

**Grußwort / Würdigung und Bedeutung der  
Patientensicherheit in der Medizin  
anlässlich der Tagung Patientensicherheit am 15.09.2022 in Hannover**

Sehr geehrte Frau Dr. Cartes,  
sehr geehrter Herr Prof. Ure,  
meine sehr verehrten Kolleginnen und Kollegen,  
sehr geehrte Damen und Herren,

es ist mir eine große Freude seitens der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie und im Namen ihrer insgesamt 10 chirurgischen Mitgliedsgesellschaften ein Grußwort zu Ihrer Veranstaltung zu überbringen und darf Ihnen, Frau Dr. Cartes, an dieser Stelle nochmals versichern, dass es eine Ehre und letzten Endes auch eine Selbstverständlichkeit für die Deutsche Gesellschaft für Chirurgie ist, erneut die Schirmherrschaft dieser Veranstaltung zu übernehmen.

Neben einem Grußwort bin ich gebeten worden, auch die Bedeutung der Patientensicherheit in der Medizin zu würdigen. Dieser Bitte komme ich sehr gerne nach da in dem Gesamtbereich der Medizin sicherlich das chirurgische Fachgebiet dasjenige ist, welches einen besonderen Hochrisikobereich für die Patienten darstellt und somit die Sicherstellung der Patientenversorgung unter hohen qualitativen Anspruch ein Herzensanliegen aller Chirurgen sein sollte.

In den vergangenen Jahren wurden für den Tag der Patientensicherheit, den 17. September eines jeden Jahres, unterschiedliche Themen ausgewählt und behandelt, die retrospektiv gesehen stets einen sehr allgemeingültigen und umfassenden Charakter gehabt haben. So ging es um Hygiene und Infektion, Digitalisierung, Sicherheitskultur und die sichere Versorgung um nur einige zu nennen. Dieses Jahr wurde ein sehr spezifisches Thema, nämlich die Medikation der Patienten, ausgewählt, was ich persönlich sehr begrüße, da die Fehlerquote in diesem Bereich sicherlich hoch ist aber kaum verlässliche Zahlen erhoben wurden, wie wir vielleicht später noch hören werden. Möchte man in Punkto Patientensicherheit zukünftig noch mehr erreichen, wird

man wahrscheinlich nicht umhinkommen, mehr und mehr sehr konkrete Dinge anzusprechen, wozu die Medikation sicherlich gehört.

Erfolgreiche Beispiele Ihrer Tätigkeit und der des Aktionsbündnisses Patientensicherheit vergangener Jahre sind u.a. die Patientenidentifikation mit einem entsprechenden Erkennungsband am Hand- oder Fußgelenk für alle stationären Patienten sowie das Team-Time-Out zu Beginn eines jeden chirurgischen Eingriffs und die schon seit Jahren etablierte Anwendung von umfangreichen standardisierten Vordrucken für die Patientenaufklärung für jeglicher Art invasiver Maßnahmen inklusive der Verabreichung von Blutprodukten. All diese Maßnahmen waren sehr detailliert und konkret und haben mittlerweile einen festen Platz in der Patientenversorgung gefunden und damit die Patientensicherheit nachhaltig erhöht. Mit dem Thema Medikation wird nunmehr ein weiteres, sehr konkretes Projekt in Angriff genommen.

Aus eigener Erfahrung darf ich Ihnen mitteilen, dass die sogenannte Unit-Dose-Verabreichung, in welcher zentral in der Apotheke die jeweilige Medikation für die Patienten vorbereitet wird, am UKSH an den Campi Kiel und Lübeck seit etwa 3 Jahren umgesetzt ist. Es gab zu diesem Thema eine große Skepsis dahingehend, ob denn einerseits die Apotheke in der Lage sei, diese Art der Medikamentenzuteilung, die ja zuvor dezentral auf den einzelnen Stationen vorgenommen wurde, tatsächlich zu leisten ist und ob die Patienten, insbesondere höherbetagte und demente Patienten, mit dieser Art der Verabreichung zurecht kommen würden. Ich darf Ihnen heute sagen, dass sämtliche Vorbehalte unbegründet waren und mittlerweile dieses System sowohl bei dem Pflegepersonal als auch bei den Patienten eine hohe Akzeptanz gefunden hat. Seitens der Pflege wurde eine deutliche Entlastung der Arbeit wahrgenommen, zumal die Medikamentenverteilung ja häufig von dem Nachtdienst durchzuführen war. Auch wirtschaftlich hat es einen positiven Effekt gegeben, da die Medikamentenvorhaltung auf den Stationen auf ein minimales Maß reduziert werden konnte, sodass mit den gebräuchlichsten Medikamenten auch rasch eine Umstellung vorgenommen werden kann, ohne dass dieses sogleich von dem System umgesetzt wird. Eine Aktualisierung erfolgt derzeit zweimal täglich.

Auf Patientenseite wird besonders begrüßt, dass durch die sogenannte Unit-Dose-Verabreichung jede Tablette einzeln abgepackt ist und hierauf sowohl der Name des

Medikamentes und der Wirkstoff sowie die Dosierung vermerkt sind. Der Patient hat also jederzeit eine volle Kontrolle über seine Medikation. Auch die älteren Patienten kommen mit diesem System gut zurecht, eine Hilfestellung ist nur dort notwendig, wo dies auch schon zuvor der Fall gewesen ist.

Durch die nahezu aufgehobene Medikamentenvorhaltung auf den Stationen ist diese Umstellung der Medikation zudem eine der ganz wenigen Maßnahmen bei denen ein Fortschritt in der Patientensicherheit auch unmittelbar einen positiven wirtschaftlichen Effekt hat. Häufiger wird ja von kaufmännischer Seite jeglicher zusätzlicher Aufwand in der Patientenversorgung unter wirtschaftlichen Aspekten eher kritisch gesehen. Mittel- bis langfristig gesehen kann aber eine erhöhte Patientensicherheit dazu beitragen kostspielige Komplikationen zu vermeiden und somit auch wirtschaftlich einen positiven Beitrag leisten.

Wenn es heute um die Würdigung der Patientensicherheit in der Medizin geht, reicht ein Rückblick in die gar nicht allzu entfernte Vergangenheit. So konnten klinische Studien Anfang der 2000er Jahren in verschiedenen Bereichen belegen, welchen Einfluss zum Beispiel zuvor vereinbarte Behandlungskonzepte auf das Outcome der Patienten haben. In Bereich der Unfallchirurgie zeigen sich erhebliche Unterschiede ob zum Beispiel ein schwerverletzter Patient durch ein vorbereitetes Schockraumteam empfangen wurde oder nicht und ob es bezüglich der Behandlung entsprechende SOPs gab und diese auch allen bekannt waren.

Im Rahmen dieser Analysen wurde auch dargestellt, dass es bestimmte Hochrisikobereiche in der Medizin gibt, deren Risikobewertung dem in der Luftfahrt oder dem Betrieb eines Kernkraftwerkes gleichgestellt ist. Folgerichtig hat man begonnen, die behandelnden Ärzteteams entsprechend der sogenannten CRM-Konzepte der Luftfahrt zu schulen, um dem Team das Risiko Arzt und sein Handeln bewusst zu machen. Leider haben sich diese Ausbildungskonzepte in den darauffolgenden Jahren nicht flächendeckend umsetzen lassen, da eine entsprechende Akzeptanz fehlte. Aus heutiger Sicht fehlte es wahrscheinlich an begleitenden etablierten Sicherheitsstrukturen mit denen die geschulten Teams hätten arbeiten können. Es mangelte sozusagen an den Schaltern und Hebeln im Cockpit, mit denen ein geschultes Team tatsächlich auch das Fliegen bzw. die Behandlung der Patienten sicherer hätte gestalten können. Mit

dem Teamtraining nach dem CRM Konzept der Verkehrsfluffahrt war man damals wahrscheinlich etwas zu weit gesprungen und der Zeit etwas voraus. Das Thema Patientensicherheit beginnt letzten Endes schon im Detail im einfachen 1:1 Arzt- Patientenverhältnis. Und genau an dieser vermeintlich einfachen Schnittstelle sehen wir heute im besonderen Maße den Wert des Aktionsbündnisses für Patientensicherheit und den jeweils jährlich ausgerufenen Tag der Patientensicherheit.

Es sind nicht zuletzt die vermeintlichen Kleinigkeiten und die alltäglichen Dinge, welche zusammen genommen die Patientensicherheit erhöhen können, wie schon zuvor genannt, beinhaltet dies zum Beispiel das Team-Time-Out, die standardisierte Aufklärung und eben auch, wie heute darzustellen sein wird, die zentrale Medikamentenapplikation. Wahrscheinlich macht es Sinn, dass Thema des Teamtrainings jetzt nochmals aufzugreifen. Das Team training lässt sich dabei sehr umfangreich und in verschiedenen Szenarien der Medizin umsetzen. So findet z.B. das team time out mittlerweile nicht nur Anwendung im OP sondern auch im Schockraum, in Vorbereitung auf die Annahme eines Schwerverletzten oder bei umfangreichen Maßnahmen bei Patienten auf Intensivstation. Entscheidend ist dabei auch die einheitliche Kommunikation und Dokumentation ebenfalls zwei mit einem hohen Risiko für Fehler behaftete Themen.

Ich könnte mir gut vorstellen, dass das Thema „team training“ ein gemeinsames Projekt des Aktionsbündnisses Patientensicherheit und der chirurgischen Fachgesellschaften sein kann. Wie bereits angedeutet, hat es hier schon verschiedene Aktivitäten gegeben, die ohne großen Aufwand wieder aktiviert werden könnten. Jetzt wäre es wahrscheinlich möglich derartige Kurse tatsächlich in einem medizinisch geprägten Cockpit, um im Bild der Luftfahrt zu bleiben, durchzuführen.

Ein weiterer Aspekt, der die Patientensicherheit dauerhaft verbessern kann ist die konsequente Aufarbeitung von Fehlern und, noch bedeutender, von Beinahe Fehlern. Über die letzten Jahre sind entsprechende Meldesysteme, CIRS (Clinical incidence reporting system) nahezu flächendeckend in Kliniken etabliert worden, nicht zuletzt weil es auch von den Medizinischen Haftpflichtversicherungen gefordert wird. Einen positiven Effekt kann ein CIRS aber nur haben, wenn alle Mitarbeiterinnen und Mitar-

beiter in der Anwendung fortlaufend geschult werden und auf eingegangene Meldungen zeitnah eine Analyse bzw. Risikobewertung stattfindet und erforderlichen falls auch Behandlungsabläufe und Therapiepläne angepasst werden. Auch die Medikation von Patienten, bzw. Fehler in diesen Abläufen sollten mit in das CIRS aufgenommen werden, was nach meinem persönlichen Empfinden noch zu selten geschieht. In der Verkehrsfluffahrt wird kein Flugbericht akzeptiert, der nicht mindestens ein kritisches Ereignis oder wenigstens einen Optimierungsvorschlag bezogen auf den aktuellen Flug beinhaltet. In der Erstellung von Operationsberichten und anderen invasiven Maßnahmen sind wir davon sicher noch weit entfernt. Zu berichten gäbe es sicher vieles. Aber hierzu bedarf es einer entsprechenden interprofessionellen Kultur der an Operationen beteiligten Berufsgruppen, Animositäten dürfen keine Rolle spielen. Vielleicht ist auch dafür die Zeit noch nicht überall reif.

Ein besonderes Klientel in Bezug auf Patientensicherheit sind diejenigen Personen im höheren Lebensalter bis hin zu den Demenzerkrankten. Dieser Personenkreis wird in den kommenden Jahrzehnten allein Zahlenmäßig zunehmen und bedarf daher unserer besonderen Aufmerksamkeit. Neben dem erhöhten pflegerischen Aufwand, den diese Patienten benötigen und die vermehrte Zuwendung bis hin zu speziell für die Behandlung dieser Patienten ausgerichteten pflegerischen und ärztlichen Teams, werden auch rechtliche Fragen zu erörtern sein. Wir wollen diese Patienten nicht gefährden, andererseits wollen wir sie aber nach dem aktuellen Standard behandeln unter Berücksichtigung des mutmaßlichen Willen dieser Patienten, der häufig seitens der Patienten nicht mehr adäquat artikuliert werden kann. Das Patientenrechtstärkungsgesetz hat hier neue Maßstäbe gesetzt und erfordert unsererseits eine zunehmend differenzierte Auseinandersetzung mit dem Patientenwunsch. Der aktuelle Weg über eine häufig neu einzurichtende gesetzliche Betreuung über ein zuständiges Amtsgericht ist sehr zeitintensiv und führt nicht selten dazu, dass selbst gesetzliche Vorgaben für eine dringend vorzunehmende Operation nicht erfüllt werden können. Die bisherige Vorgehensweise bezüglich schriftlicher Einwilligungen zu invasiven Behandlungsmaßnahmen, insbesondere auf chirurgischem Feld, sollte überdacht werden. Vielleicht lohnt sich hier ein Blick in die skandinavischen Länder, wo teilweise komplett auf eine schriftliche Einwilligung bei chirurgischen Eingriffen verzichtet wird, wenn das anzuwendende Verfahren einen hohen und allgemeinen Standard hat und dem mutmaßlichen Willen des Patienten entspricht, wenn er sich in eine Klinik hat einliefern lassen.

Die Frage ist, wie lässt sich der mutmaßliche Wille eines Patienten herausfinden und darf ärztlicherseits ein Wunsch nach standardisierter Behandlung schon allein daraus abgeleitet werden, dass sich der Patient in die Klinik hat einliefern lassen? Patientensicherheit hat also zunehmend auch rechtliche und ethische Aspekte zu berücksichtigen.

Der Umgang mit Patienten, die ihre eigene gesundheitliche Vor- und Fürsorge nicht mehr verantworten können, wäre vielleicht noch ein weiteres zukünftiges Bestätigungsfeld für das Aktionsbündnis Patientensicherheit. Chirurgischerseits wären wir Ihnen dafür sehr dankbar.

Abschließend darf ich Ihnen, Frau Dr. Cartes nochmals für die Einladung zu der heutigen Veranstaltung danken. Ich freue mich auf die weiteren Vorträge und darf Ihnen im Namen der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie eine gelungene und erfolgreiche Veranstaltung wünschen. Ich bin mir sicher, dass die DGCH auch in Zukunft gerne wieder die Schirmherrschaft dieser Veranstaltung übernehmen wird. Ich wünsche Ihnen allen spannende Beiträge, eine lebhaftige Diskussion und einen wertvollen Erfahrungsaustausch.

Herzlichen Dank für Ihre Aufmerksamkeit.

Andreas Seekamp  
Präsident der DGCH 2022/2023