

4.3.5 Transparenz und Patientensicherheit

Fachlich geprüfte Informationen sollen für Patientinnen und Patienten zugänglich sein. Informierte Patientinnen und Patienten benötigen fachlich zuverlässige Informationen, die von einer Reihe von Institutionen zur Verfügung gestellt werden. So unterhält das Ärztliche Zentrum für Qualitätssicherung einen Patienten-Informationssdienst im Internet (www.patienten-information.de). Dieser bietet wissenschaftlich fundierte, nicht kommerzielle Informationen und gilt seit 2001 als unabhängige Verbraucher- und Patientenberatungsstelle gemäß Sozialgesetzbuch (§ 65b SGB V).

Auch das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen hat seit seinem Bestehen die Aufgabe, allgemein verständliche Informationen zu Qualität und Effizienz in der Gesundheitsversorgung zur Verfügung zu stellen (www.iqwig.de/ und www.gesundheitsinformation.de) (siehe zu weiteren Angeboten Kapitel 6.3). Die vom damaligen Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung herausgegebene Broschüre "Sicherung der Qualität im Gesundheitswesen" enthält Checklisten für Patienten, mit denen sie die Qualität der Versorgung überprüfen können [52] .

Krankenhäuser und Kassenärztliche Vereinigungen sind nach dem Sozialgesetzbuch zur Veröffentlichung von Qualitätsberichten verpflichtet. Sie sollen Bürgerinnen und Bürgern, Patientinnen und Patienten, Leistungserbringern und Kostenträgern zu einer größeren Qualitätstransparenz verhelfen und als Entscheidungshilfen bei der Wahl der richtigen Versorgungseinrichtung zur Verfügung stehen.

Bisher fehlen zuverlässige Zahlen zur Häufigkeit von Behandlungsfehlern. Behandlungsfehler, Versorgungsfehler und Organisationsmängel sind in den vergangenen Jahren international zunehmend ins Zentrum des Interesses gerückt. Allerdings fehlt in Deutschland eine einheitliche und zusammenfassende Darstellung der Zahl vermuteter oder tatsächlich nachgewiesener medizinischer Behandlungsfehler. Die Zahlen der Haftpflichtfälle der Versicherungen oder der von den Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen der Landesärztekammern behandelten Vorwürfe besitzen eine große Dunkelziffer.

Fehlervorwürfe betreffen vornehmlich die operativen Disziplinen und in überdurchschnittlichem Maß die Behandlungen im Krankenhaus. Sieht man von fachspezifischen Problemen ab, werden vorrangig drei Ursachen fehlerhafter Behandlungen deutlich: organisatorische Defizite, Dokumentationsdefizite und Behandlungen in nicht optimal geeigneten Einrichtungen. Ansätze zur Fehlerprävention beinhalten die Einführung von Qualitätssicherungs- und Qualitätsmanagementinstrumenten. Auch die fachinterne Analyse zusammengefasster Fehlervorwürfe, beispielsweise aus dem Fundus von Gutachterkommissionen oder Medizinischen Diensten der Krankenversicherungen, kann zur Fehlervermeidung beitragen.

► Umfassende Informationen über **Medizinische Behandlungsfehler** finden sich in Themenheft 5 der Gesundheitsberichterstattung des Bundes [49] .

Fehlermeldesysteme sollen das Lernen von den Fehlern anderer ermöglichen. Zahlreiche Kliniken haben inzwischen mit der Einführung interner freiwilliger Fehlerberichtssysteme begonnen. Für niedergelassene Ärztinnen und Ärzte standen im Jahr 2005 zwei Internetplattformen zum anonymen Austausch von fehlerträchtigen Situationen des Versorgungsalltags (Critical Incidents) und Informationen zu ihrer Vermeidung zur Verfügung: das von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung für deutsche Vertragsärzte adaptierte Schweizer Critical Incident Reporting System (<https://www.cirsmedical.ch/kbv/cirs/cirs.php>) sowie das speziell auf Hausärzte zugeschnittene Fehlerberichtssystem der Universität Frankfurt (www.jeder-fehler-zaehlt.de).

Im Auftrag des damaligen Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung wurde eine bundesweite Multicenterstudie zur rechtsmedizinischen Begutachtung behaupteter tödlicher und nichttödlicher Behandlungsfehler durchgeführt. Die im Mai 2005 veröffentlichte Studie lieferte Erkenntnisse in Bezug auf das Auftreten, die Art und das Ausmaß der Schäden und nimmt eine umfassende Typisierung von Behandlungsfehlern vor. Auch die Konsequenzen für eine koordinierte Medizinschadenforschung werden dargestellt [53] .

Der Deutsche Ärztetag 2005 hatte das Fehlermanagement und die Patientensicherheit zu einem eigenen Tagesordnungspunkt gemacht. Gleichzeitig wurde von allen Partnern des Gesundheitswesens das Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V. gegründet. Ziel des als Netzwerk organisierten Aktionsbündnisses ist es, die von der ärztlichen Selbstverwaltung, den medizinischen Fachgesellschaften und den Krankenkassen bereits entwickelten Initiativen zur Fehlervermeidung zu koordinieren und auf freiwilliger Basis voranzutreiben.

Literatur

- 49 Robert Koch-Institut (Hrsg) (2001) *Medizinische Behandlungsfehler*. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Themenheft 5 RKI, Berlin
- 52 Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (2005) *Sicherung der Qualität im Gesundheitswesen* <http://www.bmg.bund.de/>
- 53 Preuß J, Dettmeyer R, Madea B (2005) *Begutachtung behaupteter letaler und nicht-letaler Behandlungsfehler im Fach Rechtsmedizin (bundesweite Multicenterstudie). Konsequenzen für eine koordinierte Medizinschadenforschung*. Institut für Rechtsmedizin der Rheinischen Friedrich-Wilhelms-Universität Bonn. Im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung