

Skandalisierung von Fehlerstatistiken schadet der Patientensicherheit

Kommentar des APS zur Berichterstattung in der BILD Zeitung am 16. Februar 2012

Am 16. Februar 2012 titelte die Bild Zeitung "1712 Todes-Fälle durch Ärztepfsuch". Sie bezog sich dabei auf eine vom Statistischen Bundesamt veröffentlichte Todesursachen-Statistik (veröffentlicht über Bundestag Drucksache 17/8538, S. 63ff).

Die zitierte Statistik dokumentiert gemeldete Todesursachen in einer amtlichen Klassifikation (ICD 10, International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems) in der zum Teil auch Behandlungskomplikationen und -fehler erfasst werden. Ein realistisches Abbild über die Häufigkeit der Behandlungsfehler insgesamt und deren Entwicklung in Deutschland lässt sich alleine über die gemeldeten Fälle in der Todesursachenstatistik nicht erstellen. Vielmehr ist davon auszugehen, dass der Anstieg der gemeldeten Todesfälle, die auf Behandlungsfehler zurückzuführen sind, eine verstärkte Wahrnehmung dieser Problematik unter den Heilberufen widerspiegelt.

Unzulässig und geradezu unlauter ist die Schlussfolgerung, die berichteten Todesfälle seien alle auf Fehlverhalten („Pfsuch“) zurückzuführen. Über die Ursachen der aufgeführten Behandlungskomplikationen bietet diese Statistik keine Informationen. Dieser unqualifizierte Umgang mit Fehlerstatistiken schadet der weiteren Entwicklung einer zuverlässigen Erhebung von nicht vermeidbaren Komplikationen und vermeidbaren Behandlungsfehlern. Sie dient nicht der notwendigen Weiterentwicklung der Sicherheitskultur in Deutschland und schadet letztlich der Patientensicherheit!

In allen Gesundheitssystemen weltweit stellen Behandlungsfehler unbestritten ein hochrangiges, ernstes Problem der gesundheitlichen Versorgung dar. In vielen Staaten laufen daher Anstrengungen zum Ausbau der Patientensicherheit – auch in Deutschland. Um Vorstellungen über das Ausmaß des Problems zu erhalten, wurden vorhandene wissenschaftliche Studien über die Wahrscheinlichkeit von Behandlungsfehlern systematisch ausgewertet (APS, Agenda Patientensicherheit 2007¹). Die Ergebnisse dieser wissenschaftlichen Analyse legen den Schluss nahe, dass geschätzt bei 0,1% aller Krankenhauspatienten mit einem Behandlungsfehler mit Todesfolge zu rechnen ist (ebd. S. 8, 26). Für Deutschland ist demnach von ca. 17.500 Todesfällen nach Behandlungen im Krankenhaus auszugehen.

Diese hochgerechnete Zahl bezieht sich alleine auf die Behandlungen im Krankenhaus - die ambulanten Behandlungen sind damit nicht erfasst. Die enorme Dimension dieses medizinischen Versorgungsproblems und die entsprechenden Herausforderungen sind damit ausreichend gekennzeichnet. Es gilt: Jeder einzelne Todesfall durch einen Behandlungsfehler ist ein Todesfall zu viel.

¹ http://www.aktionsbuendnis-patientensicherheit.de/apsside/Agenda_2007_mit_Titelblatt.pdf

Aus den internationalen Studien wissen wir aber auch, dass knapp die Hälfte der unerwünschten Ereignisse bei einer Krankenhausbehandlung – wenn es also durch die Behandlung zu einem Schaden am Patienten kommt – NICHT vermeidbar ist. Die Rede vom Ärztepfusch ist ein beliebtes und in den Medien häufig verwendetes Bild, das das Problem unzulässig vereinfacht und einzelnen Ursachen zuschreibt. Die Realität sieht jedoch anders aus.

Denn: Vermeidbare unerwünschte Ereignisse im Behandlungsprozess sind sehr häufig nicht an einer einzelnen Ursache fest zu machen. Fehleranalysen zeigen, dass bei „menschlichem Versagen“ Defizite in der Struktur der Einrichtung, in der Organisation und dem Prozessablauf verbunden mit Zeitdruck und dadurch ausgelöster Unaufmerksamkeit wesentliche Ursachen sind. Deshalb sind Analysen von Risiken, die Wahrnehmung und Meldungen von unerwünschten Ereignissen (ob vermeidbar oder unvermeidbar) auch in Bezug auf Medizinprodukte, Arzneimittel und deren Anwendung sowie der offene Umgang mit Fehlern von größter Wichtigkeit für eine nachhaltige Sicherheitskultur in unseren Kliniken.

Unsere Anstrengungen müssen sich auf die Reduktion von Behandlungsfehlern (vermeidbare unerwünschte Ereignisse) und den Ausbau der Patientensicherheit konzentrieren. Dazu dürfen Fehler nicht verschwiegen werden. Sie müssen registriert und analysiert werden, damit die Chance erhöht wird, diese zukünftig zu vermeiden. Dafür zu sorgen, dass dies in den Kliniken möglich ist und auch geschieht, ist Aufgabe der Träger der Krankenhäuser. Gleichsam sind in der Ausbildung der Heil- und Pflegeberufe alle Aspekte der Patientensicherheit deutlich zu berücksichtigen: Teamarbeit, Kommunikation, Hygiene, der sichere Umgang mit Arzneimitteln, das Lernen aus Fehlern, die Beteiligung von Patienten. Die Skandalisierung von Fehlern ist kontraproduktiv und schadet dem weiteren Ausbau der Patientensicherheit.

Der APS-Vorstand, 18. Februar 2012

Das Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V.

Das Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V. (APS) ist ein Netzwerk, das sich für eine sichere Gesundheitsversorgung in Deutschland aktiv einsetzt. Beteiligte aus allen Gesundheitsberufen und –institutionen, Patientenorganisationen und Interessierte haben sich zusammenschlossen, um in gemeinsamer Verantwortung konkrete Lösungsvorschläge zur Steigerung der Patientensicherheit im medizinisch-pflegerischen Versorgungsalltag zu entwickeln, die als Handlungsempfehlungen allen Akteuren im Gesundheitswesen zur Verfügung stehen.

Das APS steht für

- Glaubwürdigkeit durch Unabhängigkeit
- Bündelung von Fachkompetenzen
- interdisziplinäre und multiprofessionelle Vernetzung
- von der Praxis für die Praxis

Kontakt und Information:

Hedwig François-Kettner
APS-Vorsitzende
Tel. 030 450577 021
Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V.
c/o Institut für Patientensicherheit der Universität Bonn
Stiftsplatz 12, 53111 Bonn
Fax 0228 738305
Email: info@aps-ev.de

www.aktionsbuendnis-patientensicherheit.de