

Krankenhaus-Report 2014

„Patientensicherheit“

Jürgen Klauber / Max Geraedts /
Jörg Friedrich / Jürgen Wasem (Hrsg.)

Schattauer (Stuttgart) 2014

Auszug Seite 3–11



1	Das Krankenhaus als Risikofaktor	3
	<i>Max Geraedts</i>	
1.1	Einführung.....	3
1.2	Glossar zur Patientensicherheit	5
1.3	Was leisten Krankenhäuser?.....	6
1.4	Wie hoch ist das Risiko bei Krankenhausbehandlungen?.....	7
1.5	Fazit.....	10
	Literatur.....	11

Max Geraedts

Abstract

Auf der Basis einer kurzen Einführung in die Thematik werden zunächst die Begrifflichkeiten rund um die Patientensicherheit erläutert und anschließend die Leistungen von Krankenhäusern den verfügbaren Zahlen über das tatsächlich vorhandene Risiko einer Krankenhausbehandlung gegenübergestellt. Unter den 18,8 Millionen Behandlungsfällen des Jahres 2011 in Deutschland muss gemäß internationalen Literaturanalysen mit 5–10% unerwünschten Ereignissen gerechnet werden, von denen knapp die Hälfte vermeidbar wären. Geschätzt wird, dass etwa 1 Promille der Patienten an einem Fehler verstirbt. In Anbetracht der Tatsache, dass heute immer ältere Patienten mit immer komplexeren Verfahren bei gleichzeitig stärker verdichteter Leistungsintensität behandelt werden, erscheint dieses Risiko im Vergleich zu den Chancen der Krankenhausbehandlung zwar relativ gering. Absolut gesehen fordert eine Zahl von 18 800 vermeidbaren Todesfällen pro Jahr im Krankenhaus jedoch dringend dazu auf, alle Anstrengungen zu unternehmen, patientensicherheitsrelevante Ereignisse zu erfassen, zu analysieren und mithilfe eines umfassenden Fehlermanagements zu vermeiden.

Based on a short introduction to the topic, we present a glossary of terms related to patient safety and contrast the output of hospitals to available figures of the actual risk of hospital care. International literature reviews suggest an expected adverse event rate of 5–10% among the 18.8 million hospital cases in Germany in 2011, half of them avoidable. It is estimated that 1 per thousand patients die from medical errors. Considering that hospitals treat increasingly older patients, using more and more complex procedures in an environment of increasingly intensified treatment interventions, the risk seems to be relatively low compared to the chances hospital care offers. However, the absolute number of 18,800 preventable deaths in hospitals per year urgently calls for efforts to document, analyse and prevent events related to patient safety by implementing a comprehensive error management system.

1.1 Einführung

Glaubt man den Skandalmeldungen der letzten Jahre, dann sorgen Krankenhäuser nicht mehr zuallererst dafür, dass es Patienten besser geht. Stattdessen werden Patienten vielfach nicht indizierten Eingriffen unterzogen, bei denen immer wieder Operationsinstrumente im Körper verbleiben, sie erleiden Infektionen und Druckgeschwüre oder bekommen falsche und unverträgliche Medikamente. Krankenhäuser

bieten also nicht mehr Chancen auf ein längeres, unbeschwerteres Leben mit mehr Lebensqualität, sondern stellen ein Risiko für Patienten dar. So zumindest betitelten sowohl „Der SPIEGEL“ (23/2009) als auch der „stern“ (18.08.2010) einen Beitrag bzw. ein ganzes Heft mit der Schlagzeile „Risiko Krankenhaus“. Die damalige Patientenbeauftragte der Bundesregierung, Helga Kühn-Mengel, wurde vom SPIEGEL mit den Worten zitiert: „Der Gang ins Krankenhaus kann ein großes Risiko bedeuten“. Damit liegt sie sicher richtig. In Krankenhäusern werden bei einer immer älter werdenden Patientenpopulation immer invasivere Maßnahmen durchgeführt. Die Behandlung selbst geht oftmals mit Risiken einher, die auch bei Beachtung aller Sorgfaltsmaßnahmen für Patienten gefährlich sein können. Die Kunst besteht darin, den Nutzen und die potenziellen Risiken der Behandlung gemeinsam mit den Patienten abzuwägen und dann die vom Patienten präferierte Vorgehensweise zu wählen.

Richtig ist aber auch, dass bei komplexen, oft unter Zeitdruck durchzuführenden Maßnahmen Fehler gemacht werden. Insofern kann man ein Krankenhaus bzw. die Krankenhausbehandlung nicht nur als einen Chancenfaktor, sondern auch als einen Risikofaktor bezeichnen. Denn nur Patienten, die sich einer Krankenhausbehandlung unterziehen, stehen unter dem Risiko, einen Fehler bei der Behandlung zu erleiden, haben aber gleichzeitig die Chance auf eine Besserung ihrer Beschwerden. Die Chancen für eine Besserung der Beschwerden sind besonders groß, wenn Fehler so weit wie möglich vermieden werden. Damit dies geschieht, müssen Kenntnisse über die Häufigkeit von Fehlern in den verschiedenen Fachdisziplinen sowie über deren Ursachen und effektive Abhilfemaßnahmen erworben und umgesetzt werden.

Solche Kenntnisse und insbesondere die Maßnahmen setzen sich oft nur langsam in der Medizin durch. Erinnert sei hierzu an die Erfahrungen, die Ignaz Philipp Semmelweis, später als „Retter der Frauen“ bezeichnet, Mitte des 19. Jahrhunderts machen musste: Zunächst stellte er fest, dass die Sterblichkeit am Kindbettfieber auf derjenigen Station der Wiener Krankenanstalten, auf der Medizinstudenten ausgebildet wurden, mit rund 10% mehr als dreimal so hoch lag wie auf der benachbarten Station, auf der Hebammenschülerinnen ausgebildet wurden. Er selbst soll daraufhin seine Sektionstätigkeit bei am Kindbettfieber verstorbenen Frauen verstärkt haben, worauf die Sterblichkeit in der von ihm betreuten geburtshilflichen Abteilung sogar bis auf 30% anstieg und Frauen sich weigerten, auf seiner Station zu entbinden. Aber erst als ein Kollege an Symptomen verstarb, die dem Kindbettfieber ähnelten, nachdem er von einem Studenten mit einem Skalpell bei einer Sektion verletzt worden war, erkannte Semmelweis im Jahr 1847 den Zusammenhang zwischen den Sektionen und den Erkrankungen der Frauen. Er vermutete eine Übertragung pathogenen Materials, das von den Händen der Studenten und Ärzte in den Körper der Entbindenden gelangte. Die daraufhin von ihm eingeführte Chlorkalkwaschung der Hände senkte die Infektionsraten unter das Niveau der vormals besten Station. Diese Maßnahme setzte sich jedoch keinesfalls durch, sondern wurde als Eingriff in die ärztliche Autonomie abgelehnt. Semmelweis selbst erlebte bei Lebzeiten nicht die Anerkennung und breite Anwendung dieser wissenschaftlichen Erkenntnis (nach Goddemeier 2011).

Damit eine solche Verzögerung der Umsetzung von Erkenntnissen, mit denen Fehler medizinischer Behandlungen vermieden werden können, nicht auch heute noch viele Menschenleben kostet, haben sich inzwischen eine Vielzahl von Akteuren und viele Krankenhäuser der Stärkung der Patientensicherheit verschrieben.

Patientensicherheit wird dabei als Abwesenheit unerwünschter Ereignisse definiert. Um diesen Zustand zu erreichen, werden Maßnahmen des Risikomanagements ergriffen, die wiederum einen wesentlichen Bestandteil des auch gesetzlich vorgeschriebenen Qualitätsmanagements von Krankenhäusern darstellen.

Vor diesem Hintergrund führt der vorliegende Beitrag in die Thematik des Krankenhaus-Reports 2014 ein, indem die Begrifflichkeiten rund um die Patientensicherheit kurz erläutert und die Leistungen von Krankenhäusern den verfügbaren Zahlen über das tatsächlich vorhandene Risiko einer Krankenhausbehandlung gegenübergestellt werden.

1.2 Glossar zur Patientensicherheit

Zum besseren Verständnis der Terminologie sollen zunächst die im Bereich Patientensicherheit verwendeten Begriffe erläutert werden. Die nachfolgenden Definitionen folgen denjenigen, die das Aktionsbündnis Patientensicherheit (APS) in seinem Glossar sowie der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR) verwendet (APS 2013 & SVR 2007):

- Patientensicherheit: Abwesenheit unerwünschter Ereignisse
- unerwünschtes Ereignis: negatives Ergebnis bedingt eher durch die Behandlung als durch den Krankheitsverlauf
- Fehler: Regelverletzung oder falscher Plan
- kritisches Ereignis: Ein Ereignis, das zu einem unerwünschten Ereignis führen könnte oder dessen Wahrscheinlichkeit deutlich erhöht
- Beinaheschaden: Fehler, bei dem kein unerwünschtes Ereignis aufgetreten ist
- vermeidbares unerwünschtes Ereignis/Schaden: unerwünschtes Ereignis, das auf einen Fehler zurückzuführen ist
- Behandlungsfehler: vermeidbares unerwünschtes Ereignis, bei dem eine Verletzung der Sorgfaltspflicht vorliegt

Für weitere Erläuterungen und Beispiele zu den Begriffen sei auf die oben genannten Quellen verwiesen. Ein Begriff, der in der internationalen Literatur ebenfalls auftaucht, soll zusätzlich erwähnt werden: Es werden noch so genannte *never events* abgegrenzt, worunter man niemals akzeptierte Ereignisse auffasst, also solche Schäden, die immer zu vermeiden sind. Als Beispiele werden unter anderem genannt: Seitenverwechslung in der Chirurgie, intravenöse Verabreichung epidural zu applizierender Medikamente, Transfusion AB0-inkompatibler Blutkomponenten, blutungsbedingter mütterlicher Todesfall nach elektivem Kaiserschnitt oder Patientenverwechslung (Health Foundation 2013).

Zuletzt kann in Ergänzung der einzelnen genannten Begriffe noch der zusammenfassende Begriff der *patientensicherheitsrelevanten Ereignisse* formuliert werden.

Bevor im übernächsten Abschnitt erläutert wird, welche Angaben zur Häufigkeit dieser unterschiedlichen patientensicherheitsrelevanten Ereignisse in der Literatur gemacht werden, soll zunächst noch ein kurzer Einblick in die Leistungen von Krankenhäusern gegeben werden.

1.3 Was leisten Krankenhäuser?

Laut fünftem Sozialgesetzbuch dienen Krankenhäuser dazu, Krankheiten der Patienten zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten, Krankheitsbeschwerden zu lindern oder Geburtshilfe zu leisten (§ 107 SGB V). Dabei erbringen Krankenhäuser ihre Leistungen vollstationär, teilstationär, vor- und nachstationär sowie ambulant. Vollstationär dürfen Patienten nur dann behandelt werden, wenn die Aufnahme nach Prüfung durch das Krankenhaus erforderlich ist, weil das Behandlungsziel nicht durch teilstationäre, vor- und nachstationäre oder ambulante Behandlung einschließlich häuslicher Krankenpflege erreicht werden kann. Die Krankenhausbehandlung umfasst die ärztliche Behandlung, Krankenpflege, Versorgung mit Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln, Unterkunft und Verpflegung sowie bei Bedarf auch Leistungen zur Frührehabilitation und das Entlassmanagement zur Lösung von Problemen beim Übergang in die Versorgung nach der Krankenhausbehandlung (§ 39 SGB V).

Nach Angaben des Statistischen Bundesamts wurden im Jahr 2011 rund 18,8 Millionen vollstationäre Fälle in deutschen Krankenhäusern behandelt. An diesen wurden rund 49,4 Millionen „signifikante operative Eingriffe und medizinische Prozeduren“ vorgenommen. Eine Prozedur kennzeichnet, dass sie „entweder chirurgischer Natur ist, ein Eingriffs- oder Anästhesierisiko birgt, Spezialeinrichtungen oder Geräte oder eine spezielle Ausbildung erfordert“. Solche Prozeduren sind im amtlichen Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS) abbildbar und damit zu dokumentieren. Im Einzelnen handelt es sich um diagnostische Maßnahmen, bildgebende Diagnostik, Operationen, spezielle Medikamentengaben, nicht-operative therapeutische Maßnahmen und ergänzende Maßnahmen. Unter den knapp 50 Millionen Prozeduren fanden sich im Jahr 2011 allein 15,4 Millionen Operationen (DRG-Statistik des Statistischen Bundesamts 2013).

Hinzu kommen noch solche Leistungen, die nicht nach DRG vergütet werden, also zum Beispiel ambulante Operationen in Krankenhäusern (1,87 Millionen im Jahr 2011) und Leistungen im Rahmen der ambulanten Behandlung im Krankenhaus bzw. der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung nach § 116b SGB V.

Gleichzeitig mit dem in den letzten Jahren zu verzeichnenden Anstieg der Eingriffshäufigkeiten und der Komplexität der Eingriffe fand bekanntermaßen eine Verkürzung der durchschnittlichen Verweildauer statt. Betrug die Verweildauer im Jahr 2011 durchschnittlich 7,7 Tage, lag diese Kennziffer im Jahr 2000 noch bei 9,7 Tagen bei einer Fallzahl von 17,2 Millionen Fällen (www.gbe-bund.de). Daraus folgt, dass im Krankenhaus eine immense Leistungsverdichtung stattgefunden hat, wobei 10 % mehr Fälle bei um 25 % verkürzten Aufenthalten behandelt wurden.

Diesen Leistungszahlen sollen nun im Folgenden die Schätzungen zu möglichen unerwünschten Ereignissen, Fehlern und Schäden gegenübergestellt werden.

1.4 Wie hoch ist das Risiko bei Krankenhausbehandlungen?

Die grundlegenden Arbeiten zur Abschätzung des Risikos für patientensicherheitsrelevante Ereignisse bei Krankenhausbehandlungen in Deutschland wurden vom Aktionsbündnis Patientensicherheit (APS) im Jahr 2006 vorgelegt (Schrappe et al. 2006). Basis der Analysen war ein vom Bundesgesundheitsministerium gefördertes Forschungsprojekt, in dessen Rahmen eine systematische Literaturanalyse durchgeführt wurde. Die Analysen wurden 2007 noch einmal ergänzt und fanden Eingang in das Gutachten 2007 des Sachverständigenrats (Schrappe et al. 2007; SVR 2007).

Basis der Analysen war eine systematische Literaturanalyse über die Jahre 1995–2006, in die letztlich 184 Studien einfließen. Der Großteil der Studien stammte aus den USA. Die sieben einbezogenen Studien aus Deutschland wiesen vergleichbare Ereignishäufigkeiten auf, weshalb die Autoren auf eine Übertragbarkeit der internationalen Studienergebnisse auf Deutschland schlossen. Zudem erhöhte sich die Kongruenz der berichteten Ergebnisse mit der Fallzahl der jeweils einbezogenen Patienten, was als Hinweis auf eine gute Validität und Reliabilität der Studien gewertet wurde. Als weiterer Hinweis auf eine hohe Verlässlichkeit der Ergebnisse wurde gewertet, dass Studien zu Häufigkeiten einzelner Ereignisarten (z. B. nosokomiale Infektionen, arzneimittelbedingte unerwünschte Ereignisse, auf Medizinprodukte zurückgehende Ereignisse, Stürze und Dekubiti) Ereignisraten berichten, die die zusammenfassende Betrachtung aller unerwünschten Ereignisse als konservative Schätzung erscheinen lassen. Darüber hinaus zeigte sich keine Abhängigkeit der Ereignishäufigkeiten von verschiedenen Erhebungsmethoden, zum Beispiel Krankenakten-Reviews, Verwendung klinischer Daten oder direkte Beobachtungen. Die Autoren werteten ihre Ergebnisse daher als methodisch stabil und aussagekräftig, weshalb sie die internationalen Ergebnisse für ausreichend hielten, um daraus eine verlässliche Schätzung der Situation für den stationären Sektor in Deutschland abzuleiten, ohne dass erneut Studien zur Epidemiologie patientensicherheitsrelevanter Ereignisse in Deutschland gemacht werden müssten (Schrappe et al. 2007).

Demnach wird geschätzt, dass in Deutschlands Krankenhäusern mit unerwünschten Ereignissen in einer Größenordnung von 5–10 % der behandelten Patientenfälle zu rechnen ist. Der Anteil vermeidbarer unerwünschter Ereignisse, also von Schäden, liegt bei 2–4 % der Fälle, derjenige von Schäden auf der Basis einer Sorgfaltspflichtverletzung bei rund 1 % der Fälle. Der Anteil Behandlungsfälle mit tödlichem Ausgang, bei denen ein Fehler zugrunde lag, wird auf 0,1 % geschätzt, wobei keine Aussage dazu gemacht werden konnte, wie häufig hierbei zudem die Sorgfaltspflicht verletzt wurde.

Überträgt man diese Anteile auf die absoluten Behandlungszahlen in Deutschland, dann ergeben sich die in Tabelle 1–1 genannten Häufigkeiten. Eine absolute Anzahl von geschätzt 18 800 Todesfällen in Krankenhäusern Deutschlands pro Jahr, die nicht schicksalhaft auftreten, sondern durch konsequente Fehlervermeidung verhindert werden könnten, weist auf das hohe Potenzial hin, das durch die flächendeckende Implementierung einer Fehlerkultur als Teil des Risiko- bzw. Qualitätsmanagements ausgeschöpft werden könnte.

Tabelle 1–1

Geschätzter Anteil und Anzahl der Fälle mit patientensicherheitsrelevanten Ereignissen (PSRE) in Krankenhäusern Deutschlands (Bezugsjahr 2011)

PSRE-Art	Anteil	Anzahl* mit PSRE	Anzahl* ohne PSRE
Unerwünschte Ereignisse (UE)	5–10 %	0,9–1,8 Millionen	17–17,9 Millionen
Vermeidbare UE	2–4 %	360 000–720 000	18,08–18,44 Millionen
Behandlungsfehler	1 %	188 000	18,78 Millionen
Tödliche Fehler	0,1 %	18 800	18,798 Millionen

*Geschätzte Häufigkeit bezogen auf 18,8 Millionen Behandlungsfälle 2011

Krankenhaus-Report 2014

WIdO

Schrappé et al. (2006) konstatierten, dass ihre Literaturanalyse keine ausreichenden Erkenntnisse über die Zuordnung der unerwünschten Ereignisse (UE) zu einzelnen Fachrichtungen zuließ. Dagegen lassen sich solche Aussagen auf der Basis einer Übersichtsarbeit treffen, die von de Vries et al. (2008) publiziert wurde. Die Autoren legten sehr strenge Auswahlkriterien für die einzubeziehenden Studien an (u. a. mindestens 1 000 Patienten, gleichartige Definition von UE, keine isolierte Betrachtung einzelner UE-Arten) und schlossen letztendlich nur 8 von 257 Studien mit insgesamt rund 75 000 Patienten in die vergleichende Betrachtung ein. Als wesentliche Erkenntnis ist zu nennen, dass sie zunächst vergleichbare Ereignisraten berichteten: Im Durchschnitt lag der Anteil Fälle mit UE bei 9,2 %, von denen rund 43,5 % als vermeidbar und damit als Schaden beurteilt wurden. 7,4 % der UE verliefen tödlich, was einer Rate an tödlichen unerwünschten Ereignissen von insgesamt 0,7 % aller Fälle entspricht; hierbei sind jedoch vermeidbare und nicht vermeidbare UE zusammengefasst. Wie vorher bereits einzelne Studien zeigten auch die Analysen von de Vries et al., dass der Großteil der UE in chirurgischen Fächern anfällt (im Durchschnitt 58,4 % der UE, darunter nur 1,4 % in der Anästhesie) und den internistischen Fächern etwa 24,1 % zuzuordnen sind. Die meisten UE gehörten in die Rubrik „Operations-assoziiert“ (39,6 %) oder „Medikamenten-assoziiert“ (15,1 %). Andere UE-Arten (z. B. bei der Diagnostik, neonatale UEs, Stürze/Frakturen) kamen jeweils nur zu weniger als 7,5 % vor.

Eine andere Datenquelle, die zur Beurteilung des Risikos für patientensicherheitsrelevante Ereignisse in Deutschland herangezogen werden kann, ist die externe Qualitätssicherung nach § 137 SGB V. Die von den Krankenhäusern berichteten Daten bilden die Grundlage zur Berechnung von 430 Qualitätsindikatoren. Diese werden zum Teil nur im Rahmen dieses Verfahrens einer begrenzten Öffentlichkeit vorgestellt und dienen insbesondere dem internen Qualitätsmanagement, zum Teil werden sie aber auch in den gesetzlichen Qualitätsberichten der Krankenhäuser für das allgemeine Publikum veröffentlicht (2012: 182 Qualitätsindikatoren, ab 2013 sogar 289 Indikatoren). Bei vielen der Indikatoren berichten die Krankenhäuser in den letzten Jahren eine gleichbleibend gute oder sogar verbesserte Qualität. Jedoch konstatieren die so genannten Bundesfachgruppen – das sind Experten, die die bestehenden Verfahren der externen stationären Qualitätssicherung beratend begleiten – für einige Indikatoren einzelner Leistungsbereiche einen besonderen Handlungsbedarf. Denn deren Ergebnisse zeigen, dass zahlreiche Krankenhäuser nicht

die erwartete Qualität der Versorgung erreichen. Bei diesen Indikatoren empfehlen die Bundesfachgruppen zunächst die „Klärung der rechnerischen Auffälligkeiten im Strukturierten Dialog, zusätzlich die Thematisierung der auffälligen Ergebnisse auf Fachkongressen und in wissenschaftlichen Publikationen sowie die Information der Fachgesellschaften und Berufsverbände über den Handlungsbedarf“ (AQUA 2012). Darüber hinaus wird der „Bedarf für eine Aktualisierung der vorhandenen und für die Entwicklung neuer Leitlinien sowie gezielte Unterstützung bei der Umsetzung (Implementierung) vorhandener Leitlinien“ angemerkt und analysiert, „ob die Ergebnisse ggf. durch Fehlanreize des Vergütungssystems bedingt sein könnten“ (AQUA 2012).

Betrachtet man nun nur diejenigen Indikatoren, für die die Bundesfachgruppen 2010 oder 2011 einen solchen besonderen Handlungsbedarf gesehen haben und die typischerweise nicht nur als Prozessqualitätsmangel, sondern als unerwünschte Ereignisse definiert werden, dann lässt sich auch aus diesen Zahlen ein Potenzial für Verbesserungen oder aber für das Risiko bei bestimmten Prozeduren ableiten. Zudem sollen hier auch die Revisionsoperationen aufgrund von Komplikationen betrachtet werden, bei denen zwar kein besonderer Handlungsbedarf attestiert wird, die jedoch ebenfalls als klassische UE zählen. Viele weitere Indikatoren der externen Qualitätssicherung weisen ebenfalls auf patientensicherheitsrelevante Ereignisse hin; diese werden hier aber nicht berichtet, da kein besonderer Handlungsbedarf gesehen wird.

Tabelle 1–2 zeigt für fünf Qualitätsindikatoren mit besonderem Handlungsbedarf und für die sechs Indikatoren, die explizit als „Revisionsoperationen aufgrund von Komplikationen“ benannt sind, die jeweilige Ausprägung und die Zahl der Betroffenen im Berichtsjahr 2011.

Tabelle 1–2

Anteil und Anzahl von unerwünschten Ereignissen Betroffener bei Indikatoren mit „besonderem Handlungsbedarf“ bzw. „Revisionsoperationen aufgrund von Komplikationen“ auf der Basis von Daten der externen Qualitätssicherung

Leistungsbereich	Indikator	Anteil Betroffener	Anzahl Betroffener
Herzschrittmacher-Revision/ Systemwechsel/Explantation	Indikation zur Revision: Sondenproblem	3,3%	3 085
Hüftgelenknahe Femurfraktur	Implantatfehlage, -dislokation oder Fraktur	1,1%	1 159
	Reoperation aufgrund von Komplikationen	3,0%	3 095
Hüft-Endoprothesen-Erst- implantation	Sterblichkeit im Krankenhaus	0,2%	293
	Reoperation aufgrund von Komplikationen	1,6%	2 572
Hüft-Endoprothesen-Wechsel und Komponentenwechsel	Implantatfehlage, -dislokation, Fraktur	1,9%	486
	Reoperation aufgrund von Komplikationen	6,4%	1 612
Knie-Totalendoprothesen- Erstimplantation	Sterblichkeit im Krankenhaus	0,1%	137
	Reoperation aufgrund von Komplikationen	1,2%	1 803
Knie-Endoprothesen: Wechsel und Komponentenwechsel	Reoperation aufgrund von Komplikationen	3,2%	398
Cholecystektomie	Reintervention aufgrund von Komplikationen	2,0%	3 441

Die genannten Zahlen aus der externen Qualitätssicherung deuten an, dass zumindest für diese Indikatoren, die größtenteils zu den vermeidbaren unerwünschten Ereignissen, im Falle der Sterblichkeit bei Knie-TEP-Erstimplantationen wohl auch zu den *never events* zu zählen sind, die von den Krankenhäusern selbst berichteten Ereignisraten sicher in dem Bereich von 2–4% liegen, den das Aktionsbündnis Patientensicherheit (Schrappe 2006) aus der internationalen Literatur abgeleitet hat.

Auf Statistiken zur Häufigkeit und Entscheidungen über Behandlungsfehlervorfälle, die ebenfalls oft zur Abschätzung des Risikos für patientensicherheitsrelevante Ereignisse in Krankenhäusern genutzt werden, soll hier nicht weiter eingegangen werden. Erstens widmen sich zwei andere Beiträge im Krankenhaus-Report 2014 dieser wichtigen Thematik, wobei deren Bedeutung vor allem darin besteht, Hinweise auf besonders fehlerträchtige Prozesse zu liefern. Zweitens kann mit diesen Zahlen kaum eine sinnvolle Schätzung der wahren Inzidenz patientensicherheitsrelevanter Ereignisse vorgenommen werden. Der Sachverständigenrat resümiert in seinem Gutachten 2007 dazu: „Die juristische Perspektive unterschätzt die Häufigkeit von Schäden ungefähr um den Faktor 1:30, da nur zwischen 1% und 5% aller Schäden einer rechtlichen Klärung zugeführt werden (sogenanntes disclosure gap) (Blendon et al. 2002; Studdert et al. 2000)“ (SVR 2007, S. 242).

1.5 Fazit

Krankenhäuser behandeln heute oftmals Patienten, die aufgrund ihres allgemeinen Behandlungsrisikos früher keine Chance auf eine Besserung ihres Gesundheitszustandes gehabt hätten. Hinzu kommt, dass immer komplexere Verfahren bei einer immer stärker verdichteten Leistungsintensität erbracht werden. Gerade die Komplexität und Leistungsdichte lässt das Risiko für unerwünschte Ereignisse der Behandlung steigen. Mit solchen unerwünschten Ereignissen müssen 5–10% der Behandlungsfälle rechnen. Knapp die Hälfte dieser Fälle könnte vermieden werden, darunter auch etwa ein Todesfall auf 1 000 Krankenhauspatienten. Als absolute Zahl ausgedrückt, nämlich rund 18 800 vermeidbare Todesfälle pro Jahr in deutschen Krankenhäusern, wirkt dieses zunächst gering erscheinende Risiko viel bedrohlicher. Das vermeidbare Todesfallrisiko in Krankenhäusern übersteigt demnach die Zahl der Verkehrstoten – 2012 starben rund 3 600 Personen bei Verkehrsunfällen in Deutschland – inzwischen um den Faktor 5. Ebenso wie im Straßenverkehr, für dessen Sicherheit immense Anstrengungen unternommen werden, müssen deshalb auch im Krankenhaus vermehrt Vorkehrungen getroffen werden, um die Patientensicherheit zu erhöhen. Viele Krankenhäuser investieren bereits in die Patientensicherheit, indem sie ein Fehlermanagement aufgebaut haben und dies als Bestandteil des Risiko- und Qualitätsmanagements kontinuierlich verbessern. Dennoch ist der Weg bis zu einer flächendeckenden Implementierung einer umfassenden Fehlerkultur in deutschen Krankenhäusern noch weit. Damit die Behandlung in Krankenhäusern auch unter den Bedingungen weiter steigender Komplexität und Intensität der Behandlung immer älterer Patienten mehr Chancen als Risiken birgt, müssen das Problembewusstsein für unerwünschte Ereignisse, deren Analyse und die dazu notwendigen Ressourcen stärker in den Fokus rücken. Die Chancen für die Gesundheit

der Krankenhauspatienten, die in einer durchgängigen Fehlervermeidung liegen, übersteigen bei weitem die zusätzlichen gesundheitlichen Chancen vieler neuer Therapieverfahren. Dieses Potenzial sollte möglichst schnell erkannt und ausgeschöpft werden.

Literatur

- Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V. (APS) Glossar. <http://www.aps-ev.de/patientensicherheit/glossar/> (11.Juni 2013)
- AQUA – Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH. Qualitätsreport 2011. Göttingen: AQUA 2012.
- De Vries EN, Ramrattan MA, Smorenburg SM, Gouma DJ, Boermeester MA. The incidence and nature of in-hospital adverse events: a systematic review. *Qual Saf Health Care*. 2008; 17 (3): 216–23.
- Goddemeier C. Ignaz Philipp Semmelweis: Retter der Mütter. *Dtsch Arztebl* 2011; 108 (20): A-1129.
- Health Foundation. The measurement and monitoring of safety. London: Health Foundation 2013: 39.
- Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR). Gutachten 2007. Bundestagsdrucksache 16/6339, S. 241ff.
- Schrapppe M, Lessing C, Jonitz G, Grandt D, Conen D, Gerlach F, Hart D, Lauterberg J, Loskill H und Rothmund M. Agenda Patientensicherheit 2006. Witten: Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V. 2006.
- Schrapppe M, Lessing C, Albers B, Conen D, Gerlach F, Hart D, Grandt D, Jonitz G, Lauterberg J, Loskill H und Rothmund M. Agenda Patientensicherheit 2007. Witten: Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V. 2007.