

Haltet (sie) ein! Die Sicherheitsstandards in der Anästhesie

Produktionsdruck ist gefährlich – keine Frage. Und: Sicherheit muss das oberste Gebot sein. Das sind wir den Patienten schuldig. Mit Recht meldet sich U. Schulte-Sasse aus der Sicht des Kliniklers und anästhesiologischen Fachgutachters in dieser Ausgabe der Zeitschrift A&I (siehe S. 552-563) mahnend zu Wort und weist darauf hin, dass die Sicherheit in der Medizin zunehmend unter die Räder der Ökonomie gerät, dass das Patientenwohl vom Produktionsdruck gewissermaßen erdrückt zu werden droht.

„Safety first“. Aber: Im OP effizient zu arbeiten, ist ebenfalls ein berechtigtes Anliegen. Auch das sind wir den Patienten – die die Zeche letztlich zahlen - schuldig.

Dieser Zielkonflikt zwischen „Sicherheit“ und „Wirtschaftlichkeit“ ist ein Grundkonflikt der Medizin an sich und so auch an prominenter Stelle im Sozialgesetzbuch V niedergelegt; dort heißt es in § 12 (Wirtschaftlichkeitsgebot):

„Die Leistungen müssen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein; ... Leistungen, die ... unwirtschaftlich sind, können Versicherte nicht beanspruchen, dürfen die Leistungserbringer nicht bewirken und die Krankenkassen nicht bewilligen.“

Nichts ist also dagegen einzuwenden, wenn im teuren OP-Betrieb nach unwirtschaftlichen Abläufen gesucht wird und diese, so vorhanden, abgeschafft werden - aber nicht auf Kosten der Sicherheit!

Soweit, so gut.

Ein Problem mit dem „Produktionsdruck“ ist, dass er meist schwer zu fassen ist. Nicht immer ist er so offensichtlich ursächlich für die Katastrophe, wie im von Schulte-Sasse angeführten Fall: der Delegation einer Anästhesieführung an eine dafür noch nicht genügend qualifizierte Weiterbildungsärztin, damit die Fachärztin weit entfernt eine andere Anästhesie durchführen kann.

Häufiger ist sicher die diffuse Wirkung des Produktionsdrucks: Nichterkannte Risiken bei hastigen Prämedikationen, Medikamentenverwechslungen (eine im OP liegen gebliebene Sufentanil-Spritze wird versehentlich für den nächsten Patienten gebraucht), ungenügende Übergabe des Patienten im Aufwachraum mit Informationsverlust, und dann immer wieder: Nichteinhaltung etablierter und anerkannter Sicherheitsstandards, weil die Zeit drängt und weil es, ohne die lästigen Sicherheitsstandards einzuhalten, auch ganz gut, ja eigentlich viel besser geht.

In Tschernobyl kam es zum Super-Gau, weil eine Reihe von Sicherheitsstandards (nicht zum ersten

Male) bewusst ignoriert wurden; die Challenger-Raumfähre explodierte, weil Sicherheitsstandards nicht eingehalten wurden – man war ja ohnehin schon in Zeitverzug.

Katastrophen ereignen sich meist, weil mindestens zwei oder drei Dinge „zusammenkommen“. Produktionsdruck wird möglicherweise immer häufiger dazu gehören, allerdings nur schwer abgrenzbar von den übrigen Ursachen.

Eine einfache Antwort auf das Anliegen von U. Schulte-Sasse kann es daher auch nicht geben. Den Produktionsdruck einfach „abzuschaffen“, ist vielleicht aus Sicht der individuellen Arzt-Patient-Beziehung eine nachvollziehbare und sinnvolle Forderung; aber der Arzt ist ja nicht nur der Gesundheit des Einzelnen, sondern zugleich auch der Gesamtbevölkerung verpflichtet (§ 1 der Ärztlichen Berufsordnung). Ein gewisses Maß an „Produktionsdruck“ ist bei begrenzten Ressourcen aus gesellschaftlicher Sicht wohl unabdingbar.

Wie lösen andere den Konflikt? Schulte-Sasse weist auf das Beispiel der Zivilluftfahrt hin. Dort steht die Sicherheit ganz oben. Privatwirtschaftliche Unternehmen, Aktiengesellschaften, deren Management vor allem auf den shareholder value schielt: warum funktioniert „safety first“ auch dort?

Zunächst einmal ist jede Flugzeugkatastrophe ein „Fehler“, wird als solcher begriffen, und stellt damit für das Unternehmen ein erhebliches wirtschaftliches Risiko dar. In der Medizin ist das anders. Die meisten Todesfälle sind „natürlich“ und nicht auf Behandlungsfehler zurückzuführen. Es ist sehr schwierig, die wenigen vermeidbaren Katastrophen im Krankenhaus von den vielen schicksalhaften Verläufen zu trennen. Damit aber fehlt ein unstrittiger Indikator der Ergebnisqualität, wie ihn die Fluggesellschaften haben.

Dann zieht die Zivilluftfahrt aus Katastrophen und „near misses“ über die Aufsichtsbehörden Konsequenzen, um Derartiges in Zukunft zu vermeiden. In der Medizin ist dieser Prozess zumindest unerträglich langwierig. So ist seit Ende der achtziger Jahre bekannt, dass die Auskultation kein sicheres Zeichen einer trachealen Tubuslage ist; die Technik zur Verifikation der korrekten Tubuslage ist verfügbar, trotzdem sterben in Deutschland noch immer Patienten an einer unerkannten ösophagealen Fehlintonation, weil das Wissen um diese Komplikation nicht in obligate Änderungen der Abläufe transponiert wird.

Dann werden Sicherheitschecks und –standards in der Luftfahrt regelhaft eingehalten, in der Medizin häufig nicht. Mit gutem Grund fordert die WHO in der ak-

▶ tuellen „Surgical Safety“-Kampagne [1], perioperative Checklisten fest in den Alltagsablauf zu integrieren. Schließlich gibt es natürlich auch bei den Fluglinien „schwarze Schafe“. Um diese herauszufinden, finden bei allen Landungen auf EU-Flughäfen stichprobenartige Kontrollen statt. Werden Sicherheitsmängel festgestellt, gibt es eine Ermahnung. Wer mehrfach auffällt, bekommt ein Landeverbot innerhalb der EU. Von solchen „externen Audits“ mit potentiellen Sanktionen sind wir in der Medizin noch weit entfernt. So bleibt im Augenblick nur der Appell, die etablierten Sicherheitsstandards einzuhalten. Das gilt für die personelle Ausstattung ebenso wie für die apparative, die Geräte- und Ausrüstungschecks (siehe S. 552-563) ebenso wie für die unmittelbar postoperative Überwachung. Wer sie nicht einhält, läuft Gefahr, auch persönlich haftbar gemacht zu werden. Dies gilt umso mehr, auch das macht Schulte-Sasse unmissverständlich klar, als die Rechtsprechung in

Deutschland zumindest in der Vergangenheit den etablierten Sorgfaltsstandard immer höher bewertet hat als vermeintliche „ökonomische Zwänge“ [2]. Rationalisierung, Streamlining und Prozessoptimierung haben dort ihre Grenzen, wo etablierte Standards nicht eingehalten werden. Dann sind beide gefährdet, der Patient und sein Anästhesist!

Literatur

1. Haynes AB, et al. A Surgical Safety Checklist to Reduce Morbidity and Mortality in a Global Population. *N Engl J Med* 2009;360: 491-9.
2. z.B. BGH vom 30.11.1982, NJW 1983;1374: "... Hier ging die Sicherheit des Patienten allen anderen Gesichtspunkten vor; der gebotene Sicherheitsstandard durfte nicht etwaigen personellen Engpässen geopfert werden..."

Prof. Dr. Dr. h.c. J. Schüttler Prof. Dr. Dr. h.c. H. Van Aken
 – Präsident DGAI – – Vizepräsident DGAI –

