

Patientensicherheit in der Anästhesiologie: Trügerische Sicherheit?



Prof. Dr. Dr. h.c. Jürgen Schüttler

Gesamtschriftleiter, Präsident der DGAI

Sehr geehrte Damen und Herren, liebe Kolleginnen und Kollegen,

dieser Ausgabe der A&I liegt ein Sonderdruck der Helsinki Declaration on Patient Safety in Anaesthesiology bei, die genau eine Woche vor dem Beginn des DAC 2010 auf dem Europäischen Kongress in Helsinki unterzeichnet und der Öffentlichkeit vorgestellt wurde [1]. Was war vorgefallen, dass man sich auf europäischer Ebene zu einem derart gewichtigen Schritt entschlossen hat? Nun, eine Übersicht zur Schätzung chirurgischer Eingriffe weltweit, die auf Erhebungen in 195 Mitgliedsstaaten der WHO beruht und die 2008 in Lancet veröffentlicht wurde, ergab, dass bei rund 230 Millionen Operationen in Anästhesie perioperativ etwa 7 Mio. ernste Komplikationen vorkommen und rund 1 Mio. der betroffenen Patienten versterben [2]. Diese Nachricht hat in nationalen und internationalen ärztlichen Organisationen der operativen Medizin völlig zu Recht große Aufmerksamkeit hervorgerufen und Aktivitäten stimuliert. Wendet man diese Ergebnisse nämlich auf unser Land an, so hieße dies, dass bei etwa 10 Millionen Operationen in Anästhesie pro Jahr rund 43.000 Todesfälle zu beklagen wären. Das ist selbstverständlich nur eine Gesamtbetrachtung, die keine differenzierte Aussage darüber zulässt, wie viele Todesfälle letztlich der Anästhesie zuzuschreiben sind. Aber eines dürfte klar sein: Tödliche Verläufe scheinen häufiger zu sein, als lange Zeit angenommen wurde. Wie kommt das?

Bisher wurde postuliert, dass die Sicherheit der Patienten in der operativen Medizin in den zurückliegenden Jahrzehnten enorm verbessert wurde, und man hat sich in der Kommunikation mit der Öffentlichkeit auf ein Risikopotential von einem Todesfall pro 250.000 Narkosen „eingependelt“. Für die fünfziger Jahre des vorigen Jahrhunderts ging man noch von einer primär anästhesiebedingten Letalität von 1:2.680 Patienten [3] aus. Diese aus den USA stammenden, historisch interessanten Zahlen wurden bei rund 600.000 Narkosen erfasst, bei denen in einem Drittel Äther eingesetzt bzw. zugesetzt wurde und die zu etwa 50 % von Nichtanästhesisten durchgeführt wurden. Eine Referenzierung zu neueren Daten gestaltet sich dadurch schwierig. Anfang der 1980er Jahre wurden primäre anästhesiebedingte Mortalitätsraten von 1:7.924 aus Frankreich berichtet [4] und rund 20 Jahre später ebenfalls aus Frankreich eine Sterblichkeit von 1:145.500 [5]. Bestätigt wurde diese scheinbar erfreuliche Entwicklung durch weitere Daten verschiedener Autoren mit Mortalitätsangaben von 1:185.056 bis 1:244.000 [6,7].

Auf der anderen Seite mehren sich aber auch die Publikationen, die eine weit höhere Sterblichkeit konstatieren und in jüngster Zeit mehr und mehr auch anästhesiebedingte Faktoren aufweisen, die einen signifikanten Einfluss auf die Sterblichkeit haben, entweder im Bereich der sogenannten menschlichen Faktoren oder auch durch unterschiedliche Narkoseverfahren [8] bzw. Maßnahmen der

perioperativen Therapie. Daraus ergibt sich ein äußerst komplexes Bild, das es nicht mehr erlaubt, guten Gewissens weiterhin reflexartig an der o.g. Risikorate (1:250.000) festzuhalten.

Waren die Bemühungen um mehr Sicherheit für die Patienten in der Anästhesiologie in den zurückliegenden Jahren also vergebens? Keineswegs! Ein gesunder ASA-1-Patient dürfte nach wie vor ein extrem geringes Risiko haben, einen perioperativen tödlichen Zwischenfall zu erleiden, bei dem die Anästhesie als alleinige Ursache identifizierbar ist.

Wo liegt also das Problem?

Wir haben, ohne es zu bemerken, mit überholten und teilweise kaum vergleichbaren Zahlen „hantiert“. Wenn man die Pressemitteilungen zurückliegender DACs durchsieht, so kann man feststellen, dass man neben dem Risikoindex auch die jährliche Anzahl der Anästhesien in Deutschland seit einigen Jahren fälschlicherweise bei etwa 8 Millionen „fixiert“ hatte. Dabei ging aber völlig unter, dass die erst seit kurzem geführten OPS-Statistiken in den Jahren 2005-2008 eine Zunahme der Operationen in Höhe von 1,55 Millionen dokumentieren, die meisten davon in Anästhesie. Ähnliches gilt übrigens für diagnostische und interventionelle Prozeduren. Dabei nehmen insbesondere die älteren Patienten überproportional zu, eine Tatsache, die uns „gefühlte“ bereits seit längerem klar ist. Tagtäglich erleben wir bei der Prämedikationsvisite diese Patienten mit ihren zahlreichen Vorerkrankungen. Es liegt auf der Hand,

dass diese Patienten ein anderes, ein höheres Anästhesierisiko haben als ein gesunder und noch dazu junger Patient. Der demografische Wandel ist evident und findet seinen Niederschlag in den dokumentierten Zahlen und in den Morbiditätsprognosen auf Basis der prognostizierten Bevölkerungsentwicklung [9,10]. Diese müssen wir zur Kenntnis nehmen und unsere weiteren Überlegungen daran orientieren. Ganz konkret heißt dies, wir müssen bei der Bewertung des Anästhesierisikos heute den demografischen Wandel und den damit verbundenen Morbiditätsgrad in unser Kalkül mit einbeziehen und das Ergebnis dann auch unseren Patienten differenziert vermitteln. Denn wir sind als Ärzte verpflichtet, unseren Patienten die Wahrheit zu sagen und sie nicht in falscher Sicherheit zu wiegen.

Angesichts dieser Situation und der heterogenen, ausschließlich aus dem Ausland stammenden Zahlen zum Anästhesierisiko stellt sich für den Präsidenten der DGAI ganz klar die Frage:

Wie steht es um das Anästhesierisiko in Deutschland? Um unseren Patienten auf diese Frage eine fundierte Antwort geben zu können, sollte die DGAI die Initiative für eine nationale Studie zur Evaluation des Anästhesierisikos und der Anästhesiesterblichkeit ergreifen und dabei auch andere drängende Fragen zum Outcome der Patienten nach Anästhesie einbeziehen, wie beispielsweise Awareness und POCD. Solche Studien erfordern eine entsprechende Infrastruktur, wie z.B. Studienzentren, und einen engen Schulterschluss mit den Partnern aus den chirurgischen Fächern, um die anästhesiebedingten Faktoren gegenüber den um Zehnerpotenzen höheren Risikoraten von Operationen [11] abgrenzen zu können.

Die DGAI muss allerdings hinsichtlich dieser und weiterer Maßnahmen nicht „bei Null“ anfangen, sondern kann auf eine Reihe von Aktivitäten der letzten Jahre zurückgreifen und sie in dieses Studienvorhaben einmünden lassen (z.B. Critical Incident Reporting,

Faktor Mensch/Simulatortraining). Gerade bei der Etablierung von CIRS-Systemen hatten DGAI und BDA in Deutschland mit ihrem PaSOS-System eine Vorreiterrolle übernommen. Inzwischen hat das Ärztliche Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ) der Bundesärztekammer mit CIRSmedical eine fachgebietsübergreifende Plattform initiiert, die maßgeblich von unseren Vorarbeiten profitiert. Seit April ist das gemeinsame Modellprojekt CIRS-AINS von BDA und DGAI mit dem ÄZQ online, und Sie können sich in dieser Ausgabe von A&I über Hintergründe dieses Modellprojekts und eine erste Auswertung orientieren (S. 448ff). Dort erfahren Sie auch, weshalb BDA und DGAI sich dazu entschlossen haben, zunächst zwei verbandseigene Systeme, PaSOS und CIRS-AINS, parallel zu betreiben.

In diesen bereits laufenden Aktivitäten und in der angedachten nationalen Studie zum Anästhesierisiko und zum Outcome nach Anästhesie sieht der Präsident der DGAI die Umsetzung

wesentlicher Anliegen der Deklaration von Helsinki. Deshalb hat Ihr Präsident dieses Thema anlässlich des DAC in Nürnberg aktuell aufgegriffen und bei der Pressekonferenz vor unserem Jahreskongress pointiert vorgetragen. Das Presseecho auf den DAC 2010 war lebhaft, auch wenn nicht unbedingt jede Formulierung exakt das zum Ausdruck brachte, was der Präsident gemeint hatte. Zahlreiche Möglichkeiten der Kommunikation beruhen eben gerade auf der Uneindeutigkeit der Sprache. Damit müssen wir leben.

Übrigens gilt das nebenbei bemerkt auch für das missverständliche Zitat in einem online-Interview zum Thema Honorarärzte. Keineswegs hatte der Präsident hier eine „Kollegenschelte“ intendiert, sondern wollte die Aufmerksamkeit in Richtung einer Ursachenanalyse für die überproportionale Zunahme der Honorarärzte gerade in der Anästhesie lenken, die ursächlich auf gesundheitspolitischen Rahmenentscheidungen beruht und dringend Korrekturbedarf von allen beteiligten Entscheidungsträgern erfordert, damit für Krankenhausärzte wieder attraktive Arbeitsbedingungen mit möglichst flachen Hierarchien, frei von Arbeitsverdichtung und Produk-

tionsdruck entstehen. Neben manchen Unmutsäußerungen war dies dankenswerterweise in zahlreichen Zuschriften, die der Präsident in den vergangenen Wochen erhalten hat, richtig verstanden worden. Vielen Dank für die Ermutigung, die ich in diesem Zusammenhang erfahren durfte.

Ihr



Prof. Dr. Dr. h.c. Jürgen Schüttler
Gesamtschriftleiter, Präsident der DGAI

Literatur

1. Mellis-Olsen J, Staender S, Whitaker DK, Smith AF. The Helsinki Declaration on Patient Safety in Anaesthesiology. *Eur J Anaesthesiol* 2010;27:592-597.
2. Weiser TG, Regenbogen SE, Thompson KD, Haynes AB, Lipsitz SR, Berry WR, et al. An estimation of global volume of surgery: a modelling strategy based on available data. *Lancet* 2008;372:139-144.
3. Beecher HK, Todd DP. A Study of the Deaths associated with Anesthesia and Surgery. *Ann Surg* 1954;140:2-34.
4. Tired L, Desmonts JM, Hatton F, Vourc'h G. Complications associated with anaesthesia – a prospective survey in France. *Can Anaesth Soc J* 1986;33:336-344.
5. Lienhart A, Auroy Y, Péquignot F, Benhamou D, Warszawski J, Bovet M, et al. Survey of Anesthesia-related Mortality in France. *Anesthesiology* 2006;105:1087-1097.
6. Eichhorn JH. Prevention of Intraoperative Anesthesia Accidents and Related Severe Injury through Safety Monitoring. *Anesthesiology* 1989;70:572-577.
7. Lunn JN, Devlin HB. Lessons from the confidential inquiry into perioperative death in three NHS regions. *Lancet* 1987;2:1384-1386.
8. Arbous MS, Meursing AE, van Kleef JW, de Lange JJ, Spoormans HH, Touw P, et al. Impact of anesthesia management characteristics on severe morbidity and mortality. *Anesthesiology* 2005;102:257-268.
9. Nowossadek E. Morbiditätsprognosen auf Basis von Bevölkerungsprognosen. *Bundesgesundheitsbl* 2010;53:427-434.
10. Peters E, Pritzkeleit R, Beske F, Katalinic A. Demografischer Wandel und Krankheitshäufigkeiten. *Bundesgesundheitsbl* 2010;53:417-426.
11. Noordzij PG, Poldermans D, Schouten O, Bax JJ, Schreiner FAG, Boersma E. Postoperative Mortality in The Netherlands. A Population-based Analysis of Surgery-specific Risk in Adults. *Anesthesiology* 2010;112:1105-1115.