

Herr Prof. Dr. Conen, dieses Schwerpunktheft befasst sich mit Thema Patientensicherheit. Vor ca. 15 Jahren begann das Thema Patientensicherheit um sich zu greifen, wie empfanden Sie den Spirit damals?

Lassen Sie mich für diesen historischen Rückblick nochmals den Dezember 1999, in dem die moderne Patienten-Sicherheitsbewegung begann, in Erinnerung rufen. In diesem Monat erfolgte die Publikation des amerikanischen Instituts of Medicine (IOM) über medizinische Fehler mit „*To err is human*“. Diese Veröffentlichung dokumentierte in eindrucklicher Weise 44'000 bis 98'000 Todesfälle/Jahr durch medizinische Fehler in den Vereinigten Staaten. Zur Illustration sei gesagt, dass diese Zahlen dem täglichen Absturz eines Großraumflugzeugs entsprechen. Einige Monate später wurde von einer Expertengruppe des National Health Service (NHS) unter der Schirmherrschaft des britischen Gesundheitsministeriums „*An organisation with a memory*“ publiziert. Auch hier wurde gezeigt, dass sich im englischen Gesundheitssystem die Zahl unerwünschter Ereignisse, die Rate der vermeidbaren Ereignisse inklusive Todesfälle nicht wesentlich unterschieden, und der Ruf nach systematischen Veränderungen im Gesundheitssystem wurde auch hier nachdrücklich erhoben. Der IOM Report stimulierte in den folgenden Jahren zahlreiche weitere Untersuchungen, die unter anderem für die Gesundheitssysteme in Australien, Neuseeland, Canada, Niederlande, Schweden, Frankreich und Spanien ähnliche Zahlen über unerwünschte Ereignisse vor allem in den stationären Einrichtungen berichteten. Allen ist gemeinsam, dass sie aufzeigen, dass in den Gesundheitssystemen gerade der „high income countries“, um einen WHO-Begriff zu gebrauchen, die Fehlerrate mit Schadensfolge zwischen 4% und 16% aller Spitaleintritte liegt, dass von diesen 1%-4% tödlich sind und dass zwischen 30% bis gut

40% dieser Fehler vermeidbar wären. Diese Berichte ließen zahlreiche Initiativen entstehen, die gerade von den Health Professionals mit großem Enthusiasmus gestartet wurden, gewissermaßen unter dem Motto, endlich etwas Konkretes zu bewirken und nicht nur Fragen nach Möglichkeiten und Grenzen von Qualitätsmanagement zu beantworten. Wurde doch mit diesen Berichten und Analysen der Kern des Professionalismus berührt, nämlich nicht zu schaden, dem Patienten der Heilung bzw. Linderung sucht, nicht zusätzlich Schaden zuzufügen. Die Vorstellungen, dass Patientenschäden unvermeidliche Bestandteile der modernen medizinischen Leistungserbringung seien, die nicht zuletzt durch unzureichend ausgebildete, durch schlecht und fehlerhaft arbeitende Mitarbeiter bedingt sind, begann sich allmählich zu verändern. Das Abrücken vom Verschulden der Einzelperson, ausgedrückt in der dominierenden Frage nach dem „Wer?“, ließ die Fragen nach dem „Warum?“, kurz die Systemfrage in den Vordergrund treten. Die Thematik der Sicherheitskultur mit der Notwendigkeit der Prozessanalyse analog anderer Hochsicherheitsorganisationen rückte ins Zentrum. Die Erkenntnis „*it's not bad people, it's bad systems*“, d.h. die Systemfrage und damit auch die Verantwortlichkeit der Führung rückten ins Zentrum. Parallel dazu wurden zahlreiche Initiativen gestartet, die die Sicherheit erhöhen sollten, wie die Schaffung von Standardisierungen, die Einführung neuer Akkreditierungsstandards, neue Erfordernisse für die Aus- und Weiterbildung wie teambasiertes Lernen, Simulations- und Kommunikationstrainings, Förderung der Informationstechnologie im Gesundheitswesen, weg von handschriftlicher zu elektronischer Verordnung. Die Diskussion über Fehler begünstigende Faktoren, die Notwendigkeit der Berücksichtigung der „*human factors*“ rückten weiter in den Fokus. Die Forderung nach Transparenz über die Qualität und Sicherheit der medizinischen Leistungserbringung standen im Raum und müssen durch „*public*

reporting“ zunehmend in den verschiedenen Ländern auch umgesetzt werden.

Wenn Sie auf diese Jahre zurückblicken, haben Sie den Eindruck, dass sich grundsätzlich Verbesserungen im Bereich der Patientensicherheit eingestellt haben?

Verglichen mit den Anfängen der Patientensicherheitsbewegung vor rund 15 Jahren haben wir heute sicherlich ein anderes Verständnis über die Ursachen von schlechter Qualität und über die Sicherheitsdefizite. Die vertiefte Auseinandersetzung mit der Prozesskette, an deren Ende (*sharp end*) das Schadensereignis steht und die Hinwendung von der Schuldzuweisung an den Einzelnen zum Systemversagen, haben wesentlich zur Enttabuisierung der Anerkennung eines Schadens – hervorgerufen durch die medizinische Handlung und nicht durch die Grundkrankheit und die Behandlung derselben – beigetragen. Schlechte Kommunikation im Team, mit anderen Abteilungen und anderen Berufsgruppen, nicht gelebtes Teamwork, Unterbrechungen bei einer Arbeit, Ablenkungen und fehlendes teambasiertes Training sind inzwischen nicht nur als Fehlerquellen identifiziert, sondern auch in Teilen der medizinischen Fachwelt anerkannt als wichtige Quellen systemisch bedingter Fehlerursachen mit einem konsekutiven Schädigungspotenzial beispielsweise bei einer chirurgischen Versorgung oder bei der Entlassung von einer Einrichtung des Gesundheitssystems in eine andere oder nach Hause in die ambulante Betreuung z.B. durch einen Hausarzt. Zahlreiche chirurgische Behandlungsteams betrachteten die bloße mechanische Anwendung der Checkliste nicht mehr als „*magic bullet*“, sondern sie erachteten es als erforderlich, das ganze chirurgische System, insbesondere die dem Operationssaal vor- und nachgelagerten Bereiche mit einzubeziehen und den gesamten Prozess eines operativen

Eingriffs als Einheit zu betrachten – von der Indikationsstellung über die Information des Patienten und seiner Angehörigen, die Einverständniserklärung, mit der Sicherstellung der für eine korrekte präoperative Vorbereitung zu treffenden Maßnahmen. Für die „letzte“ Überprüfung der konkreten Umsetzung dieser jeweils beim individuellen Patienten getroffenen Maßnahmen stellt die Checkliste ein wesentliches Instrument dar. Nicht die bloße Einführung bzw. Anwendung einer Checkliste ohne entsprechende Begleitmaßnahmen wie Veränderungen des Teamworks, Veränderungen von vor- und nachgelagerten Prozessabläufen, Training eines gemeinsamen Sprachverständnisses, das Erlernen eines systematischen Briefings und Debriefings, sowie die Anpassung der Checkliste an die jeweiligen lokalen und individuellen Bedürfnisse lassen erst einen Erfolg, gemessen am Rückgang der perioperativen Morbidität und Mortalität, erzielen. Von anderen Interventionen wie elektronische Eintrittsverordnungen für Medikamente, Standardisierungen und Prozessvereinfachungen, systematisierte und trainierte Übergaben bei Schichtwechseln oder bei Verlegungen ist gezeigt worden, dass sie das System zuverlässiger und robuster machen und dass sie in Einzelfällen in einem bestimmten Kontext Schaden abwenden oder wenigstens reduzieren können. Beispiele aber, die in großem Umfang das Gesundheitssystem besser machen, fehlen weitestgehend außer ansatzweise aus den USA. Hier belegen Zahlen aus dem Jahr 2015 publiziert von der Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ), dass die im Spital erworbenen Schäden inklusive der Todesfolgen zwischen den Jahren 2010 und 2013 bezogen auf die Ereignisse pro 1'000 Entlassungen um 17% abgenommen haben.

Eine in diesem Zusammenhang zusätzlich zu erwähnende Maßnahme stellt die internationale Händehygiene-Kampagne zur Reduktion der Bakteriemien dar. Wenn auch hier daran erinnert werden muss, dass das bloße kontrollierende Beobachten eines Problems bereits zu einer messbaren Verbesserung führt – bekannt unter dem Begriff des Hawthorne Effects – wie gerade auch für die Händehygiene und die kontrollierende Beobachtung der Compliance

gezeigt. Mit einer komplexen Intervention, zu der unter anderem auch eine Checkliste gehört, konnte gezeigt werden, dass eine nachhaltige Reduktion der durch zentrale Venenkatheter hervorgerufenen hämatogenen Infekte erzielt werden kann.

Obschon Fortschritte erzielt wurden, bleiben langjährige Probleme, wie die große Dunkelziffer und die Folgen diagnostischer Fehler, inklusive korrekter Indikationsstellung für eine therapeutische Intervention nach wie vor ungelöst. Gleichzeitig entstehen neue große Bedrohungen für eine sichere Patientenversorgung. Wenn wir nur daran denken, dass Patienten älter werden, ihre Bedürfnisse zunehmend komplexer werden und sie nicht selten mehrere chronische Krankheiten haben. Neue Behandlungsoptionen, neue Versorgungsformen haben ein riesiges Potenzial, stellen aber gleichzeitig neue und in den Auswirkungen häufig noch unbekannte Herausforderungen dar.

Zusätzlich zur zunehmend komplexer werdenden Patientenpopulation komplizieren weitere Trends im Gesundheitswesen das Schaffen oder Anbieten einer sicheren Gesundheitsversorgung. Die medizinische Entwicklung wird rasant weiter weitergehen zur personalen Medizin (*personalized health care*), die Genomik wird ein viel genaueres Verstehen der individuellen Patientenbedingungen erlauben. Die Quantität der verfügbaren Daten und Informationen aus Spitälern und Grundversorgung, Daten aus Biobanken oder von Individuen selbst erhobenen Daten (*Self-Tracking*) werden exponentiell anwachsen. Das sind zwar vielversprechende Entwicklungen, sie bergen allerdings auch Risiken, die insbesondere in der Erhöhung der Komplexität der Versorgung liegen. Auch in der zunehmenden Bedeutung der IT-Systeme liegen Risiken, die stichwortartig aufgeführt seien: die Frage der Interoperabilität zwischen den verschiedenen Versorgungssystemen, ein Mangel an Integration über verschiedene Systeme kann zum Zusammenbruch der Versorgung führen und so den einzelnen Patienten und ganze Gesundheitssysteme gefährden. Die Abhängigkeit von diesen IT Systemen verlangt ein hohes Mass an Schulung, an Ressourcen, die dann bei der unmittelbaren

Patientenbetreuung fehlen.

Dazu gilt es daran zu erinnern, dass die globale Finanzkrise weltweit auch einen beträchtlichen Druck auf die Budgets der verschiedenen Gesundheitssysteme ausübt mit nicht immer schon klar abschätzbaren Konsequenzen für die Qualität des Gesundheitswesens und die Patientensicherheit. So haben sich in vielen OECD-Staaten die Auseinandersetzungen über die Budgets fürs Gesundheitswesen insgesamt verschärft nicht zuletzt wegen der Verpflichtung zur Nachhaltigkeit angesichts abnehmender ökonomischer Wachstumsraten. Eine Antwort auf eingeschränkte Budgets ist „mehr mit weniger“ zu versuchen. Diese Vorgehensweise, wenn sie nicht sorgfältig orchestriert wird, kann auf drei Arten die Patientensicherheit beeinflussen: eine Begrenzung der Ausgaben z.B. für eine angemessene Ausstattung mit adäquat ausgebildetem Personal, für Investitionen in die Infrastruktur und in eine adäquate technische Ausrüstung. Das Ergebnis in einer personal- und arbeitsintensiven Dienstleistung wie das Gesundheitswesen heißt dann höhere Arbeitsbelastung für den Einzelnen, weniger Personal pro Patient mit entsprechenden Konsequenzen für die Sicherheit. Es gibt genügend Evidenz dafür, dass eine höhere Arbeitsbelastung pro Pflegenden mit einer höheren Rate unerwünschter Ereignisse und Medikationsfehler, ja sogar mit einer höheren Rate vermeidbarer Todesfälle verbunden ist.

Nicht unerwähnt bleiben dürfen im Zusammenhang mit der Patientensicherheit die nosokomialen Infekte, die weltweit für die Patientensicherheit eine zunehmende Herausforderung darstellen. Diese Entwicklung wird zusätzlich durch die zunehmende Antibiotikaresistenzen aggraviert. Diese wurzelt wesentlich im „*overuse*“ von Antibiotika sowohl in der Human- als auch in der Veterinärmedizin und in der stagnierenden Entwicklung neuer Wirkstoffklassen von Antibiotika.

Die Gesundheitssysteme weltweit zeigen neben einem „*overuse*“ von, gleichzeitig auch einen „*misuse*“ von und ein *unangemessenes Verschreiben von Antibiotika*, was letztlich zur weltweiten Förderung der Antibiotikaresistenz beiträgt. Neben der erhöhten Wachsamkeit für die

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/1093886>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/1093886>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)