

## Was wurde für die Patientensicherheit im Krankenhaus bisher erreicht?



Wenn in der Medizin ein Fehler passiert, so kann dies dramatische Folgen haben. Lange Zeit galt daher die Auffassung, dass Fehler nicht passieren dürfen. Wenn etwas passiert war, wurden allenfalls Schuldige gesucht und bestraft. Es wurde nicht danach gesucht, was schuld an Fehlern war. So wurde die Chance vertan, mit Fehlern offen umzugehen, aus ihnen zu lernen und so ihre Wiederholung zu vermeiden. „To err is human“ ist eine sehr alte Erkenntnis. Dennoch führte das gleichnamige Buch des US-amerikanischen Institute for Medicine 1999 mit der These, ärztliche Fehler seien die achthäufigste Todesursache in den USA, zu einer enormen Unruhe [1]. In der Folge beschäftigten sich Gesundheitssysteme und Ärzte weltweit mit der Frage, wie die Patientensicherheit verbessert werden kann.

Sich offen mit Fehlern in der Medizin auseinanderzusetzen erforderte großen Mut. Bemerkenswert war der Mut von Dr. Günther Jonitz und der Ärztekammer Berlin, gemeinsam mit der AOK Berlin und dem AOK-Bundesverband 2002 für den Berliner Gesundheitspreis das Thema „Fehlervermeidung und Sicherheitskultur – Qualitätsoffensive in Medizin und Pflege“ auszuschreiben. Vorreiterprojekte, wie das anonyme Fehlermeldesystem der Universität Basel und „Fehlermanagement in der Hausarztpraxis“ der Universität Kiel wurden ausgezeichnet. Aus der weiteren gemeinsamen Auseinandersetzung mit dem Thema entwickelte sich in der Folge ein breites Bündnis, das das Aktionsbündnis Patientensicherheit e. V. (APS) als gemeinnützigen Verein im April 2005 gründete.

Zu den Gründungsmitgliedern gehörte auch die Deutsche Gesellschaft für Chirurgie (DGCH). Ihr Präsident Prof. Rothemund zeigte 2005 Mut, als er das Thema Patientensicherheit auf die Agenda des 122. Kongress der DGCH setzte. Und auch die Bundesärztekammer sprach sich 2005 für mehr Patientensicherheit aus.

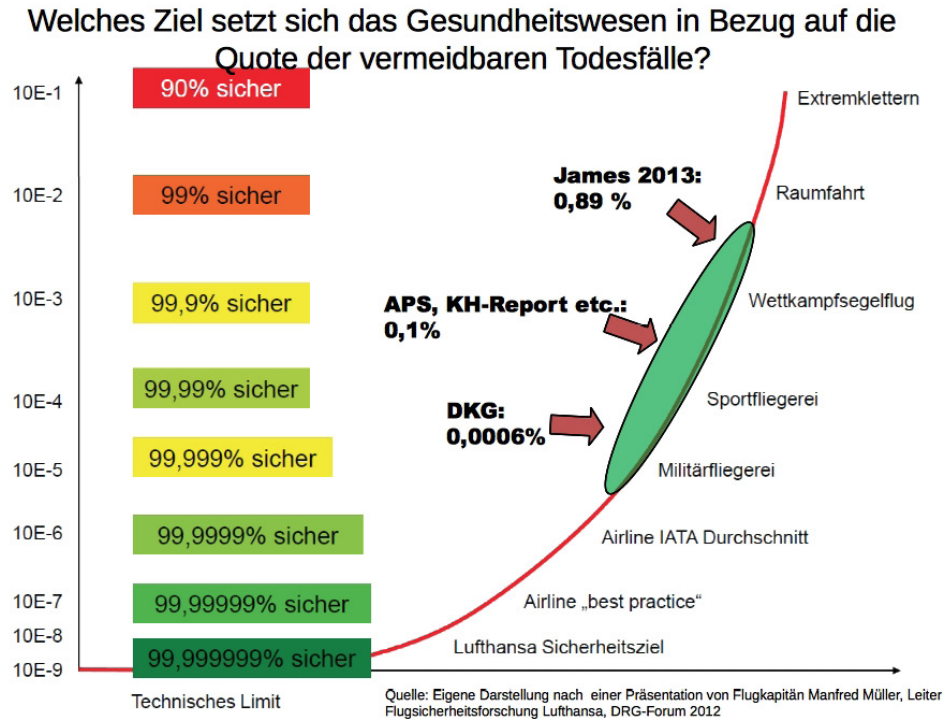
2005 erfolgte unter Koordination des Instituts für Gesundheits- und Medizinrecht der Universität Bremen unter Förderung durch die AOK ein norddeutsches Verbundprojekt von zwölf Kinderkliniken, in denen ein Critical Incident Reporting System und darauf fußendes Risiko-Management aufgebaut wurde. Dies gelang nicht ohne Widerstände und die Protagonisten stellten fest, dass das CIRS mehr Patientensicherheit erreichen konnte, aber noch nicht überall willkommen war [2].

Nur vier Jahre später gaben in einer Krankenhausbefragung zum aktiven Risikomanagement des Instituts für Patientensicherheit der Universität Bonn immerhin bereits 48 % der Befragten an, ein lokales CIRS im Einsatz zu haben, wenn auch mit durchschnittlich 2,2 Jahren noch vergleichsweise kurz und mit einem Durchdringungsgrad von nur 35,5 % der Abteilungen. Viele Kliniken haben inzwischen begonnen, ein klinisches Risikomanagement aufzubauen, elektronische Verordnungsunterstützungen und elektronische Patientenakten wurden eingeführt und in Hygienemaßnahmen wurde investiert. Aktionen und Projekte des Aktionsbündnis

Patientensicherheit wie „Aktion saubere Hände“ oder der Team-Time-Out zur Vermeidung von Eingriffsverwechslungen werden von vielen Krankenhausabteilungen angenommen.

Dennoch ist für die Patientensicherheit noch viel zu tun. Hochrisikomedizinprodukte kommen in Europa ohne größere Prüfungen auf den Markt und immer wieder gibt es schwere Schadensserien, weil z. B. falsch konzipierte innovative Hüftendoprothesen vorzeitig versagen oder zu dünne Kabel von implantierten Defibrillatoren brechen, obwohl es sichere und erprobte Produkte gibt. Die meisten Kliniken in Deutschland behandeln die Patienten mit einer sehr hohen Qualität. Kliniken, bei denen man weiß, dass sie bestimmte Eingriffe mit sehr unterdurchschnittlicher Qualität erbringen, können aber bislang nicht für diese Leistungen aus der Versorgung ausgeschlossen werden. Die unzureichende Investitionskostenfinanzierung durch die Bundesländer führt in den Krankenhäusern zu einer ökonomisch getriebenen Mengenausweitung, die zu Zeitdruck, Personalmangel und möglicher Übertherapie führt. All dies gefährdet die Patientensicherheit. Zudem werden durch den medizinischen Fortschritt immer komplexere Behandlungen bei immer älteren Patienten durchgeführt, so dass oft ein kleiner Fehler zu fatalen Folgen führen kann.

Abb. 1: Einordnung der Zahl der vermeidbaren Todesfälle



Ob nun daher die Rate der vermeidbaren Todesfälle bei 0,1 % der Krankenhausfälle liegt, wie es das APS 2006 und 2007 in einer systematischen Literaturrecherche ermittelt hatte, oder bei 0,87 %, was eine systematische Analyse neuer Studien durch James 2013 für die USA ergab [3], oder bei 0,006 %, wie von der Deutschen Krankenhausgesellschaft behauptet: Ob die Rate durch die ergriffenen Maßnahmen fällt oder durch die geschilderten gegenläufigen Faktoren steigt, ist eigentlich unerheblich. Wichtig ist die Erkenntnis, dass für die Erhöhung der Patientensicherheit weitere gemeinsame Anstrengungen notwendig sind, an denen sich die AOK auch in Zukunft aktiv beteiligen wird.

## Literatur:

[1] Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS (Editors) .To Err is Human: Building a Safer Health System. Institute of Medicine (US) Committee on Quality of Health Care in America

[2] Hart D, Claßen M, Wille H, Becker-Schwarze. Risikomanagement in pädiatrischen Kliniken. Ergebnisse des multizentrischen Projekts „Risiken verringern-Sicherheit steigern“ Monatsschr. Kinderheilkd 2008; 1104 – 1113

[3] James JT. A new, evidence-based estimate of patient harms associated with hospital care. J Patient Saf. 2013 Sep;9(3):122-8

Schillinger G. Was wurde für die Patientensicherheit im Krankenhaus bisher erreicht? Passion Chirurgie. 2015 Juli, 5(07): Artikel 02\_04.