

## Team for survival – only a shared vision can save lives

### Thesis 5 of the Bad Boll Resuscitation and Emergency Talks 2023

A. Ramshorn-Zimmer<sup>1</sup> · A. Bohn<sup>2,3</sup> · H. Dormann<sup>4</sup> · B. Wolcke<sup>5</sup> ·  
T. Wurmb<sup>6</sup> · J.-T. Gräsner<sup>7,8,9</sup>

► **Zitierweise:** Ramshorn-Zimmer A, Bohn A, Dormann H, Wolcke B, Wurmb T, Gräsner JT: Team for survival – nur die gemeinsame Vision kann Leben retten. These 5 der Bad Boller Reanimations- und Notfallgespräche 2023. *Anästh Intensivmed* 2023;64:507–510. DOI: 10.19224/ai2023.507

## Team for survival – nur die gemeinsame Vision kann Leben retten

### These 5 der Bad Boller Reanimations- und Notfallgespräche 2023

- 1 Abteilung Klinisches Prozessmanagement, Bereich Medizinmanagement, Universitätsklinikum Leipzig
- 2 Ärztliche Leitung Rettungsdienst, Feuerwehr, Stadt Münster
- 3 Klinik für Anästhesiologie, operative Intensivmedizin und Schmerztherapie, Universitätsklinikum Münster
- 4 Zentrale Notaufnahme, Klinikum Fürth
- 5 Geschäftsstelle Qualitätssicherung Rettungsdienst, Ministerium des Inneren und für Sport Rheinland Pfalz, Mainz
- 6 Klinik und Poliklinik für Anästhesiologie, Intensivmedizin, Notfallmedizin und Schmerztherapie, Sektion Notfall- und Katastrophenmedizin, Uniklinikum Würzburg
- 7 Institut für Rettungs- und Notfallmedizin, Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, Campus Kiel
- 8 Deutsche Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin e. V., Nürnberg
- 9 Deutsches Zentrum für Reanimationsforschung (DZRF) e. V., Kiel

#### Interessenkonflikt

Die Autorinnen und Autoren geben an, dass keine Interessenkonflikte bestehen.

#### Schlüsselwörter

Interprofessionelle Versorgung – Herz-Kreislauf-Stillstand – Bad Boller Reanimations- und Notfallgespräche – Teamwork – Mental Health

#### Keywords

Interprofessional Care – Cardiac Arrest – Bad Boll Resuscitation and Emergency Talks – Teamwork – Mental Health

#### Zusammenfassung

Bei der kardiopulmonalen Reanimation handelt es sich um einen komplexen interdisziplinären und interprofessionellen Versorgungsprozess, der von der eigentlichen Patientenbehandlung über strategisch-dispositive Entscheidungselemente bis hin zu psychosozialen Interventionsmaßnahmen nicht nur das gesamte Portfolio der akutmedizinischen Versorgung, sondern gleichzeitig auch zahlreiche Akteure in der Versorgungskette integriert. Zusammen im Team wird dabei Verantwortung aktiv übernommen und geteilt.

Eine sektorenzentrierte Patientenversorgung ist in der Behandlung von Patienten mit plötzlichem Herz-Kreislauf-Stillstand weder zielführend noch nachhaltig. Das Fehlen etablierter Kommunikationselemente – insbesondere an den Schnittstellen der Patientenversorgung – führt zu aktiver Patientengefährdung und ist mit einem schlechteren Outcome assoziiert.

Deswegen müssen über den gesamten Behandlungsprozess hinweg alle beteiligten Berufsgruppen integriert werden – vom Leitstellendisponenten bis zum Intensivmediziner – mit nachhaltig geförderter Interaktion, einer offenen Kommunikation und strukturierten Feedbackmechanismen. Die Etablierung entsprechender Maßnahmen führt dabei nicht nur zu einer verbesserten Patientenversorgung, sondern fördert gleichsam die Arbeitszufriedenheit und psychische Gesundheit des Behandlungsteams und

wird auch von Dritten (z. B. Angehörigen) so wahrgenommen.

#### Summary

Cardiopulmonary resuscitation is not an isolated therapeutic measure, but a complex, interdisciplinary and interprofessional care process that not only integrates the entire portfolio of acute medical care, but instantly also numerous actors in the care chain, from the actual patient treatment to the strategic-dispositive decision elements and psychosocial intervention measures. Responsibility is actively assumed and shared together in the team.

Sector-centred patient care, on the other hand, is neither effective nor sustainable in the treatment of patients with sudden cardiac arrest. The lack of established communication elements – especially at the interfaces of patient care – leads to active patient risk and is associated with a poorer outcome.

Therefore, all professional groups involved must be integrated throughout the entire treatment process – from the control centre dispatcher to the intensive care physician – with sustainably promoted interaction, open communication and structured feedback mechanisms. The establishment of appropriate measures not only leads to improved patient care, but also promotes the work satisfaction and mental health of the treatment team and is also perceived as such by third parties (e. g. relatives).

## Hintergrund

Bei der kardiopulmonalen Reanimation handelt es sich nicht um eine isolierte Therapiemaßnahme, sondern um einen komplexen interdisziplinären und interprofessionellen Versorgungsprozess, der von der eigentlichen Patientenbehandlung über strategisch-dispositive Entscheidungselemente bis hin zu psychosozialen Interventionsmaßnahmen nicht nur das gesamte Portfolio der akutmedizinischen Versorgung, sondern gleichzeitig auch zahlreiche Akteure in der Versorgungskette integriert.

Das gemeinsame Behandlungsziel für den Patienten – das Überleben eines plötzlichen Herz-Kreislauf-Stillstands ohne schwerwiegende physische oder psychische Beeinträchtigungen – ist dabei zentrales Identifikationselement und Basis für eine starke Teamstruktur und die Entwicklung eines gemeinsamen kulturellen Verständnisses („Teamkultur“). Zusammen im Team wird dabei Verantwortung aktiv übernommen und geteilt.

Die bislang häufig praktizierte sektorenzentrierte Patientenversorgung ist hingegen in der Behandlung von Patienten mit plötzlichem Herz-Kreislauf-Stillstand weder zielführend noch nachhaltig. Das Fehlen etablierter Kommunikationselemente – insbesondere an den Schnittstellen der Patientenversorgung – führt zu aktiver Patientengefährdung und ist mit einem schlechteren Outcome assoziiert [1,2].

Eine über den gesamten Behandlungsprozess hinweg praktizierte übergreifende Integration aller beteiligten Berufsgruppen – vom Leitstellendisponenten bis zum Intensivmediziner – mit nach-

haltig geförderter Interaktion, einer offenen Kommunikation und strukturierten Feedbackmechanismen stellt ein zentrales Element zum Erreichen des gemeinsamen Behandlungsziels dar. Die Etablierung entsprechender Maßnahmen führt dabei nicht nur zu einer verbesserten Patientenversorgung, sondern fördert gleichsam die Arbeitszufriedenheit und psychische Gesundheit des Behandlungsteams [3,4] und wird auch von Dritten (z. B. Angehörigen) so wahrgenommen [5].

## Herausforderung

Die Reanimationssituation stellt oftmals eine enorme Herausforderung für alle Beteiligten dar: Neben den eigentlichen medizinischen Erfordernissen, logistischen Herausforderungen und störanfälligen Umgebungsbedingungen findet sich meist eine heterogene Teamzusammensetzung ohne Möglichkeit der klassischen Teambildung. Und selbst wenn ein gemeinsamer Teamgedanke entsteht, so endet dieser häufig bei der Übergabe in den nachbehandelnden Sektor oder die weiterbehandelnde innerklinische Versorgungsstruktur.

Oftmals ist eine professionelle Kommunikation zwischen den am Versorgungsprozess Beteiligten aufgrund der Akuität, des hohen zeitlichen und psychischen Drucks sowie der zuvor erwähnten wechselnden Personalkonstellationen schwierig umzusetzen [6].

Konsequent unterbrochene Informationsketten, häufig befördert durch unterschiedliche Dokumentationssysteme und das Fehlen strukturierter Feedbackmechanismen, führen zu konkreten Be-

handlungsfehlern [7,8] und konsekutiv einem schlechteren Behandlungsergebnis. Sie demotivieren die einzelnen Teammitglieder, verursachen „moral distress“ [9] und verhindern das konsequente Aufarbeiten und Aufdecken von Optimierungsmöglichkeiten im Behandlungsverlauf.

## Perspektive

Sämtliche Mitglieder der Überlebenskette (Abb. 1) müssen interdisziplinär, interprofessionell und sektorenübergreifend zusammenarbeiten und die ihnen zur Verfügung stehenden Fach-, Methoden-, Sozial- und Personalkompetenzen im Sinne einer optimalen Patientenversorgung bündeln [5].

Aus bislang getrennten Welten der Reanimationsversorgung (Beginner und Beender) muss eine Handlungseinheit erwachsen. Hier muss es einen integrativen Gedanken und ein zentrales Verbindungselement („Resuscitation Supervisor“) geben, welches eine strukturierte Kommunikation und nachhaltige Qualitätssicherung sektorenübergreifend sicherstellt. Aufgabe des „Resuscitation Supervisors“ ist es, das gemeinsame Ziel zu formulieren, zu kommunizieren und dessen Erreichungsgrad kontinuierlich zu monitoren. Dabei sollte diese Funktion idealerweise nicht einer Person zugeordnet, sondern institutionalisiert (beispielsweise durch die Cardiac Arrest Center) geführt werden.

Intersektorale und innerklinische Schnittstellen sollen in diesem Zusammenhang künftig zu Nahtstellen werden: Strukturierte Übergabe- [10] und Crew-Resource-Management (CRM)-Konzepte [11] fördern dabei eine nachhaltige

Abbildung 1



Schematische Darstellung der erweiterten Überlebenskette für Patienten nach stattgehabtem Herz-Kreislauf-Stillstand.

Kommunikation über die Sektorengrenzen hinweg.

Eine konsequente interdisziplinäre und interprofessionelle Kommunikation ist wiederum Schlüsselfaktor für eine hohe Qualität und Sicherheit in der Patientenversorgung. Dabei lässt sich eine effektive Kommunikation nur durch Verbesserung der Rahmenbedingungen (z. B. durch Einführung von Checklisten, strukturierte Kommunikationsschulungen), durch die gezielte Förderung von Interdisziplinarität und Einführung regelmäßiger Teambesprechungen erreichen. Letztlich trägt eine funktionierende und partizipative Kommunikation auch wesentlich zur Prävention von Burn-out-Symptomen bei Mitgliedern des Behandlungsteams bei [2,4,12].

Die aktiv gelebte Kommunikationskultur ist das Band, das die Versorgungskette zusammenhält: Sie soll gerichtet, inhaltsorientiert und strukturiert sein. Je stärker der interpersonelle Austausch, desto ausgeprägter ist das „Wir-Gefühl“. Dies führt wiederum zu einer positiven Dynamik in der eigentlichen Behandlungssituation und somit zu einem besseren Outcome für die Patienten [5].

Fehler können im Behandlungsprozess auftreten, sollen aber aktiv und konstruktiv im Sinne einer positiven Fehlerkultur kommuniziert und strukturiert und unter Einbindung aller Teammitglieder aufgearbeitet werden [13]. Die Fehlerkultur ist integraler Bestandteil von zu verstetigten Feedback-Mechanismen.

Insbesondere im Falle einer nicht erfolgreichen Wiederbelebung sollte der Teamgedanke über den eigentlichen Versorgungsprozess hinaus „weiterleben“. So stellen die Aufarbeitung im Team, ein professionalisierter Umgang

nicht nur mit den Hinterbliebenen, sondern ebenso mit den Teammitgliedern ein zentrales Element einer starken Teamkultur dar. Auch die Einbeziehung psychosozialer Unterstützungsangebote sollte in diesem Zusammenhang in Erwägung gezogen werden.

Das bereits in vielen Cardiac Arrest Centern etablierte gegenseitige Verständnis für Behandlungs- und Verfahrensabläufe muss sich kontinuierlich entlang des Versorgungsprozesses weiterentwickeln: Neben den „klassischen“ Akteuren der Rettungskette sollten künftig auch ambulante Versorgungsstrukturen im Sinne von „Early Warning Systems“, der Frühdetektion von Risikopatienten, der Aufklärung hinsichtlich möglicher Präventivdiagnostik bei erstgradig Verwandten betroffener Patienten, aber auch nachgeordnete Versorgungsstrukturen integriert werden. Eine klare Benennung von Verantwortlichkeiten verhindert im Sinne aktiver Prävention Akutereignisse bei entsprechender familiärer Prädisposition.

Um eine Culture of Excellence zu formen, bedarf es zudem regelmäßiger gemeinsamer Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen sowie Qualitätszirkel [9] unter Einbeziehung interaktiver Methoden (z. B. Simulationstrainings, Hospitationen, Kommunikationstrainings, Skill Training). In diesem Zusammenhang vermittelte Feedback-Mechanismen finden so auch im praktischen Alltag breitere Akzeptanz.

## Forderungen

Die Reanimation ist ein komplexer und zeitkritischer Prozess der Notfallversorgung, dessen Mängel sich unmittelbar auf das Outcome des Patienten auswir-

ken können. **Die (spezialisierten) Krankenhäuser** sollen daher die Rolle eines „Resuscitation Officers“ etablieren, um diese Behandlungsfälle zu koordinieren, für eine kontinuierliche Nachbereitung der Behandlungsfälle zu sorgen sowie ein standardisiertes Feedback für alle am Versorgungsprozess Beteiligten zu gewährleisten. Der „Resuscitation Officer“ ist Treiber des Qualitätsmanagements innerhalb des Krankenhauses sowie in Richtung der unmittelbar vor- und nachgelagerten Versorgungsstrukturen und gleichzeitig zentrale Koordinationsfigur im regionalen und interhospitalen Austausch der verantwortlichen Mitarbeiter anderer Krankenhäuser und Akteure der Versorgung.

Die Zusammenarbeit in interprofessionellen Teams muss strukturiert erlernt, kontinuierlich geübt und weiterentwickelt werden. Teamtrainings dürfen nicht an den Grenzen der eigenen Organisation Halt machen, sondern müssen regelmäßige, aber auch seltene Schnittstellen zu anderen Akteuren des Versorgungsprozesses einbeziehen. **Alle an der Notfallversorgung beteiligten Organisationen – gleich ob präklinisch oder klinisch, ob in der ersten Linie der Versorgung oder unterstützend und koordinierend tätig** – müssen daher die Zusammenarbeit sowohl auf der Ebene ihrer Mitarbeiter als auch auf Ebene der Prozesse und Technologie üben, testen und regelmäßig evaluieren. Dabei geht es um ein kontinuierliches und kollegiales Streben nach einer Verbesserung der Notfallversorgung – ein Streben nach Prozess-Excellence, bei der die Reanimation als besonders zeitkritischer Notfall die Rolle einer Tracerdiagnose als Indikator für die Qualität des Gesamtsystems haben kann.

Fehler oder Beinahe-Fehler passieren insbesondere in komplexen Behandlungsprozessen. Der Versorgungsprozess einer Reanimation ist dafür prädestiniert. Umso wichtiger ist der gezielte Einsatz von Risikomanagement-Systemen und -methoden, beispielsweise der Einsatz von CIRS-Strukturen, um aus einer Fehlerkultur eine Sicherheitskultur zu schaffen. Diese Systeme und Strukturen müssen in **regionalen Versorgungsstrukturen** über die Grenzen einzelner Organisationen hinweg durch **Aufsichtsbehörden** eingefordert und entsprechend gefördert werden und durch die Kostenträger finanziert werden.

### Literatur

1. Kaissi A, Johnson T, Kirschbaum MS: Measuring teamwork and patient safety attitudes of high-risk areas. *Nurs Econ* 2003;21(5):211–218
2. Panagioti M, Geraghty K, Johnson J, Zhou A, Panagopoulou E, Chew-Graham C, et al: Association Between Physician Burnout and Patient Safety, Professionalism, and Patient Satisfaction: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Intern Med* 2018;178(10):1317–1331. DOI: 10.1001/jamainternmed.2018.3713. Retraction in: *JAMA Intern Med* 2020;180(7):931. Erratum in: *JAMA Intern Med* 2019 ;179(4):596
3. Winkelmann C, Helmer-Denzel A: Teambuilding leicht gemacht. *Hogrefe* 2021
4. Lu DW, Weygandt PL, Pinchbeck C, Strout TD: Emergency Medicine Trainee Burnout Is Associated With Lower Patients' Satisfaction With Their Emergency Department Care. *AEM Educ Train* 2018;2(2):86–90. DOI: 10.1002/aet2.10094
5. Hempel D, Michels G: Teambuildingmaßnahmen in der klinischen Akut- und Notfallmedizin. *Med Klin Intensivmed Notfmed* 2023;118:246–254. DOI:10.1007/s00063-023-00991-3
6. Böll B, Naendrup JH, Reifarth E, Borrega JG: Interdisziplinäre und interprofessionelle Kommunikation im Team. *Med Klin Intensivmed Notfmed* 2022;117:588–594. DOI: 10.1007/s00063-022-00955-z
7. Reader T, Flin R, Lauche K, Cuthbertson BH: Non-technical skills in the intensive care unit. *Br J Anaesth* 2006;96(5):551–559. DOI: 10.1093/bja/ael067
8. Reader TW, Flin R, Cuthbertson BH: Communication skills and error in the intensive care unit. *Curr Opin Crit Care* 2007;13(6):732–736. DOI: 10.1097/MCC.0b013e3282f1bb0e
9. Zavotsky KE, Chan GK: Exploring the Relationship Among Moral Distress, Coping, and the Practice Environment in Emergency Department Nurses. *Adv Emerg Nurs J* 2016;(2):133–146. DOI: 10.1097/TME.0000000000000100
10. Gräff I, Pin M, Ehlers P, Seidel M, Hossfeld B, Dietz-Wittstock M et al: Empfehlungen zum strukturierten Übergabeprozess in der zentralen Notaufnahme. *Notfall Rettungsmed* 2022;25:10–18. DOI: 10.1007/s10049-020-00810-8
11. Rall M, Langewand S, Hey FO: Crew Resource Management: mehr als gute Kommunikation. *retten!* 2017;6:354–359. DOI: 10.1055/s-0043-109220
12. Hartog CS: Ich kann nicht mehr: Burn-out – eine Aufrüttelung [Burnout-a call for action]. *Med Klin Intensivmed Notfmed* 2019;114(8):693–698. DOI: 10.1007/s00063-017-0362-1
13. Brindley PG, Reynolds SF: Improving verbal communication in critical care medicine. *J Crit Care* 2011;26(2):155–159. DOI: 10.1016/j.jcrc.2011.03.004.

### Korrespondenz- adresse

**Dr. med.  
Alexandra  
Ramshorn-Zimmer**



Abteilung Klinisches Prozessmanagement  
Bereich Medizinmanagement  
Universitätsklinikum Leipzig  
Liebigstraße 18 (Haus B)  
04103 Leipzig, Deutschland  
Tel.: 0341 9717864  
E-Mail:  
alexandra.ramshorn-zimmer@  
medizin.uni-leipzig.de  
ORCID-ID: 0009-0005-4202-6801