



EXPERTENFORUM DES MDS AM 11. MAI 2016

Behandlungsfehler vermeiden – Was gehört auf die Agenda?



INHALT

- 4 ————— **Dr. Stefan Gronemeyer**
Vorwort
- 5 ————— **Staatssekretär Karl-Josef Laumann**
Patientenrechte und Transparenz
- 6 ————— **PD Dr. Max Skorning**
Irren ist menschlich – aber lernen aus Fehlern auch
- 8 ————— **Dr. Mike Durkin**
Development of the Healthcare Safety Investigation Branch
- 10 ————— **Transparenz über Behandlungsfehler ...**
... aus Sicht der gesetzlichen Krankenkassen (**Thomas Ballast**)
... aus Sicht eines Krankenhauses (**Andreas Meyer**)
... aus Sicht des Aktionsbündnisses Patientensicherheit APS (**Hardy Müller**)
- 13 ————— **Stimmen aus dem Publikum**
- 14 ————— **Offensive Diskussion im Expertengespräch – Von Eisbergen und Verkehrstoten**
- 18 ————— **PD Dr. Max Skorning**
Zusammenfassung
- 20 ————— **Impressionen**
- 22 ————— **Dr. Peter Pick**
Resümee

VORWORT

Sehr geehrte Damen und Herren,

Wo stehen wir in Deutschland in puncto Patientensicherheit? Was wurde bisher erreicht, um Patientinnen und Patientinnen besser vor vermeidbaren unerwünschten Ereignissen zu schützen – und was wurde noch nicht erreicht? Wo besteht also weiterhin Handlungsbedarf?

All diese Fragen verlangen nach einer Art Bilanz der bisherigen Anstrengungen zu mehr Patientensicherheit, aber auch nach neuen Impulsen und Ideen für die Zukunft. Nachdem das Aktionsbündnis Patientensicherheit im vergangenen Jahr sein zehnjähriges Bestehen gefeiert hat, nachdem vor drei Jahren das Patientenrechtegesetz in Kraft getreten ist und im gleichen Jahr die Patientensicherheit als neues nationales Gesundheitsziel ausgerufen wurde, macht eine solche Bilanz Sinn.

Wenn Sie Daten zu konkreten Behandlungsfehlervorwürfen und zu gutachtlich festgestellten Fehlern suchen, finden Sie diese hierzulande nur bei zwei Stellen: Die Ärztekammern, quasi Vorreiter in diesem Bereich, berichten schon seit langem über ihre Schlichtungsverfahren. Wir, die Medizinischen Dienste, berichten seit nunmehr fünf Jahren ebenfalls über das Behandlungsfehlergeschehen, soweit es mit einer MDK-Begutachtung verbunden ist. Denn aus der Begutachtung von jährlich mehr als 14.000 Fällen verfügen die Medizinischen Dienste, zumindest punktuell, über tiefe Einblicke in das Behandlungsfehlergeschehen.

Vor diesem Hintergrund haben wir eine Plattform zum Austausch und auch zu einer kontroversen Debatte über den Stand und die Perspektiven der Patientensicherheit in Deutschland angeboten. Ich freue mich, dass viele wichtige Vertreter aus Regierung, Politik, Patientenorganisationen, der Ärzteschaft, der Versicherungsbranche, den Medizinischen Diensten sowie als Anwälte und andere Experten unserer Einladung gefolgt sind.

Dabei ist uns das Thema „Transparenz über Behandlungsfehler“ besonders wichtig, denn

- zum einen können wir ohne umfassende Kenntnis darüber, welche Fehler in der Medizin gemacht werden, nicht aus Fehlern lernen
- und zum anderen können wir ohne Daten darüber, wie häufig Behandlungsfehler auftreten, nicht feststellen, ob die Anstrengungen zur Fehlervermeidung im Ergebnis wirksam sind.

Von daher zog sich das Thema Transparenz nicht nur als roter Faden durch die Veranstaltung, sondern leitet Sie auch durch diese Broschüre. Ich wünsche Ihnen informative und anregende Lektüre.

Ihr

Dr. Stefan Gronemeyer

Stv. Geschäftsführer und leitender Arzt des MDS



PATIENTENRECHTE UND TRANSPARENZ

Unser Gesundheitssystem bietet medizinische und pflegerische Versorgung auf hohem, wenn nicht auf höchstem Niveau. Zu den Problemen, die mir immer noch und immer wieder geschildert werden, gehören jedoch mangelnde Transparenz, Information und Kommunikation.

Mit dem vor drei Jahren in Kraft getretenen Patientenrechtegesetz wollten wir deshalb nicht nur die dringend benötigte Transparenz über die Rechte und Pflichten aller Beteiligten herstellen, sondern auch die Rechte der Patientinnen und Patienten auf Information und Aufklärung selbst festschreiben.

Patienten haben ein Recht auf Aufklärung über die Diagnose, die geplante Behandlung und ihre Alternativen. Und dieses Recht haben sie nicht nur, weil es so im Gesetz steht, sondern vor allem, weil Transparenz im Behandlungsgeschehen ein elementarer Punkt für Autonomie und Patientensicherheit ist. Denn sie gibt Patientinnen und Patienten überhaupt erst die Chance, selbst und eigenverantwortlich an ihrer Behandlung mitzuwirken.

Leider ist aber auch klar, dass der Alltag vieler Ärzte und Pflegekräfte von ganz erheblichem Zeitdruck geprägt ist. Da ist die Versuchung groß, dem Patienten seine weitere Behandlung nur im Vorbeigehen mit schnellen Worten zu erklären und auf die Unterschrift unter den Aufklärungsbogen zu drängen. Der Patient ist dann allerdings

nicht mehr gleichberechtigter Partner in der Behandlung, sondern nur noch derjenige, an dem diese Behandlung vorgenommen wird. Dass das negative Auswirkungen auf Behandlungserfolg und Patientensicherheit hat, vermuten wir inzwischen nicht mehr nur, wir wissen es.

Transparenz und eine partizipative Beziehung zwischen Patienten und Behandlern sind deshalb genauso unverzichtbarer Teil des Behandlungsprozesses wie diagnostische und therapeutische Maßnahmen. Ohne sie ist eine medizinische Versorgung auf höchstem Niveau nicht möglich. Und vor allem sind sie nichts, bei dem die professionell im Gesundheitswesen Tätigen darauf warten könnten, bis die Patienten sie immer und immer wieder einfordern. Sie, die Profis, müssen vielmehr auf die Patienten zugehen und einen aktiven Beitrag dazu leisten, dass Transparenz und eine partizipative Patient-Arzt-Beziehung immer mehr zum Alltag werden.



Patienten haben ein Recht auf Aufklärung über die Diagnose, die geplante Behandlung und ihre Alternativen.

KARL-JOSEF LAUMANN



IRREN IST MENSCHLICH – ABER LERNEN AUS FEHLERN AUCH



Die Patientensicherheit ist seit über zehn Jahren auch im deutschen Gesundheitssystem ein bedeutendes und breit diskutiertes Thema. Ursprung war weltweit der vielzitierte Bericht „To Err is Human“ aus den USA im Jahr 1999. Darin wurde aufgezeigt, wie unerwartet hoch die Zahl der Patienten ist, die vermeidbar bei der medizinischen Versorgung geschädigt werden. Seitdem ist es klar: Patienten profitieren nicht nur von dem Streben nach moderneren und wirksameren Methoden, Therapien und Technologien, sondern primär davon, dass längst bekannte Verfahren auch möglichst sicher angewendet werden. Der Faktor Mensch, die Kommunikation sowie die Organisation und Standardisierung von Prozessen spielen in komplexen Situationen eine herausragende Rolle.

Das Ziel der Patientensicherheit ist es, einerseits vermeidbare Schäden sicher zu vermeiden und andererseits auf unvermeidbare Komplikationen bestmöglich zu reagieren. Vermeidbar sind Schäden in der Regel dann, wenn sie fehlerbedingt sind. Deshalb müssen bekannte Fehler vermieden werden, und aus dennoch geschehenden Fehlern muss bestmöglich gelernt werden.

Aber: Nur was wir wissen, das können wir auch verhindern. Das Wissen um die schädigenden Ereignisse und die Analyse der Ursachen sind unverzichtbare Voraussetzungen der Patientensicherheit.

Das Messen von Schäden und die Transparenz darüber sind eine grundlegende Notwendigkeit, keine verzichtbaren Optionen, die lediglich ein Nice-to-have darstellen. Das ist übrigens auch in „To Err is Human“ unmissverständlich festgehalten worden. Seitdem werden das Messen von Schäden und die Transparenz darüber in

zahlreichen hochrangigen internationalen Publikationen gefordert und thematisiert. Viele Länder haben deshalb verbindliche Systeme eingeführt, um fehlerbedingte, vermeidbare Schäden messen zu können. In den USA und in England werden beispielsweise besondere Ereignisse, bei denen man in aller Regel von Vermeidbarkeit ausgehen kann und die oftmals sehr folgenschwer sind, verpflichtend erfasst. Hier geht es um „Never Events“, „Serious Reportable Events“ oder „Hospital Acquired Conditions“.

Vermeidbare Schäden müssen wir kennen und analysieren, um aus den zugrunde liegenden Fehlern tatsächlich zu lernen und diese zukünftig sicher zu verhindern. Auch das muss folglich ein Grundsatz sein, der das Messen und die Transparenz an den Startpunkt der Patientensicherheit rückt.

Aber wie steht es in Deutschland um das Messen und die Transparenz bei Behandlungsfehlern? Schon im Jahr 2006 wurde in der Gesundheitsberichterstattung des Bundes festgehalten: „Bisher fehlen zuverlässige Zahlen zur Häufigkeit von Behandlungsfehlern.“ Damit steht fest: Erkenntnisse sowohl über die Fehlerarten als auch über ihre zeitliche Entwicklung fehlen. Ebenso wenig können Aussagen über echte Häufungen und Schwerpunkte getroffen werden. Seit dem Bericht aus 2006 sind wir dazu nicht wesentlich weiter gekommen.

Beim Thema Behandlungsfehler wird oftmals das Bild des Eisbergs bemüht. Ohnehin ist klar, dass die meisten Fehler nicht erkannt oder zumindest nicht vorgeworfen werden. Sie bleiben unter der Wasseroberfläche. Leider ist genauso klar, dass der Anteil des „Eisbergs Behandlungsfehler“, der eigentlich oberhalb der Wasserober-



fläche sichtbar sein könnte, gewissermaßen in dichtem Nebel liegt. Denn die vorgeworfenen, begutachteten und nachfolgend zum Teil anerkannten und entschädigten Behandlungsfehler werden nicht zusammen erfasst, und viele Fehler erscheinen nirgends in Berichten. Genau die Fälle also, die im Ergebnis für den Patienten die vermeidbaren Schäden darstellen, werden weder transparent gemacht noch analysiert. Viele werden nur als Einzelfälle bearbeitet. Sie ruhen in einem Aktenarchiv, und es kann nicht systematisch aus ihnen gelernt werden.

Lediglich die Ärztekammern berichten über den Teil der Fälle mit vorgeworfenen Behandlungsfehlern, die bei den Schlichtungsstellen begutachtet werden. Die Medizinischen Dienste berichten detailliert über die Ergebnisse ihrer Behandlungsfehlerbegutachtung, die im Auftrag

der Krankenkassen nach § 66 SGB V durchgeführt wird. Die Leistungserbringer im Gesundheitswesen, die Haftpflichtversicherungen, Anwälte oder Gerichte berichten nicht oder nur sehr vereinzelt und lückenhaft. Dabei würde eine Erfassung der anerkannten Behandlungsfehler, die selbstverständlich zu den Falldaten anonymisiert erfolgen sollte, hier schon wesentliche Erkenntnisse im oben skizzierten Sinne bringen.

Wir meinen, dass man die Anzahl, Art und zeitliche Entwicklung der anerkannten Behandlungsfehler in Deutschland kennen sollte. Deshalb möchten wir gerne mit Ihnen diese für die Patientensicherheit so bedeutende Fehlertransparenz diskutieren. Neue Aspekte und Argumente sowie der Blick auf andere Länder sollen uns dabei spannende Grundlagen liefern.

”

Nur was wir wissen, das können wir auch verhindern. Das Wissen um die schädigenden Ereignisse und die Analyse der Ursachen, sind unverzichtbare Voraussetzungen der Patientensicherheit.



DR. MIKE DURKIN, NHS NATIONAL DIRECTOR FOR PATIENT SAFETY

DEVELOPMENT OF THE HEALTHCARE SAFETY INVESTIGATION BRANCH

Großbritannien ist uns in Bezug auf Fehlertransparenz einige Schritte voraus. Dort ist das systematische Erfassen und Lernen aus Fehlern aus vermeidbaren unerwünschten Ereignissen deutlich besser etabliert als in Deutschland. Dr. Mike Durkin eröffnete einen exklusiven Blick darauf, wie Transparenz und Fehlervermeidung in England gelebt werden.



Healthcare Safety Investigation Branch

This year will see the launch of the first ever national Health Service Investigation Branch (HSIB) in England, which is expected to set expectations about how investigations should be conducted and also conduct a small number of its own investigations.

In March 2015 the UK Government's Public Administration Select Committee produced a report which characterised investigations into serious incidents in the NHS as: "complicated; take far too long; and that they are preoccupied with blame or avoiding financial liability." The report also stated that investigations fall far short of what patients, their families and NHS staff are entitled to expect. The select committee's recommendation was for a new independent patient safety investigation body to be established to conduct patient safety investigations in the NHS.

In its response, the Government agreed that there should be an independent capability at national level to offer support and guidance to NHS organisations on investigations, and to carry out certain investigations itself. As a result, an Expert Advisory Group (EAG) was established to advise the Department of Health and Secretary State for Health on the purpose, role and operation of a new independent investigation function for healthcare.

Members of the EAG spent time engaging with patients, families and healthcare staff to get their opinions on how they felt an independent patient safety investigation function should operate; listening to their personal experiences, and their views on what is required for the function to be completely committed to supporting the NHS to learn and improve.

From speaking to many of the families and patients there was a reoccurring theme. That theme isn't that they are looking for someone to blame, but that they want the NHS to learn from what went wrong so that others don't need to go through their experience of trying to get to the truth of what happened. Their experiences illustrated just how important it is that patients and families must be part of the investigation process – they have valuable insight into what happened and they need to be at the centre and not on the periphery, as often happens now.

There is also a second victim when an error is made resulting in harm, and that is the staff involved with providing that care. There is a huge emotional impact on a member of staff who has made a mistake; magnified much further where that mistake has caused serious harm or death to another human being; and added to further with the consequences that mistake may have on the lives of the patient's family and loved ones. The viewpoint of the clinicians is therefore equally important when considering how to undertake investigations.

Patient safety incident reporting in the NHS and the National Patient Safety Alerting System

In England healthcare providers and patients can report patient safety incidents to the National Reporting and Learning System (NRLS) as a way to support the NHS to learn from mistakes and problems in the provision of care. The NRLS was launched in 2004 and has seen a year-on-year increase in the number of incidents reported as the safety culture in the NHS has continued to grow. It now receives around 1.8 million reports each year – making it the largest patient safety incident reporting system in the world; in 2015/16 72% of these incidents resulted in no harm and 24% resulted in low harm.

At a national level the core use of these reports is to identify patient safety risks. Where an emerging risk or patterns of risks have been identified action may be taken by the national NHS patient safety team to alert the NHS so that steps can be taken at a local level.

One way this is done is by issuing patient safety alerts. These alerts are sent to all NHS providers in England via the Central Alerting System, which cascades alerts directly to risk managers at all NHS trusts.

The National Patient Safety Alerting System (NatPSAS) was launched in January 2014 and has since issued 34 alerts (at 29 April 2014). NatPSAS uses a three-stage alerting system:

➔ **Stage One Alert: Warning**

This stage ‘warns’ organisations of emerging risk. It can be issued very quickly once a new risk has been identified to allow rapid dissemination of information.

➔ **Stage Two Alert: Resource**

This alert may be issued some weeks or months after the stage one alert, and could consist of:

- ➔ sharing of relevant local information identified by providers following a stage one alert;
- ➔ sharing of examples of local good practice that mitigates the risk identified in the stage one alert;
- ➔ access to tools and resources that help providers implement solutions to the stage one alert; and
- ➔ access to learning resources that are relevant to all healthcare workers and can be used as evidence of continued professional development.

➔ **Stage Three Alert: Directive**

When this stage of alert is issued, organisations will be required to confirm they have implemented specific solutions or actions to mitigate the risk. A checklist will be issued of required actions to be signed-off in a set timeframe. These actions will be tailored to the patient safety issue.

Building patient safety capacity

Patient Safety Collaboratives:

The Patient Safety Collaboratives, coordinated by NHS Improvement and led by England’s 15 Academic Health Sciences Networks (AHSNs), are working to tackle the leading causes of avoidable harm. Each collaborative represents a different geographical location.

The collaboratives empower patients and healthcare staff to work together locally to identify safety priorities and develop solutions by:

- ➔ building capability around safety improvement;
- ➔ creating capacity to work on safety issues within collaborative networks; and
- ➔ providing opportunities to continually learn from each other.

Solutions will then be tested and implemented within local healthcare organisations before being rapidly adopted and spread across England.

Q initiative:

The overall aim of the Q initiative is to connect people across the UK with expertise in safety and quality improvement to accelerate the spread of learning and capability throughout the NHS. It aims to build a critical mass of around 5,000 connected safety and improvement experts.

It is not primarily about training more people, but rather recognising and connecting those who have developed expertise through many different routes. Participants will include not only those leading improvement at the frontline, but also researchers, people who bring expertise from other sectors and help the NHS, perhaps as a non-executive, through a health charity or as a patient representative – as well as those working in national organisations.



Patients and families must be part of the investigation process ... The viewpoint of the clinicians is equally important when considering how to undertake investigations.



TRANSPARENZ ÜBER BEHANDLUNGSFEHLER ... AUS SICHT DER GESETZLICHEN KRANKENKASSEN

THOMAS BALLAST, STELLV. VORSITZENDER DES VORSTANDS DER TECHNIKER KRANKENKASSE (TK)



Viele andere Krankenkassen, so auch die TK, betreiben seit 1978 aktives Behandlungsfehlermanagement – also schon lange vor Inkrafttreten des Patientenrechtegesetzes im Februar 2013. Wir verstehen uns – damals wie heute – als Interessenvertreter unserer Versicherten. Für die TK ist die Unterstützung bei Behandlungsfehlern eine Serviceleistung für unsere Kunden. Jährlich beraten TK-MitarbeiterInnen über 6.000 Versicherte.

Die Relevanz des Themas ist in jedem Fall gegeben. Das zeigen auch andere Zahlen: Das Risiko, aufgrund eines unerwünschten Ereignisses in einem deutschen Krankenhaus zu sterben (knapp 19.000 vermeidbare Todesfälle), ist größer, als im Straßenverkehr umzukommen (zwischen 3.500 und 4.000 Verkehrstote jährlich). In eines der 2.000 deutschen Krankenhäuser eingewiesen zu werden, ist also gefährlicher, als sich auf das gut 600.000 km lange Straßennetz zu begeben. Im Jahr 1970 hatte die Zahl der Verkehrstoten auch noch bei rund 19.000 gelegen. Das zeigt: Die Maßnahmen zur Verbesserung der Verkehrssicherheit waren durchaus erfolgreich. Auch im Gesundheitswesen müssen wir mit gezielten – zum Teil sehr einfachen Maßnahmen wie Händedesinfektion – gegensteuern und für mehr Sicherheit sorgen.

Was wir brauchen, ist eine „Sicherheitskultur“ im Gesundheitswesen. Voraussetzung dafür ist auch mehr Transparenz. Denn nur wenn man weiß, an welchen Stellen Probleme bestehen und Fehler passieren, können wir sie wirksam bekämpfen. Was wir in diesem Zusammenhang jedoch nicht gebrauchen können, ist eine Jagd auf Fehler. Das würde eine Defensivmedizin fördern, die wir alle nicht wollen (können). Bei der TK gilt daher die Prämisse: Um die Patientensicherheit zu stärken, müssen wir **nicht gegen, sondern mit den Ärzten** gemeinsam an

Fortschritten arbeiten. „Ärzte sind die zweiten Opfer“. Eine Diskreditierung der Ärzte ist kontraproduktiv!

Transparenz ist daher nicht nur retrospektiv wichtig, um zu schauen, wo sind Fehler passiert und wie können diese gehandelt werden? Transparenz ist vor allem wichtig, um präventiv Maßnahmen zu ergreifen, damit möglichst keine Behandlungsfehler auftreten.

Woran wir in Deutschland weiter arbeiten müssen, ist die Qualität der Versorgung zu verbessern. Wenn wir die Qualität der Versorgung sicherstellen möchten, ist dafür auch mehr Transparenz bei Behandlungsfehlern notwendig. Um zu der Ausgangsfrage der heutigen Podiumsdiskussion zurückzukehren: Transparenz über Behandlungsfehler herzustellen, ist ausdrücklich die Pflicht aller Akteure in unserem Gesundheitswesen – und darf nicht von deren Goodwill abhängen.

ÜBER BEHANDLUNG

... AUS SICHT DES KRANKENHAUSES

ANDREAS MEYER, LEITER RISIKOMANAGEMENT/VERSICHERUNGEN DER HELIOS KLINIKEN



Transparenz (über Qualitätsergebnisse) stellt sicher, dass wir uns kontinuierlich mit einem Thema beschäftigen. Gute Ergebnisse fördern Motivation; schlechte Ergebnisse erzeugen „gesunden Druck“.

Bei der Behandlung von Patienten ist jeder Fehler tatsächlich einer zu viel, wenn er mit der Schädigung eines Patienten einhergeht. Um die Chance zu haben, gezielt aus relativ seltenen Behandlungsfehler-Schadensfällen (die anderen schon passiert sind und auf einem vermeidbaren Fehler beruhen) zu lernen und diese künftig zu vermeiden, ist Voraussetzung, dass ich mindestens Auffälligkeiten, bestenfalls auch Ursachen, kenne.

Fehlertransparenz ist also zwingende Voraussetzung für Verbesserungen. Je größer die Zahl der ausgewerteten Fälle zu einem Thema ist, umso belastbarer werden abgeleitete Empfehlungen. Eine verlässliche Quelle über tatsächlich eingetretene und auch bestätigte Behandlungsfehler (etwa durch eine geleistete Schadenersatzzahlung) sind die Ergebnisse aus Arzthaftungsverfahren. Diesen Datenschatz nutzen wir in Deutschland leider nur zum Teil und leisten uns (vermutlich) blinde Flecken und mitunter widersprüchliche Aussagen. So ist aus den bekannten Veröffentlichungen gutachterlich bestätigter Behandlungsfehler (Bundesärztekammer oder MDK) nicht ersichtlich, ob es insgesamt über alle möglichen Verfahrenswege in Deutschland oder in bestimmten kritischen Bereichen (z. B. Geburtsschäden) mehr oder weniger berechtigte Fehler gibt oder ob Handlungsempfehlungen wie zum Beispiel die Anwendung von OP-Checklisten tatsächlich greifen.

Als HELIOS Kliniken-Gruppe erfassen und publizieren wir seit 2007 freiwillig (KÜR) Daten zu Behandlungsfehlervorwürfen zu einzelnen Kliniken und der Gruppe.

Seit 2011 den sogenannten „Fehler des Monats“ auf Basis tatsächlicher Schadensfälle in unserer Mitarbeiterzeitung (www.heliosaktuell.de). Mit dem Programm „Sorry works“ ermutigen wir unsere Mitarbeiter zum offenen Umgang bei eingetretenen Behandlungsfehlern gegenüber Patienten. Haftpflicht-Schadensfälle (auch laufende Verfahren) können in M&M-Konferenzen vorgestellt werden. Nie hat diese Transparenz HELIOS einen Nachteil gebracht.

Aus der Erfahrung von mehreren tausend Schadensfällen kann ich sagen, dass – obwohl schon immer aus einer Vielzahl von Kliniken bestehend – aus den neu hinzukommenden Kliniken sich immer wieder neue Erkenntnisse für alle in der Gruppe ergeben. Das Zusammenführen von Daten macht also klüger. Diese Daten zeigen vielfach auch andere Fehler und Schäden als in freiwilligen Fehlermeldesystemen, wie CIRS, oder der gesetzlichen Qualitätssicherung.

Hätte ich als Risikomanager die Wahl (KÜR), würde ich gerne sehen, wo wir als Gruppe im Vergleich zum Bundesdurchschnitt und bei bestimmten Themen stehen, um frühzeitig (andere) Auffälligkeiten in die eigene Organisation kommunizieren zu können. Dies würde aber voraussetzen, dass alle bestätigten Behandlungsfehler einheitlich erfasst werden (PFLICHT).

Aufgrund der hohen gesellschafts- und versorgungspolitischen Bedeutung wurde „Patientensicherheit“ im Jahr 2013 als neues nationales Gesundheitsziel ausgerufen (gesundheitsziele.de). Wie dieses Ziel in konkreten Zahlen und für alle, auch Patienten, verständlich operationalisiert werden soll, ist bis heute nicht ersichtlich. Eine nationale Statistik bestätigter Behandlungsfehler könnte diese Lücke ausfüllen und – ähnlich der Verkehrsunfallstatistik – eine zentrale Signalfunktion für die Patientensicherheit haben sowie eine wichtige Ergänzung für das klinische Risiko- und Qualitätsmanagement sein, um systematisch aus Fehlern zu lernen.

Verpflichtende Register-/Reportingsysteme zu eingetretenen Schadensfällen sind heute in vielen Ländern in Europa und Übersee in Anwendung. Diese Transparenz wäre auch Ausdruck – oder gar VerPFLICHTung? – des elementaren, ärztlichen Grundsatzes „Zuerst einmal nicht schaden“ (Primum non nocere).

Zusammengefasst: Transparenz ist der Motor für Verbesserungen, erst recht beim Thema Behandlungsfehler!

... AUS SICHT DES APS (AKTIONSBÜNDNIS PATIENTENSICHERHEIT E. V.)

HARDY MÜLLER, GESCHÄFTSFÜHRER DES APS



Behandlungen dürfen zu allererst nicht schaden. Die Vermeidung von unerwünschten Ereignissen in der gesundheitlichen Versorgung ist nicht alleine eine Aufgabe von Ärzten oder Krankenhäusern, sondern diese Aufgabe geht uns alle an. Die sichere Versorgung ist ein Resultat und Produkt des Gesundheitssystems.

1. Allen gesundheitswissenschaftlich fundierten Empfehlungen zum Ausbau der Patientensicherheit ist gemein, dass sie an erster Stelle die Bedeutung der Führungsverantwortung in allen Einrichtungen des Gesundheitswesens betonen. Die Leitung von Krankenhäusern, die Vertretung der Ärzteschaft, das Management in den Krankenkassen und nicht zuletzt die Gesundheitspolitik müssen sich dem Thema stellen und gemeinsam eine explizite Sicherheitskultur (gemeinsame Werte und Ziele) entwickeln und fördern.

2. Als zweite Säule zur Stärkung der Patientensicherheit sind nationale Programme notwendig, in denen ein Überblick und Koordination von Aktivitäten möglich werden. Das Aktionsbündnis Patientensicherheit APS versteht sich als nationales Programm zum Ausbau der Patientensicherheit in Deutschland. Unsere Mitglieder aus allen Bereichen der Gesundheitsversorgung arbeiten an dem Ziel, die Maßnahmen zum Ausbau der Patientensicherheit wissenschaftlich zu fundieren und das Risikomanagement in der Praxis konkret auszubauen.

3. Die dritte Säule stellt die Entwicklung und Anwendung eines Sets von Patientensicherheits-Indikatoren dar. Patientensicherheit ist zu messen. Nur was wir messen, können wir auch steuern. Ziele sind die Identifikation von Schwächen (wo ist etwas schiefgelaufen, *patient-safety I*), aber auch der Beleg von Stärken (*patient-safety II*). Das

Messen zeigt Entwicklungen auf. Insgesamt sind Messungen unverzichtbar. Nur so können wir zum Wohle der Patientinnen und Patienten zielgerichtet intervenieren und effizient managen.

Wie so oft sind auch hier der Gebrauch und die Interpretation der Maßzahlen und Mess-Systeme entscheidend. Die Interpretationen sind nicht trivial, ein Missbrauch der Systeme ist möglich und muss verhindert werden. Um einen Nutzen zur Verbesserung der Versorgung zu stiften, ist ein gemeinsames Verständnis (s. o.) notwendig. Leider müssen wir feststellen, dass schon die Fachbegriffe Behandlungsfehler, Schaden, Fehler und Fehlervorwurf in der öffentlichen Diskussion nicht auseinander gehalten werden.

Der Betrieb von anonymen Meldesystemen (CIRS) dient primär dem Lernen aus Beinahe-Zwischenfällen und nicht zur Abschätzung der Häufigkeit von Behandlungsfehlern. Durch die Meldung von Problemen werden wir in die Lage versetzt, kritische Ereignisse zu analysieren und darauf abgestimmte Handlungsempfehlungen zu entwickeln.

Transparenz der Patientensicherheit ist ein wichtiger Baustein der Patientensicherheitskultur in allen Gesundheitssystemen. Diese muss gemeinsam entwickelt werden – noch sind wir weit davon entfernt.

STIMMEN AUS DEM PUBLIKUM

„Ausbildung des medizinischen Nachwuchses ist ein wesentlicher Punkt bei der Frage, wie geht man mit Behandlungsfehlern um.“

„Die Hoffnung in das Qualitätsinstitut ist an dieser Stelle aus meiner Sicht allein schon deshalb problematisch, weil die Trägerschaft des Qualitätsinstitutes ausschließlich aus denjenigen besteht, die bisher für Qualitätssicherung zuständig waren.“

„Ich glaube nicht, dass die Daten ausreichen. Uns fehlen einerseits die Daten von Beinahe-Fehlern. Ich habe selbst als Arzt erlebt, dass es zweimal gut gegangen ist und beim dritten Mal etwas passierte, weil vorher niemand darüber geredet hat. Wir brauchen die Daten von den Ereignissen, bei denen nichts passiert. Und wir brauchen die Daten, bei denen die Versicherungsgesellschaft sofort reguliert, weil klar ist, dass jemand Schuld war. Ich glaube aber, eine Verpflichtung bringt nichts. Wir haben das bereits bei den Medizinprodukten, aber da melden die Hersteller selbst bei einer verpflichtenden Registrierung keine Fehler. Der richtige Weg wären freiwillige Register wie in der Raumfahrt, bei denen man nicht bestraft wird.“

„Unter der Wasseroberfläche liegt, was bei mir landet. Das sind Menschen, die sagen ‚Ich finde keinen Anwalt, ich finde keinen Gutachter, mein Hausarzt kann mir nicht helfen.‘ Diese Patienten sind schwerkrank und kommen nicht weiter. Sie resignieren, weil niemand hilft.“

„Krankheitsvorsorge ist Daseinsvorsorge. Wir sollten uns alle überlegen, wie viel Geld wir in die Hand nehmen wollen, um Paragraph 1 umzusetzen, der besagt ‚Hört dem Patienten zu‘. Immer wieder erfahre ich, dass niemand da war, der mit ihnen gesprochen hat und dass es keine Kontinuität in der Versorgung gab. Außerdem wäre die Anzeige der Haftpflichtversicherung sehr wichtig, denn ganz viele Fälle kommen gar nicht zu den Medizinischen Diensten und den Ärztekammern.“

„Wir müssen davon weg kommen, dass Behandlungsfehler skandalisiert werden. Und was wir auch nicht vergessen dürfen, ist, dass die Durchsetzung von Behandlungsfehlervorwürfen, wenn sie denn begründet sind, für die Patienten eine Tortur ist. Sie ist davon geprägt, dass Patienten in solchen Auseinandersetzungen mit Versicherern, mit Ärzten in die Knie gezwungen werden.“

OFFENSIVE DISKUSSION IM EXPERTENGESPRÄCH – VON EISBERGEN UND VERKEHRSTOTEN



Wer die Spitze eines Eisberges sieht, weiß noch lange nicht, wo der Berg anfängt und wo er aufhört. Der größte Teil liegt unter Wasser und ist damit unsichtbar. Er kann sich auch horizontal ausdehnen, was zu deutlichen Fehleinschätzungen führen kann.

Dieses Bild, das **PD Dr. Max Skorning** während seines Vortrags skizziert hatte, dominierte den ersten Teil der offenen Diskussion. „Beim Erfassen von Behandlungsfehlern ist oft nicht klar, von welcher Größenordnung wir sprechen. Es ist wie mit einem Eisberg: Entweder muss man den Eisberg heben oder das Wasser erwärmen, um an ihn heran zu kommen“, sagte auch der Engländer **Dr. Mike Durkin**. Nach vielen Informationen aus dem In- und Ausland sowie einigen Forderungen aus den Vorträgen fragte Moderator Andreas Lange an der einen oder anderen Stelle nach.

Ein zentrales Register

„Eine exakte Messung ist mehr wert als 1000 Expertenmeinungen“, griff **Dr. Stefan Gronemeyer** ein Zitat aus dem Einführungsvortrag auf. Deshalb tritt der MDS für ein zentrales Behandlungsfehler-Register ein. Das Ziel ist eine systematische Fehlervermeidung. „Wir erfahren immer nur punktuell von Behandlungsfehlern. Die Ärztekammern und die Medizinischen Dienste der Krankenversicherung (MDK) schaffen zwar ein wenig Transparenz, doch es bleiben letztendlich Schlaglichter. Wir haben keinen systematischen Überblick, welche Fehler wo vorkommen“, so der leitende Arzt des MDS.



Auch **Thomas Ballast** erklärte, als Krankenkasse wolle die TK den Versicherten helfen und dafür sei Transparenz wichtig. Aber es reiche nicht, mit dem Finger auf die Fehler zu zeigen, sondern man müsse auch Maßnahmen ergreifen, damit erst gar keine Fehler passierten. Dabei fragte Ballast, ob es wirklich so viel bringe, unter dem Eisberg weiter zu suchen. Irgendwann sei das Wasser so kalt, dass man nicht mehr zwischen Eis und Wasser unterscheiden könne. Übertragen auf Behandlungsfehler bedeute das aus seiner Sicht: Wann ist ein unerwünschtes Ereignis ein vermeidbares Ereignis und wann ist es schicksalhaft? „Wir brauchen sicherlich so viel Transparenz wie möglich über das, was passiert. Aber es hilft oft nicht, einfach nur nach neuen Melde- und Dokumentationspflichten zu rufen“, sagte der stellvertretende Vorstandsvorsitzende der Techniker Krankenkasse.

Hier hakte Lange nach: „Bedeutet das also, wir würden der Sicherheitskultur ein großes Stück näher kommen können, wenn wir einfach nur die bisherigen Quellen wie Registerprojekte oder freiwillige Meldesysteme nutzten und häufige Fehlerursachen ableiten würden?“ fragte der Moderator. Sicherlich ließen sich daraus Mechanismen und Systematiken entwickeln, vermutet er.

Kerstin Kols, Geschäftsführerin der Schlichtungsstelle für Arzthaftpflichtfragen der norddeutschen Ärztekammern, beantwortete diese Frage ausführlich. „So ist es: Bereits die vorhandenen Daten geben Auskunft über die Fehler. Unser Ziel ist es – neben der Durchführung von Schlichtungsverfahren – auch, Patientensicherheit zu fördern. Dazu zeigen wir die in den Schlichtungsverfahren erkannten Fehlerquellen auf, damit die Ärzte hierdurch voneinander lernen können“, sagte Kols. Die Ärztekammern haben bereits vor über 40 Jahren Schlichtungsstellen gebildet. Aus den Schlichtungsverfahren resultiere ein großer Erkenntnisgewinn im Hinblick auf Fehlerquellen, es würden Kasuistiken geschrieben, Erkenntnisse aus systematischen Fehlern verbreitet und sowohl in Fachbüchern bzw. Fachzeitschriften veröffentlicht, als auch auf Kongressen dargestellt. Zudem mache die Schlichtungsstelle durch Vorträge in Krankenhäusern regelmäßig auf risikobehaftete Bereiche aufmerksam. „Wir sind schon seit Anbeginn im APS vertreten und sehen dort bei jeder Erhebung, dass die Daten der Datenhalter eine große Kongruenz aufweisen. Sie sind zwar nicht zusammengeführt, weil es keine rechtlich zulässigen Möglichkeiten zur Vernetzung gibt. Aber eine größere Datenmenge „Big Data“ würde an den – auch jetzt schon klaren – Erkenntnissen nichts ändern, lediglich weiteren kostspieligen Verwaltungsaufwand zeitigen. Die Fehler sind bekannt. Wir tun alles, um für den Patienten ein schnelles Verfahren durchzuführen und präventiv Behandlungsfehler zu verhindern.“, sagte die Geschäftsführerin der Schlichtungsstelle.

Fehler vermeiden, statt zu verurteilen

An dieser Stelle fasste der Moderator zusammen, dass sich scheinbar alle einig seien – mit Ausnahme des Problems des brüchigen Datensatzes. Die einen sagten, er reiche aus, die anderen nicht. **Staatssekretär Laumann** stellte dazu fest: „Menschen machen Fehler, in der Medizin wie in jedem anderen Beruf auch. Wichtig ist es, sie weder zu bagatellisieren noch zu skandalisieren. Außerdem sollte auch in dieser Situation der Patient im Mittelpunkt stehen, man muss ihn wesentlich mehr mit einbeziehen“, so der Patientenbeauftragte der Bundesregierung. Weiterhin erklärte er, dass man mit dem Krankenhausstrukturgesetz eine Reihe von Maßnahmen ergriffen habe, damit die Qualität der Krankenhäuser künftig bei der Krankenhausplanung eine noch größere Rolle spiele. Darüber hinaus müssten die Qualitätsberichte der Krankenhäuser nun einen gesonderten Teil enthalten, mit dem sich Patientinnen und Patienten in verständlicher Weise über die Versorgungsqualität im Krankenhaus informieren könnten. Und: „Wir haben das Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen errichtet, das sich mit der Qualität von Krankenhäusern befasst. Es bleibt spannend, wie man Qualität von Krankenhäusern wirklich fair bemisst. Aber damit haben wir einen entscheidenden Punkt gesetzt. Auch die Vermeidung von Fehlern ist ein wesentliches Qualitätskriterium“, sagte Laumann.

„Ist es leichter, Fehler in der Medizin zu vermeiden, wenn ich gesicherte Daten habe?“ fragte Lange daraufhin den Leiter des Risikomanagements der Helios Kliniken **Andreas Meyer**. Seit 2007 werden in den inzwischen mehr als 100 Helios Kliniken alle gemeldeten Behandlungsfehlerverfahren und Vorfälle erfasst. Über seinen Schreibtisch sind einige 1000 solche Haftpflicht-Fälle gegangen, in die er sich eingelese hat und die zum Teil auch publiziert werden. Doch wegen dieser Transparenz habe Meyer nie Nachteile erfahren, eher das Gegenteil. „Die klare Antwort lautet ja“, sagte Meyer. „Wir sollten mit den Daten arbeiten, die wir heute schon vorliegen haben und die wir deshalb gut managen können. Wenn es gelingt, diese Spitze des Eisbergs zu bewegen, dann können wir es schaffen, dass sich der ganze unsichtbare Teil darunter auch bewegt. Bei der Nachfrage, ob er denn von der Spitze des Eisberges Rückschlüsse ziehen könne auf das, was darunter ist, antwortete Meyer, er könne es zwar nicht beweisen, aber bei Vorliegen einer Gesamtstatistik aller von Patienten vorgeworfenen oder bestätigten Behandlungsfehler, wäre ein Rückgang zumindest ein Indiz dafür. Er habe einen Gesamtüberblick über die Fälle von den Schlichtungsstellen, von den Medizinischen Diensten, vom Gericht und vor allem auch über die Fälle, die direkt reguliert werden. Demnach könne er ganz klar sagen: „Wir leisten uns blinde Flecken. Es gebe bestimmte



Bereiche und Kategorien, die direkt reguliert werden und sich bei den Schlichtungsstellen oder beim MDK nur selten wiederfinden. Dabei handelt es sich zum Beispiel um die so genannten Never Events, wie etwa Seitenverwechslungen oder verbliebene Bauchtücher, Tupfer, etc. Ein großer Teil tauche in den Statistiken nicht auf. Darüber hinaus gibt es eine ganze Reihe an Fachgebieten, die heute gar nicht in der gesetzlichen Qualitätssicherung abgebildet sind“, so Meyer.

Eine neue Sicherheitskultur

Auch das Aktionsbündnis Patientensicherheit (APS) fordert mehr Daten und größere Transparenz um genau zu erkennen, wo der Schuh drückt. Der Geschäftsführer des APS **Hardy Müller** sagte deshalb: „Wir wollen Verbesserungen erreichen, Voraussetzung hierfür ist eine tragfähige Sicherheitskultur. Interessanterweise wissen wir doch, wo die Probleme liegen – wir haben weniger ein Erkenntnis- sondern vielmehr ein Umsetzungsdefizit. Neben den Registern liefern wissenschaftliche Studien Auskunft darüber, wo die größten Patientengefährdungen liegen.“ Da müsste man also die Initiative ergreifen und den Nebel lichten. Je mehr man von den Kanten sehe, desto besser. Deshalb forderte Müller: „Zentrales Element einer Patientensicherheits-Strategie ist eine nationale Plattform, um sich auszutauschen. Auf dieser Plattform lassen sich die Fragen klären, die sich mit Registern stellen: Welche Zahlen braucht man, wie muss man die Kennzahlen interpretieren, was alles lässt sich messen?“

Das bedeutet: Es gibt Daten der Ärztekammer, es gibt Daten der Medizinischen Dienste, Daten einzelner Krankenhäuser und auch Daten der Versicherungen, die jedoch nicht veröffentlicht werden. Wenn man all diese Daten systematisch erforschen würde, könnte man den Eisberg möglicherweise ein Stück weit anheben und möglicherweise erste Schritte in Richtung wirklicher Verbesserungen gehen. Doch ein Großteil der fehlerbedingten Schäden wird nicht systematisch analysiert, und es werden daraus auch keine Konsequenzen zur Fehlervermeidung gezogen. Deshalb zog **Dr. Gronemeyer** noch einmal den Vergleich zu England: „Ich höre, dass dort offenbar ein System funktioniert, in dem monatlich Meldungen über solche Fehler eingehen. Diese werden zeitgleich ausgewertet und es werden sofort Warnungen an die Kliniken und Einrichtungen gegeben. Weiterhin gibt es konkrete Anweisungen und Hilfestellungen bis hin zu verpflichtenden Anordnungen, etwas zu tun – alles Dinge, die wir hier in Deutschland nicht haben, die aber viel Vertrauen geben würden.“ Und von Vertrauen war während der Veranstaltung immer wieder die Rede. Da ging es beispielsweise um Vertrauen in das Gesundheitswesen oder um Vertrauen in die Qualität der Krankenhäuser. Wäre da eine Meldepflicht oder ein Register nicht ein Instrument zur Vertrauensbildung über systematische Fehlervermeidung? „Damit sollten wir natürlich keine Ärzte oder Krankenhäuser an den Pranger stellen. Stattdessen könnten wir messen, wo es Probleme gibt, könnten Fehlervermeidungsmaßnahmen implementieren und sehen, ob die Fehler tatsächlich zurückgehen“, erklärte Gronemeyer. Das wäre ein Erfolgserlebnis für alle diejenigen, die sich für Patientensicherheit vor Ort einsetzen.

Die Diskussion machte deutlich, dass schon einiges unternommen wird, um Fehler zu vermeiden. Allerdings gibt es keine Verbindung zwischen der Information über Behandlungsfehler und der Wirkung der Maßnahmen, die teilweise mit großem Aufwand implementiert wurden. „Wir brauchen eine strukturierte Berichterstattung darüber, um welche Fehler es sich handelt, in welchem Umfang sie auftreten und ob die eingeleiteten Maßnahmen tatsächlich helfen, diese Fehler zu verringern“, sagte Gronemeyer. Er zog dabei den Vergleich zur Verkehrsunfallstatistik. Sie wird seit Jahrzehnten verpflichtend erfasst. Während dieser Zeit wurden umfangreiche Maßnahmen zur Vermeidung von Schäden eingeleitet, wie die Anschnallpflicht oder die Absenkung der Promillegrenze. Und man sieht deutlich, dass die Schadensfälle kontinuierlich sinken. „Wir brauchen deshalb eine verpflichtende Meldepflicht für Behandlungsfehler, damit wir solche Daten haben und einen neuen Schub in die Fehlervermeidung hinein bringen und sagen können: Die Maßnahmen waren die richtigen, die haben etwas gebracht oder eben nicht“, sagte der Leitende Arzt des MDS.

i

NEVER EVENTS

Never Events sind einerseits besonders folgenschwere Ereignisse, die andererseits aber leicht zu vermeiden wären. So verbleiben zum Beispiel nach Operationen versehentlich Fremdkörper, die aufgrund mangelhaft durchgeführter Zählkontrollen übersehen wurden. Auch das Wundliegen mit schwersten neu aufgetretenen Druckgeschwüren, die man durch frühzeitige Präventionsmaßnahmen bei Risikopatienten hätte vermeiden können, zählt oft dazu. Oder es kommt bei Operationen aufgrund nicht konsequent genutzter Checklisten zu Verwechslungen, zum Übersehen einer Allergie oder einer anderen typischen Gefahr. Es handelt sich aber bei Never Events letztlich nicht um besonders verwerfliche oder unverständliche Fehler und auch nicht um ein besonders großes Verschulden eines Einzelnen.

Im Gegenteil: Das Auftreten eines Never Events zeigt einen unsicheren Versorgungsprozess an. Hier ist ein seltenes, aber dennoch zu erwartendes und wiederkehrendes menschliches Versagen nicht ausreichend abgesichert, obwohl dies gut möglich wäre und das bestehende Risiko bekannt ist. Nicht selten ist ein solcher Fehler so offensichtlich, dass er keiner medizinischen Begutachtung bedarf. Damit bleiben vermutlich viele Never Events außerhalb einer Berichterstattung. Gerade hier wäre es aber besonders wichtig, die Anzahl, die Art und die zeitliche Entwicklung genau zu kennen. Was nämlich nicht bekannt ist, das wird möglicherweise nicht ausreichend ernst genommen. Eine verpflichtende Erfassung der Never Events wäre eine wichtige Voraussetzung für die Analyse von Fehlerursachen und damit auch Voraussetzung für das gezielte Umsetzen von Sicherheitsmaßnahmen – und könnte damit zu einer besseren Sicherheitskultur auch in Deutschland beitragen.



ZUSAMMENFASSUNG



Behandlungsfehler vermeiden – das wollen alle, soviel steht fest! Wie erfolgreich man aber darin schon ist und ob mehr Transparenz benötigt wird, darüber lässt sich streiten. Wie gut, dass wir darüber geredet haben ...

Behandlungsfehlerregister, Meldepflicht, Sicherheitskultur und der Eisberg: Diese Themen elektrisieren auch Fachleute, entsprechend folgte ein hochkarätiges Publikum der Einladung des MDS und diskutierte angeregt über die Transparenz zu Behandlungsfehlern in Deutschland. Nüchtern kann festgehalten werden, dass unser Wissen zum Auftreten von Behandlungsfehlern, zu ihrer Art und Häufigkeit lückenhaft ist. Das gilt selbst für anerkannte Behandlungsfehler, bei denen der Patient bereits eine Entschädigung erhalten hat. Weder die Zahlen aus den Schlichtungsstellen noch die Daten der MDK-Gemeinschaft über die Ergebnisse der Behandlungsfehlerbegutachtung liefern hierzu belastbare Erkenntnisse. Das kann auch nicht der Sinn dieser jährlichen Berichterstattungen sein. Die Aufgaben dieser Institutionen nämlich liegen im Einzelfall, der geschlichtet werden soll oder zunächst medizinisch zu begutachten ist. Die jeweiligen Ergebnisse spiegeln deshalb in Summe lediglich die Inanspruchnahme eines Angebotes an geschädigte Patienten wider – nicht mehr, aber auch nicht weniger. Ein direktes Maß für die Art und Häufigkeit von Behandlungsfehlern oder für das Niveau der Patientensicherheit in Deutschland können sie nicht sein. Wendet sich ein Patient nicht an die Krankenkasse oder die Schlichtungsstelle, zum Beispiel weil er aufgrund eines unbestreitbaren Behandlungsfehlers unmittelbar eine Entschädigung vom Leistungserbringer oder dessen Haftpflichtversicherer erhalten hat, dann erscheint weder sein Fall noch dieser Fehler in den bestehenden Statistiken. Sollte der Fehler deshalb nicht in Zukunft bei anderen verhindert werden können? Müssen also

die verbliebenen Wissenslücken zu Behandlungsfehlern geschlossen werden, dadurch dass beispielsweise auch Haftpflichtversicherungen und die Leistungserbringer die medizinischen Inhalte ihrer Fälle mit anerkannten Behandlungsfehlern anonym transparent machen? Dazu besteht keine Einigkeit unter Experten, die auf diesem Forum diskutierten.

Es bilden sich scheinbar zwei abgrenzbare Pole. Die einen sind sicher, dass man schon sehr viel erreicht hat, genau auf dem richtigen Weg ist und allenfalls bestehende Möglichkeiten verstärkt nutzen muss. Die anderen sind skeptisch zum bisher Erreichten und möchten sowohl zum Erfassen der Fakten als auch zur darauf aufbauenden Umsetzung von Präventionsmaßnahmen neue Wege beschreiten bzw. schlicht dem Vorbild anderer Länder folgen, die diese über 15 Jahre alte Forderung aus „To Err is Human“ umgesetzt haben. Zwischen diesen Polen bleibt aber auch für einige Experten vermeintlich viel Raum. Nicht selten werden so einerseits zwar volle Transparenz und bestmögliche Maßnahmen zum Lernen aus Fehlern gefordert ohne andererseits aber zusätzliche Register und Erfassungsmechanismen einführen zu wollen. Unbeantwortet blieb die Frage, wie und ob das zusammen passt. Wieviel Transparenz ist also notwendig, förderlich, umsetzbar, gar finanzierbar? Die Frage scheint noch lange nicht zu Ende diskutiert.

Dennoch ist vieles über Behandlungsfehler bekannt. Reale Fälle werden teilweise genutzt zur Information und Sensibilisierung des Fach- und Führungspersonals im Gesundheitswesen sowie zur Entwicklung von gezielten Präventionsmaßnahmen. Freiwillige Meldesysteme sind längst existent, durch die zumindest qualitativ und aus subjektiver Sicht Informationen zu Fehlern und über deren Vermeidung gewonnen werden.

”

Wichtige Anfänge sind gemacht. Dazu hat dieses MDS-Expertenforum beigetragen. PD DR. MAX SKORNING

Beispielsweise ist in England eine gänzlich andere – sehr viel umfangreichere – Transparenz gegeben. Einerseits ist ein freiwilliges Meldesystem etabliert, in dem jährlich 1,8 Millionen Meldungen eingehen, aus dem gestufte Warnhinweise bis hin zu verbindlichen Maßnahmen abgeleitet werden. Zusätzlich sind zahlreiche fehlerbehaftete, vermeidbare Ereignisse umgehend auch verpflichtend zu melden – und es ist möglich, darüber ganz selbstverständlich und sogar mit großer Begeisterung und mit Humor zu berichten. Vielleicht ist gerade das auch Ausdruck einer hochentwickelten Sicherheitskultur? Kann man über Fakten zu Fehlern, Defiziten und Versäumnissen sprechen ohne mindestens indirekt auch Vorwürfe zu erheben und einen drohenden Unterton zu spüren? Ja, man kann. Das hat uns Dr. Mike Durkin bestens vorgeführt.

Vielleicht muss eine neue Sicherheitskultur vorwärts- und rückwärtsgerichtet sein. Natürlich muss einerseits – vorwärtsgerichtet – alles dafür getan werden, dass vermeidbare Schäden auch tatsächlich sicher vermieden werden. Treten aber dennoch vermeidbare Schäden

auf, die nicht gemessen und nicht transparent gemacht werden, dann kann es immer weiter vorwärts mit dieser Methode nicht zielgerichtet weiter gehen. Dann muss man wohl nach hinten blicken, die tatsächlichen Ereignisse anschauen und analysieren, um das Ziel neu auszurichten und sich tatsächlich kontinuierlich weiter gerichtet vorwärts bewegen zu können.

Nur aus beiden Seiten wird ein vernünftiges Paar Schuhe. Warum nicht das eine tun ohne das andere zu lassen? Einige Wortmeldungen und Diskussionsbeiträge zeigten diese Richtung auf. „Wer viel misst, der misst viel Mist“, so lautet eine alte „Wissenschaftlerweisheit“. „Die Wahrheit schmerzt manchmal“, lautet eine eher allgemeine Lebenserkenntnis. Dieses zu verbinden beim Thema Transparenz über Behandlungsfehler, das erfordert wohl noch weitere Diskussionen, aber wichtige Anfänge sind gemacht. Dazu hat dieses MDS-Expertenforum beigetragen.







DR. PETER PICK, GESCHÄFTSFÜHRER DES MDS

RESÜMEE

Patientensicherheit ist ein wichtiges Thema, nicht nur für die Medizinischen Dienste, sondern für das gesamte Versorgungssystem. Ich habe eine große Einigkeit gesehen, dass wir uns alle freuen, dass in dem Themenfeld mehr geschieht. Aber es muss weiterhin mehr geschehen, das ist ebenfalls deutlich geworden.

Wir brauchen einen offenen Umgang mit Fehlern. Da ist jeder, der in der medizinischen Versorgung arbeitet, gefordert. Und wir müssen die Aktivitäten, die erfreulicherweise aus dem Boden sprießen, weiter verbreiten. Allerdings habe ich auch eine Uneinigkeit in Bezug auf die Frage gesehen: Was ist mit den Daten, brauchen wir stärkere Verpflichtungen? In diesem Punkt müssen wir weiterhin intensiv diskutieren.

Es wäre hilfreich, wenn die Daten der Versicherungswirtschaft genauso transparent wären, wie die der Medizinischen Dienste und der Schlichtungsstellen der Ärztekammern – und zwar differenziert nach den einzelnen Bereichen: Was wird automatisch aus dem Versorgungssystem gelöst, was mit der Unterstützung von Anwälten, was mit der Unterstützung der Krankenkassen und was mit Unterstützung von Gerichten. Dann hätten wir auf jeden Fall mehr Transparenz und wären ein ganzes Stück weiter. Aus der übergreifenden Sicht stelle ich fest: Die fehlende Verpflichtung zur Datenlieferung bleibt ein Manko. Aus selektiven Stichproben lassen sich keine allgemeinen Schlussfolgerungen ziehen. Deshalb müssen wir weiterhin über die allgemeine Berichterstattung sprechen. Und es ist auch noch einmal deutlich geworden ist: Wir brauchen weiterhin systematische Unterstützung des Patienten durch die Medizinischen Dienste, durch die Krankenkassen, durch die Schlichtungsstellen und auch durch Anwälte, die manchmal erst der Türöffner sind, dass sich etwas bewegt.



Wir brauchen einen offenen Umgang mit Fehlern. Da ist jeder, der in der medizinischen Versorgung arbeitet, gefordert.

DR. PETER PICK

IMPRESSUM

Herausgeber

MDS
Medizinischer Dienst
des Spitzenverbandes Bund
der Krankenkassen e.V.
Theodor-Althoff-Str. 47
45133 Essen
Telefon: 0201 83 27-0
Telefax: 0201 83 27-100
www.mds-ev.de

Verantwortlich

Dr. Stefan Gronemeyer, MDS

Redaktionelle Leitung

Dr. Martina Koesterke, MDS

Redaktion und Text

Dr. Martina Koesterke
PD Dr. Max Skorning

Gestaltung

fountain, Düsseldorf

Fotonachweise

BILDSCÖN, Berlin
fotolia.de / oporkka
photocase.de / adRian

MDS

Medizinischer Dienst
des Spitzenverbandes Bund
der Krankenkassen e.V.

Postfach 10 02 15
45002 Essen
Telefon 0201 8327-0
office@mds-ev.de
www.mds-ev.de