

Wichtigster Finanzierungsträger für das deutsche Gesundheitssystem sind die *gesetzliche Krankenversicherung* (GKV) und die *soziale Pflegeversicherung* (SPV). Die GKV trug im Jahr 2009 ca. 58% der Gesamtausgaben des Gesundheitssystems. Die soziale Pflegeversicherung war daran mit ca. 7% beteiligt.

### Internet-Ressourcen

Auf unserer Lehrbuch-Homepage ([www.public-health-kompakt.de](http://www.public-health-kompakt.de)) finden Sie Links zu den genannten schweizerischen und deutschen Institutionen, zu weiterführender Literatur sowie zu anderen themenrelevanten Internet-Ressourcen. Besuchen Sie z. B. die Seiten der OECD und laden Sie aktuelle Berichte zu den Gesundheitssystemen Deutschlands oder der Schweiz herunter.

## 3.4 Patientensicherheit

*David Schwappach*

Ein zentraler Aspekt im Hinblick auf die Qualität der Gesundheitssysteme ist die Patientensicherheit. Untersuchungen aus Europa und den USA zeigen, dass es bei ca. 5–10% der Patienten im Krankenhaus zu einem unerwünschten Ereignis kommt, das zu einem Schaden bei dem Patienten führt. Etwa die Hälfte dieser Ereignisse wird als vermeidbar angesehen. Besonders dramatisch ist, dass ca. 0,1% der in ein Krankenhaus aufgenommenen Patienten aufgrund vermeidbarer unerwünschter Ereignisse versterben. In Deutschland sind dies jährlich etwa 17.000 und in der Schweiz ca. 1.200 PatientInnen, die auf diese Weise ihr Leben verlieren. Es handelt sich hierbei nicht um dramatische Einzelfälle, sondern um ein Systemproblem. In diesem Abschnitt erläutern wir, welche Begriffe im Bereich der Patientensicherheit eine zentrale Rolle spielen und zeigen Maßnahmen auf, mittels derer Fortschritte erzielt werden können.

Schweizerische Lernziele: GME 35, GME 37, GMA 15

Vielleicht haben Sie als PatientIn oder MitarbeiterIn im Gesundheitswesen schon einmal eine ähnliche Situation erlebt:

- Einer Patientin wird von ihrem Hausarzt ein zusätzliches Medikament verordnet. Eine mögliche *Interaktion* mit der bereits bestehenden Medikation wird nicht überprüft. Bei der Patientin kommt es daraufhin zu einer Wechselwirkung zwischen den Arzneimitteln mit schwerwiegenden Folgen.
- Im Wartebereich der Diagnostik-Abteilung eines Krankenhauses warten mehrere Personen. Als der nächste Patient namentlich aufgerufen wird, steht ein älterer Herr auf und betritt den Untersuchungsraum. Nach Ablauf der diagnostischen Untersuchung fällt auf, dass die vorhandene Krankenakte zu einer jüngeren Patientin gehört, für die diese Untersuchung geplant war. Es stellt sich nun heraus, dass beide Patienten den gleichen Nachnamen haben. Die Patientin hatte den Wartebereich kurz verlassen, der ältere Patient hatte auf den Aufruf seines Nachnamens reagiert.

Vergleichbare Erfahrungen machen Fachleute und Patienten in allen Bereichen der Gesundheitsversorgung seit jeher. Systematisch untersucht und offen thematisiert werden Häufigkeit und Ausmaß der Schädigung von Patienten jedoch erst seit der Bericht „To err is human“ unter dem Stichwort „Patientensicherheit“ vom *Institute of Medicine* im Jahr 2000 veröffentlicht wurde.

Hiernach sind die folgenden drei Begriffe für die Patientensicherheit zentral:

- **Unerwünschtes Ereignis** (*Adverse Event*): Der Begriff beschreibt eine Schädigung, die auf das medizinische Management und nicht auf die Erkrankung eines Patienten zurückzuführen ist. Die Schädigung kann leicht oder schwer sein und temporär oder dauerhaft bestehen bleiben. Ein unerwünschtes Ereignis kann, muss aber nicht das Ergebnis eines Fehlers sein. Ein Beispiel für ein unerwünschtes Ereignis ist eine allergische Reaktion auf Penicillin.
- **Medizinischer Fehler** (*Medical Error*): Hierunter versteht man eine Handlung oder ein Unterlassen, bei dem eine Abweichung von einem vorhandenen Plan (Ausführungsfehler), ein falscher Plan oder kein Plan vorliegt (Planungsfehler). Der Fehler *kann, muss aber nicht zu einer Schädigung führen*. Die Frage, was genau ein falscher Plan oder eine falsche Ausführung ist, orientiert sich stark am aktuellen Kenntnisstand in der Medizin. Ein medizinischer Fehler liegt beispielsweise dann vor, wenn trotz einer bekannten Penicillin-Allergie einem Patienten Penicillin verordnet wird, weil der Warnhinweis in der Patientenakte übersehen wurde. Die Klassifikation als „Fehler“ ist unabhängig davon, ob es (hier: als Folge der Penicillingabe) zu einer Schädigung kommt.
- **Vermeidbares unerwünschtes Ereignis** (*Preventable Adverse Event*): Ereignisse, die auf Fehlern beruhen, sind grundsätzlich vermeidbar. Von einem vermeidbaren, unerwünschten Ereignis spricht man, wenn ein auf einen Fehler zurückzuführendes, unerwünschtes Ereignis vorliegt, das zu einem Schaden führt. Erleidet der oben beschriebene Patient aufgrund der fehlerhaften Penicillingabe eine allergische Reaktion, handelt es sich somit um ein vermeidbares unerwünschtes Ereignis.

Das vermeidbare unerwünschte Ereignis hat also **drei** wichtige Merkmale: Es liegt (1) eine Schädigung vor, die (2) auf einen Fehler (3) im Management einer Erkrankung zurückzuführen ist. Davon abzugrenzen sind die nicht-fehlerbedingten Ereignisse, die trotz richtiger und angemessener Behandlung eintreten können. Dazu gehören z. B. die Nebenwirkungen eines Medikamentes trotz sachgerechten Gebrauchs. Zentrales Ziel der internationalen Bewegungen für die Patientensicherheit ist die Reduktion der Zahl vermeidbarer, unerwünschter Ereignisse.

Kommt es in der Patientenversorgung zu vermeidbaren unerwünschten Ereignissen, so ist dies nur selten auf einen Fehler oder eine Unachtsamkeit einer einzelnen Person zurückzuführen. Vielmehr ist die moderne Gesundheitsversorgung geprägt durch hochkomplexe und stark arbeitsteilig organisierte Prozesse. Daraus resultieren viele Schnittstellen zwischen den daran beteiligten Menschen – was hohe Ansprüche an die Kommunikationsfähigkeit der Beteiligten stellt –, aber auch zwischen Menschen und technischen Geräten. Daher können Verbesserungen im Bereich der Patientensicherheit nur durch das gemeinsame, berufsgruppenübergreifende Lernen aus Fehlern erzielt werden. Ein wichtiges Element hierfür sind **anonyme Fehlermeldesysteme** (*Critical Incident*

*Reporting System*, CIRS), die inzwischen in vielen Einrichtungen der Gesundheitsversorgung vorhanden sind. Das Melden von Fehlern durch MitarbeiterInnen ermöglicht es, Schwachstellen zu erkennen, systematische Lösungen zu entwickeln und zukünftige Fehler zu vermeiden. Damit verbunden ist die Entwicklung einer **Sicherheitskultur** im Gesundheitswesen, in der alle Berufsgruppen an der Aufarbeitung von Fehlern und der Entwicklung von Lösungen beteiligt werden. Eine solche Sicherheitskultur umfasst gemeinsame Werte, Einstellungen, Wahrnehmungen und Verhaltensweisen bei allen Beteiligten in einer Organisation, die in ihrer Summe den Stellenwert und die Akzeptanz des Themas Patientensicherheit erhöhen und damit zu mehr Sicherheit für die PatientInnen beitragen.

Die letzten Jahre haben gezeigt, dass mit geeigneten Maßnahmen deutliche Fortschritte in der Patientensicherheit erzielt werden können. Nationale und internationale Organisationen bieten Instrumente an, mit denen spezifische Sicherheitsprobleme angegangen werden. Ein Beispiel hierfür ist die Kampagne der WHO *Safe Surgery Saves Lives* (s. Internetressourcen). Ziel der Kampagne ist die Erhöhung der Sicherheit in der Chirurgie durch die Verwendung einer **Checkliste** (s. Web-Abb. 3.4.1 auf unserer Lehrbuch-Homepage). Anhand dieser Checkliste werden vor, während und nach einem operativen Eingriff wichtige Elemente und Prozessschritte durch eine verantwortliche Person überprüft. Dazu gehören beispielsweise die zeitgerechte Gabe von Antibiotika, die mehrfache Identitätsprüfung des Patienten und die mehrfache Überprüfung des geplanten Eingriffs (z. B. der richtigen Körperseite) sowie das „Time-Out“ vor dem Schnitt – ein Moment des Innehaltens und der Konzentration auf die folgende Tätigkeit. Weitere evidenzbasierte Maßnahmen und Programme existieren für die zentralen Probleme der Patientensicherheit, wie z. B. zur Reduktion von nosokomialen Infektionen (s. Kap. 8.3) oder auch zum Umgang mit Hochrisikomedikamenten wie Chemotherapeutika, Antikoagulantien, Insulinen und Opiaten.

### Internet-Ressourcen

Auf unserer Lehrbuch-Homepage ([www.public-health-kompakt.de](http://www.public-health-kompakt.de)) finden Sie Links zu weiterführender Literatur sowie zu anderen themenrelevanten Internet-Ressourcen (so z. B. zur *Stiftung für Patientensicherheit Schweiz* und zum *Aktionsbündnis Patientensicherheit Deutschland*).