

Lernen aus Zahlen

PATIENTENSICHERHEIT Aus Behandlungsfehlerstatistiken lassen sich wertvolle Schlüsse ziehen – am besten gemeinsam. Fortschritte in der Fehlerkultur. Experten halten wenig von Beweislastumkehr. Arbeitsverdichtung fördert Fehleranfälligkeit.

Es ist eine Art gesundheitspolitisches Ritual: Jahr für Jahr veröffentlicht der Medizinische Dienst des Spitzenverbands Bund der Krankenkassen (MDS) eine Pressemitteilung zur Zahl der Behandlungsfehler. Und Jahr für Jahr reagiert die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) darauf mit einer Pressemitteilung, in der die Zahl der Behandlungsfehler in den Promillebereich eingeordnet und die Zahlen des MDS als Beleg für die qualitativ hervorragende Versorgung in deutschen Krankenhäusern eingeordnet werden.

So war es auch 2021: Der MDS meldete für 2020, dass rund 14.000 fachärztliche Gutachten in rund jedem vierten Fall – nämlich 3.550-mal – den Verdacht eines Behandlungsfehlers bestätigt hatten. In 2.862 Fällen davon hielten die Gutachter den Fehler für die Ursache des Schadens. Die DKG verwies am Tag der Veröffentlichung auf 20 Millionen stationäre und 21 Millionen ambulante Fälle, die jährlich in deutschen Krankenhäusern behandelt würden und urteilte: „Die heute vom Medizinischen Dienst vorgestellten Zahlen beweisen die hohe Behandlungsqualität in deutschen Krankenhäusern. Diese geringe Quote ist Ergebnis guter Arbeit in den Kliniken und der seit Jahren immer weiter optimierten Fehlervermeidung und Risikominimierung.“

Für den Norden berichtete der Medizinische Dienst (MD) Nord für Schleswig-Holstein und Hamburg von 240 bestätigten Behandlungsfehlern, 75 davon „grobe Behandlungsfehler“. Besonders letztere bereiten PD Dr. Dimitrios Psathakis, dem zuständigen Fachbereichsleiter beim MD Nord, Sorgen: „Das sind Fehler, die aus fachlicher Sicht einfach nicht passieren dürfen“. Ihre Zahl ist seit 2016 zum ersten Mal wieder leicht angestiegen.

Doch was bedeuten diese Zahlen? Welche Aussagekraft haben sie eigentlich? Und was lässt sich aus ihnen lernen? Klar ist, was die Zahlen nicht leisten: „Sie



Hardy Müller, Patientenbeauftragter der TK

sind keine wissenschaftliche Stichprobe. Geprüft werden ja nur die Vorwürfe von Patienten, die sich bei uns melden. Die Zahlen lassen deshalb keine Rückschlüsse auf die tatsächliche Fehlerhäufigkeit in der deutschen Medizin zu“, sagt Psathakis. Wenn Patienten glauben, Opfer eines Behandlungsfehlers geworden zu sein, können sie sich bei ihren Krankenkassen melden, bei den Schlichtungsstellen oder Gutachterkommissionen der Ärztekammern oder der Sache straf- oder zivilrechtlich nachgehen – es gibt dafür keine zentrale Statistik. „Würde man die Zahlen in einem Fehlerregister zusammenführen, könnte man Entwicklungen und Häufungen viel besser erkennen“, sagt deshalb Prof. Henrik Herrmann, Präsident der Ärztekammer Schleswig-Holstein. Und auch der MDS fordert so ein Register: „In Skandinavien gibt es das, und der Medizinische Dienst hat das immer wieder angesprochen“, so Psathakis. Insgesamt gehe man davon aus, dass die Zahlen nur einen Bruchteil der tatsächlichen Behandlungsfehler abbilden – der MDS sprach bei seiner Jahrespressekonferenz davon, dass sie in der Realität wohl um den Faktor 30 höher seien.

Daten für Taten

Die Techniker Krankenkasse (TK) ist in Deutschland die bislang einzige Krankenkasse, die einen eigenen Beauftragten für Patientensicherheit beschäftigt: Hardy Müller. Der sagt: „Die OECD schätzt, dass wir 15 % aller Krankenhausaufgaben für die Korrektur von Fehlern in der Patientenversorgung aufbringen, die zum großen Teil vermeidbar gewesen wären. Das waren allein 2020 für die TK 1,4 Milliarden Euro und für die betroffenen Patienten erhebliches persönliches Leid. Wir haben deshalb auch eine ethische Verpflichtung, uns um Patientensicherheit zu kümmern“. Die Behandlungsfehlerstatistiken könnte man seiner Ansicht nach intelligenter nutzen: „Wir brauchen die Daten für Taten. Sie sollen dazu führen, dass wir aus ihnen lernen.“

Auch Herrmann findet den ritualisierten Schlagabtausch nicht zielführend. Bezogen auf die Zahlen aus dem Norden sagt er: „Klar ist doch: Das sind 240 Behandlungsfehler zu viel. Und da muss man ansetzen, bei der Frage: Wie kann ich solche Fehler künftig vermeiden.“

Dafür bräuchte es eine Kultur, die nicht von Schuldzuweisungen geprägt sei, son-

dern von der Absicht herauszufinden, wie es dazu kommen konnte und wie es sich künftig verhindern ließe. Dabei spielten auch „Beinahe-Ereignisse“ eine wichtige Rolle. Die aber beispielsweise in einer der Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen in der Klinik anzusprechen, würde eine Atmosphäre erfordern, die von Transparenz und Vertrauen geprägt sei.

Noch etwas ist dem Klinikarzt wichtig: Die meisten Kliniken hätten inzwischen etablierte Verfahren mit interprofessionellen Fehlerkonferenzen, es gebe Fehlermeldesysteme. Risikomanagement und Patientensicherheit seien überhaupt zentrale Themen, da sei viel passiert. „Was wir aber für die Auseinandersetzung mit diesem Thema auch brauchen, ist Zeit.“ Zeit, sich berufs- und fachgruppenübergreifend auszutauschen und daraus Veränderungen abzuleiten. Aber gerade die sei knapp im medizinischen Alltag. Dabei führten immer mehr und komplexere Prozeduren am Patienten und eine enorme Arbeitsverdichtung zu höherer Fehleranfälligkeit – ein Teufelskreis.

Für Hardy Müller ist Patientensicherheit auch Mitarbeitersicherheit und eine Gemeinschaftsaufgabe, bei der auch Patienten und ihre Angehörigen einbezogen werden sollten. So investiert die TK in Transparenz und in Projekte, die die Patientensicherheit erhöhen sollen. Ein Beispiel dafür ist das vom Innovationsfonds finanzierte Projekt „SHARE TO CARE-Programm“ am Universitätsklinikum Schleswig-Holstein zum „Shared Decision Making“. „Wir wissen, dass bei 80 % der unerwünschten Ereignisse fehlende oder fehlerhafte Kommunikation eine Rolle spielt, und dass 5 % der Behandlungsfehler-Urteile mit mangelhafter Aufklärung begründet werden“, so Müller. Für „SHARE TO CARE“ wurden deshalb Tools entwickelt und eingesetzt, mit deren Hilfe Ärzte und Pflegenden gemeinsam mit den Patienten zu partizipativen Entscheidungen finden. Mehr Therapie-Adhärenz, weniger Haftungsrisiko: Müller ist überzeugt, dass sich diese soziale Innovation für den Ausbau der Sicherheitskultur lohnt. Nachdem die Förderung aus dem Innovationsfonds nun ausgelaufen ist, fördert die TK das Projekt wie berichtet über einen Selektivvertrag.

Umstrittene Beweislastumkehr

Wenn Patienten glauben, Opfer eines Behandlungsfehlers geworden zu sein, müssen sie nicht nur den Fehler beweisen, sondern auch die Kausalität für den entstandenen Schaden. „Das dauert lange, ist



PD Dr. Dimitrios Psathakis, Fachbereichsleiter beim MD Nord

beschwerlich und macht Opfer erneut zu Opfern, dafür brauchen wir ein schnelleres Kompensationsverfahren“, kritisiert Patientensicherheitsbeauftragter Müller. Die TK fordert dafür einen Patientenentschädigungs- und Härtefallfonds. „Wir schlagen vor, ihn mit einer Obergrenze und für zunächst zehn Jahre einzuführen.“ Von der von Patientenschützern oft geforderten Beweislastumkehr hält Müller hingegen nichts: „Das würde zu einer reinen Defensivmedizin führen, bei der dann vermutlich bei jeder Behandlung die Kamera mitlaufen müsste.“ Auch Kammerpräsident Herrmann hielt das für schwierig: „Es würde enorm viele Ressourcen binden. Immerhin haben ja über 70 % der Behandlungsfehler vorwürfe keine stichhaltige Grundlage“.

Hoffnung auf Digitalisierung

Große Hoffnung ruht auf der Digitalisierung. „Darin sehen wir riesige Chancen, beispielsweise für die Arzneimittel-Therapiesicherheit“, sagt Müller. Auch Herrmann hofft auf ein System, das Informationen über Arzneimittel mit denen über den jeweiligen Patienten kombiniert, „das mich beispielsweise an die schlechten Nierenwerte des Patienten erinnert und fragt, ob ich wirklich dieses Medikament verschreiben möchte, das die Nieren zusätzlich belastet.“ Dafür sei es allerdings unabdingbar, dass das System mit allen relevanten Informationen gefüttert werde.

Einig sind sich die Experten, dass beim Thema Patientensicherheit und Fehlerkultur in den vergangenen Jahren viel Positives passiert sei. „Das ist auf dem richtigen Weg, allerdings ist die Wirksamkeit noch nicht eingetreten, wie man an den Zahlen sieht“, sagt Psathakis. Er vermutet, dass die

Erkenntnisse noch nicht überall systematisch umgesetzt werden. Gerade grobe Behandlungsfehler könnten mithilfe von standardisierten Verfahren und Checklisten vermieden werden. Ein Beispiel: Einer Patientin wurde für eine bevorstehende Chemotherapie ein Portkatheter in die Arterie statt in die Vene eingesetzt. Bemerkte wurde das jedoch nicht beim Einlegen des Katheters, sondern erst dadurch, dass sie einen Schlaganfall erlitt. Dieser hat womöglich dauerhafte Folgen. „Das hätte nicht passieren müssen, wäre man von einer Checkliste und einem standardisierten Vorgehen daran erinnert worden, nach dem Einsetzen eines Ports systematisch zu prüfen, ob er richtig sitzt“, so Psathakis.

Müller fordert, Informationen von Patienten und Angehörigen noch systematischer einzubeziehen. Der „Fehlerbericht“ sollte durch ein Behandlungs-Reporting und Lernsystem abgelöst werden. Die TK hat das 2020 mit einem Projekt zur COVID-19-Behandlung gemacht, über die Patienten berichtet haben. Auch der TK-Monitor Patientensicherheit zeigt erlebte Patientensicherheit aus Sicht der Bevölkerung.

Auch Herrmann sieht noch viel zu tun: „Es ist wichtig, dass in dieser Frage alle zusammenarbeiten: Kassen, Medizinischer Dienst, Ärzteschaft und alle anderen Berufsgruppen am Patienten müssen gemeinsam daran arbeiten, die Sicherheit der Patienten weiter zu erhöhen. Statt gegenseitiger Schuldzuweisungen müssen wir an guten Lösungen arbeiten – da müssen wir uns horizontal und vertikal noch stärker vernetzen. Das wird eine der Hauptaufgaben in den nächsten Jahren.“

SANDRA WILSDORF