche physische und psychische Leistungsfähigkeiten hinsichtlich Wahrnehmungsschwächen, Ermüdbarkeit und begrenzte Merkfähigkeit. Studien haben ergeben, dass medizinisches Personal gerne den Effekt von Erschöpfung und Stress herunterspielt. Das Erkennen und Wahrnehmen von Stressoren und deren Auswirkungen würde mithelfen, Fehler zu reduzieren.

Aufbauend auf der Untersuchung von Sexton et al. (2000). Die Einstellungen und Selbstreflexion von Piloten und medizinischem Personal hinterfragt haben, konnten wir aus unseren Befragungen die Einschätzung der Auswirkung von Stress auf das persönliche Leistungsverhalten auswerten.

Die Ergebnisse ließen generell darauf schließen, dass Stress sich nach der Meinung des ärztlichen und nichtärztlichen Personals an der Gynäkologischen und Geburtshilflichen Abteilung des Wilhelminenspitals auf das Leistungsverhalten weniger auf die Fehleranfälligkeit auswirkt als die anderen Bedingungsfaktoren.

Methode

Um die Themenbereiche Stressanerkennung und Stressabwehr näher zu untersuchen habe ich mich für das qualitative Interview als Erhebungsverfahren und als Teilbereich der qualitativen Sozialforschung, entschieden.

Die vorliegende Untersuchung wurde im Sommer 2008 durchgeführt. Es wurden insgesamt 10 Interviews geführt, welche in anonymisierter Form im Anhang dieser Arbeit nachzulesen sind.

- 4 mit Ärzten unterschiedlichen Ausbildungsgrads und Hierarchiezugehörigkeit
- 4 mit Pflegemitarbeitern mit unterschiedlichen Aufgabengebieten und Hierarchiezugehörigkeit
- 2 mit Piloten zum Vergleich

Die Interviewpartner müssen ihre Sichtweisen zum gestellten Thema anführen und sich dadurch mit ihrer eigenen beruflichen Situation und ihren eigenen Einstellungen reflektiert auseinandersetzen.

Ziel der Analyse war es, bestimmte Aspekte, unter vorher festgelegten Ordnungskriterien, aus dem Material herauszufiltern und nach bestimmten Kriterien einzuschätzen. Die relevanten Themenbereiche wurden beschrieben und mit Zitaten aus den Interviews illustriert.

Es konnten in den Interviews 4 Phänomene identifiziert werden.

1. Kultur
2. Rollenbilder
3. Perfektion
4. System

Die Unterschiede der Aussagen zwischen dem medizinischen Personal und dem der Luftfahrt wurden inhaltlich und phänomenologisch verglichen.

Ziel war es die kulturellen Unterschiede und differenten Wertesysteme beider Hochrisikobereiche herauszufiltern, die Zusammenhänge zwischen Stress und Leistung darzustellen und anschließend Vergleiche zum angloamerikanischen Raum anzustellen.

Die Arbeit im Überblick:

1. Warum wird Sicherheitsarbeit im Krankenhaus immer wichtiger?

Zu Beginn beschäftigt sich die Arbeit mit dem heutigen gesellschaftlichen Anspruch auf Sicherheit im Gesundheitswesen. Hier geht es um die etablierten Patientenrechte und um die Wahrnehmung des Patienten als Kunden im Gesundheitswesen. Weiters spielt das seit 1.1.2006 eingeführte Verbandverantwortlichkeitsgesetz eine Rolle, das die Unternehmen motivieren soll, Riskmanagementmaßnahmen zu setzen. Kurz wird auf internationale Untersuchungen zum Thema Patientensicherheit eingegangen und es folgt ein Beispiel aus dem klinischen Alltag.

Ziel ist es, ein klares Verständnis zur Ausgangslage des Themas zu vermitteln.

2. Grundlagen und Konzepte

Danach werden die grundsätzlichen Aussagen der Fehlerforschung und ihre Konzepte näher betrachtet. Weiters geht es um Fehlerbegriffe, Fehlerarten und Fehlertypologien sowie um Begriffsdefinitionen, die im Zusammenhang mit Patientensicherheit wichtig erscheinen.

Ziel dieses Abschnitts ist es, ein klares Verständnis zu bekommen, was als Fehler zu betrachten ist und das Kennen lernen verschiedener Ansätze und ihre Auswirkungen auf die Gesamtorganisation.

3. Einflussfaktoren der Sicherheitsarbeit im Krankenhaus

Im weiteren Verlauf stehen die Einflussfaktoren, die für die Sicherheitsarbeit im Krankenhaus relevant sind, im Mittelpunkt. Neben den menschlichen Faktoren und den menschlichen Leistungsgrenzen spielen Teamarbeit und Kommunikation eine wichtige Rolle.

Ziel ist es, die positiven Einflussfaktoren gegenüber den negativen herauszuarbeiten und die Sensibilität gegenüber den Erfolgsfaktoren zum professionellen Umgang mit Fehlern zu erhöhen.

4. Praktischer Erfahrungsbericht im Zusammenhang mit dem Thema

Anschließend wird vom Projekt „Vom Risikofaktor Mensch zum Sicherheitsfaktor Mensch“ berichtet. Es handelt sich dabei um ein Projekt, das in Begleitung von Experten

unter Berücksichtigung des umfangreichen Wissens der Luftfahrt Sicherheitsarbeit an einer Abteilung implementierte.

Ziel dieses Kapitels ist es, Parallelen der beiden Branchen in Bezug auf die Sicherheitsarbeit aufzuzeigen und von einer Möglichkeit zur erfolgreichen Umsetzung im Gesundheitswesen zu berichten.

5. Mitarbeiterbefragung zum Projekt

Die zwei Befragungen haben Einstellungen und Bewertungen der Mitarbeiter zu wesentlichen Bedingungsfaktoren für die Arbeitsleistung und damit auch zur Patientensicherheit in Erfahrung gebracht. Damit war es möglich einen Vergleich mit den Ergebnissen vor dem Projekt einerseits und eine Gegenüberstellung mit den Daten aus dem angloamerikanischen Bereich andererseits anzustellen.

Ziel ist es, die Ausgangslage darzustellen, die auf den Forschungsteil überleitet.

6. Stress, warum und wann entsteht er?

In diesem Kapitel wird über Stress allgemein berichtet. In der Folge beschäftigt es sich auch speziell mit dem Stress im Krankenhaus. Stresssituationen sind im Krankenhausalltag nicht wegzudenken, daher ist es wichtig zu wissen, was Stress auslöst, wie wir auf Stress reagieren und was wir gegen Stress tun können.

Ziel dieses Abschnittes ist es darauf hinzuweisen, dass eine Stressreaktion Menschen in einen körperlichen, geistigen und emotionalen Zustand versetzt, der rasches und zielgerichtetes Handeln ermöglicht. Andererseits muss man aber bedenken, dass es bei Menschen, die von einer Situation überfordert werden, zu einer Einengung des Denkens und Verhaltens und somit zu einer Fokussierung auf das aktuelle Problem kommt. Die Möglichkeit der Informationsverarbeitung, die entscheidend für die Entscheidungsgrundlage ist, wird deutlich reduziert.

7. Warum nehmen wir Stress nicht als menschliche Leistungsgrenze wahr?

Vielfach werden Fehler durch die Limits menschlicher Leistungsfähigkeiten begünstigt. Jeder Mensch hat persönliche physische und psychische Leistungsgrenzen hinsichtlich Wahrnehmungsschwächen, Ermüdbarkeit und begrenzte Merkfähigkeit. Die Anforderungen im Berufsalltag übersteigen oft die Grenzen und machen Fehler unvermeidbar.

Wir wissen aus den Befragungen, dass an unserer Abteilung Stress nicht als leistungsmindernder Faktor wahrgenommen wird.

Diese Kapitel hat es zur Aufgabe mittel qualitativer Interviews herauszuarbeiten welche Phänomene dafür verantwortlich sind, dass wir dieser Tatsache gegenüber uneinsichtig sind. Außerdem wird auf diverse Copingstrategien als Reaktion eingegangen. Der Schwerpunkt wird auf die kognitive Dissonanz gelegt.

8. Was unterscheidet uns von anderen Hochrisikobereichen bzw. von anderen Ländern?

In weiterer Folge werden die kritischen, kulturimmanenten Tatsachen und Einstellungen des medizinischen Personals mit denen der Luftfahrt verglichen. Anschließend werden in einem Statusbericht Parallelen zum medizinischen Bereich im angloamerikanischen Raum gesucht.

Ziel dieses Kapitel ist es darzustellen, dass Veränderungen in Bezug auf die Fehlerkultur sowohl in der nationalen Kultur, Organisationskultur als auch in der Professionskultur ansetzen müssen.

2 Anforderungen und Fakten der Sicherheitskultur

In jeder Kultur wird Sicherheit als universeller Wert geschätzt und es werden ständig Anstrengungen unternommen, sie zu erhöhen. Flammer et al (2006) definieren Sicherheit nicht durch sichere oder unsichere Praktiken, sondern verstehen sie als ein Kontinuum zwischen zwei Polen - hohe versus geringe Unfallwahrscheinlichkeit. Sicherheit ist nicht die Abwesenheit von Fehlern, sondern es ist vielmehr die Fähigkeit sich auf Risiken und Gefahren einzustellen und damit Schäden zu verhindern (Haenggi & Heinzl, 2005).

Fragestellungen:

- Warum haben Organisationen eine Verantwortung der Gesellschaft gegenüber?
- Hat der Patient ein Recht auf Sicherheit?
- Was für ein Ziel verfolgt das Unternehmensstrafrecht im Gesundheitswesen?
- Welche Untersuchungen beschreiben die Ausgangslage?

2.1 Gesellschaftlicher Anspruch auf Sicherheit in der Gesundheitsversorgung

Organisationen in Hoch-Risiko-Bereichen, wie die Nuklearindustrie, die Luftfahrt, aber auch das Gesundheitswesen, haben eine Verantwortung gegenüber der Gesellschaft eine Sicherheitskultur zu entwickeln und aufrechtzuerhalten. Das Krankenhaus als Hochrisikobereich hat die zu erwartenden Risiken zu vermeiden und zu verringern (Hauke, 2005). Die Aufgabe besteht darin, sicherzustellen, dass Individuen und Teams innerhalb der Organisation ihre Verantwortung für Sicherheit und Fehlermanagement akzeptieren und wahrnehmen.

Bogner (1994) stellt fest, dass fast jeder im Laufe seines Lebens mindestens einmal Gesundheitsleistungen in Anspruch nimmt und sich erwartet, dass Behandlungen möglichst komplikationslos verlaufen. Diese Erwartungen beinhalten ebenfalls, dass das Bestmögliche von den systemischen Voraussetzungen und den Mitarbeitern der Gesundheitsberufe im Sinne der Aufgabenerfüllung und unter Berücksichtigung der bestehenden Patienteninteressen und Patientenrechte geschieht (Thomeczek et al., 2005). Die Patienten fühlen sich aufgrund der Beitragszahlung zur Sozialversicherung als Mitfinanziers des Krankenhauses und stellen dementsprechende Ansprüche an den Standard der räumlichen Unterbringung, der Pflege und der ärztlichen Betreuung. Hauke (2005) meinte, dass Patientensicherheit ein Anliegen der Gesundheitsberufe sein muss, auch wenn es kein ausdrücklich formuliertes Anliegen der Bevölkerung ist.

Aus diesem Grund müssen Initiativen aber auch systemische Ansätze ergriffen werden, um die Sicherheit des Handelns und damit die Sicherheit für den anvertrauten Patienten zu erhöhen. Kohn et al (2000) verstanden unter Patientensicherheit die Freiheit von zufälligen Beeinträchtigungen.

Trotz größter Bemühungen passieren im Krankenhaus unerwünschte Ereignisse. Fehlerhäufigkeitsstudien belegen, welcher enormer zusätzlicher personeller Aufwand und ökonomischer Schaden durch derartige Ereignisse für die Gesundheitseinrichtungen entstehen (Woschitz-Merkac, 2006).

2.1.1 Die Patientenrechte im Gesundheitswesen und Patientensicherheit

Der Patient oder Kunde des Gesundheitssystems wird derzeit nur selten mit seinen Rechten wahrgenommen. Das Auftreten der Patienten wird allerdings selbstbewusster und fordernder und darauf müssen sich die Mitarbeiter, aber auch die Organisation einstellen. Denn die Patientenrechte stehen oft strukturellen Bedingungen gegenüber, wodurch diesen nicht entsprochen werden kann.

Luf (1998) meint, „Die Patienten erwarten gegenüber dem Krankenhaus die vollständige und rasche Heilung ihrer Krankheit und die Linderung ihrer Leiden. Der Patient hat ein Recht auf Zuteilung von Gesundheitsgütern und hat demnach Ansprüche“ (S 61).

Die Patienten sind laut Krepler et al (2002) als Vertragspartner im Krankenhaus zu sehen und die Patientenrechte haben aus dieser Einstellung ihren Ursprung.

Im Jahre 1999 beschlossen gemäß Artikel 15 a Bundesverfassungsgesetz der Bund und die Bundesländer eine Vereinbarung zur Sicherstellung der Patientenrechte. In der Folge werden einige Patientenrechte aufgezählt:

- Recht auf rücksichtsvolle Behandlung
- Recht auf ausreichende Wahrung der Privatsphäre
- Recht auf Vertraulichkeit
- Recht auf Vertretung von Patienteninteressen
- Recht auf Aufklärung und umfassende Information über Behandlungsmöglichkeiten und Risiken
- Recht auf Zustimmung oder Verweigerung der Behandlung
- Recht auf bestmögliche medizinische Versorgung unter Wahrung eines hohen, wissenschaftlich fundierten Qualitätsstandard
- Recht auf gleichen Zugang zu den Leistungen des Gesundheitssystems, eine Diskriminierung etwa aus sozioökonomischen Gründen muss vermieden werden

Die Aufgabe der Patientenanwaltschaft ist die Wahrung und Durchsetzung der Patientenrechte, wobei die informelle und unparteiische Streitschlichtung im Vordergrund steht. Kommunikationsdefizite und Aufklärungsmängel werden oft als Beschwerde beim Patientenanwalt eingebracht (Dohr, 2005).

Durch die Einführung des Qualitätsmanagements in den letzten Jahren hat sich die Sichtweise den Patienten als Kunden zu sehen durchgesetzt (Holzer, 2007).

Trotzdem wird die Anzahl der gerichtlichen Klärungen in unseren Breitengraden immer mehr und die Höhe der eingeklagten Summen steigt gleichzeitig.

Bachner (1999) ist der Meinung „Der Patient stellt den Mittelpunkt des Krankenhausablaufes dar, nach dem sich die einzelnen Institute, Bereiche und Abteilungen richten müssen“ (S. 34).

2.1.2 Das Unternehmensstrafrecht im Gesundheitswesen

Mit der Einführung des Verbandverantwortlichkeitsgesetz am 1.1.2006 in Österreich, will der Gesetzgeber die Unternehmen motivieren, wirksame Riskmanagementmaßnahmen zu setzen. Wie Kunz und Gepar (2006) meinten, sind damit im Gesundheitswesen insbesondere Rechts-träger von Krankenanstalten und Pflegeeinrichtungen gemeint. Die Verbandsverantwortlichkeit in Krankenanstalten kommt dann zu tragen, wenn durch die Straftat Pflichten, die den Verband treffen, verletzt worden sind.

- Behandlungs- und Obsorgepflichtverletzungen gegenüber Patienten
- Schutzpflichtverletzungen gegenüber dritten Personen, wie Besucher des Krankenhauses
- Schutz- und Fürsorgepflichtverletzungen als Dienstgeber gegenüber den Mitarbeitern

Wenn durch verletzen einer oben genannten Pflicht, ein rechtswidriges Verhalten von Mitarbeitern ermöglicht oder erleichtert wird, spricht man von Verbandsverantwortlichkeit.

Mazal (2006) stellt diesbezüglich fest:

Damit könnte endlich dem eigentlichen Ziel des Haftungsrechts gerecht werden. Es geht ja nicht darum, Menschen zu kriminalisieren, sondern zu animieren, alles in ihrer Macht stehende zu tun, den Eintritt von Schäden zu vermeiden. Entscheidungsträger bis in die höchsten Spitzen des Spitals und des Trägers sollen durch das neue Gesetz dazu motiviert werden, sich den Herausforderungen des arbeitsteiligen Prozesses zu stellen und auch im Krankenanstaltenbereich mit Instrumenten wie sie in anderen Branchen effektiv sind darauf zu achten, dass der Eintritt von Schäden vermieden wird. Dabei geht es

freilich nicht bloß darum, ein Qualitätssicherungssystem „zu haben“, sondern darum, auf seine Effektivität zu achten und sie zu forcieren. (S.11)

Im Falle einer Verurteilung des Verbandes ist eine Geldbuße zu verhängen. Ein Regress des Verbandes gegenüber Mitarbeitern ist ausdrücklich ausgeschlossen.

Kunz und Gebart (2006) empfehlen

- Organisatorische Riskmanagementmaßnahmen zu setzen, durch die potenzielle Risiken, wie Sicherstellung und Training der Kommunikation im Team und regelmäßiges Training der Ablauforganisation in Akutfällen, minimiert werden sollen und damit zur Vermeidung von Patientenschädigungen beitragen
- Regelmäßige juristische Überprüfung der Maßnahmen auf Übereinstimmung mit den rechtlichen Rahmenbedingungen durchzuführen
- Die Dokumentation der gesetzten Maßnahmen in so genannten „Manuals“ festzuhalten, damit sie vor Gericht nachgewiesen werden können.

Neben den Patienten und deren Angehörige müssen auch die im Gesundheitswesen Tätigen vor den Auswirkungen persönlicher Fehler oder Fehler, die durch organisatorische Mängel ausgelöst werden, geschützt werden (Wu, 2000).

Mazal (2006) fügt hinzu, dass das Einführen solcher Systeme letztendlich auch zu einer Kostenreduktion führt, weil die Ergebnisqualität unmittelbar mit der Ablaufqualität zusammen hängt und der Nutzen für die Patienten und die Arbeitsqualität der Mitarbeiter im Vordergrund steht.

2.2 Untersuchungen

Seit Beginn der 90er Jahre beschäftigen sich zunehmend mehr wissenschaftliche Studien mit den enormen medizinischen und finanziellen Auswirkungen vermeidbarer medizinischer Fehler.

Als die Veröffentlichung des Berichtes “To Err Is Human“ durch das Institut of Medicine (IOM) der US-amerikanischen Nacional Academy of Sience im Jahr 1999 erschien konnte man bereits auf der ersten Seite lesen:

Health care in the United States is not as safe as it should be – and can be!

(Institut Of Medicine, 1999, S 1)

Die daraus abgeleitete Schätzung zeigte, dass in den USA in den 80er Jahren zwischen 50.000 und 100.000 hospitalisierter Patienten pro Jahr infolge fehlerbedingter Ereignisse starben, hat Patientensicherheit zunehmend an Bedeutung gewonnen (Thomeczek & Ollenscläger, 2006).

Beyond their cost in human lives, preventable medical errors exact other significant tolls. They have been estimated to result in total costs (including the expense of additional care necessitated by the errors, lost income and household productivity, and disability) of between \$17 billion and \$29 billion per year in hospitals nationwide.

(Institut Of Medicine, 1999, S 1)

Die massive Kritik an diesen vereinfachenden Interpretationen führte zu zahlreichen weiteren Studien. In der Publikation „Five Years After To Err Is Human“ wurden die zwischenzeitlich gemachten Erläuterungen neuerlich zusammengefasst (Leape & Berwick, 2005). Das Ergebnis ist, dass das Problem noch größer ist als 1999 angenommen. Es konnte gezeigt werden, dass im Schnitt etwa 3 von 1000 aufgenommenen Patienten in Akutspitälern schwere bis schwerste Schäden infolge „vermeidbarer Fehler“ erleiden und Studien aus den USA zeigen, dass ärztliche Kunstfehler als die fünfthäufigste Todesursache in den Vereinigten Staaten gelten (Haenggi & Heinzl, 2005).

Pateisky (2004) berichtet, dass die

- Fehlerrate schon bei einfachen Tätigkeiten, wie dem Ablesen von Instrumenten 0,3%
- Fehlerrate bei komplexen Vorgängen beträgt bis zu 10%
- Fehlerrate bei Aktivitäten mit hohem Stresslevel und bei gefahrgeneigten Tätigkeiten die Fehlerwahrscheinlichkeit sogar bis zu 25% beträgt.

Daraus lässt sich ableiten, dass es unvermeidlich ist, dass sich Fehler bzw. Zwischenfälle in einem komplexen System wie dem Gesundheitswesen ereignen.

Lucian L. Leape und Donald M. Berwick meinen in ihrem Buch „Five Years After To Err Is Human“:

While To Err Is Human has not yet succeeded in creating comprehensive, nationwide improvements, it has made a profound impact on attitudes and organizations. First, it has changed the way health care professionals think and talk about medical errors and injury, with few left doubting that preventable medical injuries are a serious problem.

(Journal of American Medical Association , 2005, S 1)

Das Robert Koch Institut (Hansis et al., 2001) kam unter der vereinfachenden Annahme einer Vergleichbarkeit des deutschen und US-amerikanischen Gesundheitssystems zu dem Ergebnis, dass bei ungefähr 16,5 Mio Krankenhausbehandlungen im Jahr 2001 zwischen 31.600 und 83.000 Todesfälle den unerwünschten Folgen medizinischer Interventionen in deutschen Krankenhäusern zuzuschreiben wären.

Tabelle 1: Todesfälle in deutschen Krankenhäusern 2001

an unerwünschten Folgen med. Interventionen	31.600 - 83.000
am Colonicarcinom	20.200
am Mammacarcinom	18.000
an Pneumonie	17.800
im Rahmen von Verkehrsunfällen	7.700

Tabelle nach Flammer et al (2006)

Erschwerend kommt hinzu, dass laut Kehrer (2002) Untersuchungen gezeigt haben, dass sich spitalsintern etwa 50 mal mehr Zwischenfälle ereignen, als bekannt werden.

2.3 Fallbeispiel - Klinischer Alltag

Im klinischen Alltag ereignen sich häufig Vorfälle, die erwähnenswert wären. Ein Fallbeispiel wird in der Folge herausgegriffen:

Unerwünschte Medikamentenverwechslung

Patientin H. und Patientin F. suchen vereinbarungsgemäß als ambulante Patienten eine Bettenstation zur Port-a-Cath-Spülung auf. Die Spüllösungen werden vom Turnusarzt appliziert und die Patientinnen verlassen in unauffälligem Allgemeinzustand die Station.

Um ca. 14:00 Uhr wird Pat. H. und kurz darauf Pat. F. in der Erstversorgung des Spitals vorgestellt. Beide zeigen eine ähnliche Symptomatik, in beiden Fällen kann eine ausgeprägte Hypoglykämie (Unterzuckerung) festgestellt werden. Aufgrund der Analogie muss davon ausgegangen werden, dass die Hypoglykämie in Zusammenhang mit der Spülung des Port-a-Cath zu sehen ist. Beide erholen sich nach stationärer Aufnahme und entsprechender Therapie entsprechend rasch. Pat. F. verlässt bereits einen Tag später das Krankenhaus. Pat. H. verlässt am Tag darauf das Spital. Beide in gutem Allgemeinzustand.

Eine Medikamentenverwechslung (Heparin und Insulin) war zu dieser Zeit nicht ausgeschlossen. Die Umstände, die dazu geführt haben könnten, wurden genau geprüft. Es handelte sich um eine Verkettung verschiedenster Faktoren, die ein solches Ereignis ausgelöst haben.

Die genaue Analyse dieses Ereignisses folgt unter Kapitel 6.6 und ist ein Beispiel für eine Fehleranalyse nach modernen Methoden.

3 Grundlagen und Konzepte

Fragestellungen:

- Was lehrt uns die Fehlerforschung und welche Fehler gibt es?
- Mit welchen Aspekten der medizinischen Tätigkeiten hängen Fehler zusammen?
- Welche fehlerunterstützenden Systemfaktoren kennen wir und welche Sicherheitsbarrieren können dagegen eingesetzt werden?

3.1 Fehlerforschung

Hartnäckig hält sich in Krankenhausorganisationen die Annahme, dass Menschen, die gut ausgebildet sind und sich genügend anstrengen keine Fehler machen. Die Fehlerforschung zeigt ganz deutlich, dass diese Einstellung ein Irrtum ist.

Kernaussagen der Fehlerforschung:

- Jeder macht Fehler
- Niemand macht absichtlich Fehler
- Fast jeder Fehler hat eine systemische Komponente

Fehler treten gerade dort auf, wo in umfassenderen Handlungszusammenhängen hoch geübte Handlungsrountinen zur Ausführung gelangen. Allgemein wird festgestellt, dass je mehr Menschen miteinander agieren, selbst auf höchstem Sicherheitslevel, umso höher die Wahrscheinlichkeit wird, dass ein Zwischenfall geschieht. Ebenfalls gilt, dass je mehr Arbeitsschritte ein medizinischer Behandlungsvorgang umfasst, umso wahrscheinlicher das Eintreten eines Behandlungsfehlers wird. Viele kleine, jeder für sich unbedeutende Fehler, summieren sich im Einzelfall unter besonders unglücklichen Umständen zur Katastrophe.

Studien belegen (Thomeczek & Ollenschläger, 2006), dass in mehr als der Hälfte aller Zwischenfälle primär Systemfehler ursächlich für die Probleme verantwortlich sind. Diese Ergebnisse legen den Schluss nahe, dass Bemühungen zur Fehlervermeidung dann besonders erfolgreich sein können, wenn Veränderungen auf der Systemebene vorgenommen werden. Korrekturen in der Ablauforganisation und Optimierungen der Prozesse, die seitens der Führungsebene eingeleitet werden müssen, sollten mehr ins Zentrum unseres Interesses rücken. Individuelle Versäumnisse sind dagegen von nachrangiger Bedeutung.

Reason (1990, 1995) prägte dem Begriff des „Human Factors.“ Er unterscheidet zwei Annäherungsmethoden an das Problem der menschlichen Fehlbarkeit.

3.1.1 Personenzentrierter Ansatz

Unter dem Begriff personenzentriertem Ansatz ist zu verstehen, dass aus individuellen Faktoren, wie Vergesslichkeit, Unwissen oder auch Intention Fehler begangen werden. Hier wird auf den Menschen als Auslöser eines Fehlers fokussiert und die Verantwortung für das Ereignis, das stattgefunden hat, trägt die auslösende Person alleine. Reason bezeichnet den Menschen in diesem Zusammenhang als „people at the sharp end.“ Wenn daraufhin die Institution versucht, mittels disziplinarer Maßnahmen Ereignisse dieser Art zu verhindern, führt die Sündenbockmentalität zum Vertuschen, was sich vertuschen lässt. Weiters ist diese Vorgangsweise neben der Angst auslösenden Komponente auch hinderlich für eine objektive Analyse des Ereignisses. Die Fehler bleiben unerkannt und verursachen weiterhin vermeidbare Schäden. Dieser personenzentrierte Ansatz ist auch heute noch in der Medizin weit verbreitet (Thomeczek & Ollenschläger, 2006).

3.1.2 Systemorientierter Ansatz

Der systemorientierte Ansatz orientiert sich an der Erkenntnis, dass hinter jedem Ereignis eine Folge von Faktoren steht. In diesem Zusammenhang ist Reason's „Swiss cheese model“ von latenten Systemfehlern berühmt geworden.

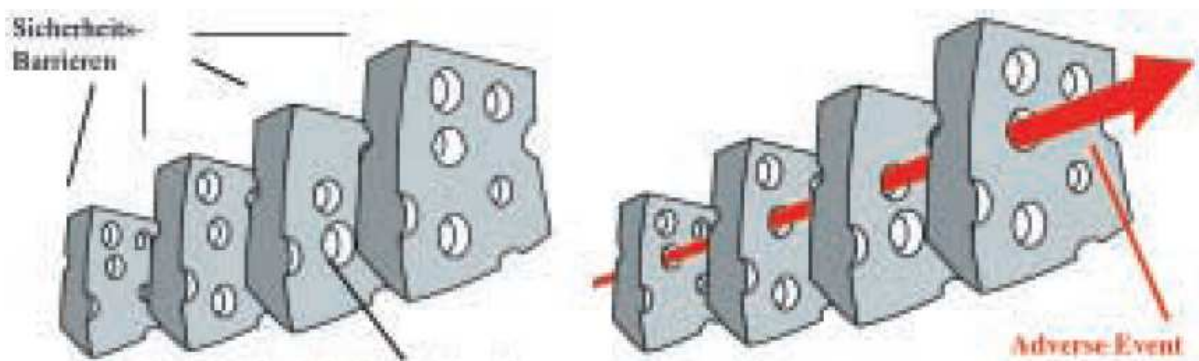


Abbildung 1: «Swiss Cheese Modell»

Abbildung nach Reason (1990)

Jede Käsescheibe stellt einen Abwehrmechanismus dar, der einmal der Organisation, einmal dem Management, einmal dem Team zuzuordnen ist. Ein Beispiels wären die Bedingungen unter denen Menschen arbeiten. Die Barrieren sind aber nie perfekt. Ihre Mängel werden im Modell durch die Löcher in den Käsestücken dargestellt, die als so genannte „latente Fehler“ bezeichnet werden. Diese Mängel sind jedoch nicht immer ohne weiteres erkennbar, da durch mehrere Barrieren hintereinander Redundanzen entstehen. Selten aber doch werden durch eine unglückliche Verkettung von verschiedenen zusammenfallenden unerwünschten Ereignissen

nissen alle Redundanzen ausgeschaltet. In der Regel trifft das Letzte in der Ereigniskette nicht mehr Schuld als das Erste.

Die Analyse eines Fehlers enthält die Sichtweise, dass menschliches Versagen immer im Zusammenhang mit den bestehenden Systemfaktoren zu sehen ist.

In "To Err Is Human" wird die folgende Schlussfolgerung gezogen:

...mistakes can best be prevented by designing the health system at all levels to make it safer--to make it harder for people to do something wrong and easier for them to do it right. Of course, this does not mean that individuals can be careless. People still must be vigilant and held responsible for their actions. But when an error occurs, blaming an individual does little to make the system safer and prevent someone else from committing the same error.

(Institut Of Medicine, 1999, S 2)

Im Zusammenhang mit dem systemorientierten Ansatz wurde ein Ausspruch besonders berühmt:

*„We cannot change the human condition,
but we can change the conditions under which humans work“*

(Reason, 2000, S. 769)

3.2 Definitionen im Zusammenhang mit Fehlern

Die Fehlerbegriffe werden in der Literatur sehr unterschiedlich definiert (Roth, 2006; Holzer et al., 2005).

Rall et al (2001) verstehen unter einem Fehler eine nicht beabsichtigte Reaktion auf eine gesetzte Maßnahme.

Exemplarisch sind in der Folge die wichtigsten Begriffe zu dieser Thematik dargestellt und erklärt. Da der Großteil der einschlägigen Literatur englische Termini verwendet, sind diese jeweils beigefügt. Es erscheint sinnvoll, mit diesen Begriffen vertraut zu sein.

Die im Folgenden angeführten Definitionen gelten nicht allgemein, sind jedoch in der medizinischen Fehlerforschung üblich.

Tabelle 2: Definitionen in der medizinischen Fehlerforschung

Aktives Versagen	Darunter versteht man unsichere Handlungen oder Unterlassungen durch Personen, deren Handlungen unerwünschte Folgen haben können. Rasmussen (1982, zitiert in Reason, 1990) teilt die Gründe in drei verschiedenen kognitiven Ebenen ein: <ul style="list-style-type: none">▪ Auf Fähigkeiten basiert▪ Auf Wissen basiert
-------------------------	--

	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Auf Missachtung von Regeln 	
	Unsichere Handlungen: Fehler	Unter Fehlern ist zu verstehen, dass eine geplante Handlung das gewünschte Ziel nicht erreicht. Entweder liegt ein falscher Plan vor oder die Handlung wird anders als geplant durchgeführt.
	Unsichere Handlungen: Zuwiderhandlungen	Die zweite Möglichkeit einer unsicheren Handlung ist das Zuwiderhandeln gegenüber einer Regel oder Verfahrensweisung. Es ist allerdings notwendig zwischen routinemäßigen, situationsbedingt notwendigen und optimierenden Zuwiderhandlungen zu unterscheiden.
Beinahefehler – Nearmiss	Beinahefehler sind Fehler, bei denen das Abweichverhalten rechtzeitig erkannt wird und ein tatsächlicher Fehler dadurch ohne Folgen blieb. Als Beinahefehler gilt jeder Fehler, der unerwünschte Folgen haben könnte und abgesehen vom Ergebnis von einem richtigen unerwünschten Ereignis nicht zu unterscheiden ist.	
Critical Incident Reporting System	Das Incident reporting ist die Meldung von Beinahefehlern oder kritischen Ereignissen um einige zu nennen. Je mehr Zwischenfälle erfasst werden, desto größer ist die Lernchance. Schwachstellen im System werden erkannt und geeignete Maßnahmen ergriffen diese zu eliminieren.	
Fehler - Error	Ein Vorhaben wird nicht richtig geplant durchgeführt oder dem Geschehen liegt ein falscher Plan zugrunde.	
Fehlerkultur – Safety cultur	Die Fehlerkultur beschreibt den Umgang mit Fehlern. Ziel ist es von einer oberflächlichen, reaktiv schuldzuweisenden Kultur „Cultur of Blame“ hin zu einer systemanalytischen, proaktiven und vorurteilsfreien Fehlerkultur, die sich besser als Sicherheitskultur „Safety cultur“ benennen lässt, zu kommen.	
Kritisches Ereignis – Incident	Ein solches Ereignis ist eines, das mit einem Schädigungsgrad einhergeht und eintreten wird, wenn nicht gegengesteuert wird.	
Latenter Fehler	Latente Fehler sind Mängel im System. Sie sind schwierig zu beurteilen, da sie über ein breites zeitliches und räumliches Spektrum verteilt auftreten und bereits lange bestehen können, bevor sie zu einem offensichtlichen, mit der Patientenversorgung in Zusammenhang stehenden Fehler oder unerwünschten Ereignis führen.	
Latentes Versagen	Latentes Versagen entsteht oftmals durch fehlerhafte Entscheidungen, die von Personen getroffen werden, die keinen unmittelbaren Bezug zum jeweiligen Arbeitsbereich haben. Latentes Versagen schafft die Voraussetzungen, unter denen unsichere Handlungen auftreten können.	
Patientensicherheit	Im angloamerikanischen Sprachraum versteht man unter „Patientensicherheit“ das Vermeiden, Verhüten und Verbessern von unerwünschten Ereignissen oder Schäden durch Vorsorgemaßnahmen. Solche Ereignisse sind „Fehler“, „Abweichungen“ und „Unfälle“. Patientensicherheit ist ein wesentlicher Bestandteil der Qualität im Gesundheitswesen.	
Unerwünschte Ereignisse – Adverse Events	Das sind Vorkommnisse, die möglicherweise - aber nicht zwangsläufig - zu einem konsekutiven Schaden für den Patienten führen.	

Tabelle nach Rohe et al., 2005

Laut Woschitz-Merkac (2006) hängen Fehler mit allen Aspekten der medizinischen Tätigkeit zusammen

- mit den Patienten
- mit den Aufgaben
- mit den einzelnen Mitarbeitern oder Teams
- mit dem Arbeitsumfeld
- mit der Organisation und dem Management.

Haenggi und Heinzl (2005) orten die Gründe für die Entstehung von Behandlungsfehler in organisatorischen Defiziten, in Kommunikations- und Dokumentationsdefiziten und in der Behandlung von Patienten in nicht geeigneten Einrichtungen.

Um Fehlern begegnen zu können, setzt es die Kenntnis möglicher Ursachen voraus. In der Literatur (Thomeczek, 2001) wird beschrieben, dass branchenunabhängig die meisten Fehlerursachen in einem hohen Grad von systemischen Rahmenbedingungen abhängen. Fehlerunterstützende Systemfaktoren, die im Krankenhausalltag deutlich werden, kommen in der Folge zur Aufzählung:

- Arbeitsplatz mit hohem Technisierungsgrad
- Teamarbeit mit hohem Spezialisierungsgrad
- Hohe physische und psychische Belastungen
- Häufig wechselnde Arbeitsintensität
- Verarbeitung großer Datenmengen
- Konfrontation mit zwingenden Entscheidungssituationen.

Aus der Human Factors Forschung ist bekannt, dass jeder Fehler auch eine menschliche Komponente hat.

Daher ist es wichtig, sich mit dem menschlichen Verhalten und den menschlichen Leistungsgrenzen zu beschäftigen.

4 Einflussfaktoren der Sicherheitsarbeit

Fragestellungen:

- Human Factors – wie spielen Kennen, Können und Wollen zusammen?
- Was versteht man unter Fehlerkultur?
- Warum ist das Fehlermanagement und die Fehleranalyse für das Gesundheitswesen wichtig?
- Was wissen wir über unsere Fehler?

4.1 Human Factors Forschung

In der öffentlichen Wahrnehmung wird der Faktor Mensch meist mit dem Sicherheitsrisiko in Zusammenhang gebracht. Die Human Factors Forschung hat die Selbstverständlichkeit, dass Fehler in erster Linie von Individuen und ihren Schwächen abhängen, ins Wanken gebracht. Es geht um den Beitrag des Menschen zu Systemerfolg oder Systemscheitern. Für das Selbstverständnis des einzelnen Menschen in einer Organisation ist es von entscheidender Wichtigkeit, ob das eigene Handeln, der eigene Beitrag als Risikovermeidung oder als aktiver Sicherheitsbeitrag gesehen wird (Flammer et al., 2006).

Um das menschliche Fehlverhalten wirklich verstehen zu können und dadurch dementsprechend damit umgehen zu können, ist die intensive Auseinandersetzung mit den Grundzügen menschlichen Denkens und Handelns bei Einzelnen und in Teams unbedingt notwendig.

Im Zusammenhang mit den Human Factors beschäftigt man sich mit dem Wirken des Menschen an seinem Arbeitsplatz und den damit verbundenen sicherheitsrelevanten Aspekten.

- Welche Rolle spielen menschliche Fehlleistungen bei der Entstehung von Unfällen und Zwischenfällen
- Welche psychologischen Mechanismen bestimmen die Leistungsfähigkeit menschlichen Denkens und Handelns
- Wie gelangen Menschen trotz schwieriger Arbeitsbedingungen zu guten Entscheidungen

4.1.1 Menschliche Faktoren und Leistungsgrenzen

Vielfach werden Fehler durch die Limits menschlicher Leistungsfähigkeiten begünstigt. Jeder Mensch hat persönliche physische und psychische Leistungsgrenzen hinsichtlich Wahrnehmungsschwächen, Ermüdbarkeit und begrenzte Merkfähigkeit. Die Anforderungen im Berufsalltag übersteigen oft die Grenzen und machen Fehler unvermeidbar.

Für Sexton et al (2000) sind Stress, Müdigkeit, Zeitdruck, Ärger und Angst vor Versagen erschwerende Faktoren und sind typischerweise ebenfalls für Fehler verantwortlich.

Als Strategien zur Minimierung der Folgen menschlicher Leistungsgrenzen empfiehlt Pa-teisky (2004) den gezielten Einsatz von Checklisten, die Vereinfachung der Prozesse und die Vermeidung von Übermüdung.

Studien haben ergeben, dass Mediziner sich gerne als unantastbar geben, sie stehen über ihren Fehlern. Ebenso spielen sie den Effekt von Erschöpfung und Stress herunter. Das Erkennen und Wahrnehmen von Stressoren und deren Auswirkungen würde mithelfen, Fehler zu redu-zieren.

Einstellung und Selbstreflexion spiegeln sich in einer Befragung von über 30.000 Piloten und 1.033 Ärzten und Krankenschwestern wider (Sexton et al., 2000).

Tabelle 3: Fehlerwahrnehmung und Selbsteinschätzung in der Medizin und Luftfahrt

Frage	Zustimmung Medizinische Berufsgruppen	Zustimmung Piloten
Unerfahrene Teammitglieder sollten nicht die Entschei-dungen der Erfahrenen infrage stellen.	15%	2%
Müdigkeit beeinträchtigt meine Leistungsfähigkeit nicht	60%	26%
Persönliche Probleme spielen im beruflichen Umfeld keine Rolle	67%	53%
Befürwortung flacher Hierar-chien	55 – 94% Chirurgie - Intensivstation	94%
Zusammenarbeit im Team ist sehr gut	50 – 70% Die Zusammenarbeit zwi-schen Arzt und Pflege wird von Pflegepersonen weniger mit „sehr gut“ beurteilt als von Ärzten	85%

Tabelle nach Sexton et al (2000)

In der Auswertung zeigt sich eine massive Selbstüberschätzung beider Berufsgruppen, wobei die der Ärzte deutlich ausgeprägter ist. Das ist ein Beispiel dafür, wie wenig die persönlichen Leistungsgrenzen wahrgenommen und berücksichtigt werden, obwohl beide Berufe im Falle von Konsequenzen mit extrem hohem Risikopotential konfrontiert sind. Arbeiten, wenn man erschöpft ist, wird in der Medizin als professionell angesehen. Interessant war auch die Tatsa-

che, dass in dieser Untersuchung 30% der Ärzte und Schwestern auf Intensivstationen überhaupt verneinten, Fehler zu begehen (Sexton, 2000).

4.1.2 Human Factors: Das Individuum

Handlungsfehler haben viele Formen, sie beruhen aber nur auf wenigen psychischen Prinzipien. Diese sind auf allen Ebenen des Wahrnehmens, Erkennens und Verarbeitens von Informationen zu finden.

Handeln wird immer durch Emotionen, Absichten und Motive bestimmt und ist nie rein rational begründbar (St. Pierre et al., 2005).

Anstelle des rein rationalen Handelns als Antwort auf ein Problem spielen auch Umwelteinflüsse, Wollen und Fühlen eine Rolle.

- Durch Wahrnehmung konstruieren sich Menschen ihre Welt und beeinflussen dadurch den Zustand in dem sich ihre Umwelt befindet.
- Informationen werden durch den Menschen verzerrt und an ihre mentalen Modelle angepasst, anstatt die bisherigen Modelle zu hinterfragen.
- Menschen verfolgen nicht immer nur Sachziele, sondern auch persönliche Ziele.
- Physische Erschöpfung wie Stress und Müdigkeit beeinträchtigen Entscheidungsfindung und sicheres Handeln erheblich.

4.1.3 Human Factors: Team

Wenn Menschen in Teams zusammenarbeiten, wirken nicht nur die individuellen Einflussfaktoren sondern sie haben durch die jeweilige Interaktion eine eigene Dynamik.

In der Teamarbeit werden alle Aufgaben arbeitsteilig unter Nutzung von speziellen Kenntnissen und Erfahrungen erledigt. Das gemeinsame Ziel aller Beteiligten wird ins Zentrum gerückt. Es wird nicht gefragt wer, wann, welchen Beitrag geleistet hat, sondern Teamarbeit ist die Summe hervorragender Einzelleistungen. Für Brändle und Scheidegger (2007) stehen Teamleistungen in komplexen und hochtechnologischen Arbeitswelten wie der Medizin im Vordergrund. Der hohe Spezialisierungsgrad und das Ziel eines optimierten Prozessablaufs ist der Grund dafür, dass es unmöglich ist, eine Leistung alleine zu erbringen. Durch den Zwiespalt, die Kosten zu senken bei gleichzeitig steigenden Leistungsdaten, wird die Teamleistung ausschlaggebend für die Sicherheit im System sein. Das heißt, die Möglichkeit, in einer Aktionskette erfolgreich zu sein, hängt in Krankenhausorganisationen von funktionierender Teamarbeit ab. Sie stellt darüber hinaus ein Sicherheitsnetz dar, um Patienten und das Behandlungsteam vor den Konsequenzen unvermeidlicher menschlicher Fehlleistungen zu schützen.

Wie St. Pierre et al (2005) beschrieben, kann Teamarbeit aber auch Schwächen haben, wenn die Grundregeln für einen erfolgreichen Teamprozess nicht beachtet werden oder wenn das Team im Stress arbeiten muss. Dadurch kann es zu Verhaltensweisen kommen, die eine erfolgreiche Patientenversorgung ernsthaft gefährden können.

Als typische Schwächen der Zusammenarbeit werden mangelhafte oder inadäquate Kommunikation und die fehlende Festlegung von Verantwortlichkeiten beschrieben.

4.2 Kommunikation

Einer der häufigsten Gründe für ein Fehlerereignis ist die mangelhafte oder fehlerhafte Informationsübermittlung. Besonders in Situationen mit hohem Stresspegel, in denen rasches Handeln notwendig ist, beobachtet man im klinischen Alltag, dass es zum Kommunikationsversagen kommt. Die Informationen sind entweder durch ihre Form für den Adressaten nicht annehmbar oder sie sind zu wenig präzise formuliert und lassen Interpretationen zu. Präzise Botschaften ermöglichen konkrete Überlegungen und priorisierte Entscheidungen.

Basis jeglicher Kommunikation und im weiteren Sinne Kooperation ist eine Grundhaltung, die von gegenseitiger Wertschätzung getragen ist. Wertschätzung heißt Zuhören, Hinschauen, Achtung und Einfühlsamkeit üben. Als wertschätzend ist eine Sprache zu verstehen, die frei von Klischees oder Vorurteilen ist. Ebenfalls ist eine Sprache gemeint, die unabhängig vom Geschlecht oder der hierarchischen Einordnung kommuniziert (Kunz, 2006).



Abbildung 2: Kommunikationsmodell

Abbildung nach Kunz (2006)

4.2.1 Effektive und strukturierte Kommunikation

Effektive und strukturierte Kommunikation ist eine Art von verbaler Auseinandersetzung, welche wertschätzend und nach festgelegten Kriterien abläuft.

Erfolgreiche, sichere Kommunikation im Akutfall erfüllt vier Funktionen:

- Strukturierung eines Teams
- Koordination von Arbeitsabläufen
- Informationsaustausch
- Beziehungen schaffen

Längerfristig sollte Kommunikation folgende Ziele erreichen:

- Befriedigende Beziehungen aufbauen und erhalten
- Bedürfnisse befriedigen, ohne anderen Gewalt anzutun
- Schmerzliche Kommunikation verändern und Konflikte nutzen
- Über Feedback gemeinsames Lernen und Weiterentwicklung ermöglichen

4.2.2 Briefing

Das Briefing ist eine der häufigsten Formen der strukturierten Kommunikation. Briefing ermöglicht in kurzer Zeit (brief=kurz) klar und effektiv miteinander zu kommunizieren, und sollte zumindest vor risikogeeigneten Handlungen eingesetzt werden. Beispielweise erscheint das OP-Briefing als sinnvoll.

Nach einem guten Briefing haben die Teammitglieder

- alle relevanten Informationen
- besteht die höchste Erfolgchance einer geplanten Aktion
- sind unangenehme Überraschungen selten
- herrscht für alle ein angenehmes und angstfreies Arbeitsklima.

Die Qualität des Briefings entscheidet darüber, ob Menschen, die als Team zusammenarbeiten, die bestmögliche Leistung erbringen oder ob es zu unnötigen Pannen kommt.

4.2.3 Debriefing

Das Debriefing ist eine konstruktive Diskussion über eine Teamleistung nach einem Einsatz, wenn es notwendig ist. Es sollte so kurz wie möglich nach dem Geschehen stattfinden und es liefert die Chance für individuelles Lernen, Teamlernen und Organisationslernen gleichzeitig. In der Literatur wird es als sehr effektiv beschrieben, um Probleme nachzubearbeiten und daraus Lösungen zu erarbeiten.

4.3 Fehlerkultur

Die Fehlerkultur braucht Auseinandersetzung und Bewusstseinsbildung in der Gesellschaft. Sie ist Qualitätsmerkmal für interprofessionelle, interkulturelle und ethische Gesundheitsversorgung. Sie darf nicht nur ein Thema für die Mitarbeiter an der Basis sein, sondern muss es

auf allen Stufen der gesamten Organisation sein. Dabei schließt es sämtliche Hierarchiestufen ein und muss letztendlich von allen gelebt werden. Die Kultur einer Gruppe spiegelt sich in den gemeinsam anerkannten Werten, Normen und Verhaltensmustern wider. Der Führung kommt dabei eine besondere Vorbildwirkung zu.

Der Wechsel von einer „Culture of Blame“ zu einer „Culture of Safety“ ist in diesem Zusammenhang wichtiger als exakte Zahlen (Haenggi & Heinzl, 2005).

Um eine neue Fehlerkultur etablieren zu können, muss geklärt werden, wie die bestehende Kultur der Fehlerthematik gegenübersteht.

Dinges (2005) beschreibt insgesamt drei Kulturdimensionen.

- Nationale Kultur – macht den Umgang mit Fehlern in der Gesellschaft deutlich
- Organisationskultur – beschreibt die aktuelle Fehlerkultur in Organisationen
- Professionskultur – trifft eine Aussage im Umgang mit der Fehlerthematik innerhalb einer Profession.

Die Einflüsse dieser Kulturdimensionen auf das Verhalten von Menschen waren auch im medizinischen Bereich Gegenstand von intensiven Forschungen. Das Verhalten des medizinischen Personals und die Patientensicherheit werden von der aktuellen Kultur unmittelbar beeinflusst, denn die vorherrschende Fehlerkultur entscheidet darüber, ob aus Vorfällen gelernt werden kann oder nicht. Ein nicht zu unterschätzendes Hindernis ist die Angst der im Gesundheitswesen Tätigen, Fehler zuzugeben, weil die Bestrafung auf dem Fuße folgen könnte (Hauke, 2005). Oder, wie Haenggi und Heinzl (2005) meinen, ein Geständnis der Mitarbeiter der Gesundheitsberufe, dem Patienten Schaden ohne böse Absicht zugefügt zu haben, ein Eingeständnis eigener Inkompetenz ist. Daraus resultiert das immer wieder beobachtete Phänomen, Fehler nicht offenkundig werden zu lassen, sie nicht einzugestehen, sondern zu vertuschen, um der eigenen Sicherheit, straflos auszugehen, Genüge zu tun. Daraus ergibt sich die Notwendigkeit, dass angstfreie Transparenz geschaffen wird, um Lernprozesse in Gang zu setzen. Sonst wird das Lernen aus Fehlern unterbunden und somit fehlt die menschliche und systemische Weiterentwicklung (Hauke, 2005).

Traditioneller und moderner Zugang zu Fehlern:

Tabelle 4: Zugang zu Fehlern

	Traditionell	Modern
Motto:	“Bad things happen to bad people”	“Errors are to be expected even in the best organisation”
Bezug:	Personen bezogen	System bezogen
Erklärung:	Persönliche Schwächen z.B.: Unfähigkeit	Systemschwächen z.B: Organisationsverschulden

Schlüsselfrage:	„Wer ist schuld?“	„Wie konnte es dazu kommen?“
Sichtweise:	Ex post	Ex ante
Strategie:	Name, shame, blame	Aufbau von Abwehrstrategien
Taktik:	Zudecken, Angst vor Strafe	Aufdecken, Meldewesen, Analyse
Vorgehen:	Reaktiv	Proaktiv
Emotional:	Befriedigend: „Schuldiger wird bestraft“	„Fehler können jedem passieren“

Tabelle nach Flammer et al, (2006)

Hochreutener (2005) schätzte den erforderlichen Kulturwandel für Menschen, die jahrelang in einer Kultur sozialisiert wurden, in welcher Fehler und Lösungen personalisiert bzw. verleugnet wurden, als schwer ein. Entscheidend für den Kulturwandel ist eine Sichtweise weg von der oberflächlichen, reaktiven Kultur der Schuldzuweisung, hin zu einer systemanalytischen, proaktiven Sicherheitskultur, die auch Fehlerprävention möglich macht.

4.4 Fehlermanagement

Fehlermanagement im Gesundheitswesen geht mit dem Wunsch nach einer Veränderung im Umgang mit Fehlern einher (Dinges, 2005).

Dezidiertes Ziel des Fehlermanagements ist es

- Fehler systematisch zu verhindern
- Fehler im Ansatz zu erkennen und zu korrigieren
- Fehlerauswirkungen zu minimieren

Das Fehlermanagement ist von entscheidender Bedeutung und ist die Aufgabe jedes Einzelnen unabhängig von Position und Ausbildungsgrad, denn auch der Fehler selbst richtet sich nicht nach Hierarchien oder Berufsgruppen (Brändle & Scheidegger, 2007).

Wer seine Fehler nicht kennt, kann nicht adäquat damit umgehen. Die Betrachtung der eigenen Fehler macht Einblicke in ein System möglich, die im Routinebetrieb nicht möglich gewesen wären (Wehner, 1992).

Das Streben nach unerreichbarer Perfektion und die Angst vor dem Fehler, vielmehr vor seinen Konsequenzen, führen dazu, dass ein wesentlicher Teil des Erfahrungsschatzes ungenutzt bleibt: Der Fehler selbst!

Daher ist es wichtig, dass allen Mitarbeitern bekannt ist, dass gemachte Fehler sachlich und ohne Vorurteile und Vorverurteilungen offen gelegt und mit Betroffenen besprochen und analysiert werden. Nur dann, wenn eine Kultur des Vertrauens innerhalb der Organisationseinheit herrscht, wird das möglich sein. Jeder Mitarbeiter muss wissen, dass er aufgrund eines Fehlers nicht bestraft oder schikaniert wird, sondern dass das Ziel eine konstruktive Lösung ist (Brändle & Scheidegger, 2007).

Aktives Fehlermanagement erhöht die Sicherheit der Patienten und wirkt sich positiv auf die Arbeitseffizienz, die Zufriedenheit des Patienten und die der Mitarbeiter aus (Brändle & Scheidegger, 2007).

Glazinski und Wiedensohler (2004) bezeichnen die Elemente des Fehlermanagements als unverzichtbar, wenn ein systematischer Ansatz zur Fehlerreduktion verfolgt werden soll.

4.5 Fehleranalyse

Um den Zielen des Fehlermanagements gerecht zu werden, ist es notwendig, Fehler auf ihre Ursachen hin zu analysieren. Das Auftreten eines Fehlers bzw. das Erfahren von Fehlern ist ein wertvolles Potenzial für alle Mitarbeiter und für die Gesamtorganisation. Er bietet die Chance, gezielt und nicht zufällig effektive Präventiv- oder Verbesserungsmaßnahmen durchzuführen, um für die Mitarbeiter des Gesundheitswesens und ihre Patienten ein fehlerarmes Arbeitsumfeld zu schaffen (Grössenbrunner & Müller, 2005).

Bei der Analyse werden alle involvierten medizinischen und organisatorischen Prozesse hinterfragt und dabei auf latente Fehler sowie Beinahefehler hin überprüft.

Zweck der Analyse ist ausschließlich die Verhütung von unerwünschten Ereignissen und dient daher der Prävention. Es ist ein Verfahren, das der Sammlung und Auswertung von Informationen, der Erarbeitung von Schlussfolgerungen und ausschließlich der Feststellung der Ursachen und der Erstellung von Sicherheitsmaßnahmen dient. Die Untersuchung dient nicht der Suche nach dem Schuldigen oder der innerbetrieblichen Disziplinierung.

Eine große Anzahl von Fehlern ist nicht primär rechtlich relevant, sondern eine Quelle für einzuleitende Lernprozesse, um diese in Hinkunft nicht wieder zu begehen (Hauke 2005).

4.6 Fehlerreportingsysteme

Wenn man die Aufgabenvielfalt und die zahlreichen spezifischen Tätigkeiten, welche mehr oder weniger in den diversen Bereichen durchgeführt werden, in Betracht zieht, so erliegt man einem großen Irrtum, wenn man glaubt, Fehler würden dabei niemals vorkommen.

4.6.1 Fehlerhäufigkeiten und ihr Informationsstand

Nach Literaturangaben (Glazinski und Wiedensohler, 2004) ist bei 30.000 medizinischen Behandlungen von 3.000 Komplikationen ohne Schäden, 300 Zwischenfällen/Beinaheschäden, 30 leichten Schäden und 1 schweren Schaden auszugehen.

Unfallpyramide

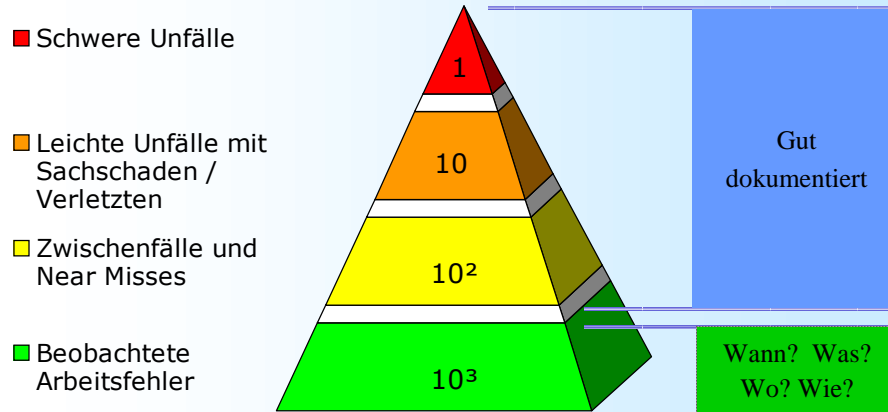


Abbildung 3: Unfallpyramide

Abbildung nach: Safety pilot Info, Lufthansa

Wie in der Abbildung dargestellt, können etwa 10^3 mehr Fehler beobachtet werden als schwere Unfälle passieren. Die so genannten Skandale, welche in den Medien für Empörung sorgen, kommen im Verhältnis zum beobachteten Fehler sehr selten vor.

Unfallpyramide

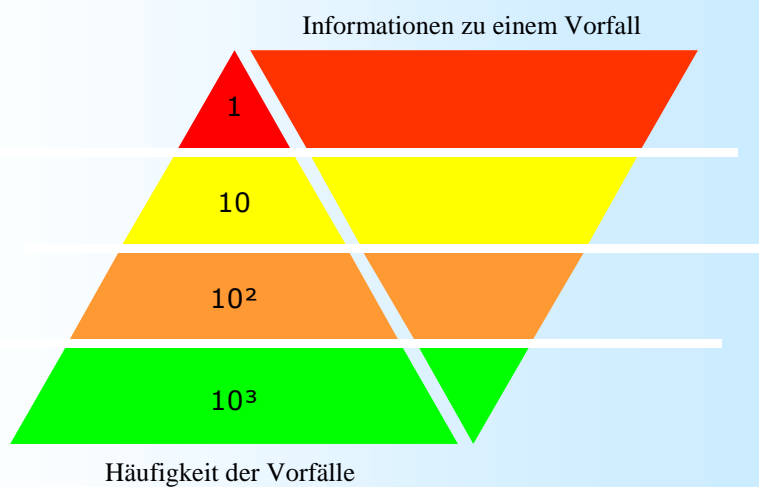


Abbildung 4: Unfallpyramide und Informationsgrad

Abbildung nach Safety pilot Info, Lufthansa

Demgegenüber steht, wie in Abbildung 4 zu erkennen ist, der Informationsgrad zum jeweiligen Vorkommnis. Zu dem in den Medien diskutierten Skandal weiß man viel bzw. alles und zu den vielen beobachteten Fehlern weiß man wenig bzw. gar nichts. Dieser Bereich stellt allerdings durch die Häufigkeit und ihrer rechtlichen Irrelevanz das größte Lernpotential zu Verfügung.

Billing (1999) erkannte bereits, dass der Mensch an der Front mit seinen Erfahrungen täglicher kleiner Fehlhandlungen mit möglichem Schadenspotential eine wesentliche Quelle für die Verbesserung der Organisation darstellt. Erfahrungen in nichtmedizinischen Organisationen zeigen die Notwendigkeit von Meldesystemen (Barach & Small, 2000). Die Luftfahrt, die Nuklearindustrie, die Schifffahrt und die Bahnfahrt kennen Critical Incident Reporting Systems (CIRS) als integralen Bestandteil ihres Riskmanagements.

Vor dem Hintergrund der international ständig zunehmenden Diskussion wurden in den letzten Jahren auch im Gesundheitswesen vermehrt Erfahrungen im Umgang mit Fehlern gesammelt. Auch in der Medizin wurde in den letzten Jahren zunehmend auf die Industrie als Vorreiter für die Erhöhung der Sicherheit zurückgegriffen und es blieb nicht aus, dass entsprechende Incident-Reporting-Systems (IRS) ihren Einzug auch in die Medizin gehalten haben. In Europa hat die Einführung 1995 an der Universität Basel mit der Implementierung eines CIRS begonnen, das Internet basiert eingesetzt wird. Das Ziel ist, Erfahrungen zu sammeln und das Ausmaß des Problems zu erkennen (Kaufmann et al., 2002).

Für Barach und Small (2000) sind erfolgreiche Fehlermeldesysteme:

- Sanktionsfrei: Es folgt dem Melden keine Strafe
- Vertraulich: Die Identität des Meldenden wird nicht weitergegeben
- Freiwillig: Die Meldung ist freiwillig
- Eigenständig: die Meldung ist unabhängig von jeglicher Autorität
- Analysiert: Ein Expertenteam analysiert und bearbeitet die Meldungen
- Zeitnah: Berichte werden schnell bearbeitet und an die Beteiligten weitergegeben
- Systemorientiert: Die Empfehlungen bauen auf Veränderungen von Systemen oder Prozessen auf
- Einfach: Das Meldeverfahren ist einfach handhabbar

Das stärkste Argument für die Nutzung von Meldesystemen ist die Offenlegung von Fehlerursachen und damit von latenten Systemfehlern. Sie sind ein Beitrag zur Steigerung der Patientensicherheit und haben die Aufgabe, das Personal durch die Darstellung von vorgekommenen Beinahefehlern als Lernplattform zu unterstützen (Pateisky, 2004). Weiters werden alle eingegangenen Berichte von Fachexperten auf systematische Fehlerrisiken hin analysiert. Alle

etablierten Meldesysteme leben letztendlich von den in ihnen enthaltenen Datensätzen und deren Auswertungen. Sie sind also von der Bereitschaft der im Gesundheitswesen Tätigen zur Meldung von Fehlern abhängig. Da bei einem gut etablierten System eine ausreichend hohe Anzahl von Ereignissen analysiert werden kann, ist die Wahrscheinlichkeit hoch, Einblicke in eventuelle Schwachstellen und kritische Bereiche einer Organisation zu bekommen, die bis dato unbekannt waren. Erst die Betrachtung der Fehler ermöglicht Einblicke in ein System, welche im Routinebetrieb nie möglich wären. Die Einführung dieser Systeme hat zum Ziel, aus Fehlern zu lernen und die Barrieren und Ängste bei Fehlermeldungen zu verringern. Fokussiert wird auf die Erhebung von Fehlervorstufen und das Schließen von Sicherheitslücken in Systemen (World Health Organization, 2005).

Bei aller Begeisterung über die Möglichkeiten, die CIRS bieten, darf man deren Grenzen und die existierenden Barrieren nicht vergessen.

4.6.2 Grenzen und Barrieren des CIRS (Critical incident reporting system)

Aufgrund der freiwilligen Teilnahme erlauben die Systeme keine quantitative Aussage über die Inzidenz bestimmter Ereignisse. Erfahrungsgemäß werden eher seltene Fälle dokumentiert, banale Geschehen gehen eher unter und es werden nur bewusst wahrgenommene Ereignisse dokumentiert. Man kann daher auch keine Voraussagen über das mögliche Auftreten von Ereignissen machen. Oftmals zeigen die Systeme auch einen so genannten paradoxen Effekt. Das heißt, wenn diese in einer Organisationseinheit fest etabliert sind, so steigt die Anzahl der gemeldeten Fälle. Sie bilden dann üblicherweise nicht die Zunahme bestimmter Fehler ab, sondern demonstrieren die Akzeptanz des Meldesystems.

Pateisky (2004) gibt folgende Barrieren für das Berichten an:

- Unwissen um das Bestehen eines CIRS
- Zweifel am Sinn des Ganzen
- Noch kein Beleg aus eigener Erfahrung vorhanden, ob das Berichten wirklich zu Veränderung führt
- Führung unterstützt die offene Diskussion über Fehler nicht
- Besorgnis über persönliche Konsequenzen im Falle der Meldung
- Unkenntnis darüber, wie viele Fehler in der Medizin täglich passieren.

Zusammenfassend kann man sagen, dass das „Underreporting“ dort ein Problem in der Medizin ist, wo Fehlerkultur noch zuwenig Verständnis gefunden hat.

Außerdem kann man nicht erwarten, dass Fehlermeldungen mit Schadensfolge ohne eine vorausgehende juristische Klärung in das System eingehen. Kuhn und Below (2003) meinten, dass die systematische Fehlerursachenforschung klinisch tot ist bevor sie begonnen hat, wenn nicht neue gesetzliche Grundlagen für die Meldung und Untersuchung von fehlerbedingten Ereignissen geschaffen werden.

5 Erfahrungen anderer Hochrisikobereiche

Im Gegensatz zur Medizin beschäftigen sich die so genannten Ultra-Safe-Industries wie Kernkraft, Petrochemie, Raum und Luftfahrt seit Jahrzehnten erfolgreich mit Risikomanagement und Sicherheit als oberster Priorität.

Fragestellungen:

- Was weiß die Luftfahrt über ihre Fehler?
- Wie hat die Luftfahrt beispielsweise darauf reagiert?
- Welche Parallelen gibt es zum Gesundheitswesen?

Wenn man sich an den Erkenntnissen einer aktuellen Sicherheitsstudie aus der Luftfahrt (Braun und Kemmler, 2000) orientiert, geht daraus hervor, dass der überwältigende Teil aller sicherheitskritischen Zwischenfälle durch eine gefährliche Kombination dreier Einflussbereiche verursacht werden:

Studie über sicherheitskritische Zwischenfälle Ursachenkombinationen

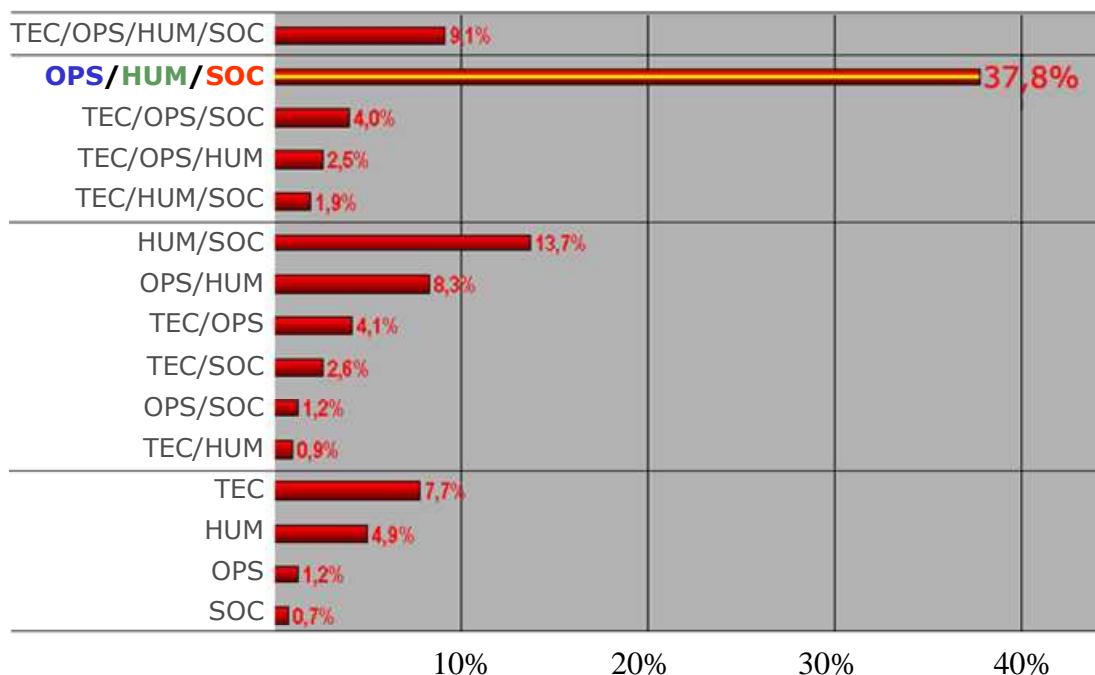


Abbildung 5: Studie über sicherheitskritische Zwischenfälle

Abbildung nach Braun und Kemmler (2000)

In dieser Abbildung wird in der obersten Formzeile die prozentmäßige Anzahl von sicherheitskritischen Zwischenfällen bei Kombination von 4 Ursachen dargestellt. In der zweiten Formzeile alle möglichen Kombinationen von 3 Ursachen. In der dritten Formzeile alle möglichen Kombinationen von 2 Ursachen und in der vierten Formzeile alle einfachen Ursachen.

Zum besseren Verständnis werden die Buchstabenkombinationen erläutert:

- Operationelle Bereich – OPS

Dieser Bereich beschreibt die Rahmenbedingungen, unter welchen Sicherheitsarbeit stattfindet. Es geht um die Themen Führung, Organisation und Abläufe, Verfahren und Dokumentation.

- Fehler von Personen – HUM

Dabei geht es um den Menschen selbst. Warum ist er ein Sicherheitsrisiko bzw. was macht ihn zum Sicherheitsfaktor. Dieser Teil befasst sich mit dem Fehlermanagement und dem Wissen um die Grenzen menschlicher Leistungsfähigkeit.

- Soziale Interaktion – SOC

Dieser Teil befasst sich mit Kommunikation, Teamfaktoren und Teamentwicklung.

Die erwähnte Studie zeigt, dass, wenn Probleme im Bereich HUM für sich alleine auftauchen, diese in der Statistik eine untergeordnete Bedeutung einnehmen (nur 5%).

In der Kombination HUM/SOC rückt die Häufigkeit der sicherheitskritischen Zwischenfälle bei der 2er Kombination mit 13,7% an die erste Stelle.

In der Verbindung mit OPS wird diese 3er Kombination als bei weitem gefährlichste Kombination identifiziert (ca.38%). In der Luftfahrt spricht man vom so genannten Turbofaktor.

Vor über 20 Jahren wurden aufgrund einiger fataler Unfälle aus diesen Erkenntnisse Konsequenzen gezogen und es setzte sich die Einsicht durch, dass die Konsequenzen von Fehlern der einzelnen Mitarbeiter durch eine teamorientierte Arbeitskultur und eine verbesserte Kommunikation minimiert werden können.

Helmreich und Wilhelm (1991) fanden auf dem Gebiet „Ursache und Folgen menschlicher Fehler“ zu einer Vorgehensweise, welche die Sicherheit im Flugverkehr sprunghaft verbesserte.

Es handelt sich um ein spezielles Teamtraining, das Crew Resource-Management (CRM), in dem das Forcieren von Strategien, welche die Sicherheit aktiv erhöhen, trainiert wird.

Trainingsinhalte des CRM:

- Entscheidungsfindung in Teams
- Menschliche Leistungsgrenzen
- Führungsqualitäten
- Umgang mit Hierarchien
- Checklisten und Leitlinien
- Effiziente Kommunikation

Das Hauptziel des CRM-Trainings ist neben der Teamarbeit der effektive Einsatz aller menschlichen und technischen Ressourcen, um maximale Sicherheit zu erreichen.

Es geht darum, Gefahren und Fehler möglichst früh zu erkennen, um strategisch rechtzeitig gegenzusteuern. Diese Trainings finden mit der gesamten Flugzeugbesatzung statt und alle Fluglinien halten diese Trainings mittlerweile verpflichtend ab.

In der Medizin gibt es derzeit keinerlei Schulungsprogramme, die den Umgang miteinander in Teams näher bringen, welche die Informationsweitergabe sowie das Verhalten in Stresssituationen schult. Allerdings ist auch die Medizin von entsprechenden Teamleistungen abhängig.

Hellmreich (2000) verglich Abläufe in Operationssälen chirurgischer Abteilungen und stellte als Ursachen einer Risikoerhöhung für Patienten folgende Verhaltensweisen fest:

- Kommunikation:
unzureichende Information des OP-Teams über die Patienten und unzureichende Diskussion über alternative Abläufe
- Führung:
Unklarheiten über das Treffen von Entscheidungen, Unklarheiten bei der Letztentscheidung
- Teamverhalten:
Konflikte zwischen Teammitgliedern
- Fehler in der Vorbereitung, Planung und bei der Aufmerksamkeit

Der konkrete Nutzen aus einer teamorientierten Schulung wird für die Organisation erst wahrgenommen, wenn die Mehrheit eines Teams einer Organisation einen solchen Kurs besucht hat. Die Ergebnisse bestätigen die Effektivität im Bezug auf die Änderung von persönlichen Einstellungen und dadurch verbesserten Sicherheit. Es wird berichtet, dass die teamorientierte Schulung zu einem deutlichen Kulturwandel geführt hat und eine offenerere Kommunikation dadurch möglich wurde (Helmreich und Wilhelm, 1991).

Pateisky (2004) meint, dass üben im Routinebetrieb wichtig ist, damit auch im Notfall routinemäßig gehandelt werden kann.

6 Projekterfahrung - eine Möglichkeit, Sicherheitsarbeit in die Praxis umzusetzen

Das Projekt „Vom Risikofaktor Mensch zum Sicherheitsfaktor Mensch“ – das Human Factors Projekt wurde im Wilhelminenspital an der Gynäkologischen und Geburtshilflichen Abteilung unter Mitwirkung eines Beraterteams aus Medizin und Luftfahrt durchgeführt. Generell zählt der geburtshilfliche Bereich zu den risikoreichsten medizinischen Fachdisziplinen und es sind deutliche Steigerungen in Punkto Haftpflichtschäden zu bemerken.

6.1 Wie „sicher“ ist die Organisation vor Projektbeginn?

Zu Beginn des Projektes im Jahr 2003 wurde an der Abteilung die aktuelle Sicht der Mitarbeiter, die sicherheitsrelevanten Arbeitsmerkmale und Arbeitsprozesse betreffend, in Erfahrung gebracht.

Für die Untersuchung an unserer Abteilung wurden zwei Fragestellungen formuliert:

1. In welchem Status befinden sich die sicherheitsrelevanten Bedingungsfaktoren an unserer Abteilung?
2. Welche Maßnahmen können empfohlen werden?

6.1.1 Messinstrument

Der eingesetzte Fragebogen von Prof. Helmreich, Universität von Texas in Austin/Texas ORMAQ („Operating Room Management Attitudes Questionnaire“) wurde vor etwa 20 Jahren für die Evaluierung von Pilotentrainings ursprünglich konzipiert (Helmreich et al., 1986). Seit ungefähr 10 Jahren wird dieser Fragebogen in angepasster Form auch in der Medizin im angloamerikanischen Raum eingesetzt (Sexton et al., 2000) um die Gefahren und Risiken für Fehler bei der Behandlung von Patienten zu reduzieren und so die Sicherheit der Patienten zu steigern.

Bryan Sexton beschrieb 2000 die Geschichte des Fragebogens in folgender Weise:

In the early 1980's, our lab began an investigation of these safety-related attitudes in commercial aviation pilots using the Cockpit Management Attitudes Questionnaire (CMAQ: Helmreich, 1984). As our understanding of the attitudes evolved, so did the need to broaden the content of the questionnaire in order to collect data on the organizational, professional, and national cultures in which pilots must function. To this end a new version of the questionnaire was developed, called the Flight Management Attitudes Questionnaire (FMAQ: Helmreich, Merritt, Sherman, Gregorich & Weiner,

1993). As of the writing of this document, over 30,000 FMAQs have been collected from pilots around the world.

Our research into medical human factors began in 1993, when our project was approached by Hans-Gerhard Schaefer, an anesthesiologist from a teaching hospital in Basel, Switzerland. Bob Helmreich and Hans Schaefer started their collaboration together by bringing Hans over to spend a sabbatical working at our Austin lab converting research instruments from aviation for use in the medical operating room, as well as translating them into German. The first data were collected using the ORMAQ later that year (1993) using separate versions of the survey for nursing, anesthesia and surgical personnel. In 1994 Bryan Sexton joined the project and while in Basel, he, together with Bob Helmreich and Ashleigh Merritt, rewrote parts of the survey to allow for a single version of the survey to be used across all personnel types.

Our goal was to make the survey very similar to the FMAQ, but also tap into additional issues unique to the operating room environment. Based on our experience with the FMAQ, items in the ORMAQ were created to tap into the general teamwork, communication, stress recognition and safety concerns. As our project has a strong focus on error and error management, several items have been added to tap into perceptions of error, and why it is difficult to discuss error. To date, the ORMAQ has been administered to 851 OR personnel from 12 teaching and non-teaching hospitals in the United States, Germany, Switzerland, and Israel.

Erweitert wurde dieser Fragebogen zuletzt mit Fragen zur Organisation, weil aus Untersuchungen zu Unfällen immer wieder auch Einflussfaktoren aus dem Organisationsbereich als latente Fehlerquellen hervorgehen.

Holt (2001) beschrieb folgende wesentliche Faktoren für die Arbeitsleistung.

Tabelle 5: Bedingungsfaktoren für die Arbeitsleistung

Personenfaktoren	Erfahrung, Ausbildung, Fähigkeiten, Motivation, Persönlichkeit
Organisation Team Faktoren	Klima, Kultur, Normen, Führung, Arbeitsmoral, Kommunikation, Koordination, Team Geschichte, Team Charakteristik
Job Kontext	Zeitplan, Ausstattung, Ergonomie
Arbeitsleistung/-ergebnis	Qualität, Quantität, Zeit, Fehler

Tabelle nach Holt (2001)

Helmreich und Schäfer präsentierten 1994 ein sehr ähnliches Modell für die Teamarbeit im Operationsraum.

Tabelle 6: Bedingungsfaktoren für die Teamarbeit

Team Inputfaktoren	Fähigkeiten und Fertigkeiten, Persönlichkeit, Motivation, Teamzusammensetzung, Organisationsklima, Normen, Zeitdruck, Patientenzustand
Teamarbeit	Teambildung, Teammanagement, Ablaufregelung, Kommunikation, Entscheidungsprozesse, Situationsbewusstsein, Konfliktbewältigung
Teamergebnis	Patientensicherheit, Team Effizienz
Ergebnis für die Person und Organisation	Einstellung, Arbeitsmoral, Berufliche Weiterentwicklung

Tabelle nach Helmreich und Schäfer (1994)

Beide Modelle zeigen, dass der Arbeitserfolg nicht nur von der individuellen Leistungsfähigkeit einer Person abhängt, sondern auch von Organisations- und Teamfaktoren. Die Qualität der einzelnen Faktoren sowie auch deren Kombination bestimmen den Erfolg des Gesamtergebnisses.

Mit der durchgeführten Befragung sollen Aufschlüsse über Stärken und Schwächen wesentlicher Bedingungsfaktoren für das Leistungsverhalten in einer Organisation gefunden werden. Gerade die für die Teamarbeit wesentlichen Momente der Führung und Kommunikation sind darin enthalten, aber auch der Umgang mit Stress und Fehler wird erhoben.

Die deutsche Bearbeitung MEDMAQ („Medical Management Attitude Questionnaire“) durch Farthofer & Müller (2003) kam bei unserer Befragung zum Einsatz.

Tabelle 7: Die Fragenkomplexe des MEDMAQ

Teamklima	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Generelle Wahrnehmung der Teamarbeit ▪ Führung und Verantwortung ▪ Kritik, das Ansprechen von Problemen und Unklarheiten ▪ Vor- und Nachbesprechung (Briefing und Debriefing) ▪ Feedback
Sicherheitskultur	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Wenn ich Fragen über Sicherheitsabläufe habe, weiß ich, wohin ich mich wenden kann ▪ Medizinische Fehler werden an dieser Abteilung angemessen bearbeitet ▪ Würde ich selber Patient auf dieser Station sein, würde ich mich vollkommen sicher fühlen.
Arbeitszufriedenheit	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ich mag meine Arbeit ▪ Die Arbeitsmoral auf meiner Station ist hoch ▪ Ich bin stolz darauf für dieses Spital zu arbeiten

Stressanerkennung	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Generelle Einschätzung der Wirkung von Stress ▪ Einschätzung der Auswirkung von Stress auf das persönliche Leistungsverhalten
Organisation	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Unter dem Begriff Organisation sollen alle jene Aspekte abgefragt werden, die generell zum Funktionieren der Abteilung oder des Spitals erforderlich sind und von denen die Mitarbeiter betroffen sind.
Arbeitsbedingungen	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Auszubildende in meinem Fach werden von ihren Vorgesetzten gut betreut ▪ Jede erforderliche Information steht vor einem medizinischen Eingriff zur Verfügung ▪ Das Spital geht mit schwierigen Mitarbeitern in konstruktiver Art und Weise um

Tabelle nach Farthofer und Müller (2003)

Die Mitarbeiterbefragung 2003 war eine proaktive Sicherheitsmaßnahme, mit dem Ziel im Vorfeld des Projektes die aktuellen Einstellungen und Bewertungen der Mitarbeiter zu wichtigen Faktoren für die Sicherheitsarbeit an der Abteilung in Erfahrung zu bringen und die Mitarbeiter für das Thema durch die Auseinandersetzung mit den Fragen auf das Thema zu sensibilisieren.

6.1.2 Teilnehmer

Für die Befragung waren alle Mitarbeiter der Abteilung vorgesehen, daher wurde der Fragebogen an 141 Personen verteilt. 117 Mitarbeiter haben den Fragebogen abgegeben, was einer Rücklaufquote von knapp 83% entspricht. Die Teilnahme war anonym und freiwillig, allerdings wurden die Teilnehmer gebeten, möglichst zahlreich bei der Untersuchung mitzuwirken.

6.1.3 Auswertung/Ergebnisse

Folgende Antwortskala stand dafür zur Verfügung:

1	2	3	4	5
stimme überhaupt nicht zu	stimme eher nicht zu	neutral	stimme eher zu	stimme vollkommen zu

Auffällig war die gleichmäßige Verteilung der Antworten; zwischen den Berufsgruppen gab es keine ausgeprägten Unterschiede.

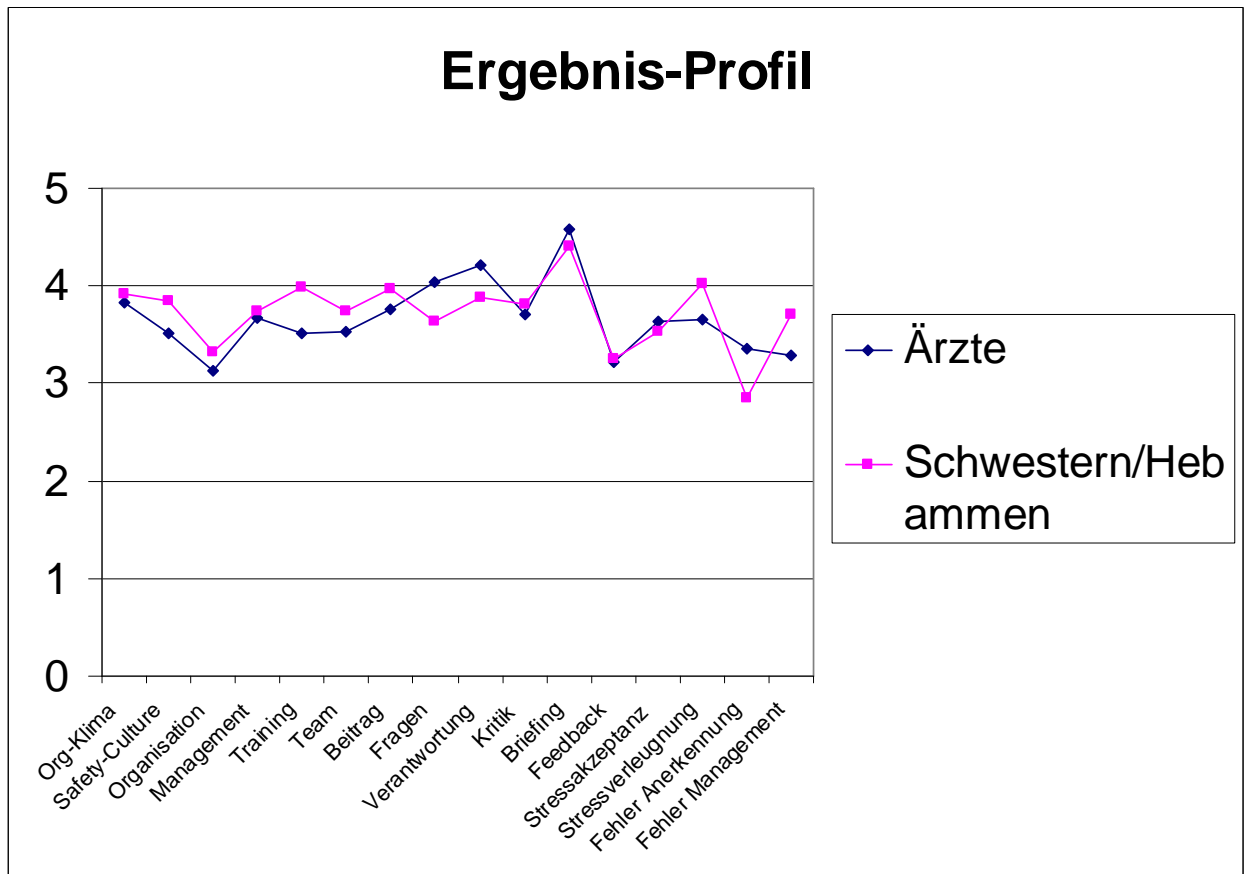


Abbildung 6: Ergebnisprofil

Abbildung nach Farthofer (2003)

Anschließend werden die besonders erwähnenswerten Ergebnisse kurz beschrieben.

6.1.3.1 Organisationsfaktoren

Bei den Organisationsfaktoren ist als besonderer Punkt hervorzuheben, dass die Aussagen für den Faktor „Organisation und Abläufe und technische Ausstattung“ vergleichsweise zu anderen Organisationsfaktoren die geringste Zustimmung aufweisen. Den höchsten Wert erhält der Faktor Organisationsklima. Dabei ist besonders hervorzuheben, dass die Antworten zu der Aussage „ich mag meine Arbeit“, als ein Teilaspekt des Organisationsklimas verglichen mit anderen Untersuchungen, beispielsweise bei Piloten ganz vorne liegt. Die Frage „Die Organisationsstruktur innerhalb des Spitals unterstützt meine tägliche Arbeit.“ Erhält beispielsweise von den Anästhesisten überhaupt keine Zustimmung. Auch für den Bereich „Sicherheitskultur“ fallen die Beurteilungen durch die Anästhesisten verglichen mit den Bewertungen der anderen Berufsgruppen am geringsten aus. Für den Faktor „Ausbildung“ ist zu erkennen, dass hier insbesondere die Turnusärzte den Aussagen dazu wenig zustimmen konnten. Die Turnusärzte sind es auch, die insgesamt für die Aussagen zum Faktor „Organisation“ die geringste Zustimmung zum Ausdruck brachten.

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass im Bereich der Organisation generell einigermaßen Aufholbedarf besteht und dass es berufsgruppenspezifisch unterschiedliche Zustimmungsgrade zu den einzelnen Organisationsfaktoren gibt.

6.1.3.2 Teamfaktoren

Der Faktor „Teamarbeit“ umfasst Aussagen, die verschiedenen Aspekte der Wahrnehmung der Teamarbeit betreffen. Zu den Teamfaktoren ist zusammenfassend zu sagen, dass es eine hohe Zustimmung für Vor- und Nachbesprechungen vorhanden ist. Damit wird ein hohes Bedürfnis nach gemeinsamen Besprechungen der jeweiligen Arbeitsabläufe zum Ausdruck gebracht. Die Berufsgruppe der Turnusärzte und der Hebammen erleben offenbar den Umgang mit Kritik und Feedback als nicht ganz einfach.

Beim Fragenkomplex rund um den Fehler erscheint besonders erwähnenswert, dass die Sorge um das persönliche Ansehen am meisten dazu beiträgt, dass Fehler nicht ausreichend diskutiert werden. Zusammenfassend lässt sich aber sagen, dass durchaus eine Fehlereinsicht besteht.

6.1.3.3 Stress

Für den Bereich Stress ist zu erkennen, dass die Fachärzte die höchste Einsicht über die negativen Folgen von Stress zum Ausdruck bringen. Das zeigt sich in der hohen Zustimmung zu Aussagen über negative Folgen von Stress, wie auch der im Vergleich zu den anderen geringeren Zustimmung zu Aussagen, die mangelnde Stresseinsicht zum Ausdruck bringen. Bei allen anderen Berufsgruppen ist die Überzeugung, dass die Leistungsfähigkeit bei Stress aufrecht erhalten bleibt, stets höher, als die Zustimmung zu den Folgen von Stress. Aber generell ist zu sagen, dass die Stressakzeptanz im Vergleich zu Berufsgruppen in anderen Bereichen niedriger ist.

Insgesamt bilden die Umfrageergebnisse ein zufrieden stellendes Ergebnis ab, was eine gute Ausgangsbasis für das Projekt verspricht.

Die Ergebnisse sind Basis für die Planung und Durchführung des Human Factors Trainings, das wesentlich dazu dienen soll, die Gefahren und Risiken für Fehler bei der Patientenbehandlung und Patientenbetreuung zu reduzieren und so die Sicherheit zu steigern (Bogner, 2004).

Die nachfolgenden Projektaktivitäten orientierten sich an den Erkenntnissen der Luftfahrt und können den drei wesentlichen Einflussbereichen HUM – SOZ – OPS zugeordnet werden. Im Folgenden werden die Schwerpunkte des Projektes kurz beschrieben und als Erfahrungen aus dem klinischen Alltag vorgestellt.

6.2 Human Factors Training – klinischer Alltag

In Trainingsprogrammen, die alle Mitarbeiter der Abteilungen absolvierten, wurden greifbare Themen wie Umgang mit Fehlern, Entscheidungsfindung und Kooperation, behandelt. Auf eine ausgewogene methodische Kombination aus Theorie, erfahrungsnahen Übungen, Diskussion und Austausch unter allen Teammitgliedern sowie Analyse von aktuellen Zwischenfällen und Erfahrungen mit Fehlern wurde im Rahmen des Trainings Wert gelegt. Dadurch entstanden neue Denkweisen, welche die Basis für eine neue Sicherheitskultur bildeten. Es wurden Wege aufgezeigt, die die Wahrnehmung für Risiken und Fehlerquellen erhöhen und einen effektiven Umgang mit Fehlern, Belastungen und Stress ermöglichen. Am Ende stand ein neues Bewusstsein für den Stellenwert des Einzelnen im Gesamtsystem im Zusammenhang mit einem sicheren Gesundheitswesen.

Die Erfahrungen des Projektes haben gezeigt, dass nur die Teilnahme aller den optimalen Erfolg garantiert. Denn die enge Einbindung aller Mitarbeiter stellte die bestmögliche Akzeptanz für alle im Projekt geplanten Maßnahmen sicher (Müller, 2004).

6.3 Teamentwicklung – klinischer Alltag

Teamentwicklung heißt das gemeinsame Entwickeln von Regeln für die Zusammenarbeit, von klaren Zuständigkeiten, sowie die Festlegung von klaren Verantwortlichkeiten.

Damit wird eine vertrauensvolle Basis für eine effiziente Zusammenarbeit gegeben. Das ist Voraussetzung für optimale Sicherheit und eine geringere Fehlerquote.

Es gibt einige Voraussetzungen für die optimale Ausrichtung der Aufmerksamkeit auf Patientensicherheit:

- Akzeptanz partnerschaftlicher Kollegialität – Abwendung von Machtstreben
- Akzeptanz von Leitung und Rollenzuschreibung – Abwendung von Abwertung
- Akzeptanz von Konfrontation und Feedback – Abwendung von Konfliktvermeidung
- Akzeptanz von Verbindlichkeiten - Abwendung von heimlichen Manipulationsstrategien

Gruppen und Teams gewinnen immer mehr an Bedeutung im Berufsleben, weil der Mensch spürt, dass er neben einem privaten auch ein berufliches zuhause braucht. Dem Bedürfnis nach Zugehörigkeit im Sinne eines Gemeinschaftsgefühls soll in der Teamentwicklung Rechnung getragen werden. Sind die einzelnen Teammitglieder eines Teams gut aufeinander abgestimmt, liegt die Konstruktivität und Effizienz des Gesamtteams weit über der Summe der Einzelleistungen (Kunz, 2006).

Die Teamentwicklung wurde im Team der Geburtshilfe durchgeführt. Die Vermittlung eines Wertschätzungsmodells unter der Zielsetzung der Patientensicherheit und die Auseinandersetzung mit verschiedenen Berufsrollenbildern war Inhalt der Workshops. Das Erarbeiten gemeinsamer Werte und Spielregeln führte zu einer intensiven Verständigung untereinander. Konflikte konnten geklärt werden und es wurde geübt, positive Eigenschaften und Verhaltensweisen zurückzumelden, um die Aufmerksamkeit vom „Schlechten“ auf das „Gute“ zu verschieben. In der letzten Phase der Teamentwicklung wurden der ärztlichen und pflegerischen Leitung der Abteilung die Wünsche und Bedürfnisse der Mitarbeiter mitgeteilt.

6.4 Kommunikation – klinischer Alltag

Im Rahmen des Projektes wurden verschiedene strukturierte Kommunikationsformen erarbeitet.

6.4.1 Strukturierte Kommunikation Informationsweitergabe

Das SAPEE –Briefing ist die einfachste Form der strukturierten Kommunikation und kann in fast allen Situationen angewandt werden.

Die Abkürzung SAPEE hilft, die einzelnen Schritte des Kurzbriefings besser zu behalten:

- **S** ituation
- **A** namnese
- **P** ersönlich
- **E** inschätzung
- **E** mpfehlung

Durch die standardisierte Form wird sichergestellt, dass bestimmte Informationselemente immer vorhanden sind. Dies hilft, ein gemeinsames Verständnis der Situation zu erzeugen. Es verlangt aber auch kritisches Denken und die Vorformulierung von eigenen Einschätzungen vor der eigentlichen Kommunikation.

Es unterstützt drei Ziele:

- Alle an einer Aufgabe Beteiligten haben ein gemeinsames mentales Bild von dem, was auf sie zukommt
- Klares Verstehen des Plans
- Überraschungen vermeiden.

Das SAPEE-Briefing hat sich beispielsweise bei der telefonischen Informationsübermittlung zwischen Oberarzt und Turnusarzt oder zwischen Arzt und Pflege sehr bewährt.

6.4.2 OP-Briefing

In risikoreichen Routinehandlungen, wie beispielsweise einer Operation erscheint es sinnvoll, ein Briefing durchzuführen. Es gilt den optimalen Informationsstand des gesamten Teams sicherzustellen.

Die präoperative interdisziplinäre Besprechung (PIB) dient als letzter Sicherheitscheck unmittelbar vor dem Einschleusen in den Operationssaal. Eventuelle Fehlerquellen aufgrund mangelnder Kommunikation und/oder Sorgfalt sollen durch ein standardisiertes Procedere identifiziert werden.

Zu diesem Zeitpunkt soll der Wissenstand bezüglich sicherheitsrelevanter Informationen nochmals gemeinsam, möglichst mit allen an der Operation verantwortlichen Personen, ein letztes Mal überprüft werden, um rechtzeitig notwendige Korrekturmaßnahmen einleiten zu können. Nicht korrigierbare Sicherheitsmängel können im Extremfall ohne die Sicherheit des Patienten gefährdet zu haben, zum Absetzen des Eingriffes führen.

Das Op-Briefing ist an der Abteilung fixer Bestandteil vor jeder Operation und wird gemeinsam mit allen an der Operation beteiligten Berufsgruppen und Disziplinen durchgeführt.

6.4.3 Strukturiertes Debriefing

Das Kurzbriefing nach einer Teamleistung sollte anhand von fixen Debriefing-Fragen abgearbeitet werden. Diese standardisierte Form sichert ein einheitliches Vorgehen und die Analyse steht im Vordergrund.

Die 5 Debriefing-Fragen:

- Was haben wir gut gemacht
- Was haben wir gelernt
- Was würden wir das nächste Mal anders machen
- Haben Systemfaktoren unsere Arbeit erschwert
- Wer meldet an die Analysegruppe

Das Debriefing ist eine konstruktive Diskussion über eine Teamleistung nach deren Abschluss. Dadurch ist die Nachbesprechung effektiv und hilft beim Erzeugen neuer Lösungen. Sie liefert die Chance für individuelles Lernen, Teamlernen und Organisationslernen gleichzeitig.

6.5 Fehlermanagement – klinischer Alltag

Das Modell des abteilungsinternen Fehlermanagements, das entwickelt wurde, stellt die verschiedenen Auslöseereignisse dar.

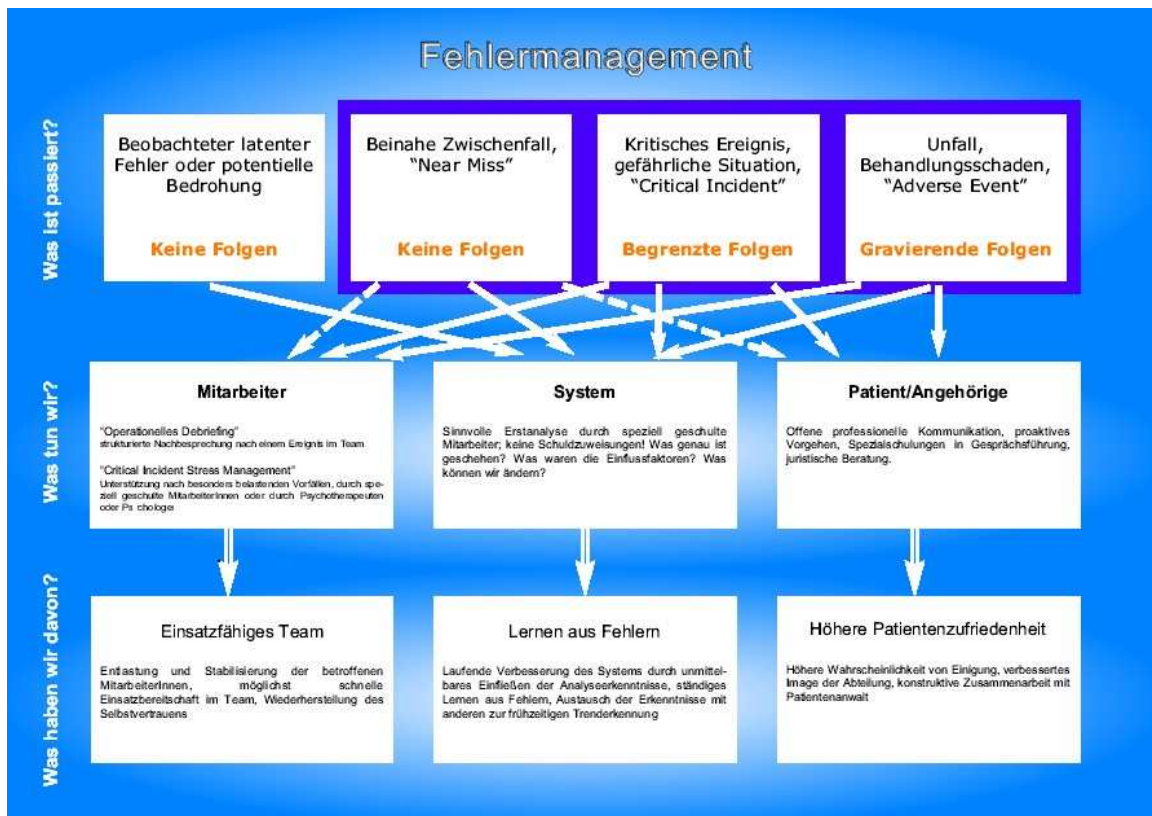


Abbildung 7: Fehlermanagement

Abbildung nach: Grössenbrunner und Müller (2005)

Weiters unterscheidet es zwischen drei unterschiedlichen Ansatzpunkten:

- Wie geht es dem/den betroffenen Mitarbeiter/n? War die Situation stark belastend? Kann dadurch ein weiteres Sicherheitsrisiko entstehen? Eine schnelle und unbürokratische Betreuung hilft den Betroffenen und schützt die Abteilung vor Folgeschäden.
- Was genau ist passiert? Wie konnte es dazu kommen? Was müssen wir tun, damit es nicht wieder passiert? Eine speziell geschulte Gruppe von Mitarbeitern geht diesen Fragen nach und liefert eine genaue Analyse des Vorfalls an die Führung. Diese veranlasst etwaige Systemverbesserungen um die Wahrscheinlichkeit eines solchen Vorfalls in der Zukunft zu verringern.
- Wie kommunizieren wir den Vorfall nach außen? Professioneller Umgang mit Ereignissen gegenüber Patientin, Angehörigen und deren Vertretern. Offene Kommunikation unter Einbeziehung aller Beteiligten ist ein wesentlicher Bestandteil des aktiven Fehlermanagements.

Diese Art des Fehlermanagements bietet für alle Beteiligten vielfältigen Nutzen.

- Der psychische Zustand der Mitarbeiter ist stabiler, Krankenstände nach belastenden Ereignissen können verringert werden.

- Eine strukturierte und transparente Analyse von Vorfällen, durchgeführt von speziell ausgebildeten Mitarbeitern und Kollegen, fördert das Vertrauen der Mitarbeiter in das System. Das wiederum ist ein essentieller Beitrag zur Entstehung einer offenen Fehlerkultur, in der angstfrei über Fehler gesprochen werden kann. Nur so ist ständiges Lernen möglich.
- Eine offene Kommunikation mit Patienten und deren Angehörigen ist ebenso Teil dieser Kultur. Langfristig wird es das Vertrauensverhältnis zwischen Patienten und medizinischem Personal stärken.

Die genaueren Umstände, die zu einem Nicht-Erreichen des Zieles geführt haben, werden genauer beleuchtet und analysiert.

6.6 Fehleranalyse – klinischer Alltag

Das Shell-Modell

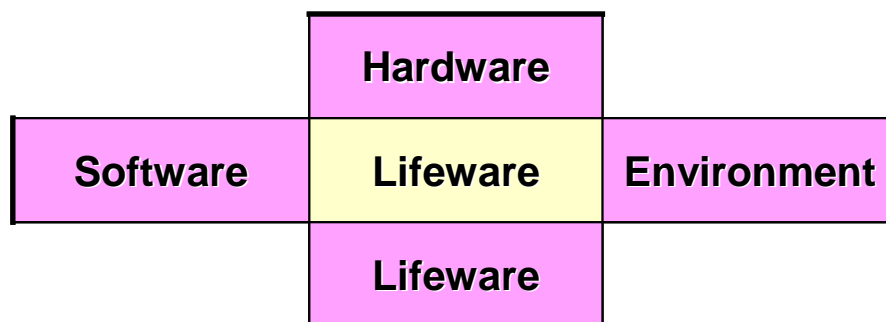


Abbildung 8: Das Shell-Modell

Abbildung nach: Grössenbrunner und Müller (2005)

Dieses Modell dient zur strukturierten analytischen Aufarbeitung der Fakten zur Feststellung der Ursache des Vorfalls.

- Software: Rechtliche Bedingungen, Leitlinien, standardisierte Vorgänge, Aus- und Fortbildung
- Hardware: Technische Geräte und deren Funktionsweisen, Wartung, Funktionalität, Anwenderfreundlichkeit
- Environment: Rahmenbedingungen im Einsatzbereich, Prozessplanbarkeit, Verfügbarkeit von Ressourcen, Lärm, Licht
- Lifeware: Der Begriff wird doppelt genannt. Er steht einmal für die tätige Person und das andere Mal für den kooperierenden Mitarbeiter, aber auch für den Patienten und beschreibt physische Ausgangslage, psychische Ausgangslage, Einzel- und Teamarbeit, Entscheidungsfreiheit, hierarchische Position, Verantwortung, Kompetenz.

Beispiel einer Fehleranalyse:

Diese Fehleranalyse ist die Analyse zu der unter Punkt 2.3 beschriebenen Medikamentenverwechslung:

Tabelle 6: Fehleranalyse

SHELL-Modell	Ursache	Maßnahmen, Empfehlung
S	<ol style="list-style-type: none"> 1. Keine schriftlichen und praktisch normierten Einweisungen für Abläufe <ol style="list-style-type: none"> a. KAV intern b. WSP intern c. Abteilungsintern d. besonders Basisabläufe (z.B. Blutabnahme, Magensonde setzen, Katheter, ...) 2. Sind alle Ärzte an E-mail-Verteiler angeschlossen? 3. Uneinheitliche Regelung bzgl. Haltbarkeit von geöffneten Ampullen (Hygiene – Apotheke) 4. Verabreichung von unbeschrifteten Ampullen 5. Wissensdefizit über aktuelle, hausinterne Hygienevorschriften 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Erstellung von schriftlichen Unterlagen ❖ Schulung, Einweisung und Controlling von Basisabläufen ❖ Videofilm zur Schulung ❖ CBT (Computer based Training) ❖ Schulung in Team Resource Management (TRM) und Risk-Management ❖ Normen für “Training on the Job“ ❖ Zeitbudget zur Turnusarzteinschulung <u>vor</u> Arbeitsbeginn (Einschulung durch Ärzte) ❖ Schulung in den häufigsten Fehlerquellen im KH-Betrieb (Medikamentenverwechslung, Blutprodukte) ❖ Vereinheitlichung ❖ Ausschließliche Verabreichung von ordnungsgemäß beschrifteten Ampullen ❖ Regelmäßige Fortbildungen durch den Hygienebeauftragten; Revisionsdienst
H	<ol style="list-style-type: none"> 6. Verwechslungsgefahr durch ähnliche Verpackungen 7. Verwechslungsgefahr durch ähnliche Lagerung 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Hersteller bzgl. Verwechslungsgefahr informieren ❖ Farbcodierung für Medikamentengruppen (Gesundheitsministerium) ❖ Kühlschrankmanagement: potentiell gefährlichere Substanz weniger zugänglich lagern
E	<ol style="list-style-type: none"> 8. Nicht-Routine Situation 9. Chemo auf Ausweichstation (ungewohnte Arbeitsbedingungen) 10. Ambulante Patienten auf Station betreut (Störfaktor) 	
L	<ol style="list-style-type: none"> 11. Derzeitiger Status des Pav. 18 unklar (offen-geschlossen) 12. Am Pav. 18 kein Insulin vorhanden (keine Verwechslungs- 	

	gefahr!) 13. Ständig wechselnde Arbeitssituationen/-umgebung ist Risiko (CAVE: Einspringen!)	
L	14. Turnusärztin in Onko-Behandlung erfahren, deshalb antizipierter Arbeitsablauf. Gefahrenquelle: a. kurzfristig geänderten Tätigkeit (Einspringen für Kollegin) b. anderes Arbeitsumfeld (Allgemeinstation statt Onko-Tagesklinik) 15. Persönlicher Umgang mit zeitlichem und sozialem Druck	❖ Bewusstseinsbildung über die besonderen Gefahren beim Wechsel der Tätigkeit/Arbeitsumfeld ❖ Bedeutung der interprofessionellen Zusammenarbeit (Tagesbriefing) ❖ Vieraugenprinzip auch für Medikamentenapplikation im onkologischen Bereich ❖ Bewusstseinsbildung, Umgang mit sozialen und zeitlichen Stressoren ❖ Aufwertung der Position „Turnusarzt“ durch Tutoren
	16. Ablauf in der onkologischen Teamarbeit abgerissen (nach der Aufforderung der Stationspflege an die Ärztin keine Übergabe an die Onko-Pflege)	❖ Trennung der onkol. von den allgemeinen Tagesabläufen; Beibehaltung bei der Durchführung der Abläufe

Tabelle nach: Grössenbrunner und Müller (2005)

Davon sind folgende Punkte als Zufallsfehler zu werten: 8,9,10,14,15 und 16

Die übrigen Punkte sind als latente Systemfaktoren anzusehen, bei denen eine nachhaltige Prävention möglich ist. Alle genannten Schulungsmaßnahmen sind eine wirksame Prävention gegen Zufallsfaktoren.

In einem strukturierten Bericht werden die Ereignisse mit chronologisch geordneten und objektivierten Daten zusammengefasst. Das Problem und die dazu beitragenden Problemverursacher werden identifiziert und die positiven Vorgänge werden betont. Der Bericht ergeht in anonymisierter Form an die Führung und es werden grundsätzliche Empfehlungen ausgesprochen.

6.7 Der operationelle Bereich – klinischer Alltag

In diesem Projekt umfasste dieser Bereich die Themen Führung, Ausbildung, Organisation und Abläufe, Verfahren und Dokumentation.

Eine Koordinationsgruppe, der Mitarbeiter aller Berufsgruppen angehörten, zeichnete für die Etablierung neuer Strukturen verantwortlich. Im Groben ging es in diesem Bereich um die

- Definition der Kernprozesse an der Abteilung
- Identifikation der sicherheitsrelevanten Arbeitsleistungen

-
- Ausbildungsinitiative innerhalb der Ärzteschaft
 - Neustrukturierung der abteilungsinternen Abläufe
 - Etablierung einer Arbeits- und Kommunikationsstruktur
 - Etablierung von Führungs- und Planungswerkzeugen.

Zusammengefasst wurden die Ergebnisse in Procedures, Richt- und Leitlinien und in Form eines Abteilungshandbuches (Flammer, 2004).

Mit diesem Projekt wurde der Grundstein zur Einleitung des Kulturwandels an der Abteilung gelegt.

6.8 Wie „sicher“ ist die Organisation nach Projektende?

Nach Abschluss des Projektes im Jahr 2006 wurde eine 2. Befragung der Mitarbeiter an der Gynäkologischen und Geburtshilflichen Abteilung des Wilhelminenspitals durchgeführt.

Das Ziel dieser Befragung war, die Einstellungen und Bewertungen der Mitarbeit zu wesentlichen Bedingungsfaktoren für die Arbeitsleistung und damit auch für die Patientensicherheit nach erfolgten Projektaktivitäten in Erfahrung zu bringen. Besonders interessant war natürlich die Ergebnisse im Vergleich zur ersten Befragung zu sehen und damit einen Hinweis auf den Trainingseffekt feststellen zu können.

Wieder standen 2 Fragen im Vordergrund der Befragung:

1. Wie sieht die aktuelle Situation in Bezug auf die Bedingungsfaktoren für die Patientensicherheit aus?
2. In welchen Bereichen ist ein Effekt durch die Projektinitiativen erkennbar?

Für diese Frage wurden spezielle Fragen an den bisherigen Fragebogen hinzugefügt.

6.8.1 Messinstrument

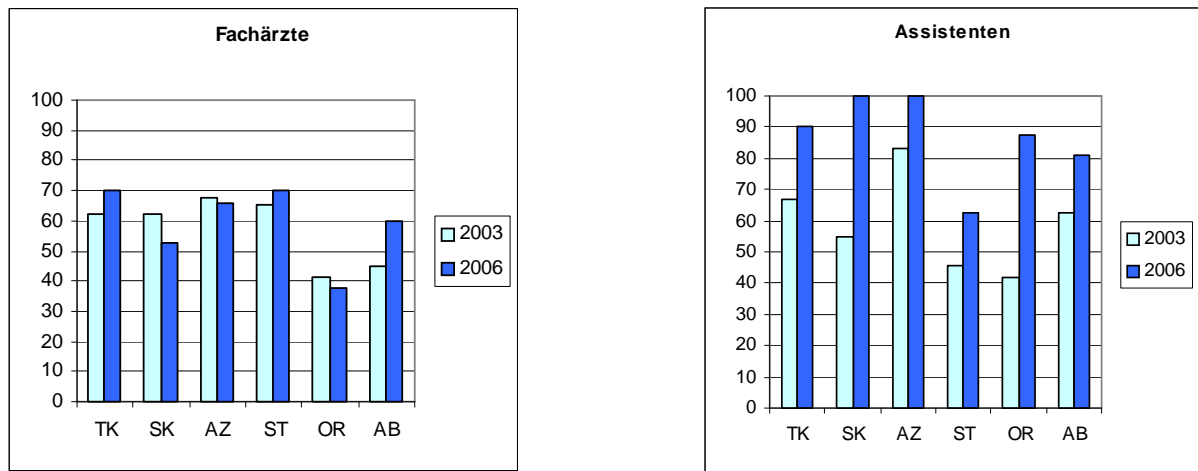
Das Messinstrument ist der schon 2003 eingesetzte Fragebogen von Prof. Helmreich in deutscher Bearbeitung. Speziell für die Befragung nach dem Human Factors Projekt wurden noch eigene Fragen zur Beurteilung von Veränderungen durch die Projektinitiativen hinzugefügt.

6.8.2 Teilnehmer

Der Fragebogen wurde an 102 Mitarbeiter der Abteilung verteilt, 40 haben ihn abgegeben. Das entspricht einer Rücklaufquote von knapp 40 %. Die Teilnahme blieb freiwillig und anonym.

6.8.3 Auswertungen/Ergebnisse

Für den Großteil der Fragen liegen die Antworten etwa in der Höhe von der ersten Untersuchung. Generell ist zu bemerken, dass sich zumindest für die Gruppe der Fachärzte und Assistenten punktuell positive Veränderungen zeigen.



TK Teamklima
SK Sicherheitskultur
AZ Arbeitszufriedenheit

ST Stressanerkennung
OR Organisation
AB Arbeitsbedingungen

Abbildung 9: Vergleich Vorher/Nachher Ärzte und Assistenten

Abbildung nach: Farthofer und Müller (2006)

Für die Gruppe der Mediziner haben die Ergebnisse gezeigt, dass in den meisten Punkten zumindest eine kleine Verbesserung eingetreten ist. Bei den Fragen für die Bereiche Organisation, Sicherheit, Team, Fehler und Stress konnte man bei den Bereichen Sicherheit, Team und Organisation den höchsten Grad der Verbesserung feststellen, im Bereich Stress war sie am geringsten.

Bei folgenden Fragen gab es signifikante ($p < 0,05$) Unterschiede, die in die gewünschte Richtung zeigten:

- Unstimmigkeiten im Team werden angemessen gelöst. So geht es nicht darum „wer“ Recht hat, sondern darum, was für den Patienten am besten ist.
- Ich werde von meinen Vorgesetzten und Kollegen dazu ermuntert, jede Art von Bedenken, die ich in Fragen der Sicherheit habe, zu melden.
- Gab es vor dem medizinischen Eingriff eine vorbereitende Besprechung (Briefing) innerhalb des Teams
- Medizinische Fehler werden an dieser Abteilung angemessen bearbeitet.

Während 2003 die Sorge um das persönliche Ansehen an erster Stelle der Gründe stand, warum Fehler nicht ausreichend diskutiert werden, ist es 2006 die Sorge um rechtliche Konsequenzen.

Der höchste Stellenwert bei den beruflichen Wertevorstellungen wurde wie folgt angegeben:

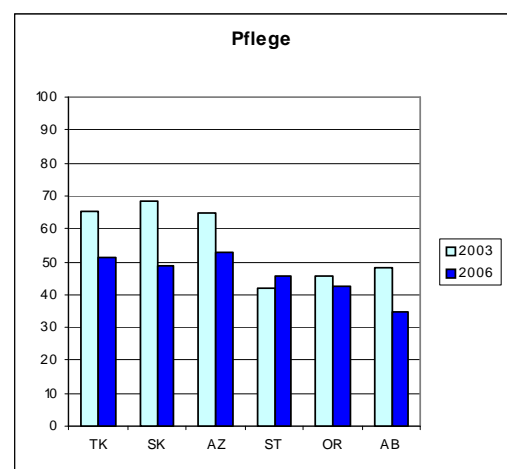
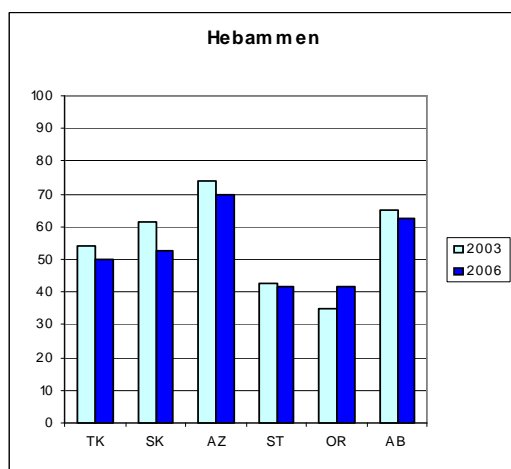
„In einer guten Zusammenarbeit mit Kollegen?“

Die stärkste Zunahme an Stellenwert betrifft die Frage:

„Eine gute Beziehung zu Ihrem direkten Vorgesetzten haben?“

Die stärkste Abnahme zeigt sich in der Frage:

„Eine Karriere zu haben, die mit Prestige und Anerkennung verbunden ist?“



TK Teamklima
SK Sicherheitskultur
AZ Arbeitszufriedenheit

ST Stressanerkennung
OR Organisation
AB Arbeitsbedingungen

Abbildung 10: Vergleich Vorher/Nachher Hebammen und Pflege

Abbildung nach: Farthofer und Müller (2006)

In der Gruppe der Nicht-Mediziner gibt es signifikante ($p < 0,05$) Veränderungen, die in die positive und negative Richtung zeigen. Folgende Fragen sind dabei herauszuheben:

- Mitarbeiter eines Teams sollten die Entscheidungen und Handlungen ihrer Vorgesetzten nicht in Frage stellen (positiv).
- Ich empfinde es als Geringschätzung, auf Mitarbeiter des Teams unnötig warten zu müssen (negativ).
- Ich mag meine Arbeit (negativ).
- Wenn meine Arbeitsbelastung übermäßig ansteigt, verringert sich meine Konzentrationsfähigkeit (positiv).
- Dieses Spital fördert die Teamarbeit und Kooperation zwischen den Mitarbeitern (negativ).

- Jede erforderliche Information steht vor einem medizinischen Eingriff zur Verfügung (negativ).
- Das Teamkonzept funktioniert in unserer Abteilung nicht (negativ).
- Arbeitsverfahren und Vorschriften werden auf unserer Station strikt eingehalten (negativ).
- Bei einem medizinischen Eingriff in unserem OP oder Kreissaal leisten die leitenden Personen gute Arbeit (negativ).
- Würde ich selber Patient auf dieser Station sein, würde ich mich vollkommen sicher fühlen (negativ).

Bei den Gründen warum Fehler nicht zur Kenntnis genommen oder diskutiert werden liegt wie schon 2003 die Sorge um das persönliche Ansehen an erster Stelle.

Bei den beruflichen Wertevorstellungen bei den Nichtmedizinerinnen sind folgende Aussagen getroffen worden:

Der höchste Wert liegt bei der Frage:

„Mit Leuten zusammenarbeiten, die gut miteinander kooperieren?“

Die stärkste Zunahme an Stellenwert betrifft die Frage:

„In einem Umfeld arbeiten, wo die Leistung der Gruppe höher eingeschätzt wird als der persönliche Erfolg?“

Die stärkste Abnahme zeigt sich in der Frage:

„Aussicht auf Beförderung?“

Zusätzlich konnten die Mitarbeiter zu einzelnen, Individual-, Team- und Organisationsaspekten das Ausmaß der eingeschätzten Verbesserung angeben.

Für die projektbezogenen Fragen stand folgende Antwortskala zur Verfügung:

1	2	3	4	5
gar nicht besser	ein wenig besser	einigermaßen besser	ziemlich besser	sehr viel besser

Die nachstehende Ergebnisdarstellung macht den subjektiven Eindruck der Verbesserung durch die Projektaktivitäten deutlich.

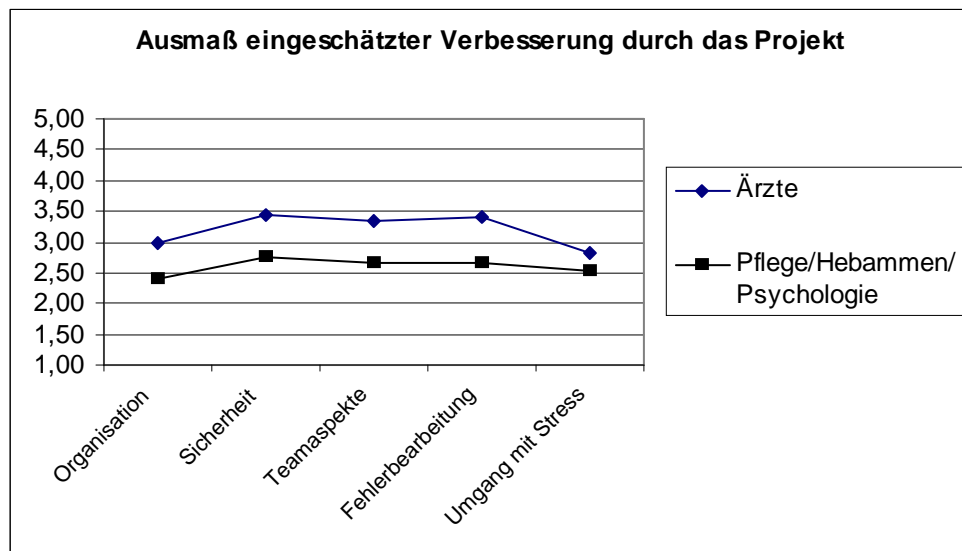


Abbildung 11: Ausmaß eingeschätzter Verbesserung

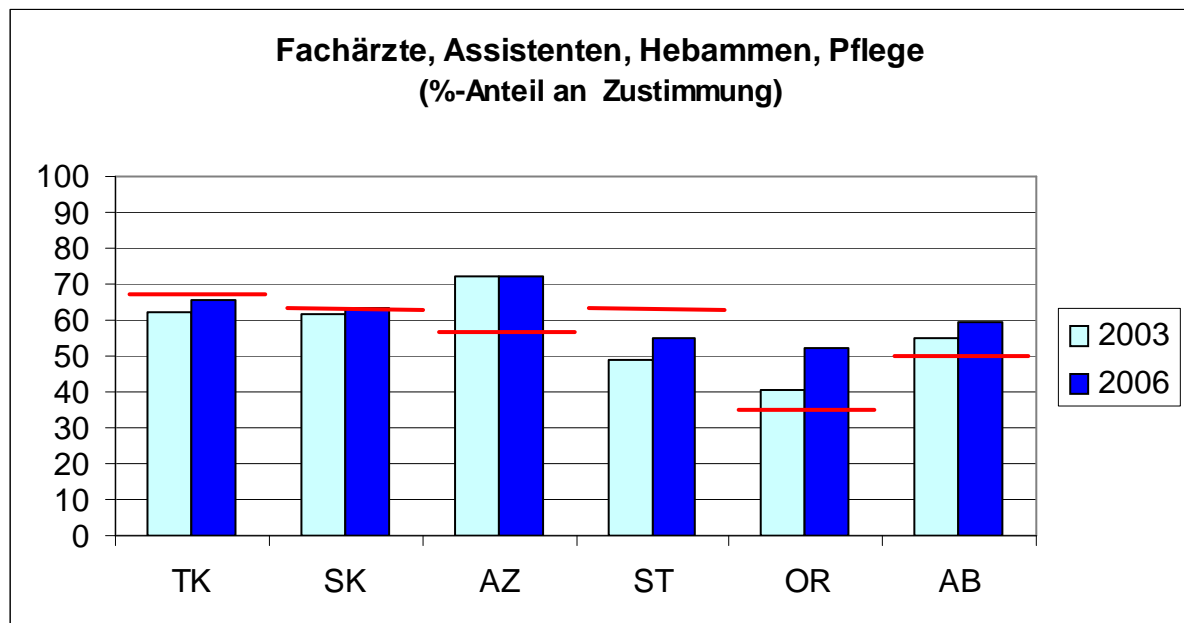
Abbildung nach Farthofer (2006)

Die Urteile zu den projektbezogenen Fragen fallen bei den Nichtmedizinern im Vergleich zu den Ärzten auf der verfügbaren Skala geringer aus. Bei den Fragen für die Bereiche Organisation, Sicherheit, Team, Fehler und Stress fallen die höchsten Werte auf den Bereichen Sicherheit und Fehlermanagement, im Bereich Organisation und Stress waren sie am geringsten.

Die Ergebnisse der Mitarbeiterbefragung im Jahr 2006 konnten nun den Daten aus 2003 gegenübergestellt werden und ließen zusätzlich den Vergleich mit der Normstichprobe aus dem angloamerikanischen Raum zu.

6.8.4 Die Vergleichsgruppe

Die Teilnehmer an der Befragung waren unterschiedliche Berufsgruppen in verschiedenen Spitälern in den USA, England und Neuseeland. Es wurden dort ungefähr 16.100 Mitarbeiter befragt und es gibt Auswertungen auf Basis der Daten von etwa 10.800 Teilnehmern.



TK	Teamklima	ST	Stressanerkennung
SK	Sicherheitskultur	OR	Organisation
AZ	Arbeitszufriedenheit	AB	Arbeitsbedingungen

Die rote Linie zeigt die internationalen Vergleichswerte

Abbildung 12: Internationaler Vergleich

Abbildung nach Farthofer und Müller (2006)

In 5 von 6 Fragenkomplexen, die die Einstellung und Bewertung der Mitarbeiter zu wesentlichen Bedingungsfaktoren für die Arbeitsleistung und somit auch für die Patientensicherheit näher befragt haben, können über den Projektzeitraum Verbesserungen gemessen werden. Einzig der Bereich der Arbeitszufriedenheit blieb annähernd gleich, jedoch auf einem international vergleichsweise sehr hohem Niveau. Die größte Steigerung erfolgte im Bereich der Organisation, wo eine Vielzahl von Projektinitiativen offenbar erste Erfolge zeigt. Die nur minimale Verbesserung bei der Sicherheitskultur ist dadurch zu erklären, dass bei der ersten Umfrage zwar die Bedeutung um das Wissen hoch eingeschätzt wurde, jedoch das eigentliche Wissen dazu sich erst im Laufe des Projektes einstellte. Im Bereich der Stressanerkennung lässt sich im internationalen Vergleich deutlicher Aufholbedarf erkennen.

7 Stress

Dieser Abschnitt befasst sich mit Stress im Allgemeinen, der Beziehung zwischen Stress und Gesundheit und Stress und Leistung. Die theoretischen Ansätze zur Erklärung des Phänomens Stress können in drei Kategorien eingeteilt werden: Stress verstanden als Reaktion, Stress verstanden als Reiz und Stress verstanden als Transaktion. Auch auf das Thema Bewältigung wird bei der Darstellung der theoretischen Abhandlung eingegangen.

Fragestellungen:

- Was löst Stress der Theorie nach aus?
- Auf welchen Verhaltensebenen läuft Stress als Reaktion ab?
- Welche Möglichkeiten der Stressbewältigung kennt man?
- Stress im Spitalsalltag:
 - Was löst ihn aus?
 - Wie kann man ihm persönlich begegnen?
 - Was kann die Organisation tun?

7.1 Definitionen

Nach Selye (1956) ist Stress eine unspezifische Reaktion des Körpers auf jede Anforderung, die an ihn gestellt wird. Weiter meint er, dass Belastungen, Anstrengungen und Ärgernisse, denen ein Lebewesen täglich durch viele Umwelteinflüsse ausgesetzt ist, zu Stress führen. Er bezeichnet Stress als komplexes, aber physiologisches Reaktionsmuster auf jede Form von Druck oder Anforderung.

In den 1960er Jahren schlugen Masuda/Holmes (1967) die reizbasierte Stresstheorie vor. Die zentrale Annahme der Reizorientierung bestand darin, dass ein Übermaß an Lebensveränderungen die Anfälligkeit für Krankheiten erhöht.

Der Sozial- und Persönlichkeitspsychologe Richard S. Lazarus (1966) beschrieb Stress als jedes Ereignis, in dem äußere oder innere Anforderungen die Anpassungsfähigkeit eines Individuums beanspruchen oder übersteigen. Er meint damit, dass die Stressentstehung vom Zusammenspiel zwischen situativer Anforderung und der individuellen Beurteilung der eigenen Ressourcen und Fähigkeiten abhängt.

7.2 Stresstheorien

Dieser Abschnitt gibt einen kurzen Überblick über die wesentlichsten Stresstheorien und befasst sich mit der Beziehung zwischen Stress und Gesundheit. Hauptsächlich geht es um Stressauslöser, die physiologischen Folgeaktionen und die unterschiedlichen Grundformen

von Stresstypen. Dadurch sollen die Auswirkungen von Stress auf die menschlichen Leistungsfähigkeiten klar werden.

7.2.1 Stress als Reaktion

Der reaktionsbasierte Ansatz wurde ursprünglich von Hans Selye (1956) ausgearbeitet und empirisch überprüft. Er gilt als der erste Forscher, der die physiologischen Stress-Reaktionsprozesse systematisch beschrieb. Er betrachtete Stress als Reaktion auf noxische Reize oder auf Stressoren aus der Umwelt und definierte ihn als unspezifische Antwort des Körpers. Er betrachtet Stress als Reaktion und daher wurde dieser in der Stressforschung zur abhängigen Variablen. In seiner Stressforschung konzentriert er sich auf die Beschreibung und Erklärung eines physiologischen Reaktionsmusters, das unter der Bezeichnung „Allgemeines Adaptionssyndrom“ bekannt wurde. Seiner Theorie liegen folgende Gedanken zugrunde:

- Die Stressreaktion stellt eine Abwehrmaßnahme dar, die von der Natur des Stressors unabhängig ist
- Das allgemeine Adaptionssyndrom läuft in drei klar umschriebenen Phasen ab:

Tabelle 7: Phasen des allgemeinen Adaptionssyndroms

Alarmphase	<ul style="list-style-type: none"> ▪ das Stadium der physiologischen Veränderungen, die der Organismus als erste Reaktion auf Stressoren zeigt. Wird die Situation als bedrohlich erlebt, schaltet sich das vegetative Nervensystem ein. Man könnte diesen Moment als Atemholen und Kräfte sammeln bezeichnen. Kurz darauf kommt es zu einer sympathischen Reaktion, die die Aktivitätsphase einleitet. Der ganze Körper stellt seine Funktionen auf eine Höchstleistung ein. Alles was im Moment nicht lebensnotwendig ist, wird ausgeschaltet.
Widerstandsphase	<ul style="list-style-type: none"> ▪ ist die 2. Phase der körperlichen Stressreaktion. In dieser Phase befindet sich der Mensch im Stadium der Anpassung oder des Widerstandes. Hormone werden ausgeschüttet, die die Voraussetzung sind, die Dis-Stress Schäden zu reparieren. Hält der Angriff der Stressoren über lange Zeit an, so reichen die körperlichen Abwehrkräfte nicht mehr aus. Die Länge der Widerstandsphase hängt von der individuellen Anpassungsfähigkeit ab.
Erschöpfungsphase	<ul style="list-style-type: none"> ▪ bei lang andauerndem Stress erlahmt der Widerstand durch Verausgabung der Anpassungsenergie und Erschöpfung setzt ein. Wenn der Stress nicht reduziert wird, kann dies letztendlich zum funktionellen Zusammenbruch führen. Die Phase der Erschöpfung wird umso schneller erreicht, je schlechter die körperliche Konstitution und je geringer der Will zum Widerstand ist

Tabelle nach Selye (1956)

-
- Ein intensiv verlaufendes und länger andauerndes Adaptionssyndrom kann zu Erkrankungen führen.

Selye ging ursprünglich davon aus, dass kognitive Variablen wie Wahrnehmung nicht am Auftreten des allgemeinen Adaptionssyndroms beteiligt sind. In der 1983 erschienenen Ausgabe seines Buches *The Stress of Life* erweiterte er jedoch seine Theorie um negative und positive Stresserfahrungen, die seiner Ansicht nach auch durch kognitive Faktoren beeinflusst werden. An seiner theoretischen Grundposition, wonach Stress ein physiologisches Phänomen darstellt, hat Selye allerdings nichts verändert.

7.2.1.1 Eu-Stress

Hans Selye wies darauf hin, dass positiver Stress die Würze des Lebens sei. Er bezeichnet ihn als positive Reaktion auf Stressoren und teilt ihm anspornende und aufputschende Eigenschaften zu welche mit Erwartung von Erfolg, gesteigertem Selbstbewusstsein zu tun hat und mit Freude und Begeisterung zusammenhängt. Er meinte damals, dass ein Mangel an Eu-Stress sich ebenso schädlich auswirken kann wie eine übermäßige Dis-Stress-Belastung.

Heute wird der Begriff Eu-Stress in der Psychologie nicht mehr verwendet. Stress bedeutet immer eine Beeinträchtigung des Wohlergehens. Beim Eu-Stress wird zwar eine bestimmte Belastung verspürt, jedoch keine Bedrohung. Die Situation wird eher als Herausforderung erlebt, sogar teilweise mit positiven Gefühlen.

7.2.1.2 Dis-Stress

Im übertragenen Sinn heißt es „quälen und foltern“, in diesem Zusammenhang meint man schädlicher und grundsätzlich unangenehmer Stress. Dis-Stress ist mehr oder minder ein subjektives Gefühl. Der Mensch entscheidet selbst, ob und wie stark er auf Stress reagiert. Das geschieht in der Regel automatisch und ist von seinem Gesundheitszustand, von seiner Erziehung, seiner Umwelt und seiner Erbanlagen abhängig, meint Selye. Die Stärke des Stressors alleine ist daher nicht für Eu oder Dis-Stress ausschlaggebend, beide Stressauswirkungen sind letztendlich nur an ihren Folgen zu unterscheiden.

Selye spricht von keinen Bewältigungskonzepten, allerdings sind Abwehr und Adaption Begriffe die er verwendet, dem sehr nahe.

Im Widerspruch zu Selyes Theorie des allgemeinen Adaptionssyndroms weisen reaktionsbasierte Stressstudien im Humanbereich darauf hin, dass das Stresserleben reiz- oder situationspezifisch ist und individuellen Verarbeitungsmustern unterliegt. Es gibt unzählige Belege dafür, dass physiologische Stresszusammenhänge in Abhängigkeit von der Wahrnehmung des

Ereignisses durch den Betroffenen und dessen Bewältigungsverhalten schwanken (Hill Rice, 2005).

7.2.2 Stress als Reiz

Als Reiz wird in der Biologie alles verstanden, was eine Reaktion im Organismus hervorrufen kann. In den 60er Jahren interessierten sich Psychologen mit dem Aspekt der psychischen Belastung von Stress. So wandten sich Masuda & Holmes (1967) der Frage zu, was geschieht, wenn einer Person Veränderungen in den Lebensumständen widerfahren und schlugen eine reizbasierte Stresstheorie vor. Dieser Ansatz bezeichnet Lebensereignisse als Stressoren, auf die reagiert wird. Deshalb ist im Unterschied zum reaktionsbasiertem Ansatz Stress hier als unabhängige Variable beschrieben. Die erwähnten Wissenschaftler entwickelten Erfassungsinstrumente (SRRS – Social Readjustments Rating Scales) mit denen der Stress gemessen werden sollte, indem der Anpassungsaufwand, den bestimmte Lebensereignisse erfordern, definiert und operationalisiert wurde. Die zentrale Annahme der Reizorientierung bestand darin, dass ein Übermaß an stressverursachenden Lebensereignissen die Anfälligkeit für Krankheiten erhöht. In dieser Skala zur Bewertung der sozialen Wiederanpassung wurden stressauslösenden Momenten, aufgrund der damit verbunden notwendigen Anpassungsausmaßes eine Zahl von Punkten (LVE – Lebensveränderungseinheiten) zugeordnet mit der die gesundheitsbeeinträchtigenden Folgen quantifiziert wurden. Durch diese Wertung entstand eine Stresstabelle. Das reizbasierte Modell beruht auf Annahmen, die an sich schon problematisch sind, wenn Phänomene im Humanbereich erklärt werden sollen. Die Annahmen sind folgende:

- Lebensveränderungen sind normierbar und erfordern bei allen Personen, denen sie widerfahren, den gleichen Aufwand an Anpassung
- Jede Veränderung ist belastend unabhängig ob sie gewünscht oder nicht gewünscht ist
- Es gibt eine allgemeine Schwelle für den Aufwand an psychischen und physischen Anpassung, deren Überschreitung zu Krankheit führt

Eine wichtige Studie, die den reizbasierten Ansatz widerlegte wurde von Kobasa (1979) durchgeführt. Der Begriff der Widerstandsfähigkeit und deren Merkmale wurden das erste Mal beschrieben:

- Starke Verpflichtung sich selbst gegenüber
- Energische Einstellung zur Umwelt
- Gefühl der Bedeutsamkeit

- Interne Kontrollüberzeugung

In dieser Studie konnte an 837 Führungskräften im mittleren oder höheren Management gezeigt werden, dass Probanden mit ausgeprägter Widerstandsfähigkeit niedrigere Krankheitswerte hatten, auch wenn ihre Werte für einschneidende Lebensereignisse auf der SRRS hoch waren. Hingegen Führungskräfte mit hohen SRRS Werten und niedrigen Werten für Widerstandsfähigkeit wiesen signifikant höhere Krankheitswerte auf.

Eng mit der Widerstandsfähigkeit verwandt ist das Kohärenzgefühl, das von Antonovsky (1987) beschrieben wurde. Er suchte Persönlichkeitseigenschaften und Verhaltensweisen, die gesunde Menschen gesund erhalten. Er wird dabei maßgeblich von der Frage geleitet, warum es einige Menschen schaffen gesund zu bleiben, wie groß die Belastungen auch sein mögen. Je stärker die persönliche Kohärenz eines Menschen ist, desto erfolgreicher kann er mit den unvermeidlichen, ständigen Stressoren des Lebens umgehen. Das Kohärenzkonzept beruht auf der Grundlage, dass es Zusammenhalt und Sinn im Leben gibt und beschreibt die Persönlichkeitseigenschaften widerstandsfähiger und gesunder Menschen.

Die Kohärenz, ist seiner Meinung nach von folgenden Variablen abhängig:

- Verstehbarkeit – inwieweit erscheint eine Situation erklärbar?
- Handhabbarkeit – inwieweit stehen Ressourcen zur Verfügung, um den Anforderungen der Situation gerecht werden zu können?
- Bedeutsamkeit – inwieweit sind die Anforderungen des Lebens es überhaupt wert, Energie zu investieren?

Aaron Antonovsky sieht darin den Kern eines neuen Denkens über die Gesundheit, der sich vor allem auf die Aufbaufaktoren von Gesundheit richtet und nicht auf die Vermeidung von Krankheit. Er versteht dieses Denken mit einem Übergriff - die Salutogenese. In der Salutogenese wird die Welt als etwas wahrgenommen, das im Prinzip verständlich, konsistent, strukturiert und geordnet ist. Auch unangenehme Überraschungen und schwere Schicksalsschläge zerstören die Weltsicht nicht. Weiters wird das Leben als lösbare Aufgabe gesehen, auch wenn es manchmal großer Anstrengung bedarf. Es gibt interne und externe Ressourcen, die es zu mobilisieren gilt, damit schwierige Situationen, Probleme und Krisen gemeistert werden können. Man ist sich dabei immer bewusst, dass das Leben jede Anstrengung und Mühe wert ist, weil es viele Dinge gibt, derer es sich zu engagieren lohnt.

7.2.3 Stress als Transaktion

Der Sozial- und Persönlichkeitspsychologe Richard S. Lazarus interessierte sich in den 1960er-Jahren für die Dynamik beschwerlicher Erfahrungen. Er entwickelte und testete ein

transaktionales Stressmodell (Lazarus, 1966). Seiner Ansicht nach ist Stress das Ergebnis einer Transaktion zwischen Person und Umwelt. Daher umfasst Stress seiner Meinung nach eine ganze Reihe kognitiver, affektiver und bewältigungsbezogener Variablen. Bevor eine Stress-Reaktion einsetzt, muss der Stressor auf irgendeiner Ebene erkannt und bewertet worden sein. Die kognitive Bewertung spielt eine wesentliche Rolle bei der Situationsdefinition. Nach Lazarus (1967) und Lazarus & Folkman (1984) ist die Bewertung einer bestimmten Situation ein wesentlicher Faktor, wie eine Person reagiert, fühlt oder sich verhält. Im Rahmen dieser Bewertung beurteilt der Betreffende eine Situation danach, wie sich die vorliegende Beanspruchung und eventuelle Gegenmaßnahme auf das Wohlbefinden auswirkt. Prinzipiell unterscheiden sie zwei Stufen der kognitiven Bewertung. Sollte die Beanspruchung die verfügbaren Ressourcen übersteigen, dann kommt die Person primär zur Auffassung, dass

- die Situation möglicherweise zu Schädigung oder Verlust führt (Bedrohungsbewertung)
- eine konkrete Schädigung bereits eingetreten ist (Schädigungsbewertung)
- die Situation einen bestimmten Gewinn oder Nutzen in sich birgt (Herausforderungsbewertung)

Die Wahrnehmung einer Bedrohung löst in der Regel eine Sekundärbewertung aus. Damit meinen Lazarus & Folkman (1984), den Prozess, in dessen Verlauf die Person bestimmt, welche Bewältigungsoptionen ihr zur Verfügung stehen. Oft laufen primäre und sekundäre Bewertungen gleichzeitig ab und beeinflussen sich gegenseitig. Im Verlauf einer Neubewertung werden bisher getroffene Bewertungen, gemäß der Entwicklung der Situation kontinuierlich überprüft, verändert oder umgedeutet. Was ursprünglich als Bedrohung erschien, wird nun zur Herausforderung oder als irrelevant betrachtet. Oft führt die Neubewertung zur kognitiven Eliminierung einer wahrgenommenen Bedrohung. Weiters kommen die beiden zum Schluss, dass es viele situations- und personenabhängige Faktoren gibt, die die Bedrohungsbewertung beeinflussen.

Beispielsweise sind hier zu nennen:

- Anzahl und Komplexität der Bedrohungen
- Wertvorstellungen
- Verpflichtungen und Ziele der Person
- Verfügbarkeit von Ressourcen
- Neuartigkeit der Situation und Kontrollierbarkeit der Bedrohung
- Selbstwertgefühl und sozialer Rückhalt

Als ein weiteres wichtiges Konstrukt im Transaktionsmodell ist die Emotion. Obwohl Gedanken den Emotionen vorausgehen, können Emotionen die Gedanken wieder rum beeinflussen. Eine Bedrohungsbeurteilung, verbunden mit der spezifischen Bedeutung einer Situation für eine Person, löst bestimmte Stressemotionen aus, die sich mit der Bedeutung decken. Für Lazarus & Folkman sind das überzeugende Argumente für die Erklärungskraft der kognitiven Emotionstheorie (1984).

Sie entwickelten das so genannte S O R Modell (Stimuli-Organismus-Reaktionsmodell), ein Erklärungsmodell für die Entstehung von Stressreaktionen.

Tabelle 8: S-O-R - Modell

1 \longrightarrow	2 \longrightarrow	3
Stimuli / Reize	Bewertung	Reaktion
	Erbanlagen, Erfahrungen, Fähigkeiten, Einstellungen, Interessen, usw.	Veränderungen im menschlichen Organismus: kognitiv, emotional, vegetativ und muskulär

Tabelle nach Lazarus & Folkman (1984)

Lazarus & Folkman meinen weiter, dass der Ablauf der Bewertungsprozesse über die Emotionen und das Bewältigungsverhalten bestimmt. Im Gegensatz zu den zuvor beschriebenen reaktions- oder reizbasierten Ansätzen beschäftigt sich das Transaktionsmodell ausdrücklich mit Bewältigungsstrategien.

7.3 Stressreaktionen

Da die Persönlichkeit des Menschen eine Einheit bildet, also Körper und Psyche untrennbar zusammengehören und gleichermaßen betroffen sind, wenn beim Menschen Stress ausgelöst wird, konnten in Untersuchungen vier Verhaltensebenen einer Stressreaktion nachgewiesen werden. Reaktionen auf Stress können auf einer dieser Ebenen, aber auch auf mehreren gleichzeitig erfolgen. Sie beeinflussen sich auch gegenseitig und wechselwirkend.

7.3.1 Emotionale Ebene

Auf dieser Verhaltensebene entstehen unterschiedliche Gefühle oder Empfindlichkeiten, die aus dem ursprünglichen Angriffs- oder Fluchtverhalten resultieren. Die persönlichen Erfahrungen und Belastungssituationen spielen bei diesen Reaktionen eine wesentliche Rolle. Gefühle wie Ärger, Wut, Panik, Verunsicherung, Nervosität und Versagensängste treten auf. Die Stressreaktion beinhaltet eine ganze Reihe unterschiedlicher emotionaler Antworten. In den Fällen in denen der Stressor als spannende Herausforderung betrachtet wird, die bewältigt

werden kann, kann die Reaktion eine Art freudige Erregung sein. Meistens wird der Stress als akut und unangenehm empfunden und löst üblicherweise negative Emotionen aus, die wiederum Anstrengungen erfordern, um das Unbehagen auf direkte oder indirekte Weise zu reduzieren. Physische und psychische Spannungen nehmen zu, die Persönlichkeitszüge verändern sich, moralische und emotionale Zwänge nehmen ab und das Selbstwertgefühl vermindert sich stark.

7.3.2 Kognitive Ebene

Diese Ebene beschreibt alle geistig, gedanklichen Vorgänge, wie Denk- und Wahrnehmungsprozesse wie Planung, kreatives Denken, Einschränkung der Wahrnehmung, kognitive Neubewertung und Selbstbewertung. Bevor eine Stressreaktion einsetzt muss der Stressor auf irgendeiner Ebene erkannt und bewertet werden. Die kognitive Bewertung spielt bei der Situationsdefinition eine zentrale Rolle. Bewertungen wie groß ist die Bedrohung, welche Ressourcen für Gegenmaßnahmen stehen zur Verfügung.

Als Überforderungsreaktion bei Stress werden diese Denk- und Wahrnehmungsprozesse eingeeengt. Gleichzeitig treten gedankliche Bewertungen der Situation auf und es kommt zu Konzentrationsmangel, Denkblockaden und Gedankenkreisel.

Die Konzentration und Aufmerksamkeitsspanne nehmen ab, die Ablenkbarkeit nimmt zu, Kurz- und Langzeitgedächtnis verschlechtert sich, die Reaktionsgeschwindigkeit wird unvorhersagbar, die Fehlerhäufigkeit nimmt zu, die Fähigkeit zu langfristigen Planen nimmt ab, Täuschungen und Denkstörungen nehmen zu.

7.3.3 Motorische Ebene

Auf dieser Verhaltensebene kann man eine Anspannung der willkürlichen Körpermuskulatur beobachten. Diese Reaktion hat sich der Mensch aus der Urzeit erhalten. Die Muskelspannung signalisiert Bereitschaft zu Kampf oder Flucht. Da der zivilisierte Mensch in der Regel weder körperlich kämpft noch vor der Gefahr flieht, werden die erhöhten Muskelspannungen nicht abgebaut und es besteht die Gefahr einer Dauerspannung, die sich in körperlichen Beschwerden äußern.

Tabelle 9: Flucht- und Kampfreaktionen

Fluchtyp	Kampf-Typ
Gedanken und Gefühle: Wegwollen aus einer Situation, Angst haben zu bleiben, Angst vor Leistungsanforderung, mangelndes Vertrauen in die eigene Leistungsfähigkeit, Angst vor Bedrohung, überstarkes Pflichtgefühl, Unzufriedenheit	Gedanken und Gefühle: Leben ist Kampf, inneren Widerstand leisten, sich angegriffen fühlen, Wettkampfstimmung, Verbissenheit, Dickköpfigkeit, Bestrafungswünsche, Zerstörungsimpulse

Verhaltensweisen: Meidungsverhalten, sich zurückziehen, sich nicht festlegen wollen, Anforderungen vor sich her schieben, Anpassung, zwanghaftes Verhalten, aufopferndes Verhalten um Schuldgefühle zu unterdrücken.	Verhaltensweisen: Kämpfen, schlagen, Protest, Ironie, Zynismus, Abwertung anderer autoritäres Verhalten, nicht zuhören können, seine Gefühle nicht zeigen, übermäßiges Leistungsstreben, Strebertum
---	--

Tabelle nach Semmer (1997)

7.3.4 Vegetative Ebene

Auf dieser Ebene zeigen sich alle Reaktionen des vegetativen Nervensystems, die nicht willkürliche kontrollierbar sind. Folgeaktionen als Zeichen der Überforderung können beispielsweise trockener Mund, flaves Gefühl im Magen, Schweißausbruch, Erröten oder Herzklopfen sein. Die vegetativen Veränderungen bei Stress-Situationen sind in den letzten Jahren messtechnisch immer besser zugänglich geworden. Der zeitliche Ablauf des Stress-Mechanismus konnte genau analysiert werden.

7.4 Stresstypen

Trotz der großen Streubreite menschlicher Anlagen konnte die Wissenschaft zeigen, dass es unterschiedliche Stress-Typen gibt. In mehrjährigen Studien wurde eine große Zahl von Probanden bezüglich ihrer Verhaltensmuster untersucht. Als Ergebnis der Untersuchungen können folgende Stress-Typen unterschieden werden:

7.4.1 A-Typ

Der Typ A-Mensch zeichnet sich durch eine Kombination von ganz bestimmten Eigenschaften aus:

Sie sind von Konkurrenzdenken geprägt, fordernd, ungeduldig und unflexibel. Stark engagiert in ihrer Arbeit, sie lieben viele Termine und Druck, ziehen das Führen dem geführt werden vor und bemühen sich um Anerkennung von Vorgesetzten mehr als von Gleichrangigen. Obwohl ihnen bewusst ist, dass sie in ihrer Arbeit überlastet sind, zeigen sie wenig Verständnis für sich selbst und sind ihren eigenen Schwächen nicht toleranter, als gegenüber Schwächen anderer.

Obwohl diese Personen zunächst sehr erfolgreich sind, kann es durch diese Eigenschaften im zwischenmenschlichen Bereich zu Konflikten kommen. Das Gefühl von Schwäche wird nicht zugelassen, diese Menschen können sich nicht ausreichend regenerieren.

7.4.2 B-Typ

Die Typ B-Menschen sind besonnen und ruhig, zu Kompromissen bereit ohne deshalb faul, bequem oder weniger leistungsfähig zu sein. Sie fühlen sich selten unter Zeitdruck gesetzt, können ohne Schuldgefühl entspannen, stehen nicht unter dem Zwang überall Recht haben zu müssen, leben bewusster, versuchen erst gar nicht ein „Übermensch“ zu sein. Ständige Hektik, das Gefühl der Mitmensch ist ein Gegner sowie dauernde Kampfbereitschaft fehlen. Ihre innere Bereitschaft und Einstellung auch einmal Misserfolge zuzulassen, ermöglicht ihnen eine entspannte Wahrnehmung und Lebenssituationen.

7.4.3 C-Typ

Hat ein hohes Maß an Selbstvertrauen, geht mit Konzentration und Mut an Herausforderungen heran, kann unter Druck arbeiten und behält dennoch die Kontrolle über Zeit und Umfeld, legt sinnvolle Pausen ein, spürt den richtigen Zeitpunkt für kreatives Arbeiten.

Bei diesen Grundformen können durch gelernte Fehlsteuerungen, wie beispielsweise durch entsprechende Sozialisationsbedingungen weitere Formen von Stress-Typen gefördert und herausgebildet werden.

7.5 Stressbewältigung

Da das Leben unvermeidlich Stress mit sich bringt ist es wichtig mit ihm umgehen zu lernen. Die Bewältigung oder Coping bezieht sich auf den Versuch, den Anforderungen unserer Umwelt so zu begegnen, dass negative Konsequenzen vermieden werden.

„Bewältigung ist die Gesamtheit fortwährend in Veränderung begriffener kognitiver und verhaltensbezogener Anstrengungen zur Handhabung bestimmter externer und/oder interner Anforderungen, die vom Betroffenen als seine Ressourcen belastend oder überlastend bewertet werden.“

(Lazarus & Folkman, 1984, S.141)

Diese Definition beschreibt Bewältigung eindeutig als Prozess und nicht als vorliegende Kompetenz einer Person oder als Resultat einer Situation. Bewältigungsstrategien kann man danach unterscheiden, ob sie sich mit dem Problem selbst oder mit den eigenen Gefühlen und der Wahrnehmung des Problems beschäftigen.

7.5.1 Problemfokussierte Bewältigung

Zu dieser Bewältigungsstrategie gehören Taktiken, die zur Problemlösung beitragen können. Veränderung des Stressors oder der Beziehung zu ihm durch direkte Handlungen und Aktivitäten. Aufwand und Nutzen verschiedener Maßnahmen werden abgewogen um das Veränderbare zu verändern oder sich gegebenenfalls neue Kompetenzen anzueignen. Problemfokussierte Anstrengungen können nach außen gerichtet sein, um den Aspekt der Umwelt zu verändern oder nach innen, um das Gleiche mit dem Selbst zu tun.

- Kämpfen – zerstören, entfernen oder verringern der Bedrohung
- Flüchten – sich von der Bedrohung distanzieren
- Suche nach Alternativen – verhandeln oder Kompromisse schließen
- Stress vorbeugen – etwas zu Steigerung der eigenen Resistenz unternehmen oder Intensität des Stressors herabsetzen

7.5.2 Emotionsfokussierte Bewältigung

Die Taktik dieser Strategie zielt darauf ab, die emotionale Belastung zu mindern. Veränderungen des Selbst durch Aktivitäten, die zu einem besseren Befinden führen, den Stressor jedoch nicht beeinflussen. Dazu gehören beispielsweise: Distanzierung, Vermeidung, selektive Aufmerksamkeit, Beschuldigung, Verniedlichung, Wunschdenken.

- Aktivitäten, die an den körperlichen Bedingungen ansetzen (Drogeneinnahme, Entspannung, Biofeedback)
- Aktivitäten, die an den kognitiven Bedingungen ansetzen (geplante Ablenkung, Gedanken über die eigene Person)
- Unbewusste Prozesse, die die Realität verzerren und zu innerpsychischen Stress führen

Auch dadurch kommt es zu einer Art Neubewertung der Situation indem die Art und Weise, wie man einem belastenden Ereignis begegnet, neu konstruiert ohne, dass der objektiv vorliegende Sachverhalt verändert wird. Auf diese Art der Bewältigungsstrategie wird dann zurückgegriffen, wenn an der Situation selbst nichts verändert werden kann.

7.5.3 Kognitive Dissonanz

Das maßgeblich von Leon Festinger entwickelte Konzept bezieht sich auf das Verhältnis von Einstellungen und Verhalten und wurde in seinem Buch „A Theory of Cognitive Dissonance“, zu einer sozialpsychologischen Theorie ausgebaut (Festinger, 1957).

Die durch die Erfahrungen entstanden komplexen Vorstellungen des Menschen zu einzelnen Themen, die sich aus Werten, Einstellungen, Annahmen, Wahrnehmungen zusammensetzen, streben nach Konsonanz mit dem individuellen Selbstbild. Entsteht Dissonanz, werden die Menschen ihre Einstellungen usw. so ändern, dass ein stimmiges Gesamtgefüge, psychologische Harmonie entsteht, denn derartige Unstimmigkeiten werden als überaus unangenehm und belastend empfunden. Es gibt mehrere Möglichkeiten der kognitiven Dissonanz entgegen zu wirken. Wenn Menschen die Möglichkeit haben zwischen verschiedenen Optionen zu wählen, lässt sich beobachten, dass sie die positiven Aspekte einer einmal getroffenen Entscheidung stärker hervorheben, während sie sich negativen Argumenten ganz verschließen. Das heißt man repariert die kognitive Dissonanz indem man die Einstellung zu einer bestimmten Aufgabe beispielsweise anpasst, um ein stimmiges Bild zu erhalten. Widersprüche zwischen Kognitionen und Emotionen können durch Verdrängung oder Umdeutung ausgeglichen werden.

Für unsere Stresseinsicht bedeutet das, dass wir die einmal getroffene Entscheidung, dass Stress uns nicht leistungsminimiert immer wieder bestätigen, weil wir uns mit der Tatsache, dass wir auch Leistungsgrenzen haben, nicht auseinander setzen wollen. Verleugnung ist ein Abwehrmechanismus, der Schutz gibt. Man will die eigene Erwartungshaltung und die, der anderen erfüllen.

7.5.3.1 Kognitive Dissonanz als Rechtfertigung des beruflichen Überlebens.

Um effizient handeln zu können, benötigen Menschen ein stabiles mentales Modell, mit dem sich eine Situation erklären lässt. Um diese Stabilität zu gewährleisten, wird an einer einmal gefunden geistigen Ordnung möglichst lange festgehalten. Etwas nicht Wissen oder nicht Können bedroht unser Kompetenzgefühl, sodass umdenken als Bedrohung erlebt wird. Menschen halten also auch deswegen an ihren mentalen Modellen fest, um das Kompetenzgefühl zu schützen. Da der Mensch ohne Kompetenzgefühl nicht handlungsfähig ist, hat Kompetenzschutz eine wichtige Funktion in der Regulation in der menschlichen Psyche. Verstärkt wird diese Einstellung noch durch die Einstellungen der jeweiligen Berufsgruppen.

7.5.3.2 Kognitive Dissonanz in Gruppen

In Gruppensituationen spielt die kognitive Dissonanz häufig eine Rolle, weil eine neu zu einer Gruppe hinzukommende Person ihre bisherigen Annahmen und Verhaltensweisen denen der Gruppe anpassen muss. Die Gruppenzugehörigkeit als konsonanter Faktor ist ein maßgeblicher Grund dafür. Da eine Veränderung eines Verhaltens aus der Gruppe heraus sehr schwierig bis unmöglich ist, muss auf Systemebene die Grundlage für Einstellungsveränderungen

geschaffen werden. Reflexion der eigenen Denkmodelle ist wichtig daher muss Raum und Zeit geschaffen werden, damit das auch möglich ist.

7.6 Stress im Spitalsalltag

Das Krankenhauspersonal wird immer wieder mit Situationen konfrontiert, die es an die Grenze der fachlichen und emotionalen Belastbarkeit bringt.

Medizinische Notfälle sind in der Regel sehr komplex. Sie sind meist unüberschaubar, es muss unter Zeitdruck gehandelt werden und viele Aufgaben sind gleichzeitig zu bewältigen. Komplexität erschwert die rasche und vollständige Einschätzung eines Problems und erhöht die Inzidenz von Fehlern in der Diagnostik und Therapie. Eine Situation wird dann als komplex bezeichnet, wenn mehrere der folgenden Kennzeichen vorhanden sind:

Tabelle 10: Komplexität kritischer Situationen

Situationsmerkmale	Handlungsanforderungen
Großer Umfang, Vernetztheit, Eigendynamik, Zeitverzögerung, Irreversibilität	Intransparenz, Unsicherheit, Einmaligkeit, Informationsfülle, Zeitdruck, Risiko, Zielpluralität, viele „Mitspieler“

Tabelle nach Dörner et.al. (1983)

Medizinische Notfälle setzen sich meist aus einer Vielzahl kritischer Situationen mit hohen Handlungsanforderungen zusammen.

Ob und wie weit eine Situation Stress auslösen kann, liegt an der persönlichen Beantwortung zweier Fragen:

- Situation: Ist diese Situation für meine Ziele bedrohlich, neutral oder günstig?
- Ressourcen: Werde ich mit der Situation zurechtkommen?

7.6.1 Situationsbewertung

Ein wesentliches Merkmal in der Akutmedizin beispielsweise liegt in der Tatsache, dass Menschen schlagartig mit einer für sie unbekanntem Situation konfrontiert werden.

Was in den ersten Sekunden eines Notfalls wahrgenommen wird, wird durch die handelnden Personen bewertet. Diese Bewertungen laufen schnell, unbewusst und ganzheitlich ab und werden als Gefühl wahrgenommen. Primär wird die Situation danach bewertet, ob die subjektive Einschätzung der Lage bedrohlich ist oder nicht. Wesentlich für die Bewertung ist die subjektive Einschätzung der Lage, nicht die reale Situation selbst. Die Bewertung ist von Können, Wissen und Ressourcen, von Werten, dem Weltbild und auch von der persönlichen Tagesform abhängig (Greif 1989; Ulrich 2001; Semmer 2003). Das Wissen um ein etwaiges Missverhältnis zwischen fachlichem Können und der situativen Anforderung ist ein Beispiel

eine Situation als bedrohlich zu erleben. Wird eine Situation als bedrohlich bewertet, kann diese für Menschen nicht so bleiben. Entweder die Situation muss verändert werden oder die handelnden Personen müssen sich ändern. Auch diese Notwendigkeit zur Veränderung löst Stress aus (Lazerus & Folkman, 1984).

7.6.2 Ressourcenbewertung

Der ersten Bewertung folgt ebenso ganzheitlich und unbewusst eine sekundäre, die auf die eigenen Ressourcen bezogen ist. Diese Bewertung entscheidet darüber, mit welcher Strategie ein Mensch auf Stress antwortet. Um mit einer Situation zu recht zu kommen müssen die persönlichen Ressourcen wie beispielsweise Erfahrungen, Fertigkeiten, Ausrüstung und die beteiligten Teammitglieder größer sein als die Anforderungen. Seine Einschätzung der verfügbaren Ressourcen hängt ebenso wie die Bewertung der Situation von seinen Zielen ab. Gefährdete Ziele können dabei von Identitätszielen über globale und konkrete Ziele reichen. Ziele, die unmittelbar das Leben eines Patienten betreffen, werden als besonders wichtig bewertet und lösen deshalb bei ihrer Gefährdung in besonderem Maße Stress aus.

7.6.3 Stressoren im Spitalsalltag

Was Stress auslöst, ist wie beschrieben, subjektiv. Es gibt aber Faktoren, die die Wahrscheinlichkeit erhöhen, Stress zu erleben (Semmer 1997; Kühn et al. 2001). Die Stress-Risikofaktoren sind Ereignisse, die von den meisten Menschen als bedrohlich für wichtige Ziele erlebt werden. Manche Stressoren treten nur in kritischen Situationen auf (akute Stressoren), während andere Stressoren ständige Bedingungen der Arbeitswelt sind (chronische Stressoren).

Akute und Chronische Stressoren in der Medizin sind der nachstehenden Tabelle zu entnehmen:

Tabelle 11: Stressoren im Krankenhaus

Akute Stressoren	Chronische Stressoren
Zeitdruck	Zu lange Arbeitszeiten
Komplexität der Arbeitswelt	chronischer Schlafmangel
Verantwortung für Leben des Patienten	Patienten durchschleusen (ständiger Produktionsdruck)
fachliche Überforderung	hoher Arbeitsaufwand durch Bürokratie
begangene Fehler	wenig Unterstützung durch Vorgesetzte
Müdigkeit	Abhängigkeit von Vorgesetzten – „Karriere“
häufige Unterbrechungen von Routinehandlungen	Konkurrenz unter Kollegen
akustische Signale	berufliches Selbstbild (falsche Fehlerkultur und illusorische Dogmen – „kein Patient darf
arbeiten in schlechten Teambedingungen	

unklare Kompetenzen Furcht vor Konsequenzen	mir versterben“) ständige Konfrontation mit Sterben und Leid
--	---

Tabelle nach Semmer (1997) und Kühn et al (2001)

Stress verändert nicht nur die Physiologie des Menschen, sondern auch das Denken und Fühlen.

- Es findet eine Fokussierung auf das aktuelle Problem statt
- Der Auflösungsgrad der Informationsverarbeitung wird reduziert

Die Fokussierung bedeutet einerseits Konzentration auf das Wesentliche, was bedingt, dass die Schwelle zur Auswahl eines anderen Motivs steigt. Man bleibt bei dem, was man gerade tut (Dörner, 1989). Andererseits bedeutet Fokussierung aber auch Einengung des Denkens, indem man sich ausschließlich mit dem aktuellen Problem beschäftigt. Das Handeln wird auf kurzfristige Ziele ausgerichtet und man verliert den Blick für mögliche Probleme, die im weiteren Verlauf der Behandlung entstehen könnten (Lantermann et al. 1992).

Die eigenen Handlungen werden außerdem stärker durch Gefühle geleitet, sodass eine intensive Situationsanalyse entfällt und Entscheidungen unüberlegter getroffen werden. Menschen, die unter Stress stehen, planen weniger und greifen häufig auf Automatismen und Regeln zurück. Dadurch werden auch bei neuartigen Notfallsituationen alte Verhaltensprogramme aufgerufen. Man tut, was man am besten kann und möglicherweise nicht das, was am Besten ist. Die stressbedingten Veränderungen von Denken und Fühlen können auf vielerlei Weise die Fehlerwahrscheinlichkeit erhöhen. Wird ein Fehler begangen, so steigt der Stresspegel, was wieder rum weitere Fehler begünstigt. Eine Kette schlechterer Entscheidungen kann die Folge sein.

7.6.4 Stressresistenz

Wesentlich mit dem Umgang mit akuten und chronischen Stressoren ist die Tatsache, dass sich beide Arten in ihrer Wirkung addieren. Wer mit akuten Stressoren erfolgreich umgehen können will, muss sein Augenmerk auch auf die Ursachen der chronischen Stressoren legen und entsprechende Bewältigungsstrategien entwickeln. Semmer (2003) meint darüber hinaus, dass es Menschen gibt, die weniger von Stressoren beeinflusst werden als andere. Bei ihnen konnten Merkmale identifiziert werden, die für die Stressresistenz verantwortlich gemacht werden.

- Sie haben das Gefühl, dass der Erfolg ihres Handelns von ihnen abhängt und nicht von äußeren Bedingungen diktiert wird
- Sie sehen Stressoren als Herausforderung an

-
- Sie haben generell eine optimistische Haltung ohne naiv zu sein
 - Sie haben bezüglich ihrer Ziele eine hohe Hingabe, ohne fanatisch zu sein. Sie sind in der Lage ihre Ziele flexibel an die Möglichkeiten anzupassen.
 - Sie nehmen Misserfolge und Fehler als normal hin und deuten sie nicht als Zeichen ihrer eigenen Unzulänglichkeit.

7.6.5 Stressbewältigung im Krankenhaus

Bei der problemorientierten Bewältigungsstrategie im Krankenhaus muss man sich fragen, ob die gesteckten Ziele zu hoch waren und muss sie dementsprechend an realistische Ziele anpassen. Das Problem in der Akutmedizin liegt darin, dass die Ziele nicht einfach aufgegeben werden können. Akuter Stress im Krankenhaus löst starke Emotionen aus. Es kann notwendig sein, seine Gefühle zu bewältigen bevor eine inhaltliche Lösung des Problems möglich wird. Es kann hilfreich sein, seinen Emotionen einfach auszuleben und sich an seinen Mitmenschen abzureagieren. Dieser Weg ist in der Patientenversorgung eindeutig kontraproduktiv. Der angemessene Umgang mit Emotionen liegt darin seine vorab bearbeiteten Gefühle kooperativ einzusetzen und nicht indem man andere emotional attackiert.

Diese Vorbereitung setzt allerdings ein Minimum an Selbstkontrolle voraus und funktioniert solange, wie der Stress einen Menschen nicht überfordert.

7.6.6 Kognitive Notfallsreaktion

Nicht selten überschreitet gerade in der Akutmedizin der Stress die Grenzen der persönlichen Leistungsfähigkeit. Sind Menschen mit einer Situation überfordert, weil ein Problem weder kontrollierbar noch lösbar erscheint, bedroht diese Situation ihr Kompetenzgefühl. Dieses Kompetenzgefühl ist aber nötig, um die eigene Handlungsfähigkeit zu erhalten und muss daher geschützt werden. Das kognitive System spielt einen Streich und vermittelt das Gefühl, dass wichtiger als die Lösung eines vitalen Problems die Aufrechterhaltung des Gefühls die Sache im Griff zu haben ist. Jede weitere Belastung des Kompetenzgefühls, wie etwa Zweifel an der eigenen Planung, wird vermieden. Widersprüchliche Informationen werden so uminterpretiert, dass sie das vorhandene Wissen bestätigt. Man sieht nur noch das was man sehen möchte und es kommt zur Informationsverzerrung. Zugleich wird die schon belastete Ressource bewussten Denkens sparsamer eingesetzt, was dem Prinzip der Ökonomisierung entspricht.

Kognitive Notfallsreaktionen äußern sich in folgenden Symptomen:

Tabelle 12: Symptome der kognitiven Notfallreaktion

Externalisierung des Handelns	Die Konzentration liegt weniger auf Prozessen wie denken und planen, sondern mehr auf dem Handeln. Das Handeln wird durch diverse Außenreize gesteuert und nicht durch gesetzte Ziele, was ein sprunghaftes Vorgehen zur Folge hat.
Schnelle Lösungen	Es erfolgt ein Rückgriff auf bekannte Denkmuster und Automatismen und es werden einfache und schnelle Lösungen bevorzugt
Unangemessene Komplexitätsreduktion	Es werden einfache Denkmodelle gebildet, das eigene Modell der Situation wird gegenüber anderen Sichtweisen verteidigt. Daraus resultiert Rechthaben wollen und Abwehr von Kritik. Widersprüchliche Informationen werden aktiv ausgeblendet und die Verantwortung für Probleme wird auf die Dummheit anderer Personen zugeschrieben, statt der Komplexität der Situation.

Tabelle nach Semmer (1997) und Kühn et al (2001)

Für den Betroffenen läuft die kognitive Notfallsreaktion in aller Regel unbewusst ab. Bewusst fühlt man sich dem Problem durchaus gewachsen, da das Kompetenzgefühl erfolgreich gegenüber allen Zweifeln verteidigt wird.

7.6.7 Umgang mit Stress im Krankenhaus

Es gibt keine Patentlösungen um den Stress in Notfallsituationen zu reduzieren. Ein gewisses Maß an Stress wird jeden Spitalsmitarbeiter sein Berufsleben lang begleiten. Da die Überforderung in einer kritischen Situation das Zusammenspiel mehrerer Faktoren ist, lassen sich jedoch vier Ansatzpunkte definieren, mit Hilfe derer eine Überforderung mit kognitiver Notfallsreaktion weniger wahrscheinlich wird.

7.6.7.1 Reduktion von chronischem Stress

Grundvoraussetzung ist persönliche Stressoren zu erkennen und die eigene Reaktion auf sie einschätzen zu können. Gezieltes individuelles Stressmanagement kann bedeuten, eine entspannte und gelassene Grundhaltung im Leben anzustreben. Eine Folge davon ist eine ausgeglichene Lebensbalance. Auf Zeiten der Anspannung müssen Zeiten der Entspannung folgen.

7.6.7.2 Reduktion von akutem Stress

Vorausschauend planen, in Handlungspausen nächste Schritte vorzubereiten hilft Stress zu reduzieren. Die einengende Wirkung der Stressreaktion aufheben, einen Schritt zurücktreten und eine andere Perspektive einnehmen und sich fragen, was sonst noch wichtig wäre. Man muss sicherstellen, dass man realistische Ziele verfolgt und etwaige Misserfolge sollte man als Einzelergebnisse sehen und sie nicht auf die eigene Person beziehen.

7.6.7.3 Erhöhung der persönlichen Belastbarkeit

Eine vorsichtig optimistische Grundhaltung einnehmen und ausreichend Sport und eine gesunde Ernährung helfen auch körperliche Ressourcen für Stresssituationen aufzubauen. Wichtig ist, Zwischenfälle und Teamverhalten in realistischer Umgebung zu üben.

7.6.7.4 Vergrößerung der Ressourcen

Wissen und Können helfen, weniger Stress zu erleben. Daher sollte man Fertigkeiten im Spitalsbetrieb regelmäßig trainieren, sich Wissen aneignen und Problemlösungsstrategien einüben. Weiters hilft es in kritischen Situationen das Team zu erweitern und so ausreichend Ressourcen zu schaffen.

7.6.7.5 Beitrag der Organisation zur Stressreduktion

Aus arbeitspsychologischer Sicht spielt die Organisation bei der Entstehung und Prävention von Stress eine große Rolle. Die Arbeitsbedingungen zu verändern, die als chronische Stressoren erkannt wurden, ist wesentlich effektiver als viele Menschen zur Veränderung zu veranlassen. Viele akute Stressoren sind in der Medizin unvermeidbar (der Anblick Schwerstverletzter, das Erleben von Sterben), gleiches gilt auch für chronische Stressoren wie Nacharbeit oder Schichtdienst. Organisationen können sich aber über folgende Maßnahmen, die die Stressbewältigung ihrer Mitarbeiter unterstützen, Gedanken machen:

- Ein Klima der Unterstützung schaffen. Um Hilfe zu fragen ist selbstverständlich, man weiß jederzeit, wen man um Hilfe rufen kann
- Auf die Regeneration ihrer Mitarbeiter achten
- Debriefing nach kritischen Situationen
- Regelmäßige Fallkonferenzen und Fortbildungen zum Thema Stress

8 Forschungsteil

Forschungsfrage:

„Warum bestehen Unterschiede zwischen dem medizinischen Personal der Gynäkologischen Abteilung des Wilhelminenspitals und dem medizinischen Personal im angloamerikanischen Raum in der Akzeptanz, Stress als leistungsminimierenden und fehlerverursachenden Faktor zu sehen?“

8.1 Ausgangslage

Die Studie von Sexton et al. (2000) hat ergeben, dass Mediziner sich gerne als unantastbar geben, sie stehen über ihren Fehlern. Ebenso spielen sie den Effekt von Erschöpfung und Stress herunter. Arbeiten, wenn man erschöpft ist, wird in der Medizin als professionell angesehen. Das Erkennen und Wahrnehmen von Stressoren und deren Auswirkungen würde mit-helfen, Fehler zu reduzieren.

Im Frühjahr 2002 wurde auf Initiative des Kollegiums für Hausarztmedizin und mit Unter-stützung der Schweizerischen Akademie der medizinischen Wissenschaften eine große epi-demiologische Studie über den Gesundheitszustand der Hausärzte in der Schweiz durchge-führt. 1784 Ärzte haben einen ausgefüllten Fragebogen zurückgeschickt. Eine Mehrheit der Befragten (41%) ist der Meinung, dass ihr Gesundheitszustand sehr gut sei. 69% fühlten sich während der vergangenen vier Wochen „oft sehr gut“ oder „immer glücklich.“ Andererseits gaben 65% der Ärzte an, dass sie im Laufe der vergangenen Woche irgendein Medikament eingenommen hätten, wovon in 9 von 10 Fällen in Form von Selbstmedikation. Diese Zahl liegt deutlich höher als in der schweizerischen Gesamtbevölkerung. Der Anteil der regelmä-ßigen Raucher unter den Schweizer Hausärzten beträgt 12,4%, was deutlich unter dem Durch-schnitt der Gesamtbevölkerung liegt. Demgegenüber ist der regelmäßige Alkoholgenuss deut-lich häufiger zu beobachten.

Beruflicher Stress ist bei 44% der Teilnehmer stark oder sehr stark. Die Hauptstressfaktoren, die in der Studie festgestellt wurden, lagen auf äußeren Faktoren, wie Veränderung schweize-rischen Gesundheitssystems, Belastungen durch administrative Tätigkeiten, Image des Arzt-berufes in den Medien und zu hohe Erwartungshaltungen der Patienten. Stressfaktoren, die bei den Ärzten selbst liegen sind Unsicherheiten bzgl. Diagnosen, die Notwendigkeit das Wissen auf aktuellem Stand zu halten und auch die Begleitung Sterbender.

Ein Vergleich, der mit kanadischen Ärzten angestellt wurde, ergab, dass als Hauptursachen von Stress das hohe Arbeitsvolumen, zu wenig Schlaf, die Angst vor Kunstfehlern, sowie die wachsenden Forderungen der Gesellschaft.

Eine australische Studie hat ebenfalls gezeigt, dass die Hauptfaktoren für Stress im äußeren Umfeld liegen, wie beispielsweise ein tiefes Einkommensniveau, Zeitdruck, unrealistische Erwartungen der Gesellschaft, sowie Konflikte zwischen Berufs- und Privatleben.

Übrigens hat eine Studie bei 457 Pflegenden in der Schweiz im Jahre 1991 ähnliche Resultate ergeben (Bovier et al., 2005).

Aufbauend auf der Untersuchung von Sexton et al. (2000), die Einstellungen und Selbstflexion von 30.000 Piloten und 1.033 Ärzten und Krankenschwestern hinterfragt haben, konnten wir aus den Befragungen 2003 und 2006 mittels MEDMAQ, die Einschätzung der Auswirkung von Stress auf das persönliche Leistungsverhalten an unserer Abteilung auswerten.

Die Ergebnisse ließen generell darauf schließen, dass Stress sich nach der Meinung des ärztlichen und nichtärztlichen Personals an der Gynäkologischen und Geburtshilflichen Abteilung des Wilhelminenspitals auf das Leistungsverhalten weniger auf die Fehleranfälligkeit auswirkt als die anderen Bedingungsfaktoren.

Die Fragen für den Bereich Stress unterteilten sich in zwei Kategorien.

Stressanerkennung

Generelle Einschätzung der Wirkung von Stress -

- Wir sollten uns über mögliche persönliche Probleme anderer Teammitglieder bewusst sein und dies in unsere Überlegungen mit einbeziehen
- Ich arbeite weniger effektiv, wenn ich müde bin
- Die Mitarbeiter eines Teams sollten gegenseitig auf Zeichen von Überforderung oder Ermüdung achten
- Teammitglieder sollten sich verpflichtet fühlen, ihren persönlichen Stress oder ihre körperlichen Probleme anderen Teammitgliedern gegenüber zum Ausdruck bringen
- Persönliche Probleme können meine Arbeitsleistung negativ beeinträchtigen
- Effektive Koordinationsarbeit im Team erfordert von den Mitarbeitern, die verschiedenen Persönlichkeitstypen zu berücksichtigen

- Wenn meine Arbeitsbelastung übermäßig ansteigt, verringert sich meine Konzentrationsfähigkeit

Stressabwehr

Einschätzung der Auswirkung von Stress auf das persönliche Leistungsverhalten -

- Sogar wenn ich müde bin, kann ich in kritischen Phasen eines medizinischen Eingriffs effektiv arbeiten.
- Meine Fähigkeit Entscheidungen zu treffen, ist in Notfallsituationen genauso gut wie im Routinebetrieb
- Meine Leistung wird nicht beeinträchtigt, wenn ich mit einem unerfahrenen oder weniger leistungsfähigen Teammitglied zusammenarbeite
- Ein wirklich professionelles Mitglied eines Teams kann persönliche Probleme während eines medizinischen Eingriffs ausblenden.

Tabelle 13: Mittelwertstabelle zu Stress und Abbildung nach Zustimmung

	Nachher	Vorher
Stress	2006	2003
Stress- anerkennung	3,94	3,71
Stress- abwehr	3,31	3,47

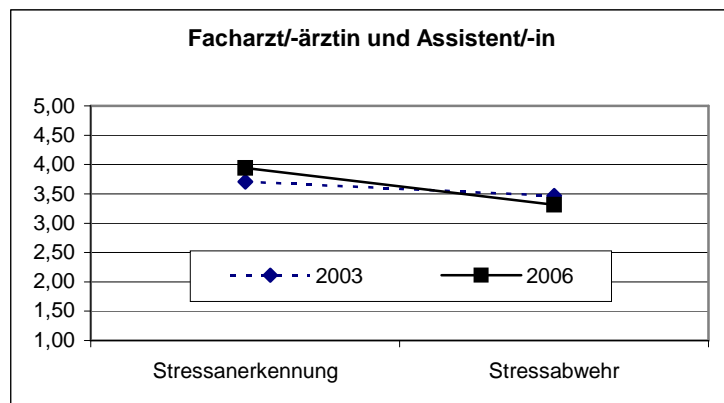


Tabelle nach Farthofer (2006)

Auch beim Vergleich innerhalb der befragten Berufsgruppen ließ sich erkennen, dass das Thema Stress und seine leistungsminimierende Wirkung unterschiedlich hohe Zustimmung erhält.

Tabelle 14: Mittelwertstabelle zu Stress und Abbildung nach Zustimmung

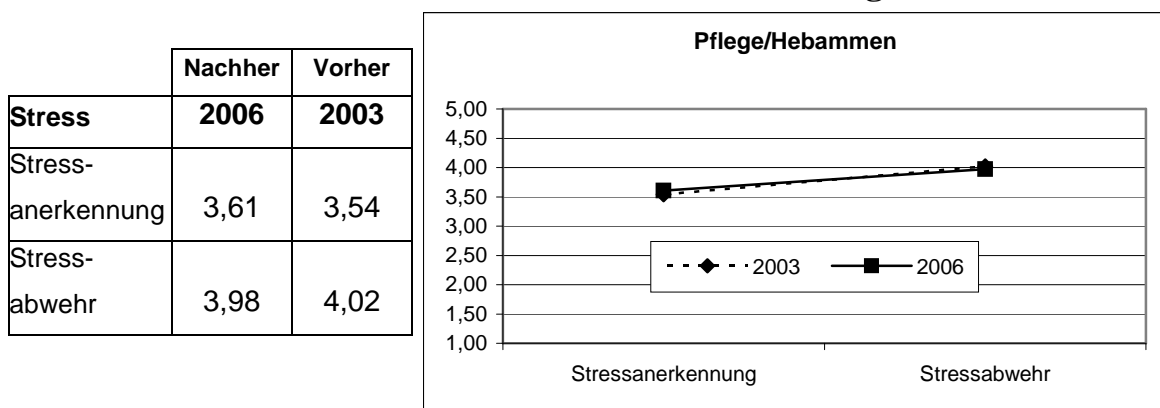


Tabelle nach Farthofer (2006)

Die Beurteilung von Stress und dessen Auswirkung auf die Arbeitsleistung, der Umgang mit Stress und die berufsgruppenspezifischen Unterschiede der Stresswahrnehmung werden in der Folge näher unter die Lupe genommen.

Um die Themenbereiche Stressanerkennung und Stressabwehr näher zu untersuchen habe ich mich für das qualitative Interview als Erhebungsverfahren und als Teilbereich der qualitativen Sozialforschung, entschieden.

8.2 Methode

In den letzten 10 bis 20 Jahren kann man den Trend zu mehr qualitativer Forschung beobachten (Mayring, 2002). Qualitative Methoden eignen sich besonders dann, wenn ein Thema und die damit zusammenhängende Aspekte in ihrer Komplexität verstanden werden sollen. Die Ergebnisse qualitativer Untersuchungen können Hinweise auf neue Fragen zu einem Thema liefern und festgefahrene Gedanken eine neue Richtung geben. Die Wurzeln des qualitativen Denkens gehen bis zu Aristoteles zurück. Viel später wurde als Gegenstück zur Naturwissenschaft ein praktisch-philosophisches Wissenschaftsverständnis, das für die Humanwissenschaften adäquater erschien, entwickelt. Die Ideen für Forschungsprojekte liegen oft in der Biographie des Forschers begründet und seine Hintergründe und persönlichen Erfahrungen wirken sich auch auf die Interpretationen der untersuchten Phänomene aus.

Das Grundgerüst qualitativen Denkens setzt sich aus 5 Grundsätzen zusammen:

- Die Forschung muss subjektbezogen sein
- Sie fordert die Deskription
- Die Interpretation ist fixer Bestandteil
- Die Untersuchung muss im alltäglichen Umfeld stattfinden
- Die Ergebnisse werden in Verallgemeinerungsprozessen generalisiert.

Qualitative Forschung fragt nicht danach, wie ein bestimmtes Phänomen in einer Population verteilt ist, sondern versucht, dieses Phänomen an sich zu verstehen. Die Qualitative Forschung untersucht, was hinter bestimmten Erscheinungsformen steckt und wie diese mit anderen Phänomenen zusammenhängen. Die Qualitative Forschung kann und will keine mengenmäßigen Aussagen treffen. Die phänomenologische Forschung schöpft ihre Erkenntnisse aus den Erfahrungen ihrer Untersuchungsteilnehmer. Auch die vorliegende Untersuchung bezweckt keine repräsentativen Aussagen bzgl. der Einsicht, dass Stress ein leistungsminimierender und fehlerverursachender Faktor ist. Vielmehr sollen die Aussagen der Interviewpartner thematisch gesammelt und hinsichtlich der vorliegenden Phänomene analysiert werden.

8.2.1 Stichprobe und Durchführung der Datenerhebung

Die vorliegende Untersuchung führte ich im Sommer des Jahres 2008 durch. Es wurden insgesamt 10 Interviews geführt.

- 4 mit Ärzten unterschiedlichen Ausbildungsgrads und Hierarchiezugehörigkeit (Interviews 1 -4)
- 4 mit Pflegemitarbeitern mit unterschiedlichen Aufgabengebieten und Hierarchiezugehörigkeit (Interviews 5 – 8)
- 2 mit Piloten zum Vergleich der Einstellungen (Interviews 9 – 10)

Die medizinischen Gesprächspartner arbeiten an der Gynäkologischen Abteilung des Wilhelminenspitals. Die Piloten sind mir durch das in dieser Arbeit mehrmals beschriebene Projekt an unserer Abteilung bekannt bzw. wurden mir für das Interview empfohlen.

Die Interviewpartner müssen ihre Sichtweisen zum gestellten Thema anführen und sich dadurch mit ihrer eigenen beruflichen Situation und ihren eigenen Einstellungen reflektiert auseinandersetzen. Die Tonbandaufzeichnungen wurden mit Erlaubnis der Interviewpartner durchgeführt und die Gespräche dauerten zwischen ein und zwei Stunden.

Die Interviews sind in anonymisierter Form dem Anhang dieser Arbeit beigelegt.

8.2.2 Auswertung

Zunächst wurden die Interviews anhand der Tonbandaufzeichnungen transkribiert. Dabei stand die Wahrung der Anonymität der Interviewpartner im Vordergrund.

Die Gesprächspartner werden im weiteren Verlauf der Arbeit mit Kandidat 1 bis 10 kodiert. Die Transkription der Interviews ist die Basis einer ausführlichen Interpretation.

Bei der Auswertung des Interviewmaterials wurden folgende Einzelschritte durchgeführt:

-
1. Die erste Aufgabe bestand darin, die Berichte der Untersuchungsteilnehmer mehrmals durchzulesen, um ein Gefühl für ihre Gedanken und Einstellungen zu bekommen.
 2. Im nächsten Schritt wurde jeweils ein Transkript ausgewählt und einzelne Sätze herausgegriffen, die mit dem Phänomen in Verbindung stehen.
 3. Dieser Vorgang wurde mit jedem Interview wiederholt und anschließend wurden Themengruppen mit gleichen Sinnbedeutungen zusammengestellt.
 4. Diese Themengruppen wurden dann jeweils in die Beschreibung des untersuchten Phänomens integriert. Dabei wurden die Aussagen verdichtet und reduziert, um zu einer umfassenden Beschreibung des Phänomens und seiner zugrunde liegenden Struktur zu gelangen.

Das Ziel der Auswertung war es, dass das Interviewmaterial in den wesentlichen Inhalten erhalten bleibt. Ziel der Analyse war es, bestimmte Aspekte, unter vorher festgelegten Ordnungskriterien, aus dem Material herauszufiltern und nach bestimmten Kriterien einzuschätzen. Die relevanten Themenbereiche wurden beschrieben und mit Zitaten aus den Interviews illustriert.

8.2.3 Ergebnisse

Sowohl das Gesundheitswesen als auch die Luftfahrt gehören zu den Hochrisikobranchen. Es handelt sich um Bereiche, die seitens ihrer Kunden eine Null-Fehlererwartung haben.

Beiden Branchen berichten über Stressoren in ihrem Arbeitsumfeld:

8.2.3.1 Chronische Stressoren

Frage nach langen Arbeitszeiten, Bürokratie, chronischer Schlafmangel?

Medizinisches Personal:

Ja, auf jeden Fall. Eben die schon genannten, der chronische Schlafmangel, lange Arbeitszeiten, der Bürokratieaufwand, der zu leisten ist. Ich denke mir ein Stressmangel ist insbesondere auch, dass man als Arzt im Spital tätig, sehr viele Arbeiten übernehmen muss und es einem sehr viele Arbeiten zugeschanzt werden, die eigentlich nicht zur ärztlichen Tätigkeit gehören z.B.: verschiedene Statistiken auswerten, verschiedene Bürokratische Arbeiten erledigen, Sekretariatsjobs übernehmen, Terminvergaben für Patienten, das ist sicher ein Stressfaktor, weil einem dann einfach weniger Zeit für den Patienten zur Verfügung steht und man steht unter einem extremen Druck. (K 1)

Das glaube ich schon, vor allem ein Thema sind die langen Arbeitszeiten, viele Dienste, hohe Wochenstunden, Schlafmangel auf jeden Fall auch dadurch bedingt, das glaube ich schon.

(K 3)

Also lange Arbeitszeiten kann man sicher bestätigen, das wissen sie eh, wie das bei uns ist. Chronischer Schlafmangel gehört sicher auch dazu, wenn ich von unserer Abteilung spreche, dann kann man das sicher auch bestätigen. Durch die Nachtdienste, das ist eine Frage, wie viele Nachtdienste man leistet, also bei 6 – 8 Nachtdiensten pro Monat, ist die Schlafzeit doch deutlich verkürzt. Die hohe Bürokratie, ist wahrscheinlich was, das ganz besonders mitspielt, wenn man mit Ärzten spricht, die schon längere Berufserfahrung haben, die können das ganz genau beschreiben, wie der Bürokratieaufwand von 10 % auf 30%, auf 50% anwächst zumindest gefühlsmäßig. Wenn sich etwas so verschiebt, hin von einer Arbeit, die man gerne gemacht hat, also die Arbeit am Patienten hin zu einer Papierarbeit. (K 4)

Chronischer Schlafmangel, auch durch die Nachtdienste haben die Mitarbeiter ein Schlafdefizit und es ist dadurch ein Problem, sei es dass sie nicht einschlafen können oder dass der Rhythmus überhaupt geändert ist, dass sie am Abend zwar müde sind aber nicht schlafen können, spät schlafen gehen und dann spät aufstehen, das ist sicher komplett verschoben. Die hohe Bürokratie, das ist soundso vorhanden, alles und jedes niederschreiben und nichts vergessen, das verursacht auch Stress insgesamt. (K 5)

Absolut, wie eben die langen Arbeitszeiten, das kann man nicht so wegstecken. 13 Stunden in einen verantwortungsvollen Beruf durchzuarbeiten ohne irgendwann einmal nachzulassen im Laufe des Tages, das glaube ich kann niemand. Die Arbeitszeit an und für sich ist ein Stressfaktor, das ist meine persönliche Meinung. Die Vielseitigkeit, die wir darlegen müssen ist ein Extremfaktor. (K 6)

Die Bürokratie, die vom KAV kommt. Man ist ausgeliefert denen gegenüber, man kann sich schwer wehren dagegen. Man könnte vieles sicher noch mitarbeiterfreundlicher machen, wo man aber sagen muss, dass die Menschen in Europa noch weit zurück sind. (K 7)

Also auf den Stationen sicher die Nachtarbeit, weil das halt doch eine Arbeitszeit ist, die nicht normal ist für den Körper. Dann was Stress macht ist, ich empfinde das so und ich glaube, dass das auf den Stationen auch so empfunden wird, dass die Anforderungen der Patienten nicht immer an dem gemessen sind, was immer möglich ist, dass da eine Schere ist, auf der einen Seite man hat weniger Personal, weil man braucht ja nur sichere Pflege und auf der anderen Seite die Forderungen aber da sind Patienten und Verwandten und wenn was nicht funktioniert es sofort zu einer Beschwerde kommt wo man sich rechtfertigen muss. (K 8)

Piloten:

Also die akuten Stressoren, sind sicher lange Arbeitszeit, wir können ja bis zu 13 Stunden im Flugzeug sitzen, das ist das kollektivvertragliche Limit, das gesetzliche Limit sind sogar 15 Stunden. Wir können bis zu 4 Flügen absolvieren pro Tag, bei moderaten Wetterbedingungen und da ist einem schon klar, dass man speziell beim 3. oder 4. Flug dann schon einen sehr ereignisreichen Tag hatte und wo man dann schon darauf trainiert ist besonders aufzupassen, dass man vielleicht schon sehr müde ist, es geht man dann so weit, dass man sich mit dem Copiloten austauscht und Maßnahmen abspricht, weil man so müde ist. (K 10)

Ich denke es gibt chronische Stressoren, Zeitdruck ist mit Sicherheit einer der wichtigsten ganz oben auf der Liste. Schlafmangel, Zeitverschiebung und zum Teil sehr lange Arbeitszeiten sind ebenfalls Stressoren. (K 9)

8.2.3.2 Akute Stressoren

Frage nach fachlicher Überforderung, nach Zeitdruck und unklaren Kompetenzen?

Medizinisches Personal:

Ja, also als Arzt kennt man auf jeden Fall diese Stressoren, dass man gelegentlich doch auch je nach dem wo man gerade steht in der Hierarchie ein Insuffizienzgefühl hat, dass man Dinge erledigen muss, die man eigentlich noch nicht kann, wo es aber wenig Ansprechpartner gibt an die man sich wenden kann, dass man in kurzer Zeit Entscheidungen zur Zufriedenheit aller treffen muss. (K 1)

Ja dass ich einfach im Alltag Dinge entscheiden muss oder Dinge bewältigen muss, denen ich mich nicht gewachsen fühle, dadurch natürlich ein Insuffizienzgefühl habe, weil ich mir denke, na gut ich kann das halt einfach nicht, aber der Patientin gegenüber so zu tun, als wenn ich es könnte. (K 1)

Zeitdruck auf jeden Fall. Wir stehen ständig unter Zeitdruck würde ich sagen. Arbeitsbeginn um so und soviel, Arbeitende bis so und soviel, bis dahin muss die ganze Arbeit erledigt sein, also es ist schon ein permanenter Druck zumindest in der Kernarbeitszeit. (K 3)

Ja, da sind sie sicherlich wieder allen dreien ausgesetzt. Die fachliche Überforderung ist sicherlich eine Frage der Berufserfahrung, die kommt hoffentlich dann seltener vor als am Anfang, der Zeitdruck ist sicher etwas mit dem man umgehen lernen muss, ...

..., unklaren Kompetenzen, das ist eine Organisationsfrage, die man auch in kleinen Organisationseinheiten gut regeln kann und wenn das nicht der Fall ist, dann kann das unglaublich stressig sein, weil man oft Tag für Tag um die gleichen Dinge verhandeln muss und das ist etwas was sich sehr frustrierend auswirkt. (K 4)

Ist die Pflege sicher ausgesetzt. Es kann ja ein anderes Krankheitsbild auftauchen, das nicht in unserer Routine drinnen ist, wenn da ein Problem auftritt hat man nicht so die Routine wie auf der Fachabteilung. Da hat man schon im ersten Moment das Problem, mache ich jetzt das Richtige, da muss man im Moment an früher denken, was habe ich in meiner Ausbildung gelernt, da kann es natürlich schon zu einer fachlichen Überforderung kommen. (K 5)

Zeitdruck auf jeden Fall, das ist eben die Organisation noch im Spitalbereich. Die Regelzeit bei uns ist von 8 - 13 Uhr, da wird alles hineingepresst, das ist glaube ich ein Hauptfaktor egal wo man arbeitet auf einer Bettenstation oder in einem Spezialfach und was glaube ich auch ein großer Faktor ist, ist dass die Pflege einfach noch mehr Mitspracherecht haben müsste in der Organisation. (K 7)

Zeitdruck auf jeden Fall, man ist einfach gezwungen, viele Dinge gleichzeitig zu machen, aber dann einfach das Gefühl hat irgendwas vergessen zu haben oder irgendwas nicht so erledigt zu haben, als man das für gewöhnlich tut, also dass man für sich in Anspruch nimmt, dass man es ordentlich macht und man das Gefühl hat man kann nicht 5 Sachen gleichzeitig ordentlich erledigen. (K 8)

Piloten:

Zeitdruck auf jeden Fall, vielleicht für die Kabinenbesatzung noch mehr als für uns Piloten, aber für uns natürlich auch, der Luftraum wird dichter, die Flugzeiten werden immer konkreter vorgegeben, ahm bei Abflugzeiten, die mehr als 3 Minuten verzögert sind, sollte man es schon begründen können, also hat es hat sehr viel mit Zeitdruck zu tun und das macht sehr viel Stress. K (10)

Subjektiv habe ich das Gefühl, dass die Grenze zwischen den chronischen und akuten Stressoren ein bisschen schwimmend ist, wie das Thema Zeitdruck, das ist etwas, das generell quasi als Unterlage immer da ist, aber gleichzeitig gibt es natürlich Situationen, wo das akut der Fall wird. Um das vielleicht herzunehmen, ja es gibt auch den akuten Zeitdruck z.B.:

Den Fall wo man binnen Minuten Entscheidungen treffen muss oder Lösungen finden für Probleme. Ansatz, der in der Luftfahrt hier gewählt wird und der glaube ich extrem wirkungsvoll ist, die wichtigsten dieser Notfälle vorwegnehmen quasi zu antizipieren,... (K 9)

Beide Berufsangehörigen kennen chronische und akute Stressoren in ihrem Berufsalltag.

Im Rahmen der Generalisierung der Aussagen kann nun auf folgende Phänomene geschlossen werden:

8.2.3.3 Phänomen „Kultur“

Organisationen, die eine besonders hohe fachliche wie organisatorische Expertise aufweisen, sind zumeist auch Organisationen mit „hoher Geschwindigkeit“. Spitäler gehören zu diesen. Neben der permanenten, durch die Forschung beschleunigten Entwicklung im primären Arbeitsgebiet der Gesundheit werden diese Organisationen ständig vor neue Herausforderungen der Träger gestellt. Ökonomische Überlegungen drängen vermehrt in den Vordergrund, Geld- und Personalknappheit und Änderungen in der Politik beeinflussen und belasten den ärztlichen und pflegerischen Alltag. Die Tatsache, dass wir uns in einer Leistungskultur befinden, in der Qualität nicht in dem Ausmaß möglich ist, wie die medizinischen Berufe sich das wünschen würden, führt zu einer Idealbilddiskrepanz und zur Doppelbindung.

Man kann unterschiedliche Kulturschwerpunkte zwischen der Medizin und dem Flugwesen erkennen.

Die Medizin identifiziert sich klassischerweise mit einer Leistungsgesellschaft.

Das Flugwesen legt Wert darauf sich als Sicherheitskultur darzustellen.

Die folgenden Punkte untermauern diese Behauptung:

Personalauswahl

In der Luftfahrt wird bereits vor der Ausbildung selektiert und dabei wird auf die Stressresistenz großes Augenmerk gelegt.

Im Flugwesen findet allerdings vor Beginn der Ausbildung ein Auswahlverfahren statt, das auch die Stressresistenz der zukünftigen Piloten untersucht. Das heißt, Menschen, die sehr stressanfällig sind und bei bestimmten Belastungslevels hohe Stressauswirkung zeigen, werden in den Selektionen oder Assessments nicht weiter kommen und gelangen so gar nicht ins System.(K 10)

Einer meiner Interviewpartner beschreibt eine solche Übung:

... es gibt die einfachsten Übungen, wo man das sehr leicht erreichen kann, das sind so Multi-tasking Tests in denen gleichzeitig eine Übung auf einem Papier, eine komplizierte Fragestellung oder eine logische Lösung gesucht wird, gleichzeitig akustisch über Audio irgend eine Frage gestellt wird, die man auch irgendwo ankreuzen muss und vielleicht irgendwo auf einem Bildschirm irgendein Bild gezeigt wird mit dem man was machen muss und langsam die Taktzahl erhöht wird uns zwar bis in einen Bereich, wo klar ist jetzt sind nicht mehr alle Auf-

gaben zu lösen. Hier ist dann die Frage bleiben die Kandidaten relativ ruhig, kann er priorisieren, lässt bewusst das eine weg um wenigstens das andere zu erledigen oder kommt es zu einer Blockade im dem Sinn um Gottes willen ich schaffe das jetzt nicht mehr und die Klappe fällt. (K 9)

Das Unternehmen Luftfahrt kann sich daraufhin entscheiden, ob es jemanden in die Ausbildung aufnimmt oder nicht

In der Medizin und in der Pflege gibt es vor der Ausbildung einen Eignungstest, aber auf Stressresistenz wird dabei nicht untersucht.

Stress als Ausbildungsinhalt

Das Thema Stress ist fest im Lehrplan der Ausbildung zum Linienpiloten festgeschrieben. Unter dem Titel „Human Performance Limitation“ gibt es ein Unterrichtsfach, das sich mit den menschlichen Leistungsgrenzen beschäftigt. Es sind dafür 50 – 60 Unterrichtsstunden vorgesehen.

... man wird dann schon darauf trainiert besonders aufzupassen, dass man vielleicht schon sehr müde ist, es geht man dann so weit, dass man sich mit dem Copiloten austauscht und Maßnahmen abspricht, weil man so müde ist.(K10)

Schon in der Ausbildung, wird nach jeder Session, wird man in einer Nachbesprechung in einem Debriefing angehalten zusagen wie es für einem war und da wird auf jeden Fall dort schon erwartet, dass Kritikpunkte von einem selbst kommen, wo man sagt das war nicht in Ordnung, das ist mir schwer gefallen oder das habe ich sogar falsch gemacht.(K 10)

Wenn man das medizinische Personal danach fragt, was Ärzte und Pflege in ihrer Ausbildung bzw. Weiterbildung über Stress lernen, wird unter anderem geantwortet:

Eigentlich nichts. Ich war in der alten Studienordnung haben wir diesbezüglich gar nichts gelernt. Wie das jetzt ist, weiß ich ehrlich gesagt nicht, aber ich kann es mir nicht vorstellen, dass das jetzt so ist. (K 3)

Stress als leistungsminimierender Faktor ist nicht Inhalt der Ausbildung, ganz im Gegenteil es wird vorausgesetzt, dass man leistungsfähig ist und funktioniert, alles andere wird nicht besprochen. (K 1)

... wenn man den Beruf wählt, zumindest wie ich den Beruf ergriffen habe, habe ich gewusst, ich muss wahrscheinlich über meine körperlichen Grenzen leistungsfähig sein. Es ist halt so. (K 6)

In den Interviews wird seitens des medizinischen Personals allerdings immer wieder folgender Wunsch geäußert

... es müsste von Anfang an in die Ausbildung mit einbezogen werden. (K 3)

Regelmäßige Trainings

Simulatortraining hat maßgeblich dazu beigetragen, weil die Wirklichkeit drastisch nachgebildet werden kann und man genau nachvollziehen kann wobei und warum Stress entsteht. Diese Situationen werden im Debriefing reflektiert und verbessert. Das Simulatortraining findet mindestens 2 Mal pro Jahr statt.

Im Laufe der Jahre hat man dann auch die Techniken verfeinert und dann auch durch die verbesserte Simulation die Möglichkeit bekommen sich in Trainingseinheiten in aktuelle Stresssituationen zu bringen und dann darüber zu reden, wie man es hätte anders machen können,...(K 9)

CRM-Trainings (Crew Resource Management) wird bei den Piloten von der Behörde vorgeschrieben.

Das nächste was glaube ich dazu kommt sind die regelmäßigen Schulungen, die Auflagen der Behörde sind, CRM-Trainings zu machen und das zentrale Thema bei diesen Seminaren ist immer wie geht man mit Stress um, wie ist das mit dem Situationsbewusstsein, Umgang mit Stressfaktoren. (K 10)

In diesen Trainings sind Reflexion zum Thema Stress und daraus folgend Methoden zur Stressbewältigung Lehrinhalte.

.....über das Thema dass es existiert, sich dem stellen, darüber sprechen, am Beginn hören und lernen wie man damit umgehen kann. Da wird dann auch ganz konkret über mögliche stressabbauende Maßnahmen, mentale Konzepte zu diesem Thema gesprochen, was wahrscheinlich ein Schlüsselpunkt ist, Stress entsteht letztlich im Kopf,...(K 9)

Das CRM-Training der Piloten findet regelmäßig alle 3 Jahre statt. Zusätzlich werden konform der beruflichen Weiterentwicklung verpflichtende Trainings abgehalten. Diese Trainings sind lizenzrelevant.

... alle halben Jahre findet an einem Vormittag, da ist auch die Kabinenbesatzung dabei, da werden Dinge besprochen, die den gesamten Flugablauf betreffen, weil der Flieger beim Cockpit nicht aufhört.(K 10)

Das CRM-Training gemeinsam mit den Flugbegleitern ist auch ein fixer Bestandteil im Berufsalltag und wirkt als Basis für ein funktionierendes Team. (K 9)

Im Training werden Filme gezeigt um einer Berufsgruppe Einblick zu gewähren in die Empfindungen, Sichtweisen oder Deutungen der anderen Berufsgruppe. Das erzeugt immer sehr interessante aha Erlebnisse. Das gegenseitige Empathie erzeugen ist wichtig. Was sind die

Schwerpunkte in welcher Situation des Fluges für die andere Berufsgruppe, das ist sehr wichtig. (K 10)

Diese Trainings tragen wesentlich zur Akzeptanz zwischen den Berufsgruppen bei und sind für beide berufslaufbahnbegleitend ausgelegt.

Trainings oder regelmäßige Weiterbildung zum Punkt Stress finden im medizinischen Bereich nicht statt.

Auf Notfälle vorbereiten

In der Luftfahrt wie auch in der Medizin gibt es Situationen, in denen man unter akutem Zeitdruck Entscheidungen treffen muss. Der Ansatz, den die Luftfahrt wählt, ist bestimmte Notfälle zu antizipieren und dafür einfache strukturierte Vorgangsweisen zu kreieren.

Es gibt klassische Emergency-Checklistes , die teilweise auswendig gelernt werden müssen oder Emergency-drills bei der Kabinencrew, die z.B.: Notevakuierungen, wo man einfach gewisse Dinge, wo man weiß, dass akuter Zeitdruck gegeben ist, hoher Stresslevel da ist und nur mehr das Stammhirn arbeitet, diese einfachen Dinge, die sich über Jahre von Trainings und drills ins Stammhirn eingepägt haben, dass man die dort abrufen kann. Das ist sehr hilfreich um diese kurze Zeitspanne des akuten Stress zu überbrücken und dann kommt man wieder in eine ruhigere Phase.(K 9)

Die Organisation stellt Trainingsmöglichkeiten zur Verfügung in denen beispielsweise einmal pro Jahr ein so genanntes Emergency-Training abgehalten wird.

Außerdem finden diverse Trainings in der Dienstzeit statt.

... diese Trainings werden in Flugzeit umgerechnet, nach der wir bezahlt werden. (K 10)

Im medizinischen Umfeld werden Checklisten für Notfälle immer häufiger, bei ihrer Einführung stößt man aber immer wieder auf Widerstand. Es scheint als schränkten Checklisten Ärzte in ihrer Entscheidungsfreiheit ein.

Medizin ist eine Heilkunst und wir sind alle Künstler und jeder darf individuell entscheiden und es gibt halt keine wirklichen Arbeitsvorgaben. (K 1)

Häufig werden aber auch folgende Wünsche offen ausgesprochen:

,... dass man ein regelmäßiges Training macht. Klassisches Beispiel die Reanimation, viele Entscheidungen in kurzer Zeit treffen, also für einen unerfahrenen Arzt die erste Reanimation ist deutlich stressiger, als wenn ich regelmäßig meine Kurse gemacht habe, dann läuft die Behandlung nach einem Schema ab. Dann kann man viele Entscheidungen schematisch oder automatisch treffen. (K 4)

Das Abhalten von solchen Trainings erweist sich in der aktuellen Tagessituation oft als undurchführbar.

Briefing

Das Instrument des Briefings wird in der Luftfahrt regelmäßig eingesetzt. Es ist eine Methode die, um einen bekannten Moment eines Arbeitsablaufes, bei dem hoher Stress zu erwarten ist, eingesetzt wird und den Mitarbeitern hilft damit besser umzugehen.

Da gibt es auch einen ganz klassischen Drill, den wir üblicherweise vor jedem Start gemeinsam durchgehen und man evaluiert auch die wichtigsten Notfallmöglichkeiten, was werden wir tun, wenn...., die gehen wir auf jeden Fall laut, gemeinsam einer Checklist folgend durch, was einem hilft dort auch den Stresslevel in einem akzeptablen Maß zu halten. (K 9)

In der Luftfahrt sieht man das zur Verfügung stellen dieser Hilfsmittel als eine Systemleistung an, indem man sich fragt, was man den Mitarbeitern in die Hand gibt, um bestmöglich ihre Arbeitsleistung erbringen zu können.

In der Medizin und Pflege sind standardisierte Checks und Briefings immer noch Stiefkinder, weil die strukturierte Vorgangsweise als Bevormundung empfunden wird.

... weil möglicherweise bei uns allen herumgeistert Medizin ist eine Heilkunst und wir sind alle Künstler und jeder darf individuell entscheiden und es gibt halt keine wirklichen Arbeitsvorgaben nach einer Checkliste.... (K 1)

Es wird immer mit der Individualität des Menschen argumentiert der nicht standardisierbar ist. Allerdings möchte ich auch darauf hinweisen, dass die Berufsgruppe der Ärzte sich nur ungern in ihrer Autonomie zu entscheiden einschränken lassen.

Hierarchie

In der Luftfahrt geht man sehr bewusst damit um. Vor vielen Jahren wurde klar, dass eine steile Hierarchie in jedem Fall einer Sicherheitskultur nicht zuträglich ist.

Die Kunst darin besteht und das reflektieren wir und diskutieren wir und da versuchen wir die Leute hinzubringen, dass es eine Hierarchie gibt, dass ganz klar ist, wer der Kapitän ist, wer das letzte Wort hat und andererseits die Hierarchie so flach ist, dass alle das Gefühl haben, sie sind mit eingebunden, sie gerade zu ermuntert werden sich einzubringen, um Entscheidungen auf breite Basis zu stellen und ein Maximum aus dem Team heraus zu holen.(K 9)

Nach Meinung eines Piloten hat das die Luftfahrt auch erst lernen müssen.

... da hat sich sehr viel getan in den letzten Jahren,...flachere Hierarchien, mehr Liberalisierung und mehr Offenheit. (K 10)

In den Interviews wird das Problem der steilen Hierarchie in der Medizin offen ausgesprochen und sie als einen Grund dafür angegeben, warum in der Medizin nicht über Leistungsschwächen gesprochen wird. Eine Aussage zum Hierarchieverständnis im Fragebogen von Prof. Helmreich - „Man sollte Entscheidungen des Vorgesetzten nicht hinterfragen“ - wird mit einem hohen Prozentsatz befürwortet.

... ein wichtiger Punkt ist, die bis heute sehr hierarchische Anordnung der ärztlichen Strukturen wie in Militärsystemen und in beiden ist es nicht üblich, dass man Stress oder Arbeitsdruck öffentlich macht und darüber redet. Ich glaube, wenn man anfangen würde diese Hierarchien abzubauen und flache Hierarchien aufzubauen, dann kann man eher zugeben unter Leistungsdruck zu stehen. (K 4)

Zum Thema Hierarchie gehört auch der Begriff „Assertiveness“, der in der Medizin noch weitgehend unbekannt ist. Man versteht darunter die Fähigkeit, seinen Bedenken solange Nachdruck zu verleihen bis sie gehört werden und entsprechend gehandelt wird. Dieses Verhalten hat etwas mit „Zivilcourage“ zu tun, jedoch wird in vielen Fällen beobachtet, dass „nachgeordnete“ Ärzte und Pflegepersonen nicht den Mut haben, ihre Bedenken beharrlich zu äußern.

Die Ursache liegt in einem starken Rollenverständnis und einer steilen Hierarchie, hinsichtlich wer wem etwas zu sagen hat. Damit „Assertiveness“ eine Chance hat muss es gelingen den älteren Vorgesetzten zu lernen, junge Kollegen als Sicherheitsnetz zu sehen und die Jungen dürfen keine Angst haben Bedenken zu äußern, auch wenn es sich möglicherweise als Irrtum herausstellt.

Berichtet man über einen Vorfall, der gestresst hat?

Bei den Piloten gibt es diese Gespräche. Als angenehm werden sie nicht beschrieben, sondern es braucht Überwindung wird in den Interviews immer wieder betont. Es gibt zwei Ebenen, wo Stress zum Thema gemacht wird:

Also wir haben einerseits diesen institutionalisierten Level ein Verfahren wird eingeleitet um was zu untersuchen und den informellen Level, der könnte im Cafehaus stattfinden. Nach einem langen Flug in irgendeine Destination abends beim Abendessen mit einem Kollegen, wo eher durch ein Intimverhältnis vielleicht ein Gespräch entsteht, stell dir vor, was mir passiert ist. Und dazwischen gibt es dann diese Versuche durch vertrauliche Meldesysteme diesen Bereich ein bisschen systematisch zu erfassen und da glaube ich, Leute, die dort melden sind dann auch bereit zu beschreiben, was genau mit ihnen passiert ist und hier ist es natürlich so,

wenn das ein anonymes Meldesystem ist und die Personen sozusagen mit ihrem Gesicht nicht irgendwo aufscheinen, dann redet es sich natürlich auch leichter. (K 9)

Das gefährlichste für alle ist eine unreflektierte Routine.

Ein anderer Interviewpartner beschreibt den Vorteil, den die Gemeinschaft aus den Gesprächen zieht.

Es ist wichtig für die Fliegerkultur, vielleicht zu wissen, hallo auf dem Flughafen dort ist das und das passiert, was vielleicht auch mit einem eigenen Fehler eines Piloten zu tun hat, aber wo man sich denkt, ich möchte nicht, dass die anderen den gleichen Fehler begehen oder in die gleiche Falle tappen. (K 10)

Die Ärzte berichten, dass es keinen Austausch gibt, sondern, dass das es Befürchtungen gibt, dass „darüber reden“ als persönliche Schwäche ausgelegt werden würde.

Prinzipiell glaube ich, dass die Ärzte das eher für sich mit nach Hause nehmen, ehrlich gesagt. Also so das jetzt auszusprechen, ist jetzt mein persönliches Gefühl, dass man zu jemanden hinget und sagt, dass ist mir jetzt passiert in dieser Situation, ich glaube noch nicht, dass es so weit ist. (K 4)

Es war sehr auffällig, dass die Möglichkeit der Supervision wenig bekannt ist.

Ich weiß, dass es vom KAV glaube ich sogar ein Supervisionsangebot gibt, ich wüsste nicht, wie ich das in Anspruch nehmen sollte, ich habe das auch noch nicht in Anspruch genommen, wäre aber sicher vernünftig, dass es das routinemäßig geben könnte. (K 1)

Arbeitszeiten und Gehalt

Die befragten Piloten waren sich bei der Angabe der Arbeitszeiten pro Woche sehr einig. Sie schätzten sie auf etwa 40 – 55 Stunden. Auch was den Eindruck betrifft ob ihr Gehalt dem Arbeitseinsatz entspricht bejahten sie beide.

Ich bin sicher, dass es einen Zusammenhang gibt zwischen der Wertigkeit, die ein Unternehmen einer bestimmten Gruppe von Mitarbeitern gibt, die sich im Gehalt niederschlägt und dem Selbstverständnis dieser Personengruppe. Da spielt vieles hinein, wenn ich nur wenig bekomme, werde ich auch nur minimalen Einsatz bringen und nur das Minimum tun, was mir vorgeschrieben wird, das alleine kann schon negative Auswirkung haben, ich werde möglicherweise meine Aus- und Fortbildungen mit weniger Elan angehen, insgesamt bleibt der professionelle Anspruch auf der Strecke, wenn die immer schlechter werdende Bezahlung der Berufsstand abgewertet wird. (K 9)

Die Organisation achtet darauf, dass auf Arbeitszeit Ruhezeit folgt und bietet dadurch einen Schutz für den Mitarbeiter.

... das Phänomen der einander widersprechender Ziele und das Spannungsfeld zwischen der Wirtschaftlichkeit des Flugzeugs und oberster Priorität Sicherheit. Das ist für Piloten mit Sicherheit ein Stressor, der immer wieder wirkt. Zu den Maßnahmen, ich denke, dass es einige sehr wirkungsvolle Schutzmaßnahmen gibt, das sind sicher, die von Gesetzgeber publizierten Arbeit- und Ruhezeiten, Vorschriften, Gesetze, da ist ganz klar, dass die maximalen Arbeitszeiten niedergeschrieben sind und der Arbeitsgeber verpflichtet sich, verpflichtet sich daran zu halten.(K 9)

Arbeitszeit in den Krankenhäusern?

2004 wurden 167 von 225 österreichische Krankenanstalten auf die Einhaltung der Arbeitszeitbestimmungen überprüft und die Dienstzeiten von rund 11.500 Spitalsärzten begutachtet. Die Details ergaben, dass in manchen Spitälern bis zu 100 Wochenstunden gearbeitet wurde. Das Wochenstundenausmaß wird in meinen Interviews sehr unterschiedlich beschrieben auf jeden Fall liegt es aber sehr viel höher als bei den Piloten. Es wurden Wochenstunden in der Höhe zwischen 60 und 95 Stunden genannt.

Dauernder Druck, wenn man im Dienst ist. Also der Arbeitsstress wenn man im Dienst ist, man kann sich nicht wirklich gut zurückziehen, das ist eine permanente Belastung unter der man steht. Wenn der Dienst 30 Stunden dauert, Ruhephase, weiß ich nicht, wird unterschiedlich sein, wenn überhaupt, das ist meiner Meinung nach ein chronischer Stressor in Wirklichkeit. Dauernd auf dieser Wachsamkeit, dieser Adrenalinpegel den man haben muss. Allzeit bereit, es kann ständig irgendwas passieren,.... (K 3)

Der Trend zu Leistungsverdichtung in Krankenhäusern ist für Ärzte und Pflegekräfte in gleichen Maßen spürbar. Unter Aufbietung aller Kräfte gilt es unrealistische Erwartungen zu verwirklichen, die selbst gesetzt oder vom Wertesystem der Gesellschaft aufgezwungen sind.

Zusatzarbeiten mit Termindruck, alles neben der Arbeit. Es ist oft so, dass man das Gefühl hat man hat einen Berg Arbeit, den man dann teilweise abgearbeitet hat, das ist dann ein befreiendes Gefühl, das erlebe ich schon oft. Dann kommt man wieder in den Dienst und schon ist der Berg wieder da, durch neue Mails, die man lesen und durcharbeiten muss. (K 5)

Dazu kommen die Belastungen durch die Arbeitszeit im Schichtdienst und die Nachtdienste. Auch wenn es nachts durchaus Zeiten gibt in denen weniger Arbeit anfällt als tagsüber kann die ständige Notfallbereitschaft zur Daueranspannung führen. Erwähnenswert ist auch, dass beispielsweise 65 – 90% aller Pflegepersonen regelmäßig Überstunden leisten, welche oftmals durch Personalmangel nicht in Freizeit abgegolten werden können (Killmer, 1999).

Die Pflege meint:

... dass das Gefühl vermittelt wurde, dass man viel arbeiten muss um gut zu sein und in kurzer Zeit viel zu machen und viel zu lernen und ich glaube, dass das da schon die Wurzeln hat. Früher war der Drill so, dass du eigentlich gar nicht sitzen hättest dürfen, sondern nur arbeiten und wenn wer hereingekommen ist, springt man auf, weil das ist ein schlechtes Zeichen, dass du da herumsitzt, nur arbeiten und roboti machen. (K 5)

Ärzte und Pflegepersonen über ihr Gehalt

Möglicherweise entspricht es dem Einsatz, wenn man sagt man hat eine Arbeitszeit zwischen 8:00 bis 13:00 Uhr und die Dienste, die man braucht um auf die entsprechende Wochenarbeitszeit zu kommen und sich sonst nicht einsetzt und weiter zu organisieren, aber wenn man ein bisschen drüber geht über die Minimalanforderung, dann ist es zu wenig. (K 1)

Was die Zufriedenheit mit dem Gehalt betrifft ist generell die Meinung, dass es viel zu niedrig ist für den Einsatz, die Verantwortung und den Ausbildungsstand.

Ich glaube, dass den Ärzten, wenn sie anfangen zu studieren, ihnen vorgegaukelt wird, das ist der Super-Traumberuf, der Reichtümer bringt unter dieser Vision treten sie an, möglicherweise. (K 2)

Weiters wird davon berichtet, dass das niedrige Gehalt einen dazu zwingt neben dem Job als Spitalsarzt auch noch als niedergelassener Arzt in der Ordination zu arbeiten.

Ich denke, ich phantasie jetzt einmal würde ich jeden Tag von 8:00 – 16:00 im Spital arbeiten würde und da entsprechend entlohnt würde, dann hätte ich auch nicht das Bedürfnis mir in einer Ordination etwas dazu zu verdienen. Allerdings ist es auch sehr bequem, wenn man um 13:00 Uhr nach Hause gehen kann. (K 1)

... ich denke das Gehalt ist für die Stundenanzahl und für die Verantwortung, die wir halt tragen müssen einfach nicht gerechtfertigt in Wirklichkeit und ... der finanzielle Anspruch den man an sich selbst hat und auch die Gesellschaft vorgibt drängt einem dazu. (K 3)

..., meiner Meinung nach wird die 12 Stunden-Tätigkeit zu wenig, das alleine glaube ich, da würde uns mehr zustehen, dann glaube ich die Verantwortung, die wir haben, die wird auch nicht entlohnt, der Nachtdienst auch nicht. (K 6)

Es wird immer wieder betont, dass ein Ort notwendig ist, an dem gemeinsam mit anderen gerade über Fehler, Unzulänglichkeiten, Schwächen und Grenzen sprechen kann, denn viel gefährlicher als die reale Einschränkung unserer Fähigkeiten ist in diesem Beruf die Verleugnung dieser Schranken.

8.2.3.4 Phänomen „Rollenbild“

Gesundheitswesen kann alles und weiß alles

Der Arztberuf hat trotz aller aktuellen Probleme seit langem eine hohe Attraktivität für die, die ihn ausüben und ein hohes Ansehen bei denen, die ärztliche Leistung in Anspruch nehmen.

..., man sagt, ich bringe meine Leistung in welcher Situation auch immer. Es ist die Anforderung an den Berufsstand, dass man das so leisten muss, weil sonst kann man den Status irgendwie nicht halten. (K 3)

Der Arztberuf genießt in Deutschland weiterhin höchstes Ansehen in der Bevölkerung mit steigender Tendenz. Die Öffentlichkeit erwartet korrespondierend dazu von Ärzten ein moralisch integriertes Verhalten und verlässliche Entscheidungen.

Prinzipiell ist es so, dass das Arztbild immer noch der Gott in Weiß, alles zu sagen hat und weiß was geschieht und was zu tun ist. (K 4)

Der ärztliche Beruf hat einen hohen moralischen Anspruch an sich selbst und ein hohes Autonomiestreben verbunden mit fachlicher und ethisch moralischer Kompetenz. Das sind wesentliche Elemente für das positive Image dieses Berufes, das zeigt sich in den Spitzenwerten, die Ärzte in Berufsprestigeskalen einnehmen. Für angehende Medizinstudenten ist es ein wichtiges Motiv dieses Berufsfeld zu wählen.

Gleichzeitig stellt die zunehmende Autonomie des Patienten das Berufsrollenverständnis der Ärzte und der Pflegepersonen in bisher ungewohnter Weise in Frage, was sich auch in empörten Reaktionen, wenn Verfehlungen oder Skandale von Ärzten in den Medien diskutiert werden, zeigt.

Verminderte subjektive Leistungsfähigkeit wird schließlich als Abnahme des eigenen Kompetenzgefühls und als Abnahme des Erfolgsgefühls in der Arbeit mit Menschen wahrgenommen. Ein Grund warum man im Bereich der helfenden Berufe so hohen Stressfaktoren ausgeliefert ist, sind die hohen Anforderungen und Rollenerwartungen, die in der Regel implizit funktionieren. Damit meint man, dass sie nicht verbalisiert werden müssen und dadurch offen gelegt werden.

..., wir lernen in unserer Ausbildung nie über Stress, wir lernen immer nur, dass wir gut sind, dass wir alles wissen und dass wir für alles verantwortlich sind.

Wir lernen auch, wir lernen in der Ausbildung, dass man es sich auch nicht anmerken lassen soll, wenn man etwas nicht kann oder nicht weiß, dass es eben ein Eingeständnis von Schwäche ist. (K 1)

.... es gibt ja die Redewendung „Götter in weiß“, das impliziert auch schon, eigentlich, dass man eine mehr als normale Leistung erbringen kann (K 4).

Fachliche Kompetenz wird heute vom medizinischen Personal erwartet. Die Arzt-Patientenbeziehung ist für beide Seiten immer wichtiger geworden. Sie gehört zu den Grundprinzipien medizinischer Ethik, sowie zu den wesentlichen Maßstäben in der medizinischen Rechtssprechung zu Patientenrechten. In der Arzt - Patientenbeziehung haben es zwei autonome Menschen miteinander zu tun. Autonomie in diesem Verständnis ist nicht an eine bestimmte Kompetenz gebunden. Gleichzeitig stellt die zunehmende Autonomie des Patienten das Berufsrollenverständnis der Ärzte und der Pflegepersonen in bisher ungewohnter Weise in Frage.

Ich meine im Punkt der Patientensicherheit ist es oftmals so, dass der Arzt das Gefühl hat, dass es keine Alternative gibt zu dem vorgeschlagenem Behandlungsschema und trotzdem muss man es deutlich ausführlicher erklären und dokumentieren als das früher der Fall war. Insofern glaube ich, dass es manchmal auch, wenn es in Richtung Patientensicherheit geht von ärztlicher Seite manchmal als unnötig empfunden wird, auch weil man als Arzt ja weiß, dass der Gesprächspartner, der Patient ein medizinischen Laie ist und das was ich ihm sage oder vorlege, um sein Einverständnis einzuholen, dass er das im Prinzip ja nicht beurteilen kann, sondern nur gefühlsmäßig entscheiden kann aus dem Bauch heraus. (K 4)

In den letzten Jahren gibt es eine Entwicklung in Richtung verstärkter Kundenorientierung.

Und ein verändertes Anspruchsverhalten der Patienten ist zu beobachten.

Moderne Medien wie das Internet bringen den Arzt von heute unter Zugzwang. Das so genannte Aufklärungsgespräch findet zwischen weit besser informierten Patienten und dem Arzt statt als früher. Betreute und Angehörige stellen heute weit höhere Ansprüche hinsichtlich Behandlungs- und Betreuungsqualität.

... auf der anderen Seite machen sich die Patienten sehr viel schlauer durch Internet, versuchen sich selber zu behandeln und selber Diagnosen zu stellen, was die Sache auch nicht erleichtert, weil man damit auch noch zu kämpfen hat, man kriegt als Arzt dann aber doch die letzte Entscheidung zugespielt, der Patient sagt das habe ich schon gelesen, das habe ich schon erfahren, das weiß ich und was sagen sie jetzt dazu,... (K 1)

Die allgemeinen Pflichten für die **Krankenpflege** kann man noch in alten Krankenpflegelehrbüchern nachlesen:

-
- Schade nicht!
 - Sei tadellos rein und reinlich!
 - Gehorche dem Arzt!
 - Liebe die Kranken!
 - Sei verschwiegen!

In der Ausbildung von früher ging es weniger um die Vermittlung von Fachwissen, als vielmehr um die Demonstration von Pflichterfüllung, Dienstbereitschaft, Gottergebenheit und Selbstverleugnung.

Lange Zeit war ja die Pflege, was ich weiß in Hand von Klosterschwestern, die sich nie gewehrt haben, für die immer alles in Ordnung war und wo 70 jährige durch die Gänge wuseln und es war immer alles in Ordnung. Und ich glaube da ist ein Teil dieser Kultur mit rüber gegangen. Man wehrt sich nicht, kümmert sich um alles und empfindet das auch noch normal.
(K 8)

..., sondern dass ich den Anspruch an mich habe, dass ich meine Arbeit ordentlich mache.
(K 6)

Das neue Konzept der Patientenorientierung knüpft an der traditionellen Aufgabe der Krankenschwester an. Das Leiden der Patienten lässt einem nicht unberührt dem gegenüber stehen das Erleben des Patientenfortschritts und des eigenen Helfen-Könnens gegenüber. Pflegepersonen sind zuverlässige Begleiter in schweren Lebensabschnitten.

Die Pflege ist heute immer noch so, sie haben einen riesigen Stressfaktor, aber alles was man an sie heranbringt werden sie machen. Weil sie einfach der Meinung sind, ich muss das machen, weil man das von mir fordert. Wir sind die, die dienen und für alle da sein müssen,
(K 7)

... das ist eine Grundvoraussetzung, um eine gute Pflegeperson zu sein, muss ich fleißig und ständig arbeiten? (K 6)

Du bist rund um die Uhr da für den Patienten, du musst alles wissen. (K 5)

Durch die Identifikation mit den Bedürfnissen des Patienten will das Pflegepersonal zum Partner und manchmal auch zum Anwalt seiner Interessen gegenüber allen anderen Berufsgruppen werden und versteht darin seine spezifische berufliche Aufgabe:

... da stehen schon eigene Persönlichkeiten dahinter, die eben, ja wir wissen alle, wir sind verbunden mit dem Helfersyndrom und es ist einfach so.(K 6)

In sozialen Einrichtungen mit Traditionen des Märtyrertums und der Selbstaufopferung ist es oft schwierig über die Grenzen der eigenen Belastbarkeit zu sprechen.

Die meisten Menschen beziehen einen großen Teil ihrer Identität aus ihrer Arbeit. Aber Überidentifikation mit seinem Beruf bedeutet, dass man sehr verletzlich ist für alles, was Zweifel an der beruflichen Kompetenz aufkommen lässt. Für den Überidentifizierer ist jeder Zweifel an dieser Kompetenz ein Zweifel an seinem Wert als Mensch und daher bedrohlich und belastend.

Beim Helfersyndrom werden Selbstgefühlsprobleme nicht bewusst verarbeitet, sondern durch Idealisierung ausgeglichen. Sie sind darauf angewiesen sich selbst als gute, uneigennütige Menschen erlebt zu werden und als solche anerkannt zu werden.

Die Pflege hat ein naives und von Idealerwartungen geprägtes Bild von sich, das eine Art untadeligen Übermenschen erwarten lässt.

Die Menschen in helfenden Berufen besitzen eine idealistische Berufsauffassung mit dem Gefühl unendlich viel Kraft zu besitzen und dem Wunsch, das Beste zu geben.

Würde man das zugeben, wäre es eine Schwäche und ein Angriffspunkt. Ich bin auf meinem Arbeitsplatz nicht sicher, die Akzeptanz bei den Kollegen wäre vielleicht fraglich. Wobei ich spreche jetzt nicht von unserer Abteilung, sondern generell. (K 4)

Organisationen und die darin tätigen Personen oder in helfenden Berufen nehmen das Eingeständnis, dass jemand den Druck nicht mehr aushält, als Zeichen dafür, dass die Person der Stelle nicht mehr gewachsen ist oder ein Simulant ist. Das Eingeständnis, dass man den Druck nicht mehr erträgt, ist ein Zeichen der Schwäche, darum muss um jeden Preis weitergemacht werden, egal welche Folgen dies für die Arbeit und für den eigenen Geist und Körper hat.

Die meisten Menschen geben lieber zu, dass sie stark sind als schwach, lieber eine Situation kontrollieren können als sich von ihr bestimmen zu lassen.

Wenn ich das zugebe, dann bin ich ein schlechterer Arzt, dann habe ich keine Existenzberechtigung mehr in diesem Berufsstand. Somit weigere ich mich zuzugeben, was mich schwach macht. Eine Art Schutzmechanismus ist das. (K 3)

Wir müssen uns vorstellen, dass diese Stärke nicht nur gewünscht ist, sondern süchtig begehrt, sodass umgekehrt die Schwäche nicht nur unangenehm, sondern mit einem Gefühl verknüpft wird, nichts wert zu sein.

Manchmal ist es allerdings ihnen nicht möglich obwohl wir alle Fertigkeiten einsetzen und es entsteht ein Gefühl von beruflichen Versagen. Ein anderer Mensch hat sich mit Vertrauen und Zuversicht an sie gewandt und um Hilfe ersucht und es ist ihnen nicht gelungen, diese Hilfe zu leisten. Bei einigen Leuten führt dies zu Fragen nach ihrer eigenen Eignung für diesen Beruf.

Wie der Helfer die eigenen Erwartungen sowie das eigene Können beurteilt, hat Einfluss auf das Kompetenzgefühl. Das „Kompetenzgefühl“ wird durch die eigenen Fähigkeiten, Qualitäten sowie Moral- und Werteeinstellungen definiert.

Ich glaube, wenn er nicht wirklich ein hohes Selbstwertgefühl hat, dann fühlt er sich schlecht, weil er dann immer, das hätte er schaffen müssen, warum erzählt er das, das list doch lächerlich, das hätte ich mit Links gemacht, ich glaube, dass das sehr schwer fällt. (K 2)

Wenn ich selbstbewusst bin, dann kann ich auch sagen, ich habe einen furchtbaren Stress, dann trau ich mich das zu sagen. (K 7)

Die Anforderungen und die Komplexität in den meisten Berufen steigen unerbittlich an. Es ist es nicht erstaunlich, dass die darin tätigen Personen nicht über ausreichende berufliche Fertigkeiten zur Bewältigung der Aufgaben verfügen. Sie spüren, dass sie für viele Aufgaben, die sie übernehmen müssen, nicht über eine genügende Ausbildung verfügen.

..., weil sie enorm hineingestoßen werden, irrsinnig viel learning by doing haben und daher einen gewissen Stresspegel brauchen um sich das zuzutrauen, sonst würde sich das Herz zu sehr zusammen krampfen. Ich glaube, dass sich jeder Arzt ständig sehr fürchtet. (K 2)

Ich hätte mir einen Mentor gewünscht. Einen Ansprechpartner, den ich für ein halbes Jahr habe, zu dem ich jeder Zeit hingehen kann und fragen kann, der einfach für mich zuständig ist. (K 3)

Die Anstrengungen um am neuesten Stand zu bleiben, mit allen richtigen Antworten gewappnet zu sein, beansprucht jedes Jahr mehr Zeit. Entweder erschöpft man sich im Versuch, die unmögliche Aufgabe zu bewältigen, oder man tut das nicht und hat das Gefühl, den Anschluss verloren zu haben.

Auch unklare Rollenbeschreibungen und unklare Stellenbeschreibungen machen uns verwundbar. In der Stellenbeschreibung einer diplomierten Pflegekraft werden neben den fachlichen Kompetenzen auch persönliche Fähigkeiten und soziale Kompetenzen gefordert.

Als persönliche Fähigkeiten werden ausgeprägte Berufsidentität, persönliches und berufliches Selbstbewusstsein, hohe soziale und emotionelle Kompetenz, Überdurchschnittliche Leistungsfähigkeit, Stabilität in Stresssituationen und hohe Stresstoleranz usw. gefordert.

..., wenn ich dann offen zugeben muss ich habe dort oder da Stress, dann würden sie offen zugeben, ich bin dem nicht gewachsen, ich bin da fehl am Platz oder wie auch immer. Ich glaube, dass das Verständnis einfach offen darüber zu sprechen, es gibt einfach Stress und über das offen zu sprechen, soweit sind wir noch nicht. (K 7)

Entweder geht es um Unterlassung unserer Pflichten oder es geht um Überschreitung unserer Kompetenzen. Es handelt sich dabei um den klassischen Fall der Doppelbindung. Zum Rollenkonflikt kommt es, wenn zwei Aspekte unserer Arbeit unvereinbar sind. Bei einer Krankenschwester kann beispielsweise gute Pflege der Patienten im Widerspruch stehen zu der strengen Routine und den Zeitplänen, die beachtet werden müssen. Was immer man tut, ist nach bestimmten Kriterien falsch. Dies führt zu Gefühlen des inneren Konflikts, man befürchtet Aufdeckung und Zensur durch den Vorgesetzten, schließlich beginnt man zu glauben, man sei seiner Aufgabe nicht gewachsen und entwickelt ein schlechtes Selbstbild.

Ja und wenn man jetzt Schwächen zugeben würde, hieße das dass man dem Job nicht gewachsen ist. (K 1)

Es spielt eine große Rolle, ob man die Stresssituation als persönliches Versagen interpretiert oder ob es an jemand anderen gelegen ist. (K 4)

Wenn wir ständig zuviel von uns erwarten, treiben wir uns zu sehr an und sind immer unzufrieden mit den Ergebnissen. Unrealistische Erwartungen sind oft verbunden mit unklaren Rollenzuschreibungen. Weil nicht klar ist, was erwartet wird, oder weil ein Aspekt der Arbeit ständig im Widerspruch zu einem anderen steht, macht sich die Person Gedanken darüber, was gemacht werden „sollte“. Als Ergebnis eines solchen Mangels an Realitätssinn ist das Individuum nie zufrieden mit seiner Leistung und kann sich nie erholen im Gefühl gute Arbeit geleistet zu haben.

Die Idealisierungen zwingen uns, an einem starren Bild der Vollkommenheit festzuhalten und Fehler nicht für selbstverständlich zu sehen, sondern für einen Makel, ein mehr oder weniger deutlich moralisierend an den Pranger gestelltes Versagen zu erleben.

Einer der befragten Piloten beschreibt das Problem der medizinischen Berufe in Bezug auf ihr Rollenverhalten mit folgenden Worten:

In der Medizin sind eher alle als Individualisten tätig. Aus der Verantwortung, der die Mediziner ausgesetzt sind, konnte man etwas lukrieren, was für die gesamte Organisation wichtig wäre. Vielleicht hat es auch etwas mit Angst zutun, warum man nicht bereit ist, Veränderungen zu machen. Vielleicht was bei uns noch ist, dass wir in der Kollegenschaft sehr nahe beisammen sind, wir fühlen uns mental sehr verbunden. Wir lassen es zu von anderen zu lernen, egal wie lange der fliegt, was der fliegt oder wo der fliegt. Und ich denke da tun sich die Ärzte vielleicht noch schwerer. Wahrscheinlich weil er seinen Bereich schützen muss oder das so vorgelebt bekommt. Es müsste mal eine Gruppe beginnen, zu sagen es passiert dir nichts wenn du das zugibst, ganz im Gegenteil du gibst 5% her und gewinnst 20. Sicherheit zu schaf-

*fen indem man Sicherheit gib, wenn man etwas zugibt für uns alle ein Zuwachs, ein Mehrge-
winn wäre. (K 10)*

Luftfahrt: Kennt Grenzen

Die Einstellung, die in der Luftfahrt üblich ist beschreibt sich folgendermaßen:

*... deswegen gelingt es und nicht so sehr, weil die Piloten Superstars sind oder ganz besonde-
re Individuen ... (K 9)*

Die Piloten kommen nicht in die Verlegenheit unter mangelhaftem Kompetenzgefühl zu lei-
den, weil sie zugeben können, wenn sie etwas nicht wissen.

*... aber wichtig ist es, dass man es anspricht, also wir scheuen uns nicht oder genieren uns
nicht zu sagen, dass etwas für uns neu ist. Unlängst bin ich mit einem Copiloten einen Flug-
hafen angefliegen, wo es ein speziellen Manöver gibt, der hat mir gesagt, dass er das noch nie
erlebt hat, das war für mich sehr wichtig, zu wissen, sonst hätte ich mich die ganze Zeit ge-
wundert, so habe ich aber von Anfang an gewusst, dass ich sagen muss worauf er schauen
muss usw. Ich konnte mich einstellen (K 10)*

8.2.3.5 Phänomen „Perfektionismus“

Politische und wirtschaftliche Probleme breiten sich über die regionalen Einrichtungen und zu
einer lokalen Organisation aus bis hin zur Einzelperson, die aufgrund ihrer Sozialisierung ein
hohes Anspruchsniveau an ihre Arbeit hat und dadurch entweder in die Extremlastung oder
zum Verlassen ihrer Ideale gedrängt wird. Der Perfektionist in seiner Rolle als Helfer hat ho-
he Ideale in seiner beruflichen Arbeit. Grundbedingung für die Charakterzüge sind früh er-
worbene Einstellungen, dass Schwäche nicht zu akzeptieren ist. Betroffen sind Berufsgrup-
pen, die sich jeden Tag aufs Neue beweisen müssen und dadurch unter enormen Druck ste-
hen. Frauen sind noch häufiger betroffen als Männer, denn „es immer allen Recht machen zu
wollen“ und „ja nicht als egoistisch angesehen werden“ ist immer noch typisch weiblich.

Wer ein sehr schlechtes Selbstvertrauen hat, bemüht sich häufig, überproportional stabil, stark
und unangreifbar zu scheinen. Er findet das Eingeständnis der geringsten Schwäche bereits
unerträglich.

*Das wäre für mich selber schlimm, vielleicht für die anderen gar nicht so, aber ich selber
mach mir den Druck, vielleicht auch weil wir geschult sind, dass man alles immer richtig ma-
chen muss. (K 5)*

Der hohe Selbstanspruch ist ein wichtiger Entstehungsfaktor für Stress, er verhindert für sich
selbst einen Ausgleich zu schaffen, die eigenen Grenzen zu kennen und zu akzeptieren.

... das wird wahrscheinlich viele helfende Berufe betreffen, dass man auf sich selbst wenig schaut, dass man dem Patienten in diesem Fall helfen kann und schaut, dass man sein Pensum durchkriegt und seine persönlichen Bedürfnisse nicht in den Vordergrund stellt. (K 4)

Einstellungen wie besonders hohes Engagement und Idealismus sind Eigenschaften, die beim Arbeitgeber meist sehr geschätzt wird. Neben der Einstellung Anerkennung nur durch Leistung bekommen zu können, wird ein Hang zum Perfektionismus und das Gefühl schwierige Situationen ohne fremde Hilfe bewältigen zu müssen entwickelt.

..., zum Teil ist es schon auch der eigene Anspruch perfekt zu sein, den glaube ich den haben wir. (K 6)

Ein Outing, das man Probleme hat oder sich überlastet fühlt oder sich in der Situation überfordert fühlt, ist oft mit negativen Konsequenzen verbunden. Um Hilfe ersuchen gefährdet unsere Professionalität diese Einstellung ist vorherrschend.

Ich kann in meiner 2. Ausbildungswoche keinen Ultraschall von einer Geminischwangeren mit einem Umbilikalisdoppler machen, das kann ich einfach nicht. Dann muss ich erst jemanden finden, die Patientin muss ich vertrösten, also das ist unangenehm vor dem Patienten. Es ist ein Eingeständnis, das kann ich nicht usw. (K 3)

Anfänger in helfenden Berufen haben oft die Illusion, dass sie in einem Klima arbeiten, das durch Freundlichkeit der Helfer und die Dankbarkeit der Patienten bestimmt ist. Der Zusammenbruch dieser Illusion führt nicht selten dazu, dass die Berufsmotivation zusammenbricht. Man hat das Gefühl der reduzierten arbeitsbezogenen Selbstbewertung.

Daraus ergibt sich die Tatsache, dass es für viele Krankenpflegepersonen als sehr belastend empfunden wird, dass trotz des Zeitmangels im Sinne der Sorgfaltspflicht und der Professionalität die Arbeit korrekt ausgeführt werden muss.

..., es wird ja für den Patienten gemacht. Das ist etwas wo die Pflege fast nie nein sagen kann. (K 8)

Die Piloten sagen zu diesem Thema unter anderem:

Wir wissen fehlerfreie Sessions gibt es nicht, den perfekten Piloten gibt es nicht und es ist natürlich durch Simulatorbetrieb sehr gut beobachtbar durch den Fluglehrer, durch den Beobachter durch die Kamera, ob Fehler gemacht werden aus denen wir dann versuchen zu lernen. (K 10)

Ich denke, es hat was damit zutun, welchen Blickwinkel hat man auf das Thema Verantwortung. Beim jungen Copiloten ist es legitim zu sagen das weiß ich nicht, wenn er dann älter wird, dann steigt das Verantwortungsbewusstsein und dadurch wird es getan. Die Hintergründe oder der Antrieb ist vielleicht ein anderer. Den Macho im Cockpit gibt es eher nicht.

(K 10)

Im Gegensatz meinen die Ärzte:

..., schwach sein ist nie gut, wenn man ganz oben in der Pyramide steht, weil wir eben die Letztverantwortlichen sind. Wenn man eine gewisse Verantwortung hat, ist es schwierig zu sagen, ja den Fehler habe ich gemacht. (K 1)

... man spricht relativ wenig über stressige Situationen, denen man nicht gewachsen war und das deswegen Stress ausgelöst hat, weil man damit eine Unzulänglichkeit zugeben würde.

(K 8)

Wenn unser Selbstwertgefühl überfordert ist und zusammenzubrechen droht, greifen wir nach jedem Strohalm, der uns hilft unsere Ohnmacht vor uns selbst zu verbergen. Die Idealisierung ist mit einem vermeintlichen Größenwahr verknüpft, der eine wesentliche Rolle beim Helfer spielt. In der Hilfe für einen Hilfsbedürftigen steckt die Demonstration eigener Überlegenheit und Macht, die geeignet ist, das eigene Selbstbewusstsein aufzuwerten und die Vorstellungen unterstützen, dass etwas Großartiges in einem steckt. Die Kehrseite solcher Illusionen ist der Druck, immer alles richtig und es allen recht zu machen und wenn das nicht gelingt, wenigstens den Schein zu wahren.

..., dass ich mir vornehme verschiedene Dinge besonders gut zu erledigen, eben nicht nur die Arbeit abzuarbeiten. (K 1)

So gerät die von einem solchen größenwahnsinnigen und unbewussten Ideal getriebene Person bald an die Grenzen ihrer Leistungsfähigkeit. Gemildert kann dieses Phänomen nur durch intensive Reflexion werden. Die Widersprüche, in die wir durch unsere Idealisierung geraten, hängen mit den Widersprüchen der Leistungsgesellschaft zusammen.

..., während ein müder oder kranker Arzt, ein Arzt, der in Krankenstand geht, da bin ich ein schlechter Arzt so zu sagen. Wenn du krank bist gehst du trotzdem arbeiten, das wird uns so eingetrichtert, du bist ja kein Mensch, du bist ja ein Arzt. Der Ehrgeiz ist da und der Erfolgsdruck ist extrem hoch. (K 2)

Da haben wir zwei Vorteile, die für uns wichtig sind. Es ist ganz eindeutig geregelt, dass wir dafür verantwortlich sind fit im Dienst zu erscheinen und das zweite ist, dass es keine Konsequenz im Unternehmen hat, wenn wir uns krank melden. (K 10)

Wenn ich eine Operation, die wirklich im Dienste des Patienten außerordentlich wichtig ist und ausgiebig machen muss und ich weiß, ich habe um 11:30 einen Termin, da tue ich mir sehr schwer mich zu konzentrieren und zu sagen o.k. ich rufe jetzt an und sage den Termin ab. Man versucht dann trotzdem den Termin einzuhalten und kommt dann in einen Stress, in ein Dilemma in meiner Pflicht als operierender Arzt oder visitierender Arzt im Gegensatz zu meinem Terminkalender. (K 2)

Die so genannten „Antreiber“ sind Faktoren, die aus der Transaktionsanalyse bekannt sind bei der Stressauslösung und Stressbewältigung eine wichtige Rolle spielen.

Die Antreiber sind prinzipiell nichts Negatives, denn um ein bestimmtes Ziel zu erreichen, ist es durchaus angebracht, sie einzusetzen. In dem Augenblick, in dem aber jemand den Druck der Antreiber ständig verspürt wird Dis-Stress ausgelöst.

..., bei mir ist es immer schon so gewesen, je mehr ich gewusst habe, umso besser habe ich mich gefühlt. Wissen ist immer was Tolles, wenn du dich auskennst was zu tun ist, wenn man immer Antworten geben kann. Für mich persönlich wäre es schlecht, wenn ich da stehe und sage, ich weiß das nicht. Also ich fühle mich besser, wenn ich eine Antwort geben kann. Vielleicht geht es den anderen genauso. (K 6)

8.2.3.6 Phänomen „System“

Vertrauen/Misstrauen

Das Gefühl von Machtlosigkeit wirkt sich nicht nur verheerend auf unser Selbstwertgefühl aus, es führt auch zu starker Frustration, wenn wir Nachteile des gegenwärtigen Systems und mögliche Verbesserungen erkennen, aber ignoriert werden.

Die Einstellung der Mitarbeiter zum System hat einen wesentlichen Einfluss auf ihre Werte und ihr Verhalten.

Unser System ist krank und ist krankmachend. (K 2)

Das wieder rum drückt sich in der Kultur aus, die durch das System wesentlich beeinflusst werden kann. Das System und die Mitarbeiter im System bedingen einander.

Die Mitarbeiter des Gesundheitswesens bewerten die Bereitschaft der Systemveränderung eher skeptisch bis ganz ablehnend.

..., denen geht es um Einsparung oder andere Themen, ich glaube nicht, dass die sehr mit der Pflege empathisch sind. Eher belasten sie die Pflege, es ist ihnen nicht wichtig genug, es geht ja so auch denkt sich der KAV und bis jetzt geht es ja gut und es passiert nichts. (K 6)

Was oft als besonders schwerwiegend betrachtet wird, ist der Umstand, dass Unternehmen häufig ihr Bekenntnis zu ausgezeichnetem Service „Spitzenmedizin für Alle“ betonen und

gleichzeitig so handeln, dass die Qualität der Arbeit gemindert wird „Personalabbau, Gering-schätzung im Umgang miteinander“.

Ja, das macht die Sache nicht sehr glaubwürdig, fast ist es wie Hohn, vielleicht ist das über-trieben, aber man empfindet es so. (K 1)

Man muss halt schon entscheiden, ob ich wenn ich alles hineinpresse und das Personal da-durch in Stress bringe, ob ich da dem Patienten etwas Gutes tue und qualitative Arbeit leiste, das ist eine andere Frage. Man sollte dann wirklich abschätzen, wie weit ist dann gefährliche Pflege dann gegeben. Was will ich, will ich Qualität oder will ich eine quantitative Leistung, einerseits steht der Patient im Vordergrund und man will für ihn die beste Leistung in der heutigen Zeit der Qualitätssicherung, das ist eigentlich dann immer ein Widerspruch. (K 7)

Das Gefühl der geringen Beeinflussbarkeit von nicht immer nachvollziehbaren Systement-scheidungen oder machtpolitische Entscheidungen und das erlebte Missverhältnis zwischen Leistung und Verantwortung und Entlohnung in vielen Bereichen. Die Mitarbeiter solcher Systeme kommen zum Schluss, dass sie machtlos sind etwas zu verändern. Viele nehmen ihr Schicksal als unvermeidlich an.

Ich kenn die Arbeitszeit gar nicht anders. In Privathäusern ist die Arbeitszeit länger, warum das beim KAV so ist, weiß ich nicht. Ich habe mich nie damit auseinander gesetzt ehrlich ge-sagt. (K 3)

Aber ich glaube, um was massiv zu verändern an der konkreten Belastung der Ärzte z.B.: lan-gen Arbeitszeiten, Bürokratie usw. da werden viele daran zweifeln, dass da etwas zu verän-dern ist. (K 4)

..., also es ist schon ein permanenter Druck zumindest in der Kernarbeitszeit. ..., das wieder rum ist ein Punkt, dass wenn soviel Arbeit in so kurzer Zeit zu erledigen ist, ist das einfach fehleranfällig. Wenn ich jeden Patienten in kurzer Zeit, ich sage jetzt, durchschleusen muss und dabei etwas übersehen könnte. (K 3)

..., die größte Crux, die wir haben ist diese völlig kranke Dienstzeit. Die die darin arbeiten, sind damit sehr zufrieden, das ist ja das Komische. Ich glaube, dass sie im Grunde, obwohl es komisch klingt, obwohl sie gestresst sind, es nicht ändern wollen. Sie sind in dem System groß geworden und können sich gar nichts anderes vorstellen. (K 2)

Akzeptanz eines vorbestimmten Schicksals und daher Rechtfertigung von kurzer Dienstzeit.

Besonders gefährdete Organisationen sind die, die einen hohen Anspruch und einen geringen Einfluss haben. Ein Spital gehört zu dieser Art von Organisation. Einerseits besteht ein hoher

Anspruch durch den täglichen Umgang mit Krankheit und Leid, es müssen lebensbeeinflussende Entscheidungen getroffen werden oft auf Basis widersprüchlicher oder uneindeutiger Befunde und auf der anderen Seite spielt das immer höher werdende ärztliche Berufsrisiko mit Klagemöglichkeiten eine besondere Rolle.

Nein, aber man liest es ja immer wieder in der Zeitung oder hört es in der Kollegenschaft, weiß ich nicht auf ewig suspendiert und er kann den Beruf nicht mehr ausüben. (K 3)

... dass die Leute sofort zum Patientenanwalt rennen macht auch viel Druck, wir können nicht mehr normal arbeiten, sondern wir müssen alles derart genau aufreihen, was wir mit dem Patienten gesprochen haben, als Beweis. Früher die Dokumentation und jetzt das ist 1000 und 1. Es geht um Absicherung, denn die Anwälte finden immer eine Lücke, wo sie rein können und dann geht es auch wieder um unsere Existenz. (K 4)

Besonders dynamische und engagierte Mitarbeiter werden durch unrealistische Zielsetzungen und übertrieben hohe Erwartungen frustriert.

Soweit ich das mitbekommen habe, ist der KAV mit allem einverstanden, was nichts kostet. Ob das jetzt Zeit der MA ist, was ja auch Geld für den KAV ist oder Geld zur Verfügung stellen soll. Er findet alles supertoll, nur zahlen will man nicht dafür. Das sind alles Eigeninitiativen von Abteilungen, die vom KAV solange gefördert werden, solange es dem KAV nichts kostet. (K 1)

Die Institution hat die Möglichkeit die Helfer in ihrer Arbeit zu unterstützen, tut sie das nicht bzw. verschärft sie die Situation noch, führt das unweigerlich zu Systemmisstrauen (Fengler, 2001).

Einer der interviewten Piloten beschreibt Systemvertrauen so:

Nur wenn es dem System gelingt, den Leuten zu vermitteln, dass es interessiert ist an Information und auch gewillt ist was zu verändern, zum Wohle auch der Leute umso mehr solche Meldungen wird man kriegen umso bereiter werden die Leute sein etwas Einzubringen. Das ist ein sehr interessantes Spannungsfeld und das gelingt manchen Organisationen besser wie in der Luftfahrt und in manchen wenig gut. (K 9)

... hier spielt sich generell diese Unternehmenskulturfrage ab, atmosphärische Bedingungen, wenn man so will, ich würde sagen, dass auf den Punkt gebracht, in einer Organisation in der die Führung glaubhaft und authentisch vorlebt und auch selbst signalisiert, dass es alle Anstrengungen zum Thema Sicherheit unterstützt, dass die Führung ein offenes Ohr hat für kriti-

sche Inputs, für Vorschläge zur Verbesserung auf diesem Gebiet, das ist einer der maßgeblichsten Beiträge, die die überhaupt leisten können.(K 9)

... wenn da die einzelnen Piloten das Gefühl haben, wenn ich eine Entscheidung treffe aus Sicherheitsgründen, die wirtschaftlich negative Auswirkung hat, dann steht das Management hinter mir und unterstützt mich, wenn ich die Sicherheitsfahne hoch halte, dann ist das sicher sehr positiv. Während in einer Unternehmenskultur in der die Angst im Nacken sitzt, dass man bei genau so einer Entscheidung einen Rüffel kriegt oder sogar, das gibt es noch auf der Welt Strafen für diese Dinge ausgesprochen werden, dort gibt es ein eklatantes Sicherheitsproblem.(K 9)

Auf die Frage ob Piloten den Eindruck haben, dass behindernde Rahmenbedingungen, die sie erkannt und aufgezeigt haben, verändert werden, antworteten die Kandidaten in folgender Weise:

*Ja, ich denke es hängt natürlich auch davon ab, wo groß die Organisation ist. In kleineren Einheiten sind die Wege viel direkter, aber auch in größeren Organisationen ja, sie wird auch daran interessiert sein diese Informationen zu bekommen, wo man was besser gestalten kann.
(K 10)*

*... wenn etwas Gravierendes vorfällt und in einer Untersuchung relativ klar festhalten lässt, dass es da einen Bereich gibt, dann ist das System lernbereit und das wird auch umgesetzt...
(K 9)*

Ein System muss Sinn und Werte glaubhaft vermitteln.

In den meisten Fällen vermindert ein bestimmtes Maß an Mitbestimmung über das eigene Leben, das Ausmaß an möglichem Stress. Das Gefühl von Machtlosigkeit wirkt sich nicht nur verheerend auf unser Selbstwertgefühl aus, es führt auch zu starker Frustration, wenn wir Nachteile des gegenwärtigen Systems und mögliche Verbesserungen erkennen, diese aber ignoriert werden.

Die zusammenfassende Inhaltsanalyse hat folgende Aussagenkategorien ergeben,

Die prägnantesten Aussagen wurden in der unten angeführten Tabelle berufsgruppenspezifisch den beiden dargestellten Polen zugeordnet:

	Kultur		Rolle		Antreiber	System	
	Leistung	Sicherheit	Weiss alles, kann alles	Kennt seine Grenzen	Perfektionismus	Vertrauen	Misstrauen
Ärzte	<p>Aber Stress als leistungsmin- derender Faktor ist nicht Inhalt der Ausbildung, ganz im Gegenteil es wird vorausge- setzt, dass man leistungsfähig ist und funktioniert, alles andere wird nicht besprochen.</p> <p>Dauernder Druck, wenn man im Dienst ist. Also der Ar- beitsstress wenn man im Dienst ist, man kann sich nicht wirklich gut zurückzie- hen, das ist eine permanente Belastung unter der man steht. Allzeit bereit, es kann ständig irgendwas passieren.</p> <p>Es ist immer noch das Den- ken von früher, wo das ein- fach Tabu war und man alles verschwiegen hat.</p> <p>Um in diese Gefahr nicht zu kommen schütze ich mich quasi davor, indem ich nicht zugebe, dass mich Stress in meiner Leistung beeinflusst - Genau, weil man dann zeigt, man hat eine Schwäche. Und ein Schwäche darf man so zusagen nach außen nicht zeigen, weil das könnte ja ein Angriffspunkt sein, mehr oder weniger.</p>	<p>wir lernen in unserer Ausbil- dung nie über Stress, wir ler- nen immer nur, dass wir gut sind, dass wir alles wissen und dass wir für alles verantwort- lich sind.</p> <p>Wir lernen in der Ausbildung, dass man es sich auch nicht anmerken lassen soll, wenn man etwas nicht kann oder nicht weiß, dass es eben ein Eingeständnis von Schwäche ist</p> <p>Prinzipiell ist es so dass das Arztbild immer noch der Gott in Weiß alles zu sagen hat und weiß was geschieht und was zu tun ist. Und eine Schwäche eingestehen wird eigentlich, ja eher als abträglich gesehen der eigenen Persönlichkeit gegen- über.</p> <p>Wenn ich das zugebe, dann bin ich ein schlechterer Arzt, dann habe ich keine Existenzberech- tigung mehr in diesem Berufs- stand. Somit weigere ich mich zuzugeben, was mich schwach macht. Eine Art Schutzmecha- nismus ist das.</p> <p>Würde man das zugeben, wäre</p>	<p>schwach sein ist nie gut, wenn man ganz oben in der Pyramide steht, weil wir eben die Letztver- antwortlichen sind.</p> <p>dass man in kurzer Zeit Ent- scheidungen zur Zufriedenheit aller treffen muss.</p> <p>wenn man ein hohes Verant- wortungsbewusstsein hat, dann wird man versuchen mögli- cherweise so eine Situation dadurch zu umgehen, dass man die Patientin noch einmal be- stellt oder sagt, da hol ich mir noch einen Spezialisten, kom- men sie bitte dann und dann wieder, oder man sagt sich, die ist eh schon so lästig, da muss ich was tun und versucht ir- gendwas auf wackeligen Beinen etwas zu konstruieren wohinter ich stehen kann.</p> <p>Ich kann in meiner 2. Ausbil- dungswoche keinen Ultraschall von einer Geminischwangeren mit einem Umbilikalisdoppler machen, das kann ich einfach nicht. Dann muss ich erst je- manden finden, die Patientin muss ich vertrösten, also das ist unangenehm vor dem Patienten. Es ist ein Eingeständnis, das</p>	<p>Einige von uns Ärzten immer wieder probiert haben ungünsti- ge Rahmenbedingungen aufzu- zeigen wo das dann an die Füh- rung weitergegeben wurde, meis- tens oder sehr oft wird das gleich niedergeschmettert, manchmal wird versucht es irgendwie zu lösen, Lösungsansätze im KAV dauern meistens 4 bis 5 Jahre bis etwas geschieht, das ist der Zeit- raum wo man entweder mit der Ausbildung fertig ist und geht oder irgendwann einmal den Hut drauf schmeißt. Wenn man sich bemüht, dann ist es entweder ein Kampf gegen Windmühlen oder ein sehr lange Kampf bzw. Lö- sungsansätze, die keine Verbes- serung herbeiführen sondern eher die Sache verkomplizieren.</p> <p>Das ist eine Frage mit wem spre- che ich darüber, ist es eine ver- traute Person, die mir empa- thisch zuhört, wo ich mein Herz ausschütten kann, das ist einfach ein anderes Gefühl als wenn das Gespräch vor einer Disziplinar- kommission stattfindet.</p> <p>man liest es ja immer wieder in der Zeitung oder hört es in der Kollegenschaft, weiß ich nicht auf ewig suspendiert und er kann</p>			

	<p>Es geht um die Reputation der Abteilung nach außen, das muss gut sein.</p> <p>Der finanzielle Anspruch den man an sich selbst hat und auch die Gesellschaft vorgibt drängt einem dazu. Wenn man keine Kassenordination hat, sondern nur eine Wahlarztordination gleicht sich das finanziell gerade so aus, dass man über die Runden kommt, was ich so höre. Ich weiß es nicht, weil ich noch keine Ordination habe</p> <p>es gibt ja die Redewendung „Götter in weiß“, das impliziert auch schon, eigentlich, dass man eine mehr als normale Leistung erbringen kann</p> <p>Nicht der Zeitdruck alleine, sondern weil er insofern unzufrieden macht, dass ,man mit den Patienten nicht die Zeit entgegenbringen kann, die nötig wäre</p> <p>Man wird einfach reingestoßen in die Situation, direkt vom Studium, wird vor den Spitalalltag gestellt, man muss die Aufnahmen alleine erledigen, man muss die Stationsarbeit alleine erledigen und hat nicht immer</p>	<p>es eine Schwäche und ein Angriffspunkt. Ich bin auf meinen Arbeitsplatz nicht sicher, die Akzeptanz bei den Kollegen wäre vielleicht fraglich.</p> <p>Weil man als Arzt ja weiß, dass der Gesprächspartner, der Patient ein medizinischen Laie ist und das was ich ihm sage oder vorlege, um sein Einverständnis einzuholen, dass er das im Prinzip ja nicht beurteilen kann, sondern nur gefühlsmäßig entscheiden kann aus dem Bauch heraus</p> <p>Es spielt eine große Rolle, ob man die Stresssituation als persönliches Versagen interpretiert oder ob es an jemand anderen gelegen ist.</p> <p>Ich glaube, dass Fehler verdrängt werden, wir als Ärzte dürfen keine Fehler machen, Fehler machen ist böse, Fehler machen ist unehrenhaft und daher wird das verdrängt und daher wird auch der Stress verdrängt.</p>	<p>kann ich nicht usw.</p> <p>Wenn man eine gewisse Verantwortung hat, ist es schwierig zu sagen, ja den Fehler habe ich gemacht.</p> <p>einerseits selbst versagt zu haben und andererseits meinen Chef enttäuscht zu haben.</p> <p>Man versucht dann trotzdem den Termin einzuhalten und kommt dann in einen Stress, in ein Dilemma in meiner Pflicht als operierender Arzt oder visitierender Arzt im Gegensatz zu meinem Terminkalender.</p> <p>Bei mir ist es, wenn zu meinem normalen Tagesablauf dann noch eine Geburt dazu kommt, die ich versprochen habe persönlich zu betreuen</p> <p>Der Ehrgeiz ist da und der Erfolgsdruck ist extrem hoch.</p>	<p>den Beruf nicht mehr ausüben.</p> <p>man fürchtet Konsequenzen, dass es vielleicht heißt, wenn sie das nicht handeln können, dann werden sie dort nicht mehr eingesetzt</p> <p>Man packt relativ viel Arbeit in eine relativ kurze Kernarbeitszeit. Das ist einfach fehleranfällig.</p> <p>In Privathäusern ist die Arbeitszeit länger, warum das beim KAV so ist, weiß ich nicht. Ich habe mich nie damit auseinandergesetzt ehrlich gesagt.</p> <p>Die Probleme sind ja bekannt und es hat sich bis jetzt noch nicht wahnsinnig viel verändert, ja. Also ich denke schon, dass das aufgezeigt wird, aber die ganze Struktur, die halt so fix ist umzuwerfen ist sichtlich ein Problem. Es traut sich anscheinend keiner drüber, oder man müsste soviel verändern, dass es viel Arbeit bedeuten würde.</p> <p>die Frage ist, ob die Änderungen marginal sind oder sich bemerkbar machen. Ich glaube, dass es in der übergeordneten Struktur Dinge gibt, die mehr wiegen als das persönliche Befinden der Ärzteschaft.</p>
--	--	---	---	---

	<p>jemanden, den man fragen kann, muss daneben auch sehr viele Arbeiten leisten und durchführen.</p> <p>Medizin ist eine Heilkunst und wir sind alle Künstler und jeder darf individuell entscheiden und es gibt halt keine wirklichen Arbeitsvorgaben</p> <p>Ich glaube, dass den Ärzten, wenn sie anfangen zu studieren, ihnen vorgegaukelt wird, das ist der Super-Traumberuf, der Reichtümer bringt unter dieser Vision treten sie an, möglicherweise.</p>			<p>Das macht die Sache nicht sehr glaubwürdig, fast ist es wie Hohn, vielleicht ist das übertrieben, aber man empfindet es so.</p> <p>Aber ich glaube, um was massiv zu verändern an der konkreten Belastung der Ärzte z.B.: langen Arbeitszeiten, Bürokratie usw. da werden viele daran zweifeln, dass da etwas zu verändern ist.</p> <p>Daher nimmt man auch die stressige Kernarbeitszeit in Kauf um mich danach um das was mich interessiert kümmern kann beruflicher oder privater Natur.</p> <p>Die größte Crux, die wir haben ist diese völlig kranke Dienstzeit. Die die darin arbeiten, sind damit sehr zufrieden, das ist ja das Komische.</p> <p>Ich glaube, dass sie im Grunde, obwohl es komisch klingt, obwohl sie gestresst sind, es nicht ändern wollen.</p> <p>Unser System ist krank und ist krankmachend.</p> <p>Wie gering meine Möglichkeiten sind, was zu ändern. Wenn ich nicht meine privaten Erfolgserlebnisse durch meine Privatordination hätte, wäre ich längst verzweifelt.</p>
--	--	--	--	--

<p>Pflege</p>	<p>Lange Zeit war ja die Pflege, was ich weiß in Hand von Klosterschwestern, die sich nie gewehrt. Und ich glaube da ist ein Teil dieser Kultur mit rüber gegangen. Man wehrt sich nicht, kümmert sich um alles und empfindet das auch noch normal</p> <p>Ich glaube ein Teil von uns weiß es nicht, das das so nicht normal ist und der 2. Teil denkt sich vielleicht, ja es muss so sein, deshalb habe ich den Beruf gewählt.</p> <p>Weil ich eben glaube, dass wir schon eigene Persönlichkeiten sind. Ein gewisses Leiden entspricht uns, nicht allen, man weiß das, wenn man den Beruf wählt, zumindest wie ich den Beruf ergriffen habe, habe ich gewusst, ich muss wahrscheinlich über meine körperlichen Grenzen leistungsfähig sein. Es ist halt so.</p> <p>Wenn ich selbstbewusst bin, dann kann ich auch sagen, ich habe einen furchtbaren Stress, dann traue ich mich das zu sagen.</p> <p>da stehen schon eigene Persönlichkeiten dahinter, die eben, ja wir wissen alle, wir</p>	<p>Du bist rund um die Uhr da für den Patienten, du musst alles wissen.</p> <p>Es ist eine Grundvoraussetzung, um eine gute Pflegeperson zu sein, muss ich fleißig und ständig arbeiten?</p> <p>Weil sie einfach der Meinung sind, ich muss das machen, weil man das von mir fordert</p>	<p>Zum Teil ist es schon auch der eigene Anspruch perfekt zu sein, den glaube ich den haben wir.</p> <p>Weil man eben alles wissen sollte, das wird einem ja so gelernt</p> <p>Das wäre für mich selber schlimm, vielleicht für die anderen gar nicht so, aber ich selber mach mir den Druck, vielleicht auch weil wir geschult sind, dass man alles immer richtig machen muss</p> <p>Man ist dadurch vielleicht aufgewertet. Ich kann jetzt nur vom mir sprechen, bei mir ist es immer schon so gewesen, je mehr ich gewusst habe, umso besser habe ich mich gefühlt. Wissen ist immer was Tolles.</p> <p>es wird ja für den Patienten gemacht. Das ist etwas wo die Pflege fast nie nein sagen kann.</p> <p>Man hat immer das Gefühl gehabt des muss zum schaffen sein,</p> <p>man spricht relativ wenig über stressige Situationen, denen man nicht gewachsen war und das deswegen Stress ausgelöst hat, weil man damit eine Unzulänglichkeit zugeben würde</p>	<p>Also, die von außen die Rahmenbedingungen, glaube ich eher nicht, dass man die ändern kann.</p> <p>denen geht es um Einsparung oder andere Themen, ich glaube nicht, dass die sehr mit der Pflege empathisch sind. Eher belasten sie die Pflege, es ist ihnen nicht wichtig genug, es geht ja so auch denkt sich der KAV und bis jetzt geht es ja gut und es passiert nichts.</p> <p>Ich habe nicht den Eindruck, dass der KAV die Pflege unterstützt</p> <p>Will ich Qualität oder will ich eine quantitative Leistung, einerseits steht der Patient im Vordergrund und man will für ihn die beste Leistung in der heutigen Zeit der Qualitätssicherung, das ist eigentlich dann immer ein Widerspruch.</p> <p>Ich glaube, dass man solche Situationen nur mit Leuten bespricht, die man wirklich gut kennt, zu denen man Vertrauen hat.</p> <p>Wenn viele dieses Problem aufzeigen, dass man damit den oberen Etagen zeigt, dass man vielleicht doch etwas ändern sollte.</p>
----------------------	--	--	--	--

<p>sind verbunden mit dem Helfersyndrom und es ist einfach so.</p> <p>Das wäre sonst ein Eingeständnis Dass man nicht 100 % seiner Leistungsfähigkeit bringen kann.</p> <p>das Gefühl vermittelt wurde, dass man viel arbeiten muss um gut zu sein und in kurzer Zeit viel zu machen und viel zu lernen und ich glaube, dass das da schon die Wurzeln hat. Früher war der Drill so, dass du eigentlich gar nicht sitzen hättest dürfen, sondern nur arbeiten und wenn wer hereingekommen ist, springt man auf, weil das ist ein schlechtes Zeichen, dass du da herumsitzt, nur arbeiten und roboti machen.</p> <p>Es ist oft so, dass man das Gefühl hat man hat einen Berg Arbeit, den man dann teilweise abgearbeitet hat, das ist dann ein befreiendes Gefühl, das erlebe ich schon oft. Dann kommt man wieder in den Dienst und schon ist der Berg wieder da, durch neue mails, die man lesen und durcharbeiten muss.</p> <p>Und wenn ich dann offen</p>		<p>sondern dass ich den Anspruch an mich habe, dass ich meine Arbeit ordentlich mache</p>	<p>Soweit ich das mitbekommen habe, ist der KAV mit allem einverstanden, was nichts kostet. Ob das jetzt Zeit der MA ist, was ja auch Geld für den KAV ist oder Geld zur Verfügung stellen soll. Er findet alles supertoll, nur zahlen will man nicht dafür. Das sind alles Eigeninitiativen von Abteilungen, die vom KAV solange gefördert werden, solange es dem KAV nichts kostet</p>
--	--	---	--

	<p>zugeben muss ich habe dort oder da Stress, dann würden sie offen zugeben, ich bin dem nicht gewachsen, ich bin da fehl am Platz oder wie auch immer.</p>			
Piloten	<p>man weiß, dass Stress jeden betrifft, dass also es kein Mangel unter Anführungszeichen ist</p> <p>Die Methoden sind Reflexion über das Thema dass es existiert, sich dem stellen, darüber sprechen, am Beginn hören und lernen wie man damit umgehen kann</p> <p>Viel Aufklärungsarbeit hat dazu geführt, dass der Großteil sagt, ich nehme in Kauf einmal aufgezeigt zu bekommen, dass ich mich irgendwann einmal außerhalb des Limit bewegt habe, weil unser großes gemeinsames Ziel ist so sicher wie möglich zu operieren.</p>	<p>aber wichtig ist es, dass man es anspricht, also wir scheuen uns nicht oder genieren uns nicht zu sagen, dass etwas für uns neu ist.</p> <p>Das war für mich sehr wichtig, zu wissen, sonst hätte ich mich die ganze Zeit gewundert, so habe ich aber von Anfang an gewusst, dass ich sagen muss worauf er schauen muss usw. Ich konnte mich einstellen.</p> <p>früher bei älteren Kapitänen noch denkbar unmöglich war, und wenn, dann mit schlechtem Gefühl und jetzt wird es immer möglicher mit viel weniger schlechtem Gefühl. Hier gibt es einen Entwicklungsprozess ohne es in uns zu bewerten, die junge Generation geht mit gutem Beispiel voran, die das völlig ohne Vorbehalte sagen kann.</p>	<p>Wir wissen fehlerfreie Sessions gibt es nicht, den perfekten Piloten gibt es nicht</p>	<p>Nur wenn es dem System gelingt, den Leuten zu vermitteln, dass es interessiert ist an Information und auch gewillt ist was zu verändern, zum Wohle auch der Leute umso mehr solche Meldungen wird man kriegen umso bereiter werden die Leute sein etwas einzubringen.</p> <p>dann wird man einsichtig, wenn man merkt es wird aufgezeigt, aber es hat keine direkte Konsequenz,</p> <p>Ich denke es hängt natürlich auch davon ab, wo groß die Organisation ist. In kleineren Einheiten sind die Wege viel direkter, aber auch in größeren Organisationen ja, sie wird auch daran interessiert sein diese Informationen zu bekommen, wo man was besser gestalten kann.</p>

8.2.4 Status im angloamerikanischen Bereich

In anderen Gesundheitssystemen wie in Australien, in Großbritannien und in den USA, hat Risikomanagement größtenteils als Konsequenz eines zunehmenden forensischen Drucks schon viel früher stattgefunden.

England

Bereits im Jahre 1998 war beispielsweise in Großbritannien an jedem Krankenhaus ein eigenes Riskteam beschäftigt. Es hatte die Aufgabe das Fehlermanagement des Spitals zu übernehmen. Die Mitarbeiter des Riskteams übernahmen die Kommunikation mit den Patienten, die in einen Event verwickelt waren. Der Vorteil den man daraus ableiten kann ist, dass das medizinische Personal als Beteiligte und Betroffene von der Gesprächsführung entlastet wurden. Auch die Abwicklung mit der zuständigen Haftpflichtversicherung übernahm das Riskteams. Erwähnenswert ist auch, dass die Spitäler über ein eigenes Budget verfügt haben um mit den Patienten eine etwaige zur Schadensbegleichung durchzuführen. Weiters wurde psychologische Unterstützung für die Mitarbeiter, die in einen Vorfall verwickelt waren, organisiert. Denn wenn die Unterstützung der involvierten Mitarbeiter ausbleibt, stellen die beeinträchtigten Mitarbeiter durch die Traumatisierung in der weiteren Ausübung ihrer Arbeit ein Risiko dar. Das Fehlerreportingsystem wurde ebenfalls durch die Angehörigen dieses Teams gewartet.

USA

“To Err Is Human” empfahl vier Ansätze zur Verbesserung der Patientensicherheit im Gesundheitswesen. “Five Years To Err Is Human” dokumentiert erste Lösungsansätze.

Tabelle 15: To Err Is Human/Five Years After To Err Is Human

“To Err Is Human”	“Five Years After To Err Is Human”
Establishing a national focus to create leadership, research, tools, and protocols to enhance the knowledge base about safety.	In 2001, Congress responded to the IOM recommendations by allocating \$50 million annually for patient safety research to the Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ), the lead federal agency for health care safety.
Raising performance standards and expectations for improvements in safety through the actions of oversight organizations, professional groups, and group purchasers of health care.	Other important players that have emerged include the Veteran’s Health Administration, the Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO), and the Centers for Medicare and Medicaid Services (CMS), as well as purchasers and payers. However, the most important stakeholders,

	say the authors, are the physicians, nurses, therapists, and pharmacists who have become much more alert to safety hazards and who are committed to making improvements on the front lines.
Implementing safety systems in health care organizations to ensure safe practices at the delivery level.	In 2003, JCAHO began requiring hospitals to implement 11 safety practices, including improving patient identification, communication, and “surgical site verification” (marking a body part to ensure surgery is performed on the correct part). More safe practices will be added in 2005. In addition, teaching hospitals initiated new residency training hour limitations in 2003, aimed at reducing errors due to fatigue.
Identifying and learning from errors by developing a nationwide public mandatory reporting system and by encouraging health care organizations and practitioners to develop and participate in voluntary reporting systems.	A central concept of the report—that bad systems and not bad people lead to most errors—has since become a mantra in health care.

Tabelle nach Institute of Medicine (1999) sowie Leape und Berwick (2005)

Persönliche Mitteilung

Aus den USA ist zu berichten, dass es kurz nach dem Erscheinen des Buches „To Err Is Human“ zur radikalen Wochenstundenkürzung im ärztlichen Bereich kam. Arbeitszeiten von 120 Wochenstunden waren dort nicht selten. Man einigte sich auf eine durchschnittliche Wochenstundenanzahl von 80 Stunden, was durch die Ärzteschaft sehr positiv angenommen wurde.

Die Ausbildungssituation der Ärzte ist in den USA ganz anders geregelt als bei uns. Dort wird einem Arzt, vergleichbar mit einem Oberarzt bei uns, eine Gruppe von 5 – 8 Ausbildungsärzten und ca. einem Studenten zugeteilt. Es gibt eine Ausbildungsrotation, sodass die Auszubildenden jeden Arbeitsbereich kennen lernen. Eine kontinuierliche Patientenbetreuung von der Aufnahme, über die Operation, die postoperative Nachbehandlung bis zur Entlassung wird durch diese Ärztesgruppe gewährleistet. Täglich gibt es Besprechungen in denen die Befundlage jedes einzelnen Patienten besprochen wird. Außerdem finden regelmäßige Komplikationskonferenzen statt. Beides ist außerordentlich wichtig für die Ausbildung der Assistenten oder angehenden Ärzte. Man muss auch den damit verbundenen Vorteil für die in Ausbildung stehenden Ärzte hervorheben, jederzeit Fragen zu können.

Standards oder clinical pathways gibt es im angloamerikanischen Raum flächendeckend und die einzelnen Berufsgruppen befolgen diese auch.

Doz. Stefan Kriwanek (persönliche Mitteilung, 2.10.2008)

Aktuelle Untersuchung

Im Zusammenhang mit der Einführung anonymer oder interprofessionell-vertaulicher Foren und Systeme zur Dokumentation von gravierenden und folgeschweren medizinischen Fehlern, die die Klärung der Ursachen und die Verhinderungsmöglichkeiten zum Ziel haben, darf man nicht auf die subjektive Seite der Fehler vergessen.

In einer Studie, deren Ergebnisse im August 2007 in der Zeitschrift „Joint Commission Journal and Quality and Patient Safety“ veröffentlicht wurde, wurde untersucht, ob es mit den genannten rationalen und professionellen Verarbeitungs- und Bearbeitungsmöglichkeiten getan ist oder ob solche Ereignisse weit tiefer in das Innenleben von Ärzten einwirken als bisher gedacht.

Dazu wurden 3.171 Ärzte in St. Louis, Seattle und Canada ausführlich zu ihren Erfahrungen mit ärztlichen „Kunstfehlern“ befragt. Es handelte sich bei dieser Befragung um Internisten, Pädiater, Praktische Ärzte und Chirurgen.

2.909 (91,7 %) von ihnen sagten, sie wären schon einmal in ihrem Berufsleben in ernsthafte oder geringfügige medizinische Fehler involviert gewesen. Davon sagten 61%, sie hätten dadurch unter verstärktem Stress und Angst über die Möglichkeit künftiger Irrtümer gelitten. 44% gaben an, das Vertrauen in ihre professionellen Fähigkeiten dadurch verloren zu haben und 42 % litten unter Schlafproblemen. Derselbe Anteil war nach dem Zwischenfall mit ihrem Job weniger zufrieden. 13 % fürchteten um ihre Reputation. Nur 10 % der Ärztesgruppe mit diesen Erfahrungen bekam von ihren Gesundheitseinrichtungen Unterstützung bei der Bewältigung ihres fehlerbezogenen Stresses. Die Conclusio dieser Studie ist, dass medizinische Fehler, Irrtümer oder Beinahefehler das Stressniveau von Ärzten erhöhen und dass spezielle Unterstützung notwendig ist (Waterman et al. 2007).

CRM

Das Centre for Occupational Health and Safety an der Saint Mary`s University in Halifax, Nova Scotia hat eine Erhebung unter dem Titel „Evaluating the Impact of CRM Training in the Operating Room“ durchgeführt. Es wurde untersucht ob prä- und postoperative Briefings im Operationssaal einen positiven Effekt auf die Kommunikation und die Arbeitseffizienz eines Operationsteams haben. Die abgegebenen Fragebögen ließen auf einen positiven Aspekt schließen, jedoch aufgrund der geringen Fallzahl konnte keine eindeutige Aussage getroffen werden. Diese Existenz dieser Studie lässt die Vermutung zu, dass CRM-Trainings im anglo-amerikanischen Raum gut bekannt sind und teilweise angewendet werden.

Auch die Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ), ein Teil des U.S. Departments for Health & Human Services, berichtet, dass in CRM-Trainings auch über die menschlichen Leistungsgrenzen, insbesondere bei Überarbeitung, Müdigkeit und Stress in Notfallsituationen, geschult wird.

Folgende wichtige Aussagen wurden zum Thema Medical Teamwork and Patient Safety getroffen:

1. The science of team performance and training can help the medical community improve patient safety.
2. Research has already identified many of the competencies that are necessary for effective teamwork in medical environments.
3. A number of proven instructional strategies are available for promoting effective teamwork.
4. The medical community has made considerable progress in designing and implementing team training across a number of settings.
5. The institutionalization of medical-team training across different medical settings has not been addressed.

Simulatortraining

Simulatortraining, vor allem in Hochrisikobereichen wie Luftfahrt oder Atomenergie ein bewährtes Konzept, wird in den USA vermehrt in der Medizin eingesetzt. Derzeit liegen noch nicht ausreichend Daten vor, um einen eindeutigen Nachweis zur Erhöhung der Patientensicherheit ableiten zu können. Trotzdem kommen diese Anwendungen - vor allem in der Anästhesie, Radiologie, Chirurgie, Gastroenterologie und Kardiologie - zum Einsatz, berichtet die AHRQ.

Eine ehemalige Assistentin unserer Abteilung berichtet

Zu diesen theoretischen Ansätzen berichtet eine ehemalige Assistentin unserer Abteilung, die 2004 aus privaten Gründen nach Kanada gegangen ist. Sie ist an einer Gynäkologischen Abteilung einer Universitätsklinik beschäftigt und berichtete regelmäßig in unserer Projekt – Kommunikationsplattform „teamSICHER“.

Ausgabe 2, September 2004:

Nach jedem Irrtum während einer Behandlung muss ein Formular ausgefüllt werden mit dem genauen Hergang, dessen Konsequenzen und den vollzogenen Maßnahmen. Eine Kopie bleibt in der Krankengeschichte und das Original wird an eine Zentrale ge-

schickt. Dort werden eventuelle Änderungen zur Fehlervermeidung in Gang gesetzt. Dieses System ist nicht anonym, jedoch dürfte es sehr ernst genommen werden, denn ich sehe oft sogar mehrere solcher Formulare in den Krankengeschichten. Ist ein Fehler vorgefallen, ist das Team verpflichtet den Patienten davon in Kenntnis zu setzen. Da wir Teil des Herzalarmteams sind, werden regelmäßig Notfälle simuliert und geübt. Dazu gibt es eine computergesteuerte Puppe, die nicht nur Herzarrhythmien vor-täuschen kann, sondern auch Selteneres. Während der Simulation zeichnet der Computer jedes Vorgehen auf. Danach erfolgt eine Besprechung, in der sehr viel von der Luftfahrt gesprochen wird, und was wir alles lernen können.... (Reichetzer, 2004)

Ausgabe 3, April 2005:

Die Arbeitszeiten sind deutlich länger als in Österreich, jedoch geht man nach maximal 24 Stunden nach Hause. Meist mache ich in diesen 24 Stunden kein Auge zu und es fällt schwer so lange hochkonzentriert zu arbeiten. Allerdings sind stets ein älterer Assistenz und ein Oberarzt im Dienst, von dem man ausreichend supervidiert wird. Während des Dienstes erhält man ständig Unterricht. Trotz aller Anstrengungen bereut man es nicht, diese langen Stunden im Spital verbracht zu haben. Die Ausbildung ist klar strukturiert, die Rotation sowie Ziele für das erste bis fünfte Jahr der Ausbildungszeit sind eindeutig vorgegeben. In der Mitte und am Ende der Ausbildung wird man beurteilt, aber man beurteilt auch die Ausbildungsqualität, die man erhalten hat. Zusätzlich gibt es jährliche Prüfungen und der Wissensstand der Assistenten wird mit jenem an allen Universitäten in Nordamerika verglichen.

Ich beobachte wie, wie ein anderes Umfeld und eine andere Kultur, als ich es von Österreich gewohnt bin, man die Herausforderungen des Klinikalltages meistert. Der Umgang miteinander ist stets freundlich und respektvoll – ich kann mich an kein unfreundliches Wort erinnern. Oft bedankt man sich für scheinbar selbstverständliche Dinge, um zu zeigen, dass man deren Arbeit und Bemühen schätzt. Der Umgang mit Kritik ist ebenfalls sehr angenehm. Man unterhält sich unter vier Augen, sehr sachlich, ohne Vorwürfe und ohne nachtragend zu sein. Außerdem wird man regelmäßig gefragt ob man Anliegen hat. Zudem beurteilt man seine Arbeitsstelle immer wieder mittels Fragebögen (Reichetzer, 2005).

Ausgabe 4, Februar 2006:

Eine Medizinstudentin arbeitet an meiner Seite, sie macht Visite bei ihr bekannten Patienten und schreibt ihre Notizen, nachher bespricht sie alles mit mir. Wenn wir fertig

sind besprechen wir alles mit einem „älteren Assistenten“ bzw. dem zuständigen Oberarzt. So bilden wir Pyramiden der Kompetenz.

Da es in Kanada keine Privatpatienten gibt, dürfen Assistenten an der Behandlung aller Patienten vollständig teilnehmen.

Einmal pro Woche gibt es einen Journal-Club, wo medizinische Artikel kritisch interpretiert werden. Diese Abende werden genutzt um Präsentationen, Besprechungen und natürlich auch Prüfungen vorzubereiten. Und natürlich OP-Techniken für den nächsten Tag durchzulesen. Die Ausbildung ist sehr intensiv, macht aber auch viel Freude (Reichetzer, 2006).

8.3 Zusammenfassung des Forschungsteils

Zu Beginn stand die Frage warum das medizinische Personal des Wilhelminenspitals im Vergleich zum angloamerikanischen Raum und im Gegensatz zur Luftfahrt wesentlich uneinsichtiger gegenüber der leistungsminimierenden und fehlerverursachenden Wirkung von Stress ist.

Es wurden insgesamt 10 Interviews geführt. Davon vier mit Ärzten unterschiedlichen Ausbildungsgrades und mit vier Pflegepersonen mit unterschiedlichen Aufgabengebieten. Zum Vergleich wurden zwei Piloten interviewt. Beide Hochrisikobereiche leiden unter ähnlichen akuten und chronischen Stressoren, was einen Vergleich zulässt. Ziel war es die kulturellen Unterschiede und differenten Wertesysteme beider Hochrisikobereiche herauszufiltern, die Zusammenhänge zwischen Stress und Leistung darzustellen und anschließend Vergleiche zum angloamerikanischen Raum anzustellen.

8.3.1 Luftfahrt

In der Luftfahrt gibt es bereits vor der Ausbildung ein Auswahlverfahren bezüglich Stressresistenz. Auf diese Weise gelangen Menschen, die einen niedrigen Stresslevel haben, gar nicht ins System. In der Ausbildung der Piloten wird eingehend auf die menschlichen Leistungsgrenzen eingegangen. Berufsbegleitend finden CRM-Trainings statt, in denen Human Performance Limitations und Assertiveness ein wichtiges Thema sind. Regelmäßige Simulatortrainings in denen Situationen, die einen hohen Stresspegel auslösen, geübt werden, sind lizenzrelevant. Teamarbeit wird sehr groß geschrieben, denn nur das gemeinsame Funktionieren führt zum Gesamterfolg. Strukturierte Kommunikation und Checklisten sind im Berufsalltag ein fixer Bestandteil. Flache Hierarchien, ohne darauf zu vergessen, wer die Letztverantwortung hat, haben sich als hilfreich herausgestellt. Im Fall eines belastenden Vorfalls kennen die

Piloten die Möglichkeiten der Problembearbeitung und nutzen sie auch. Die durchschnittliche Wochenstundenanzahl wird mit etwa 55 Stunden angegeben, der Dienstgeber achtet darauf, dass der Arbeitszeit ausreichend Freizeit folgt. Das Gehalt wird durch die Piloten ihrem Einsatz entsprechend angegeben. Man vertraut darauf, dass aufgezeigte unnötige Stressquellen im System analysiert und beseitigt werden. Die Sicherheitskultur ist der Luftfahrt ein wichtiges Anliegen, das Aufzeigen von persönlichen tagesabhängigen Beeinträchtigungen wird hochgeschätzt. Es besteht ein Vertrauen ins System, dass hindernde Faktoren ausgeschaltet werden.

8.3.2 Medizin

Für Ärzte und Pflegekräfte gibt es vor Beginn der Ausbildung einen ausschließlich theoretischen Aufnahmetest. Praktische Übungen, die beispielsweise eine Aussage über die Stressresistenz der angehenden Studenten zulässt gibt es allerdings keine. In der Ausbildung lernen beide Berufsgruppen nichts über den Stress und seine leistungsminimierende Wirkung. Während des Berufslebens gibt es keinerlei Fort- oder Weiterbildung zu diesem Thema. Allerdings wird in der Stellenbeschreibung und in der Beurteilung davon ausgegangen, dass man eine hohe Stresstoleranz hat.

Stress und seine leistungsminimierende Wirkung ist laut Aussagen der Ärzte und Pflege nicht Ausbildungsinhalt. Simulatortrainings sind bis dato nicht üblich, 2008 wird der erste in Wien angekauft. Die praktische Ausbildung der jungen Ärzte wird von ihnen selbst als mangelhaft bezeichnet. Das äußert sich im Alltag als Kompetenzproblem. Auf Teamarbeit und Partnerschaften im Berufsalltag wird außer in Spezialbereichen wenig Wert gelegt. Einzelinteressen werden als wichtig erachtet. Ein deutliches Problem ergibt sich aus der eigenen und fremden Rollenerwartung. Übertriebener Perfektionismus lässt sich quer durch die Berufsgruppen erkennen. Strukturierte Kommunikation und Checklisten werden eher als persönliche Einschränkung als, als Hilfestellung erlebt. Hierarchien werden im Spitalswesen als steil beschrieben und erlebt. Ein professionelles Gespräch nach belastenden Situationen führen Ärzte im Allgemeinen nicht. Das Zugestehen von Schwächen wird als Eingeständnis, dass man nicht 100 % seiner Leistungsfähigkeit bringen kann, betrachtet. Die Arbeitszeit wird mit bis zu 90 Wochenstunden beschrieben, auf Einhaltung des Arbeitszeitgesetzes achtet der Dienstgeber viel zu wenig. Die Ärzte bezeichnen ihr Gehalt als nicht ihrer Leitung und Verantwortung gemäß. Das geringe Einkommen bei der Gemeinde Wien drängt sie in die Doppelfunktion neben dem Angestelltenverhältnis auch in den Ordinationen selbständig zu sein. Es stellt sich in den Interviews ein ausgeprägtes Systemmisstrauen dar. Man ist der Meinung, dass aufge-

zeigte Schwachstellen nicht bearbeitet werden. Die Medizin erlebt sich durch den rasenden Wandel ausschließlich als Leistungskultur, in der durch die geringer werdenden Ressourcen kaum mehr Qualität zu erbringen ist.

8.3.3 Angloamerikanischer Raum

Im angloamerikanischen Raum widmet man sich schon seit einigen Jahren dem Thema Fehlerkultur. Ausschlaggebend dafür war einerseits der Druck der Versicherungen und andererseits hat das Erscheinen des Buches „To Err Is Human“ große Veränderungen nach sich gezogen. Man hat sich anscheinend stark am Vorbild der Luftfahrt orientiert, denn es lassen sich viele Parallelen erkennen.

Sechs Schlüsselfaktoren, die High Reliability Organisations beschreiben hat das MORE-Projekt (Managing Obstetrical Risk Efficiently) definiert und diese stellen den derzeitigen Entwicklungsstand im angloamerikanischen Raum sehr gut dar:

- Für die Sicherheit ist jeder verantwortlich
- Alle Eingriffe geschehen in Teamarbeit
- Kommunikation wird hoch geschätzt
- Hierarchie verschwindet während eines Notfalls
- Notfälle werden besprochen und Unerwartetes geübt
- Es gibt eine multidisziplinäre Aufarbeitung von „near misses“ in Form von Evaluation, in Lehre und Fortbildung werden diese Erkenntnisse eingebracht, das führt zu reflektiertem Lernen und es wird möglich Vorgängen zu modifizieren

Simulatortrainings finden in vielen medizinischen Disziplinen statt. CRM-Trainings sind fixer Bestandteil in den Organisationen, allerdings nicht verpflichtend. Ein Fehlermeldesystem ist eingeführt. Die Arbeitszeiten sind länger als in Österreich, allerdings genießt man eine sehr gute Ausbildung, die von einer jährlichen Prüfung über den Wissensstand begleitet wird.

Umgang miteinander ist stets freundlich und respektvoll. Der Umgang mit Kritik ist ebenfalls sehr angenehm. Man unterhält sich unter vier Augen, sehr sachlich, ohne Vorwürfe und ohne nachtragend zu sein. Außerdem beurteilt man seine Arbeitsstelle immer wieder mittels Fragebögen. Es werden im Alltag Pyramiden der Kompetenz gebildet.

Einmal pro Woche gibt es einen Journal-Club, wo medizinische Artikel kritisch interpretiert werden.

Diese Übersicht zur Kultur und zu Wertesystem lässt die Interpretation zu, dass die Spitalsmitarbeiter im angloamerikanischen Ländern in Helmreich's ORMAQ-Fragebogen die Tatsache, dass Stress leistungsminimierend wirkt, wesentlich realistischer einschätzen als die Mitarbeiter an unserer Abteilung.

8.4 Resümee

Risikomanagement, als Strategie den Patienten vor weiteren aus der Behandlung und Betreuung resultierenden Schäden zu schützen, ist kein Ansatz der letzten Jahre, sondern gehörte zum Ethos der an der Krankenbetreuung beteiligten Personen.

Allerdings ein systematischer Ansatz zum klinischen Riskmanagement, der berufsgruppenübergreifend, auf nachvollziehbaren Daten beruht, ist erst seit wenigen Jahren Thema des Gesundheitswesens. Der Bedarf ergibt sich aus forensischen, insbesondere haftungsrechtlichen Fragestellungen, den zunehmend „mündigeren Patienten“ und der Veränderung im „public understanding of science“ (Internet macht es möglich).

In den Vereinigten Staaten, Australien und Großbritannien hat der Einzug des klinischen Riskmanagements schon viel früher stattgefunden. Der amerikanische Kongress hat bereits im Jahr 2001 \$ 50 Mio für Forschungen betreffend Patientensicherheit zur Verfügung gestellt. Im Gesundheitswesen tätige Organisationen werden nur dann zugelassen, wenn sie bestimmte Patientensicherheitsmassnahmen befolgen. Ärzte, Pflege, Therapeuten und Pharmazeuten nehmen das Sicherheitsrisiko viel aufmerksamer wahr. Die Grundidee, dass nicht „schlechte Menschen“ sondern „schlechte Systeme“ die meisten Fehler verursachen, ist zu einem Glaubensgrundsatz im Gesundheitswesen geworden.

Obwohl noch nicht eindeutig nachweisbar ist, dass bzw. um wie viel Simulator- und CRM-Trainings die Fehlerquoten senken können, schreibt die Agency for Healthcare Research and Quality des U.S. Departments of Health & Human Services in ihrem Patient Safety E-Newsletter:

Patient Safety Message of the Month:

”We designed our simulated curriculum for teams to practise responding to rare obstetric emergencies and to teach crew resource management team training principles that the clinicians working on a case can apply to improved teamwork and responses to routine and emergent situations.”

(Patient Safety E-Newsletter, February 9, 2007, Issue No. 28

www.ahrq.gov/news/ptsnews/ptsnews28.htm)

In den USA hat man sich gefragt, warum trotz aller geänderten Rahmenbedingungen das Gesundheitswesen nicht bereits messbar sicherer geworden ist. Es wird vermutet, dass durch die Fehlermeldung die Autonomie und Autorität der Ärzte in Frage gestellt werden könnte, d.h. dass die ursprüngliche Professionskultur der Medizin gefährdet wird. Auch könnte die Angst vor Schadenersatzforderungen im Falle von Fehlern insbesondere in den USA verhindern, dass diese zugegeben oder diskutiert würden.

Leape und Berwick (2005) meinen, dass der wichtigste Schritt in Richtung Patientensicherheit ist, dass es klar definierte, ambitionierte, herausfordernde und gut dokumentierte nationale Ziele dazu gibt. Die wichtigste Lektion der letzten fünf Jahre, seit „To Err Is Human“ publiziert wurde, sei, „...*we will not become safe until we choose to become safe*“.

Die unterschiedlichen Gesundheits- und Versicherungssysteme lassen es nicht zu, diese Konzepte unverändert in Österreich anzuwenden. Allerdings muss überlegt werden, welche grundlegenden Erkenntnisse aus dem angloamerikanischen Raum bzw. aus der Luftfahrt übernommen werden können und müssen, um langfristig auch bei uns mit dem Thema Patientensicherheit erfolgreich zu sein.

Der Weg von der „Blame-Cultur“ über das „Reporting“ zur „learning Organisation“ ist nicht von einem Tag auf den anderen verordenbar, sondern es sind auf allen Kulturebenen Initiativen zu starten.

Nationale Kultur

Die in der Gesellschaft verankerten Wertvorstellungen, Gemeinsamkeiten und andere normative Elemente halten die Gesellschaft zusammen. Die Stellung und Achtung der Gesundheitsleistungserbringer werden auf dieser Ebene geprägt. Die „Gottgleichheit“ von Ärzten beispielsweise ist ein Phänomen, zu dem die Gesellschaft stark beiträgt. Wer göttlich ist macht keine Fehler und hat nichts zu lernen (St. Pierre et al., 2005).

Professionelle Kultur

Die Sozialisierungsprozesse in der medizinischen und pflegerischen Ausbildung, in denen die Nullfehlermentalität vermittelt wird, prägen die Professionskultur ganz entscheidend. Vor dem Hintergrund dieser Kultur wird jeder Fehler zur persönlichen Schande, die verheimlicht werden muss.

Organisationskultur

Eine hierarchische Organisationskultur mit mehreren Linienorganisationen, die nebeneinander wirken und vor großen Kommunikationsbarrieren stehen ist das Lernen auf Organisationsebene nicht möglich.

In diesem Zusammenhang muss man erkennen, dass die Kulturen im Gesundheitswesen eine unmittelbare Bedrohung und damit ein Risiko für das Entstehen von Fehlern darstellen.

Auch die Behauptung, dass Stress nicht leistungsminimierend und fehlerverursachend wirkt, lässt sich aus diesen Kulturbedingungen begründen.

Stellen Sie sich vor, Sie sind Arzt oder Krankenschwester in unserem Gesundheitswesen. An Sie stellt die Gesellschaft die Erwartung, dass Sie alles wissen, allzeit für einen Notfall bereit sind, die Verantwortung über Leben und Tod haben und daher nie müde sein dürfen oder einen schlechten Tag haben dürfen.

Sie wissen, dass Sie einen allseits anerkannten Beruf gewählt haben. Sie bringen großen Idealismus und Perfektionismus in den Arbeitsalltag ein, sind sich Ihrer „großen Aufgabe und Verantwortung“ bewusst, werden aber zunehmend durch veränderte Patientenansprüche verunsichert und Ihr Kompetenzgefühl wird immer wieder bedroht.

Sie arbeiten in einer Organisation, die von Ihnen regelmäßig Mehrleistungen erwartet, Sie aber nicht Ihrer Ausbildung gemäß entlohnt, daher haben Sie eine Ordination eröffnet und leben in einer Doppelbelastung und im Interessenskonflikt. Im Spital arbeiten Sie gemeinsam mit mehreren Berufsgruppen, als Teamarbeit kann man die Zusammenarbeiten traditionell eher nicht bezeichnen. Sie werden von Ihren Kollegen schlecht ausgebildet, haben einen autoritären Chef, der kritische Beharrlichkeit nicht zulässt und an dessen Abteilung Sie eine berufliche Zukunft anstreben. Erlebter Stress wird als emotioneller Kick oder als unumgänglich beschrieben, Sie haben noch nie gehört, dass jemand darüber gesprochen hat, einen Fehler begangen zu haben und Sie werden zunehmend mit sich widersprechenden Zielvorgaben konfrontiert. Außerdem haben Sie schon mehrmals Verbesserungsvorschläge gebracht, die nicht beachtet wurden und zu einem gehörigen Systemmisstrauen geführt haben.

Sind das Bedingungen, unter denen Sie zugeben würden, dass Stress leistungsminimierend und fehlerverursachend ist?

Wahrscheinlich nicht!

Was haben Piloten für Erklärungen für unsere uneinsichtige Einstellung gegenüber Stress?

Also, ich glaube, dass es einige Vorbedingungen braucht um es eingestehen zu können. Ich gehe immer davon aus, dass jeder in seinem beruflichen Leben ein Selbstbild hat und das muss intakt sein in dem Sinn, ich bin da an einem Ort, ich leiste dort eine gewisse Arbeit, das muss positiv besetzt sein und stabil. Wenn man in die Situation kommt, wo man möglicherweise etwas zugeben müsste, was in Wirklichkeit im System völlig unverträglich ist, da kommt man in eine Art Doublebind, das heißt egal wofür man sich entscheidet, man hat keine Lösung. Im System bleiben und nicht darüber reden, ist sozusagen die Entscheidung, dass es in einem unterschwellig arbeitet und nagt, man weiß es und spricht nicht darüber, man denkt auch gar nicht bewusst nach, aber es ist da der Stress ist da und man leidet, hingegen entscheidet man sich das einzugestehen und man sagt in Wirklichkeit ist es meine Leistung geht zurück steht man im Nachtdienst vor dem Problem, dass man nicht sagen kann, ich mach das jetzt nicht, weil erstens dafür nicht vorgebaut ist, das System möglicherweise nicht bereit ist Leute darin zu unterstützen in diesen Denkweisen und man keine Lösung vorfindet. Also der Weg ist vielleicht noch nicht aufbereitet. Da muss das System wesentlich auch dafür sorgen, dass das für den Einzelnen lebbar und auch überlebar im System ist zuzugeben, dass es so ist, wie es ist ohne, dass man aus dem System automatisch rausfällt, eine Arzt der sagt Stress schränkt mich stark ein und mehrfach seine Arbeit verweigert, nicht macht oder nur unter ganz besonderen Bedingungen, wird sich im jetzigen System vielleicht nicht halten können.

Ich glaube ein wesentlicher Beitrag ist das Thema Arbeits- und Ruhezeiten, wenn man in einem System ist, das so lange Arbeitszeiten zulässt und verlangt, dann kann man eigentlich nicht im System drinnen bleiben und gleichzeitig zugeben, dass man da nur bedingt leistungsfähig ist. In so einem System gibt es kein überleben unter dieser Denkweise. Dann institutionalisiert für alle den Rahmen bieten, dass das Thema zum Thema wird und darüber reflektiert wird und gesprochen wird und man nicht der Einzige ist, der zu der Erkenntnis kommt, weil sonst bleibt man ein Exote und wird ausgeschieden, wenn das ganze System das irgendwann akzeptiert und seine Arbeitsweise daran anpasst und Maßnahmen bereitstellt eben z.B.: wenn man nach viel zu wenig Schlaf zu einem akuten Problem gerufen wird, dass man sagt, ich brauche jetzt einen zweiten, auch wenn er nicht vorgesehen ist, der mich unterstützt, weil ich selbst nur mehr auf einem niedrigeren Level leistungsfähig bin, dann musste das das System bereitstellen können. Die Frage ist, ob das so einfach lösbar ist, aber zumindest muss man ein Forum schaffen in dem alle diese Dinge diskutiert werden, zumindest erste Lösungsansätze

anbieten den Leuten, dann glaube ich können sie sich auch selbst die Erlaubnis geben sich so selbstkritischen Fragen zu stellen und über ein solches Thema zu reflektieren.

Das könnte ihn so zusagen zwingen, dass er besser fährt gar nicht darüber nachzudenken und alles beim Alten zu lassen um sozusagen sein Modell nicht einstürzen zu sehen. Das Modell Gesundheitswesen ich als Pflegerin, ich als Ärztin, bei meiner Arbeit, das muss stabil sein, da muss man sich darin finden können und möglicherweise ist man gezwungen nichts anzutasten, weil Gefahr besteht es würde einstürzen und man einfach da nicht mehr hineinpasst. So kommt man dann in eine Identitätskrise oder man bekommt die Reaktion des Systems zu spüren, man wird zum Außenseiter, man wird als Schwachpunkt abgestempelt in Wirklichkeit ist man das Gegenteil und man ist seiner Zeit voraus, das System hat aber mit Sicherheit Abwehrmechanismen am Anfang und würde so einzelne Erscheinungen ausscheiden in einer selbst reinigenden Wirkung, aber wenn das ganze System dieses Thema angeht, dann würde diese Reaktion wahrscheinlich nicht stattfinden können. (K 9)

Um diese Situation zu ändern, ist es wichtig, die Bedingungen zu schaffen, in denen gesellschaftlich akzeptiert wird, dass in der Medizin auch Fehler passieren, aber alles getan wird, um sie zu vermeiden, dass es als professionell gilt, wenn man Stress und seine Auswirkungen zugibt und man in einer Organisation arbeitet, die die Gefahr erkennt und dass man gleichzeitig bereit ist, Veränderungen durchzuführen.

Aus meiner Sicht könnten folgende definierte Ziele ein wesentlicher Schritt in die richtige Richtung sein:

- **Basis** - Personalauswahl vor der Ausbildung, bei der Stressresistenz ein Kriterium ist
- **Ausbildung** – Human Performance Limitations müssen Inhalt sein
- **Arbeitszeit** – zumindest das Arbeitszeitgesetz einhalten
- **Kompetenz** - praktische Ausbildung der Mitarbeiter mit Unterstützung eines Mentors
- **Teamarbeit** – CRM-Trainings implementieren
- **Kommunikation** – Briefing, Debriefing unerlässlich
- **Training** – Situationen mit hohem Stresspegel immer wieder trainieren
- **Hierarchie** – ist notwendig, allerdings ist eine Entscheidung auf breiter Basis nur durch flachere Hierarchie möglich.
- **Supervision** – als Instrument zur Reflexion

-
- **Bezahlung** – die Mitarbeiter an den Betrieb binden, durch ausreichende Bezahlung
 - **System** – keine widersprüchlichen Zielvorgaben und die Mitarbeiter an die Organisation binden

Diese Voraussetzungen haben wir für unser Projekt nicht vorgefunden, daher ist trotz Know How der Luftfahrt, Engagement der Führung und Einsatz der Mitarbeiter der Kulturwandel nicht vollzogen worden. Wir erkennen das unter anderem an der Fehleinschätzung, den Stress nicht als leistungsminierenden und fehlerverursachenden Faktor zu sehen. Stattdessen Akzeptanz reagieren wir mit kognitiver Dissonanz, um nicht Gefahr zu laufen, dass die eigene Kompetenz und Leistungsfähigkeit im Beruf in Frage gestellt wird.

Außerdem erkennen wir den fehlenden Kulturwandel daran, dass die Fehlermeldung trotz anonymem Fehlermeldesystem eher schleppend funktioniert.

9 Zusammenfassung

Krankenhäuser und andere Organisationen des Gesundheitswesens arbeiten unter bestimmten gesetzlichen Bestimmungen, Rahmenbedingungen, volkswirtschaftlichen Entwicklungen und gesellschaftlichen Einstellungen und Erwartungen. Westliche Gesundheitssysteme haben in den letzten Jahren einerseits enorme medizinische Fortschritte verzeichnet, andererseits geht die Frage nach effizienteren und gleichzeitig sichereren Versorgungsstrukturen mit hohem sozialen und ökonomischen Druck einher. Diese Tatsache wiederum macht anfällig für Fehler (St. Pierre et al., 2005).

In keinem anderen Bereich gibt es eine derart große Betroffenheit wie im Gesundheitswesen. Jeder Mensch hat eine Meinung zum Thema Gesundheit und die meisten Menschen haben auch persönliche Erfahrungen mit Institutionen im Gesundheitswesen. Bei Medienvertretern und damit auch in der Öffentlichkeit muss es gelingen, eine Bewusstseinsveränderung in dem Sinn zu erreichen, dass auch im Krankenhaus Fehler passieren können (Jutta König, 2006). Jeder noch so kleine Fehler im Spital kann tragische Folgen haben und der Druck der Öffentlichkeit stärkt zunehmend das Bewusstsein für ein effizientes und aktives Fehlermanagement (Haenggi und Heinzl, 2005).

Langfristige Ziele des Gesundheitswesens müssen die Optimierung der Patientensicherheit und Kostenreduktion sein. Auf dem Weg dorthin sind dringend Maßnahmen zu unternehmen. Die Institutionen im Gesundheitswesen müssen eine gute Fehlerkultur implementieren, um einerseits dem gesellschaftlichen Anspruch der Patientensicherheit gerecht zu werden und andererseits um wettbewerbsfähig zu bleiben und dem ständig selbstbewusster werdenden Patienten begegnen zu können.

Diese Arbeit hatte zum Ziel, einen Überblick über die Mannigfaltigkeit der Sicherheitsarbeit im Krankenhaus zu geben. Im Rahmen dieser Arbeit wurde das Thema Sicherheitsarbeit im Krankenhaus und ihre Einflussfaktoren näher betrachtet. Die recherchierte Literatur und die praktische Projekterfahrung wurde gegenübergestellt und die Zusammenhänge zwischen Theorie und Praxis hergestellt.

Der Tatsache, dass medizinisches Personal Stress nicht als leitungsminimierenden und fehlerverursachenden Faktor bewerten, wird im Forschungsteil dieser Arbeit auf den Grund gegangen. Weiters wurde in dieser Arbeit der Patient als Betroffener, der Mitarbeiter als Beteiligter und die Organisation als Mitverursacher unter die Lupe genommen.

Um eine neue Fehlerkultur in den Krankenhausalltag zu etablieren ist es absolut notwendig, die Kernaussagen der Fehlerforschung zu akzeptieren. Tut man das nicht, läuft man Gefahr,

dass die neue Fehlerkultur nur aus Lippenbekenntnissen besteht und eine ernsthafte Implementierung von vorne herein ausgeschlossen wird.

Die Verantwortung der Implementierung sowie das zur Verfügung stellen der notwendigen Rahmenbedingungen und die Begleitung im Prozess ist nicht die Aufgabe der Mitarbeiter, die am Patienten direkt arbeiten, sondern muss im ureigensten Interesse der Verantwortlichen des Gesundheitswesens liegen.

Das Eingestehen und Melden von Fehlern durch Mitarbeiter im Gesundheitswesen ist ein wesentliches Element einer Kultur der Sicherheit. Die genaue Analyse der Situation tritt an die Stelle der „Name, Shame und Blame“ Kultur. Dazu müssen Organisationen ein Umfeld schaffen, in dem Mitarbeiter ohne Furcht Fehler melden können.

Unter welchen Bedingungen lernt man aus Fehlern?

- Wenn es eine Lernkultur gibt, die den Fehler nicht tabuisiert
- Wenn es Meldesysteme gibt, die das Lernen unterstützen
- Wenn es Führungskräfte gibt, die für ein fehlerfreundliches Milieu sorgen

Das erfolgreiche Bemühen um die Sicherheit des Luftverkehrs brachte in Folge auch für die Patientensicherheit eine nachahmenswerte Entwicklung des Sicherheitsgedankens (Hauke 2005). An hand der beschriebenen Lösungsansätze kann man erkennen, dass es vielversprechende Ansätze gibt.

Der Vergleich mit dem diesbezüglichen Stand des Gesundheitswesens im angloamerikanischen Raum zeigt, dass man sich dort diesen Herausforderungen schon viel früher gestellt hat.

Im MORE-Projekt (Managing Obstetrical Risk Efficiently) wurden sechs Schlüsselfaktoren, die High Reliability Organisations beschreiben, definiert. Diese stellen den derzeitigen Entwicklungsstand im angloamerikanischen Raum sehr gut dar:

- Für die Sicherheit ist jeder verantwortlich
- Alle Eingriffe geschehen in Teamarbeit
- Kommunikation wird hoch geschätzt
- Hierarchie verschwindet während eines Notfalls
- Notfälle werden besprochen und Unerwartetes geübt
- Es gibt eine multidisziplinäre Aufarbeitung von „near misses“ in Form von Evaluation, in Lehre und Fortbildung werden diese Erkenntnisse eingebracht, das führt zu reflektiertem Lernen und es wird möglich Vorgängen zu modifizieren

Die Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ), ein Teil des U.S Departments for Health & Human Services, berichtet, dass in ihren CRM-Trainings auch über die menschlichen Leistungsgrenzen, insbesondere bei Überarbeitung, Müdigkeit und Stress in Notfallsituationen, geschult wird.

Die unterschiedlichen Gesundheits- und Versicherungssysteme lassen es nicht zu, diese Konzepte unverändert in Österreich anzuwenden. Allerdings muss überlegt werden, welche grundlegenden Erkenntnisse aus dem angloamerikanischen Raum bzw. aus der Luftfahrt übernommen werden können und müssen, um langfristig auch bei uns mit dem Thema Patientensicherheit erfolgreich zu sein.

Der Weg von der „Blame-Cultur“ über das „Reporting“ zur „learning Organisation“ ist nicht von einem Tag auf den anderen verordenbar, sondern es sind auf allen Kulturebenen Initiativen zu starten.

Nationale Kultur

Die Stellung und Achtung der Gesundheitsleistungserbringer werden auf dieser Ebene geprägt. Die „Gottgleichheit“ von Ärzten beispielsweise ist ein Phänomen, zu dem die Gesellschaft stark beiträgt. Wer göttlich ist macht keine Fehler und hat nichts zu lernen.

Professionelle Kultur

Vor dem Hintergrund der Sozialisierungsprozesse in der medizinischen und pflegerischen Ausbildung, in denen die Nullfehlermentalität vermittelt wird, wird jeder Fehler zur persönlichen Schande, die verheimlicht werden muss.

Organisationskultur

In einer hierarchischen Organisationskultur mit mehreren Linienorganisationen, die nebeneinander wirken und vor großen Kommunikationsbarrieren stehen, ist das Lernen auf Organisationsebene nicht möglich.

In diesem Zusammenhang muss man erkennen, dass die Kulturen im Gesundheitswesen eine unmittelbare Bedrohung und damit ein Risiko für das Entstehen von Fehlern darstellen.

Für unser Projekt heißt das, dass trotz Know How der Luftfahrt, Engagement der Führung und Einsatz der Mitarbeiter der Kulturwandel noch nicht vollzogen wurde.

Wir erkennen das unter anderem an der Fehleinschätzung, den Stress nicht als leistungsminimierenden und fehlerverursachenden Faktor zu sehen. Statt Akzeptanz und Einsicht reagieren

wir mit kognitiver Dissonanz, um nicht Gefahr zu laufen, dass die eigene Kompetenz und Leistungsfähigkeit im Beruf in Frage gestellt wird. Außerdem erkennen wir den fehlenden Kulturwandel daran, dass die Fehlermeldung trotz anonymem Fehlermeldesystem zu selten stattfindet.

Nach den Erkenntnissen der Interviews müssen aus meiner Sicht folgende Maßnahmen nach und nach vom System umgesetzt werden:

- **Basis** - Personalauswahl vor der Ausbildung, bei der Stressresistenz ein Kriterium ist
- **Ausbildung** – Human Performance Limitations müssen Inhalt sein
- **Arbeitszeit** – zumindest das Arbeitszeitgesetz einhalten
- **Kompetenz** - praktische Ausbildung der Mitarbeiter mit Unterstützung eines Mentors
- **Teamarbeit** – CRM-Trainings implementieren
- **Kommunikation** – Briefing, Debriefing unerlässlich
- **Training** – Situationen mit hohem Stresspegel immer wieder trainieren
- **Hierarchie** – ist notwendig, allerdings ist eine Entscheidung auf breiter Basis nur durch flachere Hierarchie möglich.
- **Supervision** – als Instrument zur Reflexion
- **Bezahlung** – die Mitarbeiter an den Betrieb binden, durch ausreichende Bezahlung
- **System** – keine widersprüchlichen Zielvorgaben und die Mitarbeiter an die Organisation binden

Das wären wesentliche Schritte in die richtige Richtung.

Bei näherer Betrachtung stellt sich heraus, dass die wesentlichsten Erfolgsfaktoren der Sicherheitsarbeit in Bereichen liegen, für die im Gesundheitswesen bisher kaum Sensibilität bestand und deshalb nicht bereit war – anders als im angloamerikanischen Raum - dafür entsprechende Ressourcen bereitzustellen.

Im Wiener Krankenanstaltenverbund werden rund 3,5 Millionen Behandlungsfälle pro Jahr betreut. Das Riskmanagement im KAV ist die logische Weiterentwicklung des hohen Qualitätsstandards in der Patientenversorgung, bedingt aber einen Kulturwandel im Unternehmen. Eine veränderte Fehlerkultur kann nicht nebenbei einfach irgendwie eingeführt werden oder im Rahmen einer Fortbildung erklärt werden. Diese Thematik braucht Struktur und Image,

mit der sich die Verwirklichung lohnt. Bei einer „Top down“ – Verordnung besteht die Gefahr, dass die Veränderung nur durch ein Kontrollnetzwerk bewerkstelligt werden kann. Die in den 90iger Jahren praktizierte Idee, die Mitarbeiter von Spitälern auf ein „von oben“ verordnetes und verbindliches Leitbild festzulegen, hat sich kaum auf die Praxis niedergeschlagen.

Passage aus dem Leitbild des KAV:

„Wir schaffen ein Klima, in dem man aus Erfahrungen lernen kann.“

Es kann auch nicht erwartet werden, dass ein Slogan automatisch zu einem reflektierten beruflichen Selbstverständnis führt. Ein Kulturwandel kann nur durch Überzeugungsarbeit entstehen, indem durch die innere Überzeugung gehandelt wird und nicht aus Kontrollangst.

Wer schuld ist, wenn ein Fehler passiert, darf in Zukunft keine Rolle spielen. Ein zeitgemäßes Fehlermanagement steht im Mittelpunkt. Mit dem Ziel „aus Fehlern lernen“ und dem Schaffen eines angst- und sanktionsfreien Umfelds würde eine neue Fehlerkultur im Unternehmen etabliert werden. Dass jeder erkannte Irrtum und daraus resultierende Schadenseingrenzung ein Gewinn ist, ist ein Denkprinzip, das bereits erkannt ist.

„Es ist keine Kultur der Kontrolle, sondern eine Kultur des Vertrauens!“

(Brauner, 2006, S. 51)

Von der vollständigen Umsetzung sind wir im KAV noch weit entfernt.

10 Anhang

10.1 Interview 1 – Kandidat 1

Das Interview wird in der Du-Form durchgeführt, da wir ein berufliches Naheverhältnis haben.

Frage: Es ist wissenschaftlich erwiesen, dass sich Stress leistungsminimierend auswirkt, du erinnerst dich daran die Befragung von Helmreich, die wir gemacht haben, die ergeben hat, dass sich allerdings ein Großteil der Ärzte dieser Meinung nicht anschließt. Warum ist das so?

Antwort: Ich glaube, dass das auch mit unserer Ausbildung zu tun hat, wir lernen in unserer Ausbildung nie über Stress, wir lernen immer nur, dass wir gut sind, dass wir alles wissen und dass wir für alles verantwortlich sind. Ich denke mir das ist die eine Seite warum wir mit Stress anders umgehen, als vielleicht jemand, der was darüber erfahren hat. Wir lernen auch, wir lernen in der Ausbildung, dass man es sich auch nicht anmerken lassen soll, wenn man etwas nicht kann oder nicht weiß, dass es eben ein Eingeständnis von Schwäche ist und schwach sein ist nie gut, wenn man ganz oben in der Pyramide steht, weil wir eben die Letztverantwortlichen sind, auch das denke ich mir ist ein Grund, warum man diesen Faktor so auf die Seite schiebt.

F.: Wer sagt euch das in der Ausbildung?

A.: In der Spitalshierarchie ist es ganz klar, dass der Arzt immer oben ist und immer zu sagen hat was gemacht wird und was nicht gemacht wird.

F.: Nein, in der Ausbildung, hast du gesagt, wird gesagt ich weiß alles ich muss immer bestehen, wer sagt das?

A.: Es ist sicher auch von jedem einzelnen abhängig, wie man sich einschätzt oder wie weit man auch Ratschläge von anderen Kollegen oder auch von Untergeordneten zulässt. Prinzipiell ist es so dass das Arztbild immer noch der Gott in Weiß alles zu sagen hat und weiß was geschieht und was zu tun ist. Und eine Schwäche eingestehen wird eigentlich, ja eher als abträglich gesehen der eigenen Persönlichkeit gegenüber.

F.: Da muss ich jetzt nachfragen. Hat das was mit dem Selbstbild zu tun oder ist das das Fremdbild, gibt es da jemanden den Chef die Gesellschaft wer auch immer das ist von dem man glaubt, dass der das von einem erwartet?

A.: Also ich glaube, dass sind beide, bei beiden kann man ja sagen dazu. Ich denke mir, dass es das Fremdbild ist, dass die Gesellschaft erwartet, dass die Ärzte so quasi als die letzte Instanz, wenn ich die Krankenschwester aus der Umgebung und auch nicht die Nachbarin sagen kann was ihr geholfen hat, dann gehe ich doch zum Arzt und der wird mich jetzt heilen und helfen. Also das denke ich mir, dass ist immer noch genauso mit der Gesellschaft, auf der anderen Seite machen sich die Patienten sehr viel schlauer durch Internet, versuchen sich selber zu behandeln und selber Diagnosen zu stellen, was die Sache auch nicht erleichtert, weil man damit auch noch zu kämpfen hat, man kriegt als Arzt dann aber doch die letzte Entscheidung zugespielt, der Patient sagt das habe ich schon gelesen, das habe ich schon erfahren, das weiß ich und was sagen sie jetzt dazu und damit ist man wieder in die Entscheiderrolle gedrängt, wo man keinen Spielraum hat um zu sagen, ja das weiß ich jetzt auch nicht und das kann ich jetzt nicht. Es hängt aber sicher auch von der eigenen Persönlichkeit ab, wie sehr

man glaubt bestehen zu müssen, eigene Schwächen zugeben zu können oder auch von anderen Leuten Ratschläge annehmen zu können. Ich glaube, dass gerade an unserer Abteilung es gerade so ist, dass ein sehr gutes Miteinander oder eine sehr gute Mitarbeit von den einzelnen Berufsgruppen untereinander besteht, die einem auch hilft. Ich denke, dass es bei uns nie so ist, dass der Arzt vor einem Patientenbett aufgemacht wird oder von einer Krankenschwester eine unguete Frage gestellt wird, sondern dass es bei uns sehr freundschaftlich zugeht, wenn irgendwer nicht weiter weiß.

F.: Also, es liegt an der Ausbildung, hohe Anforderungen, man hat zu bestehen und

A.: Ja und wenn man jetzt Schwächen zugeben würde, hieße das dass man dem Job nicht gewachsen ist.

F.: Im internationalen Bereich im angloamerikanischen Raum stellen wir allerdings fest, das medizinisches Personal sehr viel einsichtiger ist, die eigene Einschätzung bei Stress betreffend, warum beurteilen die das besser als wir?

A.: Weiß ich nicht, ich weiß nicht wie die Ausbildung dort ist oder der Arbeitsalltag im angloamerikanischen Raum ist, kann ich dir nicht sagen.

F.: Es gibt chronische Stressoren, dazu gehören z.B.: lange Arbeitszeiten, chronischer Schlafmangel, hohe Bürokratie usw. Hast du den Eindruck, dass Ärzte auch unter chronischen Stressoren leiden?

A.: Ja, auf jeden Fall. Eben die schon genannten, der chronische Schlafmangel, lange Arbeitszeiten, der Bürokratieaufwand, der zu leisten ist. Ich denke mir ein Stressmangel ist insbesondere auch, dass man als Arzt im Spital tätig, sehr viele Arbeiten übernehmen muss und es einem sehr viele Arbeiten zugeschant werden, die eigentlich nicht zur ärztlichen Tätigkeit gehören z.B.: verschiedene Statistiken auswerten, verschiedene Bürokratische Arbeiten erledigen, Sekretariatsjobs übernehmen, Terminvergaben für Patienten, das ist sicher ein Stressfaktor, weil einem dann einfach weniger Zeit für den Patienten zur Verfügung steht und man steht unter einem extremen Druck.

F.: Zu den akuten Stressoren würde die fachliche Überforderung zählen, der extreme Zeitdruck, unklare Kompetenzen usw, es gibt noch andere Stressoren, aber würdest du sagen, dass Ärzte diese auch kennen oder diesen auch ausgesetzt sind?

A.: Ja, also als Arzt kennt man auf jeden Fall diese Stressoren, dass man gelegentlich doch auch je nach dem wo man gerade steht in der Hierarchie ein Insuffizienzgefühl hat, dass man Dinge erledigen muss, die man eigentlich noch nicht kann, wo es aber wenig Ansprechpartner gibt an die man sich wenden kann, dass man in kurzer Zeit Entscheidungen zur Zufriedenheit aller treffen muss. Ein Stressfaktor, der sicher an manchen Abteilungen auch dazu kommt ist der Chef zu dem man möglicherweise kein so gutes Verhältnis hat, der sagt ich muss das machen, was ich aber noch so gut kann, aber dann traue ich mich nicht dem zu entgegnen, dass ich das nicht kann oder mich nicht in der Lage fühle das zu bewältigen, sondern dann muss ich es halt machen.

F.: Wie hast du das jetzt gemeint, das Insuffizienzgefühl und man weiß nicht wo man sich hinwendet?

A.: Ja dass ich einfach im Alltag Dinge entscheiden muss oder Dinge bewältigen muss, denen ich mich nicht gewachsen fühle, dadurch natürlich ein Insuffizienzgefühl habe, weil ich mir denke, na gut ich kann das halt einfach nicht, aber der Patientin gegenüber so zu tun, als wenn ich es könnte, vielleicht habe ich in dieser Situation gerade nicht die Möglichkeit irgendwo in einem schlaun Buch nachzulesen oder mit Hilfe zu holen von einer Kollegin, weil die vielleicht oder gerade keine Zeit hat oder vielleicht gerade auf Urlaub ist der Ansprechpartner, das mach irgendwie auch Stress.

F.: Und wie geht es einem da, wenn man ständig das Gefühl hat über seine Grenzen tätig sein zu müssen?

A.: Ich denke mir es liegt doch auch ein bisschen in der Verantwortung des Einzelnen, wenn man ein hohes Verantwortungsbewusstsein hat, dann wird man versuchen möglicherweise so eine Situation dadurch zu umgehen, dass man die Patientin noch einmal bestellt oder sagt, da hol ich mir noch einen Spezialisten, kommen sie bitte dann und dann wieder, oder man sagt sich, die ist eh schon so lästig, da muss ich was tun und versucht irgendwas auf wackeligen Beinen etwas zu konstruieren wohinter ich stehen kann.

F.: Hat das was mit der Ausbildung zu tun?

A.: Ja, mit Sicherheit auch. Die praktische Ausbildung ist in Österreich sicher nicht so wie sie sein sollte. Ich meine es wird eh laufend geändert und ich weiß gar nicht wie es jetzt im Moment ist, von den Studenten, die wir derzeit da haben habe ich nicht das Gefühl, dass die theoretisch so taff sind, dass sie die Welt niederreißen könnten, aber das ist auch nur eine Einzelanalyse jetzt, aber die Ausbildung ist sicher nicht Praxisorientiert in Österreich. Man lernt sicher nicht wie man mit verschiedenen Situationen umgeht. Man wird einfach reingestoßen in die Situation, direkt vom Studium, wird vor den Spitalalltag gestellt, man muss die Aufnahmen alleine erledigen, man muss die Stationsarbeit alleine erledigen und hat nicht immer jemanden, den man fragen kann, muss daneben auch sehr viele Arbeiten leisten und durchführen. Auch die Fachausbildung, wenn man eine Stelle bekommt, ist es oft so, dass man von Anfang an in der Spezialisierung tätig ist, aber so die Basisausbildung kommt dadurch halt zu kurz. In einem Gebiet weiß ich dann in relativ kurzer Zeit sehr viel, aber dadurch in anderen Gebieten relativ lange blank da stehe, was wieder zu Stress führt.

F.: Hast du da eine Idee, wie man die Ausbildungssituation verändern könnte um diesen Stressfaktor der fachlichen Überforderung so gering wie möglich zu halten?

A.: Mir fällt da jetzt ein, dass das vielleicht doch mit dem angloamerikanischen Raum zusammen hängen könnte, ich meine ich habe dort nie gearbeitet, aber dass was ich weiß, dass jeder Arzt einem übergeordneten Arzt fix zuteilt ist und immer mit dem Senior mitlaufen und an der Hand genommen wird und quasi alles erklärt bekommt an der Fachabteilung. Dieses Mentorensystem würde ich gut finden, weil man da halt einfach die Arbeitsabläufe halt besser kennen lernt. Ich glaube das ist sogar nicht nur während der Fachausbildung, sondern auch während der Turnuszeit so. Bei uns ist man halt ein bisschen alleine gelassen und was man sich aus der Ausbildungszeit herausholen möchte holt man sich heraus mit mehr oder weniger Elan und Motivation. Es fühlt sich keiner so richtig verantwortlich für die praktische Ausbildung der Jungen.

F.: Du hast auch den Zeitdruck schon genannt unter dem Ärzte tätig sein müssen, man muss unter Zeitdruck die für den Patienten optimale Behandlungsform wählen?

A.: Ja, natürlich. Also das fängt in der Ambulanz an wo 20 – 30 Leute warten, dann kann ich mich nicht vertiefen und verbreitern in ein Gespräch, das vielleicht aber notwendig wäre, sondern muss schauen, dass ich den Berg abarbeite oder wenn ich weiß, wenn mein Chef sagt ich soll zu einem Gespräch kommen und ich habe aber da viele Leute, dann ist das auch eine Belastung. Wichtig, dass man weiß was ist wichtig, was nicht, man muss lernen zu dringieren. Lernen tut man es eben nicht, lernen tut man an Erfolg und Misserfolg.

F.: Wie kommt der extreme Zeitdruck unter dem man leidet zu Stande?

A.: Ja, an der Kernarbeitszeit der Ärzte, wo man viele Tätigkeiten in kurzer Zeit erledigen muss, nicht nur Patientenarbeit, sondern auch Briefe zu schreiben, mails zu lesen, Post durchzuschauen und den ganzen Administrationsaufgaben auch noch zu bewerkstelligen, aber ich bin froh, in der Zeit, die ich zur Verfügung habe mit der Patientenarbeit fertig werde.

F.: Und trotzdem sprechen sich die meisten Ärzte für diese Kernarbeitszeit aus obwohl das ein großer Faktor für die Stressbelastung ist. Woran liegt das deiner Meinung nach?

A.: Weil es einfach bequem ist, wenn man um 13:00 Uhr nach Hause gehen kann. Bequem für den weiteren Tagesablauf, ich kann mich entweder in einer Ordi noch vergnügen oder ich kann mit meinen Kindern was unternehmen oder ich habe Freizeit oder mehr Arbeitszeit für meine Ordinationstätigkeit noch zur Verfügung. Eben wieder abhängig davon wie ernst man seinen Job nimmt. Es gibt glaube ich an jeder Abteilung Kolleginnen und Kollegen, die halt schauen, dass sie die Arbeit, die sie im Spital zu leisten haben gut und verantwortungsvoll erledigen und Strukturen und Abläufe zu optimieren, die haben natürlich mehr Arbeit, als wenn ich sage ich radl jetzt die Ambulanz runter um 13:00 Uhr ist Dienstschluss hinter mir die Sintflut, was dann passiert ist mir wurscht und dann geht, weil das Hauptinteresse wo anders liegt. Wenn man sieht sagt o.k. gut, da habe ich jetzt meinen fixen Job, in Beamtenmanier ratter ich meinen Dienst runter und danach kümmerge ich mich speziell um das was mich interessiert. Daher nimmt man auch die stressige Kernarbeitszeit in Kauf um mich danach um das was mich interessiert kümmern kann beruflicher oder privater Natur.

F.: Was würdest du sagen, was bei dir persönlich Stress auslöst?

A.: Vor allem der Zeitdruck, dass ich mir vornehme verschiedene Dinge besonders gut zu erledigen, eben nicht nur die Arbeit abzuarbeiten, sondern dass ich auch versuche verschiedene Dinge auch zu ändern, Arbeitsabläufe zu optimieren und das kostet halt einfach Zeit und damit komme ich in der Arbeitszeit nicht zu recht. Das heißt es bleibt was über, was heißt dass entweder Abstriche im Familienleben also in der Privatsituation gemacht werden oder Abstriche in der Qualität in der Arbeit.

F.: Wie reagieren deiner Meinung nach Ärzte auf Stress, was beobachtest du, wie Ärzte reagieren, wenn sie im Stress sind?

A.: Wie soll ich sagen. Ich meine das wissen wir eh auch, dass die Stresswahrnehmung nicht so ist, wie sie sein sollte. Viele nehmen es nicht als Stress wahr, sondern als Belästigung, jetzt ist schon wieder was und ich hab eh noch so viel zu tun. Sehr oft ist es so, dass der Druck nach unten weiter gegeben wird, so quasi, was ich jetzt nicht erledigen kann, weil es mir sonst zu viel wäre gebe ich an Arbeit oder vielleicht auch an unangenehmen Situationen ab, also ich denke mir das ist die eine Variante, die zweite Variante ist, dass man irgendwann einmal sich selber Luft macht und einen Untergeordneten zamputzt, kommt sicher auch oft vor. Da tut man sich möglicherweise leist, weil man in der Hierarchie oben steht, aber das Arbeitsklima

leidet darunter. Dass die Fehleranfälligkeit sicher höher wird ist sicher eine Tatsache, glaube ich aber nicht, dass das von allen so gesehen wird. Dass man einfach Dinge übersieht oder sagt ah, ja das habe ich jetzt vergessen, wenn es keine Konsequenz daraus gibt, wird es so bleiben.

F.: Also die Reaktion ist die Delegation der Arbeit oder man sucht sich ein Ventil zur Reaktion, was einem zwar nicht weiterhilft aber man hat sich zur abgeregt?

A.: Ja, Ja.

F.: Wenn ein Arzt jetzt eine stressige Situation erlebt, also z.B.: so eine fachliche Überforderung, wie fühlt er sich dann, wenn er darüber spricht oder wie wird das verarbeitet?

A.: Also ich glaube, das hängt davon ab, wie das Ganze ausgeht. Wenn es z.B.: ein Notfall ist, wo ich überfordert bin und ich versuche das Bestmögliche herauszuholen und es geht gut aus, dann denke ich mir, das war ein Wahnsinn aber offensichtlich habe ich das Richtige gemacht und es geht mir nachher sicher gut und besser. Werde das möglicherweise bei der Dienstübergabe besonders betonen, dass alles so furchtbar war und dass wir toll reagiert haben und es ist toll ausgegangen. Wenn die Sache dann natürlich nicht gut ausgeht und es zu Fehlern kommt oder zu Problemen bei den Patienten kommt, dann denke ich mir, dass man sich natürlich ganz furchtbar fühlt, aber dass man es womöglich nicht so breit tritt oder so ausführt aus Angst, dass man vielleicht irgendwelche Konsequenzen zu ziehen hätte. Nicht an unserer Abteilung, weil ich glaube, dass wir da eh sehr offen sind dafür. Es ist so, man hat in einer Situation nicht entsprochen, oder man hat einen Fehler gemacht einfach weil man es nicht gewusst hat, es hat keine Möglichkeit Hilfe herbei zu holen und dann ist die Sache auch noch schlecht ausgegangen, dass man dann eher versucht zu verschweigen und nicht irgendwie darzustellen, das war aus dem und dem Grund weil...man fürchtet Konsequenzen, dass es vielleicht heißt, wenn sie das nicht handeln können, dann werden dort nicht mehr eingesetzt. Man hat keine Möglichkeit das nachzubearbeiten im Spitalalltag sowieso nicht, da gibt es kein Angebot greifbar und von der üblichen Einstellung her ist es nicht so, dass man sagt hallo da ist es mir aber schlecht gegangen, das möchte ich nicht mehr erleben, was kann man machen, dass sich die Situation ändert.

F.: Du weißt, dass es Supervisionsangebote gibt?

A.: Ich weiß, dass es vom KAV glaube ich sogar ein Supervisionsangebot gibt, ich wüsste nicht, wie ich das in Anspruch nehmen sollte, ich habe das auch noch nicht in Anspruch genommen, wäre aber sicher vernünftig, dass es das routinemäßig geben könnte.

F.: Vor Ort und in der Dienstzeit oder wie meinst du das?

A.: Ja, idealer Weise wäre in der Dienstzeit in regelmäßigen Abständen, quartalsweise oder wie auch immer.

F.: Du hast gesagt, du hast es noch nicht in Anspruch genommen, kennst du jemanden aus der Gruppe der Ärzteschaft, der damit schon Erfahrungen gemacht hat?

A.: Nein.

F.: Denkst du, dass sich ein Arzt im Rahmen einer Supervision leichter tun würde darüber zu sprechen?

A.: Das glaube ich auf jeden Fall. Supervision hat immer so was Beschützendes an sich, ich denke mir in der Situation in der man von Fachlichen her versagt hat, hat man sowieso das Gefühl man ist nicht, man kann nicht, man schafft nichts und wenn man dann so quasi als Rückenstärkung jemanden hat, der hilft, dann tut man sich immer leichter, die Situation verarbeiten zu können und auch vielleicht seinem Chef gegenüber zu vertreten.

F.: Das professionelle Setting hilft einem?

A.: Ja, das auf jeden Fall. Das gibt es auf vielen Abteilungen überhaupt nicht. Jetzt nicht unbedingt das professionelle Setting, sondern Strukturen, die es möglich machen jemanden zu holen, der einem in der Situation unterstützt, sondern da gibt es den Chef und dem gegenüber äußert man sich nicht gerne über so was. An den Abteilungen, die ich durchlaufen habe war das Verhältnis zu den Chefs teilweise sehr gut, teilweise gespannt oder teilweise neutral, aber das man sagt, da kannst du Verständnis für die Situation bekommen, eher weniger.

F.: Der Grund dafür hast du gesagt ist, dass man das Gefühl hat persönlich versagt zu haben. Hat das mit dem Selbst- und Fremdbild zu tun?

A.: Ja, einerseits selbst versagt zu haben und andererseits meinen Chef enttäuscht zu haben. Aber hauptsächlich geht es um das eigene Bild, ich denke mir, wenn ich nicht darüber rede, dass ich etwas falsch gemacht habe, dann kann ich auch nicht erfahren, dass der Chef gesagt hätte, das hätte ich in der Situation gleich gemacht, möglicherweise gibt es ja andere, die auch gesagt hätten, das hättest du gar nicht anders machen können, aber wenn etwas zu einer Komplikation oder zu einem Problem führt dann denkt man sich eher doch, das hätte ich vielleicht doch anders machen müssen und sucht eher die Schuld bei sich.

F.: Das ist ja wie ein Teufelskreis?

A.: Ja, und über bleibt, der dem das Ganze passiert ist.

F.: Glaubst du, dass Ärzte das persönlich reflektieren oder eher verdrängen?

A.: Na ja, je nach persönlicher Konstitution aber eher verdrängt.

F.: Hast du den Eindruck, dass wenn Ärzte aufzeigen würden dass es behindernde Rahmenbedingungen gibt, dass der KAV sich ernsthaft darum bemühen würde diese Rahmenbedingungen zu verändern?

A.: Kann ich klar mit nein, beantworten. Erstens einmal muss man schon genau hinschauen, warum man so gestresst ist als Arzt, dass man nicht immer sieht woran es eigentlich liegt und manchmal fällt einem nicht auf, dass Abläufe verbesserungswürdig sind und das zweite ist, dass einige von uns Ärzten immer wieder probiert haben ungünstige Rahmenbedingungen aufzuzeigen wo das dann an die Führung weitergegeben wurde, meistens oder sehr oft wird das gleich niedergeschmettert, manchmal wird versucht es irgendwie zu lösen, Lösungsansätze im KAV dauern meistens 4 bis 5 Jahre bis etwas geschieht, das ist der Zeitraum wo man entweder mit der Ausbildung fertig ist und geht oder irgendwann einmal den Hut drauf schmeißt. Wenn man sich bemüht, dann ist es entweder ein Kampf gegen Windmühlen oder ein sehr lange Kampf bzw. Lösungsansätze, die keine Verbesserung herbeiführen sondern eher die Sache verkomplizieren. Mir fällt z.B.: als aktuelles Thema die Notsectio-Geschichte ein, wo die Sache an den Aufzügen hängt, wo in einer Blitzaktion Aufzugstürschließmecha-

nismen eingebaut wurden was Aufzug fahren für die Bettenfahrer jetzt ganz unmöglich machen.

F.: Weißt du was Ärzte in ihrer Ausbildung zum Thema Stress als leistungsminimierender Faktor lernen?

A.: Also, wenn ich mich an meine Ausbildung zurück erinnere, dann lernen wir dort, dass es einen Eu- und einen Distress gibt und dass das eine positiv und das andere negativ ist und damit wars das dann schon. Also wenig, wenn man sich sehr dafür interessiert, kann man sich während der Ausbildung darin vertiefen, aber es wird sehr am Rande behandelt. Aber Stress als leistungsminirender Faktor ist nicht Inhalt der Ausbildung, ganz im Gegenteil es wird vorausgesetzt, dass man leistungsfähig ist und funktioniert, alles andere wird nicht besprochen. Vielleicht ist das in der neuen Ausbildungsordnung anders, aber das was ich kenne, da war Stress kein Thema.

F.: Hast du den Eindruck, dass der KAV die Ärzte unterstützt, um mit Stress besser umgehen zu können?

A.: Nein, definitiv nein. Es ist zwar das Jahr der Stressprophylaxe ausgerufen worden, aber wenn man dann konkrete Vorschläge hat, dann wird das meistens nicht unterstützt.

F.: Woran liegt das?

A.: In unserem Fall waren das finanzielle Gründe. Geld wird für andere Dinge verwendet, die vorrangiger sind, wer darüber zu entscheiden hat, weiß ich im speziellen nicht. Der Hauptgrund warum in KAV-Spitäler nicht möglich sind, obwohl sie sinnvoll sind ist eigentlich immer das Finanzielle, an Personalressourcen oder Finanzressourcen.

F.: Wie bewertest du diese Doppelbotschaften seitens des KAV. Einerseits einen Schwerpunkt auszurufen und andererseits guten Ideen keine Unterstützung zu geben?

A.: Ja, das macht die Sache nicht sehr glaubwürdig, fast ist es wie Hohn, vielleicht ist das übertrieben, aber man empfindet es so.

F.: Wie lange arbeitest du täglich oder wöchentlich für die Arbeit inklusive der Arbeit, die du für deinen Job zu Hause erledigst?

A.: Zwischen 50 und 60 Stunden pro Woche alles inklusive. Ich kann mich erinnern, das war eine Spitzenwoche das waren 92 Stunden.

F.: Hast du den Eindruck, dass das Gehalt, das du vom KAV bekommst diesem Arbeitseinsatz entspricht?

A.: Nein, diesem Einsatz nicht, nein. Möglicherweise entspricht es dem Einsatz, wenn man sagt man hat eine Arbeitszeit zwischen 8:00 bis 13:00 Uhr und die Dienste, die man braucht um auf die entsprechende Wochenarbeitszeit zu kommen und sich sonst nicht einsetzt und weiter zu organisieren, aber wenn man ein bisschen drüber geht über die Minimalanforderung, dann ist es zu wenig. Wenn ich mir z.B.: wie viel ein Topmanager in der Wirtschaft verdient, mein Bruder ist bei IBM und der verdient um einiges mehr, er hat sicher auch einiges zu leisten, allerdings hängt kein Menschenleben dran, wenn er einmal einen Fehler macht, aber der verdient doch deutlich mehr als ich.

F.: Darf ich fragen hat er auch eine akademische Ausbildung?

A.: Nein.

F.: Glaubst du, in der freien Wirtschaft ist das mehr wert? Wie kommt es zu dieser Diskrepanz?

A.: Keine Ahnung, weil es immer schon so war, vielleicht weil unsere Standesvertretung auch nicht sehr viel für die Spitalärzte macht.

F.: Glaubst du, dass der niedrige Verdienst ein Grund ist, dass sie sich Ordinationen aufmachen um dem gesellschaftlichen Status, den sie haben, halbwegs gerecht zu werden?

A.: Ja, sicher auch. Ordination macht auch Spaß, ist aber im Prinzip auch ein Stressfaktor. Ich denke, ich phantasie jetzt einmal würde ich jeden Tag von 8:00 – 16:00 im Spital arbeiten würde und da entsprechend entlohnt würde, dann hätte ich auch nicht das Bedürfnis mir in einer Ordination etwas dazu zu verdienen. Mir kommt von meiner Privatsituation die Arbeitszeit bis 13:00 entgegen wegen meiner Kinder.

F.: Du bist Fachärztin hast du auch eine Ordination?

A.: Ich habe keine eigene Ordination, ich vertrete einen Kollegen dort.

F.: Wie oft in der Woche?

A.: 1x pro Woche, das ist der Arbeitsaufwand der mir so passt.

F.: In den nordischen Ländern gibt es ein ganz anderes System, dort ist es so, dass die Ärzte dort eine längere Kernarbeitszeit haben, die müssen sich irgendwann entscheiden entweder Spitalsarzt oder niedergelassener Arzt sein. Das Einkommen für einen Spitalsarzt ist dort höher als bei uns muss man dazu sagen. Wie würdest du dich entscheiden, wenn das bei uns so wäre?

A.: Also wie das System jetzt so wie hier ist, für ein paar Jahre würde ich mich noch für das Spital entscheiden, weil es für die Ausbildung sicher mehr bringt und man sicher mehr lernen kann, sicher nicht bis zu meiner Pensionierung, in ein paar Jahren würde ich mich für die Ordination entscheiden, weil dann hätte ich keine Nachtdienste, keinen Zeitfaktor, den ich nicht entscheiden kann, weil dann kann ich mir die Patientinnen so einteilen, wie ich das brauche, ja man kann sich alles besser organisieren.

F.: Letzte Frage, Ärzte schneiden im Vergleich mit Piloten bei der Frage nach Stress und seinem leistungsminimierenden Faktor sehr viel schlechter ab, was die Einsicht betrifft. Wie kannst du dir das erklären?

A.: Weil wir das nicht gelernt haben, die Piloten denke ich lernen etwas darüber, Piloten haben ein ganz anderes Arbeitsgefüge, wo einfach die Arbeitsabläufe ganz genau durchstrukturiert sind und wo man sich daran halten kann. Wir arbeiten manchmal so im luftleeren Raum, weil möglicherweise bei uns allen herumgeistert Medizin ist eine Heilkunst und wir sind alle Künstler und jeder darf individuell entscheiden und es gibt halt keine wirklichen Arbeitsvorgaben nach einer Checkliste. Jeder macht es ein bisschen anders, je nachdem wo man es ge-

lernt hat, dann kommt jemand anderer der sagt ich hätte es aber gerne so, das macht die Sache etwas schwieriger und ich glaube, dass die Piloten von der Ausbildung her anders geschult sind und anders arbeiten.

F.: Glaubst du dass Teile der Vorzüge, die du aus der Luftfahrt genannt hast in den medizinischen Alltag Einzug halten könnten?

A.: Teile sind sicher vernünftig, wenn man sie umsetzen würde, ich denke ist aber ein Unterschied, ob man mit einer Maschine umzugehen hat oder mit einem Menschen, weil man auf den Patienten individuell eingehen muss und nicht jeder wie eine Boeing, was weiß ich, wo halt jeder Typ gleich funktioniert, es müsste halt Anpassungen geben. Aber die Instrumente angepasst auf ein Spital würden funktionieren und würden auch helfen.

F.: Wie könnte man das lernen?

A.: Schulungen, Trainings usw.

F.: Sonst noch was, was du aus der Welt der Piloten weißt, was uns wegführen könnte von dieser Uneinsicht?

A.: Was mir gefallen hat damals, dass sie immer sagen Stopp und jetzt aus, das ist mir wichtig, das habe ich nicht verstanden und das musst du mir noch einmal erklären, wo es quasi eine rote Stopptafel gibt, auf die man zu reagieren hat. Das gibt es bei uns nicht, weil wenn ich bei uns im OP sage, bitte Ruhe jetzt oder da komme ich nicht weiter, dann kommt es darauf wie das Team ist, wenn es freundlich ist reagiert es darauf oder wenn nicht, kann es auch sein, dass ich mich brausen kann damit. Also das standardisierte ein Wort sagen und alle wissen, das ist Alarmstufe rot, oder dem Kollegen geht es gerade schlecht, eine Situation und alle passen auf das gibt es nicht, oder nach Hilfe rufen ist bei uns kaum möglich, jedenfalls nicht so selbstverständlich wie bei den Piloten, man müsste wieder bei uns eine Schwäche zugeben, bei den Piloten, wenn man den Eindruck hat, dass die Sicherheit in Frage gestellt ist, reagieren alle darauf, einfach weil es selbstverständlich ist. Dort gibt es eine Struktur, die vorgibt, wenn das und das eintritt, dann holst du dir den und den, bei uns weiß ich oft gar nicht wer zuständig ist oder wo jemand erreichbar ist. Außerdem wenn der Impuls von einem selber ausgehen muss, dann steht wieder dahinter - kann ich nicht.

10.2 Interview 2

Da wir ein berufliches Naheverhältnis haben läuft diese Interview in der Du-Form ab.

F.: Es ist wissenschaftlich bewiesen, dass sich Stress leistungsminimierend auswirkt, du erinnerst dich an die Befragung nach Helmreich, die ergeben hat, dass sich ein Großteil der Ärzte dieser Meinung nicht anschließt. Warum ist das deiner Meinung nach so.

A.: Die Frage hätte ich vor 20 Jahren anders beantwortet als jetzt. Vor 20 Jahren wäre ich auch der Meinung gewesen, dass der Stress eines Nachtdienstes, der einen mit Erfolgserlebnissen belastet oder erfreut hat und man dann am nächsten Tag weiter operiert hat, hat einem das Gefühl der Stärke gegeben und aufgebaut, dass man die Operationen, die man tun musste und vor denen man sich gefürchtet hat, wesentlich leichter gegangen sind. Ich war bis vor 10 Jahren überzeugt, dass das stimmt, dass man durch die einerseits Mündigkeit eines stressigen Dienstes und durch das Erfolgserlebnis, dass alles gut vorbei gegangen ist die Situation entspannter sieht und eine Operation mit mehr Mut angegangen ist, als wenn man frisch nach dem Frühstück aus dem Schoß der Familie an die Klinik hineingestoßen wurde, die Angst des

Versagens mach einen zittrig und schwach. So hätte ich noch vor 10 Jahren als junger OA an der Klinik geantwortet. Jetzt wo ich eben über diese Dinge hinaus bin, mich ganz gut auskenne, weiß ich, dass genau das Gegenteil der Fall ist, dass ich durchaus, wenn ich müde bin, so wie heute z.B.: viel fehleranfälliger bin und mit Sicherheit mich nicht mehr so gut konzentrieren kann und mit absoluter Sicherheit auch bei einer Operation nicht so gut entscheiden könnte. Ich glaube, dass viele Ärzte das Gefühl, das ich auch früher hatte, immer noch haben, weil sie enorm hineingestoßen werden, irrsinnig viel learning by doing haben und daher einen gewissen Stresspegel brauchen um sich das zuzutrauen, sonst würde sich das Herz zu sehr zusammen krampfen. Ich glaube, dass sich jeder Arzt ständig sehr fürchtet.

F.: Wovor?

A.: Vor dem Versagen, vor dem Patienten, usw. Je jünger umso mehr, ich glaube, dass die Ärzte, die sich nicht fürchten schlechte Ärzte sind. Es muss eine gesunde Furcht da sein, damit man eine gute ärztliche Leistung bringen kann. Wenn man das nicht hat, so wie der Schauspieler, der vor jeder Aufführung Lampenfieber hat, es ist in jedem Fall eine neue Prüfung. Für mich sind das andere Herausforderungen als für einen Jungen aber jeder hat das. Dazu braucht es einen Stresspegel, damit man daran überhaupt rangeht.

F.: Du hast gesagt, dass es dir heute erst klar ist, dass Stress deine Leistung minimiert. Warum glaubst du negieren das die anderen Ärzte?

A.: Sie merken gar nicht, dass sie Fehler machen im Stress. Vielleicht nach der Bewußtseinsbildung aber im Grunde glauben sie, dass sie das Adrenalin brauch, damit sie gut arbeiten können.

F.: Woran liegt es, dass ihnen gar nicht auffällt, dass sie Fehler machen?

A.: Ich glaube, dass Fehler verdrängt werden, wir als Ärzte dürfen keine Fehler machen, Fehler machen ist böse, Fehler machen ist unehrenhaft und daher wird das verdrängt und daher wird auch der Stress verdrängt.

Götter in weiß machen keine Fehler.

F.: Ist das der eigene Anspruch oder der fremde Anspruch?

A.: Beides.

F.: Im internationalen Vergleich, da gibt es Studien schneiden Ärzte im angloamerikanischen Bereich sehr viel besser ab, dass sich Stress leistungsminimierend auswirkt. Kannst du abschätzen warum das so ist?

A.: Der angloamerikanische Raum läuft ja parallel dem skandinavischen Raum ab und den skandinavischen Raum kenne ich und weiß, dass das dort ganz anders läuft. Dort haben die Ärzte wesentlich weniger Stress, weil sie einfach längere Arbeitszeiten haben, weil die Arbeitszeiten gut bezahlt werden und dort eine Kultur herrscht, dass die Operation eben so lange dauert, wie sie eben dauert und die Planung dort ist einfach realistischer möglich als bei uns. Das heißt, wenn man einmal mit einer Operation früher fertig ist hat man viel Zeit zwischen den Operationen und kann sich entspannen, sie sind viel weniger auf 2 Schienen fahrend. Wir müssen um 13:00 Uhr fertig sein, weil da beginnt die Sitzung oder die Ordination was auch immer, in der kurzen Dienstzeit, die wir haben müssen wir viel mehr hinein pressen als die skandinavischen oder amerikanischen Ärzte. Wenn ich auf einem Kongress bin und von unse-

rer Halbtagsdienstzeit spreche, können die das gar nicht fassen, dass so etwas möglich ist und nachdem wir mit Sicherheit in Wien den gleichen Output der Leitung haben wie in Stockholm oder mehr noch, muss man sich vorstellen wie viel weniger Zeit uns zur Verfügung steht. Ich kann mir vorstellen, dass wenn ein amerikanischer Arzt einmal für einen anderen einspringen muss, weil jemand krank ist, dann fällt ihm der Stress auf und er sagt so kann ich nicht arbeiten, das bin ich nicht gewohnt. Unser System ist krank und ist krankmachend.

F.: Impliziert das deiner Meinung, dass österreichische Ärzte ständig einem höheren Stresspegel ausgesetzt sind als die skandinavischen Ärzte auch durch die Doppelfunktion Spitalsarzt und niedergelassener Arzt?

A.: Ganz sicher.

F.: Es gibt chronische Stressoren, wie du weißt, dazu zählen lange Arbeitszeiten, chronischer Schlafmangel, hohe Bürokratie usw. Unter welchen chronischen Stressoren leiden Ärzte deiner Meinung nach?

A.: Also sie leiden sicher, dass ihnen immer zu wenig Zeit bleibt für das Gespräch mit dem Patienten, da leidet jeder darunter, dass jeder unter Zeitdruck seine Tätigkeiten absolvieren muss, ich leide noch viel mehr als meine Oberärzte oder Assistenten beim Operieren unter meinem Terminkalender den ich habe. Wenn ich eine Operation, die wirklich im Dienste des Patienten außerordentlich wichtig ist und ausgiebig machen muss und ich weiß, ich habe um 11:30 einen Termin, da tue ich mir sehr schwer mich zu konzentrieren und zu sagen o.k. ich rufe jetzt an und sage den Termin ab. Man versucht dann trotzdem den Termin einzuhalten und kommt dann in einen Stress, in ein Dilemma in meiner Pflicht als operierender Arzt oder visitierender Arzt im Gegensatz zu meinem Terminkalender. Durch die zusätzliche Belastung, die jeder Mitarbeiter hat, hat jetzt jeder diesen Termindruck, jeder Oberarzt hat ein Backerl an zusätzlichen Tätigkeiten laufen und die ihn auch belasten so zusagen und durch diesen Termindruck und zusätzlicher Belastung und Dokumentation in eine Schere kommt, die immer mehr und härter wird.

F.: Diese Zusatz Tätigkeiten von denen du sprichst, sind also Jobs, die nicht mit der ursprünglichen Tätigkeit des Arztes im Zusammenhang stehen, sondern?

A.: Zum Beispiel, wie ich angefangen habe vor 16 Jahren konnte ich mit jeder Patientin sprechen, jede Patientin persönlich untersuchen und ich musste die Entscheidung treffen, wie sie zu operieren ist, das ist heute nicht mehr möglich, das allein macht auch schon Stress, dass ich das Gefühl habe ich muss mich verlassen auf Meinungen von Leuten, die wesentlich weniger Erfahrung haben als ich. Wenn ich so denke, da gibt es 2 oder 3 Colonicarcinome, da genügt für mich ein Blick hinein und ich weiß, was zu tun ist und wie ich so höre, dass da auf ein MRI geartet wird und die Unsicherheit so groß ist, eigentlich denke ich den Fall müsste ich selber anschauen habe aber die Zeit nicht das ist das Dilemma.

F.: Was nimmt dir die Zeit, deine Managementaufgaben als Vorstand der Abteilung?

A.: Die täglichen 2-3 Stunden, die ich am Computer sitze und alleine die E-mails zu bearbeiten, zu verteilen, zu.....

F.: Also Organisationsarbeit, die du als Abteilungsvorstand bewerkstelligen musst, aber auch deine leitenden Oberärzte. Das sind klassische chronische Stressoren, das heißt es gibt sie?

A.: Ja und sie werden immer mehr.

Zusätzlich sind noch die akuten Stressoren, wenn z.B.: eine ungeplante Geburt kommt, das trifft die diensthabenden Ärzte gleichermaßen, wenn sie operieren und gleichzeitig der Kreissaal ruft, da sind schlechte Herztöne, das macht akuten Stress, wenn man nicht weiß wann ist die Operation fertig dort gibt es heikle Herztöne. Bei mir ist es, wenn zu meinem normalen Tagesablauf dann noch eine Geburt dazu kommt, die ich versprochen habe persönlich zu betreuen oder wenn ich eine Sonderklasse betreuen muss und es mir dadurch mein gesamtes Paket an Terminen durcheinander bringt.

F.: Als akute Stressor hast du jetzt genannt ungeplante Dinge, bei denen der Arzt priorisieren muss, weil er sich nicht teilen kann. Einer der bekanntesten akuten Stressoren ist auch fachliche Überforderung. Wie würdest du das generell für die Ärzteschaft einschätzen? Kann es bei deinen Diensthabenden zu einer Situation kommen, bei der er sich fachlich überfordert fühlt?

A.: Also, das ist überhaupt keine Frage, dass ein junger Arzt wahrscheinlich immer überfordert ist, weil ihm ja die fachliche Erfahrung fehlt, wenn man sieht, wenn man Mimiken lesen kann und wenn ich so sehe, wenn einer den Dienst anfangt, nach einer Dienstübergabe um 13:00 Uhr, das ist noch, die blutet und der Befund ist gekommen, dann merkt man, das sind Dinge die ihn absolut überfordern und wie dann entspannt am nächsten Tag in der Früh, wenn er es geschafft hat, dann ist mir klar geworden, dass der am Limit war und mit Sicherheit fachlich oft und oft, ich glaube dass Ärzte immer wieder ein Problem haben, wenn sie es einfach zu wenig gesehen haben, zu wenig Erfahrung haben, unter Druck kommen. Daher ist der Wunsch nach Leitlinien enorm groß, die sie wirklich abarbeiten können nach einem Schema, das vorgegeben ist, ich glaube, dass vorhandene Leitlinien einem jungen Arzt enorm helfen, das habe ich in meiner Jugend überhaupt nicht gehabt, das war wirklich learning by doing, das war wirklich oft, machen wir einmal den Bauch auf und schauen wir, was uns erwartet und oft hat man im Bauch dann, das ist ja jetzt viel weniger Gott sei Dank, aber das war belastend.

F.: Es sind die komplexen Situationen, die vielen Eindrücke, denen ein Arzt ausgesetzt ist in einem Akutfall, viele verschiedene Befundlagen, die er einreihen muss um eine Entscheidung treffen zu können...

A.: Zusätzlich kommen die Angehörigen, wenn ein Angehöriger Druck macht, dann ist man noch mehr so zusetzen unter Druck gesetzt.

F.: Also emotionaler Druck. Die Leitlinien, die du angesprochen hast, die die jungen Ärzte vermehrt rufen danach, ist das deiner Meinung nach generell in der Ärzteschaft schon gut etabliert?

A.: Vergleichsweise ist da in den letzten 10 Jahren unglaublich viel passiert, ich glaube dass das relativ gut etabliert ist und auch gut akzeptiert wird. In der Qualitätssicherung haben die Leitlinien sich schon am stärksten breit gemacht. Es gibt für alle problematischen Prozesse Leitlinien, sei es Frühgeburt, sei es die Lungenreife, Onkologie, da gibt es schon viele Leitlinien.

F.: Bei dir an der Abteilung ist das so, aber ist das generell auch so?

A.: Es ist deutlich besser geworden, die Leute, wenn man so mit ihnen redet, dann haben sie auch schon Leitlinien, das ist das erste, was ein junger neuer Primararzt einführt, die Leitlinien, für sich selber und für sein Team. Ich war an vielen Abteilungen, weil sie Probleme hatten, aber Leitlinien gab es, sie sind nicht gelebt worden und es gab andere Dinge, die nicht

o.k. waren, aber die Leitlinien gab es, da braucht es halt einen Führer, der das Team motiviert, dass sie gelebt werden, aber Leitlinien sind mittlerweile schon sehr weit gekommen.

F.: Kannst du mir was zu deinem persönlichen Stress sagen bzw. was bei dir Stress auslöst?

A.: Also, Stress ist für mich ein übervoller Terminkalender, am Freitag ist das oft so, wenn sich gegen Ende der Woche alles hinschoppt und wo ich mir oft sage, das schaffe ich heute nicht, das kann sich heute gar nicht ausgehen und dann geht es wie durch ein Wunder dann doch, das macht eine enorme Erleichterung, aber davor ist es ein echter Stress, wie kann ich das heute alles erledigen, der Termin, die Firmen und was auch immer noch, wissend, dass ich um 15:00 fertig sein muss, weil da der erste Patient in der Ordination sitzt. Da kommt dann der Überstress dazu, wenn dann das Handy geht um 7:00 Uhr in der Früh und die Frau soundso ist im Kreissaal, 6 cm und hat starke Wehen und will mich dringend sehen, dann merkt man richtig, wie es krampft, wie schaffe ich es aus dieser Mühle herauszukommen. Stress macht auch, wenn wir neue Operationsmethoden, die wir selber noch nicht so gut können und Gäste haben, die uns auf die Finger schauen, das ist so ziemlich der schlimmste Stress den ich kenne, wenn du eine neue Methode hast bei der du immer noch lernend bist und die Firmen sagen, der Salzer macht das schon und dann organisieren die 2 – 4 Gäste, die einem zuschauen, dass ist Stress pur. Der Ehrgeiz ist da und der Erfolgsdruck ist extrem hoch.

F.: Zu deinem Terminkalender habe ich noch eine Frage, du sagst du hast einen vollen Terminkalender und die akuten Rufe aus dem Kreissaal....

A.: Oder auch aus dem OP, da ist etwas ausgeschrieben, das sich dann während der Operation als was anderes rausstellt und der Operateur ist aber kein Fachmann auf dem Gebiet, dann muss ich eben troubleshooten, das macht Stress. Dann gibt es aber oft ein Aha-Erlebnis, wenn ich manchmal aus dem OP anrufe und sage, Maria alle Termine absagen, dann entspanne ich mich erst. Das gibt es immer wieder, 1x im Monat, da denke ich mir das braucht jetzt Zeit und sage alle Termine ab, das gilt auch für die Ordi, ich sage meiner Frau ich komme eine Stunde später.

F.: Die Termine von denen du sprichst, die dir deinen Terminkalender zu zumachen, sind das Termine auf die du selbst Einfluss hast oder sind das Termine von außen vorgegeben werden?

A.: Sowohl als auch, am Freitag ist immer, das muss ich diese Visite machen, 2x pro Woche muss ich und will ich die Patienten persönlich kennen lernen um zu wissen was, das ist auch ein Stress wenn bei der Morgenbesprechung von Patienten berichtet werden und dann werde ich angeschaut und alle erwarten von mir eine Entscheidung, die kann ich aber nur treffen, wenn ich einen Patienten persönlich kenne, einen Blickkontakt, meine Hände, ich kann medizinische Entscheidungen nicht am grünen Tisch fällen, ich brauchen den Patienten dazu. Die Schere auf der einen Seite soll ich ein Manager sein und auf der anderen Seite ein Arzt, Arzt und Manager geht nicht gemeinsam. Eine Entscheidung zu treffen geht nur wenn ich vor Ort bin, daher mache ich mir den Stress selber, weil ich die Patienten kennen will.

F.: Wie reagieren Ärzte prinzipiell auf Stress?

A.: Manche werden hektisch, immer lauter, manche werden zynisch, manche werden unnahbar, in der Zusammenarbeit.

F.: Aus Unsicherheit?

A.: Ich glaube, weil sie die eigene Schwäche überspielen wollen. Sie sind angreifbar verletzlich und daher müssen sie irgendwie das überspielen. Der Stress wird durch die Reaktion abgebaut. Es gibt Menschen, die gut umgehen können mit einer Stressreaktion und welche, die das nicht können. Das ist auch der von dem man sich operieren lassen möchte, oder erste Frage mit wem habe ich Dienst bei Dienstantritt, das gilt für mich auch, wenn ich weggehe, wer hat Dienst, aha der da fühle ich mich sicher oder aha die oder der, hoffentlich ruft er mich an, hoffentlich geht das gut bei dem.

F.: Was lernen Ärzte in ihrer Ausbildung oder Weiterbildung über Stress als leistungsminimierender Faktor?

A.: Also, wenn dann in allerletzter Zeit, ich selber im Studium nie in der Turnusausbildung auch nie, ja jetzt den Workshop den wir gemacht haben da waren Ansätze, aber das sind alles Eigeninitiativen. Einen von oben, so wie das Piloten lernen, wie sie umgehen damit, das gibt es nicht.

F.: Würde das deiner Meinung nach wichtig sein, schon früher damit konfrontiert zu werden?

A.: Ja, absolut. Also in Skandinavien wird das gemacht, da ist Stress in der Ausbildung schon ein Thema.

F.: Ist das eine kulturelle Frage?

A.: Absolut, in Skandinavien sind sie uns um Längen voraus.

F.: Wie könntest du dir vorstellen, ein Arzt, der von einer stressigen Situation berichtet, wenn er in einer Kultur groß geworden ist, wo das kein Thema ist?

A.: Ich glaube, wenn er nicht wirklich ein hohes Selbstwertgefühl hat, dann fühlt er sich schlecht, weil er dann immer, das hätte er schaffen müssen, warum erzählt er das, das list doch lächerlich, das hätte ich mit Links gemacht, ich glaube, dass das sehr schwer fällt.

F.: Daher wird er es wahrscheinlich nicht tun?

A.: Ja. Die Antworten derjenigen, denen man von dieser Situation berichtet sind es, er würde erwarten, dass die Verständnis aufbringen nicht mit Abwertung reagieren. Das ist eher die Norm, leider.

F.: Wir wissen ja, dass es Rahmenbedingungen gibt, die uns unsere Organisation vorgibt, die unter anderem Stress auslösen, Arbeitszeiten, Besprechungen,... Glaubst du, dass Ärzte generell das Gefühl haben, dass wenn sie behindernde Rahmenbedingungen aufzeigen, dass sich etwas ändert?

A.: Glaube ich eher nicht, ich glaube, dass die Ärzte alle sehr froh sind mit diesem System, weil sie das Gefühl haben, da muss man jetzt unterscheiden für mich als leitenden Arzt sind die Rahmenbedingungen eine Katastrophe. Am allermeisten behindert sie die Dokumentation, sie würden am liebsten operieren, Visite gehen, aber nicht dokumentieren, alle Administrationsarbeiten würden sie gerne abgeben, aber ich glaube, dass sie wissen, dass sie das nicht können. Ich glaube, dass sie im Grunde, obwohl es komisch klingt, obwohl sie gestresst sind, es nicht ändern wollen. Wenn wir eine Umfrage starten würden, würden 90 % der Spitalsärzte sagen nein. 8:00 – 13:00 Uhr soll bleiben. Das verstehe ich eben nicht. Alle Chefs, die ich

kenne ist die größte Crux, die wir haben ist diese völlig kranke Dienstzeit. Die die darin arbeiten, sind damit sehr zufrieden, das ist ja das Komische.

F.: Und warum?

A.: Ja, weil sie ihre Freizeit haben oder weil sie Geld verdienen wollen in der Zeit. Was anderes wäre, wenn man sagt o.k. wir verdoppeln den Gehalt, dann würden sie es vielleicht machen. Unter dieser Situation, sagt jeder, nein ich will nicht länger arbeiten, glaube ich.

F.: Weil sie zu wenig verdienen und sie sich daher in ihren Ordinationen das Geld verdienen sollen, das ihrem Status gerecht ist.

A.: Obwohl die gar nicht so wenig verdienen, wenn ich vergleiche, was mein Sohn verdient mit der gleichen Arbeitsleistung verdienen die jüngsten Ärzte mehr, so gesehen verdienen sie eh sehr gut. Ich glaube, dass den Ärzten, wenn sie anfangen zu studieren, ihnen vorgegaukelt wird, das ist der Super-Traumberuf, der Reichtümer bringt unter dieser Vision treten sie an, möglicherweise.

F.: Man müsste bereits in der Ausbildung ansetzen und das nicht vorgaukeln?

A.: So ist es.

F.: Wie würden sich die Primärärzte entscheiden, wenn sie zur Dienstzeit befragt werden?

A.: Ich glaube, dass die allermeisten Primärärzte dankbar wären, wenn die Dienstzeit bis 16:30 dauern würde.

F.: Auch wenn es auf Kosten ihrer Ordinationszeiten gehen würde, einfach um ihren Job besser erledigen zu können?

A.: Ich glaube, da muss man vielleicht unterscheiden. Sie hätten gerne, dass ihre Mitarbeiter bis 16:30 Uhr arbeiten, sie selber würden nicht solange arbeiten wollen. Sie selber würden sich nicht gerne einengen lassen, ihren persönlichen Freiraum hätten sie weiter gerne. Sie wollen schon länger arbeiten, aber sie wollen es sich selber einteilen können, aber sie erkennen, dass die kurze Ärztedienstzeit generell im Spital eine wesentliche Einengung in der Patientenversorgung usw. bedeutet.

Wenn ich bei meinen Mitarbeitern eine Umfrage starten würde wären 90 %– 95 % für eine Arbeitszeit von 8:00 – 13:00 Uhr, gleitende Arbeitszeit, das ist gar nicht so beliebt. Sie sind in dem System groß geworden und können sich gar nichts anderes vorstellen.

F.: Glauben jetzt die Ärzte, dass sie die Möglichkeit haben, die Rahmenbedingungen zu ändern?

A.: Ich glaube, dass sie sich sehr fremdbestimmt fühlen dadurch, der Einfluss ist sehr beschränkt. Ich merke ja selbst, obwohl ich in einer anderen Position bin als ein junger Turnusarzt, wie gering meine Möglichkeiten sind, was zu ändern. Wenn ich nicht meine privaten Erfolgserlebnisse durch meine Privatordination hätte, wäre ich längst verzweifelt. Es geht mir nur deswegen so gut, weil ich mir durch meine ärztliche Tätigkeit die Erfolgserlebnisse hole, die man braucht.

F.: Was tut die Organisation KAV für Ärzte, damit sie besser mit Stress umgehen können?

A.: Derzeit nichts, es wird nur noch mehr, jede Woche kommt ein neuer Erlass, ohne, ich kann es gar nicht umsetzen, aber es wird einfach erwartet, sie sagen nicht wie soll das geschehen, oft versteht man es nicht einmal wenn man es liest. Unnötige Dinge, die haben auf das Knopfchen gedrückt, dann ist es an alle gegangen, die putzen sich ab. Viele lesen es gar nicht mehr, aus, es geht nicht.

F.: Eine persönliche Frage. Wie lange arbeitest du täglich?

A.: Im Schnitt von 7:15 bis 14:00 im Krankenhaus und von 15:00 bis 20:30 in der Ordination. Am Wochenende meistens dann noch 2 – 4 Stunden.

F.: Hast du den Eindruck, dass dein Gehalt vom KAV deinem Arbeitseinsatz entspricht?

A.: Ich meine ich verdiene sicher sehr gut, aber ich verdiene sehr gut durch meine Ordination, das ist meine Cashcow sozusagen, ich verdiene gut durch meine Sonderklassen, die gehen aber eindeutig zurück. Das Gehalt ist sicher besser geworden in den letzten Jahren, aber es ist sicher nicht das Managergehalt, das man sich erwartet und genügen würde, wenn man nur für den KAV arbeitet. Da müsste es dem Gehalt eines Piloten angeglichen werden.

F.: Wenn du dich entscheiden müsstest zwischen der Ordination und dem Spital?

A.: Da müsste ich die Ordination nehmen, weil ich sonst meine Verbindlichkeiten nicht abdecken könnte, die ich mir in meinen Leben geschaffen habe.

F.: Letzte Frage. Wir haben ja durch unser Projekt persönliche Kontakte zu den Piloten, das heißt du hast Einblick. Die Ärzte schneiden im Vergleich zu den Piloten bei der Frage nach Stress und seinen leistungsminierenden Faktoren sehr viel schlechter ab in der Einschätzung. Wie erklärst du dir die unterschiedlichen Aussagen?

A.: Weil glaube ich die Piloten von der ersten Minute an, wenn sie in der Ausbildung sind, dass Stress, die lernen das von Anfang an, dass Stress schädlich ist und die fehleranfällig macht, und Ärzte das nie lernen. Da durch weiß auch ein Pilot, dass wenn er müde oder krank ist, das wird auch genehmigt, während ein müder oder kranker Arzt, ein Arzt, der in Krankenstand geht, da bin ich ein schlechter Arzt so zu sagen. Wenn du krank bist gehst du trotzdem arbeiten, das wird uns so eingetrichtert, du bist ja kein Mensch, du bist ja ein Arzt.

F.: Das heißt die Piloten lernen in ihrer Ausbildung was an Stress gefährlich ist und was Stress mit uns macht und zweitens finden sie andere Rahmenbedingungen vor um sich das auch erlauben zu können?

A.: Da das wird total akzeptiert. Wenn es heißt ich habe eine schwere Bronchitis ich fliege nicht, da gibt es Reserven bei uns geht das nicht, das geht auch wirklich nicht, es gibt manche Fälle da steht der Betrieb, wenn ich nicht da bin, weil wenn du lauter junge Oberärzte hast, da wird es Fälle geben, wo die Expertise verlangt wird von einem. Während ein Flugkapitän kann durch einen anderen ersetzt werden.

Wenn wir uns jetzt nicht nur auf die Primärärzte fokussieren, Ärzte gehen viel weniger in Krankenstand, wahrscheinlich sind sie aber genauso viel krank wie alle anderen, aber im Vergleich zu den Piloten ist ein Krankenstand nicht erwünscht, weil der Betrieb, wenn einer oder zwei krank sind wird automatisch auf Notbetrieb umgeschaltet, aber trotzdem muss es ir-

gendwie weiter laufen. Es erhöht den Stresspegel ganz erheblich, bei den Ärzten wird halt keiner ersetzt die anderen müssen für ihn mitarbeiten.

F.: Wieso ist es den Piloten erlaubt über die leistungsminimierende Wirkung von Stress zu sprechen und den Ärzten nicht?

A.: Ich glaube den Piloten ist es deswegen mehr bewusst, weil sie ja selber im Falle eines Schadens zu Tode kommen oder verletzt werden, während der Arzt ja nicht sich selbst schadet, sondern dem Patienten und seinem Renomee und wenn man nicht mit den vollen Herzen die Patienten behandelt, was Ärzte ja eigentlich sollten, dann ist das einem ziemlich wurscht. Wenn ein Pilot einen Fehler macht, dann trifft das nicht nur den Passagier sondern auch mich selber, daher ist es ihm noch viel bewusster, dass Fehler ans Eingemachte gehen, während nicht jeder Arzt daran denkt, das könnte meine eigene Mutter, Frau oder Tochter sein, es ist eben irgendeiner, es sind ja auch nicht alle Ärzte gute Menschen.

10.3 Interview 3

F.: Es ist wissenschaftlich bewiesen, dass sich Stress leistungsminimieren auswirkt. Sie kenn die Befragung von Helmreich, die wir im Rahmen des Projektes gemacht haben, die hat ergeben, dass sich ein Großteil der Ärzte dieser Meinung nicht anschließt, warum ist das Ihrer Meinung nach so?

A.: Ich glaube, dass das ein Thema ist, das schwierig ist in der Ärzteschaft, weil es prinzipiell schwierig ist Fehler zuzugeben und eine Stresssituation, die zu einer Leistungsreduzierung führt, würde auch bedeuten, dass eventuell Fehler passieren und Fehler zuzugeben oder anzuerkennen ist schwierig. Wenn man eine gewisse Verantwortung hat, ist es schwierig zu sagen, ja den Fehler habe ich gemacht. In der Situation, weiß ich nicht ob man das so erkennt, es ist ja eine Stresssituation, aber im Nachhinein zu sagen, diesen Fehler habe ich gemacht, ist insofern schwierig, weil es wird immer so damit umgegangen, jemanden dann die Schuld zuzuweisen, das ist das Problem, dass einer angeklagt worden ist für vielleicht ein Konvolut an Fehlern von mehreren Menschen. Das heißt, man sagt, ich bringe meine Leistung in welcher Situation auch immer. Es ist die Anforderung an den Berufsstand, dass man das so leisten muss, weil sonst kann man den Status irgendwie nicht halten.

F.: Ist das der eigene Anspruch oder ist das der Anspruch von anderen, den man glaubt erfüllen zu müssen?

A.: Also ich glaube schon von anderen, wo man glaubt, das erfüllen zu müssen, aber ich glaube, die Persönlichkeit selber gehört auch dazu. Und die Angst, weiß ich nicht, seinen Job zu verlieren, oder so.

F.: Wessen Anspruch ist das jetzt, wenn man von anderen spricht. Ist das der Patient, der Vorgesetzte?

A.: Also eher würde ich sagen von Vorgesetzten, nicht nur der Chef an sich, sondern das kommt von ganz oben, prinzipiell. Also unser Chef macht es nicht, weil wir in unserem Projekt gelernt haben damit umzugehen, es kommt von ganz oben über unseren Chef.

F.: Sie meinen jetzt den Umgang mit dem Fehlermanagement?

A.: Ja.

F.: Habe ich Sie richtig verstanden? Sie meinen, dass man Stress als leistungsminimierenden Faktor, deshalb nicht zugibt, weil man in dieser Situation eher Gefahr läuft Fehler zu machen und weil man als Arzt in einer Kultur immer noch lebt, in der man Fehler nicht zugibt?

A.: Ja. Es ist immer noch das Denken von früher, wo das einfach Tabu war und man alles verschwiegen hat.

F.: Um in diese Gefahr nicht zu kommen schütze ich mich quasi davor, indem ich nicht zugebe, dass mich Stress in meiner Leistung beeinflusst?

A.: Genau, weil man dann zeigt, man hat eine Schwäche. Und ein Schwäche darf man so zuzusagen nach außen nicht zeigen, weil das könnte ja ein Angriffspunkt sein, mehr oder weniger.

F.: Haben Sie persönlich schon schlechte Erfahrungen gemacht?

A.: Ich persönlich nicht. Nein, aber man liest es ja immer wieder in der Zeitung oder hört es in der Kollegenschaft, weiß ich nicht auf ewig suspendiert und er kann den Beruf nicht mehr ausüben.

F.: Also es geht eigentlich um eine existentielle Frage?

A.: Ja, eigentlich schon. Wenn ich das zugebe, dann bin ich ein schlechterer Arzt, dann habe ich keine Existenzberechtigung mehr in diesem Berufsstand. Somit weigere ich mich zuzugeben, was mich schwach macht. Eine Art Schutzmechanismus ist das.

F.: Wenn man sich das im internationalen Bereich anschaut, also wir haben das mit dem angloamerikanischen Bereich verglichen, dann sieht man, dass sich dort das medizinische Personal, also Ärzte, sich diesem Punkt wesentlich bewusster ist, besser zugeben kann als das österreichische Ärzte tun. Woran glauben Sie liegt das?

A.: Ich glaube, dass sich die schon viel früher mit dem Problem beschäftigt haben oder auseinandergesetzt haben. Soviel ich weiß haben die auch weniger lange Arbeitszeiten, mehr Freizeit, die haben an dem Problem schon viel früher gearbeitet, daher sind sie auch demgegenüber offener und können anders damit umgehen als wir. Bei uns steckt das noch in den Kinderschuhen meiner Meinung nach.

F.: Wodurch hat man sich in diesen Ländern mehr damit beschäftigt?

A.: Das kann ich nicht sagen.

F.: Jetzt möchte ich mit Ihnen etwas zu chronischen und akuten Stressoren besprechen. Zu den chronischen Stressoren gehören z.B.: lange Arbeitszeiten, chronischer Schlafmangel, hohe Bürokratie usw., das ist nur exemplarisch aufgezählt. Glauben Sie, dass Ärzte unter chron. Stressoren leiden?

A.: Das glaube ich schon, vor allem ein Thema sind die langen Arbeitszeiten, viele Dienste, hohe Wochenstunden, Schlafmangel auf jeden Fall auch dadurch bedingt, das glaube ich schon.

F.: Andere chronische Stressoren, die ich nicht aufgezählt habe?

A.: Dauernder Druck, wenn man im Dienst ist. Also der Arbeitsstress wenn man im Dienst ist, man kann sich nicht wirklich gut zurückziehen, das ist eine permanente Belastung unter der man steht. Wenn der Dienst 30 Stunden dauert, Ruhephase, weiß ich nicht, wird unterschiedlich sein, wenn überhaupt, das ist meiner Meinung nach ein chronischer Stressor in Wirklichkeit. Dauernd auf dieser Wachsamkeit, dieser Adrenalinpegel den man haben muss. Allzeit bereit, es kann ständig irgendwas passieren, ist sicher von Abteilung zu Abteilung unterschiedlich. Bei uns z.B.: kann im Kreissaal immer was akut werden. Diese hohe Anforderung, die man praktisch erfüllen muss. Der Level auf dem man sich die ganze Zeit bewegen muss. Und wenn man dann nach Hause geht, dann fällt das Ganze ab, und man wird irgendwie müde.

F.: Wie können Sie sich vorstellen, könnte man diesem Stresspegel von dem Sie sprechen, begegnen?

A.: Das ist sicher von Mensch zu Mensch unterschiedlich. Den einen regt es mehr auf, den anderen weniger. Weiß ich jetzt nicht, vielleicht, dass man von der Dienstzeit her, vielleicht doch nicht in den 30 Stunden ununterbrochen da steht, aber sonst, weiß ich nicht, ich meine ja, vielleicht zwischendurch, dass man sagt, Ruhepause für eine gewisse Zeit, dass man von Personal her so viele Leute sind, dass man sich das vereinbaren kann.

F.: Dass man sicher sein kann in dieser Zeit nicht kontaktiert zu werden?

A.: Genau. Aber ich glaube, das ist schwer durchzubringen.

F.: Zu den akuten Stressoren gehört z.B.: auch die fachliche Überforderung, Zeitdruck, aber auch unklare Kompetenzen. Sie sagten vorher, dass ist von Person zu Person verschieden, manche sind ständig auf Adrenalin und manche können sich besser entspannen. Glauben Sie, dass das was mit der persönlichen Ausbildung zutun hat. Ist man deswegen in Anspannung, weil man sich unsicher fühlt?

A.: Das kommt sicher auch dazu, das würde ich auch so sehen. Man ist lockerer, wenn man fertiger Facharzt ist, aber eine gewisse Anspannung bleibt immer. Mehr Routine bringt mehr Ruhe, weil man mehr Wissen hat und an manche Dinge anders herangehen kann, als ein Assistent im ersten Ausbildungsjahr. Der hat sicher einen höheren Stresspegel, weil er einfach noch nicht soviel Wissen hat.

F.: Andere akute Stressoren, Zeitdruck, unklare Kompetenzen, würden Sie sagen, dass Ärzte diesen auch ausgesetzt sind?

A.: Zeitdruck auf jeden Fall. Wir stehen ständig unter Zeitdruck würde ich sagen. Arbeitsbeginn um so und soviel, Arbeitende bis so und soviel, bis dahin muss die ganze Arbeit erledigt sein, also es ist schon ein permanenter Druck zumindest in der Kernarbeitszeit.

F.: Ist das ein Grund, der in der kurzen Kernarbeitszeit zu suchen ist?
Indem man relativ viel Arbeit in eine relativ kurze Kernarbeitszeit packt?

A.: Ja, auf jeden Fall und das wieder rum ist ein Punkt, dass wenn soviel Arbeit in so kurzer Zeit zu erledigen ist, ist das einfach fehleranfällig. Wenn ich jeden Patienten in kurzer Zeit, ich sage jetzt, durchschleusen muss und dabei etwas übersehen könnte.

F.: Was glauben Sie wie dazu kann, dass die Ärztedienst so ist, wie sie ist?

A.: Ich weiß das nicht. Prinzipiell finde ich das auch nicht gut, weil es fehleranfällig ist, weil es stressig ist, wenn man das ausweiten würde, wäre es für alle Beteiligten gut, für die Patienten und für die Ärzte. Der Patient ist ja der Leidtragende, wenn für ihn nur so kurz Zeit ist und alle nur kurz angebunden sind. Ich kenn die Arbeitszeit gar nicht anders. In Privathäusern ist die Arbeitszeit länger, warum das beim KAV so ist, weiß ich nicht. Ich habe mich nie damit auseinander gesetzt ehrlich gesagt.

F.: Sonstige akute Stressoren, die Ihnen noch einfallen?

A.: Kurzfristig irgendwelche Vorträge vorbereiten, wenn dann der Chef kommt, also für diese Zeitschrift muss noch ein Artikel geschrieben werden, für den Kongress muss ein Vortrag vorbereitet werden, wenn das zu plötzlich kommt, alles das was zur normalen Arbeit noch dazu kommt glaube ich auch, dass zu den Stressoren gehört. Man hat in kurzer Zeit zusätzlich gute Arbeit zu leisten, das ist eine Anforderung ein Stress, den man hat. Es geht um die Reputation der Abteilung nach außen, das muss gut sein.

F.: Ist das wieder der eigene und der fremde Anspruch wieder?

A.: Ja, das will man gut machen und nach außen repräsentieren.

F.: Ist es für Sie wichtiger einen guten Artikel zu schreiben, weil sie das als Person als Fr. Dr. Novak von sich selbst erwarten oder ist es Ihnen wichtiger, den Chef nicht zu enttäuschen?

A.: Das ist jetzt schwierig. Natürlich will man den Chef nicht enttäuschen und seine Arbeit dann gut machen. Also wenn er herkommt und sagt, bitte mach das, dann will ich das natürlich so gut wie möglich machen und eine gute Arbeit abliefern, was dann auch für mich selbst spricht. Primär aber will ich den Chef nicht enttäuschen und will ihm zeigen, das kann ich. Ich will es gut machen, dass er stolz ist und sagt Novak, das haben Sie gut gemacht. Dann bin ich froh.

F.: Was löst bei Ihnen Stress aus, ganz persönlich?

A.: Im ersten Ausbildungsjahr war für mich ganz stressig fachliche Nichtkompetenz. Jeden Tag an einem andern Art zu sitzen, wo ich eigentlich mich nicht auskenne, das war irrsinnig stressig. Ich habe mich einfach überfordert gefühlt, nicht wirklich einen Ansprechpartner gehabt. Das war Stress für mich.

F.: Wie hätte Ihnen da geholfen werden können?

A.: Ich hätte mir einen Mentor gewünscht. Einen Ansprechpartner, den ich für ein halbes Jahr habe, zu dem ich jeder Zeit hingehen kann und fragen kann, der einfach für mich zuständig ist. Nicht einmal der und einmal der, weil es erzählt jeder was anderes. Ein Mentor, der für mich zuständig ist für eine gewisse Zeit, wo ich die Basis dann erlernen kann. Das wäre für mich wichtig gewesen.

F.: Glauben Sie, dass die Abteilung das leisten könnte?

A.: Ich glaube schon. Man müsste sich das natürlich überlegen, es ist insgesamt ein Strukturproblem, das auf jeden Fall, aber ich denke mir, es wäre möglich, zumindest den Großteil der Zeit, so einzuteilen, das man immer wieder gemeinsam eingeteilt ist. Ich glaube schon, dass das gegangen wäre, dass man darauf schaut, dass man ungefähr gemeinsam eingeteilt ist.

Z.B.: im Kreissaal oder in der Ambulanz. Wenn es Probleme gibt, gehe ich immer zum Selben und kann fragen.

F.: as hat sicher sehr viele Vorteil, sowohl für den der gerade eingeschult wird, als auch für die gesamte Organisation, weil diejenigen sehr viel rascher in den Betrieb eingeführt werden.

A.: Auf jeden Fall. Und sie sind sicherer und selbständiger.

F.: Also die fachliche „Inkompetenz“ hat Sie sehr gestresst, aber Sie hatten nicht das Gefühl während Ihrer Ausbildung alleine zu sein?

A.: Nein, es war immer jemand da mit einem offenen Ohr. Für mich war das auch im Zusammenhang in der Arbeit mit dem Patienten sehr unangenehm. Ich kann in meiner 2. Ausbildungswoche keinen Ultraschall von einer Geminischwangeren mit einem Umbilikalisdoppler machen, das kann ich einfach nicht. Dann muss ich erst jemanden finden, die Patientin muss ich vertrösten, also das ist unangenehm vor dem Patienten. Es ist ein Eingeständnis, das kann ich nicht usw.

F.: Da kann ich jetzt gleich die nächste Frage anschließen. Sie haben gesagt, das ist unangenehm für eine Ausbildungsassistentin vor dem Patienten zuzugeben, wenn Sie etwas nicht können. Wie geht es einem da als Arzt?

A.: Prinzipiell habe ich persönlich die Erfahrung gemacht, dass die Patienten gut darauf reagieren, wenn man ehrlich agiert. Wenn man ihnen etwas verheimlicht und sagt, dass kann ich eh alles, dann glaube ich, dass erkennen die Leute ganz schnell, ich glaube das ist nicht gescheit. Also ich persönlich war immer ehrlich und habe gesagt, es tut mir leid, das kann ich nicht, ich brauche noch jemanden zweiten, der sich das anschaut. Ich glaube so ist das recht gut gewesen, aber trotzdem ist das unangenehm.

Man fühlt sich nicht wohl dabei. Aber trotzdem ist es gut, wenn man das dem Patienten kommuniziert, weil man dann auf Patientenseite auf Verständnis trifft.

F.: Wenn wir jetzt weg von der Patientenseite hin zur Kollegenseite gehen. Wie würde es einem Arzt gehen, wenn man davon ausgeht, dass die Umgebung annehmen würde, das müsste man schon können, also nicht ein Ausbildungsdefizit meine ich. Wie würde man sich da fühlen?

A.: Prinzipiell glaube ich, dass die Ärzte das eher für sich mit nach Hause nehmen, ehrlich gesagt. Also so das jetzt auszusprechen, ist jetzt mein persönliches Gefühl, ist noch nicht so weit, das man jetzt zu jemanden hinget und sagt, dass ist mir jetzt passiert in dieser Situation, ich glaube noch nicht, dass es so weit ist. Wie beim Fehler, die Kultur ist noch nicht so weit, dass wir offen damit umgehen können. Das muss ich wissen, die Anforderung muss ich eigentlich erfüllen und in Wirklichkeit war es eine Fehlleistung vielleicht und ich will das lieber jetzt nicht besprechen. Lieber in mich reinfressen, als nach außen tragen, vielleicht. Und dann hofft man darauf, es privat mit dem Partner oder mit Freunden besprechen zu können, obwohl das sicher nicht gescheit ist, weil das schleppt man ja ewig mit sich. Würde man das zugeben, wäre es eine Schwäche und ein Angriffspunkt. Ich bin auf meinen Arbeitsplatz nicht sicher, die Akzeptanz bei den Kollegen wäre vielleicht fraglich. Wobei ich spreche jetzt nicht von unserer Abteilung, sondern generell.

F.: Bei uns würden Sie meinen wird mit diesem Thema schon fortschrittlicher umgegangen?

A.: Auf jeden Fall. Durch das Projekt und durch den Generationswechsel vielleicht, das hat schon viel verändert.

F.: Angenommen die Ärzte würden Rahmenbedingungen, die Stress auslösen erkennen. Meinen Sie, dass die Ärzteschaft glaubt, dass wenn sie das aufzeigen, dass der KAV etwas ändern würde?

A.: Ich weiß nicht, ich meine, es gibt ja schon das Ärztarbeitszeitgesetz, das eingehalten werden muss, das aber an vielen Abteilungen nicht eingehalten wird und es wird jetzt verfolgt mit Strafen und was weiß ich was alles, man sieht schon, dass das Ganze nicht in der richtigen Richtung läuft, aber ob das genug ist, weiß ich nicht. Ob da wirklich dann soviel an der ganzen Struktur geändert wird, jetzt im Moment schaut es einmal nicht so aus. Die Probleme sind ja bekannt und es hat sich bis jetzt noch nicht wahnsinnig viel verändert, ja. Also ich denke schon, dass das aufgezeigt wird, aber die ganze Struktur, die halt so fix ist umzuwerfen ist sichtlich ein Problem. Es traut sich anscheinend keiner drüber, oder man müsste soviel verändern, dass es viel Arbeit bedeuten würde. Könnte ich mir halt vorstellen, aber wissen tue ich es nicht.

F.: Was lernen Ärzte in ihrer Ausbildung bzw. Weiterbildung über Stress?

A.: Eigentlich nichts. Ich war in der alten Studienordnung haben wir diesbezüglich gar nichts gelernt. Wie das jetzt ist, weiß ich ehrlich gesagt nicht, aber ich kann es mir nicht vorstellen, dass das jetzt so ist.

F.: Möglicherweise könnte man schon während der Ausbildung am falschen Statusglauben der Fehlerlosigkeit schon ansetzen?

A.: Das könnte man sicher. Das wäre eine gute Basis für später, ganz einfach.

F.: Haben Sie das Gefühl, dass die Organisation KAV die Ärzte in irgendeiner Art und Weise unterstützt, damit sie mit Stress besser umgehen können?

A.: Na, es gibt schon Projekte, die halt Stressmanagement oder Burnout, das gibt es schon, das ist im Moment ein Thema, aber zu wenig.

F.: Kennen Sie jemanden, der das schon in Anspruch genommen hat?

A.: Eigentlich nicht, ich weiß nur, dass die Fortbildungen ausgeschrieben sind, aber ich kenne niemanden, der da mitgemacht hat oder besucht hat von meinen Berufskollegen jetzt.

F.: Jetzt besonders Stress als leistungsmindernder Faktor kennen Sie da Fortbildungen dazu?

A.: Na, es gibt die psychologische Servicestelle, die man in Anspruch nehmen kann, wenn man das Gefühl hat man möchte mit jemandem anonym reden, wenn man einen Fehler reden möchte. Aber sehr populär finde ich ist es auch nicht.

F.: Kennen Sie jemanden, der diese Stelle in Anspruch genommen hat?

A.: Eigentlich nicht.

F.: Wie lange arbeiten Sie täglich in ihren Beruf auf die Wochenarbeitszeit vielleicht aufgerechnet?

A.: Anwesenheit im Spital mit den Nachtdiensten, Überstunden, Artikelschreiben usw. zwischen 70 – 100 Stunden. Durchschnittlich bei 85 Stunden pro Woche.

F.: Glauben Sie, dass ein Assistenzarzt eine höhere Wochenstundenanzahl hat, als ein Facharzt?

A.: Glaube ich schon, weil wir nach den Nachtdiensten im Dienst bleiben und viele Zusatzdinge betreuen wie z.B.: irgendwelche Nachkontrollen, Studie usw.

F.: Haben Sie den Eindruck, dass ihr Gehalt, das sie vom KAV beziehen, Ihrem Arbeitseinsatz entspricht?

A.: Nein, weil ich denke das Gehalt ist für die Stundenanzahl und für die Verantwortung, die wir halt tragen müssen einfach nicht gerechtfertigt in Wirklichkeit. Wenn man sich anschaut was die Putzfrauen im Spital mit ihren Nachtdienst verdienen, genau weiß ich es nicht, aber es ist nicht schlecht so weit ich weiß. Wenn man das jetzt mit unserer Verantwortung vergleicht, dann ist das nicht gerechtfertigt.

F.: Und die Ausbildung?

A.: Ja, die langjährige Ausbildung und die Verantwortung, die wir tragen müssen, wir verantworten ja Menschenleben, dann ist es nicht gerechtfertigt.

F.: Wie ist das in andern Ländern? Verdienen die Ärzte dort mehr?

A.: Ja, in den nordischen Ländern verdienen sie mehr.

F.: In den nordischen Ländern müssen sich die Ärzte soviel ich weiß entscheiden, ob sie ein Spitalsarzt oder ein niedergelassener Arzt sein wollen. Die Doppelrolle gibt es dort nicht. Glauben Sie, dass das der Grund ist, warum bei uns viele Ärzte sich der Doppelbelastung Spital und Ordination aussetzen?

A.: Ja, der finanzielle Anspruch den man an sich selbst hat und auch die Gesellschaft vorgibt drängt einem dazu. Wenn man keine Kassenordination hat, sondern nur eine Wahlarztordination gleicht sich das finanziell gerade so aus, dass man über die Runden kommt, was ich so höre. Ich weiß es nicht, weil ich noch keine Ordination habe.

F.: Angenommen Sie müssten sich entscheiden zwischen Spitalsarzt oder niedergelassener Arzt, bei einem entsprechenden Einkommen, so wie das in den skandinavischen Ländern ist. Wofür würden Sie sich entscheiden?

A.: Ich würde mich wahrscheinlich für die Ordination entscheiden, weil ich auch Familie habe und das weniger stressig ist, man hat keine Nachtdienste, kann sich die Zeit selber einteilen und man ist flexibler was die Freizeit betrifft. Wenn ich keine Familie hätte, würde ich es mir vielleicht anders überlegen. Im Spital ist man halt immer am Ball der Zeit, ist vielleicht besser für die persönliche Karriere und Weiterentwicklung, kommt auf die eigenen Ansprüche und Zukunftsvisionen an.

F.: Andere Berufsgruppen z.B.: Piloten bewerten den Faktor, dass Stress sich leistungsminimierend auswirkt sehr viel einsichtiger, als es die Ärzte tun. Haben Sie eine Ahnung warum das so ist?

A.: Möglicherweise, ich meine genau weiß ich das nicht, weil ich nicht weiß wie das in der Ausbildung bei den Piloten so ist, aber so weit ich weiß ist das schon viel länger bei Piloten ein Thema. Fehlervermeidung und Fehlermanagement als in unserer Berufsgruppe und daher glaube ich auch das das sicherlich ein Thema ist, das offener angegangen wird. Ich glaube, dass sich die schon mehrer Jahre damit beschäftigen und dass da eine Struktur, ja dass das viel besser aufgearbeitet wird und daher die Piloten dem Ganzen anders gegenüber stehen, weil die Piloten das in ihrer Ausbildung schon von Anfang an mitlernen.

F.: Würden Sie glauben, dass es alleine die Zeit ausmacht, dass sich die Medizin damit zukünftig beschäftigt?

A.: Nein, es müsste von Anfang an in die Ausbildung mit ein beziehen werden. Es müsste Leitlinien oder ein Handbuch geben, die es mir möglich machen in der Akutsituation darauf zurück zu greifen.

F.: Wäre das für die Medizin auch denkbar?

A.: Ja, schon, auf jeden Fall. So einen Minileitfaden haben die Assistenten für die Ausbildung und den verwenden eh schon alle. Dann haben wir an der Abteilung noch ein Abteilungshandbuch, das ist schon sinnvoll und nützlich.

F.: Sie meinen es wären strukturierte Abläufe bei den häufigsten, kritischen gynäkologischen Fällen notwendig um in der Notsituation nicht immer neu überlegen zu müssen?

A.: Ja, das wäre ein Sicherheitsfaktor, auf jeden Fall.

F.: Ist dieses Thema generell noch ein Stiefkind in der Medizin, wie würden Sie das einschätzen?

A.: Ja, Leitlinien gibt es schon, aber gelebt werden sie noch nicht. Es liegt vielleicht an die Ungewöhntheit, sie in den Alltag einfließen zu lassen.

F.: Würden Sie sagen, dass Leitlinien Sie in Ihrer ärztlichen Freiheit einschränken oder sind sie eher eine Hilfestellung?

A.: Sie sind sicher eine Hilfestellung, besonders dann wenn man sie in den Alltag integrieren kann.

F.: Was müsste man tun, damit Leitlinien in den Alltag integriert werden?

A.: Z.B.: Trainings, wie beim Reanimationskurs. Man hat das Gefühl wir haben es geübt und man ist sich automatisch sicherer. Man geht schon anders in die Situation rein, wenn man es im Trockentraining schon durchgeübt hat. An der Abteilung üben wir regelmäßig den Notsectio-Ablauf, um danach zu besprechen, was haben wir gut gemacht, müssen wir das nächste Mal besser machen.

F.: Gibt es noch etwas, was Sie zu diesem Thema sagen möchten?

A.: Ja, dass die Leute sofort zum Patientenanwalt rennen macht auch viel Druck, wir können nicht mehr normal arbeiten, sondern wir müssen alles derart genau aufreihen, was wir mit dem Patienten gesprochen haben, als Beweis. Früher die Dokumentation und jetzt das ist 1000 und 1. Es geht um Absicherung, denn die Anwälte finden immer eine Lücke, wo sie rein können und dann geht es auch wieder um unsere Existenz.

F.: Das ist einer der chronischen Stressoren?

A.: Ja und das wird immer mehr und das stresst auch. Man kann den Beruf nicht mehr so ausüben wie man will, sondern muss dauernd überlegen, habe ich das genau dokumentieren, damit ich nicht vor dem Richter lande. Das gehört noch dazu, das wird immer mehr.

10.4 Interview 4

F.: Es ist wissenschaftlich erwiesen, dass sich Stress leistungsminimierend auswirkt. Der Großteil der Ärzte schließt sich allerdings dieser Meinung nicht an. Warum glauben Sie ist das so?

A.: Also ich glaube, da gibt es mehrere Punkte, ein wichtiger Punkt ist, die bis heute sehr hierarchische Anordnung der ärztlichen Strukturen wie in Militärsystemen und in beiden ist es nicht üblich, dass man Stress oder Arbeitsdruck öffentlich macht und darüber redet. Das nächste ist, das wird wahrscheinlich viele helfende Berufe betreffen, dass man auf sich selbst wenig schaut, dass man dem Patienten in diesem Fall helfen kann und schaut, dass man sein Pensum durchkriegt und seine persönlichen Bedürfnisse nicht in den Vordergrund stellt. Das sind 2 Punkte, die mir sofort dazu einfallen.

F.: Auf die militärische, hierarchische Struktur bezogen, habe ich noch eine Frage. Da haben Sie gesagt, man gibt Stress gar nicht zu in diesen Systemen.

A.: Ja, bzw. es wird Leistung gefordert, so ist es vielleicht beschickter formuliert.

F.: Wer fordert die, ist das der eigene Anspruch, den man mitbringt, wenn man sich in so einem System befindet oder hat man den Eindruck es ist der Anspruch von außen, der einem mehr oder weniger die Existenzberechtigung gibt?

A.: Na, ich glaube, das ist eine Gruppendynamik, die sich beeinflusst, sowohl von außen als auch von innen. Ich gehöre zu einer Gruppe, die eine Leistung erbringen will zum einem, natürlich habe ich auch das Gefühl es wird auch gefordert von Vorgesetzten und es wird von den Kollegen auf gleicher Ebene auch erbracht und da möchte man eben mithalten und nicht abfallen.

F.: Also ist das auch so ein Stückchen was von einer Eigendynamik, was sich da entwickelt?

A.: Ja, das kann man sicher sagen.

F.: Und wenn Sie versuchen sich an den Ursprung dieses Systems zu versetzen, ich das ist schwierig, aber um dieser Dynamik irgendwann entgegen wirken zu können, muss man sich einmal überlegen, warum ist das so? Warum glauben Sie ist das bei den Ärzten so, dass man das Gefühl hat nur wenn man über seine eigenen Grenzen hinweg arbeitet, ist man in diesem System gewünscht, anerkannt usw.?

A.: Ja, ich glaube das ist noch, was da dazu kommt, es gibt ja die Redewendung „Götter in weiß“, das impliziert auch schon, eigentlich, dass man eine mehr als normale Leistung erbringen kann, plus die Hierarchien die es gibt, also Chefs, die fordern, dass man die Arbeit erfüllt, ich glaube, dass ist das was da zusammen wirkt. Ich glaube, wenn man anfangen würde diese Hierarchien abzubauen und flache Hierarchien aufzubauen, dann kann man eher zugeben unter Leistungsdruck zu stehen.

F.: Also durch flache Hierarchien würde das begünstigt werden?

A.: Wahrscheinlich, ich denke schon.

F.: Wenn man sich das Ganze jetzt im internationalen Vergleich anschaut, also die Tatsache, dass Stress leistungsminimierend wirkt, dann sieht man im angloamerikanischen Raum, dass das medizinische Personal dort, sehr viel einsichtiger ist bei der Tatsache, im Vergleich zu uns jetzt. Haben Sie da eine Erklärung dafür?

A.: Also da müsste ich darüber ein bisschen spekulieren. Einen Punkt, glaube ich zu wissen, nämlich, dass es im angloamerikanischen Raum eben schon flacher organisiert ist der medizinische Betrieb, beziehungsweise, was man immer wieder hört auch, dass durch das englische „you“ die Hierarchie von vornherein nicht so aufgebaut wird, wie hier im deutschsprachigen Raum. In Österreich sind Titel sowieso noch wichtiger, als in Deutschland, also das könnte ich mir vorstellen, dass das ein Grund ist. Ansonsten ist es wahrscheinlich so, dass die Stressforschung in den USA älter und ausgeprägter ist als hier bei uns in Mitteleuropa, was ich weiß, vielleicht hat es auch etwas damit zu tun, dass die Psychotherapie in den USA sehr verbreitet ist, dass man dort mehr bereit ist sich zu analysieren also bei bis dato.

F.: Also ist das eher auch eine kulturelle Frage?

A.: Ja.

F.: Schauen wir uns die Stressoren ein bisschen näher an. Da unterscheidet man zwischen chronischen und akuten Stressoren. Zu Beginn möchte ich mit den chronischen Stressoren anfangen. Dazu gehören lange Arbeitszeiten, Schlafmangel, hohe Bürokratie z.B.:, das ist nur exemplarisch aufgezählt, es gibt noch sehr viele andere. Unter welchen chronischen Stressoren leiden Ärzte?

A.: Also lange Arbeitszeiten kann man sicher bestätigen, das wissen sie eh, wie das bei uns ist. Chronischer Schlafmangel gehört sicher auch dazu, wenn ich von unserer Abteilung spreche, dann kann man das sicher auch bestätigen. Durch die Nachtdienste, das ist eine Frage, wie viele Nachtdienste man leistet, also bei 6 – 8 Nachtdiensten pro Monat, ist die Schlafzeit doch deutlich verkürzt. Die hohe Bürokratie, ist wahrscheinlich was, das ganz besonders mitspielt, wenn man mit Ärzten spricht, die schon längere Berufserfahrung haben, die können das ganz genau beschreiben, wie der Bürokratieaufwand von 10 % auf 30%, auf 50% anwächst zumindest gefühlsmäßig. Wenn sich etwas so verschiebt, hin von einer Arbeit, die man gerne gemacht hat, also die Arbeit am Patienten hin zu einer Papierarbeit.

F.: Also alle 3 aufgezählten chronischen Stressoren würden Sie sagen, dass für Ärzte zutreffen? Ich hatte jetzt den Eindruck, dass die der hohen Bürokratie besonders Gewicht beigemessen haben. Einerseits vielleicht deshalb, weil man mit langen Arbeitszeiten und chronischen Schlafmangel rechnet schon bei Studienantritt und mit dem hohen bürokratischen Aufwand vielleicht nicht mitunter.

A.: Ja, das stimmt sehr wohl. Bzw. der Schlafmangel und die langen Arbeitszeiten gehören zur eigentlichen ärztlichen Tätigkeit, während die Verwaltungs- bzw. Bürokratiearbeit eigentlich nicht so in Berufsbild des Arztes passen.

F.: Sie haben auch erwähnt, dass sich das in den letzten Jahren so deutlich erhöht hat. Woran liegt das glauben Sie?

A.: Das ist sicherlich, der Hauptfaktor ist sicherlich die zunehmende Patientensicherheit, die Dokumentationspflicht, die also aufgezeichnet werden müssen, die Decurspflicht, also das ist sicherlich der Hauptpunkt.

F.: Die Patientensicherheit, das wäre ja etwas glaube ich, wo sich jeder anschließen würde, dass das notwendig ist. Ist es nicht vielmehr manchmal so, dass man den Eindruck hat, dass es eine unnötige Bürokratie ist, die einen besonders stresst. Ich kann mir vorstellen, bürokratische Aufgaben, die einen sinnvollen Auftrag haben, die versteht man und macht man noch eher. Als eine, die einem unsinnig vorkommt.

A.: Das ist schon richtig was Sie sagen. Ich meine im Punkt der Patientensicherheit ist es oftmals so, dass der Arzt das Gefühl hat, dass es keine Alternative gibt zu dem Vorgeschlagenem Behandlungsschema und trotzdem muss man es deutlich ausführlicher erklären und dokumentieren als das früher der Fall war. Insofern glaube ich, dass es manchmal auch, wenn es in Richtung Patientensicherheit geht von ärztlicher Seite manchmal als unnötig empfunden wird, auch weil man als Arzt ja weiß, dass der Gesprächspartner, der Patient ein medizinischen Laie ist und das was ich ihm sage oder vorlege, um sein Einverständnis einzuholen, dass er das im Prinzip ja nicht beurteilen kann, sondern nur gefühlsmäßig entscheiden kann aus dem Bauch heraus. Dann gibt es aber noch viele Dinge, die tatsächlich unnötig sind, wo man sich denkt, das können andere Leute auch erledigen, die keine medizinische Ausbildung haben. Anforderungen an die Radiologie z.B.: das könnte man sofort auslagern.

F.: Gut, wenn wir uns jetzt die akuten Stressoren anschauen, wo z.B.: fachliche Überforderung dazu zählt, also da gehen wir jetzt von einem Akutfall aus, der einem vielleicht das erste Mal passiert, Zeitdruck oder unklare Kompetenzen dazugehören und wie gesagt noch sehr viele mehr. Würde Sie sagen, dass Ärzte diesen Stressoren auch ausgesetzt sind und wenn ja, dann in welchen Form?

A.: Ja, da sind sie sicherlich wieder allen dreien ausgesetzt. Die fachliche Überforderung ist sicherlich eine Frage der Berufserfahrung, die kommt hoffentlich dann seltener vor als am Anfang, der Zeitdruck ist sicher etwas mit dem man umgehen lernen muss, wobei der Zeitdruck auch sich nicht unbedingt negativ auswirken muss, wenn man einen gewissen Arbeitsrhythmus einhalten kann, kann man z.B.: auch in der Ambulanz unter hohem Zeitdruck auch sehr gute Arbeit abliefern, aber da ist es eben wichtig, dass der Arbeitsrhythmus fließt und nicht unterbrochen wird. Der Zeitdruck wird dann negativ stressig, wenn ich aus meiner Arbeit herausgerissen werde, Unterbrechungen irgendwelcher Art. Und zum dritten Punkt die unklaren Kompetenzen, das ist eine Organisationsfrage, die man auch in kleinen Organisationseinheiten gut regeln kann und wenn das nicht der Fall ist, dann kann das unglaublich stressig sein, weil man oft Tag für Tag um die gleichen Dinge verhandeln muss und das ist etwas was sich sehr frustrierend auswirkt.

F.: Wie ist das aber jetzt und das gilt jetzt glaube ich allgemein für Ärzte, egal als Ausbildungsassistent oder Facharzt, wie ist das jetzt mit Situation, die einen Akutfall darstellen, der mit dem Fach der Gynäkologie gar nichts zu tun hat? Oder das habe ich aus einem anderen

Interview mitgenommen. Es gibt Erhebungen, dass Ärzte, wenn sie in einem Theater sitzen oder im Flugzeug und es passiert irgendetwas und ein Arzt wird über den Lautsprecher ausgerufen, dann meldet sich dort außer einem Anästhesisten vielleicht kein Arzt gerne, weil sie außerhalb ihrer fachlichen Spezialisierung tätig werden müssen, alle schauen auf einem, extrem hoher Erwartungsdruck lastet auf einem. Da glaube ich tritt für jeden fachliche Überforderung auf.

A.: Also außerhalb des Krankenhauses ist ein gutes Beispiel, also im privatem Bereich ich glaube im Spital selbst mit zunehmender Berufserfahrung ist man fast allen oder allen Situationen schon einmal begegnet und wenn ich es nicht selbst kann, dann weiß ich, was habe ich hier im Wilhelminenspital zu tun, damit die Situation bestmöglich gelöst werden kann. Zum anderen ist es ja auch kein Geheimnis, das Ärzte im Laufe ihres Berufslebens abstumpfen. Wenn ein Patient z.B.: verstirbt, dann ist es eben ein Patient und kein naher Angehöriger.

F.: Der Zeitdruck, den Sie genannt haben, dann ist der Zeitdruck, der in der Ambulanz tagein tagaus sage ich einmal besteht, weil die Ärztedienstzeiten eben von 8:00 bis 13:00 sind und relativ viel Arbeit in ein kleines Stundenkontingent hineingepackt wird. Der Zeitdruck bei den akuten Stressoren ist aber eher so gedacht, wie ich muss in kurzer Zeit Entscheidungen treffen, es ist ja ein sehr komplexer Zustand so ein medizinischer Notfall, also ich glaube diesem Zeitdruck ist jeder, der in einem akuten Bereich tätig ist doch ausgesetzt. Wenn man sich jetzt diesen Zeitdruck und die fachliche Überforderung hernimmt, haben Sie eine Idee, was man tun könnte im medizinischen Bereich um diese beiden Faktoren so klein wie möglich zu halten? Also was könnte man z.B.;; jetzt in Zeiten der Ruhe tun, um dann akute Stressoren wie fachliche Überforderung und Zeitdruck entgegen zu wirken?

A.: Also ich glaube für beides ist wichtig, dass man ein regelmäßiges Training macht. Klassisches Beispiel die Reanimation, viele Entscheidungen in kurzer Zeit treffen, also für einen unerfahrenen Arzt die erste Reanimation ist deutlich stressiger, als wenn ich regelmäßig meine Kurse gemacht habe, dann läuft die Behandlung nach einem Schema ab. Dann kann man viele Entscheidungen schematisch oder automatisch treffen. Ob sie letztendlich Erfolg haben oder nicht ist wieder was anderes. Aber ich glaube, gestresst bin ich dann, wenn ich unter Zeitdruck stehe und nicht weiß, was soll ich tun. Da bleibt einem nichts anderes übrig, als dass ich diese Situationen trainiere und mir Automatismen anlerne. Und in allen anderen Fällen ist es wichtig zu wissen, wen kann ich kontaktieren, der die Situation dann übernehmen kann.

F.: Sie persönlich, was stresst Sie, was löst bei Ihnen Stress aus?

A.: Ja der Zeitdruck löst bei mir Stress aus. Nicht der Zeitdruck alleine, sondern weil er insofern unzufrieden macht, dass ,man mit den Patienten nicht die Zeit entgegenbringen kann, die nötig wäre oder die man gerne aufbringen würde um ein gutes Gespräch zu führen, weil man weiß man hat nur kurze Zeit zur Verfügung und das führt dann dazu, dass der Arbeitsinhalt einen nicht ganz befriedigt. Die langen Arbeitszeiten und der Schlafmangel sind das andere. Da ist es wichtig, dass man regelmäßig Erholungsphasen hat, das ist sicher schwierig. Bürokratie ist bei mir noch eher weniger ausschlaggebend.

F.: Sie meinen also, dass durch den Zeitdruck sich die Qualität in der Arbeit am Patienten ändert. Die Behandlung und die Betreuung der Patienten laufen zu oberflächlich ab. Woran liegt das?

A.: Ja einmal natürlich die vorgegebenen Zeitpläne der Abteilung, die Morgenbesprechung, die Mittagsbesprechung, die ein bisschen in Diskrepanz zu der Patientenzahl steht, die unsere Abteilung jeden Tag aufsucht. Nach der Mittagsübergabe kann man natürlich weiterarbeiten, wobei zu sagen ist, als Assistent braucht man ja jemanden, der mit einem mitarbeitet und dann sind da auch die privaten Pläne, die einen zeitlich limitieren.

F.: Meinen Sie dass den Besprechungen im Vergleich zum sonstigen Arbeitsaufwand täglich zuviel Zeit beigemessen wird?

A.: Nein, aber frühester Beginn in der Ambulanz ist 8:00 Uhr, Mittagsübergabe ist um 12:30, das heißt 4,5 Stunden und man kann sich relativ leicht ausrechnen, dass dort pro Patientin relativ wenige Minuten zur Verfügung stehen. Von Arbeitspausen wollen wir nicht sprechen, die sind nicht vorgesehen.

F.: Das heißt die generelle Arbeitszeit der Ärzte von 8:00 bis 13:00 ist ein relativ knapp bemessener Zeitraum ist?

A.: Das ist sicher so, wobei man sagen muss, wenn das ausgedehnt wird, dann hätte ja auch die Ambulanz länger offen und man hätte mehr Patienten und man hätte das gleiche Problem.

F.: Wie reagieren jetzt Ärzte auf Stress?

A.: Unterschiedlich wahrscheinlich. Viele bringen sich um, was man so hört. Die anderen fangen an zu trinken. Frauen gehen vielleicht mehr shopen. Manche nutzen wahrscheinlich Supervisionsangebote, es gibt ja die Möglichkeit zur Burnout Prophylaxe. Und es gibt wahrscheinlich viele vom KAV, die ich jetzt im Einzelnen nicht kenne.

F.: Kennen Sie jemanden aus der ärztlichen Berufsgruppe, der die Angebote schon in Anspruch genommen hat?

A.: Ja.

F.: Ist das häufig, kommt das selten vor?

A.: Das weiß ich nicht, weil man das nicht so häufig bespricht. Aber ich glaube nicht, dass das sehr häufig ist.

F.: Was glauben Sie wie Ärzte sonst mit dem Punkt Stress umgehen?

A.: Ja, wenn man das nicht bearbeitet in irgendeiner Form, dann wird es eben beiseite geschoben. Vielleicht bearbeitet man es auch in einem professionellen Setting oder man nimmt es eben hin und schaut, dass man sich in der wenigen Freizeit erholt.

F.: Wenn jetzt jemand über eine Situation, die ihn gestresst hat sprechen würde, zu Hause oder auch mit Kollegen, wie fühlt man sich da als Arzt, wenn man von einer Situation berichtet, die einem stresst hat z.B.: aufgrund fachlicher Überforderung?

A.: Das ist stark persönlichkeitsabhängig, ob man über seine Gefühle überhaupt gut sprechen kann oder nicht, wie das Team ist und ob ich mit dem Team darüber sprechen will und oftmals geht es ja darum, dass bei einer fachlichen Überforderung ein Fehler passiert ist und

wem man den Fehler dann anlastet, ob es eigenes Verschulden ist oder ob die fachliche Überforderung zustande gekommen ist, weil vielleicht der Oberarzt nicht gekommen ist. Es spielt eine große Rolle, ob man die Stresssituation als persönliches Versagen interpretiert oder ob es an jemand anderen gelegen ist.

F.: Ist das etwas, wo Sie meinen, dass man sich leicht tut, darüber zu sprechen oder ist das eher was mit dem man sich schwerer tut?
Wie fühlt sich ein Arzt dabei?

A.: Das ist eine Frage mit wem spreche ich darüber, ist es eine vertraute Person, die mir empathisch zuhört, wo ich mein Herz ausschütten kann, das ist einfach ein anderes Gefühl als wenn das Gespräch vor einer Disziplinarkommission stattfindet. Ist es eine Kollegenschaft, die sich in Schuldzuweisung übt oder ist es ein Gespräch wo es eine Unterstützung gibt. Z.B.: bei uns in der Mittagsbesprechung, wenn man da von einer stressigen Situation berichtet, dann passiert das freiwillig, weil man da das Gefühl hat man wird von den anderen in seiner Überforderung akzeptiert. Wenn ich irgendwo eine negative Erfahrung im Zusammenhang mit so einem Gespräch mache, führe ich kein zweites solches Gespräch.

F.: Haben Sie den Eindruck, dass Ärzte, die hindernde Rahmenbedingungen erkennen, die ständig Stress aufkommen lassen, das an die Organisation KAV weitermelden würde, haben die Ärzte den Eindruck, dass der KAV etwas ändern würde an diesen Bedingungen?

A.: Ändern mag sein, die Frage ist, ob die Änderungen marginal sind oder sich bemerkbar machen. Ich glaube, dass es in der übergeordneten Struktur Dinge gibt, die mehr wiegen als das persönliche Befinden der Ärzteschaft. Das heißt, dass es sicherlich Beauftragte gibt, die das entgegen nehmen, welche Möglichkeiten es konkret gibt für die übergeordneten Strukturen um bessere Bedingungen zu schaffen, das glaube ich kann man bezweifeln.

F.: Sie sagen es gibt da richtige Leute an die man das heranbringen könnte um bessere Bedingungen zu schaffen, wer wäre das?

A.: Es gibt z.B.: Gleichberechtigungsbeauftragte z.B., es gibt eine Mobbingbeauftragte, es gibt Arbeitsmediziner an die man sich wenden könnte, zu denen gehört der Stress ja auch irgendwie.

F.: Dem würden Sie es erzählen und sein Auftrag wäre es das weiterzugeben?

A.: Ja, man kann auch den Mittelbauvertreter sprechen, da gibt es genug Leute an die man sich wenden kann. Je nachdem auf welcher Ebene man das ansiedeln möchte. Aber ich glaube, um was massiv zu verändern an der konkreten Belastung der Ärzte z.B.: langen Arbeitszeiten, Bürokratie usw. da werden viele daran zweifeln, dass da etwas zu verändern ist.

F.: Wissen Sie was Ärzte in ihrer Ausbildung über Stress als leistungsminimierender Faktor lernen?

A.: Nein, weiß ich nicht. Also es wurde über Stress gesprochen in der Sozialmedizin und der Psychiatrie glaube ich, aber eher beleuchtet aus der Sicht der Patienten, als aus der eigenen Sicht.

F.: Für die zukünftigen Ärzte wird zum Thema Stress während der Ausbildung nichts mitgegeben?

A.: Nein, wenn man das im Zusammenhang sieht mit Supervision oder Selbstreflexion, gibt es da nichts, zumindest nicht während meiner Zeit.

F.: Gibt es etwas in der Weiterbildung mit Fokus Stress als leistungsminimierender Faktor?

A.: Konkret weiß ich nichts. Aber ich denke schon, dass es zu diesem Thema im Weiterbildungsbereich einiges gibt.

F.: Tut die Organisation, der KAV etwas um den Stress der Ärzte so gering wie möglich zu halten, beziehungsweise um sie dabei zu unterstützen?

A.: Nein, da fällt mir nichts ein.

F.: Wie lange arbeiten Sie täglich, wenn sie es auf die Wochenarbeitszeit umlegen, inklusive der Zeiten, die Sie außerhalb des Spitals für den Job arbeiten?

A.: In der Woche wird es sein ca 65 Stunden.

F.: Finden Sie, dass ihr Gehalt, das sie vom KAV beziehen ihrem Einsatz entspricht?

A.: Wenn man es rein auf die Stunden bezieht und nicht fragt, wann diese Stunden geleistet werden und die Tatsache berücksichtigt, dass ich in Ausbildung bin, ja.

F.: Ärzte schneiden im Vergleich zu Piloten bei der Frage dass Stress leistungsminimieren wirkt viel schlechter ab. Wie erklären Sie sich die unterschiedlichen Aussagen zwischen den beiden Berufsgruppen? Haben Sie eine Ahnung warum da Piloten sehr viel einsichtiger sind?

A.: Ich glaube das ist der Leistungsgedanke der Ärzte, weil es um die Betreuung von Kranken geht, beim Piloten geht es nur um den Transport von Passagieren. Der Arzt betreut jeweils nur eine Person hintereinander, während der Pilot viele Personen transportiert. Der Pilot kann sagen diese 300 Passagiere, die auf einmal abstürzen, das ist sehr viel schlimmer, als wenn z.B.: bei dem einem, den ein Arzt operiert, der krank ist und der dringend operiert werden muss, etwas passiert, während die 300 Passagieren genauso gut am Nachmittag fliegen können.

Ja es ist eine Frage letztendlich der Tätigkeit, was macht der Pilot, was macht der Arzt, es ist eine Frage des Selbstbildes und des Fremdbildes das sich bei der Betreuung der Kranken und der Betreuung von Passagieren sich unterscheidet.

F.: Heißt das von einem Arzt erwartet man sich, dass er den Stress eingeht und bei einem Piloten ärgert man sich zwar, aber versteht es irgendwie?

A.: Ja, bei einem Piloten erwartet man vielleicht eher, dass er ausgeschlafen ist, als vom Arzt, weil das zum Berufsbild des Arztes dazugehört. 2. Punkt, ist natürlich, dass im Flugverkehr der Sicherheitsgedanke schon länger da ist und daher mehr befolgt wird, als das im medizinischen Bereich üblich ist. Ich glaube, dass im medizinischen Bereich gibt es auch einiges an Sicherheitssystemen, aber im Vordergrund steht hier der Kostenfaktor, weil das Gesundheitswesen von der Öffentlichkeit finanziert werden.

F.: Bei den Piloten ist die Sicherheit ein höheres Ziel als der Kostenfaktor?

So ich mir das vorstelle ja. Das Image von einem Flugzeugabsturz ist deutlich schlechter, oder deutlich mehr wahrgenommen, als wenn ein Kranker X einmal eine Komplikation erleidet. Die Außenwirkung ist nicht so dramatisch.

10.5 Interview 5

Wir haben ein berufliches Naheverhältnis und daher läuft dieses Interview in der DU-Form ab.

F.: Du weißt aufgrund unserer Befragung, die wir im Laufe unseres Projektes gemacht haben, dass sich Stress leistungsminimierend auswirkt, das ist auch wissenschaftlich bewiesen. Trotzdem hat die Befragung ergeben, dass sich ein Großteil der Pflege dieser Meinung nicht anschließt. Warum ist das deiner Meinung nach so?

A.: Ich glaube, dass das an unserer Ausbildung, schon jahrelang zurückliegt. Dass das Gefühl vermittelt wurde, dass man viel arbeiten muss um gut zu sein und in kurzer Zeit viel zu machen und viel zu lernen und ich glaube, dass das da schon die Wurzeln hat. Früher war der Drill so, dass du eigentlich gar nicht sitzen hättest dürfen, sondern nur arbeiten und wenn wer hereingekommen ist, springt man auf, weil das ist ein schlechtes Zeichen, dass du da herumsitzt, nur arbeiten und roboter machen. Wir nehmen daher den Stress auch gar nicht so wahr und auch nicht wahrnehmen, dass das für uns auch gar nicht so gut ist. Daher nehmen wir es vielleicht auch gar nicht als negativ an, auch wenn wir sagen heute habe ich viel zu tun.

F.: Heißt das ist eine Grundvoraussetzung, um eine gute Pflegeperson zu sein, muss ich fleißig und ständig arbeiten?

A.: Ja, deshalb ist uns das gar nicht bewusst, dass wir unter Stress stehen, weil wir immer was tun müssen und das am besten schnell, damit die nächste Arbeit wieder Platz hat.

F.: Im internationalen Vergleich haben wir z.B.: im angloamerikanischen Raum gesehen, dass wir extrem schlecht abschneiden im Punkt Einsicht von Stressauswirkung. Haben Sie eine Idee warum das im angloamerikanischen Raum besser angenommen wird, als wir das tun?

A.: Vielleicht ist die Information oder der Grundgedanke dort anders bzw. die Ausbildung ist dort anders, die haben einen ganz anderen Status die Pflegepersonen da drüben und vielleicht sind die besser geschult, aber sonst weiß ich nicht wie die das dort drüben machen. Es kann schon sein, dass die darauf aufmerksam gemacht werden in ihrer Ausbildung. Was vielleicht auch noch dazu kommt, aber wissen tue ich es nicht, indem sie einen anderen Status haben manche Arbeiten gar nicht dazu nehmen müssen, sondern nur rein auf die Pflege konzentrieren können, vielleicht fällt dann viel weg.

F.: Glaubst du dass diese Tätigkeiten, die die Pflege durchführt, die primär nicht in unseren Kompetenzbereich fällt, dass das die Tätigkeiten sind, die die Pflege stressen?

A.: Glaube ich schon auch, weil du musst dich nicht nur auf eine Sache konzentrieren, sondern auch auf vieles nebenbei, es sind vielleicht nicht besonders anstrengende oder geistig hohe Tätigkeiten aber du musst daran denken, dass sie erledigt werden. Das macht den Geist für die Grundarbeiten nicht frei, die deinem Berufsbild entsprechen.

F.: Es gibt chronische Stressoren, dazu zählen lange Arbeitszeiten, chronischer Schlafmangel und hohe Bürokratie usw. nur Beispiele sind das. Kannst du dir vorstellen unter welchen chronischen Stressoren die Pflege leidet?

A.: Chronischer Schlafmangel, auch durch die Nachtdienste haben die Mitarbeiter ein Schlafdefizit und es ist dadurch ein Problem, sei es dass sie nicht einschlafen können oder dass der Rhythmus überhaupt geändert ist, dass sie am Abend zwar müde sind aber nicht schlafen können, spät schlafen gehen und dann spät aufstehen, das ist sicher komplett verschoben. Die hohe Bürokratie, das ist soundso vorhanden, alles und jedes niederschreiben und nichts vergessen, das verursacht auch Stress insgesamt. Dauernd hat man im Kopf, ich darf nicht vergessen das aufzuschreiben. Man muss dauernd daran denken, ist aber vielleicht gerade in einem Zimmer beim Patienten und muss es dauernd im Kopf haben. Wir können im Kopf nicht so frei sein, weil wir uns nicht auf eine Tätigkeit konzentrieren können. Die vielen Informationen zu ordnen macht Stress, jeden Tag.

F.: Spielt da der Zeitdruck eine Rolle?

A.: Ja, weil man im Tourendienst darauf achtet, dass alles erledigt oder aufgeschrieben ist, weil man vielleicht die nächsten Tage nicht da ist. Die Ärztedienstzeit ist in diesem Zusammenhang auch ein Problem. Mit einem Stationsarzt ist es leichter, aber wenn man jeden Tag einen anderen Arzt auf der Station hat, ist es mühsam, wenn alle Informationen ständig wiederholt werden müssen. Man müsste alles auswendig wissen, damit man es richtig übergeben kann.

F.: Was die Station unbedingt braucht ist eine medizinische Kontinuität in Form einer Person, die den Stationsablauf und den Krankheitsverlauf der Patienten über mehrere Tage hinweg kontinuierlich sieht und nicht nur bei der Pflege die Verantwortung hängen bleibt und eine optimale Patientenversorgung zu gewährleisten. Meinst du das?

A.: Ja, das merke ich dieses Monat, wo wir den Stationsarzt haben, es ist ganz einfach einfacher, weil man erinnert sich zu zweit viel leichter an die Sachen, die einen Tag vorher war, es geht alles Hand in Hand. Der Kopf bleibt freier, für die Nebenbei-Sachen, die man sonst nicht aufnehmen kann.

F.: Gibt es deiner Meinung nach auch akute Stressoren für die Pflege, dazu gehören z.B.: fachliche Überforderung, Zeitdruck akut oder auch unklare Kompetenzen?

A.: Ist die Pflege sicher ausgesetzt. Es kann ja ein anderes Krankheitsbild auftauchen, das nicht in unserer Routine drinnen ist, wenn da ein Problem auftritt hat man nicht so die Routine wie auf der Fachabteilung. Da hat man schon im ersten Moment das Problem, mache ich jetzt das Richtige, da muss man im Moment an früher denken, was habe ich in meiner Ausbildung gelernt, da kann es natürlich schon zu einer fachlichen Überforderung kommen. Oder auch spezielle Untersuchungen, die bei uns so gut wie nie vorkommen, da ist man vielleicht auch fachlich überfordert. Aber diese Stressoren lösen meiner Meinung nach nicht diesem Stress aus wie bei den chronischen Stressoren.

F.: Hast du da eine Idee, wie man diesen akuten Stressoren begegnen könnte?

A.: Na, ja, so wie wir unser VOM haben, da hat man die Möglichkeit zum Hineinschaun, es ist ein Nachschlagewerk, wenn es das für das ganze Haus geben würde, wäre das natürlich toll, wo ich unter alphabetischer Reihenfolge nachschauen kann. Leitlinien wären überhaupt toll, wenn man die auf Knopfdruck zum Nachschauen hätte, wenn die EDV funktioniert. Heute z.B.: komme ich in den Dienst und es funktioniert gar nichts EDV-mäßig. Das macht Stress.

F.: Warum macht dir das Stress?

A.: Ja, weil um 7:00 die Medikamente vidiert werden sollten und um 7:00 auch die Dienstübergabe beginnt usw. Wenn man dann in den Dienst kommt und es funktioniert nicht, die fehlenden Arbeitsmittel lösen Stress aus. Früher hätte mich das vielleicht noch mehr irritiert, aber mit der Zeit ärgere ich mich zwar aber ich suche halt nach einer Lösung.

F.: Was löst bei dir persönlich Stress aus?

A.: Mehrere ärztliche Ansprechpartner, wenn ich meine Sachen in meinem Kopf nicht unterbringe, ich sie aber loswerden will, weil sie wichtig sind. Wenn viel zutun ist, löst das gar nicht so den Stress aus. Es ist eher das geistige, was mich stresst.

F.: Was macht den Druck, was wäre, wenn du eine von den vielen Informationen vergisst?

A.: Das wäre für mich selber schlimm, vielleicht für die anderen gar nicht so, aber ich selber mach mir den Druck, vielleicht auch weil wir geschult sind, dass man alles immer richtig machen muss. Ist vielleicht eh dumm, weil man kann sich ja nicht alles merken. Aber trotzdem, das mache ich mir selber, sicher unnötigen Stress.

F.: Du meinst das ist das Selbstbild, aber auch das Fremdbild, weil es in der Schule so vermittelt wird?

A.: Ja, so könnte man es sagen. Da herunter, manches mal sind da Sachen, die man unterbringen will und dann ist nicht die nötige Zeit, dann gehe ich hinauf und vergesse es irgendwie und es kommt mir erst später wieder in den Sinn, dass ich das sagen wollte. Das ist mir persönlich dann unangenehm, dass ich es nicht abgearbeitet habe und damit streichen kann. Die Arbeiten, die nicht unmittelbar zum Berufsbild der Pflege gehören, wie zum Beispiel die Instandhaltung der Station könnte man ablegen, das wäre ein Gewinn. Nur damit das alles in Ordnung ist macht man sich den Stress.

F.: Was hast du für einen Eindruck, wie sich eine Pflegeperson fühlt, wenn sie mit jemanden über eine Situation spricht, die sie gestresst hat, fachliche Verunsicherung z.B.:?

A.: Ich glaube, wenn sie jemanden findet, der ihr die Sache erklären kann, dann ist das gut, weil es dann abgearbeitet ist, wenn sie aber niemanden findet oder wenn sie, das kommt auf jeden Einzelnen an, die einen trauen sich nicht fragen oder kommen sich schlecht vor, aber ich weiß nicht ob man das so sagen kann, kommt wahrscheinlich auf die Situation an, wenn derjenige zugeben kann, dass er Stress hat, dann fühlt er sich wahrscheinlich erleichtert, wenn er das jemanden erzählt.

F.: Aus deiner Beobachtung heraus. Kann Pflege eher gut oder eher schlecht so eine Situation zugeben?

A.: Eher schlecht zugeben. Weil man eben alles wissen sollte, das wird einem ja so gelernt. Ich kann mich erinnern, wie ich auf der Kinderinfektion gearbeitet habe, die Ärzte haben nicht gewusst welche Medikamente sie aufschreiben sollen, wir mussten wissen, welche Medikamente wir in Verwendung haben, es wird uns schon auferlegt, du musst alles wissen im Sinne des Patienten. Du bist rund um die Uhr da für den Patienten, du musst alles wissen. Ich glaube, dass uns das belastet.

F.: Aber die Pflege nimmt diese Verantwortung aber auch. Warum?

A.: Man ist dadurch vielleicht aufgewertet. Ich kann jetzt nur vom mir sprechen, bei mir ist es immer schon so gewesen, je mehr ich gewusst habe, umso besser habe ich mich gefühlt. Wissen ist immer was Tolles, wenn du dich auskennst was zu tun ist, wenn man immer Antworten geben kann. Für mich persönlich wäre es schlecht, wenn ich da stehe und sage, ich weiß das nicht. Also ich fühle mich besser, wenn ich eine Antwort geben kann. Vielleicht geht es den anderen genauso.

F.: Würdest du dich auch schlecht fühlen, wenn du in einer Situation wärst, die dich fachlich überfordert?

A.: Ja, das mag ich gar nicht.

F.: Wie reagiert die Pflege im Stress generell?

A.: Hektisch, unruhig manche fangen viel zum Reden an. Sicher nicht mehr überlegt, ist aber auch situationsabhängig. Ich habe oft das Gefühl, wenn bei einem Akutgeschehnis es einem Patienten schlecht geht, dass wir bereits so trainiert sind, dass wir ruhig werden. Z.B.: unlängst bekamen wir eine akute Tubaria, wir von der Pflege haben hand in hand gearbeitet, darauf sind wir schon trainiert. Wenn es um eher belanglose Sache geht, dann habe ich eher das Gefühl, dass wir unruhig werden.

F.: Belanglos heißt jetzt – organisatorisch, etwas was man glaubt besser lösen zu können?

A.: Ja, da beginnt dann auch das meckern, wieso wir und warum muss ich mir das aufhalsen, andere bringen mich in Stress.

F.: Die Pflege macht es auch, sie nimmt sich die Arbeit, die übrig ist?

A.: Ja, im Endeffekt ist es so, dass sie sonst niemand macht.

F.: Was meinst du, hat die Pflege den Eindruck, dass wenn sie behindernde Rahmenbedingungen aufzeigen würden, dass sich etwas ändern würde?

A.: Also, die von außen die Rahmenbedingungen, glaube ich eher nicht, dass man die ändern kann. Herinnen innerhalb der Abteilung geht es leichter. Es macht ein gutes Gefühl, wenn man dazu etwas sagen kann.

F.: Rahmenbedingungen, die vom KAV vorgegeben sind, können die durch Aufzeigen durch die Pflege geändert werden?

A.: Nein.

F.: Was weißt du, lernt die Pflege in ihrer Ausbildung bzw. Weiterbildung über Stress als leistungsminimierender Faktor?

A.: Ich wüsste nichts, dass in der Ausbildung davon gelehrt wird. In der Weiterbildung gibt es schon was, aber das verursacht auch wieder Stress, weil dafür brauchst du dann auch wieder Zeit dafür. Es gibt einiges, das habe ich schon gesehen, aber ich habe es noch nicht angeklickt.

F.: Woran liegt das?

A.: Es ist schon alleine die Anmeldung, man möchte das erledigen, aber dann kommen tausend Dinge dazwischen und es vergeht ein Tag nach dem anderen und dann vergisst man. Wenn unser geplantes Stressprojekt an der Abteilung gewesen wäre, wäre das am tollsten gewesen.

F.: Was angeboten wird, was ist das?

A.: Stress und Burnout in einem, aber Stress als leistungsminimierenden Faktor habe ich in dem Sinn noch nicht gesehen.

Dazu muss man sagen für das Interview, die Abteilung hatte aufgrund der Befragung ein Stressprojekt vorgehabt, das sich besonders mit dem Thema Stress und Leistungsminimierung auseinandersetzen wollte, wir haben das Projekt geplant aber es ist leider nicht finanziert worden.

F.: Hast du einen Eindruck davon, wie die Organisation KAV die Pflege dabei unterstützt mit Stress gut umgehen zu können?

A.: Ich habe nicht den Eindruck, dass er die Pflege unterstützt.

F.: Das was er tut, ist das unterstützend?

A.: Eigentlich nur Stress produzierend. Die Anordnungen die kommen, die Informationsflut, die man schon gar nicht mehr aufnehmen kann. Unterstützend ist das sicher nicht, eher belastend. Zusatzarbeiten mit Termindruck, alles neben der Arbeit. Es ist oft so, dass man das Gefühl hat man hat einen Berg Arbeit, den man dann teilweise abgearbeitet hat, das ist dann ein befreiendes Gefühl, das erlebe ich schon oft. Dann kommt man wieder in den Dienst und schon ist der Berg wieder da, durch neue mails, die man lesen und durcharbeiten muss.

F.: Das sind Arbeiten, die nicht ursprünglich etwas mit deiner Tätigkeit zu tun haben?

A.: Ja, sicher nicht alle. Die Informationen müssten selektiert werden, das wäre eine Erleichterung. Der KAV ist halt so groß und daher streuen sie alle Informationen breitflächig, was aber zur Belastung führt, wenn es einen nicht betrifft. Das macht dann die Fülle aus.

F.: Was würdest du sagen wie lange du durchschnittlich arbeitest?

A.: Beruflich, arbeite ich wahrscheinlich 24 Stunden, weil mir auch in der Nacht noch was einfällt. Nein, Spaß bei Seite etwa 9 Stunden. Zusatzarbeiten nehme ich noch mit nach Hause, weil dort mehr Ruhe ist.

F.: Wie lange arbeitest du zu Hause noch für den Beruf?

A.: ist unterschiedlich, aber für die Woche ca. 3 Stunden jede Woche.

F.: Hast du den Eindruck, dass dein Gehalt, das du von KAV beziehst, deinem Arbeitseinsatz entspricht?

A.: Also im Vergleich zu den anderen Arbeiter und Angestellten in meinem Bekanntenkreis und wenn ich es auf meinen Arbeitseinsatz umrechne, dann habe ich natürlich das Gefühl, dass es zu wenig ist.

F.: Letzte Frage, das medizinische Personal schneidet also im Vergleich zu anderen Berufsgruppen bei der Frage nach Stress und seinen leistungsminierenden Auswirkungen viel schlechter ab. Kannst du dir irgendwie erklären, warum es zu den unterschiedlichen Aussagen dieser beider Berufsgruppen kommt?

A.: Ich glaube schon, dass Piloten sensibilisiert sind, weil sie die Auswirkungen des Human factors schon viel früher bewusst geworden sind. Denen wird die Auswirkung von Stress klar gemacht, bei uns hingegen darf man eh nicht sagen, dass man gestresst ist, Burnout war früher überhaupt verboten, jetzt hört man schon immer wieder davon. Die Piloten reagieren schon bewusster darauf, weil mehr in diesen Bereich investiert wurde.

F.: Investiert heißt finanzieller Natur, oder?

A.: Sicher auch finanziell, denn die ganzen Ausbildungen, die sie gemacht haben, werden auch was gekostet haben, aber dazu kommt, dass Flugzeuge Bereiche sind, dass wenn was passiert, sehr viele Tote sind. In den Medien wird das groß geschrieben, insofern waren die mehr unter Zugzwang. Vielleicht hängt das auch damit zusammen, dass die geschaut haben, dass die ausgeglichenes und entspanntes Personal haben und die Fehlergefahr niedrig zu halten und der Stress reduziert ist. Bei uns, dem Gott in Weiß kann ja soundso nichts passieren. Deshalb hat man das nicht so wahrgenommen.

10.6 Interview 6

F.: Es ist wissenschaftlich erwiesen, dass sich Stress leistungsminimieren auswirkt. Sie kennen die Befragung von Helmreich, die wir gemacht haben während unseres Projektes, die ergeben hat, dass sich ein Großteil der Pflege dem nicht anschließt, dass Stress leistungsminimierend ist. Warum ist das Ihrer Meinung nach so?

A.: Also ich glaube, da gibt es mehrere Faktoren. Erstens haben wir eigentlich sehr wenig Zeit, dass wir uns mit dem Problem auseinandersetzen, das ist ein Hauptfaktor, die vielen Überstunden mit allem drum und dran ist man dann in seiner Freizeit so ausgelaugt, dass man überhaupt nichts mehr hören will und man glaubt auch, ja, es war eh nicht so schlimm, der Stress wird Alltag, wir kennen nichts anderes mehr, er ist ein Teil unserer Arbeit. Gehetzt sein von der Früh bis am Abend, das ist so, wir kennen nichts anderes. Das zweite, das ich auch glaube, ist, dass es den Schwestern nicht leicht fällt zuzugeben, dass unsere Leistung nicht so ist in Stresssituationen.

F.: Warum fällt uns das nicht leicht?

A.: Ja, ich glaube irgendwie ist der Schwesterberuf, da stehen schon eigene Persönlichkeiten dahinter, die eben, ja wir wissen alle, wir sind verbunden mit dem Helfersyndrom und es ist einfach so.

F.: Ist das der eigene Anspruch an die Leistung oder ist das der Anspruch von anderen, den man erfüllen muss? Woran liegt das?

A.: Ja, wie gesagt, zum Teil ist es schon auch der eigene Anspruch perfekt zu sein, den glaube ich den haben wir und das 2. ist, man hat keine Zeit sich damit auseinanderzusetzen. Man müsste sich in der Freizeit damit beschäftigen, z.B.: Supervision in Anspruch nehmen oder in der Richtung irgendetwas machen, damit man darauf kommt, dass man eigentlich mit Stress permanent überfordert ist. Ich glaube ein Teil von uns weiß es nicht, das das so nicht normal

ist und der 2. Teil denkt sich vielleicht, ja es muss so sein, deshalb habe ich den Beruf gewählt.

F.: Im internationalen Vergleich, mit dem angloamerikanischen Raum, haben die Befragungen ergeben, dass Mitarbeiter des medizinischen Personals, das sehr wohl anerkennen, dass Stress leistungsminimierend ist, bei uns in Österreich ist das dem medizinischen Personal nicht so klar, dass das so ist. Warum glauben Sie ist das so?

A.: Also ich habe keinen Einblick in andere Länder, aber ich könnte mir vorstellen, dass dort schon in der Ausbildung in dieser Richtung gearbeitet wird. Sie sprechen und lernen darüber darauf zu achten, dass man bereits darauf hingewiesen wird auf seine Grenzen zu hören, wann ist es für mich negativer Stress, vielleicht läuft das System dort ganz anders. Vielleicht schaut der Dienstgeber mehr darauf, dass die Grenzen nicht überschritten werden, dass die auch psychologische Betreuung haben oder auch Supervision haben. Vielleicht wird auch vom System her gar nicht soviel gefordert von denen wie bei uns. Das sind alles Spekulationen, weil ich ja nicht weiß, wie die arbeiten. Ich könnte mir vorstellen, dass die in ihrem Tätigkeitsbereich viel nicht haben, was bei uns dazu gehört. Bei uns wird es einfach immer mehr, von allen Seiten. Wir übernehmen ärztliche Tätigkeiten, wir übernehmen organisatorische Tätigkeiten, die Pflege sowieso, das ist unseres, immer mehr administrative Tätigkeiten plus sehr, sehr viele hauswirtschaftliche Tätigkeiten. Und ich kann mir vorstellen, dass es vielleicht in anderen Ländern anders aufgliedert ist, dass die wirklich mehr Arbeitszufriedenheit haben und dadurch natürlich viel weniger stressanfällig sind. Die können sich dort vielleicht auf ihre Kernkompetenzen konzentrieren.

F.: Sie haben den Eindruck, dass der Spitalsalltag zulasten einer Berufsgruppe geht?

A.: Ja. Ich glaube, wenn mehr Hilfsdienste da wären, das würde weil ausmachen.

F.: Aber unser Thema ist, warum sind wir unserer Leistungsgrenzen nicht bewusst und die Erkenntnis, dass wir, wenn unsere Grenzen überschritten sind, dass wir dann unsere Leistung einschränken. Wieso ist das in den anderen Ländern mehr bewusst?

A.: Ich glaube das hängt irgendwie zusammen. Ich glaube, dass wir nicht mehr merken, dass es anders auch ginge, dass wir ohne Stress auch arbeiten könnten. Wir haben ja gar nichts, wir sind dem ganzen Stress ja ausgeliefert, der ist normal geworden bei uns.

F.: Zusammengefasst haben Sie gemeint, dass es an der Ausbildung liegt, daran, dass sie sich dort mehr um ihre Kernkompetenzen kümmern können,...

A.: Ja und vielleicht haben die dort auch mehr Personal, wenn jemand krankheitshalber ausfällt oder so, dass es dann Ersatz gibt. Das sind alles chronische Stressfaktoren, die sich immer so dahin ziehen, wir kennen es gar nicht anders.

F.: Das ist ein guter Übergang zu nächsten Frage, wo wir uns über Stressoren unterhalten. Die chronischen Stressoren haben Sie gerade angesprochen. Da würden dazu gehören, lange Arbeitszeiten oder chronischer Schlafmangel oder zu hohe Bürokratie usw. Würden Sie meinen, dass die Pflege auch unter chronischen Stressoren leidet?

A.: Absolut, wie eben die langen Arbeitszeiten, das kann man nicht so wegstecken. 13 Stunden in einen verantwortungsvollen Beruf durchzuarbeiten ohne irgendwann einmal nachzulassen im Laufe des Tages, das glaube ich kann niemand. Die Arbeitszeit an und für sich ist ein

Stressfaktor, das ist meine persönliche Meinung. Die Vielseitigkeit, die wir darlegen müssen ist ein Extremfaktor. Auf allen Seiten in der Hauswirtschaft, in der Pflege, im mitverantwortlichen Tätigkeitsbereich,... es ist zu viel auf einmal, zu viele verschiedene Richtungen, die gleichzeitig, zu umfangreich sind die Aufgaben für zu wenig Leute. Es wäre sicherlich was anderes, wenn ich mich den ganzen Tag nur um die Pflege kümmern könnte, aber es fließt alles ineinander, gleichzeitig und gleichwertig, man zerreißt sich dann den ganzen Tag.

F.: Bei den akuten Stressoren, da geht es z.B.: um eine Situation der fachlichen Überforderung, oder man muss viele Entscheidungen unter Zeitdruck fällen oder unklare Kompetenzen,... Würden Sie sagen, dass die Pflege diesen Stressoren auch ausgesetzt ist?

A.: Ja, natürlich sind wir dem ausgesetzt. Das geht schon bei einer Akutaufnahme los, da ist man einem akuten Stress ausgesetzt, man muss wissen welche Prioritäten man setzen muss und man muss überlegt sein, sehr schnell sein, das ist Stress.

F.: Was könnte helfen in einer solchen Situation?

A.: Da finde ich wäre nicht schlecht Schulungen, vielleicht sind Schulungen übertrieben, Besprechungen oft, dass man eben das hin und wieder im Team bespricht, was machst du, wenn eine akute Tubaria kommt, wissen wir alle, wie wir gezielt vorgehen? Einfach dass man darüber redet, durchs Reden kann man es wieder auffrischen.

F.: Das wird dann jedem in einer Akutsituation geläufig sein, das gesprochene Wort?

A.: Ein gewisses Grundwissen muss man eh voraussetzen, dann aber würde meiner Meinung nach genügen, dass man hin und wieder darüber spricht und das auffrischt, in einem Teamgespräch z.B.: ein Art mündliches Training.

F.: Würde Ihrer Meinung nach auch Leitlinien helfen?

A.: Leitlinien sind immer gut, auf alle Fälle, ja. Grundwissen, Leitlinien und Training das wäre perfekt. Oder z.B.: für Nachblutungen post operativ würde das Gleiche gelten, da gäbe es viele Beispiele

F.: Diese akuten Stressoren kommen die oft vor für die Pflege?

A.: Latente Gefahr ist immer da, man ist sich dessen bewusst, man muss darauf achten, darf nichts auf die leichte Schulter nehmen. Daher würde ich sagen, ja, es gibt diesen Stress recht häufig.

F.: Für Sie persönlich, was bedeutet für Sie persönlich Stress bzw. was löst bei Ihnen Stress aus?

A.: Bei mir? Mich stressen Situationen wo ich mich ärgere, wo ich meine das ist eine Ungerechtigkeit, z.B.: wenn ich einen Arzt dreimal bitten muss, bitte die Mamographie eingeben, das Röntgen hat noch einmal angerufen, bitte geben sie mir das ein. Wenn z.B.: dieser Arzt mich ignoriert, der seine Sachen in Ruhe weitermacht und dann zur Visite geht und mein Ersuchen ignoriert.

F.: Wie empfinden Sie dieses Verhalten?

A.: In dem Moment geht es mir darum, dass die Arbeit passieren soll, weil ich weiß, die im Röntgen warten.

F.: Sie haben in diesem Fall den organisatorischen Überblick, der Turnusarzt hat das in diesem Augenblick nicht und verhält sich so, warum glauben Sie macht es das?

A.: Desinteresse vielleicht und sieht vielleicht seine eigenen Prioritäten, die zieht er vor, es ist ihm jetzt wichtig bei der Visite zu sein, finde ich auch o.k., sie wissen halt oft nicht, was für einen Stress sie bei uns dadurch auslösen. Das wird dann alles zum persönlichen Problem der Pflege.

F.: Warum?

A.: Ja, weil die ruft dann ein zweites Mal an und das Telefonat nehme auch ich wieder entgegen, ich brauche dann per Telefon eine Entschuldigung warum das noch nicht stattgefunden hat, dann stellt sich später vielleicht heraus, dass der Turnusarzt das vielleicht gar nicht kann, der muss sich dann einen zweiten holen, der ihn zeigt, wie man da einsteigt und wie das von statten geht, das ist für mich persönlich Stress. Weil die Patientin schon abgeholt ist, schon drüben auf ihre Untersuchung warten usw.

F.: Ihr Bestreben ist es muss alles seine Ordnung haben?

A.: Ich denke schon dran, dass die da drüben andere Patienten terminisiert haben und ich will dann nicht, dass wir etwas blockieren, das System da drüben blockieren, weil es geht ja nicht nur um unsere Patienten, der Betrieb läuft ja drüben auch. Ich verstehe schon, dass die auch Druck machen. Was stresst mich noch? Wenn Aufnahmen kommen, wie soll ich das jetzt rüber bringen, wenn ihnen in der Ambulanz gesagt wurde für die Aufnahme ist das und das zu erledigen, und wenn die dann kommen und sagen, ja ich habe keine Zeit gehabt, ach so das habe ich nicht gewusst, das ärgert mich wieder und löst Stress bei mir aus.

F.: Kann man sagen, das fällt mir jetzt als Zuhörer auf, die beiden Beispiele, die sie gebracht haben sind ja eigentlich sehr ähnlich, nämlich einmal ist es der Turnusarzt und einmal ist es der Patient, der sich an die Bedingungen des Tagesablaufes nicht gehalten haben?

A.: Ja, das ist eigentlich schlimm.

F.: Nein, das ist nicht schlimm, weil Sie sich die organisatorische Gesamtverantwortung auf die Schultern laden und die Pflege die Berufsgruppe ist, die dafür Sorge trägt, dass alles funktioniert.

A.: Ja, würde sich jeder an seine Aufgabe halten, dass wäre alles viel leichter. Der Stress ist eigentlich unnötiger weise.

F.: Wie reagiert jetzt die Pflege allgemein auf Stress?

A.: In der Stresssituation selber verhält sich eh jeder still und schaut was er dazu beitragen kann, damit die Situation so gut wie möglich abläuft. Dann sprechen wir im Nachhinein, wenn Zeit dafür ist, darüber sprechen und da sieht man auch, dass es uns allen gleich geht mit der Situation und wir sprechen uns den Stress untereinander ein bisschen von der Seele.

F.: Auch in solchen Situationen, bei denen sich eine Pflegeperson an diesem Tag vor eine Situation gestellt wurde, die vielleicht zwei mal im Jahr vorkommt und sie persönlich vielleicht gar noch nicht erlebt hat, weil sie jung als der Schule kommt und sie das Gefühl hat, sie weiß gar nicht wie sie reagieren soll. Redet die Pflege nach solchen Situationen auch darüber?

A.: Oh ja, es fällt ihr nicht schwer, es wird offen besprochen, das hilft auch sehr.

F.: Wenn die Pflege behindernde Rahmenbedingungen erkennen würde, die tagein tagaus zu Stress führen glauben Sie, dass die Pflege den Eindruck hat und das aufzeigen würde, dem KAV z.B., dass sich etwas ändern würde?

A.: Glaube nicht, dass sich etwas ändern würde, weil wir ja praktisch sowieso die Mankos weitergeben, aber es ändert sich nichts. Eigentlich nicht. In meinem Berufsleben habe ich das ganz selten erlebt. Verständnis schon und auch Einsicht, aber wo die Einsicht dann Stopp macht, das weiß ich nicht.

F.: Wo haben Sie die Einsicht erlebt? An der Abteilung oder im Krankenhaus? Bis wohin geht die Einsicht Ihrer Meinung nach?

A.: Das weiß ich eben nicht. Ich glaube, dass sie innerhalb der Abteilung sehr wohl da ist, dass da auch immer wieder Versuche gestartet werden, dass man da in der Richtung etwas ändert. Aber dass sich de facto nichts ändert, würde ich sagen eher vom KAV her, aber das ist für uns so ein Mysterium, weil wir ja nicht wirklich wissen, was der KAV alles kann und wer wofür zuständig ist.

F.: Was glauben Sie was der KAV tut, um die Pflege dabei zu unterstützen, dass sie besser mit Stress und dem leistungsminimierenden Faktor umgehen kann?

A.: Gar nicht, mir ist nichts bekannt. Nichts was bis zu uns gedrungen ist. Vielleicht ist was in Planung oder gibt es irgendwas, aber ich kenne es nicht.

F.: Glauben Sie, dass es dem KAV bekannt ist, dass die Pflege im Stress lebt?

A.: Ja, aber die haben andere Prioritäten, denen geht es um Einsparung oder andere Themen, ich glaube nicht, dass die sehr mit der Pflege empathisch sind. Eher belasten sie die Pflege, es ist ihnen nicht wichtig genug, es geht ja so auch denkt sich der KAV und bis jetzt geht es ja gut und es passiert nichts.

F.: Stellen Sie sich vor, aufgrund einer Stressbelastung passiert etwas, was tut der KAV dann Ihrer Erfahrung nach?

A.: Ich denke, der würde gar nichts tun, diejenige wäre dann eigenverantwortlich tätig gewesen, sie hätte vorher wissen müssen, dass sie dem nicht gewachsen ist, der KAV ist abgedeckt. Also auf der einen Seite hört der KAV nicht auf das was die Pflege aufdeckt und verändert nichts und auf der anderen Seite bleibt die Schuld dann beim Einzelnen. Es würde eine Analyse stattfinden oder eine Untersuchungskommission das schon, aber was sich dann wirklich ändern würde,... Probleme aufzeigen und keine Unterstützung bekommen und im Falle, dass was passiert eigenverantwortlich gehandelt zu haben, schrecklich fühlt man sich da. Ich glaube das ist auch der Grund warum so viel Missstimmung in der gesamten Pflege ist. Nicht bei uns auf der Station, sondern überall. Weil man sich so nicht wahrgenommen fühlt, es ändert sich nichts, wurscht ob man es vorher sagt ändert sich nichts, wenn was passiert hat man

auch nicht das Gefühl, dass sich weiß Gott was verändert. Diejenige, der es passiert ist, die ist dann selber schuld. Gefühlt der Machtlosigkeit.

F.: Was wissen Sie was die Pflege in ihrer Ausbildung zum Stress als leistungsminimierenden Faktor lernt?

A.: Was sie jetzt lernen, weiß ich eigentlich nicht. In meiner Ausbildung habe ich nichts darüber gelernt.

F.: Glauben Sie, dass was gelehrt wird?

A.: Ja, ich kann mir vorstellen, dass z.B.: in der Geriatrie das Thema angesprochen wird, Überlastung, wie schützt man sich davor.

F.: Allgemein in der Grundausbildung auch?

A.: Ja, in gewissen Pflegevorträgen wird es sich ergeben, dass darüber gesprochen wird.

F.: Hat irgendeine Schülerin auf Ihrer Station sie schon einmal dazu etwas gefragt?

A.: Nein.

F.: Zu Ihnen persönlich jetzt, Sie sind ja im Turedienst beschäftigt. Aber wenn Sie das durchschnittlich sagen würden, wie viele Stunden arbeiten beruflich Sie pro Woche?

A.: Im Durchschnitt 50, aber vielleicht überschätze ich das, vielleicht sind es gar nicht so viele.

F.: Haben Sie den Eindruck, dass Ihr Gehalt, das sie vom KAV bekommen Ihrem Arbeitseinsatz entspricht?

A.: Nein, meiner Meinung nach wird die 12 Stunden-Tätigkeit zu wenig, das alleine glaube ich, da würde uns mehr zustehen, dann glaube ich die Verantwortung, die wir haben, die wird auch nicht entlohnt, der Nachtdienst auch nicht.

F.: Letzte Frage, wenn sie sie beantworten können. Pflege schneidet im Vergleich mit anderen Berufsgruppen z.B.: Piloten bei der Frage nach Stress und seinen leistungsminimierenden Auswirkungen viel schlechter ab. Sie ist sehr viel uneinsichtiger, wie erklären Sie sich das?

A.: Weil ich eben glaube, dass wir schon eigene Persönlichkeiten sind. Ein gewisses Leiden entspricht uns, nicht allen, man weiß das, wenn man den Beruf wählt, zumindest wie ich den Beruf ergriffen habe, habe ich gewusst, ich muss wahrscheinlich über meine körperlichen Grenzen leistungsfähig sein. Es ist halt so.

F.: Bei den Piloten, warum ist das dort nicht so?

A.: Ich glaube die Voraussetzungen, warum jemand den Beruf wählt sind ganz anders. Die spielen da auch eine Rolle. Wenn ich Pilot werden möchte, bin ich vielleicht prestigeorientierter als die Pflege. Für die Pflege ist das kein Kriterium. Der Start ist ganz ein anderer.

F.: Wenn ich den Patienten helfen möchte, dann wäre es ja wichtig zu wissen, dass ich in bestimmten Situationen eine eingeschränkte Leistungsfähigkeit habe, weil ich Stress z.B.: ausgesetzt bin.

A.: Ja, das wäre ganz wicht, aber ich glaube wir sind einfach noch nicht so weit, dass wir uns über uns so viele Gedanken machen.

F.: Was würde uns dort hinbringen?

A.: Vielleicht in der Ausbildung muss man damit anfangen. Die Piloten, glaube ich hören diesbezüglich sehr wohl was. Vielleicht auch berufsbegleitende Unterstützung wäre wichtig.

10.7 Interview 7

F.: Es ist wissenschaftlich bewiesen, dass sich Stress leistungsminimierend auswirkt. Sie kennen ja die Befragung von Helmreich, die ergeben hat, dass sich ein Großteil der Pflege dieser Meinung nicht anschließt. Warum ist das Ihrer Meinung nach so?

A.: Meiner Meinung nach ist das so, weil die Leute manchmal den Stress nicht erkennen oder erkenn wollen und weil es Angst mach Stress zu erkennen. Denn man muss eigentlich immer eine hohe Stresstoleranz haben. Auszusprechen ich habe Stress macht glaube ich sehr vielen Angst und da ist noch sehr viel Arbeit zu leisten. Das wird noch Jahre dauern bis wir so weit sind. Da sind wir noch weit hinten nach.

F.: Die hohe Stresstoleranz, die man haben muss, woher kommt das? Ist das der eigene Anspruch oder?

A.: Nein, das steht ja in jeder Stellenbeschreibung. Ich muss eine hohe Stresstoleranz haben. Und wenn ich dann offen zugeben muss ich habe dort oder da Stress, dann würden sie offen zugeben, ich bin dem nicht gewachsen, ich bin da fehl am Platz oder wie auch immer. Ich glaube, dass das Verständnis einfach offen darüber zu sprechen, es gibt einfach Stress und über das offen zu sprechen, soweit sind wir noch nicht.

F.: Also die allgemeinen Anforderungen an den Arbeitsplatz, die in der Stellenbeschreibung drinnen stehen, sind quasi Grundvoraussetzung für den Arbeitsplatz und wenn jetzt jemand zugeben würde, dass er das nicht bewerkstelligen kann, dann ist er nicht fähig diesen Arbeitsplatz einzunehmen?

A.: Das ist meine Einschätzung, es könnte sein, dass man das im Hinterkopf hat.

F.: Was meinen Sie ist es eher die eigene Erwartung an sich selbst oder eher der Glaube an die Erwartungen der anderen, die man dann nicht erfüllt?

A.: Ich glaube es ist sehr wohl beides irgendwie, vor den anderen zuzugeben und genauso vor sich selbst, dass man dem nicht gewachsen ist. Die Pflege ist so sozialisiert und ich glaube es liegt auch daran, dass die jungen Schwestern in der Schule zuwenig lernen, was es heißt Verantwortung zu übernehmen. Und dass sie oft, die Verantwortung, die sie wirklich zu tragen haben oft nicht erkennen und daher auch die Stresssituation der sie unterliegen gar nicht erkennen. Sie glauben hat man manches mal das Gefühl die Verantwortung hat eh der andere. Sie schieben es immer weg. Wenn sie sich bewusst wären, was für eine Verantwortung sie wirklich tragen, würden sie auch, glaube ich den Stress früher einschätzen.

F.: Wodurch glauben Sie ist das in der Ausbildung so? Oder liegt es auch an der neuen Generation?

A.: Vielleicht liegt es auch an, ich meine ich kann nur von dem sprechen, was ich so erlebt habe, ich habe in meiner Ausbildung sehr viel selbständig arbeiten können, ich habe in meiner Ausbildung bereits gelernt, was es heißt Stress zu erleben und Verantwortung zu tragen. Wozu die heutigen Schüler sehr wenig Chancen haben, die haben oft nur 1 Nachtdienst, sind dann diplomiert und werden dann eigentlich hineingestoßen und müssen von heute auf morgen die volle Verantwortung tragen. Und sie wissen gar nicht was für eine Verantwortung sie tragen. Das zu lernen, die haben so wenig Zeit, das zu lernen, die müssten darauf hingeführt werden.

F.: Aber würde dann nicht genau diese Situation den Stress auslösen, weil sie eben nicht begleitet wurden?

A.: Ich glaube die wissen gar nicht, das Gefühl hab ich halt, die wissen gar nicht, was trage ich für eine Verantwortung?

F.: Wenn sie sich dessen mehr bewusst wären, dann würden sie auch eher sehen, wenn sie im Stress sind?

A.: Ja, dann würden sie eher darüber reden.

F.: Ist das eine gewisse Art von Fahrlässigkeit?

A.: Nein, ich glaube dass ist unbewusst. Es wird auch sehr wenig gesprochen über Verantwortung.

F.: Im internationalen Vergleich haben wir uns das ja auch angeschaut unsere Fragebogenergebnisse und da stellt man fest, dass wir im Vergleich mit dem angloamerikanischen Raum sehr viel schlechter abscheiden in Punkt Stressauswirkung und Anerkennung dessen. Wie erklären Sie sich das?

A.: Ich glaube, das ist kulturmäßig und ausbildungsmäßig. Die stehen höher in der Ausbildung als wir und kulturell einfach auch.

F.: Wie ist das in der Ausbildung dort?

A.: Die Diplomierten haben dort Matura und älter sind sie auch, daher setzt man sich mehr mit den psychologischen Aspekten auseinander, das ist es glaube ich, was bei uns fehlt.

F.: Wenn wir uns jetzt primär mit den chronischen Stressoren beschäftigen, dann gibt es da beispielsweise lange Arbeitszeiten, chronischer Schlafmangel, hohe Bürokratie usw. Was glauben Sie unter welchen chronischen Stressoren die Pflege besonders leidet?

A.: Sicher unter den langen Arbeitszeiten, die 12,5 Stunden Dienste bei uns und Bürokratie glaube ich auch ist ein großer Faktor. Die Bürokratie, die vom KAV kommt. Man ist ausgeliefert denen gegenüber, man kann sich schwer wehren dagegen. Man könnte vieles sicher noch mitarbeiterfreundlicher machen, wo man aber sagen muss, dass die Menschen in Europa noch weit zurück sind. Wir müssen da noch vieles lernen und damit umgehen Verantwortung selbst zu tragen. Wenn man da an Japan denkt, die sind da schon viel weiter. Das arbeitende Volk

hat da eine andere Ansicht seinem Arbeitsplatz gegenüber, dadurch handelt der auch anders. Der weiß genau, ich kann nur da auf Urlaub gehen, weil ihm wichtig ist, dass am Arbeitsplatz genau das geschieht, er trägt die Verantwortung mit und das fehlt bei uns noch.

F.: Jetzt im Vergleich zu den akuten Stressoren – dazu würde gehören die fachliche Überforderung, Zeitdruck oder unklare Kompetenz, nur exemplarisch aufgezählt. Würden Sie sagen, dass die Pflege auch diesen Stressoren ausgesetzt ist und wenn ja, dann in welcher Form?

A.: Zeitdruck auf jeden Fall, das ist eben die Organisation noch im Spitalbereich. Die Regelzeit bei uns ist von 8 - 13 Uhr, da wird alles hineingepresst, das ist glaube ich ein Hauptfaktor egal wo man arbeitet auf einer Bettenstation oder in einem Spezialfach und was glaube ich auch ein großer Faktor ist, ist dass die Pflege einfach noch mehr Mitspracherecht haben müsste in der Organisation. Man hat teilweise mehr gewonnen, aber nicht genug. In organisatorischen Abläufen, die 2 Partner Arzt und Schwester sollten gleichberechtigt sein. Im Prinzip ist es so, dass der Arzt der erste und die Schwester die zweite ist, man toleriert es manchmal, aber gleichberechtigt sind wir nicht.

F.: Sie meinen mehr Mitspracherecht um den Tagesablauf zu bewerkstelligen. In ihrem Bereich z.B.: Mitspracherecht bei der OP-Programmerstellung, Umplanung usw?

A.: Ja, ich werde zwar gefragt, aber im Prinzip kann ich nicht sagen, also das Op-Programm ist zu lange, also ich kann es schon sagen, aber es ändert dann an der Tatsache nichts. Also wir haben ein Mitspracherecht, es hat allerdings sehr wenig Gewicht.

F.: Was wäre dann besser? Die Pflege ist realistischer, meinen Sie, warum wäre es besser, wenn die Pflege mehr Mitspracherecht hätte?

A.: Die Pflege ist 24 Stunden am Bett, hat eigentlich die beste Übersicht im Krankenhaus glaube ich. Man sollte die Meinung der Pflege einfließen lassen und anerkennen, manchmal habe ich das Gefühl man schmunzelt drüber. Die Organisation ist mehr auf die Ärztestruktur abgestimmt. Wir sind halt so Mitläufer. Alles ist auf die Dienstzeit der Ärzte zugeschnitten.

F.: Eine Berufsgruppe bestimmt und die anderen richten sich danach. Das wieder rum kann auch wieder Stress auslösen?

A.: Ja, natürlich.

F.: Was bedeutet für Sie persönlich Stress bzw. was löst bei Ihnen Stress aus?

A.: Wenn ich kein Personal habe, das löst bei mir Stress aus. Die Anforderung steht, es muss alles so laufen wie immer. Akute Personalausfälle und die rasche Organisation von Ersatz löst bei mir Stress aus. Das ist eine Stresssituation für mich, was eigentlich nicht notwendig wäre, weil man sich in Ruhe zusammensetzen könnte und man auch akzeptieren muss, dass es auch einmal zuwenig Pflegeleute geben kann, denn wenn es zuwenig Ärzte gibt, dann ist es eine Selbstverständlichkeit, da wird nicht darüber gesprochen, da wird das Programm vermindert oder wenn die Ärzte auf Kongress fahren, dann ist halt weniger Programm, da wird das alles zugeschnitten nach der Ärzteschaft, wenn es die Pflege betrifft nicht.

Man muss halt schon entscheiden, ob ich wenn ich alles hineinpresse und das Personal dadurch in Stress bringe, ob ich da dem Patienten etwas Gutes tue und qualitative Arbeit leiste, das ist eine andere Frage. Man sollte dann wirklich abschätzen, wie weit ist dann gefährliche Pflege dann gegeben. Was will ich, will ich Qualität oder will ich eine quantitative Leistung,

einerseits steht der Patient im Vordergrund und man will für ihn die beste Leistung in der heutigen Zeit der Qualitätssicherung, das ist eigentlich dann immer ein Widerspruch.

F.: Schnelle Lösungen auf Kosten der Qualität?

A.: Ja, so kann ich Fehler künstlich produzieren, ich weiß es kann es aber nicht verhindern. Das ist auch dann Stress für uns.

F.: Wie reagiert Pflege auf Stress ihrer Erfahrung nach?

A.: Es kommt auf die Situation drauf an. Sie wehren sich verbal einmal, wissen aber, dass sie damit nicht weiterkommen, wissen dass sie hilflos sind. Die Pflege ist heute immer noch so, sie haben einen riesigen Stressfaktor, aber alles was man an sie heranbringt werden sie machen. Weil sie einfach der Meinung sind, ich muss das machen, weil man das von mir fordert und das verursacht noch mehr Stress. Hoffentlich passiert mir nichts.

F.: Die hohe Erwartungshaltung der anderen erfüllen im Widerspruch zum eigenen Verständnis. Dorthin denken dahin denken, weil ich muss ja eine hohe Stresstoleranz haben. Habe ich Sie richtig verstanden es ist eine Art übertriebener Gehorsam?

A.: Ja und noch dazu kommt, es wird immer darauf angesprochen, es wird ja für den Patienten gemacht. Das ist etwas wo die Pflege fast nie nein sagen kann.

F.: Der Patient ist ein Druckmittel?

A.: Ja, es wird als Druckmittel verwendet. Die Pflege sieht über das Gefahrenmoment hinweg und ich komme zur Verantwortung zurück. Da wird oft ausgesprochen, na gut wenn die das wollen, dann muss ich es halt machen, die werden schon wissen, ob wir da was Richtiges machen. Also da ziehen sie ihre Verantwortung zurück und legen die Verantwortung auf die Vorgesetzten und auf die Ärzte.

F.: Jetzt haben wir schon öfters über die behindernden Rahmenbedingungen gesprochen, haben Sie den Eindruck, dass wenn es die Pflege erkennt dass es behindernde Rahmenbedingungen gibt, dass dann die Pflege etwas ändern kann?

A.: Glaube ich nicht, da gibt es noch zuviel Bürokratie. Man kann sicherlich auf einigen Abteilungen etwas ändern, also an unserer Abteilung wir sind schon kleine Schritte gegangen, an unserer Abteilung haben wir den Anfang gemacht, dass die Pflege Mitspracherecht hat, meiner Meinung nach könnten wir noch ein bisschen mehr haben, aber wir haben einen Teil schon, es ist einmal der erste Schritt getan.

F.: Generell haben sie nicht das Gefühl, dass diesbezüglich etwas zu verändern ist?

A.: Nein, das wird noch dauern.

F.: Wissen Sie was die Pflege heute in ihrer Ausbildung über Stress lernt?

A.: Nein, ich vermute zu wenig, es kann nicht eindringen in die Köpfe, hat eine Nebenrolle dieses Thema.

F.: Und in der Weiterbildung?

A.: Ja, da wird was angeboten, aber das ist nicht das was die Mitarbeiter wirklich wollen. Seminare gibt es, aber die Mitarbeiter fordern eigentlich ein Werkzeug, wie sie Stress bewältigen können und da bietet man zu wenig an. Nur allgemein und Theorie bekommt man angeboten.

F.: Nächste Frage, wie unterstützt der KAV die Pflege um mit Stress gut umgehen zu können? Gibt es überhaupt was und wenn ja, wie macht er das?

A.: Er hat so eine Stelle, wo man sich mit Stress hinwenden kann, Burnout und so, das ist aber sehr weit weg für die Mitarbeiter.

F.: Sie meinen die psychologische Servicestelle?

A.: Ja, aber das ist fremd, ich weiß nicht ob das die Mitarbeiter annehmen. Man nimmt eher etwas an, was nahe ist, was man kennt, und nicht was was in der Ferne ist.

F.: Meinen Sie, dass die psychologische Servicestelle durch den KAV etabliert wurde, um für die Mitarbeiter in Pukto Stress da zu sein?

A.: Ja, man hat was getan. Mir ist aber nur diese Servicestelle bekannt.

F.: ben Sie im Gegensatz dazu das Gefühl, dass der KAV durch manche Bedingungen, Schreiben, eher dazu beiträgt, dass mehr Stress in die Organisation kommt?

A.: Es wird an die Mitarbeiter soviel Information herangetragen, dass man das alles gar nicht mehr aufnehmen kann. Es ist einfach zuviel. Es ist klar unser Arbeitgeber ist dadurch abgesichert, es gibt alles schriftlich, nur der Mitarbeiter kann das nicht mehr aufnehmen.

F.: Sie beobachten, dass es mehr wird in den letzten Jahren mit der Informationsflut?

A.: Ja, natürlich.

F.: Wie viele Stunden verbringen Sie täglich mit Arbeit?

A.: 8 Stunden am Tag. Die Arbeit einer Charge ist in der direkten Patientenbetreuung nicht immer sichtbar. Mitarbeitergespräche, oder Telefonate führen, aber das gehört halt alles dazu.

F.: Ist es so, dass Sie regelmäßig Arbeit mit nach Hause nehmen müssen?

A.: Wie ich jünger war habe ich das gemacht, das gebe ich ehrlich zu, jetzt versuche ich mir die Zeit besser einzuteilen, mich besser zu organisieren.

F.: Wenn Sie diesen Arbeitseinsatz hernehmen, haben Sie das Gefühl, dass ihr Gehalt ihrem Arbeitseinsatz entspricht?

A.: Nein, sicher nicht, wenn ich das mit der freien Wirtschaft vergleiche, dann sind wir sehr, sehr schlecht bezahlt. Wie machen einen Managerjob z.B.: Stationsschwester, wenn ich das mit der freien Wirtschaft vergleiche, dann verdienen die viel mehr.

F.: Haben Sie da einen Vergleich, wenn Sie Wirtschaft sagen, kenn Sie da irgendwas?

Ich lese allgemein die Wirtschaftszeitung, wenn man in so einer Position ist verdient man in etwa das Doppelte.

F.: Letzte Frage. Die Pflege schneidet im Vergleich mit Piloten oder allgemein mit Flugpersonal in den Fragen, ob sich Stress leistungsminimierend auswirkt sehr viel schlechter ab. Wie erklären Sie sich die unterschiedlichen Aussagen zwischen medizinischem Personal und Flugpersonal?

A.: Ich kann das nur wieder mit dem verbinden, ich glaube den Piloten ist ihre Verantwortung voll bewusst, dadurch erkennen sie auch den Stress dem sie ausgesetzt sind und das Pflegepersonal schiebt die Verantwortung weg und glaubt dadurch weniger Stress zu haben.

F.: Woher kommt das?

A.:

Hängt vielleicht mit der Ausbildung zusammen. Die Piloten sind einem sehr schweren Auswahlverfahren unterlegen, ich glaube das hängt auch damit zusammen, in unserem Beruf haben wir so ein Auswahlverfahren nicht. Eine große Rolle spielt Einstellung und Selbstbewusstsein in seinem Job. Wenn ich selbstbewusst bin, dann kann ich auch sagen, ich habe einen furchtbaren Stress, dann traue ich mich das zu sagen.

10.8 Interview 8

Ich darf Ihnen jetzt ein paar Fragen stellen zu dem, Ihnen bekannten Thema und ich ersuche Sie die ganz frei von der Leber weg zu beantworten.

F.: Es ist wissenschaftlich erwiesen, dass sich Stress leistungsminimierend auswirkt. Sie kennen ja unsere Befragung, die wir mit dem Helmreich Fragebogen gemacht haben die hat ergeben, dass sich ein Großteil der Pflegepersonen nicht dieser Meinung anschließt. Warum ist das Ihrer Meinung nach so?

A.: Das die Pflege das nicht zugibt, ich glaube, das ist ein gewachsenes Problem. Lange Zeit war ja die Pflege, was ich weiß in Hand von Klosterschwestern, die sich nie gewehrt haben, für die immer alles in Ordnung war und wo 70 jährige durch die Gänge wuseln und es war immer alles in Ordnung. Und ich glaube da ist ein Teil dieser Kultur mit rüber gegangen. Man wehrt sich nicht, kümmert sich um alles und empfindet das auch noch normal und dass es manchmal negativ gesehen wird wenn man manchmal sagt das macht mir Stress das ist mir zuviel das halte ich nicht aus, dass man da manches mal von oder vielleicht sich einbildet, dass man von anderen schief angeschaut wird und man das Gefühl hat man kann es nicht mehr leisten. Das glaub ich.

Also das ist der Grund warum man sich vehement wehrt zuzugeben, dass Stress leistungsminimierend wirkt. Das wäre sonst ein Eingeständnis
Dass man nicht 100 % seiner Leistungsfähigkeit bringen kann.

F.: Ist das der eigene Anspruch oder ist das der Anspruch der anderen, um welchen Anspruch geht es da?

A.: Teilweise, also sicher der eigene Anspruch und der Anspruch, den man glaubt, dass die anderen an einen haben.

F.: Und woher kommt der?

A.: Ich glaub, das ist einfach gewachsen und durch Aussagen von früheren Führungskräften einfach erhärtet worden.

F.: Ist Ihnen da eine geläufig so eine Aussage?

A.: Man hat immer das Gefühl gehabt des muss zum schaffen sein, ja –

F.: Wenn man das jetzt im internationalen Vergleich anschaut, man hat ja auch schon in Studien erkannt, dass im angloamerikanischen Raum medizinisches Personal, also auch Pflege, wesentlich einsichtiger ist. Wie erklären Sie sich das, oder haben Sie da eine Idee dazu?

A.: Wissen tue ich es nicht, aber ich könnte mir vorstellen, es ist ja dort eine andere Ausbildung und die arbeiten ja unter andern Bedingungen und haben ein anderes Aufgabengebiet. Und es ist nicht so, wie bei uns das Pflegende, es hört sich jetzt blöd an, das Dienende, aber auch unser Chef, ganz am Anfang wie er gekommen ist gesagt hat, wir sind die, die dienen und für alle da sein müssen. Und ich glaube, dass das in dem Raum einfach nicht mehr so ist. Man kann dort selbständiger arbeiten, und die sich dann auch trauen zuzugeben, das ist Stress, da haben wir einfach viel zutun gehabt und bei uns ja immer so ist, alle anderen sagen, was habt ihr für einen Stress, wir haben ja viel mehr zutun. Das ist schon die Kultur im Haus. Ob das jetzt die anderen Berufsgruppen sind, Hebammen, die glauben sie sind die einzigen, die zutun haben, oder auch von einer Abteilung von der anderen, wo immer das Gefühl ist, wir haben soviel Arbeit und soviel Stress, was haben die schon zutun? Es ist ein Vergleich und ich glaube, jetzt net, dass ich ein Vertreten davon bin, dass man im ganzen Haus arbeiten sollte und überall einmal ausgeborgt, gar nicht, man sollte schon seine Heimat haben, aber ich glaube, dass es gar nicht so schlecht ist, wenn man einmal einen Tag oder halben Tag einmal wo anders verbringt und dann weiß ich, wie ist es woanders. Um zu sehen, wie ist der Stressfaktor woanders und das dann anders einschätzen kann.

F.: Wo es aber eher bei diesem Thema so ist, dass man Stress negiert, dass Stress sich schlecht auswirkt. Es geht nicht darum, dass jemand weniger Stress hat als der andere, sondern es geht darum, dass ich gebe nicht zu oder ich leugne zu wissen, dass Stress sich auf meine Leistung negativ auswirkt. Die Frage im Fragebogen heißt: Ich leiste genauso gute Arbeit im Akutfall wie im Routinebetrieb. Und da sagen Pflegepersonen zum Großteil, Ja, so ist es.

A.: Wobei ich aber schon glaub, dass mitunter der Adrenalinstoß wenn wirklich Hektik ist die Leistung ein bisschen raufpusht. Und ich habe das selbst erlebt im Schockraum in der Akutsituation, da muss man einfach funktionieren und man funktioniert auch im puren Stress, und wann das vorbei ist, dann kommt das Leistungstief. Also ich glaube net in der Situation, in der wirklichen Akutsituation die Leistung abfällt. Ich glaube das sind andere Stressfaktoren, dass man sich ständig über etwas ärgern muss, oder so, dass immer Dinge nicht funktionieren, das sind zwei verschiedene Arten von Stress. In der Akutsituation glaub ich net, dass der meine Leistung beeinträchtigt, in einem Notfall mit einem Patienten beim anderen Stress, das kann ich mir schon vorstellen.

F.: Wir kenn chronische Stressoren, dazu gehört z.B.: lange Arbeitszeiten, chronischer Schlafmangel, hohe Bürokratie usw., das ist nur exemplarisch aufgezählt. Können Sie sich vorstellen unter welchen chronischen Stressoren die Pflege leidet?

A.: Also auf den Stationen sicher die Nacharbeit, weil des halt doch eine Arbeitszeit ist, die nicht normal ist für den Körper. Dann was Stress macht ist, ich empfinde das so und ich glau-

be, dass das auf den Stationen auch so empfunden wird, dass die Anforderungen der Patienten nicht immer an dem gemessen sind, was immer möglich ist, dass da eine Schere ist, auf der einen Seite man hat weniger Personal, weil man braucht ja nur sichere Pflege und auf der anderen Seite die Forderungen aber da sind Patienten und Verwandten und wenn was nicht funktioniert es sofort zu einer Beschwerde kommt wo man sich rechtfertigen muss. Das verursacht Stress, auf der einen Seite hat man zuwenig Personal und kann eigentlich nicht und auf der anderen Seite soll man. Dann was sicher auch noch Stress verursacht ist das immer größer werdende Sprachproblem, dass man sich einfach mit den Patienten, mit den Angehörigen nicht verständigen kann, das erschwert die Sache sehr. Und das immer aggressiver werdende Verhalten der Patienten und Angehörigen dem Pflegepersonal und eigentlich auch den Ärzten gegenüber. Das habe ich so vor 15 Jahren nicht erlebt.

F.: Woran liegt das Ganze?

A.: Woran liegt das? Teilweise ganz banal gesagt an der schlechten Kinderstube von vielen, die kommen, wo einfach die einfachsten Dinge, die man Kindern lernen, scheinbar nicht gelernt hat, wie man sich zu verhalten hat und teilweise glaube ich auch durch negative Medienausagen, dass man eben mehr zu erwarten hat in den Spitälern und wir können das erwarten und das einfach durch die Medien viel kaputt gemacht wird.

F.: Ja, und dann haben wir ja auch noch akute Stressoren. Dazu würden gehören, die fachliche Überforderung, der Zeitdruck, unklare Kompetenzen z.B.;;, aber es gibt ja noch viele andere. Würden Sie sagen, dass Pflege diesen Stressoren auch ausgesetzt ist und wenn ja in welcher Form?

A.: Zeitdruck auf jeden Fall, man ist einfach gezwungen, viele Dinge gleichzeitig zu machen, aber dann einfach das Gefühl hat irgendwas vergessen zu haben oder irgendwas nicht so erledigt zu haben, als man das für gewöhnlich tut, also dass man für sich in Anspruch nimmt, dass man es ordentlich macht und man das Gefühl hat man kann nicht 5 Sachen gleichzeitig ordentlich erledigen. Das macht Stress, wenn man das Gefühl hat, dass man teilweise nur das, ja das man was vergessen hat.

F.: Wieso 5 Sachen gleichzeitig?

A.: So wie es an der Tagesordnung ist: Das Telefon läutet, die Patienten wollen Auskunft haben, gleichzeitig ist man aber auf der Station mit der Visite oder in der Ambulanz man assistiert bei einer Untersuchung, dann kommt von hinten jemand und der Oberarzt schreit, geh ich brauchert schnell und hilf ma jetzt und dann steht vielleicht eine Kollegin daneben und es klopft an der Tür, es wird fast die Tür eingetreten, man kann ja nicht wissen ist da draußen jetzt ein Notfall oder will jemand wissen wie lange er noch warten muss.

F.: Wodurch kommt es ihrer Meinung nach zu dieser Ballung von Aufgaben?

A.: Das ist eigentlich an der Tagesordnung. Das ist einfach so, es lässt sich nicht vermeiden, dass das Telefon läutet.

F.: Was haben wir denn für Ambulanzzeiten?

A.: Von 7 – 16 Uhr nur es ist so, man kann es insofern nicht verhindern, weil man kann das Telefon nicht am Schalter rausschalten, weil es funktioniert nicht, weil mit diesen Dingen der Sekretär am Schalter überfordert wäre man kann aber auch nicht, es war schon die Überle-

gung da, einen Anrufbeantworter anrufe von bis, das ist nicht erlaubt und auch nicht möglich, weil mitunter es doch auch akute Dinge, Gespräche sind, die da reinkommen.

F.: Aber ist es nicht so, dass sich einfach viele Dinge in die Vormittagsstunden zusammenschieben?

A.: Auf jeden Fall. Da die Ambulanzzeit begrenzt ist mit 11 Uhr, weil die Arbeitszeit der Ärzte begrenzt ist, der muss um halb 1 bei der Dienstübergabe sein und möchte fertig sein, weil sonst die Patienten mitunter endlos warten, weil der nachmittags Diensthabende vielleicht 2 Stunden im Kreissaal steht und nicht weg kann. Die Ärzte arbeiten durchschnittlich von 8 – halb 1 in der Ambulanz. Es geht aber nicht nur um die Dienstzeiten unserer Ärzte, sondern auch von den anderen Abteilungen, weil natürlich die auch ihre Arbeit in der Kernarbeitszeit erledigen müssen, sprich, wenn sie Rückfragen haben, wenn sie einen OP-Termin brauchen, die müssen auch Vormittag anrufen. Sämtliche Patienten, die eine Befundauskunft brauchen rufen vormittags an, weil sie natürlich von der Pflege nachmittags hören, es tut uns leid, wir dürfen keine Befundauskunft geben. Das muss auch der Arzt machen, somit passiert das am Vormittag. Ja, das klopfen an der Tür ist auch an der Tagesordnung, ja das ist halt durch die langen Wartezeiten bedingt, ja das ist einfach so.

F.: Können Sie mir jetzt sagen, was für Sie persönlich Stress bedeutet bzw. was bei Ihnen persönlich Stress auslöst?

A.: Was bei mir Stress auslöst sind Dinge, die ich nicht beeinflussen kann. Dinge, die nicht funktionieren und wo ich nichts tun kann, dass es funktioniert. Dinge, die mich ständig bei meiner Arbeit behindern und ich das Problem nicht lösen kann, das sind Dinge, die mir Stress machen. Die EDV z.B.: funktioniert katastrophal, das man Anrufe tätigt und es passiert nicht, dass man mails schreibt, sogar der Chef an den KAV, es ändert sich nichts. Das ist ein großer Punkt die EDV. Dann z.B.: dass bei uns am Schalter viele Dinge nicht so funktionieren, wie sie sollten, dass ich das auch nicht wirklich beeinflussen kann trotz vieler Gespräche und Patienten, die mir gegenüber von vornherein aggressiv gegenüber treten, wo ich mir denke, was ist jetzt passiert, ich habe die Türe aufgemacht und er pfaucht mich sofort an und ich weiß gar nicht, aber das ist kurzzeitiger Stress, das legt sich meist im Gespräch, aber kurzfristig macht mir das schon Stress.

F.: Wenn Pflegepersonen Stress haben, wie reagieren sie auf Stress?

A.: Die, die rauchen gehen schnell mal eine rauchen, wenn sie sich kurz ablösen lassen können und meiner Erfahrung nach baut man den Stress dann ab im Gespräch mit den Kolleginnen, dass man sagt stellt dir vor, ich habe mich heute wahnsinnig geärgert oder das hat mich fertig gemacht, also einfach sicherlich im Dienst und sehr oft mit Freundinnen, die aus derselben Berufsgruppe sind, die müssen gar nicht von derselben Abteilung sein, also ich glaube, dass die Pflege das sehr viel im Gespräch abbaut, beziehungsweise auch manche mit einem Partner, wo man sich am Abend hinsetzt und sagt, heute wieder, das war total nervig.

F.: Gut, also sie haben jetzt gesagt, die Pflege spricht darüber, das ist eine Art der Reaktion auf Stress. Nächste Frage wäre, was glauben Sie fühlt jemand, der einem anderen von einer stressigen Situation berichtet, jetzt meine ich aber eher nicht die organisatorischen Defizite, die chronischen Stressoren, diesen Ärger haben Sie ja jeden Tag, Patienten, die sich aggressiv Ihnen gegenüber äußern, das Chaos am Schalter, das Sie selbst nicht beeinflussen können. Aber jetzt z.B.,: wenn es einen akuten Stressor gibt, irgendein Zwischenfall in der Ambulanz, eine Sache, die einen überfordert, weil man so eine Situation nicht jeden Tag hat. Wie reagiert

die Pflege da? Wie fühlt sich die Pflege, wenn sie das berichten würde und wenn man davon ausgeht, dass diese Situation für diejenige unangenehm war?

A.: Ich denke mir, das kommt ganz darauf an mit wem ich darüber rede. Und ich glaube, dass man solche Situationen nur mit Leuten bespricht, die man wirklich gut kennt, zu denen man Vertrauen hat.

F.: Weil man damit was zugibt?

A.: Möglicherweise. Ja.

F.: Was hemmt die Pflege da mit jemanden darüber zu sprechen, dass sie in eine Situation geraten ist, der sie sich nicht gewachsen gefühlt hat vielleicht?

A.: Man gibt ja damit zu, warum gerate ich in eine Situation mit Stress, weil ich was nicht gefunden habe, weil ich was nicht gewusst habe, nicht schnell genug reagiert habe, das verursacht Stress und solche Dinge gibt man eben nicht gerne zu.

F.: Ist das möglicherweise der Grund, dass man so vehement behauptet, weil man eben nicht gerne zugibt, dass man was nicht kann, dass das einem dazu bewegt zu sagen, dass man ja eh gleich gut ist wie in der Routine?

A.: Ja das ist wahrscheinlich der eine Punkt oder es ist wirklich so, vielleicht bildet man sich, so wie ich es zuerst gesagt habe, dass wenn es wirklich eine Akutsituation ist, dass man durch den Adrenalinstoß besser funktioniert. Ich glaub schon, dass das so ist. Ich habe das in Situationen im Schockraum bei mir selber so erlebt, ich glaube schon, dass das so ist, dass man sich nachher denkt, wie habe ich das eigentlich geschafft? In der Situation funktioniert man und deshalb sagt man, das war zwar stressig, aber ich habe trotzdem super funktioniert und es hat gepasst. Funktioniert es nicht, dann will man weder vor sich selbst, noch vor den anderen zugeben.

F.: Weil man glaubt, man ist die einzige, der so was passiert? Und warum glaubt man, dass man der einzige ist, weil so wenig darüber geredet wird?

A.: Das sicher und ich denke mir, das sind die jungen Kolleginnen eher, weil sie noch unerfahren sind und bei den älteren und das ist ganz sicher so dann heißt's na ja die Alte. Ich habe das Gefühl ich gehöre zum alten Eisen, weil ich z.B.: den Computer nicht mehr so beherrsche, vielleicht mit den Neuerungen vielleicht nicht mehr so hundertprozentig mitkomme, das sage ich doch nicht laut. Weil da bist du sofort abgestempelt und auf die Seite geschoben.

F.: Von wem?

A.: Von den Kolleginnen einerseits, natürlich auch von von der Führung. Jedenfalls. Also das will man sicher aus dem Grund nicht zugeben.

F.: Man ist nicht mehr so leistungsfähig und man hat daher keinen Anspruch auf Arbeitsplatz auf was auch immer, keine Daseinberechtigung?

A.: Ja, manche empfinden es sicher so.

F.: Habe ich Sie jetzt richtig verstanden man spricht relativ wenig über stressige Situationen, denen man nicht gewachsen war und das deswegen Stress ausgelöst hat, weil man damit eine Unzulänglichkeit zugeben würde?

A.: Ja und wenn dann nur einer Person, der man vertraut und von der man weiß, das geht jetzt nicht bei der Tür raus.

F.: Hätten Sie eine Idee, was es einem leichter machen könnte, dass der Ablauf in bestimmten Situationen, in die man nicht häufig kommt, dass die besser funktionieren?

A.: Training von, z.B.: so wie wir jetzt wieder gemacht haben, den Reanimationskurs, weil man sich dann sicherer fühlt in der Akutsituation, dann Deeskalationstraining, wo also Konflikte und das kann man trainieren, wie man besser reagiert darauf, das macht einem weniger Stress dann, das weiß ich aus eigener Erfahrung, das ist so.

F.: Was könnte einem noch helfen außer Training? Leitlinien oder SOP`s. Glauben Sie, dass eine die in einer solchen Situation helfen können?

A.: Kann ich mir vorstellen, aber ich weiß es nicht. Es kommt darauf an, wenn das wirklich eine Akutsituation ist, dann hat keiner Zeit, dass ich irgendwo nachschau.

F.: Diese Leitlinien müssten ja auch durch Training intus sein!

A.: Ja, z.B.: das VOM, das wir jetzt haben an unserer Abteilung finde ich an und für sich eine gute Sache, es hat meiner Ansicht nach nur ein Manko, dass wir es nicht in schriftlicher Form aufliegen haben, sondern am PC. Es gibt immer noch die Scheu vorm PC bei vielen da, die steigen einfach nicht ein, die schauen sich das einfach nicht an und ich weiß nicht genau, ob jetzt das Inhaltsverzeichnis jetzt schon drinnen ist, das hat ja gefehlt am Anfang und ich muss ehrlich sagen ich habe auch nicht gesucht, was ist alles drinnen, ich tue mir leichter, wenn ich eine Mappe aufschlage und ich schau jetzt im Inhaltsverzeichnis nach z.B.: Blutung oder Sachwalterrecht. Also die Leitlinien sollten griffbereit sein. Dann glaube ich werden sie auch genutzt.

F.: Also das Medium EDV ist für viele eher noch ein Hemmschuh?

A.: Ja.

F.: Haben Sie den Eindruck, dass die Pflege etwas an behindernden Rahmenbedingungen, die Stress auslösen im Alltag etwas ändern kann?

A.: Eigentlich schon. Es ist zwar meistens sehr schwierig und langwierig, aber ich glaube, dass wir was ändern können indem wir einfach immer wieder darüber reden, wenn man ein Problem hat mit den eigenen Kolleginnen oder auch einmal mit Kolleginnen von einer anderen Abteilung und vielleicht gemeinsam das Problem lösen kann. Oder wenn ich mir denke, wenn viele dieses Problem aufzeigen, dass man damit den oberen Etagen zeigt, dass man vielleicht doch etwas ändern sollte.

F.: Haben Sie ein Beispiel, dass die Pflege aufgrund dessen, dass ihnen bewusst war, dass Rahmenbedingungen die Arbeit erschweren und Stress bewirken, dass die Pflege da irgendwas in Bewegung gesetzt hat sodass es die ganze Firma, sprich der KAV geändert hat?

A.: Nein, da fällt mir nichts ein, aber eines ist mir ganz klar, wenn man nicht darüber redet wird sich nichts ändern.

F.: Was wissen Sie darüber, was Pflege in ihrer Ausbildung über Stress lernt?

A.: Zu meiner Zeit sicher noch nicht, von heute habe ich keine Ahnung.

F.: Zu der vorderen Frage ist KAV die Direktion oder ist KAV da im Haus?

A.: Der KAV ist die Firmenzentrale.

F.: Also nichts was man mit dem Chef dieser Abteilung klären könnte?

A.: Nein, dann fällt mir nichts ein. Alle Veränderungen gehen von der Abteilungsebene aus, übergeordnet nicht, aber von Abteilungschef oder Oberschwesternebene waren sicher einige Dinge, die geändert wurden, aber bis ganz hinauf, das kann ich nicht sagen.

F.: Gibt es Weiterbildungsthemen zum Stress?

A.: Ja, die gibt es, nur sind diese teilweise selbst zu bezahlen und das sind ganz schöne Beträge, die sich viele nicht leisten können oder wollen, was ich auch verstehe, weil wenn ich dieses Geld habe fahre ich vielleicht lieber in die Therme, ist vielleicht ein niedriger Beweggrund, aber es ist so.

F.: Findet diese Fortbildung in der Dienstzeit statt?

A.: Wenn man Glück hat und eine Chefin hat, die das einsieht und sie das ermöglichen kann ja, ansonsten hat man ein Pech gehabt. Sicher gibt es auch interessante Sachen innerbetrieblich, aber oft kann man durch die herrschende Personalsituation nicht gehen.

F.: Ich persönlich kenne die Fortbildungen zum Thema Stress eher in Kombination mit Burnout, als in der Kombination Stress macht etwas mit mir, was mich weniger leistungsfähig macht. Wie sehen Sie das?

A.: Das hätte ich auch so gesehen.

F.: Was tut die Organisation KAV bzw. wie unterstützt sie die Pflege um mit Stress gut umgehen zu können?

A.: Soweit ich das mitbekommen habe, ist der KAV mit allem einverstanden, was nichts kostet. Ob das jetzt Zeit der MA ist, was ja auch Geld für den KAV ist oder Geld zur Verfügung stellen soll. Er findet alles supertoll, nur zahlen will man nicht dafür. Das sind alles Eigeninitiativen von Abteilungen, die vom KAV solange gefördert werden, solange es dem KAV nichts kostet.

F.: Habe ich Sie richtig verstanden, dass ihnen nichts bekannt ist, dass der KAV irgendetwas unterstützt?

A.: Z.B.: Hätte es ein tolles Projekt bei uns an der Abteilung gegeben, das der KAV ganz super gefunden hat bis zu dem Zeitpunkt bei dem man über die Kosten sprach, dann ist es abgesetzt worden. Das wäre sicher eine gute Sache gewesen.

F.: Wie lange arbeiten Sie täglich, also jetzt für ihren Arbeitsplatz?

A.: 8 Stunden im Durchschnitt.

F.: Nehmen Sie regelmäßig Arbeit mit nach Hause?

A.: Nur punktuell, nicht regelmäßig, hin und wieder kommt es vor, dass ich mir Arbeit mit nach Hause nehme.

F.: Vom Umfang her ist es für Sie nicht erwähnenswert?

A.: Nein.

F.: Haben Sie den Eindruck, dass ihr Gehalt, das sie vom KAV beziehen Ihrem Arbeitseinsatz entspricht?

A.: Einerseits ja, weil ich mich nicht so schlecht bezahlt empfinde, auf der anderen Seite, wenn ich mir den Arbeitseinsatz von anderen Mitarbeitern des Hauses anschau, dann frage ich mich manches Mal schon, ob die, die mehr tun, als sie müssen nicht die Dummen sind.

F.: Die anderen Mitarbeiter sind jetzt Kolleginnen aus der gleichen Berufsgruppe oder?

A.: Nicht nur. Auch andere Professionen.

F.: Wir sind jetzt kurz unterbrochen worden, wir setzen bei der Frage nach dem Gehalt entspricht fort und was ich bis jetzt entnommen habe war, dass Sie sich manchmal fragen im Vergleich zu anderen ob es sich eigentlich auszahlt, wenn sie sich überdurchschnittlich engagieren, nachdem sie ja gleich viel Gehalt beziehen, wie die, die sich nicht engagieren.

A.: Ja, wobei ich engagieren jetzt nicht nur darauf beziehe, dass ich außer meiner normalen Arbeit noch etwas zusätzlich mache, sondern dass ich den Anspruch an mich habe, dass ich meine Arbeit ordentlich mache und andere das komplett vernachlässigen und das selbe Gehalt kriegen. Aber das bringt nicht dazu, dass ich meine Einstellung ändere.

F.: Dann komme ich nun zu meiner letzten Frage, wenn sie beantworten können oder auch wollen, nämlich, dass medizinisches Personal also auch Pflege und Ärzte im Vergleich mit anderen Berufsgruppen z.B.: Piloten oder Stewardessen bei der Frage nach Stress und seinen Auswirkungen viel schlechter abschneiden, also die Einsicht bei der Pflege nicht besteht und bei den Piloten sehr viel mehr. Wie erklären Sie sich, dass es zu so unterschiedlichen Aussagen zwischen den Berufsgruppen kommt?

A.: Ich glaube, dass die Kultur des Fehlers zu gebens und Stress in der Luftfahrt viel früher begonnen hat und dass deshalb früher begonnen hat, weil wenn was schief geht, ist man unmittelbar selber betroffen. Klar, wenn einem Patienten durch meine Schuld etwas passiert trifft mich das auch, aber ich bezahle es nicht mit meinem Leben. Es bereitet mir psychische Probleme vielleicht gibt es irgendwann einmal eine Gerichtsverhandlung, aber ich stürze nicht mit ab. Daher gebe ich als Pilot viel früher zu, dass mich etwas stresst bevor was passiert. Ich glaube, dass die direkte Betroffenheit ein riesen Punkt ist.

F.: Noch etwas, was Sie sich vorstellen könnten?

A.: Nein.

Danke für das Interview.

10.9 Interview 9

Seit unserem Projekt haben wir ein beruflich, persönliches Naheverhältnis und daher wird dieses Interview in der Du-Form abgehalten.

F.: Das Thema ist Stress und Stressanerkennung. Es ist ja wissenschaftlich erwiesen, dass sich Stress leistungsminimierend auswirkt und ein Gutteil der in Studie befragten Piloten schließen sich dieser Meinung an. Warum?

A.: Ich würde das gerne zweiteilen, nämlich etwas vorwegschicken. Es ist richtig, wenn man hinzufügt heute oder zuletzt, das war nicht immer so. Vor 20 oder 25 Jahren gab es hier eine völlig andere Welt. Und das ist schon Teil der Antwort, nämlich weil in den letzten 25 Jahren in der Luftfahrt maßgeblich Anstrengungen unternommen wurden um genau dieses Ziel zu erreichen. Die Methoden sind Reflexion über das Thema dass es existiert, sich dem stellen, darüber sprechen, am Beginn hören und lernen wie man damit umgehen kann und dann im Laufe der Jahre kam es dann wirklich zu einem Kulturwandel. Heute glaub ich kann man sagen, dass diese Feststellung weitgehend für alle Piloten gilt und die anderen eher zur Ausnahme zählen. Also Stressnichtanerkennung existiert mit Sicherheit auch noch, aber ist die Ausnahme. Es wurde damals schon vor ca 25 Jahren erkannt, dass hier ein Problem besteht, dass Menschen, die im sicherheitskritischen Bereich arbeiten, wie die Piloten, offensichtlich sich überschätzen, wenn es um Fragen geht wie: mindert Stress meine Leistungsfähigkeit, wie wirken sich andere physiologische Phänomene, wie Schlafentzug auf deine Leistungsfähigkeit aus, dass man sich eher überschätzt und unverwundbar fühlt und es gab eben auch Unfallberichte mit denen man das belegen konnte, dass das zumindest ein Faktor war, der beigetragen hat. Die Trainings haben sich darauf konzentriert, das überhaupt einmal zu thematisieren, das glaube ich ist überhaupt der wesentliche Punkt sich einmal rauszunehmen, sich hinzusetzen und über wesentliche Dinge zu sprechen, beim Stress war das eben so. Das heißt sich hinzusetzen und sich fragt, gibt es das bei uns, wie denken wir heute darüber nach, könnte das auch anders sein, was sagt die Wissenschaft dazu. Im Laufe der Jahre hat man dann auch die Techniken verfeinert und dann auch durch die verbesserte Simulation die Möglichkeit bekommen sich in Trainingseinheiten in aktuelle Stresssituationen zu bringen und dann darüber zu reden, wie man es hätte anders machen können, wenn man sich vorstellt, dass man das als Pilot über viele Jahre hinweg macht, regelmäßig, stellt sich irgendwann auch der gewünschte Kulturwandel ein und den haben wir erreicht.

F.: Du hast jetzt von Schulungen gesprochen, bzw. von neuen Techniken, kannst du da noch genauer sagen welche Schulungen und welche Techniken du meinst?

A.: Ja, das sind vielleicht die 2 wesentlichen Schienen, die das bedienen. Das eine ist das Simulatortraining, das hat dazu maßgeblich beigetragen, weil die Simulatoren die Wirklichkeit so drastisch nachbilden, dass dort wirklich Stress entsteht, das kann man filmen oder zumindest kann man dann im Debriefing darüber reden und reflektieren das ist der eine Teil, der findet regelmäßig statt zumindest 2 mal im Jahr, die andere Schiene sind eben die Seminare CRM = Crew Resource Management, die ebenfalls regelmäßig stattfinden, in verschiedenen Formen verabreicht werden quasi, wo das Thema Stress regelmäßig in den verschiedensten Zusammenhängen behandelt wird. Da wird dann auch ganz konkret über mögliche stressabbauende Maßnahmen, mentale Konzepte zu diesem Thema gesprochen, was wahrscheinlich

ein Schlüsselpunkt ist, Stress entsteht letztlich im Kopf, das sind glaube ich sehr hilfreiche Dinge, die mir persönlich im Berufsleben auch sehr weitergeholfen haben.

F.: Wie oft finden diese CRM-Trainings statt?

A.: Es gibt ein Training, das einen halben Tag stattfindet einmal im Jahr, dort sitzen Piloten und Flugbegleiter gemeinsam im Training. Es gibt ein Training, das alle 3 Jahre stattfindet, das 2 tägig ist, wo nur Piloten zusammen sitzen, wo man am meisten in die Tiefe gehen kann aufgrund der Dauer, die finden auch extern in einem Seminarhotel statt und es gibt punktuelle Trainings zu Anlässen. Z.B.: Wenn Copiloten zum Kapitän werden, dann gibt es ganz am Start der Karriere eine Initial-CRM oder wenn man Flugzeugtypen wechselt finden solche Trainings statt die sind zusätzlich zu den, zu Beginn besprochenen Training.

F.: Diese Trainings finden bei euch ja im Rahmen der Organisation statt, die sind Dienstzeit davon gehe ich aus?

A.: Das ist letztlich so, weil das Unternehmen verpflichtet ist durch den Gesetzgeber, das zu tun. Diese Trainings sind, wie wir sagen lizenzrelevant, das heißt der Pilotenschein wird verlängert, wenn man sein Simulatortraining macht, aber auch nur dann wenn man diese Trainings eingetragen hat. Es gibt Fälle, wo aus organisatorischen Gründen so ein Training ausfällt und anschließend 3 Piloten nicht fliegen können, weil ihre Lizenz abgelaufen ist und nur mit diesem Training wieder auflebt. Da ist man schnell erfinderisch und zaubert innerhalb von 24 Stunden Trainings aus dem Hut, aber das gibt es.

F.: Wie ist die Einstellung der Mitarbeiter zu diesem Trainings, ist das jedem bewusst, dass das eine notwendige Sache ist oder geht man deiner Einschätzung nach dort nur hin, weil es vorschrieben ist?

A.: Das ist sicher ein Punkt, generell wenn was zwingend vorgeschrieben ist, dann hat es einen anderen Stellenwert als wenn man aus eigener Initiative etwas anstrebt, aber ich würde allgemein sagen, dass weitgehend die Akzeptanz gegeben ist und es einen kleiner Teil gibt, der dem kritisch distanziert gegenüber steht.

F.: Die Piloten sind ja bekannt dafür, dass sie sehr strukturierte Vorbereitungsmaßnahmen haben, Briefings, SOP's,... würdest du meinen, dass sie hilfreich sind, was den Stressfaktor während eurer Tätigkeit betrifft?

A.: Ja, uneingeschränktes ja. Viele dieser Maßnahmen helfen den Stresslevel gering zu halten. Strukturierung von Information z.B.: helfen in einer guten Flugvorbereitung, wo man die Vielfalt von Informationen schon aufbereitet und strukturiert bekommt, hilft als wenn man sich das Ganze aus einem riesigen Haufen erst herausholen muss. Die Checklisten und die SOP's vereinfachen die Kooperation zwischen Piloten auch wenn man noch nie miteinander geflogen ist, da muss man sich nicht erst einspielen, sondern da gibt es ein so gutes Gerüst, dass man sich da gleich einmal zurecht findet, also die meisten dieser Maßnahmen sind da sehr hilfreich, ganz wenige gibt es vielleicht, die gut gemeint sind, aber manchmal das Gegenteil erreichen, aber ich glaube, dass sich das auch wieder selbst korrigiert, dass das System soweit lernfähig ist.

F.: Würdest du sagen, dass Piloten unter chronischen Stressoren wie z.B.: zu langen Arbeitszeiten, chronischen Schlafmangel oder hoher Bürokratie leiden? Und die zweite diesbezügliche Frage ist, was tut die Organisation mit diesen chronischen Stressoren?

A.: Ich denke es gibt chronische Stressoren, Zeitdruck ist mit Sicherheit einer der wichtigsten ganz oben auf der Liste. Schlafmangel, Zeitverschiebung und zum Teil sehr lange Arbeitszeiten sind ebenfalls Stressoren, einer der nicht genannt wurde ist grundsätzlich das Phänomen der einander widersprechender Ziele und als einen Stressor würde ich sehen, dass es immer wieder das Spannungsfeld zwischen der Wirtschaftlichkeit des Flugzeugs und oberster Priorität Sicherheit gibt. Das ist für Piloten mit Sicherheit ein Stressor, der immer wieder wirkt. Zu den Maßnahmen, ich denke, dass es einige sehr wirkungsvolle Schutzmaßnahmen gibt, das sind sicher, die von Gesetzgeber publizierten Arbeit- und Ruhezeiten, Vorschriften, Gesetze, da ist ganz klar, dass die maximalen Arbeitszeiten niedergeschrieben sind und der Arbeitgeber verpflichtet sich, verpflichtet sich daran zu halten. Das auf jede Arbeitszeit eine bestimmte Ruhezeit folgen muss, das ist auch in Kumulativen ein bestimmtes Maximum gibt, diese Berechnungen sind zum Teil hoch kompliziert und da gibt es eine richtige Organisation dahinter, die darauf achtet, dass diese Dinge eingehalten werden und das alle bietet schon einen gewissen Schutz. Innerhalb dieser Vorschriften gibt es Spitzen, wo wir als Piloten subjektiv oft das Gefühl haben das geht noch viel zu weit, aber im Vergleich zu anderen Berufsgruppen wie man weiß und hört sind wir in diesem Bereich ganz gut geschützt.

F.: Die akuten Stressoren ist Zeitdruck, fachliche Überforderung, die Verantwortung den Passagieren gegenüber, unklare Kompetenzen. Gibt es das, solche akuten Stressoren in eurem Berufsleben bzw. was tut die Organisation dagegen?

A.: Subjektiv habe ich das Gefühl, dass die Grenze zwischen den chronischen und akuten Stressoren ein bisschen schwimmend ist, wie das Thema Zeitdruck, das ist etwas, das generell quasi als Unterlage immer da ist, aber gleichzeitig gibt es natürlich Situationen, wo das akut der Fall wird. Um das vielleicht herzuzunehmen, ja es gibt auch den akuten Zeitdruck z.B.: Den Fall wo man binnen Minuten Entscheidungen treffen muss oder Lösungen finden für Probleme. Ansatz, der in der Luftfahrt hier gewählt wird und der glaube ich extrem wirkungsvoll ist, die wichtigsten dieser Notfälle vorwegnehmen quasi zu antizipieren und dafür ganz einfache strukturierte Vorgangsweisen einmal zu suchen, nur um einmal wieder neu einfädeln zu können und in die neue Handlungsfähigkeit zu kommen. Es gibt klassische Emergency-Checklistes, die teilweise auswendig gelernt werden müssen oder Emergency-drills bei der Kabinencrew, die z.B.: Notevakuierungen, wo man einfach gewisse Dinge, wo man weiß, dass akuter Zeitdruck gegeben ist, hoher Stresslevel da ist und nur mehr das Stammhirn arbeitet, diese einfachen Dinge, die sich über Jahre von Trainings und drills ins Stammhirn eingepägt haben, dass man die dort abrufen kann. Das ist sehr hilfreich um diese kurze Zeitspanne des akuten Stress zu überbrücken und dann kommt man wieder in eine ruhigere Phase.

F.: Das heißt es geht um Automatismen, die man für diese Art von Notfälle antrainiert?

A.: Ja, es gibt ein wunderschönes Video, das wir gemacht haben, mit einem Piloten, der einen extremen Notfall erlebt hat, der dort beschreibt, er hat genau in dieser Situation all seinen super strengen Fluglehrern gedankt, dass sie ihn immer wieder unter Druck gesetzt haben und gepeinigt haben mit diesen Drillsachen, weil genau in dieser Situation hat ihm das das Leben gerettet. Das ist ein schönes Beispiel und wirklich aus dem Leben gegriffen.

F.: Was hast du da für ein Gefühl, was die Organisation da tut? Sie stellen euch diese Checklisten zur Verfügung, habe ich das richtig verstanden?

A.: Ja, das Bereitstellen dieser Arbeitsmittel und letztlich die Trainingsmöglichkeiten, in denen diese Dinge dann geübt werden, z.B.: einmal im Jahr das so genannte Emergency-Training, in dem man z.B.: so Dinge wie Notevakuierungen bei Feuer, Rauch, Notwasserun-

gen wirklich übt, auch in relativ lebensnahen Simulationssituationen, wo es wackelt und raucht und man wirklich laut schreiend Leute aus einem Stück Flugzeugkabine über Rutschen evakuieren muss oder auch Feuerlöschübungen mit Feuerwehrprofis begleitet und unterstützt, das ist etwas was das Unternehmen beistellt um sicher zu stellen, dass alle diese Dinge auch gekonnt werden.

F.: Das findet, wenn ich das richtig verstehe, auch wieder in der Dienstzeit statt?

A.: Ja, alles.

F.: Was würdest du sagen, macht Piloten Stress? Wann tritt Stress für den Piloten auf?

A.: Es gibt vielleicht den klassischen Punkt, wo sozusagen die Anspannung jeder Cockpitbesatzung wahrscheinlich am höchsten ist und der bei jedem Flug stattfindet, das ist beim Start die so genannte Entscheidungsgeschwindigkeit der so genannte Entscheidungspunkt bei dem die Piloten entscheiden müssen, soll das Flugzeug abheben oder bleibt es am Boden, das ist dann der so genannte Startabbruch. Bei jedem Startvorgang gibt es diesen Punkt auf den es sich zuspitzt und der ist in der Theorie sozusagen, keine Zeitspanne sondern wirklich ein Punkt. Je näher man an diesen Punkt kommt, umso höher wird der Adrenalinpegel, laufen alle Systeme so wie sie sollen und wenn nicht, ist das ein Grund den Start abbrechen, was ein durchaus mit Risiken verbundenes Manöver ist oder kann man abschätzen den Start fortzusetzen in die Luft zu gehen und ist es dann möglicherweise mit einem technischen Problem zurück zu landen die bessere Wahl. Das würde ich sagen punktuell gesehen der höchste Stressor, weil er bei jedem Start stattfindet. Üblicherweise passiert überhaupt nichts, das Flugzeug hebt ab und es ist erledigt. Auf diesem Punkt bereiten wir uns auch sehr, sehr sorgfältig vor. Eben genau deswegen. Da gibt es auch einen ganz klassischen Drill, den wir üblicherweise vor jedem Start gemeinsam durchgehen und man evaluiert auch die wichtigsten Notfallmöglichkeiten, was werden wir tun, wenn...., die gehen wir auf jeden Fall laut, gemeinsam einer Checklist folgend durch, was einem hilft dort auch den Stresslevel in einem akzeptablen Maß zu halten.

F.: Ist das eine Art von Briefing?

A.: Ja, genau, das ist ein Briefing, in den Fall ist das Briefing die Methode um einen bekannten Moment des Arbeitsablaufes und bei dem hoher Stress ist, den Leuten zu helfen damit besser umzugehen.

F.: Wie glaubst du reagieren Piloten auf Stress, es wird wahrscheinlich nicht für jeden gelten, aber versuch es generell zu sehen. Stell dir vor, es kommt zu einer Stresssituation, eine nicht planbare Situation, die den Piloten stresst. Wie reagieren Piloten auf plötzlichen Stress?

A.: Ich glaube, dass sie in Grunde genommen ganz am Anfang genauso reagieren wie alle anderen Menschen mit allen dazugehörigen physiologischen Auswirkungen. Der wichtige Punkt ist genau diese Überwindung dieses kurzen Moments. Die Initialreaktion denk ich ticken sie genauso, weil in diesem Moment starke körperliche Veränderungen stattfinden und die kognitiven Leistungen, zumindest kurzfristig eingeschränkt sind. Wie schon vorher genannt, die Möglichkeiten die man uns zur Hand gibt wie Checklisten oder Drills helfen uns genau diesen Punkt leichter zu überwinden. Ich sehe das jetzt nicht so sehr als eine subjektive Leistung jedes Einzelnen, sondern eher als eine Systemleistung, eben weil man Dinge vorher sieht, weil man sich vorher überlegt, was man bestmöglich den Leuten an die Hand geben kann, damit sie das dann meistern, deswegen gelingt es und nicht so sehr, weil die Piloten

Superstars sind oder ganz besondere Individuen, obwohl natürlich auch in unserer Ausbildung oder nicht in unserer Ausbildung sondern in der Auswahl wir auf Stressresistenz untersucht werden. Aber das heißt wir sieben schon im Vorfeld etwas aus und Menschen, die sehr anfällig sind und bei stimmten Belastungslevels bereits hohe Stressauswirkungen zeigen, werden wahrscheinlich Selektionen oder Assessments dann nicht schaffen und so gar nicht ins System kommen.

F.: Kannst du ganz kurz sagen, was zum Beispiel während dieser Assessments gemacht wird?

A.: Ja, also es gibt die einfachsten Übungen, wo man das sehr leicht erreichen kann, das sind so multitasking Tests in denen gleichzeitig eine Übung auf einem Papier, eine komplizierte Fragestellung oder eine logische Lösung gesucht wird, gleichzeitig akustisch über Audio irgend eine Frage gestellt wird, die man auch irgendwo ankreuzen muss und vielleicht irgendwo auf einem Bildschirm irgendein Bild gezeigt wird mit dem man was machen muss und langsam die Taktzahl erhöht wird uns zwar bis in einen Bereich, wo klar ist jetzt sind nicht mehr alle Aufgaben zu lösen. Hier ist dann die Frage bleiben die Kandidaten relativ ruhig, kann er priorisieren, lässt bewusst das eine weg um wenigstens das andere zu erledigen oder kommt es zu einer Blockade im dem Sinn um Gottes willen ich schaffe das jetzt nicht mehr und die Klappe fällt.

F.: Wird dieses Auswahlverfahren vor der Ausbildung angesetzt oder dann im Rahmen der Anstellung?

A.: Vor der Ausbildung bevor sich die Unternehmen sich entscheiden ob sie jemanden in die Ausbildung nehmen. Der nächste Teil in diesen Assessments sind dann ganz einfache Flugsimulationsübungen wo dann auch der Stresslevelpunkt immer erhöht wird bis an den Punkt, wo man weiß ohne Vorbildung kann ein Kandidat das nicht mehr zu 100% schaffen und dann wird beobachtet wie geht man genau mit diesem Problem um. Also ich würde es drei teilen jetzt zum Thema Umgang mit Stress oder wie geht das System damit um: Am Eingang mit Auswahlverfahren, im Training bewusstes thematisieren und darüber reflektieren, am Simulator üben und sehen wie es einem geht und dann zur Hand geben von Checklisten, Drills, SOP's, das deckt das weitgehend ab.

F.: Was würdest du sagen, wie sich ein Pilot fühlt, wenn er einem Kollegen von einer Situation berichtet, die bei ihm Stress ausgelöst hat?

A.: Also, ich würde sagen, es gibt diese Gespräche, was vielleicht die Piloten schon mal ausgezeichnet im Vergleich zu anderen Gruppen, aber ich bin fest überzeugt, dass es niemanden angenehm ist. Also obwohl man weiß, dass Stress jeden betrifft, dass also es kein Makel unter Führungszeichen ist, ist es keinem Piloten angenehm zu sagen, puh ich war so im Stress, dass mit diese oder jene Masche runter gefallen ist oder ich diesen oder jenen Fehler gemacht habe. Also selbst mir persönlich ist das nicht angenehm, sondern ich brauche Überwindung, aber wir tun es.

F.: Freiwilligerweise, oder im Rahmen eines Fehlermeldeverfahrens, das bei euch im Falle eines aufgetretenen Fehlers Pflicht ist?

A.: Also wir haben einerseits diesen institutionalisierten Level ein Verfahren wird eingeleitet um was zu untersuchen und den informellen Level, der könnte im Cafehaus stattfinden. Nach einem langen Flug in irgendeine Destination abends beim Abendessen mit einem Kollegen,

wo eher durch ein Intimverhältnis vielleicht ein Gespräch entsteht, stell dir vor, was mir passiert ist. Und dazwischen gibt es dann diese Versuche durch vertrauliche Meldesysteme diesen Bereich ein bisschen systematisch zu erfassen und da glaube ich, Leute, die dort melden sind dann auch bereit zu beschreiben, was genau mit ihnen passiert ist und hier ist es natürlich so, wenn das ein anonymes Meldesystem ist und die Personen sozusagen mit ihrem Gesicht nicht irgendwo aufscheinen, dann redet es sich natürlich auch leichter.

F.: Hast du den Eindruck, dass die Piloten das Gefühl haben, z.B.: weil sie so eine Stresssituation erlebt haben, gemeldet haben, darüber berichtet haben, das sich dadurch in eurer Organisation die Rahmenbedingungen auch ändern können?

A.: Grundsätzlich, ja, wenn etwas Gravierendes vorfällt und in einer Untersuchung relativ klar festhalten lässt, dass es da einen Bereich gibt, dann ist das System lernbereit und das wird auch umgesetzt, manchmal sind es auch eher Trends, wenn es eine hohe Zahl von auf den ersten Blick unscheinbaren Ereignissen gibt auch daraus könnte eine Systemänderung entstehen. Also grundsätzlich gibt es das aber gleichzeitig würde man wahrscheinlich 100 Piloten finden, die sagen, jetzt habe ich das schon hundert Mal gesagt und es wurde nichts verändert, also ist wahrscheinlich auch die Perspektive wichtig.

F.: Aber das ist nicht gleichzusetzen mit der Ausweglosigkeit, dass sich etwas ändert?

A.: Nein gar nicht. Es gibt ganz bestimmte Kanäle, es ist vorgesehen, dass genau das geschieht, nämlich das System darauf reagiert auf solche Inputs.

F.: Würdest du sagen, dass sich die Tatsache, dass etwas passiert, natürlich, jemanden dazu bewegt auch über seinen persönlichen Stresslevel zu berichten?

A.: Mit Sicherheit, also die zwei Dinge spielen garantiert ganz eng zusammen. Nur wenn es dem System gelingt, den Leuten zu vermitteln, dass es interessiert ist an Information und auch gewillt ist was zu verändern, zum Wohle auch der Leute umso mehr solche Meldungen wird man kriegen umso bereiter werden die Leute sein etwas Einzubringen. Das ist ein sehr interessantes Spannungsfeld und das gelingt manchen Organisationen besser wie in der Luftfahrt und in manchen wenig gut.

F.: Du hast schon einiges über Schulungen im Rahmen eures Einstellungsverhältnisses gesprochen zum Thema Stress. Ist auch im Rahmen eurer Ausbildung Stress ein Thema?

A.: Ist im Lehrplan festgeschrieben in der Ausbildung zum Linienspiloten gibt es ein Unterrichtsfach, das wieder rum nennt sich Human performance Limitation, also das trifft schon genau im Titel einen Punkt und in diesem Fach gibt es genau eine eigenes großes Kapitel Stress und Stressmanagement, da wird der junge angehende Pilot/Pilotin das erste Mal mit diesem Thema konfrontiert, wenn auch vielleicht zunächst in der Theorie im Sinne von Lehrstoff lernen und wiedergeben können, Modelle verstehen, aber das ist ein relativ aufwendiger Unterrichtsteil, umfasst etwa 50 – 60 Unterrichtsstunden.

F.: Eure Ausbildung dauert wie lange?

A.: Die schnellsten Ausbildungsschienen mittlerweile knapp über ein Jahr bis 1,5 Jahre.

F.: Du hast jetzt schon einiges gesagt wie das Unternehmen die Piloten unterstützt, um mit Stress gut umgehen zu können. Gibt es sonst noch etwas was das Unternehmen dazu beiträgt um die Piloten zu unterstützen?

A.: Wahrscheinlich diese Ebene, wo wie vorher gerade waren, wenn es darum geht, wie glaubwürdig kann das Unternehmen dem Mitarbeiter signalisieren, dass sie an Meldungen interessiert sind und auch willig sind, dann das System auch zu verändern. Hier spielt sich generell diese Unternehmenskulturfrage ab, atmosphärische Bedingungen, wenn man so will, ich würde sagen, dass auf den Punkt gebracht, in einer Organisation in der die Führung glaubhaft und authentisch vorlebt und auch selbst signalisiert, dass es alle Anstrengungen zum Thema Sicherheit unterstützt, dass die Führung ein offenes Ohr hat für kritische Inputs, für Vorschläge zur Verbesserung auf diesem Gebiet, das ist einer der maßgeblichsten Beiträge, die die überhaupt leisten können. Die müssen aber von ihnen selbst kommen, die hängen stark von den Personen ab und die sind individuell ganz unterschiedlich, während das vorher Gesagte sind gesetzlich vorgeschriebene Maßnahmen, die man dann ein bisschen besser oder schlechter umsetzen kann, aber die fast im ganzen System alle betreffen, aber die wirklich guten, die unterscheiden sich von den nur Pflichterfüllern glaub ich am ehesten darin, dass sie eine hohe Sicherheitskultur leben und nach außen tragen und glaubwürdig transportieren.

F.: Da sind wir wahrscheinlich bei dem Thema, von dem du ganz am Anfang berichtest hast diesem Zwiespalt zwischen Wirtschaftlichkeit und Sicherheit, letztendlich muss die Führung diesen Grat wandern.

A.: Genauso ist es, wenn da die einzelnen Piloten das Gefühl haben, wenn ich eine Entscheidung treffe aus Sicherheitsgründen, die wirtschaftlich negative Auswirkung hat, dann steht das Management hinter mir und unterstützt mich, wenn ich die Sicherheitsfahne hoch halte, dann ist das sicher sehr positiv. Während in einer Unternehmenskultur in der die Angst im Nacken sitzt, dass man bei genau so einer Entscheidung einen Rüffel kriegt oder sogar, das gibt es noch auf der Welt Strafen für diese Dinge ausgesprochen werden, dort gibt es ein eklatantes Sicherheitsproblem.

F.: Wir haben viel über Führung gesprochen, was würdest du sagen wie die Luftfahrt mit Hierarchie umgeht?

A.: Sie geht bewusst damit um insofern, dass vor vielen Jahren klar wurde, dass diese Frage sicherheitsrelevant ist und die glaube ich wichtigste Antwort ganz am Anfang war, steile Hierarchie ist in dem Fall der Sicherheit nicht zuträglich. Die Kunst darin besteht und das reflektieren wir und diskutieren wir und da versuchen wir die Leute hinzubringen, dass es eine Hierarchie gibt, dass ganz klar ist, wer der Kapitän ist, wer das letzte Wort hat und andererseits die Hierarchie so flach ist, dass alle das Gefühl haben, sie sind mit eingebunden, sie gerade zu ermuntert werden sich einzubringen, um Entscheidungen auf breite Basis zu stellen und ein Maximum aus dem Team heraus zu holen. Klassisch maximal die Ressourcen nutzen. Das ist sicherlich auch etwas, was das Unternehmen erst lernen musste und wahrscheinlich auch ca. vor 25 – 20 Jahren damit begonnen wurde.

F.: Wie lange arbeitest du täglich, wöchentlich, monatlich, wie auch immer es leichter ist auszudrücken, bei eurer Art von Dienstzeit?

A.: Also ich antworte insofern fiktiv, als ich selbst in der glücklichen Lage bin ein Teilzeitpilot zu sein, was eher die Ausnahme ist, ich spreche jetzt aber einmal über einen normalen Vollzeitvertrag, da liegen die durchschnittlichen Arbeitszeiten bei 40 – 45 Stunden in der

Woche, wobei Arbeitszeit nicht ganz so leicht zu beantworten ist, weil wir untergliedern in die reine Flugzeit und in Vorbereitungszeit und Nachbearbeitungszeit und dazwischen teilweise Wartezeit, die manchmal ohne hohen Arbeitsaufwand sind. Also ich würde sagen der durchschnittliche Pilot, kommt in etwa auf 40 – 45 Stunden pro Woche. Dazu kommt, dass das natürlich mit Tagarbeitszeit, Nacharbeitszeit, Zeitverschiebung bei der Langstrecke so zugesagen gewürzt ist und als erschwerender Faktor dazu kommt im Vergleich zu einem normalen Bürojob von 8 – 16 Uhr, im Vergleich zum Gesundheitswesen, da ist das völlig selbstverständlich abgesehen von der Zeitverschiebung.

F.: Was das Gehalt entspricht, hast du den Eindruck, dass Piloten entsprechend ihrem Arbeitseinsatz Gehalt bekommen?

A.: Generell ja, ich persönlich sage ja, das gilt für die meisten renomierten Fluglinien, ganz sicher gibt es auch eine Trend in dieser Berufssparte, dass natürlich der wirtschaftliche Druck da ist und die Einstiegsgehälter für junge Piloten am Anfang ihrer Karriere sind heute mit Sicherheit weit tiefer als vor 10, 15, 20 Jahren der Fall war. Das liegt am allgemeinen wirtschaftlichen Druck, der auf den Fluglinien lastet und es kommt wahrscheinlich auf den allgemeinen Punkt, dass die Fluglinien meinen oder auch die reisende Öffentlichkeit meint, dass man sich das nicht mehr leisten kann, gut bezahlte Piloten, das wird sich irgendwann einpendeln durch den Markt, im Moment ist ein hoher Bedarf, was den Berufsstand der Piloten begünstigt und die Gehälter steigen tendentiell, aber es gibt auch Gegenbewegungen.

F.: Hast du Befürchtungen, dass das niedriger werdende Gehalt sich auch auf die Ausbildungsform auswirken könnte?

A.: Also, ich glaube schon. Ich bin sicher, dass es einen Zusammenhang gibt zwischen der Wertigkeit, die ein Unternehmen einer bestimmten Gruppe von Mitarbeitern gibt, die sich im Gehalt niederschlägt und dem Selbstverständnis dieser Personengruppe. Da spielt vieles hinein, wenn ich nur wenig bekomme, werde ich auch nur minimalen Einsatz bringen und nur das Minimum tun, was mir vorgeschrieben wird, das alleine kann schon negative Auswirkung haben, ich werde möglicherweise meine Aus- und Fortbildungen mit weniger Elan angehen, insgesamt bleibt der professionelle Anspruch auf der Strecke, wenn die immer schlechter werdende Bezahlung der Berufsstand abgewertet wird. Ich denke, das ist ein Sicherheitsthema über das diskutiert werden muss. Ein Phänomen, das glaube ich jetzt schon ganz markant ist, dass es mit sehr niedrigen Einstiegsgehältern und schlechteren Arbeitsbedingungen fast schon unmöglich wird gute Leute zu finden, die überhaupt einsteigen. Es gibt andere Berufe, die mehr bieten und auch da wird es mittelfristig ein Nachsteuern geben müssen, damit man wieder hochqualitative junge Leute wieder ins System einspeisen kann.

F.: Da wieder rum kann man dann wieder profitieren, dadurch dass sie sich identifizieren mit dem Unternehmen....

A.: Und mit dem Berufsstand. Das sind zwei unterschiedliche Dinge, beide sind wichtig. Die Berufskultur, der Berufsethos vielleicht ist gerade bei Piloten oder auch besonders bei Ärzten, das ist das sicher viel höher ausgeprägt als bei vielen anderen Berufen, das kann massiv leiden, wenn die Leute das Gefühl haben, na ja, so wichtig angesehen und wertgeschätzt sind wir eigentlich gar nicht mehr.

F.: Das ist eine sehr gute Überleitung zu meiner letzten Frage. Wir haben einander ja in unserem Projekt kennen gelernt und du hat Einblick bekommen in Werthaltungen, Einstellungen medizinischen Personals generell und ich würde dich gerne fragen warum du glaubst, dass

sich medizinisches Personal vehement weigert anzuerkennen, dass Stress leistungsminimierend wirkt?

A.: Also, ich glaube, dass es einige Vorbedingungen braucht um es eingestehen zu können. Ich gehe immer davon aus, dass jeder in seinem beruflichen Leben ein Selbstbild hat und das muss intakt sein in dem Sinn, ich bin da an einem Ort, ich leiste dort eine gewisse Arbeit, das muss positiv besetzt sein und stabil. Wenn man in die Situation kommt, wo man möglicherweise etwas zugeben müsste, was in Wirklichkeit im System völlig unverträglich ist, da kommt man in eine Art Dooblebind, das heißt egal wofür man sich entscheidet, man hat keine Lösung. Im System bleiben und nicht darüber reden, ist sozusagen die Entscheidung, dass es in einem unterschwellig arbeitet und nagt, man weiß es und spricht nicht darüber, man denkt auch gar nicht bewusst nach, aber es ist da der Stress ist da und man leidet, hingegen entscheidet man sich das einzugestehen und man sagt in Wirklichkeit ist es meine Leistung geht zurück steht man im Nachtdienst vor dem Problem, dass man nicht sagen kann, ich mach das jetzt nicht, weil erstens dafür nicht vorgebaut ist, das System möglicherweise nicht bereit ist Leute darin zu unterstützen in diesen Denkweisen und man keine Lösung vorfindet. Also der Weg ist vielleicht noch nicht aufbereitet. Da muss das System wesentlich auch dafür sorgen, dass das für den Einzelnen lebbar und auch überlebar im System ist zuzugeben, dass es so ist, wie es ist ohne, dass man aus dem System automatisch rausfällt, eine Arzt der sagt Stress schränkt mich stark ein und mehrfach seine Arbeit verweigert, nicht macht oder nur unter ganz besonderen Bedingungen, wird sich im jetzigen System vielleicht nicht halten können.

F.: Was sind das jetzt für Systemfaktoren, die davor zu etablieren sind?

A.: Ich glaube ein wesentlicher Beitrag ist das Thema Arbeits- und Ruhezeiten, wenn man in einem System ist, das so lange Arbeitszeiten zulässt und verlangt, dann kann man eigentlich nicht im System drinnen bleiben und gleichzeitig zugeben, dass man da nur bedingt leistungsfähig ist. In so einem System gibt es kein überleben unter dieser Denkweise. Dann institutionalisiert für alle den Rahmen bieten, dass das Thema zum Thema wird und darüber reflektiert wird und gesprochen wird und man nicht der Einzige ist, der zu der Erkenntnis kommt, weil sonst bleibt man ein Exote und wird ausgeschieden, wenn das ganze System das irgendwann akzeptiert und seine Arbeitsweise daran anpasst und Maßnahmen bereitstellt eben z.B.: wenn man nach viel zu wenig Schlaf zu einem akuten Problem gerufen wird, dass man sagt, ich brauche jetzt einen zweiten, auch wenn er nicht vorgesehen ist, der mich unterstützt, weil ich selbst nur mehr auf einem niedrigeren Level leistungsfähig bin, dann musste das das System bereitstellen können. Die Frage ist, ob das so einfach lösbar ist, aber zumindest muss man ein Forum schaffen in dem alle diese Dinge diskutiert werden, zumindest erste Lösungsansätze anbieten den Leuten, dann glaube ich können sie sich auch selbst die Erlaubnis geben sich so selbstkritischen Fragen zu stellen und über ein solches Thema zu reflektieren.

F.: Die Lösung, die ein Problem bedingt, muss demjenigen realistisch vorkommen, sonst wird er nie sagen ich brache, wenn er gleichzeitig weiß, wird nicht sein.

A.: Das könnte ihn so zusagen zwingen, dass er besser fährt gar nicht darüber nachzudenken und alles beim Alten zu lassen um sozusagen sein Modell nicht einstürzen zu sehen. Das Modell Gesundheitswesen ich als Pflegerin, ich als Ärztin, bei meiner Arbeit, das muss stabil sein, da muss man sich darin finden können und möglicherweise ist man gezwungen nichts anzutasten, weil Gefahr besteht es würde einstürzen und man einfach da nicht mehr hineinpasst. So kömmt man dann in eine Identitätskrise oder man bekommt die Reaktion des Systems zu spüren, man wird zum Außenseiter, man wird als Schwachpunkt abgestempelt in Wirklichkeit ist man das Gegenteil und man ist seiner Zeit voraus, das System hat aber mit

Sicherheit Abwehrmechanismen am Anfang und würde so einzelne Erscheinungen ausscheiden in einer selbst reinigenden Wirkung, aber wenn das ganze System dieses Thema angeht, dann würde diese Reaktion wahrscheinlich nicht stattfinden können.

Ich danke dir sehr für deine Ausführungen.

10.10 Interview 10

F.: Es ist wissenschaftlich erwiesen, dass sich Stress leistungsminierend auswirkt. Ein Großteil der in Studien befragten Piloten schließen sich dieser Meinung an. Warum glauben Sie ist das so?

A.: Also ich denke, dass mehrere Faktoren der Grund dafür sind. Das ist einmal, dass Flugpersonal selektiertes Personal ist, das heißt, wir unterziehen uns in einem Alter von 20 – 22 Jahren einer Selektion und im Rahmen dieser Selektion wird beobachtet oder festgestellt oder wird sogar dort schon direkt angeleitet, mit Stress entsprechend umzugehen. Also in einem Testverfahren, ich habe das damals in Zürich gemacht, wo man ein Segelflugzeug fliegen muss, sehr einfach, man hat da einen Steuerknüppel und vorne auf einem Bildschirm wird gezeigt, dass man sich jetzt in einem Segelflugzeug befindet und dann muss man Aufgaben lösen. Man muss einen Vollkreis fliegen, das muss sich genau in einer Minute ausgehen und dabei muss man genau 1000 Meter steigen oder sinken und während man dieses Flugmanöver dreidimensional durchführt bekommt man über Kopfhörer noch eine Aufgabe. Ich kann mich an eine Aufgabe erinnern, die hat geheißen „rechnen Sie $9 \times 21 : 27$. Wenn man von den fliegerischen Sollwerten abgewichen ist hat ein Lamperl zu blinken begonnen und umso stärker das geblinkt hat umso weiter war man abgewichen. Das war interessant, sobald diese Aufgabe gekommen ist, hat dieses Lamperl auf einmal immer stärker zu blinken begonnen. Dann hat man sich wieder stärker konzentriert auf das Fliegen, dann hat das Lamperl wieder weniger geblinkt und dann hat man fliegerisch alles unter Kontrolle, dann hat man sich gedacht jetzt muss ich schnell rechnen, aber wie hat die Aufgabe geheißen? Kaum hat man sich erinnert an die $9 \times 21 : 27$ hat das schon wieder zu blinken begonnen. Man ist wirklich abgewichen, dadurch, dass man sich auf die Aufgabe konzentriert hat und irgendwann musste man sich entscheiden, wie macht man es? Und meine Lösung war ich fliege das Flugzeug, das ist auch das was wir im Notfall tun. „First fly the aircraft!“ und das habe ich auch gemacht und nach dieser Minute hatte man 10 Sekunden Zeit das Ergebnis auf einer Rechenuhr einzustellen und einen Knopf zu drücken, dafür habe ich mich entschieden, 1 Minute fliegen und 10 Sekunden rechnen. Also da war schon sicherlich die Beobachtung vom Selektionsteam wie geht man mit Mehrbelastung um, wie teilt man sich es ein oder was sind die Prioritäten. Das nächste was glaube ich dazu kommt sind die regelmäßigen Schulungen, die Auflagen der Behörde sind, CRM-Trainings zu machen und das zentrale Thema bei diesen Seminaren ist immer wie geht man mit Stress um, wie ist das mit dem Situationsbewusstsein, Umgang mit Stressfaktoren. Das dritte, was noch dazu kommt ist ein von Anfang an gelehrter liberaler Umgang mit Fehlern. Schon in der Ausbildung, wird nach jeder Session, wird man in einer Nachbesprechung in einem Debriefing angehalten zusagen wie es für einem war und da wird auf jeden Fall dort schon erwartet, dass Kritikpunkte von einem selbst kommen, wo man sagt das war nicht in Ordnung, das ist mir schwer gefallen oder das habe ich sogar falsch gemacht. Damit auch der Lehrer weiß, wo steht der Schüler, wie empfindet der Schüler sein können, deckt sich das mit den Beobachtungen, die der Lehrer gemacht hat um in der nächsten Stunde dort direkt wieder ansetzen zu können.

F.: Da muss ich jetzt ganz kurz nachfragen. Fällt einem als Schüler das nicht schwer, wenn man Selbstkritik übt? Sagt dort jeder ehrlich, was einem nicht gut gelungen ist?

A.: Also man kommt sehr früh drauf, dass es auch sehr viel mit Tagesverfassung zu tun hat. Das heißt in der Ausbildung ist man meistens mit einem Kollegen zusammen und wenn man 15 – 20 Ausbildungssessions hat, dass einmal dem einem gut geht und dann wieder dem anderen. Aber die Selbstkritik ist wichtig und wird auch erwartet, wird auch ernst genommen auch im Alltagsleben. Die Fluglizenz gilt nur für ein halbes Jahr und dann geht es wieder auf den Simulator und dort muss man die Dinge tun um die Lizenz zu erhalten. Wir wissen fehlerfreie Sessions gibt es nicht, den perfekten Piloten gibt es nicht und es ist natürlich durch Simulatorbetrieb sehr gut beobachtbar durch den Fluglehrer, durch den Beobachter durch die Kamera, ob Fehler gemacht werden aus denen wir dann versuchen zu lernen. Oft ist eine Session, die perfekt abläuft und man geht hinaus ohne etwas mitzunehmen fast die etwas unangenehmere, als die wenn man hinaus geht und sagt aha, da waren jetzt 2 oder 3 Dinge, die möchte ich ab morgen anders oder besser tun, so dass ich etwas mitnehmen kann.

F.: Haben Sie also das Gefühl, dass wenn das eintritt ist das angenehmer, als wenn alles perfekt ist.

A.: Ja, weil wenn ich einen guten Tag habe und ich setze mich morgen in den Flieger, möchte ich es halt schon wissen, was ich besser machen soll.

F.: In der Testsituation ist es Ihnen lieber einen schlechten Tag zu haben und nehmen sich von dort etwas mit, als wenn sie dort einen guten Tag haben und sich nichts mitnehmen können.

A.: Ja, außer der Tag wäre so schlecht, dass er am Selbstvertrauen kratzt. Das wäre das nicht so gut, weil die Stresssituation am Simulator ist schon extrem hoch und da möchte man schon hinausgehen und ein gutes Gefühl zu haben.

F.: Warum ist die Situation im Simulator, der Stress, extrem hoch?

A.: Weil viele Dinge zusammen kommen, wie sie in der Realität selten vorkommen und weil man noch dazu, das Gefühl hat, das halbe Jahr läuft meistens sehr ereignislos. Abgesehen von den Arbeitszeiten, den Nachtflügen oder einmal schlechtem Wetter, aber Stresssituationen, dass man unterwegs ist, wo die Elektrik nicht funktioniert, wo ein Triebwerk brennt oder Rauch im Cockpit hat, also viele Dinge zusammenkommen, ist in der Praxis Gott sei Dank relativ selten, wo das vorkommt.

F.: Und die kommen dann im Simulatortraining vor. Das ist eine Art Prüfungssituation?

A.: Ja, das ist es schon. Ich muss auch zugeben, mit zunehmenden Alter fällt es zunehmend schwerer damit umzugehen und wenn es nur die Brille ist, die neu als Stressfaktor dazu kommt.

F.: Wenn ich kurz wiederholen darf es sind 3 Faktoren. Das Selektionsverfahren, das CRM und das Simulatortraining.

A.: Ja.

F.: Dieses CRM-Training, wie läuft das ab. Können Sie dazu etwas erzählen?

A.: CRM-Trainings für Piloten finden alle 3 Jahre 2 Tage statt außerhalb des Unternehmens, gemeinsam mit anderen Kollegen, aber gemeinsam auch mit Co-Piloten, was sehr wichtig ist.

16 – 20 Piloten, altersgemischt, Flottengemischt aber auch Kapitän und Copiloten gemischt. Dort werden sehr konkret Humanfaktoren, also auch Stressfaktoren anspricht, der Umgang mit Fehlern. Neuestes Modell nennt sich thraet and error management, wo es also um Bedrohungen geht um thraets, Bedrohungen von außen, z.B.: das Wetter (Nebel, Schnee und Eis, Gewitter), das jeden Tag eine Herausforderung darstellt, der zunehmende Flugverkehr, für die Kabinenbesatzung wäre ein thraet z. B.: der Zeitdruck, sie müssen vielleicht 150 Passagiere in 1 Stunde 20 Minuten versorgen und wo wir darauf konditioniert werden vielleicht schon bevor der error passiert schon im Vorfeld wahrzunehmen, wo sind die thraets. Es ist z.B.: auch ein thraet, wenn in einem Flugzeug zwei Kapitäne sitzen, der Fluglehrer z.B. Da sind wir eben darauf trainiert, das in einer Vorbesprechung zumindest zu erwähnen, dass man auf manche Dinge mehr Augenmerk zu legen hat, weil wir jetzt zu zweit als Kapitäne im Cockpit sitzen. Also das sind so Dinge, wo wir versuchen in den Trainings dafür ein Bewusstsein zu schaffen.

F.: Alle 3 Jahre 2 Tage finden diese Trainings statt?

A.: Ja und alle halben Jahre ein Vormittag, da ist auch die Kabinenbesatzung dabei, da werden Dinge besprochen, die den gesamten Flugablauf betreffen, weil der Flieger beim Cockpit nicht aufhört.

F.: Ist das Ihrer Meinung nach wichtig, dass das ganze Team das gemeinsam macht?

A.: Ja, weil da ist die jüngste Flugbegleiterin, 19 Jahre z.B.: mit dem ältesten Flugkapitän, 59 Jahre und es ist hoch interessant dort eine Problemsituation zu besprochen und dort zu hören, welche Empfindung hat eine Flugbegleiterin in der Kabine und welche Empfindung hat ein Flugkapitän im Cockpit. Das kann ganz unterschiedlich sein. Die Piloten wussten was los ist, die wussten was zu tun ist, die Flugbegleiter saßen hinten, hörten einen Knall und waren nicht im Bilde, was passiert ist. Im Training werden Filme gezeigt um einer Berufsgruppe Einblick zu gewähren in die Empfindungen, Sichtweisen oder Deutungen der anderen Berufsgruppe. Das erzeugt immer sehr interessante aha Erlebnisse. Das gegenseitige Empathie erzeugen ist wichtig. Was sind die Schwerpunkte in welcher Situation des Fluges für die andere Berufsgruppe, das ist sehr wichtig.

F.: Haben Sie das Gefühl, dass da die Akzeptanz da ist zwischen Cockpitbesatzung und Kabinenbesatzung und umgekehrt?

A.: Generell ja, speziell bei den jüngeren Mitarbeitern besser als bei älteren Personal, aber es gibt zu Beginn öfters ablehnende Haltungen, aber im Zuge dieser 4 Stunden, kommt es da zu sehr angenehmen Annäherungen. Zuerst gibt es Vorbehalte, diverse Dinge werden bagatellisiert, glauben wir nicht, kann nicht sein und wenn man aber die Meinungen der anderen aktuell, life hört, dann merke ich, dass einige beginnen nachzudenken und sagen aha wirklich, kannst du das noch einmal wiederholen, jetzt habe ich dazugelernt.

F.: Diese CRM-Trainer sind Piloten und Flugbegleiter. Hat die Kabinenbesatzung auch Trainings innerhalb der eigenen Berufsgruppe, wie die Piloten?

A.: Ja, die gibt es auch. In der Ausbildung, der Basiskurs, es gibt aber auch als Einstiegshilfe, wenn Mütter aus der Karenz zurückkommen wieder solche Kurse. Auch wenn sie Chef der Kabine werden, gibt es extra solche Trainings.

F.: Also ist das eigentlich eine Schulung, die einem während des Berufslebens immer wieder unterkommt?

A.: Ja. Ich finde das sehr wichtig, ein halber Tag ist zu wenig, aber auf jeden Fall notwendig. Besonders für die Teamarbeit ist das sehr wichtig, weil es für Verständnis sorgt, weil man sonst in seiner Tätigkeit abgekapselt agiert.

F.: Das ist alles Dienstzeit, diese Trainings?

A.: Ja, diese Trainings werden in Flugzeit umgerechnet, nach der wir bezahlt werden. Also 4 Stunden Training sind etwa 2 Stunden Flugzeit, nach der wir bezahlt werden. Wir unterscheiden Flugzeit und Arbeitszeit. Also als Arbeitszeit gelten die 4 Stunden voll, aber bezahlt werden eben nur ca 2 Stunden.

F.: Dann zu den chronischen Stressoren, die Piloten auch kennen, wie lange Arbeitszeiten, chronischer Schlafmangel, hohe Bürokratie, da wäre die Frage, was tut die Organisation dagegen?

A.: Also ich denke, dass es die Piloten haben, ganz sicher. Was tut die Organisation dagegen? Also in erster Linie würde ich sagen, es wird darauf geschaut, dass grundsätzlich die Einhaltung des Kollektivvertrages gewährleistet ist.

F.: Was tut die Organisation noch?

A.: Es gibt Reportingsysteme bei uns wo die Piloten als auch Flugbegleiter Ereignisse oder Vorfälle melden können und dieses Reportingsystem gibt es sowohl anonym als auch nicht anonym.

F.: Man kann sich aussuchen, welches man in Anspruch nimmt?

A.: Ja, es kommt darauf an um welche Belange es geht, wenn es um technische Belange geht, die das Flugzeug betreffen, dann unterschreibe ich als Kapitän dafür. Es gibt einen sogenannte Pilot voyaged report, wo ein Pilot über Mißstände auf Aussenstationen während des normalen Flugbetriebes eine Meldung absetzt mit seinem Namen und dann gibt es aber auch noch Vorfälle, die an Bord passieren, die man analysiert haben möchte damit sie eingehalten werden, dann gibt man ein Safety-mail ab an den Safety-officer, das ist ein spezieller Pilot, der für Sicherheitsbelange zuständig ist, der gibt etwa alle halben Jahre eine Broschüre heraus mit sicherheitsrelevanten Ereignissen, die im Flugdienst passieren. Da wollen sehr viele Piloten, dass das anonym abläuft und geben einen Report ab über das was erlebt wurde ohne ihren Namen zu nennen, aber was für die anderen einen sehr hohen Lernfaktor hat, weil sie sich darüber austauschen. Es ist wichtig für die Fliegerkultur, vielleicht zu wissen, hallo auf dem Flughafen dort ist das und das passiert, was vielleicht auch mit einem eigenen Fehler eines Piloten zu tun hat, aber wo man sich denkt, ich möchte nicht, dass die anderen den gleichen Fehler begehen oder in die gleiche Falle tappen.

F.: Das schickt man elektronisch ab?

A.: Nein handschriftlich, das wird in einen Postkasten eingeworfen.

F.: Um auf den Kollektivvertrag zurück zu kommen, das bezieht sich auf die Arbeitszeit. Kollektivvertrag einhalten heißt Arbeitszeit einhalten.

A.: Ja, Ja.

F.: Akute Stressoren, kennen die, die Piloten auch? Was würden Sie sagen, was zu den akuten Stressoren bei den Piloten zählt?

A.: Also die akuten Stressoren, sind sicher lange Arbeitszeit, wir können ja bis zu 13 Stunden im Flugzeug sitzen, das ist das kollektivvertragliche Limit, das gesetzliche Limit sind sogar 15 Stunden. Wir können bis zu 4 Flügen absolvieren pro Tag, bei moderaten Wetterbedingungen und da ist einem schon klar, dass man speziell beim 3. oder 4. Flug dann schon einen sehr ereignisreichen Tag hatte und wo man dann schon darauf trainiert ist besonders aufzupassen, dass man vielleicht schon sehr müde ist, es geht man dann so weit, dass man sich mit dem Copiloten austauscht und Maßnahmen abspricht, weil man so müde ist.

F.: Dass man sagt, du ich bin jetzt müde, bitte sag mir rechtzeitig, wenn dir was auffällt.

A.: Ja, genau.

F.: Zeitdruck, was würden Sie dazu sagen?

A.: Zeitdruck auf jeden Fall, vielleicht für die Kabinenbesatzung noch mehr als für uns Piloten, aber für uns natürlich auch, der Luftraum wird dichter, die Flugzeiten werden immer konkreter vorgegeben, ahm bei Abflugzeiten, die mehr als 3 Minuten verzögert sind, sollte man es schon begründen können, also hat es hat sehr viel mit Zeitdruck zu tun und das macht sehr viel Stress, obwohl man darauf achtet, wie soll ich das jetzt sagen, man versucht den Flugablauf, das nicht beeinflussen zu lassen, sondern dass man sich beobachtet uns sagt, jetzt mache ich mir keinen Stress, das Flugzeug fliegt, mehr als schnell fliegen kann ich nicht, man versucht selbst zu beobachten, dass man sich nicht selbst in was hinein theatert.

F.: Das ist also ein übergeordneter Zeitdruck, den man da hat, Flugpläne einzuhalten.

A.: Ja, genau das ist es, weil die Passagiere dann ihre Anschlussflüge nicht mehr bekommen, es hat also auch etwas mit Verantwortung den Passagieren gegenüber zu tun oder auch der Organisation gegenüber. Diesen Zeitdruck den spüren Kapitäne wesentlich stärker denke ich als Copiloten.

F.: Warum?

A.: Weil ich denke der Kapitän schon eher der Beauftragte der Organisation oder des Unternehmens ist. Auch der Teamleader der Verantwortliche des Tages, dass die Technik funktioniert, dass die Crew in Ordnung ist, aber natürlich auch Auftragserfüller unter Führungszeichen. Der Copilot spürt das nicht so direkt, ich finde diese Mischung ist sehr gut, es wäre z.B.: nicht so würde 2 Kapitäne drinnen sitzen. Also oft so zum Neutralisieren des Zeitdrucks, jetzt bezüglich Pünktlichkeit, ist es oft wichtig, den Copiloten zu spüren, der den Druck eben nicht so hat.

F.: Dass der ihm sagt, jetzt lassen wir uns da nicht irgendwie Druck machen, lieber die Sicherheit bevor was passiert?

A.: Genau, der ist im Training auch schon angewiesen, solche Dinge anzubringen, wo man als Kapitän dann anfängt nachzudenken, die einem helfen aus dem Tunnelblick herauszukommen, der gefährlich ist. Der Tunnelblick, wo sich der Blick einengt und man fokussiert und

man dann nur mehr eine Sache wahrnimmt. Das wichtigste scheint dann nur mehr zu sein pünktlich zu sein und alles andere ausblendet.

F.: Meinen Sie das so, dass derjenige der die Gesamtverantwortung hat über den Prozess über den reibungslosen Ablauf in dem Fall der Flugkapitän, dass der unter einem größeren Stress befindet, als der der sich nicht für den Gesamtprozess verantwortlich fühlt?

A.: Ja, definitiv.

F.: Was tut die Organisation jetzt gegen diese akuten Stressoren, wenn Sie jetzt diesen Zeitplan nicht einhalten, was haben Sie dann für Konsequenzen seitens ihrer Organisation zu spüren?

A.: Direkte Konsequenzen nicht, es ist so, dass es die Möglichkeit gibt sich darüber auszutauschen, wo liegen vielleicht jene Punkte, wo man bei Zeitablauf was verbessern kann. Wir werden schon angehalten immer wieder Meldung abzugeben, kann man bei gewissen Abläufen Zeit einsparen, wo kann man effizienter arbeiten, welche Wege kann man direkter gestalten, da hat sich sehr viel getan in den letzten Jahren, durch die Reportingsysteme, wo vielleicht vor 10 Jahren noch wichtig war die Dienstpläne genau einzuhalten oder Dinge wo man der Meinung war, dass das oder das nur Flugkapitäne dürfen, dann ist man dazu übergegangen, dass man fragt warum und jetzt ist man über gegangen, dass auch Copiloten das dürfen. Flachere Hierarchien, mehr Liberalisierung und mehr Offenheit.

F.: Das ist seitens ihrer Firma eingefordert worden?

A.: Ja, aber es ist auch von den Copiloten eingefordert worden. Sie sind in der Ausbildung ja auch schon so erzogen Durchsetzungsvermögen zu zeigen, weil sie bei der Selektion schon danach ausgesucht werden.

F.: Von Seiten der Organisation werden sie aber nicht gefragt, warum der Zeitplan nicht eingehalten wurde. Es geht nur um die Effizienz steigernden Maßnahmen es geht nicht um Vorwurf?

A.: Nein es geht nicht um Vorwurf. Es geht nur darum Abläufe besser zu erkennen um sie besser strukturieren zu können.

F.: Warum gibt es keine Vorwürfe, das kostet ja auch Geld die Organisation?

A.: Ich denke, grundsätzlich geht man davon aus, dass jeder Pilot geschult und trainiert ist die Abläufe aus seiner Sicht bestmöglich zu gestalten. Das setzt das Unternehmen voraus, da vertraut das Unternehmen darauf. Auch eine gewisse Selbstkritik ist da Grundvoraussetzung. Es gibt auch Fälle, wo die Crew die Ursache für eine Verspätung ist, aber auch dort wird signalisiert, wenn man kundtut, der Fehler liegt bei uns und man hat eine sinnvolle Begründung, dann ist das in Ordnung. Die Firma möchte nur wissen, was steckt dahinter.

F.: Was glauben Sie wie Piloten auf Stress reagieren. Trotz Ausbildung, trotz Training?

A.: Ich denke sicher Ungeduld, der eine oder andere wird sehr still werden, oder eher cholerisch, das aber selten, weil der Cholerika keine lange Überlebenschance hat, weil man im Cockpit auf sehr engem Raum über viele Stunden gemeinsam arbeitet.

F.: Was die Teamfaktoren betrifft?

A.: Ja, genau. Zeichen von Stressfaktoren Müdigkeit und vielleicht Krankheit. Da haben wir zwei Vorteile, die für uns wichtig sind. Es ist ganz eindeutig geregelt, dass wir dafür verantwortlich sind fit im Dienst zu erscheinen und das zweite ist, dass es keine Konsequenz im Unternehmen hat, wenn wir uns krank melden.

F.: Können Sie schätzen, wie hoch die Fehlzeiten wegen Krankheit sind?

A.: Etwa 2 Woche im Jahr für Piloten und Flugbegleiter, wobei ich glaube, dass es bei den Flugbegleitern hoher liegt. Das hat mit den Arbeitsbedingungen was zu tun, bei uns haben sie den gleichen Kollektivvertrag, das ist nicht bei allen Fluglinien so, aber ich glaube die physische Arbeitsbelastung ist dort höher, als für uns Piloten. Bei den Piloten ist die Belastung vielleicht mehr psychisch zu sehen.

F.: Ist die Tatsache, dass sie wissen, wenn Sie in eine Situation kommen, die für Sie neu ist, dann wissen Sie wo Sie nachschauen können, wichtig?

A.: Ja, auf jeden Fall, aber wichtig ist es, dass man es anspricht, also wir scheuen uns nicht oder genieren uns nicht zu sagen, dass etwas für uns neu ist. Unlängst bin ich mit einem Copiloten einen Flughafen angeflogen, wo es ein speziellen Manöver gibt, der hat mir gesagt, dass er das noch nie erlebt hat, das war für mich sehr wichtig, zu wissen, sonst hätte ich mich die ganze Zeit gewundert, so habe ich aber von Anfang an gewusst, dass ich sagen muss worauf er schauen muss usw. Ich konnte mich einstellen.

F.: Diese fachliche Überforderung für den Copiloten ist dem das nicht unangenehm, das zu sagen?

A.: Nein, dem jungen schon gar nicht, weil der kann die Erfahrung einfach nicht haben. Dem älteren Copiloten vielleicht schon. Ich denke, es hat was damit zutun, welchen Blickwinkel hat man auf das Thema Verantwortung. Beim jungen Copiloten ist es legitim zu sagen das weiß ich nicht, wenn er dann älter wird, dann steigt das Verantwortungsbewusstsein und dadurch wird es getan. Die Hintergründe oder der Antrieb ist vielleicht ein anderer. Den Macho im Cockpit gibt es eher nicht.

F.: Wenn ein Pilot über eine solche Stresssituation spricht, wie fühlt er sich, geht ihm das leicht von der Hand?

A.: Also ich denke wir bewegen uns schon darauf hin, dass es einem immer leichter fällt und wir uns selbst immer mehr daran gewöhnen es zu tun und wenn es früher bei älteren Kapitänen noch denkbar unmöglich war, und wenn, dann mit schlechtem Gefühl und jetzt wird es immer möglicher mit viel weniger schlechtem Gefühl. Hier gibt es einen Entwicklungsprozess ohne es in uns zu bewerten, die junge Generation geht mit gutem Beispiel voran, die das völlig ohne Vorbehalte sagen kann.

F.: Und die kann das so sagen, weil sie das in der Ausbildung schon so vermittelt bekommt?

A.: Ja, ich denke es ist ein Teil der Organisationskultur, wo man mit hineingezogen wird, obwohl man vielleicht gar nicht so ein Typ wäre aber im Rahmen dieser Kultur, dieses Settings, dieser Teamarbeit ist es einfach eine allgemeine Verhaltensweise.

F.: Ja, aber wer macht die Kultur? Was hat die Kultur verändert? Was war die Initialzündung?

A.: Ich glaube, dass ganz am Anfang ein Bedarf präsent ist, der unter der Oberfläche wahrgenommen wird. Irgendjemand hat dann den Mut Dinge anzusprechen und das ist der Punkt, wo ein Keim gesetzt wird, und diesem Neuen schließen sich dann immer mehr an und dadurch wird das dann zu einem Prozess. Bei uns war das auch nicht von heute auf morgen möglich, aber sehr viel hat mit dem Erkennen des Bedarfs zutun. Das zweite ist der Mut zur Veränderung, die Leute auch neugierig zu machen. Bei uns gibt es ein System der Flugdatenaufzeichnung, das hat am Anfang, wie man den Piloten gesagt hat, du wirst beobachtet, dein Flugverhalten wird aufgezeichnet, das hat am Anfang ein massives raunen bei den Leuten ausgelöst. Wo ist da die Datensicherung? Viel Aufklärungsarbeit hat dazu geführt, dass der Großteil sagt, ich nehme in Kauf einmal aufgezeigt zu bekommen, dass ich mich irgendwann einmal außerhalb des Limit bewegt habe, weil unser großes gemeinsames Ziel ist so sicher wie möglich zu operieren. Das eigene Ego wehrt sich und steht am Anfang im Vordergrund natürlich, vielleicht Kritik zu bekommen sich rechtfertigen zu müssen, dass etwas nicht optimal gelaufen ist, aber dann wird man einsichtig, wenn man merkt es wird aufgezeigt, aber es hat keine direkte Konsequenz, außer es fällt so extrem aus dem Rahmen und wir können das als Organisation nicht dulden. Lass uns in der Grauzone darüber reden und es hat Vorteile für dich und für die Organisation.

F.: Haben Piloten den Eindruck, dass wenn sie behindernde Rahmenbedingungen erkennen und aufzeigen, dass sie diese verändern können?

A.: Ja, ich denke es hängt natürlich auch davon ab, wo groß die Organisation ist. In kleineren Einheiten sind die Wege viel direkter, aber auch in größeren Organisationen ja, sie wird auch daran interessiert sein diese Informationen zu bekommen, wo man was besser gestalten kann. Seit 3 -5 Jahren geht man extrem gut darauf ein, wenn man finanzielle Auswirkungen dadurch erzielt.

F.: Was in den letzten 3 – 5 Jahren passiert?

A.: Der Konkurrenzdruck ist größer geworden.

F.: Wie viele Piloten hat die AUA?

A.: 600 die Lufthansa hat 4000 Piloten. Die Veränderungen brauchen natürlich Zeit, aber es ändert sich was, durchschnittlich dauert es 3 Monate meiner Einschätzung nach.

F.: Lernen Piloten etwas in ihrer Ausbildung über Stress, ja das haben wir jetzt schon mehrmals gesagt, es ist eigentlich berufsbegleitend ein Thema, dass Stress leistungsminimierende Auswirkung hat.

A.: Ja, berufsbegleitend, aber mit unterschiedlichen Blickwinkeln, mit anderen Zugängen. Einmal über die klassische Ausbildung und dann über die Trainings, wir nahmen die Dinge her, die im letzten halben Jahr passiert ist.

F.: Da könnte man sagen, dass es das ist, was die Organisation für die Piloten tut, um mit Stress besser umzugehen. Trainings zur Verfügung zu stellen usw. gibt es sonst noch etwas?

A.: Ja, das alles, auf die Arbeitszeit Rücksicht zu nehmen, aber auch die Verpflegung gibt es ab einer Flugzeit von 8 Stunden, das wird sehr begrüßt, auch als Signal der Wertschätzung

gegenüber der Mitarbeiter. Alles was ein bisschen zur Motivation beiträgt, macht Arbeitsbelastung ein bisschen leichter erträglich.

F.: Jetzt 2 persönliche Fragen. Können Sie sagen, wie lange Sie täglich, wöchentlich, monatlich arbeiten?

A.: Ich fliege Kurz- und Mittelstrecke, das heißt im Monat 9 Tage frei zu haben, heißt auch 6 Tage durchgehende Arbeitszeit möglich, pro Tag bis zu 12 Stunden. Nach diesen 6 Tagen muss min. 1 Tag frei sein. Wir nennen das 6er Blöcke und es kann sein dass man ca 8 - 9 Stunde pro Tag fliegt das heißt wir kommen in einer Woche auf eine Flugzeit von ca 50 Stunden, das ist die reine Flugzeit, dann kommen noch Zeiten dazu vor und nach dem Flug und zwischen den Flügen. Das kommt noch zur Arbeitszeit dazu das sind also dann ca 60 Stunden pro Woche in der Regel hat man 2 Tage frei, manchmal auch 3 Tage, vier Tage eher nicht.

F.: Haben Sie den Eindruck, dass ihr Gehalt ihrem Arbeitseinsatz entspricht?

A.: Ja.

F.: Letzte Frage. Medizinisches Personal weigert sich, dass sich Stress leistungsminimierend auswirkt. Haben Sie irgendeine Idee, warum das sein könnte?

A.: Also, mir kommt da was in den Sinn, irgendwann ist mir der Ausdruck Einzelkämpfer bewusst geworden. Vielleicht liegt es daran, ob man das Gefühl hat in seinem Arbeitsumfeld oder in seiner Ausübung seiner Tätigkeit eher ein Einzelkämpfer zu sein oder ein Teamplayer zu sein. Ich glaube da gibt es viele Faktoren, die damit zutun haben mit der eigenen Arbeitsweise, mit dem eigenen Verhalten, aber auch mit der Kultur, mit der Organisation, mit dem Management, sehen wir uns grundsätzlich als Teamplayer oder müssen wir unsere Reputation durch Einzelkampf erwirken. Das könnte einer der Ansätze dafür sein, dass ich glaube dass Ärzte eher das Gefühl haben Einzelkämpfer zu sein oder darauf schauen müssen ihren Bereich abzustecken um sich den Job zu erhalten, um sich die soziale Sicherheit zu erhalten. Bei uns treten diese Dinge eher in den Hintergrund, wir sind natürlich im Moment wo wir den Flug antreten verantwortlich, aber wir sind ein Zahnrädchen in diesem ganzen System, wo jeder die Möglichkeit hat ein bisschen was daran zu drehen und durch den Beitrag den man leistet, aber auch zu wissen, dass einer hinter einem steht, für den Fall dass einmal was nicht so gut läuft.

F.: Aber Piloten haben zum Unterschied zu Ärzten nicht das Gefühl, dass alleine durch ihre Leistung der ganze Sektor, der zu Flugzufriedenheit beiträgt, dass sie dafür alleine verantwortlich sind?

A.: Nein, das wissen wir genau. Ich habe zum Beispiel, das ist mir wichtig, die Stimmung innerhalb des Teams, innerhalb der Crew fühle ich mich für diesen Flug, für diesen Tag verantwortlich. Da habe ich wiederum das Gefühl einen hohen Einfluss darauf zu haben, als Kapitän.

F.: Sich für das Team verantwortlich zu fühlen beweist ja schon, dass man sich als Teammitglied sieht, weil Sie wissen, dass das Team für das Gelingen der Mission verantwortlich ist und keine Einzelleistungen. Sie fühlen sich für die Stimmung des Teams verantwortlich, weil sie wissen, dass nur wenn die Stimmung des Teams gut ist, das Gesamtergebnis ein gutes ist.

A.: Ja, ja. In der Medizin sind eher alle als Individualisten tätig. Aus der Verantwortung, der die Mediziner ausgesetzt sind, konnte man etwas lukrieren, was für die gesamte Organisation wichtig wäre. Vielleicht hat es auch etwas mit Angst zutun, warum man nicht bereit ist, Veränderungen zu machen. Vielleicht was bei uns noch ist, dass wir in der Kollegenschaft sehr nahe beisammen sind, wir fühlen uns mental sehr verbunden. Wir lassen es zu von anderen zu lernen, egal wie lange der fliegt, was der fliegt oder wo der fliegt. Und ich denke da tun sich die Ärzte vielleicht noch schwerer. Wahrscheinlich weil er seinen Bereich schützen muss oder das so vorgelebt bekommt. Es müsste mal eine Gruppe beginnen, zu sagen es passiert dir nichts wenn du das zugibst, ganz im Gegenteil du gibst 5% her und gewinnst 20. Sicherheit zu schaffen indem man Sicherheit gib, wenn man etwas zugibt für uns alle ein Zuwachs, ein Mehrgewinn wäre.

Ja, das wäre spannend.

11 Literaturverzeichnis

- Agency for Healthcare Research and Quality des U.S. Departments of Health & Human Services (9.2.2007) Patient Safety E-Newsletter, Issue No. 28 www.ahrq.gov/news/ptsnews/ptsnews28.htm - Abgefragt am: 17.9.2008
- Antonovsky, A.A. (1987) *Unraveling the mystery of health: How people manage stress and stay well*: San Francisco:
- Bachner, U. (1999) *Qualitätsmanagement im Krankenhaus*, Hannover, S.34)
- Barach, P., Small, S.D. (2000) Reporting and preventing medical mishaps: Lessons from non-medical near miss reporting systems. *British Medical Journal*, 320, 759 – 763
- Billings, C.E. (1999) The NASA Aviation Safety Reporting System: Lessons learned from Voluntary Incident Reporting. In: *Proceedings of Enhancing Patient Safety and Reducing Errors in Health Care*. Chicago, IL: National Patient Safety Foundation Conference
- Bogner, M.S. (Ed.) (1994) *Human Error in Medicine*. Hillsdale (NJ): Lawrence Erlbaum Associates inc., S: 13 – 25
- Bogner, M.s. (2004) *Misadventures in Health Care – Inside Stories*. Hillsdale, New Jersey: Lawrence Erlbaum Ass.
- Bovier, P., Bovier, M., Goehring, C., Künzi, B. (2005) Wie gesund sind die Hausärzte in der Schweiz? *Primary Care*, 5, Nr. 10, S. 222 - 228
- Brändle, B., Scheidegger, D. (2007) Aktives Fehlermanagement durch teamorientierte Arbeitskultur. *Schweizerische Ärztezeitung*, 88:8, 325 – 327
- Braun, P., Kemmler (1999) *Lufthansa-Sicherheitsstudie: Analyse von Flugsituationen und Entwicklung präventiver Maßnahmen*. Interner Bericht. Frankfurt/Main
- Brauner, R. (2006) Wie man Bomben entschärft. *Clinikum* 5/06, 50 - 51
- Dinges, S. (2005) Zur Etablierung einer neuen Fehlerkultur im Umgang mit Fehlern in der stationären Patientenversorgung. In: Holzer, E., Thomeczek, C., Hauke, E., Conen, D., Hochreutener, MA. (Hrsg.) *Patientensicherheit. Leitfaden für den Umgang mit Risiken im Gesundheitswesen*. Wien: Facultas Verlags- und Buchhandels AG. S. 77 – 82
- Dohr, W., (2005) *Patientenanwaltschaften in Österreich*. In: Holzer, E., Thomeczek, C., Hauke, E., Conen, D., Hochreutener, MA. (Hrsg.) *Patientensicherheit. Leitfaden für den Umgang mit Risiken im Gesundheitswesen*. Wien: Facultas Verlags- und Buchhandels AG. S. 104 – 110
- Domnowsky, M. (1999) *Burnout und Streß in Pflegeberufen. Ursachen, Wirkungen und Möglichkeiten zur Entlastung. Ein Leitfaden zur Psychohygiene*. 1. Auflage, Brigitte Kunz Verlag, Hagen
- Dörner, D. (1989) *Die Logik des Misslingens*. Rowolth, Reinbek
- Dörner, D., Kreuzig HW, Reither F., Stäudel, T., (1983) *Lohhausen: Vom Umgang mit Unbestimmtheit und Komplexität*. Huber, Bern
- Farthofer, A., Müller, W. (2003) *Auswertung des MEDMAQ, im Human Factors Projekt*
- Flammer, L., Kunz, C., Müller, W. (2006) *Projekt Endbericht – „Vom Risikofaktor Mensch zum Sicherheitsfaktor Mensch“*, das Human Factors Projekt

-
- Flammer, L. (2004) Ein Spital ist kein Unternehmen im herkömmlichen Sinn, und es ist kein Flugzeug. teamSICHER, Kommunikationplattform für Mitarbeiter, 2/04, 7
- Festinger, L. (1957) A Theory of Cognitive Dissonance. Stanford, CA: Stanford University Press
- Fengler, J. (2001) Helfen macht müde. Zur Analyse und Bewältigung von Burnout und beruflicher Deformation. 6. Auflage, Pfeiffer, München
- Glazinsky, R. Wiedensohler, R. (2004) Patientensicherheit und Fehlerkultur im Gesundheitswesen, Fehlermanagement als interdisziplinäre Aufgabe in der Patientenversorgung. Eschborn: Verlag Dr. Dr. Rolf Glazinsky
- Greif, S. (1989) Stress. In: Greif, S., Holling, H., Nocholson, N. (Hrsg.) Arbeits- und Organisationspsychologie. Internationales Handbuch in Schlüsselbegriffen. PVU, München, S. 432 - 439
- Grössenbrunner, P., Müller, W. (2005) Internes Fehlermanagement, Meldung, Analyse und Prävention von Fehlern, 10
- Haenggi, D., Heinzl, S. (2005) Fehlermanagement im Spital – ein Beispiel aus unserer Frauenklinik. Schweizerische Ärztezeitung, 86:27, 1680 – 1689
- Hansis, M.L., Hart, D., Becker-Schwarze, K., Hansis, D.E (2001) Medizinische Behandlungsfehler, Robert-Koch-Institut, Berlin: Springer Verlag
- Helmreich, R.L. (2000) On Error management: lessons from Aviation. British Medical Journal, 320, 781 – 785
- Helmreich, R.L., Foushee, H.C., Benson, R., Russini, W. (1986). Cockpit Resource Management: Exploring the Attitude-Performance Linkage. Aviation, Space and Environmental Medicine, 57, 1198-1200
- Helmreich, R.L., Schaefer, H.G. (1994) Team Performance in the Operating Room. In: Bogner, M.S., Human Error in Medicine. Hillsdale, New Jersey: Lawrence Erlbaum Ass. S. 225-253
- Helmreich, R.L., Wilhelm J.A. (1991) Outcome of crew resource management training. Int J Aviat Psychol 1, 287 – 300
- Hill Rice, Virginia, H.G. (2005): Stress und Coping, Lehrbuch für Pflegepraxis und -wissenschaft, Verlag Hans Huber
- Hochreutener, MA (2005) Fehlermeldesysteme im Dienste der Patientensicherheit, (NÖ Edition, Patientenrechte)
- Holt, R.W. (2001) Scientific Information Systems. Aldershot: Ashgate
- Holzer, E. (2007) Kernelemente mikroökonomischer Managementansätze - Qualitätsmanagement. In: Holzer, E., Bauer, H., Hauke, E., (Hrsg.) Wirkungsgeleitetes Ressourcenmanagement in öffentlichen Gesundheitsbetrieben. Wien: Facultas Verlags- und Buchhandels AG. S.167-252)
- Holzer, E., Thomecek, C., Hauke, E., Conen, D., Hochreutener, MA (Hrsg.)(2005) Patientensicherheit. Leitfaden für den Umgang mit Risiken im Gesundheitswesen. Wien: Facultas Verlags- und Buchhandels AG
- Institute of Medicine (1999) To Err is Human: Building a Safer Health System.

-
- Kaufmann, M., Staender, S., Below, G., Brunner, H.H., Portenier, L., Scheidegger, D. (2002) Computerbasiertes anonymes Critical Incident Reporting: ein Beitrag zur Patientensicherheit. Schweizerische Ärztezeitung, 83 (47), 2554-2558
- Kehrer, B. (2001) Errare humanum est. Von der Schuld- zur Fehlerkultur. Vortrag anlässlich Qualitätsmanagementtagung in Luzern
- Kehrer, B. (2002) Fortbildungsveranstaltung Risk Management. Luzern
- Killmer, C. (1999) Burnout bei Krankenschwestern. Zusammenhänge zwischen beruflichen Belastungen, beruflichen Kontrollbestrebungen und dem Burnout-Phänomen. LIT Verlag, Münster, Hamburg, London
- Kobasa, S.C. (1979) Stressful life events. Personality and health: An inquiry into hardiness. Journal of Personality and Social Psychology, 37, 1 - 11
- Kohn, L.T., Corrigan, J.M., Donaldson, M.S. (Eds.) (2000) To Err Is Human. Building a safer health system. Washington D.C.: National Academy Press
- Krepler, R., Hackl, J., Marzi, L.M. (2002) Recht im Krankenhausalltag. Wien: Lexis Nexis
- Kuhn, H., Below, G. (2003) „Melden Sie keine Flugzeugunfälle auf diesem Formular!“ Schweizerische Ärztezeitung, 84, 1399 – 1407
- Kunz, C. (2006): Persönliche Worte. TeamSICHER, Kommunikationsplattform für Mitarbeiter, 4/06, 5
- Kunz, P., Gpart, C. (2006): Unternehmensstrafrecht und Risk-Management im Gesundheitswesen. Medizinische Klinik, 2/06, 26
- Kühn, D., Luxem, J., Runggaldier, K. (Hrsg) (2001) Rettungsdienst. Urban & Fischer, Jena und Münschen
- Lantermann, ED., Döring-Seipel, E., Schima, P. (1992) Gefühle, Werte und Unbestimmtheit im Umgang mit einem ökologischen System. Quintessenz, München
- Lazarus, R.S. (1966): Psychological stress und coping process. New York: McGraw-Hill
- Lazarus, R.S., Folkman, S. (1984): Stress appraisal, and coping. New York: Springer
- Leape, L., Berwick, D. (2005): Five Years After To Err Is Human: What We Have Learned? The Journal of the Amerikan Medical Association, 293, 2384 - 2390
- Luf, G., (1998) Patientenrechte und Ökonomie in rechtsethischer Sicht. S 61, In: Kopetzki, C., Zahrl, J. (Hrsg) Behandlungsanspruch und Wirtschaftlichkeitsangebot, Wien
- Masuda, M, Holmes, T. H. (1967): Magnitude estimation of social readjustments. Journal of Psychosomatic Research, 11, 219 – 225
- Mayring, P. (2002): Einführung in die qualitative Sozialforschung. 5., überarbeitete und neu ausgestattete Auflage, Beltz Verlag, Weinheim und Basel
- Mazal, W. (2006): Verbandsverantwortlichkeitsgesetz: Haftungsdrohung als Chance. team-SICHER, Kommunikationplattform für Mitarbeiter, 4/06, 11
- Müller, W. (2004): Human Factors Basisseminar: Paris Charles de Gaulle oder der „Turbofaktor.“ TeamSICHER, Kommunikationsplattform für Mitarbeiter, 2/04, 4
- Pateisky, N. (2004) Fehlerkultur und Teamtraining, das „missing link“ im medizinischen Risikomanagement. Der Gynäkologe, 37, 73 - 77

-
- Rall, M., Manser, T., Guggenberger, H., Gaba, M.D., Unertl, K. (2001) Patientensicherheit und Fehler in der Medizin, Entstehung Prävention und Analyse von Zwischenfällen. *Anästhesiologie Intensivmedizin Notfallmedizin Schmerztherapie*, 36, 321 – 330
- Reason, J. (1990) *Human Error*, New York: Cambridge University Press
- Reason, J. (1995) Understanding adverse events: human factors. *Quality Health Care*, 4 (2), 80- 89
- Reason, J. (2000) Human Error: models and management. *British Medical Journal*, 320, 768-770
- Reichetzer, B. (2004) Canadian Corner, teamSICHER, Kommunikationsplattform für Mitarbeiter, 2/04
- Reichetzer, B. (2005) Canadian Corner, teamSICHER, Kommunikationsplattform für Mitarbeiter, 3/05
- Reichetzer, B. (2006) Canadian Corner, teamSICHER, Kommunikationsplattform für Mitarbeiter, 4/06
- Richardson, W.C. (1999) To Err Is Human: Building a Safer Health System. In: Kohn, L. T., Corrigan, J.M., (Hsgb.) *Institut Of Medicine*
- Rohe, J., Beyer, M., Gerlach, F.M. (2005) Aspekte zu Risiken aus der Sicht der Health Professionals. In: Holzer, E., Thomeczek, C., Hauke, E., Conen, D., Hochreutener, MA. (Hrsg.) *Patientensicherheit. Leitfaden für den Umgang mit Risiken im Gesundheitswesen*. Wien: Facultas Verlags- und Buchhandels AG. S. 14 - 19
- Roth, A. (2006) Fehlermanagement im Krankenhaus. Konzept zur Implementierung eines Fehlerverständnisses. Saarbrücken: VDM Verlag Dr. Müller
- Safety Pilot (2002) CF-Info, Safty Quality Bulletin, Lufthansa
- Semmer, N. (1997) Stress. In: Luczak, H., Volper, W. (Hrsg) *Handbuch Arbeitswissenschaft*. Schäffer-Pöschl, Stuttgart, S. 332 - 340
- Semmer, N. (2003) Individual Differences, Stresss und Health. In: Schabraq, MJ., Winnubst, JA., Cooper, CL. *Handbook of Work and Health Psychology (2.Aufl.)*, S. 83 - 120
- Sexton, J.B., Thomas, E.J., Hellmreich, R.L. (2000) Error, stress and teamwork in medicine and aviation: cross sectional suveys. *British Medical Journal*, 320, 745 – 749
- Selye, H. (1956) *The Stress of life*, New York: Mc Graw-Hill
- Sponsel, R., (2007) *Gesellschaft für allgemeine und integrative Psychotherapie, Deutschland*. Fehler, Behandlungsfehler, Kunstfehler – ein kritischer Beitrag zur Epidemiologie des Gesundheitssystems, das selbst ein wichtiger Faktor für Krankheit und Tod ist. 2/07
- St. Pierre, M., Hofinger, G., Buerschaper, C., (Hrsg) (2005) *Notfallmanagement. Human Factors in der Akutmedizin*. Heidelberg: Springer Medizin Verlag
- Thomeczek, C. (2001) Fehlerquelle „Mensch“. *Berliner Ärzte*, 38, 12 – 16
- Thomeczek, C., Olenschläger, G. (2006) Fehlermeldesysteme – aus jedem Fehler auch ein Nutzen?. *Rechtsmedizin*, 16, 355 – 360
- Thomeczek, C., Smentkowsky, U., Fischer, G. (2005) Glossar In: Holzer, E., Thomecek, C., Hauke, E., Conen, D., Hochreutener, MA (Hrsg.): *Patientensicherheit. Leitfaden für den Umgang mit Risiken im Gesundheitswesen*. Wien: Facultas Verlags- und Buchhandels AG

-
- Ulrich, E. (2001) *Arbeitspsychologie*, 5. überarbeitete und erweiterte Auflage, Vdf, Zürich, Schäfer-Pöschl, Stuttgart
- Waterman, A., Garbutt, J., Hazel, E., Dunagan, W., Levinson, W., Fraser, V., Gallagher, T. (2007) The Emotional Impact of Medical Errors on Practicing Physicians in the United States and Canada. *Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*, 8, 467 - 476
- Wehner, T. (1992) *Sicherheit als Fehlerfreundlichkeit*. Opladen: Westdeutscher Verlag
- World Health Organization (2005) *World Alliance for Patient Safety. WHO DRAFT GUIDELINES FOR ADVERSE EVENT REPORTING AND LEARNING SYSTEMS*. Geneva: WHO Press
- Woschitz-Merkac, M. (2006) Patientensicherheit - Patient Safety, Internationale und nationale Initiativen. *Medizinische Klinik*, 2/06, 10
- Wu, A.W. (2000) Medical error. The second victim. *British Medical Journal*, 320, 726-727