

Redaktion

H. Haller, Hannover

J.R. Schäfer, Marburg

J. R. Schäfer¹ · H. Haller²¹ Zentrum für unerkannte und seltene Erkrankungen (ZusE), Universitätsklinikum Gießen und Marburg, Standort Marburg, Marburg, Deutschland² Klinik für Nieren- und Hochdruckerkrankungen, Medizinische Hochschule Hannover, Hannover, Deutschland

Aktuelle Aspekte und Möglichkeiten zur Verbesserung der Patientensicherheit

Die Verbesserung der Patientensicherheit ist sowohl im ambulanten als auch im klinischen Bereich eine stete Herausforderung und von großer Bedeutung. Die Anzahl der Vorwürfe von Behandlungsfehlern im Gesundheitswesen variiert sehr stark in Abhängigkeit von der Facharztgruppe. Der Medizinische Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (MDS) hat eine Liste von Behandlungsfehlermeldungen nach einer Begutachtung des Medizinischen Diensts der Krankenversicherung (MDK) aus dem Jahr 2018 veröffentlicht [1]. Ganz oben auf dieser Liste stehen die Orthopäden und Unfallchirurgen, denen 2018 insgesamt 4349 Behandlungsfehler vorgeworfen wurden, von denen sich allerdings nach Angaben des MDK nur 1164 bestätigen ließen. An zweiter Stelle stehen die Kollegen der Frauenheilkunde und Geburtshilfe mit 1231 vorgeworfenen und 336 bestätigten Behandlungsfehlern, gefolgt von der Zahnmedizin mit 943 vorgeworfenen und 358 bestätigten Fällen. Die Innere Medizin (ohne Schwerpunkt) hat 792 vorgeworfene und 155 bestätigte Behandlungsfehler aufzuweisen [2].

» Im Jahr 2018 wurden der Inneren Medizin deutschlandweit 155 bestätigte Behandlungsfehler zugeschrieben

Unabhängig von der Qualität dieser Daten sind es doch erschreckende Zah-

len, hinter denen sich häufig tragische menschliche Schicksale verbergen. Zudem muss man von einer hohen Dunkelziffer ausgehen. Das Aktionsbündnis Patientensicherheit e. V. (APS) sowie der Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek) haben vor Kurzem sieben konkrete Forderungen aufgestellt mit dem Ziel, eine Verbesserung der Patientensicherheit zu erreichen [3]. Die Forderungen dieses Bündnisses lauten:

1. Verantwortliche für Patientensicherheit einsetzen
2. Hygiene in Krankenhäusern weiter verbessern
3. Verpflichtende Teilnahme an einem Fehlermeldesystem
4. Verbindlich zu führendes Implantatregister
5. Patientensicherheit bereits in der Aus- und Weiterbildung thematisieren
6. Patienten und Angehörige als aktive Partner einbinden
7. Regelmäßig Patienten- und Angehörigenbefragungen durchführen

Mit welchen Maßnahmen auch immer, unser Ziel muss sein, die Sicherheit der uns anvertrauten Patienten weiter zu verbessern und alles Menschenmögliche dafür zu tun, dass wir niemanden durch unser Handeln (oder Nichthandeln) gefährden.

Mit dieser Ausgabe von *Der Internist* versuchen wir einen kleinen Beitrag dazu zu leisten, wobei wir als achten Punkt die Nutzung modernster Technologien zur Verbesserung der Patientensicherheit

einfügen würden. Diesen Punkt decken die Beiträge der Autoren um *T. Kaiser* aus Leipzig und von *T. Müller* aus Marburg bzw. Bad Neustadt ab. Dort werden innovative technologische Verfahren vorgestellt, mit denen perspektivisch eine Verbesserung der Patientensicherheit erreicht werden soll. *Prof. Kaiser* fokussiert sich dabei auf die Bedeutung der Erhebung und Übermittlung von Labordaten anhand des in Leipzig entwickelten AMPEL-Systems (Analyse- und Meldesystem zur Verbesserung der Patientensicherheit durch Echtzeitintegration von Laborbefunden). *Dr. Müller* beschreibt als Informatiker und Mediziner die neuesten Entwicklungen im Bereich von Informationstechnologiesystemen, die als Ziel eine Verbesserung der Patientensicherheit auf unterschiedlichen Ebenen haben. Hier trifft der Satz von *R. Hecker*, Vorsitzende des APS und Mitautorin dieses Schwerpunkts, zu: „Wir brauchen Sicherheitskultur auf allen Ebenen, indem sich eben alle für Patientensicherheit stark machen, jeder auf seinem Platz“ [4].

» Sehr seltene Nebenwirkungen müssen auf Basis von Krankenkassendaten erforscht werden dürfen

Aus unserer Sicht könnte eine sinnvolle wissenschaftliche Nutzung der bereits heute verfügbaren Daten im Sinne des Digitale-Versorgung-Gesetzes (DVG) zu

einer Verbesserung der Patientensicherheit führen, wie die Beispiele aus neuerer Zeit zeigen. Gerade sehr seltene, aber zum Teil doch gravierende Nebenwirkungen, die nicht durch Zulassungsstudien erfasst werden können, müssen mithilfe von Big-Data-Auswertungen der Krankenkassendaten erforscht werden dürfen. Dann könnte man solche seltenen Nebenwirkungen – wie das Auftreten von Aortenaneurysmen oder Aortendissektionen nach Einnahme von Fluorchinolonen – wesentlich früher erkennen. Aber so wurde erst am 26. Oktober 2018 in einem Rote-Hand-Brief auf obiges Risiko hingewiesen [5]. Mehr noch, wegen zum Teil irreversibler Schädigungen am Nervensystem und Bewegungsapparat wurde am 8. April 2019 die systemische Anwendung von Fluorchinolonen stark eingeschränkt [6]. Und dies alles, nachdem Fluorchinolone schon seit etwa 40 Jahren auf dem deutschen Markt sind. Hier muss ein sinnvoller Kompromiss zwischen Daten- und Patientenschutz gefunden werden – es darf aber nicht sein, dass wir die Patientensicherheit auf dem Altar eines fraglichen Datenschutzes opfern und so Tag für Tag das Leben unserer Patienten aufs Spiel setzen. Hier gilt es, tragfähige Kompromisse zu finden, bei denen die berechtigten Interessen der Patienten im Hinblick auf Sicherheit wie auch Datenschutz gewahrt werden.

Der Beitrag von E. Opitz et al. befasst sich mit dem Thema Patientensicherheit in der studentischen Lehre. Es freut uns, dass hier ein Curriculum beschrieben wird, für das Dr. Opitz und seine Arbeitsgruppe im Jahr 2019 mit dem Hessischen Hochschulpreis für Exzellenz in der Lehre ausgezeichnet wurden.

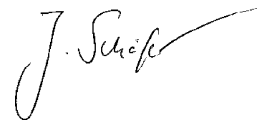
Selten haben wir die Ehre, einen renommierten Chirurgen in unserer Zeitschrift als Autor präsentieren zu können. Daher freut es uns, dass wir mit M. Rothmund – von 1987 bis 2008 Ordinarius der Klinik für Visceral-, Thorax- und Gefäßchirurgie am Universitätsklinikum Marburg – einen der Vorreiter in der Verbesserung der Patientensicherheit im Bereich der Chirurgie gewinnen konnten. Prof. Rothmund hat wie kein

anderer die Patientensicherheit bereits in seiner aktiven Dienstzeit thematisiert. Er hat auch einen Leitspruch neben der Tür seines Büros anbringen lassen, der dem Chirurgen Prof. Dr. Ferdinand Sauerbruch (*03.07.1875, †02.07.1951), von 1907 bis 1910 auch Oberarzt in Marburg, zugeschrieben wird. Es spricht für den Nachfolger im Amt, aber auch für die Zeitlosigkeit und Sinnhaftigkeit der Aussage, dass dieser Spruch, der bereits Generationen von Medizinstudierenden zu denken gab, immer noch dort hängt. Dort steht: „Dem Chirurgen wird ein schlechter Ausgang im höheren Sinn zur persönlichen Schuld. Tragbar wird diese Belastung durch Gewissenhaftigkeit in der Indikationsstellung, Beherrschung der Technik und ein berechtigtes Selbstbewusstsein. Seine sicherste Stütze aber ist die Wahrhaftigkeit. Der Chirurg, der deutelt, Fehlschläge zu entschuldigen sucht, verstößt gegen das vornehmste Gesetz seiner Zunft.“

» Die Ursache von Fehlschlägen muss ganz im Sinne von Ferdinand Sauerbruch offen aufgeklärt werden

Unser Bemühen, Schuld zu verhindern, fängt bereits vor Stellung der Indikation an. Hier sind strukturelle Maßnahmen ebenso wichtig wie die sichere Durchführung von – auch im internistischen Bereich – immer invasiver werdenden Verfahren. Was aber unverändert ganz im Sinne von Sauerbruch gilt, ist die Forderung, die Ursache von Fehlschlägen offen aufzuklären und alles daran zu setzen, dass sich Fehler nicht mehr wiederholen. Auf die Komplexität und Vielschichtigkeit einer adäquaten Fehlerkultur weisen auch M. Schrappe von der Universität Köln und seine Koautoren hin. Prof. Schrappe ist eine der herausragenden Persönlichkeiten, die sich seit jeher um Patientensicherheitsaspekte kümmern, und Autor des „Weißbuchs Patientensicherheit“ [7].

Wir sind froh und dankbar, dass alle von uns angesprochenen Autoren diesem Projekt, ohne zu zögern, zugestimmt haben, und wünschen Ihnen eine spannende, unterhaltsame, aber vor allem auch erhellende Lektüre dieses Schwerpunkts.



J.R. Schäfer



H. Haller

Korrespondenzadresse



Prof. Dr. J. R. Schäfer
Zentrum für unerkannte und seltene Erkrankungen (ZusE),
Universitätsklinikum Gießen
und Marburg, Standort
Marburg
Baldingerstr. 1, 35033 Mar-
burg, Deutschland
juergen.schaefer@
mailer.uni-marburg.de



Prof. Dr. H. Haller
Klinik für Nieren- und
Hochdruckerkrankungen,
Medizinische Hochschule
Hannover
Carl-Neuberg-Str. 1,
30625 Hannover,
Deutschland
nephrologie@
mh-hannover.de

Interessenkonflikt. J.R. Schäfer und H. Haller geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Literatur

1. https://www.mds-ev.de/fileadmin/dokumente/Pressemitteilungen/2019/2019_05_16/19_05_16_MDK-BHF-Begut_Jahresstatistik_2018_barrierearm.pdf. Zugegriffen: 6. März 2020
2. <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/241671/umfrage/anzahl-der-vorwuerfe-von-behandlungsfehlern-nach-facharztgruppe/>. Zugegriffen: 6. März 2020
3. <https://www.aps-ev.de/Presse/das-aps-weissbuch-patientensicherheit-startschuss-fuer-eine-dringend-erforderliche-patientensicherheitsoffensive-sieben->

forderungen-fuer-mehr-patientensicherheit/
Zugegriffen: 6. März 2020

4. <https://www.bibliomedmanager.de/news-des-tages/detailansicht/38892-sicherheitskultur-auf-alLEN-ebenen/>. Zugegriffen: 6. März 2020
5. <https://www.bfarm.de/SharedDocs/Risikoinformationen/Pharmakovigilanz/DE/RHB/2018/rhb-fluorochinolone.pdf>. Zugegriffen: 6. März 2020
6. <https://www.bfarm.de/SharedDocs/Risikoinformationen/Pharmakovigilanz/DE/RHB/2019/rhb-fluorochinolone.pdf>. Zugegriffen: 6. März 2020
7. <https://www.aps-ev.de/aps-weissbuch/>. Zugegriffen: 6. März 2020

Stillen mit Diabetes Typ 1 – Studie gibt Entwarnung vor gefürchteten nächtlichen Unterzuckerungen bei stillenden Müttern

Viele Mütter mit Diabetes mellitus Typ 1 möchten ihr Kind gemäß den WHO-Empfehlungen stillen, um ihm den besten gesundheitlichen Start ins Leben zu ermöglichen. Doch häufig treibt sie die Angst um, dass sie durch nächtliches Stillen unterzuckern. Eine Studie zeigt hingegen, dass diese Sorge bei achtsamer Therapie unbegründet ist. Frauen mit einem Schwangerschaftsdiabetes ziehen daraus sogar gesundheitliche Vorteile, betont die Deutsche Diabetes Gesellschaft (DDG). Die Fachgesellschaft spricht sich daher für eine Stärkung von multiprofessionellen Diabetesambulanzen aus, die Frauen mit Diabetes schon zu Beginn ihrer Schwangerschaft betreuen, offene Fragen der werdenden Mütter klären und zum Stillen motivieren.

Gestillte Kinder erkranken seltener an Diabetes Typ 1 und 2 und leiden im Laufe ihres Lebens weniger an Übergewicht als Kinder, die mit der Flasche ernährt werden. „Auch viele junge Mütter mit Diabetes möchten, dass ihr Kind von diesen gesundheitlichen Vorteilen profitiert“, erklärt Professor Dr. med. Ute Schäfer-Graf, Sprecherin der DDG Arbeitsgruppe „Diabetes und Schwangerschaft“. „Doch dabei schwebt immer die Angst vor Unterzuckerungen beim nächtlichen Stillen mit.“ Bisher wurde diesen Müttern stets geraten, zusätzliche Kohlehydrate in der Nacht einzunehmen, um nicht zu unterzuckern. Eine Studie aus Dänemark zeigt nun, dass dies nicht notwendig ist.

In der Untersuchung verglichen die Autoren den Blutzuckerstatus von 43 stillenden Müttern mit 32 nicht-stillenden Frauen mit Diabetes Typ 1. Dabei erhielten die Stillenden keine Extra-Kohlenhydrate, wie es sonst angeraten wird. Das Ergebnis: Während der sechsmonatigen Beobachtung konnten keine klinisch relevanten Unterschiede zwischen den Gruppen bezüglich des Unterzuckerungsrisikos festgestellt werden.

„Sicherlich sind die Studienergebnisse aufgrund der geringen Probandenzahl nicht eindeutig“, erläutert Schäfer-Graf, die auch Leiterin des Diabeteszentrums für Schwangere am St. Joseph-Krankenhaus in Berlin ist. „Dennoch reichen sie aus, um zu verdeutlichen, dass Mütter mit einem Diabetes Typ 1 keinesfalls vor dem Stillen zurückschrecken müssen.“ Voraussetzung sei allerdings, dass stillende Mütter sich sehr genau an den aktuellen Insulinbedarf halten, regelmäßig den Blutzucker messen und die Menge der Kohlehydrataufnahme beachten.

Frauen mit einem Gestationsdiabetes (GDM) – profitieren sogar vom Stillen: „Diese Patientinnen haben ein mindestens 7-fach erhöhtes Risiko, nach der Entbindung an einem dauerhaften Diabetes Typ 2 zu erkranken“, verdeutlicht Schäfer-Graf. Neuere Studien zeigten jedoch, dass sie durch das Stillen dieses Risiko senken können. Dabei scheint die Stilldauer entscheidend für den schützenden Effekt zu sein: Je länger sie dem Kind bestenfalls nur Muttermilch anbieten, desto deutlicher sinkt das Risiko.

„Frauen mit Diabetes müssen während und nach der Schwangerschaft sicher begleitet werden“, so die DDG Präsidentin Professor Dr. med. Monika Kellerer. „Dafür müssen multiprofessionelle Ambulanzen und Diabetesschwerpunkteinrichtungen sowie Perinatalzentren mit besonderer Expertise in der Betreuung von Schwangeren mit Diabetes besser gefördert werden.“ Nur in diesen Zentren könnten Frauen hoch qualifiziert betreut, individuell auf ihre Bedürfnisse geschult werden und erhalten adäquates Wissen über technologische Hilfsmittel, wie einer Insulinpumpe. Strukturierte Vorsorgeprogramme für Mutter und Kind nach einer Schwangerschaft mit Diabetes existieren hingegen noch nicht. „In Anbetracht steigender Gestationsdiabetes- und Typ-2-Erkrankungen muss sich dies ändern“, fordert Kellerer. „Solche Programme könnten uns eine große primärpräventive Chance bieten, den jährlich 40.000 an Gestationsdiabetes erkrankenden Müttern sowohl einen späteren Typ-2-Diabetes als auch ein damit einhergehendes Risiko für Herz-Kreislaufkrankungen zu ersparen.“

Quelle: Deutsche Diabetes Gesellschaft (DDG), www.deutsche-diabetes-gesellschaft.de