

Patientensicherheit - aktueller Stand 2021

Medizinische Hochschule Hannover, 09. September 2021

Sehr verehrte Frau Cartes,
meine sehr geehrten Damen und Herren,
liebe Kolleginnen und Kollegen,

es ist seit vielen Jahren Gepflogenheit, dass der Präsident oder Vizepräsident der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie diese Tagung eröffnet. Und so ist es mir eine große Freude, Sie auch im Namen des ebenfalls anwesenden Generalsekretärs der DGCH, Herr Prof Meyer, heute zur Veranstaltung „Patientensicherheit - aktueller Stand 2021“ begrüßen zu dürfen.

Ebenso wie der Generalsekretär habe auch ich einen Teil meines Berufslebens in der Klinik für Abdominal- und Transplantationschirurgie hier an der Medizinischen Hochschule Hannover absolviert.

Ich freue mich daher ganz besonders, Grußworte an dem Ort entrichten zu dürfen, an dem ich von 1991 bis 1999 meine chirurgische Ausbildung erhalten habe.

Mein, oder, ich beziehe den Generalsekretär wieder mit ein, unser verehrter Lehrer Prof. Rudolf Pichlmayr war ohne Zweifel ein großer Pionier der viszeralen und hepatobiliären Chirurgie sowie Wegbereiter der Lebertransplantation. Viele chirurgisch- technische Errungenschaften sind mit seinem Namen verbunden. Trotz oder vermutlich gerade wegen seines ständigen Strebens nach Innovation wusste Prof. Pichlmayr aber auch, wie wichtig es für Chirurgen ist, sich näher mit ihren Komplikationen zu beschäftigen.

Bereits 1976 veröffentlichte Prof. Pichlmayr Beiträge der 115ten Tagung der Nordwestdeutschen Chirurgen, die er ein Jahr zuvor hier in Hannover unter dem Motto „Postoperative Komplikationen“ ausgerichtet hatte.

Schon früh erkannte Prof. Pichlmayr, dass mögliche Fehler, die bei jeglichem ärztlichen Handeln auftreten können – und ganz besonders natürlich bei dem immerwährenden Versuch, chirurgische Grenzen zu verschieben – konsequent aufgearbeitet werden müssen, um aus ihnen zu lernen und sich weiterzuentwickeln.

Wenngleich es natürlich in dieser Zeit oder auch später zu meiner Assistenzarztzeit noch keine Arbeitskreise zur Patientensicherheit oder gar Stabsstellen zum strategischen und klinischen Risikomanagement gab, so hatten wir doch regelmäßige Komplikationsbesprechungen - gewissermaßen die Vorläufer der heutigen M&M-Konferenzen.

Wir Chirurgen haben also schon früh begonnen, uns mit der Aufarbeitung und dem Vermeiden von Komplikationen zu beschäftigen.

Und es waren auch die Chirurgen, die sich weltweit als erste ärztliche Berufsgruppe mit Patientensicherheit befassten.

Warum war das so? Warum ausgerechnet die Chirurgen?

Die Antwort hierzu erscheint naheliegend, da Chirurgen vermeintlich am häufigsten mit Komplikationen konfrontiert werden.

Es ist aber nicht die Anzahl der Komplikationen, die uns Chirurgen die Patientensicherheit besonders an Herz legt, sondern es ist die offensichtliche Kausalität zwischen ärztlichem Handeln und den resultierenden Folgen.

Nirgendwo in der Medizin liegen Erfolg und Misserfolg so eng beieinander, nirgendwo ist der Zusammenhang zwischen ärztlicher Tätigkeit und Auswirkungen so offensichtlich wie in der Chirurgie.

Oder wie es der ehemalige Generalsekretär der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie, Prof. Bauer formulierte:

„Bei einer Operation gibt es immer einen Tatort, eine Tatzeit und einen Täter“.

Auch wenn in Deutschland eine Aufarbeitung von Komplikationen vereinzelt bereits in den beiden letzten Jahrzehnten des vergangenen Jahrhunderts stattgefunden hatte, so sind die Anfänge der öffentlichen Thematisierung „der Patientensicherheit“ auf das Jahr 2000 zu datieren, beginnend mit einem Report des Instituts of Medicine aus den USA:

„To err is human“ – Irren ist menschlich. In diesem Bericht wurde konstatiert, dass in amerikanischen Krankenhäusern zum damaligen Zeitpunkt jährlich mehr Patienten auf Grund von Behandlungsfehlern verstarben als durch Verkehrsunfälle, Brustkrebs oder Aids – wahrlich eine erschreckende Bilanz.

In Deutschland wurde Patientensicherheit im Jahr 2005 ein öffentliches Thema. In diesem Jahr wurde das Aktionsbündnis Patientensicherheit (APS) gegründet, das bis heute kontinuierlich einen wichtigen Beitrag zur Verbesserung der Sicherheit von Patienten in der ambulanten und stationären Versorgung leistet.

Ebenfalls in 2005 war Patientensicherheit das Leitthema des Kongresses der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie.

Erstmals wurde öffentlich nicht nur über Komplikationen, sondern auch über Fehler gesprochen. Dies war ein erster Schritt weg von einer rückwärtsgewandten Schuldkultur

und hin zu einer vorwärtsorientierten Lern- und Sicherheitskultur.

Es ist der große Verdienst des damaligen Präsidenten der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie, Prof. Matthias Rothmund aus Marburg, den dringenden Handlungsbedarf zum offenen Umgang mit Fehlern als Voraussetzung für eine neue Sicherheitsqualität erkannt und auf die Notwendigkeit eines Risikomanagements hingewiesen zu haben.

Die beiden wichtigsten Aussagen Prof. Rothmunds können wie folgt zusammengefasst werden:

1. Es muss über Fehler gesprochen werden, die Nullfehlerattitude darf nicht mehr die Regel sein. Die Fehleranalyse muss als Chance zur Verbesserung gesehen werden.
2. Krankenhäuser brauchen auch für den Praxisbereich anonyme, nicht strafende Meldesysteme, in denen man nach dem Schlagwort „no shame, no blame, no name“ Fehler mitteilen kann. Noch wichtiger ist es, Fehler, die fast geschehen wären, zu melden, um ihr Auftreten zu vermeiden.

Seitens der Chirurgie, insbesondere unter Mitwirkung der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie, wurden seit 2005 viele Maßnahmen zur Verbesserung der Patientensicherheit ergriffen.

Beispielhaft möchte ich die Handlungsempfehlung: „Jeder Tupfer zählt – Vermeidung unbeabsichtigt belassener Fremdkörper im OP-Gebiet“ oder die 2010 vom

Aktionsbündnis Patientensicherheit herausgegebene Broschüre „Aus Fehlern lernen“ erwähnen.

Zudem wurden in der Chirurgie Mortalitäts- und Morbiditätskonferenzen als Instrumente zur Fehlererkennung und künftigen Fehlervermeidung fest etabliert.

Und schließlich müssen in diesem Zusammenhang auch die OP-Checklisten genannt werden, in denen exakt definierte Items vor einer Operation nochmals systematisch abgefragt und somit verhindert werden soll, dass es zu Patienten- oder Eingriffsverwechslungen oder anderen folgeträchtigen Versäumnissen kommt.

Gerade die Checklisten haben sich als Kontrollinstrument bewährt, um Sicherheit durch Vermeidung unerwünschter Ereignisse zu erhöhen. Checklisten helfen, Prozesse zu strukturieren und Zuständigkeiten zu regeln.

Ihr Einsatz ist vor allem in den Bereichen sinnvoll, in denen Akteure unterschiedlicher Berufsgruppen zusammenarbeiten oder in denen kritische Situationen vermehrt auftreten könnten, beispielsweise im Operationssaal.

Die Einrichtung eines CIRS-Systems als Fehlermeldesystem, das niederschwellig zugänglich und sowohl abteilungs- als auch berufsgruppenübergreifend implementiert wird, ist ein Instrument des einrichtungsinternen Qualitäts- und Klinischen Risikomanagements.

Ziel des CIRS-Systems ist es, auf der Basis anonymer Fehlermeldungen Verbesserungen in Prozessen und Arbeitsabläufen unabhängig von handelnden Personen zu erwirken.

Daher ist eine strikte Trennung zwischen CIRS-Systemen und Schadensmeldesystemen unbedingt zu empfehlen.

Es muss an dieser Stelle aber auch konstatiert werden, dass nicht nur individuelle Fehler von Ärztinnen und Ärzten oder Angehörigen der Pflegeberufe zu einer Gefährdung von Patienten führen können. Vielmehr geht derzeit die größte Bedrohung der Patientensicherheit von dem fast überall herrschenden Mangel an qualifiziertem Personal aus.

Aktuelle Studien belegen einen Zusammenhang zwischen Pflegequalität und Morbidität und Mortalität. So konnte erst kürzlich gezeigt werden, dass ein Mangel an examinierten Schwestern oder Pflegern mit einem höheren Sterberisiko für Patienten verbunden ist. Diese Studie zeigt weiterhin, dass examiniertes Pflegepersonal nicht durch Hilfskräfte kompensiert oder gar ersetzt werden kann.

Darüber hinaus müssen auch entsprechende Rahmenbedingungen wie z.B. moderne IT-Unterstützung oder angemessene Hygienekonzepte sowie natürlich adäquate Arbeitsbedingungen gegeben sein.

Nicht zuletzt unter dem Eindruck der Coronapandemie hat die WHO den Slogan "save health workers to save patients"

aus der Überzeugung heraus gewählt, dass die Gesundheit des medizinischen Personals unabdingbare Voraussetzung für eine gute Patientenversorgung ist.

Wir müssen also darauf achten, dass neben einer ausreichenden Anzahl an qualifizierten Mitarbeitern und entsprechenden infrastrukturellen Voraussetzungen auch gute Arbeitsbedingungen gegeben sind, um die Patientensicherheit weiter zu erhöhen.

Der viel zitierte Satz des Hippokrates „Primum nihil nocere“ war schon immer Richtschnur ärztlichen Handelns. Die moderne Medizin aber verlangt eine noch intensivere Betrachtung der Patientensicherheit.

Insbesondere die Prävention von Behandlungsfehlern ist eine elementare Pflicht von Ärztinnen und Ärzten, von Pflegepersonal und allen, die direkt oder indirekt für die Patientenversorgung Verantwortung tragen. Dies umfasst nicht zuletzt auch die

Verpflichtung der Krankenhausträger und -leitung zur Sicherstellung adäquater Rahmen- und Arbeitsbedingungen.

Das Vorleben und die Unterstützung des unabdingbaren Kulturwandels, nämlich weg von einer Schuldkultur und hin zu einer Sicherheitskultur sollte Teil einer guten Unternehmensführung sein, wobei nicht vergessen werden darf, dass Sicherheitskultur nicht zuletzt auch auf Vertrauen basiert.

Wie ausführlich dargelegt sind Chirurgen in besonderem Maße der Patientensicherheit verpflichtet, und so hat auch die Deutsche Gesellschaft für Chirurgie nicht nur sehr gerne die Schirmherrschaft für diese Veranstaltung übernommen, sondern sie war in der Vergangenheit und wird auch in Zukunft aktives Mitglied und verlässlicher Partner im Aktionsbündnis Patientensicherheit sein.

In diesem Sinne möchte ich nochmals für die Einladung nach Hannover danken und wünsche Ihnen allen eine erfolgreiche Veranstaltung mit vielen interessanten Diskussionen.

Ich danke Ihnen für Ihre Aufmerksamkeit!