

Universität Bielefeld

Fakultät für Gesundheitswissenschaften

Masterarbeit im Studiengang

Master of Health Administration

zum Thema:

Gesundheitsökonomische Relevanz der Patientensicherheit für die GKV

vorgelegt von

Diana Rameil

Februar 2025

Erstgutachter Herr Dr. Flöthmann

Inhaltsverzeichnis

Zusammenfassung	I
1 Einleitung	1
1.1 Problemstellung	1-2
1.2 Zielsetzung	3-4
1.3 Aufbau der Arbeit	4-6
2 Patientensicherheit	6
2.1 Definition der Patientensicherheit	6
2.1.1 Begriffsdefinition der in dieser Arbeit verwendeten Begriffe	7
2.2 Historische Entwicklung der Patientensicherheit	8
2.2.1 Weltweit	8-10
2.2.2 Die Entwicklung der Patientensicherheit in Deutschland	10-13
3 Ökonomie der Patientensicherheit	14
3.1. Gesundheitsökonomie in Deutschland	14
3.1.1 Deutsche Gesellschaft für Gesundheitsökonomie (DGGÖ)	14-15
3.1.2 Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD)	15
3.1.3 Ausgaben im Deutschen Gesundheitswesen (Gesetzliche Krankenkassen)	15-16
3.2 Die Ökonomie der Patientensicherheit	16-19
3.2.1 Mögliche zukünftige Lösungsansätze für eine verbesserte Patientensicherheit	19-20
3.3 Lösungsansätze in Deutschland	21-22
3.3.1 Aktuelles Beispiel für die Patienteneinbeziehung in die Stärkungen Verbesserung der Patientensicherheit	22
4 Meldesysteme und Veröffentlichte Behandlungsfehler- fallzahlen in Deutschland	22
4.1 Critical-Incident-Reporting-Systeme (CIRS)	22-24
4.1.1 Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG)	25
4.1.2 CIRS - NRW	25-26
4.1.3 Netzwerk CIRS Berlin	26-27

Inhaltsverzeichnis

4.1.4	VDEK - CIRS	27-29
4.2	Behandlungsfehlerfallzahlen	29
4.2.1	Medizinischer Dienst Bund	29-31
4.2.2	Gutachter und Schlichtungsstellen der Ärztekammern	31-32
4.2.3	Krankenkasse X	33
5	Kosten einzelner Behandlungsfehler anhand von Beispielen aus der Krankenkasse X	34
5.1	Krankenkasse X	34-35
5.2	Kostenermittlung	35
5.2.1	Kostenzusammensetzung	35-36
5.2.2	Kapitalisierungsverfahren	36-37
5.3	Behandlungsfehlerbeispiele	37
5.3.1	Never Events	37-41
5.3.2	Sentinel Events	41-46
6	Diskussion	46-55
7	Fazit	56-58
	Literaturverzeichnis	II
	Gendererklärung	III
	Eidesstattliche Erklärung	IV

Zusammenfassung

Die vorliegende Masterarbeit mit dem Titel „Gesundheitsökonomische Relevanz der Patientensicherheit für die GKV“ verfolgt das primäre Ziel, aufzuzeigen, daß die Patientensicherheit in Deutschland sich weiter entwickeln muß und ein neues und verbindliches Klinik-Meldesystem für Behandlungsfehler wie Never-Events und Sentinel-Events braucht, um aus allen gemachten Fehlern zu lernen, die Anzahl an Behandlungsfehlern bedeutsam zu senken, die Patientensicherheit zu erhöhen und die enorme wirtschaftliche Belastung, die mit Behandlungsfehlern einhergeht, sichtbar und bewußt zu machen und zu senken. Die Arbeit führt durch die historische Entwicklung des Themas Patientensicherheit, bietet einen Einblick in die immensen Kosten von Behandlungsfehlern. Vorgestellt werden Behandlungsfehlerfallzahlen unterschiedlicher Institutionen und der Krankenkasse X über einen Zeitraum von 9 Jahren. Diese werden retrospektiv betrachtet und bewertet, gleichfalls werden unterschiedliche CIRS-Meldesysteme erläutert und in das Thema der Arbeit eingeordnet. Anhand von anonymisierten Fallbeispielen aus dem Alltag der Krankenkasse X, die stellvertretend für die GKV steht, wird die Sinnhaftigkeit untermauert, ein von der Politik angedachtes Never-Event-Register um Sentinel-Events zu erweitern. Patienten und ihre Angehörigen als Partner für eine sichere Gesundheitsversorgung einzubinden, ist eines der Leitprinzipien zur Umsetzung des globalen Aktionsplans für Patientensicherheit 2021-203 der WHO. Auch hierauf geht die Arbeit ein und nimmt Bezug zu Deutschlands erstem Meldesystem für Patienten und ihren Angehörigen, verdeutlicht die Möglichkeiten dieses Meldesystems, die Patientensicherheit in Deutschland voran zu bringen. Es werden Lösungswege aufgezeigt, den bedeutsamen finanziellen Schaden, den eine mangelnde Patientensicherheit bedeutet, und der sich zusätzlich auch hinter einer hohen Dunkelziffer verbirgt, zu verringern und die GKV, als zentrale Säule und ältesten Zweig der Sozialversicherungen, über eigene Meldesysteme maßgeblich an der Verbesserung und Weiterentwicklung der zukünftigen Patientensicherheit zu beteiligen.

1 Einleitung:

1. 1 Problemstellung:

Die Patientensicherheit stellt ein vorrangiges Ziel der Gesundheitsversorgung in Deutschland sowie der europäischen und weltweiten Gesundheitspolitik dar (BMG, 2021). Behandlungsfehler und ihre Folgen verursachen nicht selten immense Kosten, schneiden das Leben der betroffenen Patienten und ihres Umfeldes maßgeblich und häufig schwer verändernd ein, belasten die Gesellschaft und Solidargemeinschaft der Versicherten also enorm. Das übergeordnete Ziel der Patientensicherheit neben gesetzlichen Qualitätsvorgaben (Regelungen, die zur Erhöhung der Patientensicherheit dienen und sich in multiplen Richtlinien und Beschlüssen des G-BA verankert finden) ist eine gute und transparent gelebte Fehlerkultur, Risiken zu erkennen und zu minimieren, Behandlungsfehler aufzuarbeiten, aus ihnen zu lernen, präventive Maßnahmen und Ziele abzuleiten und umzusetzen (BÄK 2024).

Im Rahmen der aktuellen Krankenhausreform von 2024 soll in der Zukunft ein sog. Never-Event-Register eingerichtet werden. Es ist von maßgeblicher Bedeutung für die Patientensicherheit, vermeidbare kritische Ereignisse mit für Patienten schwerwiegenden Folgen, sog. Never-Events und auch weitere unerwünschte schwerwiegende Ereignisse, sog. Sentinel-Events, zu erfassen, zu analysieren, systematisch aus ihnen zu lernen, gezielte Präventionsmaßnahmen sowie eine Sicherheits-, Lern- und Fehlerkultur in der deutschen Gesundheitsversorgung weiter zu entwickeln (Deutsches Ärzteblatt, 2024).

Never-Events und Sentinel-Events sind mitunter häufig mit weitreichenden Folgen für den betroffenen Patienten und damit letztlich auch für die Kosten tragende Solidargemeinschaft der Mitglieder einer gesetzlichen Krankenkasse vergesellschaftet. Sie stellen einen immensen finanziellen Schaden dar, der bislang keine ausreichende Beachtung innerhalb der gesetzlichen Krankenversicherungen

(GKV), anderen Sozialleistungsträgern, Fachgesellschaften und beim Gesetzgeber zu finden scheint (Stegmaier, 2023).

Erschwerend kommt hinzu, daß ihre Aufklärung im Rahmen der Behandlungsfehlerbegutachtung oft mühsam und erfolglos bleibt, weil tatsächliche Behandlungsfehler während einer fachärztlichen Begutachtung nicht selten exkulpiert, verharmlost oder als schicksalhafter Verlauf eingestuft werden.

Die Ersatzkrankenkasse X, hier stellvertretend für die GKV angeführt, verfügt naturgemäß über jede Menge Daten, die in die vielen Themen der Patientensicherheit einzahlen.

Never-Events sind jedoch seltene Ereignisse und noch seltener so kostenintensiv wie die wesentlich häufiger vorkommenden Sentinel-Events. Dennoch verursachen sie, ganz im Gegensatz zu den sog. „Beinahe-Schäden“, die im Fokus der weit verbreiteten und vielfach hervorgehobenen CIRS-Meldesysteme der Kliniken stehen, mitunter sehr bedeutsame finanzielle Schäden. Gleichfalls bieten Never-Events, und noch mehr die Sentinel-Events, großes Lernpotential im Hinblick auf eine verbesserte, an die heutige Zeit angepaßte Patientensicherheit und damit auch Einflussnahme auf die Kosten im Gesundheitswesen. Die Dunkelziffer und der damit verbundene gesundheitswirtschaftliche Schaden bei beiden dürfte um ein beträchtliches höher sein, als bislang eingeschätzt (MDB, 2022).

Zukünftige Never-Event-Register sollten daher um Sentinel-Events erweitert werden. Gleichfalls sollten Patienten und Ihre Angehörigen ihren Beitrag zur Patientensicherheit über ein fest etabliertes eigenes Meldesystem leisten dürfen. Auch sollten die gesetzlichen Krankenkassen über eigene anonymisierte Meldesysteme die Möglichkeit erhalten, einen großen und wichtigen Beitrag zur Patientensicherheit zu leisten.

1. 2 Zielsetzung

Ziel dieser Masterarbeit soll es sein, auf die Probleme bei der Aufarbeitung von Never-Events und weiteren Behandlungsfehlern (Sentinel-Events) im Rahmen der Patientensicherheit aufmerksam zu machen. Der bedeutsame gesundheitswirtschaftliche Unterschied zwischen Never-Events und Sentinel-Events soll anhand von anonymisierten Fallbeispielen aus der Fallbearbeitung der Krankenkasse X (im Rahmen der Unterstützung der Versicherten bei einem Verdacht auf einen Behandlungsfehler nach §66 SGB V und Regressforderungen §116 SGB X) und den zugehörigen Kosten dargestellt werden. Hierdurch soll die Sinnhaftigkeit untermauert werden, dass das zukünftige Never-Event-Register um Sentinel-Events erweitert werden muß und zudem die Patienten und ihre Angehörigen selbst und auch die einzelnen Krankenkassen eigene Berichts- und Meldesysteme führen sollten, um genau die Fehler, die sich bislang nicht in Meldesystemen jeglicher Art finden lassen, anonymisiert zu veröffentlichen und damit ein neues Zeitalter in der Patientensicherheit einzuläuten, in welchem erstmals geschädigte Patienten und ihre Angehörigen auf ihren Fall und ihre Sicht der Dinge zu Lern- und Präventionszwecken aufmerksam machen. Die Krankenkassen, die die Kosten der Behandlungen tragen, können den finanziellen Wert, der hinter den einzelnen Fehlern und ihren Folgen steht, für die Gesellschaft sichtbar machen. Als Kostenträger für die medizinische Behandlung ist die GKV in der Lage, aus immensen Daten und Vorgängen rund um das Thema Behandlungsfehler, wichtige Beiträge zum Thema Patientensicherheit zu leisten.

Es soll aufgezeigt werden, daß die geschätzten Dunkelziffern in Bezug auf Behandlungsfehler nicht nur erheblicher größer als angenommen sein dürften, sondern auch einen immensen finanziellen Schaden bislang unbekannten Ausmaßes für die Solidargemeinschaft der Versicherten verbergen und die Notwendigkeit einer verbesserten Patientensicherheit in diesem Bereich absolut notwendig machen. Gleichfalls soll verdeutlicht werden, daß die bisher zum Einsatz gekommenen Meldesysteme der Kliniken für Beinahe-Schäden keinen Einfluß auf die Zahl

und Art der gemeldeten und begutachteten Never- Events und Sentinel-Events haben.

Eine verbesserte Begutachtung von Behandlungsfehlern, die Auswertung von bereits bei der GKV vorliegenden Daten würde dazu beitragen, den tatsächlich durch Behandlungsfehler jeglicher Art entstandenen gesundheitswirtschaftlichen Schaden neu und realistisch zu schätzen. Gleichfalls lassen sich die Ziele des Lernens aus Fehlern, der Prävention und letztlich der Kostensenkung durch eine verbesserte Patientensicherheit besser erreichen, wenn zukünftig alle Formen der Behandlungsfehler erfasst und ausgewertet werden, Patientenerfahrungen analysiert und berücksichtigt werden und die GKV sich über eigene Meldesysteme aktiv in die Patientensicherheit mit einbringt. Somit könnten auch betroffene Versicherte ihr Recht erfahren und es ließe sich eine systemkonformere Finanzierung der Schadensfälle entwickeln, insbesondere weil die Haftpflichtversicherer erst nach Thematisierung und Anerkennung ins Spiel kommen.

1. 3 Aufbau der Arbeit

Um der Zielsetzung dieser Masterarbeit gerecht zu werden, bedarf es der logisch-strukturierten Ausarbeitung. Der grundlegende Aufbau gestaltet sich daher wie folgt:

Kapitel 1 dient der Einleitung durch Heranführen an das Thema der Patientensicherheit, dem Aufzeigen der hiermit verbundenen Problemstellung und dem Heranführen an die Zielsetzung dieser Masterarbeit.

Kapitel 2 gibt einen Überblick über die Definition der Patientensicherheit, unterschiedliche Behandlungsfehlerarten, die historische Entwicklung der Patientensicherheit weltweit und in Deutschland und endet mit dem aktuellen gesundheitspolitischen Thema der angedachten Einführung eines Never-Event-Registers für Krankenhäuser.

Kapitel 3 befasst sich mit der Ökonomie der Patientensicherheit, beschreibt, wer sich in Deutschland und international mit diesem Thema befasst, gibt einen kurzen Einblick in die Ausgaben der GKV in 2023, führt aus, welche Schadenssummen aufgrund mangelnder Patientensicherheit weltweit und in Deutschland beziffert werden. Des Weiteren erfolgt ein Überblick über Lösungsansätze in Deutschland mit aktuellen Beispiel.

Kapitel 4 beschreibt CIRS-Meldesysteme der Kliniken für Beinahe-Schäden und ein neues CIRS-Patientenmeldesystem für kritische Ereignisse und positive Meldungen und verdeutlicht den Unterschied zwischen Klinik- und Patienten-CIRS, den Meldedetails und den Zielen der Meldesysteme. Gleichfalls werden veröffentlichte Behandlungsfehlerzahlen unterschiedlicher Einrichtungen für den Zeitraum von 2015-2023 angeführt, um zu verdeutlichen, daß die bisherigen CIRS-Meldesysteme mit Beinahe-Schäden keinerlei Einfluß auf die Patientensicherheit im Hinblick auf Never-Events und Sentinel-Events haben und keinen Beitrag zur Patientensicherheit leisten.

Kapitel 5 beschreibt die Krankenkasse X, ihren gesetzlichen Auftrag für die Behandlungsfehlerbegutachtung, die Zahl der Behandlungsfehlerfälle für 2023, über welchen Etat sie verfügt. Es werden anonymisierte Never-Events und Sentinel-Events aufgeführt, Kostenpositionen und Fallsummen dargestellt, um den bedeutsamen Kostenunterschied zwischen Never-Events und Sentinel-Events sichtbar zu machen und auf die Notwendigkeit hinzuweisen, daß ein zukünftiges Never-Event-Register zwingend um Sentinel-Events erweitert gehört, um hieraus, auch aus ökonomischen Gründen, Maßnahmen zur Verbesserung der Patientensicherheit ableiten zu können.

Kapitel 6 bewertet die unter Kapitel 4 angeführten Behandlungsfehlerfallzahlen retrospektiv im Hinblick auf den Einfluß der bisherigen CIRS-Meldesysteme der Kliniken für Beinahe-Schäden, auf die Entwicklung der Behandlungsfehlerfallzahlen und die damit verbundenen Kosten. Es verdeutlicht die bedeutsamen Unterschiede der Never-Event- und Sentinel-Event-Beispielfälle der Krankenkasse

X. Die Sinnhaftigkeit von Patientenmelderegistern und die Notwendigkeit der Einbeziehung der Krankenkassen wird dargestellt. Dies auch über den Vergleich der unterschiedlichen Meldedetails der vorgestellten CIRS-Systeme.

Kapitel 7 resümiert die wichtigsten Aspekte der Arbeit und stellt abschließend noch einmal die gesundheitsökonomische Relevanz der Patientensicherheit für die GKV dar.

2 Patientensicherheit

2. 1 Definition der Patientensicherheit

Die WHO (World Health Organisation) definiert Patientensicherheit als einen Rahmen organisierter Aktivitäten, die Kulturen, Verfahren, Prozesse, Technologien, Verhaltensweisen und Umgebungen in der Gesundheitsversorgung schaffen, die beständig und nachhaltig Risiken senken, das Auftreten vermeidbarer Schäden reduzieren, Fehler unwahrscheinlicher machen und die Auswirkungen von eintretenden Schäden verringern (BMG 2021).

Das Aktionsbündnis Patientensicherheit in Deutschland definiert Patientensicherheit als “das aus der Perspektive der Patienten bestimmte Maß, in dem handelnde Personen, Berufsgruppen, Teams, Organisationen, Verbände und das Gesundheitssystem einen Zustand aufweisen, in dem unerwünschte Ereignisse selten auftreten, Sicherheitsverhalten gefördert wird und Risiken beherrscht werden, über die Eigenschaften verfügen, Sicherheit als erstrebenswertes Ziel zu erkennen und realistische Optionen zur Verbesserung umsetzen, und in der Lage sind, ihre Innovationskompetenz in den Dienst der Verwirklichung von Sicherheit zu stellen (Schrappe, 2018).

2. 1. 1 Begriffsdefinitionen der im Rahmen dieser Arbeit verwendeten Begriffe

Unerwünschtes Ereignis: Bei einem unerwünschten Ereignis handelt es sich um ein unbeabsichtigtes negatives Ergebnis, das auf die Behandlung zurückgeht und nicht der bestehenden Erkrankung geschuldet ist (APS, 2024).

Beinahe-Schäden: Beinahe-Schäden sind Fehler, bei dem ein Abweichverhalten rechtzeitig erkannt und so ein tatsächlicher Fehler vermieden wird. Als Beinahe-Fehler gilt jedes Vorkommnis, das unerwünschte Folgen hätte haben können, es im konkreten Fall jedoch nicht hatte (cirsmedical 2025).

Behandlungsfehler: Behandlungsfehler sind Eingriffe von Ärzten oder Zahnärzten, die nicht nach den aktuellen Grundsätzen und Regeln der Medizin erfolgt sind und zu gesundheitlichen Schäden geführt haben (TK 2024).

Never Events: Never-Events sind klar identifizierbare schwerwiegende Ereignisse, die im Zusammenhang mit einer klinischen Behandlung auftreten und zu Patientenschädigungen führen, aber durch Systemdesign und/oder gezielte Präventionsmassnahmen vermeidbar sind (u.a. Patienten- und Seitenverwechslung, Medikationsfehler, während einer Operation zurückgelassene Fremdkörper etc.).

Die beschriebenen Ereignisse sind besonders schwerwiegend und vermeidbar, wenn die entsprechenden Massnahmen umgesetzt werden. Sie sollten jeweils eine systemorientierte Ursachen-Wirkungs-Analyse nach sich ziehen (Patientensicherheit Schweiz, 2024).

Sentinel-Events: Sentinel-Events sind unerwartete Vorkommnisse in der Behandlung von Patienten, die zu schweren Schäden oder sogar dem Tod eines Patienten führen und nicht auf die eigentliche Grunderkrankung zurück zu führen sind. Ereignisse dieser Art gelten als besonders schwerwiegend und erfordern eine sofortige Untersuchung und Analyse, um die Ursachen zu verstehen und zukünftige Fehler zu vermeiden (The Joint Commission, 2024).

2. 2 Historische Entwicklung der Patientensicherheit

2. 2. 1 Weltweit

Im Jahr 50 v.Chr. stellte der Arzt Scribonius Largos am Hof von Kaiser Tiberius Claudius folgenden Grundsatz auf, den die hippokratische Tradition in die Mitte ihrer Vorstellung des zu moralisch zu fordernden ärztlichen Handelns stellt: „*Pri-
mus non nocere, secundum cavere, tertium sanare*“ - „erstens nicht schaden, zwei-
tens vorsichtig sein, drittens heilen“ (Michler, 2005).

Der Arzt soll also von jeher als Erstes darauf achten, seinen Patienten nicht zu schaden. Damit wurde der Grundstein für die Entwicklung der Patientensicherheit gelegt, die in unserem heutigen Zeitalter aktueller denn je ist und Anfang des 21. Jahrhunderts so weit gediehen war, daß Mediziner sich trauten, das Thema Patientensicherheit in der Öffentlichkeit zu thematisieren..

Das amerikanische Institute of Medicine veröffentlichte im Jahr 2000 das Werk „*To Err Is Human*“ und machte hierdurch tatsächlich erstmals öffentlich darauf aufmerksam, daß Fehler in der Behandlung und Pflege von Patienten, insbesondere solche mit Folgeschäden, weder selten noch eine unvorhersehbare und damit unvermeidliche Ausnahme darstellen. Der Bericht rechnete zudem aus 2 früheren Studien eine Todesrate aus der Häufigkeit unerwünschter Ereignisse hoch und schätzte, daß mindestens 44.000, wenn nicht sogar 98.000 Menschen jedes Jahr in Krankenhäusern aufgrund medizinischer Fehler sterben. Mit dieser Veröffentlichung gelang es den Autoren, einerseits den Blick auf das Ausmaß der Problematik von Behandlungsfehlern und Patientensicherheit zu lenken, andererseits aber nicht anklagend die behandelnden Ärzte und Pflegekräfte vorzuführen. Hierdurch wurde es insbesondere der Ärzteschaft ermöglicht, sich dieser Tatsache zu stellen und aktiv nach Lösungen für dieses Problem zu suchen (IOM, 2000).

Gleichfalls im Jahr 2000 veröffentlichte das britische Gesundheitsministerium die Publikation „*An Organisation with a memory (eine Organisation mit Gedächtnis)*“ (Department of Health, 2000).

Beide Berichte befassen sich mit dem Themen Sicherheit und Schadensereignisse im Gesundheitswesen, ziehen Parallelen zu anderen Hochrisikobranchen, und liefern erste Schätzungen über das Ausmaß an Patientenschäden, was schließlich zu einer neuen gesundheitspolitischen Prioritätensetzung und Schaffung eines neuen Forschungsgebietes im Gesundheitswesen führte.

Im Laufe der kommenden Jahre konnte sich so ein neues Verständnis und Interesse für Patientensicherheit entwickeln.

Die WHO konstatiert, daß Zwischenfälle in der Patientenbehandlung zu den 10 häufigsten Ursachen für Erkrankung und Versterben weltweit gehören. Die Patientensicherheit soll darauf hinwirken, solche Zwischenfälle und die daraus resultierenden Folgen zu verhindern. Sie stellt somit ein zentrales Thema der globalen öffentlichen Gesundheit dar und ist von grundlegender Bedeutung für die Stärkung bestehender Gesundheitssysteme und hochqualifizierter Gesundheitsversorgung (WHO, 2023).

Der Paradigmenwechsel im Denken über die Sicherheit im Gesundheitswesen kam auch mit der Erkenntnis, daß dieses sich nicht völlig von anderen risikoreichen Branchen unterscheidet und die dort gemachten Fehler nur selten auf eine einzelne Person allein zurück zu führen sind. Vielmehr zeigte sich, daß die wahre Ursache eines Zwischenfalls im Gesundheitswesen häufig das Zusammenspiel menschlicher Fehler mit einem komplexen Geflecht aus Handlungen und Interaktionen, Prozessen, Teambeziehungen, Kommunikation, menschlichem Verhalten, Technologie, Organisationskultur, Richtlinien und Regeln sowie der Art des Arbeitsumfeldes ist (Schrappe, 2018).

Und so wird sich international aktiv zu diesem wichtigen Thema in Expertenrunden befasst, ausgetauscht und geforscht.

2016 wurde der “Global Ministerial Summit on Patient Safety“ ins Leben gerufen und vereint seitdem jährlich hochrangige Entscheidungsträger und Experten, um die Qualität der Gesundheitsversorgung und erforderliche Maßnahmen zu diskutieren und das Bewußtsein für Patientensicherheit auf allen Ebenen des Gesund-

heitssysteme und der Gesundheitspolitik zu schärfen. Des Weiteren tragen auch Aktivitäten der Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD) sowie Initiativen im Rahmen der G20 und der G7 auf internationaler Ebene zur Stärkung der Patientensicherheit bei (BAG, 2023).

2019 erfolgte die Verabschiedung der Resolution über „Globale Maßnahmen zur Patientensicherheit“ im Rahmen der Weltgesundheitsversammlung, wo die Patientensicherheit auch von den WHO-Mitgliedsstaaten als globale Gesundheitspriorität anerkannt wurde. Gleichfalls wurde so der 17. September als offizieller Welttag der Patientensicherheit der WHO etabliert (WHO, 2019).

Im Mai 2021 verabschiedete die Weltgesundheitsversammlung den globalen Aktionsplan für Patientensicherheit mit dem Motto „Towards elimination avoidable harm in health care“ als internationalen Strategieplan für die nächsten 10 Jahre mit dem sog. „Global Patient Safety Action Plan 2021 - 2030“ (BMG 2021).

Am 23.02.2023 tauschten sich mehr als 600 Experten anlässlich des 5. Globalen Ministergipfels zur Patientensicherheit sowie an die 80 Ministerdelegationen aus der gesamten Welt über Maßnahmen zur Stärkung der Patientensicherheit in Montreux aus. Die Patientensicherheit hat sich somit zu einem bedeutsamen Themenbereich entwickelt, über den sich weltweit durch Experten aus unterschiedlichen Ländern, Kontinenten und beruflichen Fachbereichen auf hohem Niveau ausgetauscht wird, um ihn beständig weiterzuentwickeln (BAG, 2023).

2. 2. 2 Die Entwicklung der Patientensicherheit in Deutschland

Der Bericht „To ERR IS Human“ trug auch in Deutschland dazu bei, daß das Thema Patientensicherheit stärker in den Fokus von Politik, Öffentlichkeit und Gesundheitswesen gerückt ist.

Die medizinische und pflegerische Versorgung von Millionen von Versicherten ist grundsätzlich mit dem Risiko von fehlerhaften Entscheidungen und Behandlungen vergesellschaftet. Sie verursachen einerseits erhebliche Budgetbelastungen

durch Schäden und Folgeschäden, können andererseits für den betroffenen Patienten und sein Umfeld mitunter existentielle Ausmaße erlangen, schneiden das Leben maßgeblich und häufig schwer verändernd ein und belasten die Solidargemeinschaft der Versicherten in vielerlei Hinsicht (Wieland, 2001).

In den letzten beiden Jahrzehnten sorgten Behandlungsfehler zwar weiterhin vereinzelt für Schlagzeilen und Aufmerksamkeit der Medien, riefen in der Bevölkerung kurzzeitig Besorgnis hervor und beschäftigten die Justiz, stießen aber bei Ärzten und Verantwortlichen im Gesundheitssystem kaum auf Interesse. Behandlungsfehler werden in der Gesellschaft weiterhin im Wesentlichen als unvermeidlicher und zu bezahlender Preis eines unter massivem Druck stehenden, in einem von Schnelligkeit dominierten modernen Gesundheitswesens, in welchem Erkrankungen geheilt und viele Leben gerettet werden, betrachtet (Rosentreter, 2012).

Aus mangelnder Patientensicherheit resultierende Folgen stellen aktuell eines der dringlichsten Probleme des Gesundheitswesens dar. Ansatzpunkte für Fehler- und damit Schadensvermeidungsstrategien sind nur durch eine sorgfältige Untersuchung und Analyse der Ursachen von Behandlungsfehlern möglich (Gutachten des Sachverständigenrates für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen, 2003).

In Deutschland wurde 2005 das Aktionsbündnis Patientensicherheit (APS) als nationale Plattform gegründet, dessen Ziel es ist, Methoden zur Verbesserung der Patientensicherheit zu entwickeln und zu etablieren, gleichfalls soll zum Aufbau des Risikomanagements in der Gesundheitsversorgung beigetragen werden (APS, 2024).

2007 folgte die Gründung des Instituts für Patientensicherheit (IfPS) an der medizinischen Fakultät der Universität Bonn als erstes universitäres Institut in Deutschland, das sich dem Thema Patientensicherheit sowohl in Forschung als auch in der universitären Lehre widmet und seit 2009 seine Tätigkeit mit einem interdisziplinären Team aus Medizinerinnen, Pflege- und Gesundheitswissenschaftlerinnen

und Psychologen aufgenommen hat. Neben Projekten und Publikationen zur Patientensicherheit werden am Institut für Patientensicherheit akademische Lehre im Studiengang Humanmedizin, interprofessionelle Lehrprojekte sowie weitere Lehr- und Weiterbildungsmöglichkeiten angeboten (IfPS, 2024).

Die Deutsche Gesellschaft für Patientensicherheit, 2022 als gemeinnützige GmbH gegründet, betreut innovative Projekte für Patientensicherheit in Forschung, Schulung und Praxis, dies auch in Zusammenarbeit mit unterschiedlichen Parteien des Gesundheitswesens (DGPS, 2024).

Neben den bereits genannten Institutionen beschäftigen sich u.a. auch die Bundesärztekammer (BÄK 2024), die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV 2024), das Bundesministerium für Gesundheit (BMG 2024) und viele Institutionen mehr mit der Patientensicherheit, was die Wichtigkeit dieses Themas einmal mehr sehr deutlich unterstreicht.

Der Gemeinsame Bundesausschuß (G-BA) hat in Richtlinien für das Qualitätsmanagement Maßnahmen zur Erhöhung der Patientensicherheit und insbesondere der Mindeststandards für ein sachgerechtes Fehler- und Risikomanagements festgelegt, wonach durch ein verbessertes Qualitätsmanagement in der medizinischen Versorgung von Patienten Behandlungsfehlern vorgebeugt und eine sog. Fehlervermeidungskultur gefördert werden soll.

Das Ziel neben den gesetzlichen Qualitätsvorgaben (Regelungen, die zur Erhöhung der Patientensicherheit dienen und in multiplen Richtlinien und Beschlüssen des Gemeinsamen Bundesausschusses verankert sind), ist eine gut gelebte und transparent gemachte Fehlerkultur. Risiken und Behandlungsfehler sollen benannt und aufgearbeitet werden, um hieraus zu lernen, präventive Maßnahmen abzuleiten und umzusetzen (G-BA, 2023).

Fehler passieren – ein häufiges und weit verbreitetes Argument. Behandlungsfehler werden zudem hauptsächlich als lokale Ereignisse betrachtet, die am besten im Rahmen interner Untersuchungen behandelt werden sollten (Protschka, 2012).

Anhand dieser Erkenntnisse entstand ein tieferes Verständnis dafür, daß die mangelhafte Gestaltung und Funktionsweise von Systemen einen menschlichen Fehler provozieren oder dessen Auswirkungen verschlimmern kann, wenn er bereits eingetreten ist (BMG 2021).

Um zukünftige Behandlungsfehler zu vermeiden, sollten Ergebnisse und Erkenntnisse, die sich aus der Auswertung von Behandlungsfehlern ergeben, für den Schutz und die Sicherheit der Patienten genutzt und ggf. auch präventive Maßnahmen abgeleitet werden (APS, 2024).

Im April 2024 kündigte Bundesgesundheitsminister Lauterbach (SPD) bei einer Regierungsumfrage im Bundestag an, Fonds für Härtefälle bei Behandlungsfehlern einzurichten. Dies war im Koalitionsvertrag der vergangenen Regierung als Ziel benannt. Die Stellung von Patienten, die von ärztlichen Behandlungsfehlern betroffen sind, soll gestärkt werden. Ein entsprechender Gesetzesentwurf werde vermutlich zur Jahreshälfte vorgelegt. Hierbei sei unter anderem vorgesehen, die gesetzlichen Krankenkassen stärker zu verpflichten, ihre Versicherten im Hinblick auf Behandlungsfehler zu unterstützen (Ärztezeitung, 2024)

Die Einrichtung des Fonds steht aus und ist derzeit nicht zu erwarten.

Im Oktober 2024 wurde im Rahmen der aktuellen Krankenhausreform beschlossen, dass der Innovationsfonds ein Projekt zur Erprobung eines zentralen Never-Event-Registers bis in spätestens 3 Jahren fordert (Deutsches Ärzteblatt, 2024).

Die Einführung eines Never-Event-Registers, wonach Krankenhäuser künftig verpflichtet sind, Never-Events und schwerwiegende Behandlungsfehler anonymisiert über ein Register zu melden, um schwerwiegende vermeidbare Fehler in der Patientenversorgung systematisch zu erfassen, zu analysieren und die Patientensicherheit somit zu verbessern, ist jedoch noch nicht beschlossen. Sie ist im WHO-Aktionsplan bis spätestens 2030 gefordert (BMG, 2021).

3 Ökonomie der Patientensicherheit

3. 1 Gesundheitsökonomie in Deutschland

Ein medizinisches Versorgungssystem muß bezahlbar, wirkungsvoll und sicher sein. In Deutschland hat sich die Gesundheitsökonomie innerhalb der vergangenen 15 Jahre beständig in ihrer Bedeutung weiterentwickelt. Durch den demographischen Wandel steigt die Anzahl der Versicherten in den gesetzlichen Krankenkassen dahingehend, daß immer mehr Leistungsempfänger durch weniger Beitragszahlende finanziert werden. Die Zahl der chronisch kranken Menschen steigt gleichfalls an, was das Gesundheitssystem vor große Herausforderungen stellt. Die finanziellen Mittel, die dem Gesundheitssystem zur Verfügung stehen, müssen demzufolge dahingehend eingesetzt werden, daß die Gesellschaft optimal versorgt wird (BMBF, 2024).

Die Gesundheitsökonomie setzt sich also mit wirtschaftlichen Fragen von Gesundheitswesen und Medizin auseinander und hat sich in Deutschland seit den 1980er Jahren zu einer Subdisziplin der Wirtschaftswissenschaften mit eigenen Lehrstühlen und wissenschaftlichen Instituten etabliert. An Universitäten und Hochschulen werden Studiengänge in Gesundheitsökonomie, Management im Gesundheitswesen oder auch Medizinmanagement angeboten, denn das Gesundheitswesen hat sich nicht nur zu einem der bedeutendsten Wirtschaftszweige entwickelt, sondern folgt auch sozialen und ökonomischen Mechanismen.

3. 1. 1 Deutsche Gesellschaft für Gesundheitsökonomie (DGGÖ)

2008 wurde als Zusammenschluß von Gesundheitsökonominnen aus Wissenschaft und Praxis die Deutsche Gesellschaft für Gesundheitsökonomie (DGGÖ) gegründet. Die Ausschüsse der DGGÖ beschäftigen sich mit Ökonomischer Evaluation, Stationärer Versorgung, Verteilung, Vergütung und Erstattung, Gesundheitswirtschaft und eHealth. Sie hat es sich zur Aufgabe gemacht, gesundheitsökonomische Erkenntnisse in der Öffentlichkeit darzustellen und gegenüber Parlamenten und Regierungen zu vertreten, tauscht sich mit nationalen und internationalen Fachge-

sellschaften aus. Zur Gesundheitsökonomie der Patientensicherheit wird bis dato nicht geforscht oder Stellung bezogen (DGGÖ, 2024).

3. 1. 2 Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD)

Die OECD (Organisation for Economic Co-Operation and Development) ist eine internationale Organisation mit 38 Mitgliedsstaaten weltweit, inklusive Deutschland, die sich der Demokratie und Marktwirtschaft verpflichtet fühlen. Die meisten Mitgliedsländer gehören zu denen mit hohem Pro-Kopf-Einkommen und gelten als entwickelte Länder. Seit 1949 ist die OECD in Paris ansässig.

Die Arbeit der OECD ist breit gefächert und berührt, bis auf die Verteidigungspolitik, nahezu alle Bereiche staatlichen Handelns. Die Organisation teilt ihre Tätigkeit in 7 Kategorien ein, die wiederum in 26 Themen untergliedert sind. Eines dieser Unterthemen ist über den Bereich der Gesundheit das Thema Patientensicherheit (Statistisches Bundesamt 2025).

Sie veröffentlicht sog. „Arbeitspapiere/Workpapers“ zum Thema Gesundheit und dem Unterthema Patientensicherheit, in denen die Autoren ihre vorläufigen Ergebnisse oder auch laufende Forschungsarbeiten veröffentlichen und so einem breiteren Leserkreis ausgewählte Gesundheitsstudien zugänglich gemacht werden.

3. 1. 3 Ausgaben im Deutschen Gesundheitswesen (Gesetzliche Krankenkassen):

Die Ausgaben der Gesetzlichen Krankenkassen (GKV) lagen 2023 bei 306,4 Milliarden Euro. Reine Leistungsausgaben betrugen 288,6 Milliarden Euro. Die Leistungsausgaben beinhalten ärztliche und zahnärztliche Behandlung, Zahnersatz, Arznei-, Heil- und Hilfsmittel, Krankenhausversorgung, Krankengeld, Vorsorge, Rehabilitation, Prävention und Selbsthilfe.

In der Zeit von 2010 bis 2023 sind die Leistungsausgaben der GKV kontinuierlich von 165 Milliarden Euro in 2010 auf 288,6 Milliarden Euro in 2023 angestiegen (vdek 2024). Welchen Einfluß Behandlungsfehler jeglicher Art hieran haben, ist derzeit unklar.

3. 2. 1 Die Ökonomie der Patientensicherheit

Schätzungen zufolge kommt jeder zehnte Patient während einer medizinischen Behandlung zu Schaden (WHO, 2021). Patientenschäden sind die 14. häufigste Ursache für die globale Krankheitslast, vergleichbar mit Tuberkulose und Malaria, der größte Anteil dieser Last entfällt auf Entwicklungsländer (Jha et al.; 2013).

Schätzungen für Länder mit niedrigem und mittlerem Einkommen gehen davon aus, dass bis zu einem von vier Behandelten ein Schaden zugefügt wird, wobei jährlich 134 Millionen unerwünschte Ereignisse aufgrund unsicherer Versorgung in Krankenhäusern auftreten und diese zu etwa 2,6 Millionen Todesfällen beitragen (National Academies of Sciences, 2018). Insgesamt sind in Ländern mit niedrigem und mittlerem Einkommen 60 % der Todesfälle auf unsichere und qualitativ schlechte Versorgung zurückzuführen (Krug et al. 2018).

Forschungen zu Kosten von Patientenschäden konzentrieren sich jedoch größtenteils auf die Intensivpflege in den entwickelten Ländern, in denen sich die Krankheitslast mit chronischen Leiden wie bestimmte maligne Erkrankungen oder Multiple Sklerose vergleichen lassen. Die finanziellen Auswirkungen von Patientensicherheitsmängeln haben weltweit ein beträchtliches Ausmaß. Sie machen ca. 15% der gesamten Krankenhausaktivitäten und Ausgaben als direkte Folge unerwünschter Ereignisse aus. Zu den Folge- und auch indirekten Kosten eines Patientenschadens zählen u.a. auch Produktivitätsverluste, neben einem Vertrauensverlust in die gesundheitliche Versorgung. Da viele der Schäden verhindert werden können, stellen all diese Fehler eine erhebliche Verschwendung von finanziellen Ressourcen dar, insbesondere, da die Kosten eines Fehlers die Investition in eine

Umsetzung einer wirksamen Prävention bei weitem übersteigen (Slawomirski et al., 2017).

In den letzten Jahren wurde der Schwerpunkt auch auf wirtschaftliche Verluste und Zugangsprobleme aufgrund unsicherer Versorgung gelegt, die zu großen Hindernissen für die Verwirklichung einer allgemeinen Gesundheitsversorgung führen können (WHO 2018). Die meisten Menschen bringen Patientensicherheit mit der Krankenhausversorgung in Verbindung. Eine unsichere Versorgung ist jedoch ein systemweites Problem. Die Hälfte der weltweiten Krankheitslast, die durch Patientenschäden entsteht, hat ihren Ursprung in der primären und ambulanten Versorgung (Woods et al. 2007).

Die wirtschaftlichen Kosten einer unsicheren Versorgung können auf zwei Weisen betrachtet werden: Die direkten Kosten, die durch Ressourcenverschwendung entstehen und die indirekten Kosten durch den Produktivitätsverlust der Bevölkerung. In Ländern mit hohem Einkommen sind bis zu 15 % der Krankenhausaussgaben auf Verschwendung durch Sicherheitsmängel zurückzuführen. Der Nationale Gesundheitsdienst in England zahlte beispielsweise im Zeitraum 2017- 2018 1,63 Milliarden britische Pfund an Prozesskosten aufgrund von Sicherheitsmängeln (NHS 2018).

Unsichere Medikationspraktiken und -fehler, unklare Anweisungen, die Verwendung von Abkürzungen und unangemessene oder unleserliche Verschreibungen, sind international eine der Hauptursachen für vermeidbare Schäden im Gesundheitswesen. Weltweit werden die mit Medikationsfehlern verbundenen Kosten auf 42 Milliarden US-Dollar pro Jahr geschätzt (Aitken, Gorokhovic, 2012), wobei Lohn- und Produktivitätsverluste sowie erhöhte Kosten für die Gesundheitsversorgung nicht mitgerechnet sind. Dies entspricht fast 1 % der weltweiten Gesundheitsausgaben. Unsichere und qualitativ schlechte Versorgung führt in Ländern mit niedrigem und mittlerem Einkommen zu Produktivitätsverlusten im Wert von 1,4 bis 1,6 Billionen US-Dollar pro Jahr (National Academies of Sciences, 2018).

Nach den vorliegenden Erkenntnissen belaufen sich die direkten Kosten für Schäden, wie zusätzliche Tests, Behandlungen und Gesundheitsversorgung im ambulanten und stationären Bereich auf etwa 2,5 % der gesamten Gesundheitsausgaben, wobei der tatsächliche Anteil wahrscheinlich unterschätzt wird (Slawomirski et al. 2018). Schäden in der ambulanten und stationären Versorgung führen häufig zu Krankenhausaufenthalten. In den Mitgliedsländern der Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD) können sie jedes Jahr über 6 % der Krankenhaustage und mehr als 7 Millionen Einweisungen verursachen. Hinzu kommen 15 % der Behandlungen in der Akutversorgung, die allein durch Krankenhausschäden verursacht werden (Slawomirski et al. 2017).

Jüngsten Schätzungen zufolge belaufen sich die sozialen Kosten von Patientenschäden auf 1 bis 2 Billionen US-Dollar pro Jahr. Ein Humankapital-Ansatz legt nahe, dass die Beseitigung dieser Schäden das globale Wirtschaftswachstum jährlich um über 0,7 % steigern könnte (Slawomirski, Klazinga, 2020).

In Neuseeland kostete beispielsweise die Behandlung unerwünschter Ereignisse in den dortigen Krankenhäusern über 870 Millionen US-Dollar (Brown et al., 2020).

In den Niederlanden wurden die Gesamtkosten aller unerwünschten Ereignisse in 21 Krankenhäusern für das Jahr 2004 auf 335 Millionen Euro geschätzt (Hoonhout et al, 2009).

Als häufige Ursache unerwünschter Ereignisse in Krankenhäusern und damit kostentreibend finden sich VTE (venöse Thrombembolien), Infektionen/Sepsis, Druck- und Liegegeschwür/Dekubitus und vor allem aber Medikationsfehler (Sousa et al., 2014).

Jeder 10. Krankenhausaufenthalt in OECD-Ländern ist auf ein solch unerwünschtes Ereignis eines Medikationsfehlers zurück zu führen und jeder 5. Patient erleidet während eines stationären Klinikaufenthaltes arzneimittelinduzierte Schädigungen. Die Gesamtkosten, die durch vermeidbare Aufnahmen aufgrund arzneimittelinduzierter unerwünschter Ereignisse und zusätzlichen Verweildauern im

Krankenhaus zustande kommen, werden auf über 54 Milliarden US-Dollar geschätzt (de Bienassis et al., 2022).

In Australien wurden im Jahr 2011 1,2 Milliarden AUS-Dollar für Patientenschäden aufgrund von Medikationsfehlern ausgegeben (Roughead et al., 2013)

Arzneimittelbedingte Schäden durch Medikationsfehler sind vielfach das Resultat einer schlechten Medikationspraxis und unzureichenden Systeminfrastrukturen, führen häufig zu unerwünschten Ereignissen mit Patientenschädigung und verursachen enorm hohe zusätzliche Kosten. So ergab in Deutschland eine bundesweite Hochrechnung der in Krankenhäusern aufgetretenen unerwünschten Arzneimittelwirkungen für das Jahr 2008 jährliche Gesamtbehandlungskosten von 1,058 Milliarden Euro (Rottenkolber et al, 2012).

3. 2. 2 Mögliche zukünftige Lösungsansätze für eine verbesserte Patientensicherheit

Patienten und ihre Angehörigen, ihr aktives Engagement für die Stärkung der Patientensicherheit und das Ausrichten der Gesundheitsstrukturen auf deren Bedürfnisse, sind für die Stärkung der Patientensicherheit von entscheidender Bedeutung. Sie können zu einer verbesserten Sicherheit auf lokaler, ambulanter, stationärer (Klinik oder Pflegeheim) sowie nationaler Ebene der Gesundheitssysteme wertvoll beitragen.

Ihre Erfahrungen sind ein Schlüssel zur Fokussierung auf die Patienten im Gesundheitssystem und zur Stärkung der Patientensicherheit (OECD, 201).

Patienten und ihre Angehörigen sind eine wichtige, ernstzunehmende Informationsquelle in Bezug auf die Prävalenz von Gesundheitsschädigungen. Tatsächlich werden viele Zwischenfälle in der medizinischen Behandlung seitens der Patienten nicht gemeldet (Europäische Union, 2010). Eine direkte Erfassung der Erfahrungen von betroffenen Patienten und deren Angehörigen kann jedoch einen An-

halt für die Häufigkeit von unerwünschten Ereignissen bieten und zu einer verstärkten Signalwirkung führen (Weigmann, 2016).

Zur Zeit gibt es nur sehr wenige Daten, ob sich die Patientenbeteiligung und -einbringung in die Patientensicherheit auszahlt, die Evidenz nimmt jedoch zu. Eine geringe Patienteneinbeziehung in ihre medizinischen Behandlungsprozesse ist mit höheren Kosten verbunden. Moderne Technologien können das Engagement der Patienten fördern und sie unterstützen, die Patienteneinbringung somit verbessern und Personalkosten senken. In den Vereinigten Staaten führte beispielsweise die Einrichtung der „Partnership for Patient Hospital Improvement Innovation Networks“ zu einer Abnahme der Zahl der Erkrankungen im Krankenhaus. Durch dieses Netzwerk konnten 20500 Todesfälle zwischen den Jahren 2014 bis 2017 vermieden und dadurch Gesundheitsausgaben in Höhe von 7,7 Mrd. USD eingespart werden (OECD 2023).

Da die Patienteneinbeziehung zu einer Förderung, Stärkung und Verbesserung der Patientensicherheit noch nicht hinreichend umgesetzt wird, hat die WHO die Regierungen aufgefordert, Patienten und ihre Angehörigen als Partner für den Aufbau einer sicheren Patientenversorgung mit einzubeziehen (WHO 2021).

Sie bekräftigte damit erneut ihr Engagement für dieses Ziel und stellte den Welttag der Patientensicherheit 2023 unter das Motto „Engaging Patients For Patients Safety“(Patienten in die Förderung der Patientensicherheit einbeziehen)(WHO, 2023).

Nachdem die Länder um eine sichere Patientenversorgung bestrebt sind, ist die Einbeziehung von Patienten und ihren Angehörigen von entscheidender Bedeutung und erfordert einen systematischen Ansatz. Ein internationaler Austausch über die Einbeziehung von Patienten und ihren Angehörigen trägt dazu bei, eigene, nationale Vorhaben voran zu bringen, das Vertrauen der Patienten in das Gesundheitssystem zu stärken, eine gute Patientensicherheitskultur zu schaffen und eine sichere medizinische Versorgung zu gewährleisten (Kendir et al., 2023).

3. 3. 1 Lösungsansätze in Deutschland

Nach einem Krankenhausaufenthalt wechseln die Behandlungsteams in das ambulante Setting. Aus dieser Schnittstelle resultieren oft Herausforderungen und Risiken, die auch für die Sicherheit in der weiteren Behandlung relevant sind, zum Beispiel für die korrekte Fortführung der Arzneimittel-Therapie. Diese Risiken der Patientensicherheit an Schnittstellen zu reduzieren, ist daher eine bedeutende und wichtige Aufgabe. Das Institut für Patientensicherheit der Universität Bonn hat gemeinsam mit der deutschen Techniker Krankenkasse ein Projekt namens „MedSafe: Medikationsrisiken an Schnittstellen reduzieren“ durchgeführt, mit dessen Ergebnissen die Schnittstellen-Problematik minimiert werden kann.

Das Projekt konzentriert sich auf die Medikations-Sicherheit. Erstmals werden nicht nur für einzelne Indikationen, sondern insgesamt Empfehlungen erarbeitet, wie digitale Anwendungen zur Erhöhung der Medikationssicherheit gestaltet sein sollten (IfPS 2024).

Zur Stärkung des Erfahrungsaustausches im Rahmen der Patientensicherheit hat beispielsweise die Techniker Krankenkasse in Deutschland 2022 erstmals die „TK- Patientensicherheitsinformation“ (PSI) für Fachkreise, wie z.B. Fachorganisationen und Versorgungseinrichtungen, herausgegeben. Anhand dieser Informationen werden Versichertenfälle mit Patientenschädigungen mit dem Ziel, die Achtsamkeit in den angesprochenen Feldern weiter zu erhöhen und Lösungsstrategien auszutauschen, entsprechend veröffentlicht (TK 2023).

Außerdem veröffentlicht sie den TK-Monitor Patientensicherheit jährlich jeweils zum Welttag der Patientensicherheit am 17.September. Hier wird seit 2020 einmal jährlich die Bevölkerung befragt, um Meinungen zur Patientensicherheit und ihren aktuell wechselnden Themenschwerpunkten zu erheben. Begleitet wird dieses Unternehmen durch einen wissenschaftlichen Beirat (TK 2024).

Ein weiterer Vorstoß in die Richtung der Patienteneinbeziehung erfolgte in Deutschland 2023 mit „OptiCIRS“, gefördert durch das Bundesministerium für Gesundheit. Es handelte sich um ein Verbundprojekt unter der Leitung der Tech-

niker Krankenkasse in Kooperation mit der Deutschen Gesellschaft für Patientensicherheit. Das Projekt „OptiCIRS“ erforschte die Optimierung der Nutzung von CIRS im spezifischen Kontext von Long-Covid, sowohl für Patientinnen und Patienten als auch für Beschäftigte im Gesundheitswesen. Im Rahmen dieser Forschung wurde eine innovative Methode zur Entgegennahme von Meldungen per Telefon oder Sprachnachricht entwickelt und analysiert (DGPS 2024).

3. 3. 2 aktuelles Beispiel für die Patienteneinbeziehung in die Stärkung und Verbesserung der Patientensicherheit:

In Deutschland ist seit dem 15.01.2024 das Critical-Incident-Reporting-System (CIRS) „Mehr Patientensicherheit“ im Einsatz. Der Verband der Ersatzkassen (vdek) und seine Mitglieds-kassen folgen hiermit dem Aufruf der WHO, Patienten und ihre angehörigen als Partner für den Aufbau einer sicheren Patientenversorgung mit einzubeziehen und geben erstmals in Deutschland Patienten und ihren Angehörigen die Möglichkeit, auf dieser Plattform sowohl über kritische als auch positive Ereignisse in der medizinischen Versorgung anonym und strukturiert zu berichten, um aus diesen Berichten und Erfahrungen zu lernen und somit die Patientensicherheit zu verbessern. Es handelt sich hierbei um ein zunächst auf 2 Jahre ausgelegtes Pilotprojekt (vdek, 2024).

4 Meldesysteme und veröffentlichte Behandlungsfehlerzahlen in Deutschland

4. 1 Critical-Incident-Reporting-Systeme (CIRS)

Critical-Incident-Reporting-Systeme (CIRS) haben ihren Ursprung in der Luftfahrt, wo sie als sog. „Flight Data Monitoring Systems“ und „Aviation Safety Reporting Systems“ eingeführt wurden. Hierüber werden sicherheitskritische Vorfälle systematisch erfasst und ausgewertet. Die Luftfahrtindustrie hat früh den Nutzen dieser Systeme erkannt, um durch Analysen der Meldungen entscheidend zur

Unfallvermeidung beizutragen und zudem eine offene Fehlerkultur zu praktizieren (Missbach-Kroll, P et al. 2005).

Den Eingang in die Medizin fanden CIRS in den 1990er Jahren. Erstmals wurden anonym oder vertraulich kritische Ereignisse in der Behandlung und Pflege von Patienten (z.b. Medikationsfehler, Kommunikationsprobleme, Patientenverwechslung u.a.) gemeldet und es erfolgten durch Experten Fehleranalysen und Ursachenforschungen, um hieraus Maßnahmen für eine zukünftige Fehlervermeidung abzuleiten, Rückmeldungen zu den Meldungen geben zu können und Lernprozesse innerhalb der Kliniken aktiv zu gestalten. Vorteilhaft wurde hier die Wiederholung von Fehlern reduziert, systemische Schwachstellen identifiziert und dadurch die Patientensicherheit erhöht (Rohe et al. 2011).

Die Einführung eines Fehlermeldesystems im Gesundheitswesen wurde über das 5. Sozialgesetzbuch (SGB V) ab 2014 in Deutschland festgelegt. Das Einführen von Berichts- und Lernsystemen zählt damit zu den bedeutsamen Errungenschaften der Patientensicherheit und dient als wichtiges Instrument des klinischen Risikomanagements (Plattform Patientensicherheit, 2021)

Die Etablierung von Berichts- und Lernsystemen in Deutschland ist auf das Patientenrechtegesetz (PatRG) von 2013 zurück zu führen

Es trat am 26. Februar 2013 in Kraft und hat zum Ziel, erstmals die Rechte von Patientinnen und Patienten in einem Gesetz zu bündeln und in wesentlichen Punkten weiterzuentwickeln. Es handelt sich um ein sog. Artikelgesetz, das Änderungen in anderen Gesetzen, hier insbesondere im Sozialgesetzbuch V (SGB V), kodifiziert.

Das PatRG misst u.a. der Etablierung einer Fehlervermeidungskultur in der medizinischen Versorgung eine große Bedeutung bei. Behandlungsfehlern soll möglichst frühzeitig vorgebeugt werden. Hierzu wurde der Gemeinsame Bundesausschuss beauftragt, Anforderungen an klinische Risikomanagement- und Fehlermeldesysteme zu formulieren (Art. 2 Nr. 8 PatRG) und den Schutz der meldenden Personen in solchen Systemen zu regeln (Art. 2 Nr. 7 PatRG).

Die Einrichtung eines CIRS soll auf der Grundlage einer Zielplanung und eines strukturierten Projektmanagements erfolgen. Zudem besteht die Verpflichtung, im Qualitätsbericht zum klinischen Risikomanagement verschiedene Angaben zu machen (verantwortliche Personen, Lenkungsgremium, eingesetzte Instrumente) (G-BA, 2014).

In Deutschland wird nun durch die “Richtlinie über die grundsätzlichen Anforderungen an ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement für nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser “ des Gemeinsamen Bundesausschusses seit April 2014 von den Krankenhäusern gefordert, Fehlermeldesysteme für alle Mitarbeiter niederschwellig, abteilungs- und berufsgruppenübergreifend zugänglich, einzurichten (G-BA, 2016).

Der G-BA sollte zunächst Mindeststandards an einrichtungsübergreifende Fehlermeldesysteme (sog. üFMS) von Krankenhäusern festlegen (§ 136a Abs. 3 Satz 1 SGB V). Für üFMS, die in besonderem Maße geeignet erscheinen, „Risiken und Fehlerquellen zu erkennen, auszuwerten und zur Vermeidung unerwünschter Ereignisse beizutragen“, sollte der G-BA darüber hinaus Anforderungen bestimmen, deren Erfüllung als Grundlage für die Vereinbarung von Vergütungszuschlägen nach § 17b Abs. 1a Nr. 4 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG) dienen

(§ 136a Abs. 3 Satz 3 SGB V) (G-BA, 2016) .

Ein Krankenhaus kann demnach Vergütungszuschläge nach § 17b KHG nur dann beanspruchen, wenn es nachweislich an einem Fehlermeldesystem teilnimmt, das die über die Mindeststandards hinausgehenden Kriterien des G-BA erfüllt. Die Höhe der Zuschläge wird zwischen der Deutschen Krankenhausgesellschaft, dem Spitzenverband der gesetzlichen Krankenkassen und dem Verband der privaten Krankenversicherung bundeseinheitlich vereinbart und zur Zahlung fällig, sobald ein Krankenhaus einen Fall meldet (Deutsches Ärzteblatt, 2016).

4. 1. 1 Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG):

CIRS-Fälle, die öffentlich einsehbar sind, finden sich beispielsweise auf der Internetseite der Deutschen Krankenhausgesellschaft unter „Best Practice - Beispiele Fehlermeldesysteme“, wo derzeit 8 Kliniken ihren Umgang mit Fehlermeldesystemen für Beinahe-Schäden beschreiben. Gleichfalls benennen die Kliniken konkrete Ereignisse wie den Umgang mit aggressiven Patienten, Aufklärungsproblematiken, zurück gelassene Fremdkörper, sich im Mund auflösende Papierstrohhalm, Nutzungsdauerkennzeichnung spezieller Filter, Management eines akzidentellen Muskelrelaxansüberhanges, Anschluß von Erythrozytenkonzentraten, Verwechslung eines Zugangs, Brandgefahr durch einen Kurzschluß, Frage wo ein Bedside-Test erfolgen soll, vergessener Fremdkörper im Rachen eines Kindes mit der Folge postoperativer Ateminsuffizienz, arzneimittelbeständige Dreiwegehähne, Patientenverwechslung durch Namensgleichheit, Austausch von Plastikteilen in Spülflüssigkeit, Drei-Wege-Hähne, Komplikationen nach Tabletteneinnahme samt Blister. Hiernach wird beschrieben, wie die Kliniken aus den benannten Beispielen lernen und welche Maßnahmen vor Ort ergriffen worden sind (DKG 2024).

4. 1. 2 CIRS-NRW

Als weiteres öffentlich einsehbares Meldesystem für Beinahe-Schäden sei das „CIRS-NRW“ (Critical-Incident-Reporting-System Nordrhein-Westfalen) genannt. Hier arbeiten die beiden Ärztekammern NRW's, die Ärztekammer Westfalen-Lippe und die Ärztekammer Nordrhein, die beiden Kassenärztlichen Vereinigungen Westfalen-Lippe und Nordrhein, die Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen, die Apothekenkammern Westfalen-Lippe und Nordrhein und das Ärztliche Zentrum für Qualität in der Medizin zusammen. Das erklärte gemeinsame Ziel ist es, durch die Zusammenarbeit einen Beitrag zur Verbesserung der Sicherheitskultur und somit der Patientensicherheit zu leisten, die Fehler- und Sicher-

heitskultur weiter zu entwickeln. Gleichzeitig stellt es ein Instrument des Qualitäts- und Risikomanagements als gemeinsames Projekt dar.

Aus allen mitgeteilten Ereignissen wird hier quartalsweise der sogenannte „Bericht des Quartals“ ausgewählt unter dem Kriterium, besonders lehrreich, interessant und bedeutsam zu sein, und veröffentlicht. So findet sich hier für das Quartal 4/2024 der Fall „Besser mit Filter – Verborgene Gefahren im Klinikalltag: Risiken durch Fremdkörper in Medikamentenampullen“. Hier wurden in einer Anästhesieabteilung mehrfach beim Öffnen von Glasampullen Glassplitter beobachtet, die sowohl in die Medikamentenlösung als auch auf die Arbeitsfläche gelangen können mit der schwerwiegenden Gefahr der Thrombose oder Embolie durch Einschwemmen in den Blutkreislauf des Patienten. Die Gefahr wurde rechtzeitig erkannt, es wurden Gegenmaßnahmen getroffen und interne Arbeitsrichtlinien angepasst (CIRS NRW, 2024).

4. 1. 3 Netzwerk CIRS Berlin:

Das Netzwerk CIRS Berlin sei gleichfalls beispielhaft genannt. Hier berichten Berliner und Brandenburger Krankenhäuser über Beinahe-Schäden sowie vermeidbare unerwünschte Ereignisse aus stationären Einrichtungen. Es handelt sich somit um ein einrichtungsübergreifendes Fehlermeldesystem (üFMS). Der Gesetzgeber fördert die Teilnahme an einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystemen, indem Krankenhäuser für diese Teilnahme an ihnen Zuschläge erhalten können. Diese Systeme müssen bestimmten Anforderungen genügen.

Die Fallmeldung erfolgt anonym, die Berichte werden auf die Ereignisursachen analysiert und auf dieser Grundlage sollen Strategien entwickelt werden, die dazu beitragen, die Sicherheitskultur weiter zu entwickeln und eigene Fehler- und Gefahrenquellen zu beseitigen.

Das Netzwerk CIRS Berlin veröffentlicht monatlich den sog. „Fall des Monats“, welcher aus allen eingestellten Fällen ausgewählt, als besonders lehrreich angese-

hen wird, mehrfach aufgetreten ist oder gute Lösungen kritischer Situationen aufzeigt.

Als Beispielmeldung sei hier die Fehlermeldung „ 212/2024, fehlende Übernahme der Medikationsanordnung“ angeführt. Als Fallschilderung findet sich:“ Neurologie, Übernahme des Patienten aus Chirurgie nach Wundrevision bei Wundheilungsstörungen, empfohlenes Antibiotikum wurde bei Übernahme auf die nächste Station nicht verordnet, das Fehlen der Medikationsanordnung wurde erst später bemerkt, blieb folgenlos für den Patienten; Empfehlungen des Anwender-Forums zur Vermeidung solcher Vorkommnisse“.

In der Zeit von 2009 bis 2024 wurden über dieses Meldesystem 178 Fälle des Monats veröffentlicht. Lediglich 2 dieser Fälle führten zu einer leichten passageren Schädigung der betroffenen Patienten, die keinerlei zusätzliche Kosten im Rahmen des Krankenhausaufenthaltes zu Lasten der GKV verursachten (Netzwerk CIRS-Berlin, Fälle des Monats, 2024).

4. 1. 4 VDEK-CIRS

Der Verband der Ersatzkassen e.V. (vdek) ist ein Dienstleistungsunternehmen und die Interessenvertretung aller 6 Ersatzkassen in Deutschland (TK, Barmer, DAK-Gesundheit, KKH Kaufmännische Krankenkasse, HEK Hanseatische Krankenkasse, hkk Handelskasse). Zusammen versichern die Ersatzkassen >28 Millionen Menschen in Deutschland.

Er vertritt auf Bundes- und Landesebene die Interessen seiner Mitgliedskassen (vdek 2021).

Bislang wurde das Wissen und die Erfahrung von Versicherten und ihren Angehörigen kaum genutzt, weshalb der vdek mit „mehr-patientensicherheit.de“ ein wichtiges Pilotprojekt an den Start bringt, das sich als erstes CIRS in Deutschland direkt an Versicherte und Angehörige für alle Versorgungsbereiche (ambulant, stationär) richtet.

Der vdek geht bei seinem Pilotprojekt von der Annahme aus, daß das Lernpotential für andere um so höher ist, je umfassender kritische Ereignisse dort strukturiert erfaßt werden. Hierdurch können geeignete Präventionsmaßnahmen abgeleitet und umgesetzt werden mit dem Ziel der Prozeßverbesserung und der Erhöhung von Patientensicherheit. Die Stimme der Versicherten und ihrer Angehörigen in der Versorgung soll gestärkt werden.

Seit dem 15.02.2024 besteht nun beim Verband der Ersatzkassen e.V. (vdek) das neue Internetportal „Mehr Patientensicherheit“.

Hierbei handelt es sich um ein Critical Incident Reporting System (CIRS) für Berichte von Versicherten über kritische und erstmals auch positive Ereignisse in der medizinischen Versorgung.

Die Versicherten der Ersatz- und auch anderer Kassenarten können hier über ihre diesbezüglichen Erfahrungen in anonymer und strukturierter Form berichten. Die Angaben dienen dazu, aus der Erfahrung der Versicherten und ihrer Angehörigen zu lernen und dadurch einen Beitrag zur Verbesserung der Patientensicherheit zu leisten.

Das Pilotprojekt ist zunächst auf 2 Jahre angelegt.

Den Versicherten wird erstmalig in der Geschichte der Meldesysteme/CIRS eine Stimme gegeben, um sich in die Verbesserung der Patientensicherheit aktiv einzubringen.

Völlig neu ist hier nun für Versicherte und ihre Angehörigen die Möglichkeit geschaffen worden, ihre eigenen Erfahrungen aus allen medizinischen und pflegerischen Versorgungsbereichen strukturiert einzubringen.

Die Berichte der Versicherten werden von Experten der Deutschen Gesellschaft für Patientensicherheit aus Medizin, Pflege, Pharmazie, Patientensicherheit und Risikomanagement sorgfältig analysiert und in anonymisierter Form veröffentlicht. Es werden Handlungsempfehlungen und Maßnahmen zur Erhöhung der Patientensicherheit abgeleitet und als sog. „Tipp des Monats“ oder auch „Fall des

Monats“ veröffentlicht. Ziel ist es, zukünftig Einrichtungen des Gesundheitswesens wie den Gemeinsamen Bundesausschuß, die Bundesärztekammer, Hersteller von Medizinprodukten und Pharmazeuten über die Ergebnisse zu informieren.

Durch die systematische Einbeziehung der Versicherten sollen wertvolle Impulse zur Verbesserung der Patientenversorgung gesetzt werden. Hieraus werden Maßnahmen zur Erhöhung der Patientensicherheit abgeleitet, was große Chancen für die Prävention vermeidbarer Schäden bietet (Mehr Patientensicherheit, 2024).

Patienten und ihre Angehörigen können über das zugehörige Meldeportal sowohl Fälle berichten als auch lesen. Als sog. Fokusfälle werden einzelne Fallbeispiele veröffentlicht, die den Leser sowohl zum Nachdenken anregen sollen, als auch über ein grosses Lernpotential verfügen. Neben der Fallbeschreibung finden interessierte Leser sowohl eine Analyse und auch Kommentare von Experten, als auch die Anregung, was sie selbst als Patienten in solchen oder ähnlichen Situation aktiv tun können.

Nachfolgende Meldedetails (hier in verkürzter Form), teilweise über Freitextfelder, werden mit der Meldung eines Falles erfragt und später ausgewertet:

“Patient? Angehöriger? Art der Gesundheitseinrichtung? Überschrift des Berichtes? Was ist aus Ihrer Sicht besonders gut/schlecht gelaufen? Was könnte aus Ihrer Sicht verbessert werden? Haben Sie weitere Informationen, Gedanken/Anmerkungen zu Ihrem Fall? Berichtskategorien zum Ankreuzen, persönliche Angaben, Angaben zur Krankenversicherung, Fragen zur Aufklärung der Patienten, weitere Angaben zum Fall und zur persönlichen Einschätzung der Schwere des durch den gemeldeten Vorfall entstandenen Schadens, Hinweis auf die Unterstützung bei einem Versacht auf einen Behandlungsfehler durch die Krankenkassen nach § 66 SGB V, Risikoeinschätzung für wiederholte oder ähnliche Eingriffe, u.a.“

4. 2 Behandlungsfehlerfallzahlen

4. 2. 1 Medizinischer Dienst Bund

Der Medizinische Dienst Bund ist eine Körperschaft des öffentlichen Rechts. Seine Träger sind die 15 Medizinischen Dienste in den Ländern. Er veröffentlicht auf seiner Internetseite Jahresstatistiken für die Behandlungsfehlerbegutachtung der Gemeinschaft aller Medizinischen Dienste, die im Auftrag aller gesetzlichen Krankenkassen mit der Begutachtung nach § 66 SGB V auf das Vorliegen von Behandlungsfehlern beauftragt wurden (Medizinischer Dienst Bund, 2024).

Für den Zeitraum von 2015 - 2023 finden sich in absteigender Reihenfolge die nachfolgenden Zahlen für Behandlungsfehlerbegutachtungen und ihre Ergebnisse:

2023 - 12400 Fälle: Kein Behandlungsfehler: 71,1%; Behandlungsfehler mit Schaden: 25,4%; gelistete Never Events: 151 Fälle

2022 - 13050 Fälle: Kein Behandlungsfehler: 71,8%; Behandlungsfehler mit Schaden: 24,7%; gelistete Never Events: 165 Fälle

2021 - 13050 Fälle: Kein Behandlungsfehler: 71,9%, Behandlungsfehler mit Schaden: 24,7%; gelistete Never Events: 130 Fälle

2020 - 14000 Fälle: Kein Behandlungsfehler: 70,8%; Behandlungsfehler mit Schaden: 25,3%; gelistete Never Events: 120 Fälle

2019 - 14500 Fälle: Kein Behandlungsfehler: 74,7%; Behandlungsfehler mit Schaden: 25,3%; gelistete Never Events: 128 Fälle

2018 - 14100 Fälle: Kein Behandlungsfehler: 75,3%; Behandlungsfehler mit Schaden: 24,7%; gelistete Never Events: 141 Fälle

2017 - 13500 Fälle: Kein Behandlungsfehler: 75,3%; Behandlungsfehler mit Schaden: 24,7%; gelistete Never Events: 120 Fälle

2016 - 15100 Fälle: kein Behandlungsfehler: 76,4%; Behandlungsfehler mit Schaden: 23,6%; gelistete Never Events: 207 Fälle

2015 - 14800 Fälle: Kein Behandlungsfehler: 72,7%; Behandlungsfehler mit Schaden: 27,3%; gelistete Never Events: 225 Fälle.

Auswertung:

Die Behandlungsfehlerfälle bewegen sich innerhalb der aufgeführten 9 Jahre zwischen minimal 12400 Fällen (2023) und maximal 15100 Fällen (2016) stabil auf relativ gleich hohem Niveau.

Die Prozentzahl der Fälle, die keinen Behandlungsfehler ergeben, liegt in den 9 Jahren bei durchschnittlich 73%.

Die festgestellten Behandlungsfehler mit Schaden liegen für den angegebenen Zeitraum bei durchschnittlich 25% ohne große Abweichungen nach oben oder unten. Die Anzahl der jährlich aus den Behandlungsfehlerfällen gemeldeten Never events lag 2015 bei 225 Fällen, 2016 bei 207 Fällen und bewegt sich in den nachfolgenden Jahren bis 2023 zwischen 120 und 165 Fällen, bleibt also nahezu konstant.

4. 2. 2 Gutachter- und Schlichtungsstellen bei den Ärztekammern

Die Gutachter- und Schlichtungsstellen bei den Ärztekammern veröffentlichen jährlich die Anzahl der eingegangenen Anträge zur Begutachtung auf einen Behandlungsfehler, aus denen anonymisierte Daten einheitlich erfasst und in einer bundesweiten statistischen Erhebung zusammengeführt werden. Die teilnehmenden Landesärztekammern finanzieren dies. Die jährlich veröffentlichte Bundesstatistik informiert hierbei über die wesentlichen quantitativen (Antrags- und Erledigungszahlen, Zahl der festgestellten Behandlungsfehler) sowie qualitativen Aspekte (Art, Häufigkeit, Anzahl der Behandlungsfehler in jeweiligen medizinischen Fachgebieten und Behandlungseinrichtungen). Anhand dieser jährlichen Statistiken sollen Fehlerhäufigkeiten erkannt und ihre Ursachen ausgewertet werden mit dem Ziel, diese für Fortbildungen und Qualitätssicherung zu nutzen.

Aufgelistet finden sich u.a. die häufigsten Vorwurfs-Kategorien (z.B. "Therapie operativ, Durchführung, Diagnostik, Bildgebende Verfahren, Aufklärung/Risiko

u.w.). Gleichfalls die häufigsten Einzeldiagnosen/ICD10 und jeweils die Fallzahl aus Krankenhaus und niedergelassenem Bereich (Praxis, MVZ) (Gutachterkommission 2022).

Für den Zeitraum von 2015 - 2023 finden sich in absteigender Reihenfolge die nachfolgenden Zahlen für Behandlungsfehlerbegutachtungen:

2023 - Gesamtzahl der Vorwürfe: 12488; bestätigte Behandlungsfehler: 2078

2022 - Gesamtzahl der Vorwürfe: 7289; bestätigte Behandlungsfehler: 1093

2021 - Gesamtzahl der Vorwürfe: 8449; bestätigte Behandlungsfehler: 1440

2020 - Gesamtzahl der Vorwürfe: 9483; bestätigte Behandlungsfehler: 2146

2019 - Gesamtzahl der Vorwürfe: 6412; bestätigte Behandlungsfehler: 1871

2018 - Gesamtzahl der Vorwürfe: 10839; bestätigte Behandlungsfehler: 1817

2017 - Gesamtzahl der Vorwürfe: 11100; bestätigte Behandlungsfehler: 2157

2016 - Gesamtzahl der Vorwürfe: 11559; bestätigte Behandlungsfehler: 2198

2015 - Gesamtzahl der Vorwürfe: 11822; bestätigte Behandlungsfehler: 2078

Auswertung:

Die Anzahl der Gesamtvorwürfe bewegt sich in der Zeit von 2015 mit 11822 Vorwürfen bis 2023 mit 12488 Vorwürfen auf einem annähernd gleich hohen Niveau. 2019 bis 2022 schwankte die Zahl, vermutlich bedingt durch die Corona-Pandemie, zwischen 6412 und 7289 Fällen. Die bestätigte Anzahl an Behandlungsfehlern lag für den gesamten Zeitraum von 9 Jahren durchschnittlich bei ca. 2000 Fällen.

Never events wurden nicht gesondert ausgewiesen und gelistet.

4. 2. 3 Krankenkasse X

Nachfolgend sind die Anzahl der Unterstützungsfälle aus dem Bereich der Behandlungsfehler für den Zeitraum 2015 bis 2023 in absteigender Reihenfolge angeführt (TK 2024):

2023 Anzahl der Unterstützungsfälle nach §66 SGB V: 6509

2022 Anzahl der Unterstützungsfälle nach § 66 SGB V: 5979

2021 Anzahl der Unterstützungsfälle nach § 66 SGB V: 5981

2020 Anzahl der Unterstützungsfälle nach § 66 SGB V: 6017

2019 Anzahl der Unterstützungsfälle nach § 66 SGB V: 6254

2018 Anzahl der Unterstützungsfälle nach § 66 SGB V: 6025

2017 Anzahl der Unterstützungsfälle nach § 66 SGB V: 5669

2016 Anzahl der Unterstützungsfälle nach § 66 SGB V: 4588

2015 Anzahl der Unterstützungsfälle nach § 66 SGB V: 3445

Durchschnittlich erhärtete sich bei jedem dritten Fall der Verdacht auf einen Behandlungsfehler und es wurde nach § 66 SGB V ein Gutachten auf einen Behandlungsfehler beim Medizinischen Dienst in Auftrag gegeben.

Auswertung:

Die Krankenkasse X verzeichnete in der Zeit von 2015 mit 3445 Untersuchungsfällen aus dem Bereich Behandlungsfehler einen starken Anstieg mit Verdopplungstendenz bis 2023, wo 6509 Unterstützungsfälle registriert wurden.

5 Kosten einzelner Behandlungsfehler anhand von Beispielen aus der Krankenkasse X :

5. 1 Krankenkasse X

Die Krankenkasse X soll ein Beispiel für eine gesetzliche Ersatzkrankenkasse, sein und wird in dieser Arbeit stellvertretend für die GKV angeführt.

Sie hat aktuell 11,8 Mio Versicherte, hiervon zahlen 9,2 Mio Mitgliedsbeiträge, 2,6 Mio sind beitragsfrei versicherte Angehörige.

2025 verfügt sie über einen Etat von 62,5 Milliarden Euro. Hiervon entfallen 48,1 Milliarden Euro auf die Krankenversicherung, 11,7 Milliarden Euro auf die Pflegeversicherung, 2,7 Milliarden Euro auf das Arbeitgeberaufwendungsausgleichsgesetz.

2023 wurden geschätzte 550 Fälle nach sozialmedizinischer Begutachtung durch den medizinischen Dienst oder private Begutachtung als Behandlungsfehler bestätigt. Die eingenommen Summe (Schadenssumme) lag bei diesseits geschätzten 14,5 Mio Euro für das Jahr 2023.

Die eingenommene Schadenssumme bezieht sich jedoch auf Behandlungsfehlerfälle, die mitunter viele Jahre bis zur Schadensregulierung andauern und resultiert somit nicht allein aus den 550 Fällen des Jahres 2023. Gleichfalls ist von einer bis dato kaum zu schätzenden und extrem hohen Dunkelziffer bei den Behandlungsfehlerfällen auszugehen.

Die Krankenkasse X unterstützt ihre Versicherten gemäß des gesetzlichen Auftrags nach §66 SGB V bei der Aufklärung von Behandlungsfehlern und stellt zudem selbst Regressforderung beim Vorliegen von Behandlungsfehlern gemäß §116 SGB X, welcher auf die Entlastung der Solidargemeinschaft gerichtet ist, soweit die Gewährung einer Sozialleistung durch schädigendes Handeln Dritter notwendig geworden ist (Wallhalla, 2017).

Die nachfolgenden Behandlungsfehler stellen anonymisierte, echte Behandlungsfehlerfälle dar, die Versicherte der Krankenkasse X betreffen.

Die jeweilige Schädigung trat zu unterschiedlichen Zeitpunkten auf. Von der Kenntnis der Krankenkasse X des eingetretenen Schadens bis zur Schadensregulierung vergingen teils sehr viele Jahre. Es wurden explizit jeweils 6 Sentinel-Events und 6 Never-Events ausgewählt und dargestellt, die 2024 reguliert werden konnten.

Gleichfalls wurden bei der Erhebung durch die Krankenkasse X nachfolgende Meldedetails erhoben:

Art des Behandlungsfehlers, Fachrichtung, Schädigungsjahr, Geschlecht, Familienstand, Alter, Beruf

Was ist passiert? Mit welchen Folgen (inklusive Pflegegrad, Grad der Behinderung/GdB)?

Anzahl der Gutachten und ihre Kosten, die zur Regulierung des Schadens notwendig waren.

Kosten der Krankenversicherung, Kosten der Pflegeversicherung, Art des Fallabschlusses

Höhe der Fallsumme/des Gesamtschadens, ggf. voraussichtliche Lebenserwartung

Kalkulierter Zukunftsschaden, Dauer von Kenntnis des Behandlungsfehlers bis zum Fallabschluß (Regressierung).

5.2 Kostenermittlung

5.2.1 Kostenzusammensetzung

Die Kosten, die im Rahmen der Leistungen der Krankenversicherung (KV) anfallen, setzten sich in den nachfolgend beschriebenen Behandlungsfehlerfällen zu-

sammen aus: Kosten der ambulanten und stationären Behandlung, Arznei- und Heilmittel, Krankengeld, Physio-und Ergotherapie, Transportkosten u.a.)

Die Kosten, die im Rahmen der Leistungen der Pflegeversicherung (PV) anfallen, setzten sich in den beschriebenen Behandlungsfehlerfällen zusammen aus: Pflegegeld, Pflegesachleistungen, Kombinationsleistungen, Leistungen für die stationäre Pflege, Entlastungsbeitrag Pflegehilfsmittel, Verhinderungspflege, Kurzzeitpflege, Tages-und Nachtpflege, Umbaumaßnahmen für Barrierefreiheit u.s. (Die Techniker, 2024).

In den ausgewählten Fällen sind die Kosten im Rahmen der Kranken-und Pflegeversicherung bis zum Zeitpunkt des Eintritts in die Schadensregulierung bekannt. Anhand von Schätzungen/Vorversterbensrisiken/Sterbetabellen etc. und aus Erfahrungen mit ähnlichen oder gleichwertig gelagerten Fällen wurde eine voraussichtliche Lebenserwartung des Versicherten ermittelt, die er mit den erlittenen Schäden hoch wahrscheinlich erreichen wird. Gemeinsam mit weiteren Faktoren wurde der zukünftige Schaden bis zum jeweils erwarteten Lebensende über ein sog. Kapitalisierungsverfahren hochgerechnet. Die Kosten für Gutachten sind in der Gesamtschadenssumme enthalten.

5 .2. 2 Kapitalisierungsverfahren

Das Kapitalisierungsverfahren stellt ein Verfahren dar, bei dem zukünftige Schadensersatzansprüche in eine einmalige Abfindungssumme umgewandelt werden.

Bei der Kapitalisierung werden folgende Aspekte berücksichtigt:

1. Ansprüche/Schadenssummen (KV+PV) aus der Vergangenheit werden einfach addiert.

2. Zukünftige, sich aus dem Behandlungsfehler ergebende Kosten werden unter Berücksichtigung von Zinsen und der erwarteten Laufzeit in einen entsprechenden Barwert umgerechnet.

Der Kapitalisierungszinssatz spielt eine entscheidende Rolle bei solchen Berechnungen. Aktuelle Tabellenwerte, die für diese Berechnungen herangezogen werden, berücksichtigen Zinssätze von -1% bis 4 %.

Vor- und Nachteile dieses Verfahrens:

Der Vorteil für den Haftpflichtversicherer liegt in der endgültigen Erledigung des Haftungsfalles und einer klaren Bilanzierung. Der Nachteil für den Haftpflichtversicherer liegt in einer möglichen höheren Einmalzahlung als im Vergleich zu kontinuierlicher Abrechnung bis an das Lebensende.

Für die Krankenkasse X liegt der Vorteil im Erhalt einer hohen Kapitalsumme statt regelmäßiger Zahlung. Der Nachteil dieses Verfahrens liegt für die Krankenkasse X im Risiko einer finanziellen Unterdeckung bei Einigung unterhalb der ermittelten Kosten für den Schaden oder einem längerem Überleben des Versicherten als zuvor angenommen und in dem Verfahren berücksichtigt.

Für präzise Berechnungen verfügt die Krankenkasse X über spezialisierte Software-Tools und aktuelle Tabellen, die ihr eine exakte Kapitalisierung unter Berücksichtigung aller relevanten Faktoren ermöglicht. Die ermittelten Kosten im Rahmen der Kranken- und Pflegeversicherung sowie die hochgerechneten Zukunftsschäden wurden für die nachfolgenden Fälle aus Gründen der Übersichtlichkeit aufgerundet.

5. 3 Behandlungsfehlerbeispiele

5. 3. 1 Never-Events

Behandlungsfehler, voll beherrschbares Risiko, Chirurgie, 2023, weiblich, seinerzeit 42 Jahre alt, Hausfrau, familienversichert

Schädigendes Ereignis: Laparoskopische Cholezystektomie wegen Gallensteinen.

Folgen: Im Verlauf rezidivierende unklare Oberbauchschmerzen, CT-Thorax/Ab-

domen veranlaßt: Fremdkörper im Op-Situs, am ehesten Teil einer laparoskopischen Operationsschere

Krankenversicherungskosten: 5.000€ Gesamtkosten für CT und Re-Laparoskopie mit Bergen des Fremdkörpers 2024 mit 3-tägigem stationären Aufenthalt

Kein Gutachten, Schaden direkt mit der Haftpflichtversicherung des Schädigers 2024 reguliert (Dauer 9 Monate).

Behandlungsfehler, voll beherrschbares Risiko, Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie, 2024, weiblich, 16 Jahre, Schülerin

Schädigendes Ereignis: Extraktion von 4 Weißheitszähnen in Lokalanästhesie, ambulant in Praxis, Desinfektionsstreifen (Fremdkörper) in Wundhöhle zurück gelassen

Folgen: Infektion mit Ausbreitung auf benachbarte Zähne, Notwendigkeit der intensivierten Wundbehandlung

Krankenversicherungskosten: 300€

Kein Gutachten, direkt 2024 mit der Haftpflichtversicherung der MKG-Praxis abgerechnet (Dauer wenige Wochen)

Behandlungsfehler, voll beherrschbares Risiko, Zahnmedizin, 2024, männlich, 57 Jahre alt, Installateur

Schädigendes Ereignis: Extraktion eines falschen, gesunden Zahns (2.Schneidezahn oben re statt 1.Schneidezahn oben re)

Krankenversicherungskosten: Stiftzahn oben re, abzüglich Festzuschuß

Versicherter wünscht individuell angepaßten Stiftaufbau, Zuschuß der GKV mit Bonus (Bonusheft) 154,46€

Regress für die Krankenkasse X: 154, 46 €

Kein Gutachten, Haftpflichtversicherung des Zahnarztes hat Schaden direkt anerkannt und reguliert (Dauer wenige Tage).

Behandlungsfehler, voll beherrschbares Risiko, Zahnmedizin 2024, männlich, 74 Jahre, Rentner

Schädigendes Ereignis: Ambulante Zahnbehandlung, Vorbehandlung für Implantatversorgung, dabei Abdruckmaterial aus Hand des Zahnarztes gerutscht, in den Rachen des Patienten gelangt, welcher das Material sofort reflektorisch abgeschluckt hat.

Folgen: Röntgen-Kontrollen der Magen-Darm-Passage, Fremdkörper blieb im Dickdarm stecken, konnte über eine Darmspiegelung entfernt werden.

Krankenversicherungskosten: 300€ für ambulanten Eingriff

Kein Gutachten, 2024 direkt mit der Haftpflichtversicherung des Zahnarztes reguliert (Dauer wenige Tage).

Behandlungsfehler, voll beherrschbares Risiko, Orthopädie, 2023, männlich, 73 Jahre alt, Rentner

Schädigendes Ereignis: Knie-TEP li, hierbei metallener Fremdkörper im Operationsgebiet zurück gelassen

Folgen: Massive Schmerzsymptomatik im weiteren Verlauf, bei Röntgen-Kontrolle V.a. Fremdkörper, es erfolgte ein komplikationsloser Revisionseingriff im gleichen Klinikaufenthalt

Krankenversicherungskosten ohne Behandlungsfehler: 12.000€

Krankenversicherungskosten mit Behandlungsfehler für Röntgen-Kontrollen, CT-Untersuchungen, Revision nach 3 Tagen und verlängertem stationären Aufenthalt insgesamt 13.500€

Zusätzliche Krankenversicherungskosten durch Behandlungsfehler demnach 1500€, die anderen Kosten stellen reine Sowiesokosten im Rahmen des zuvor indizierten stationären Aufenthaltes für eine Knie-TEP

Kein Gutachten, Regulierung direkt mit dem Haftpflichtversicherer der Klinik 2024 (Dauer 3 Monate)

Behandlungsfehler, voll beherrschbares Risiko, Geburtshilfe, 2023, weiblich, 30 Jahre alt, Lehrerin

Schädigendes Ereignis: Primäre Sectio bei Beckenendlage des Kindes

Folgen: Starke therapieresistente Unterbauchschmerzen im weiteren Verlauf, nach 3 Monaten erneuter Klinikaufenthalt wegen unklarem Abdomen, Infektion unklarer Genese - diagnostische/operative Laparoskopie, Bergen eines zurück gelassenen Bauchtuches, Lösung von Verwachsungen, stationäre Nachsorge und Behandlung

Krankenversicherungskosten für primäre Sectio inklusive 4 Tage stationärer Aufenthalt: 2500€

Krankenversicherungskosten für den notwendigen Zweiteingriff aufgrund des Behandlungsfehlers: 6200€

Kein Gutachten, Regulierung 2024 direkt mit der Haftpflichtversicherung der Geburtsklinik innerhalb von 4 Wochen.

Bewertung:

In einem Arzthaftungsprozeß müssen Patienten zum einen das Vorliegen eines ärztlichen Behandlungsfehlers durch positives Handeln oder Unterlassen, zum anderen auch den jeweiligen Kausalzusammenhang zwischen Behandlungsfehler und eingetretenem Gesundheitsschaden beweisen. Ausnahmsweise hat die Behandlerseite die für vertragliche Ansprüche geltende Vermutung zu widerlegen, wenn der Primärschaden aus einem Bereich stammt, dessen Gefahren voll beherrscht werden können und müssen - also ärztlicherseits voll ausgeschlossen werden können und müssen. Dies ist dann der Fall, wenn die Ursache der Schädigung nicht im menschlichen Organismus bzw. in der zugrunde liegenden Erkrankung liegt (z.B. versehentlich belassene Fremdkörper bei Operationen, Seiten- oder Patientenverwechslung, Verstöße gegen Hygienevorschriften u.a.m.) (Schmuck, 2022). Die hier beispielhaft angeführten Never-Events verdeutlichen allesamt das voll beherrschbare Risiko. Gleichzeitig zeigen sie auf, daß in den vorliegenden Fällen von geringen Schäden des Patienten ohne dauerhaften Zukunftsschaden zu sprechen ist, schwerwiegende Schädigungen mit großen Schadenssummen im Rahmen von Never-Events tatsächlich eher selten aufkommen. Die hier ermittelten Schadenssummen sind für den Bereich der Arzthaftung und Regressierung ausgesprochen gering. Gutachten sind bei solch eindeutigen und geringwertigen Fällen aus dem Bereich des vollbeherrschbaren Risikos eher die Ausnahme. Der zuständige Haftpflichtversicherer reguliert den Schaden zumeist sehr schnell und vollständig.

5. 3. 2 Sentinel-Events

Behandlungsfehler, mehrfach grob, Anästhesie, 2014 (48 Jahre alt zum Zeitpunkt der Schädigung), männlich, aktuell 56 Jahre alt, verheiratet, Frau und 2 minderjährige Kinder familienversichert, Beruf Lehrer, berufsunfähig berentet seit 2014.

Schädigendes Ereignis: Narkosefehler bei ambulanter Schulter-Operation

Folgen: Anoxischer Hirnschaden, Tetraplegie, apallisches Syndrom, PEG-Anlage

Pflegegrad 5 seit Schädigung, GdB 100%, Heimunterbringung

Anzahl der Gutachten: 1 Gutachten über den Medizinischen Dienst (Kosten werden über Umlageverfahren durch die Krankenkassenmitglieder der Krankenkasse X über deren Mitgliedsbeiträge finanziert), 2 Privatgutachten (5.500€ und 4.000€, finanziert durch Mitgliedsbeiträge), 2 Gerichtsgutachten (finanziert durch Haftpflichtversicherung der Beklagten).

Klärung mit gegnerischer Haftpflichtversicherung nach Vergleich im Patientenverfahren 2022 (Dauer somit 8 Jahre).

Krankenversicherungskosten: 215.000€ bis 12/2024

Pflegeversicherungskosten: 300.000€ bis 12/2024

Kosten werden fortlaufend abgerechnet, erwartete zukünftige Lebensdauer ab 2024 >15 Jahre.

Behandlungsfehler, grob, Geburtshilfe, 2012, männlich, aktuell 12 Jahre alt.

Schädigendes Ereignis: Schwere Asphyxie unter der Geburt aufgrund zu spät durchgeführter Notsection

Folgen: Hypoxischer Hirnschaden, Cerebralparese, Spastiken, PEG-Anlage, diverse Hilfsmittel (Orthesen, Pflegebett, Rollstuhl, Badewannenlift u.a.)

Pflegegrad 5 seit Schädigung, GdB 100%

Anzahl der Gutachten: 2 Gutachten über den Medizinischen Dienst (Kosten werden über Umlageverfahren durch die Krankenkassenmitglieder der Krankenkasse X finanziert), 2 Privatgutachten (4.500€ und 3.000€, durch Mitgliedsbeiträge der Versicherten der Krankenkasse X finanziert), 5 Gerichtsgutachten (teilfinanziert durch Mitgliedsbeiträge der Versicherten der Krankenkasse X).

Krankenversicherungskosten: 275.000€ bis 12/2024

Pflegeversicherungskosten: 170.000€ bis 12/2024

Voraussichtliche Lebenserwartung: ca.65 Jahre

Kalkulierter Zukunftsschaden für die Krankenversicherung: 1.000.000€

Kalkulierter Zukunftsschaden für die Pflegeversicherung: 300.000€

Auf gerichtliches Anraten Zukunftsvergleich 12/2024 geschlossen über 1,3 Mio €
(Dauer 12 Jahre)

Verlust durch Vergleich: 445.000€ zu Lasten der Mitglieder der Krankenkasse X

Behandlungsfehler, mehrfach grob, Geburtshilfe, 2012, weiblich, aktuell 12 Jahre alt.

Schädigendes Ereignis: Einleitung der Geburt mit Cytotec im Off Label Use, nicht aufgeklärt, verspätete Notsectio bei pathologischem CTG und Uterusruptur

Folgen: Hypoxischer Hirnschaden, spastische Tetraparese, vollständig inkontinent, PEG-Anlage, Tracheostoma, diverse Hilfsmittel, rezidivierende Klinikaufenthalte, häusliche Intensivkrankenpflege

Pflegegrad 5 seit Schädigung, GDB 100%

Anzahl der Gutachten: 1 Gutachten über die Schlichtungskommission der Ärztekammer (finanziert durch Haftpflichtversicherung des Schädigers), 1 Gutachten über den Medizinischen Dienst (finanziert über Umlageverfahren der Mitgliedsbeiträge der Versicherten der Krankenkasse X), Gerichtsgutachten (anteilig durch Mitgliedsbeiträge der Versicherten der Krankenkasse X mit 9.000€ finanziert).

Krankenversicherungskosten: 930.000€ bis 12/2024

Pflegeversicherungskosten: 280.000€ bis 12/2024

Vorraussichtliche Lebenserwartung: ca. 50 Jahre

Kalkulierte Krankenversicherungskosten bis zum 50.LJ: 4,4 Mio €

Kalkulierte Pflegeversicherungskosten bis zum 50.LJ: 550.000€

Auf gerichtliches Anraten 12/2024 Zukunftsvergleich geschlossen über 3,5 Mio €
(Dauer 12 Jahre)

Kalkulierte Gesamtschadenssumme bis zum 50.LJ 4,95 Mio €, Verlust durch Vergleich 1,45 Mio € zu Lasten der Mitglieder der Krankenkasse X

Behandlungsfehler, grob, ambulante Behandlung in Zahnarztpraxis 2017, weiblich, 56 Jahre alt zum Zeitpunkt der Schädigung, familienversichert, Hausfrau

Schädigendes Ereignis: Ambulante Zahnextraktion in Praxis mit aufgetretener Wundinfektion

Folgen: Nicht fachgerecht behandelt, schwere Sepsis entwickelt mit Organversagen, Reanimation bei Herzstillstand, Tracheotomie, langer intensivmedizinischer Klinikaufenthalt

Pflegegrad 3 seit Schädigung, GdB 80%, 2020 verstorben (Tod nicht kausal zum Behandlungsfehler)

Anzahl der Gutachten: 1 Gutachten durch den Medizinischen Dienst (finanziert über Umlageverfahren durch Mitgliedsbeiträge der Versicherten der Krankenkasse X), 1 Privatgutachten (3.700€, finanziert über Mitgliedsbeiträge der Versicherten der Krankenkasse X), 2 Gerichtsgutachten (anteilig über Mitgliedsbeiträge der Versicherten der Krankenkasse X mit 4.000€ finanziert).

Krankenversicherungskosten: 400.000€ bis 10/2000

Pflegeversicherungskosten: 130.000€ bis 10/2000

Vergleich 2024 auf Anraten des Gerichtes über 325.000€ geschlossen. Verlust durch Vergleich 88.000€ zu Lasten der Mitglieder der Krankenkasse X (Dauer 5 Jahre).

Behandlungsfehler, mehrfach grob, Anästhesie, 2013 (seinerzeit 27 Jahre alt), männlich, Student

Schädigendes Ereignis: Im Rahmen einer ambulanten Weißheitszahnoperation unsachgemäße Überwachung des Versicherten unter Vollnarkose, keine Überwachung des Versicherten nach Ende des Eingriffes, kein Hinzuziehen eines Notarztes trotz eindeutiger Anzeichen eines erlittenen Sauerstoffmangels während des Eingriffes

Folgen: Hypoxischer Hirnschaden, Kommunikation nur über Augenkontakt und Kopfnicken möglich, Tetraspastik, PEG, komplett inkontinent, diverse Hilfsmittel, Pflegeheimunterbringung, rezidivierende Klinikaufenthalte

Pflegegrad 5 seit Schädigung, GdB 100%

Anzahl der Gutachten: 1 Privatgutachten (5.000€, finanziert über die Mitgliedsbeiträge der Versicherten der Krankenkasse X), staatsanwaltliche Ermittlungen und Strafverfahren, zivilrechtliche Klage der Angehörigen

Krankenversicherungskosten: 660.000€ bis 12/2024

Pflegeversicherungskosten: 300.000€ bis 12/2024

Direkte Regulierung mit der Haftpflichtversicherung des Schädigers bei eindeutigen Sachverhalt, regelmäßige Abrechnungen seit 2022 (Dauer 9 Jahre)

Erwartetes Lebensalter: 60 Jahre, heute 38 Jahre alt

Kalkulation bis 60.Lebensjahr: Krankenversicherungskosten 960.000€, Pflegeversicherungskosten 480.000€, Gesamtschaden bis zum 60.LJ: 2,4 Mio €

Behandlungsfehler, grob, Geburtshilfe 2018, weiblich, aktuell 6 Jahre alt

Schädigendes Ereignis: Verspätete Notsectio bei pathologischem CTG

Folgen: Schwerer hypoxischer Hirnschaden, Epilepsie, Tetraspastik, PEG, diverse Hilfsmittel

Pflegegrad 5 seit Schädigung, GdB 100%

Anzahl der Gutachten: 2 Privatgutachten (14.000€, finanziert durch

Beiträge der Mitglieder der Krankenkasse X)

Krankenversicherungskosten: 193.000€ bis 12/2024

Pflegeversicherungskosten: 130.000€ bis 12/2024

Direkte Abrechnung mit der Haftpflichtversicherung des Schädigers seit 02/2024, kein Zukunftsvergleich geschlossen (Dauer 6 Jahre)

Erwartetes Lebensalter: 60 Jahre

Kalkulation bis 60.LJ : Krankenversicherungskosten 1.000.000€, Pflegeversicherungskosten 500.000€, Gesamtschaden bis 60.LJ: 1,8 Mio €

Bewertung:

Bei den angeführten Sentinel-Events handelt es sich um grobe bis mehrfach grobe Behandlungsfehler, also um Verstöße gegen bewährte ärztliche Behandlungsregeln oder elementare medizinische Standards, um Fehler, die aus objektiver Sicht nicht mehr verständlich sind, weil sie einem Arzt schlechterdings nicht unterlaufen dürfen (Schmuck, 2022). Sie verdeutlichen allesamt die schweren bis schwersten Schädigungen mit Folge- und Dauerschäden, immensen Kosten, u.U. bis in Millionenhöhe. Bis zur Klärung und Regulierung sind oft viele Gutachten von Nöten, vergehen etliche Jahre. Im Fall eines Vergleichs wird der eigentliche Schaden nicht in voller Höhe abgegolten. Sie sind im Vergleich zu Never-Events nicht

selten und dürften den allergrößten Anteil der Kosten von Behandlungsfehler und ihren Folgen ausmachen.

6 Diskussion

Das Ziel der vorgelegten Arbeit besteht darin, die gesundheitsökonomische Relevanz der Patientensicherheit für die GKV darzustellen.

Ein Indiz für eine gute und ausreichende Patientensicherheit ist vor allem ein Rückgang der Behandlungsfehlerfallzahlen und ein Rückgang der Kosten, die diese Fehler verursachen und von der Solidargemeinschaft der Versicherten der GKV zu tragen sind.

Das Patientenrechtegesetz aus dem Jahr 2013 verpflichtet Krankenkassen, Versicherte bei Behandlungsfehlern zu unterstützen. Während die Daten zu Behandlungsfehlervorwürfen nicht repräsentativ für den Stand der Patientensicherheit im Gesundheitssystem sind, kann eine Analyse der Behandlungsfehlervorwürfe wichtige Impulse für eine Weiterentwicklung der Patientensicherheit bieten. Der ‚Globale Aktionsplan für Patientensicherheit 2021-2030‘ der World Health Organization (WHO) ordnet die Analyse von Behandlungsfehlern einem Leitprinzip zu, nämlich dem „Lernen durch Datenanalyse und Austausch“ (BMG, 2021; S. 19).

Weltweit hat sich ein großes Bewusstsein für Patientensicherheit entwickelt, sind Meldesysteme eingerichtet worden, gesundheitsökonomische Studien zu Kosten von bestimmten Behandlungsfehlern veranlaßt und Schadenssummen geschätzt und hochgerechnet worden.

In Deutschland sind Institutionen wie beispielsweise das Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V. und die DGPS gGmbH federführend in der Beratung von Politik und Wissenschaft. Der Gemeinsame Bundesausschuß hat Qualitätsrichtlinien für eine verbesserte Patientensicherheit erlassen, es wurden Meldesysteme eingerichtet, in denen die Kliniken sog. „Beinahe-Schäden“, mit dem Ziel des Lernens aus Fehlern und der Entwicklung präventiver Maßnahmen für eine zukünftige Verhin-

derung gleicher oder ähnlicher Fehler, anonym und sanktionsfrei, melden sollen. Aus diesen wird von einer Kommission in der Regel monatlich ein besonders lehrreicher Fall ausgesucht und nebst Fehleranalyse und Empfehlungen veröffentlicht. Allerdings verursachen Beinahe-Fehler keinen wirtschaftlichen Schaden und haben zudem keinerlei Einfluß die Anzahl der tatsächlich erfolgten Behandlungsfehler, die den gesetzlichen Krankenkassen, dem Medizinischen Dienst und den Schlichtungsstellen der Ärztekammern angetragen werden. Weit überwiegend werden in den Klinik-CIRS organisatorische Probleme, Medizinproduktefehler oder einfache Bagatellen eingetragen. Allein mit diesen Meldesystemen läßt sich keine Verbesserung der Patientensicherheit und vor allem keine Senkung der behandlungsfehlerbedingten Kosten zu Lasten der GKV erreichen. Dabei sind gerade die von diesen Systemen ausgeschlossenen Never-Events und Sentinel-Events für eine Analyse unverzichtbar.

Retrospektiv wurden die veröffentlichten Behandlungsfehlerzahlen des Medizinischen Dienstes, der Gutachter- und Schlichtungsstellen der Ärztekammern und die gemeldeten Behandlungsfehlerzahlen der Krankenkasse X für den Zeitraum von 2015 bis 2023 angeführt.

Die Behandlungsfehlerfälle, die als Fälle von allen gesetzlichen Krankenkassen im Rahmen der Unterstützung nach § 66 SGB V an den Medizinischen Dienst zur fachärztlichen Begutachtung weitergeleitet wurden, bewegen sich innerhalb der aufgeführten 9 Jahre stabil zwischen minimal 12400 Fällen (2023) und maximal 15100 Fällen (2016) stabil auf relativ gleich hohem Niveau.

Die Prozentzahl der Fälle, die keinen Behandlungsfehler ergeben, liegt in den 9 Jahren bei durchschnittlich 73%.

Die festgestellten Behandlungsfehler mit Schaden liegen bei durchschnittlich 25% ohne große Abweichungen nach oben oder unten für den angeführten Zeitraum.

Die Anzahl der jährlich aus den Behandlungsfehlerfällen gemeldeten Never events lag 2015 bei 225 Fällen, 2016 bei 207 Fällen und bewegt sich in den nach-

folgenden Jahren bis 2023 zwischen 120 und 165 Fällen, bleibt also gleichfalls nahezu konstant.

Behandlungsfehlerzahlen der Gutachter- und Schlichtungskommission der Ärztekammern zwischen 2015 und 2023:

Die Anzahl der Gesamtvorwürfe auf einen Behandlungsfehler bewegt sich in der Zeit von 2015 mit 11822 Vorwürfen bis 2023 mit 12488 Vorwürfen auf einem annähernd gleich hohen Niveau. 2019 bis 2022 schwankte die Zahl, vermutlich bedingt durch die Corona-Pandemie, zwischen 6412 und 7289 Fällen. Die bestätigte Anzahl an Behandlungsfehlern lag für den gesamten Zeitraum durchschnittlich bei ca. 2000 Fällen.

Never events wurden nicht gesondert ausgewiesen und gelistet.

Die Krankenkasse X verzeichnete in der Zeit von 2015 mit 3445 Untersuchungsfällen aus dem Bereich Behandlungsfehler einen starken Anstieg mit Verdoppelungstendenz bis 2023, wo 6509 Unterstützungsfälle registriert wurden.

Bei jedem dritten gemeldeten Fall erhärtete sich der Verdacht auf einen Behandlungsfehler und es wurde über den Medizinischen Dienst ein Gutachten in Auftrag gegeben.

Bei der Betrachtung der bezifferten Kosten für die anonymisierten Never-Event-Fälle wird deutlich, daß diese vergleichsweise sehr gering ausfallen, genau wie der für den Patienten entstandene, in der Regel reversible Schaden. Die angeführten Never-Events repräsentieren das „Tagesgeschäft“ der Krankenkasse X. Schwerwiegende, schwer schädigende Never-Events sind eher selten.

Befasst man sich hingegen mit den Sentinel-Events, finden sich wiederholt massive bis massivste Schädigungen der Versicherten mit bedeutsamen Folgeschäden, die eine immens hohe und andauernde Kostenbelastung für die GKV nach sich ziehen. Anhand der dargestellten Sentinel-Events und der ermittelten zugehörigen Kosten, teils in Millionenhöhe, wird demnach deutlich, daß allein ein reines Never-Event-Register nicht ausreichen kann, um die Patientensicherheit bedeutsam

durch Lernen und Prävention zu verbessern, Patienten künftig besser zu schützen, und die aus Behandlungsfehlern resultierende Kosten zu senken.

Die vorliegenden Zahlen der Behandlungsfehler jeglicher Art der unterschiedlichen Institutionen (Medizinischer Dienst, Gutachterkommissionen der Schlichtungsstellen, Fallzahlen der Krankenkasse X) erlauben derzeit keine zuverlässigen Rückschlüsse auf die zu vermutende hohe Dunkelziffer an Behandlungsfehlern und den damit verbundenen wirtschaftlichen Schäden. Erforderlich wären hierzu u.a. ein entsprechender Abgleich mit der Zahl der Patienten (Versicherte der GKV), Zahl der stationären und ambulanten Behandlungen über einen definierten Zeitraum mit und anhand von ausgewählten Daten.

Die nahezu anhaltend konstante Quote an vermuteten und bejahten Behandlungsfehlern, erhoben sowohl über den Medizinischen Dienst als auch die Gutachterkommissionen der Schlichtungsstellen läßt u.a. an Defizite in der Aus- und Fortbildung der einzelnen Berufsgruppen denken.

Vergleicht man die Meldedetails der unterschiedlichen Meldesysteme, muß für die Klinik-CIRS-Systeme festgestellt werden, daß diese knapp, nüchtern und sehr fachspezifisch gehalten sind. Ein medizinischer Laie vermag sich kaum vorzustellen, wie der Schaden aussehen würde, wenn er tatsächlich und nicht nur beinahe eingetreten wäre.

Sieht man sich den Aufbau und die Meldedetails des Patienten-CIRS „Mehr Patientensicherheit“ und die beschriebenen Never-Event- und Sentinel-Event-Fälle der Krankenkasse X an, fällt deutlich auf, daß wesentlich mehr (auch für den Laien als Leser interessante und nachvollziehbare) Informationen erhältlich sind, die es trotz der Fall-Anonymisierung und kurzen Zusammenfassung ermöglichen, sich tatsächlich ein Bild von einem durch Behandlungsfehler geschädigten Patienten zu machen und auch etwas über die Folgeschäden, die sich häufig anschließen, zu erfahren. Dies führt im Idealfall zum Interesse und der aktiven Mitarbeit an den Themen der Patientensicherheit, einer regen Beteiligung an den Meldesystemen durch die Patienten und ihre Angehörigen. Für das medizinische Personal bedeutet

eine derartige Fallschilderung gleichfalls, ein Bild vor Augen zu haben, daß im günstigsten Fall mit den eigenen Erfahrungen im Berufsalltag abgeglichen und abgespeichert wird mit dem Vorsatz, „einen solchen Fehler wie den gerade gelesenen niemals selbst zu machen“. Gleichfalls bieten solche Meldedetails eine Fülle an Möglichkeiten für diverse Forschungsarbeiten auf dem Gebiet der Patientensicherheit.

Die Patientensicherheit in Deutschland hat sich in den letzten 25 Jahren tatsächlich in 2 unterschiedliche Richtungen entwickelt.

Zum einen wurden die vorgenannten CIRS-Meldesysteme für „Beinahe-Schäden“ (als Beispiel bekannt wurden DKG, CIRS-NRW, Berlin CIRS) eingerichtet. Aus ihnen sollte gelernt und Präventionen entwickelt werden. Befasst man sich näher mit den in den benannten Meldesystemen erfassten Fälle, ähneln sich diese untereinander immer wieder sehr. Eine Auswirkung auf alle anderen Arten der Behandlungsfehler lässt sich anhand der konstant hohen oder sogar steigenden Behandlungsfehlerfälle des MD, den Schlichtungsstellen der Ärztekammern und der Krankenkasse X somit nicht konstatieren. Der Nutzen dieser Meldesysteme für tatsächlich eintretende Schädigungen von Patienten ist nicht gegeben.

Die Dimension tatsächlich iatrogen bedingter Patientenschädigungen in Deutschland ist, mangels Studien, nicht zuverlässig abschätzbar. Derzeit gehen alle Schätzungen davon aus, daß tatsächlich nur ein sehr kleiner Teil, die Spitze des Eisbergs, überhaupt bekannt wird und zur Begutachtung gelangt (MD 2022).

Um die Dunkelziffer der Behandlungsfehler kleiner oder sichtbarer zu machen, bedarf es einer verbesserten und geänderten Meldekultur, einer Sensibilisierung aller für das Thema Patientensicherheit, Schulungen, Aufklärungsarbeit, standardisierte Erfassungsinstrumente zur Datensammlung, den Einsatz moderner digitaler Technologien inklusive künstlicher Intelligenz und automatisierter Systeme, um Vorfälle oder Auffälligkeiten schneller zu erkennen. Epidemiologische Methoden wie Hochrechnungen und Stichprobenerhebungen, um Dunkelziffern zu

quantifizieren. Auch der internationale Vergleich von Daten kann dabei helfen, Lücken in der eigenen Datenerhebung zu erkennen.

Forschungen zu den Kosten von Patientenschäden konzentrieren sich aktuell größtenteils auf die Intensivpflege in entwickelten Ländern. Für einzelne Behandlungsfehlerarten wie beispielsweise Medikationsfehler finden sich weltweit Schäden in Milliardenhöhe beschrieben. Jüngsten Schätzungen zu Folge belaufen sich die sozialen Kosten von Patientenschäden auf 1 - 2 Billionen US-Dollar pro Jahr.

Wenn Schäden für einzelne Behandlungsfehlerarten bereits Milliarden- oder gar Billionenschäden verursachen, ist davon auszugehen, dass der finanzielle Gesamtschaden in Deutschland, wenn die Dunkelziffer der Behandlungsfehler verringert wird, Daten erhoben und ausgewertet werden, um ein Vielfaches höher sein wird, als bislang geschätzt oder hochgerechnet.

Die Weltgesundheitsorganisation WHO fordert auf, die Stimme der Patienten zu stärken. Versichertenbefragungen zeigen, dass die Menschen ihre Erfahrungen teilen wollen, um damit zukünftig die Versorgung sicherer zu machen.

Hieran richtet sich der zweite eingeschlagene Weg in der Entwicklung der Patientensicherheit aus. Mit dem Berufen eines eigenen Patientensicherheitsbeauftragten innerhalb der Techniker Krankenkasse, Etablieren von Transparenzberichten zum Thema Behandlungsfehler und Aktivitäten der Krankenkasse, dem TK-Monitor Patientensicherheit, jährlich veröffentlicht am offiziellen Welttag der Patientensicherheit, dem 17. September, den erfolgreichen Projekt OptiCIRS sind erste herausragende Schritte unternommen worden, als einzelne Krankenkasse aktiv in der Patientensicherheit zu werden und Patienten als wertvollen Bestandteil mit ihren Erfahrungen einzubinden, um zu lernen, zu verbessern, Patientenschäden zu minimieren und damit Kosten einzusparen.

Mit dem Patienten-CIRS „Mehr Patientensicherheit“ über den vdek gehen alle beteiligten gesetzlichen Krankenkassen einen wichtigen Schritt weiter und erheben erstmals neben kritischen und verletzenden Vorfällen auch positive Berichte. Sieht man sich die erfragten Meldedetails an, fällt positiv auf, daß hier eine Fülle

an wichtigen und zukünftig einflußnehmenden Daten erfragt wird, die nach Auswertung durch ein hochqualifiziertes Expertenteam wichtige Impulse, Präventionsstrategien und eine internationale Vorreiterrolle in der Einbeziehung der Patienten und ihren Angehörigen erwarten lassen.

Der Gesetzgeber hat im Rahmen der aktuellen Krankenhausreform von 2024 weitere Untersuchungen zur Erprobung (Innovationsfonds-Projekt) eines Never-Event-Register beschlossen.

Betrachtet man die aufgeführten Never-Event- und Sentinel-Event-Beispiele der Krankenkasse X, wird sehr deutlich, daß die Sentinel-Events in aller Regel wesentlich folgenreicher und kostenintensiver sind und zudem häufig dauerhafte Folgeschäden nach sich ziehen.

Die beschriebenen Fallbeispiele der Krankenkasse X verdeutlichen eindrucksvoll die Notwendigkeit, ein zukünftiges Never-Event-Register um Sentinel-Events zu erweitern. Eine Auslassung gerade dieser Fälle ist defizitär für die gesamte Patientensicherheit. Die zögerliche Haltung des Gesetzgebers, ein solches Register einzurichten, trägt maßgeblich dazu bei, daß sich die Patientensicherheit derzeit auch nur zögerlich weiter entwickeln kann.

Die Einrichtung eines Never-Event- und Sentinel-Event-Registers kann jedoch nur einer von mehreren wichtigen Schritten in die richtige Richtung sein.

Auch die Krankenkassen sollten künftig über Meldesysteme Behandlungsfehler, wie die hier beschriebenen der Krankenkasse X, anonymisiert veröffentlichen und den wirtschaftlichen Faktor durch eine genaue Schadensbeziehung allen ins Bewusstsein rufen. Gleichfalls würde es einen deutlichen Lerneffekt geben, wenn anonymisierte Gutachten, Auszüge aus Gerichtsurteilen, zur Verfügung gestellt werden. Fälle dieser Art sollten von den jeweiligen Fachgesellschaften verbindlich zum Anlass genommen werden, in Kliniken daraus zu lernen. Denkbar wäre eine Zusammenarbeit dahingehend, daß die einzelnen Fachgesellschaften oder Kliniken die Fälle in ihren Teams besprechen, aufarbeiten und Lösungsvorschläge unterbreiten, die gleichfalls anonymisiert veröffentlicht werden. Berichte dieser Art

könnten problemlos Eingang in die pflegerische und fachärztliche Ausbildung finden, um so beim pflegerischen und medizinischen Nachwuchs von vornherein ein gutes Bewusstsein für Behandlungsfehler und Patientensicherheit zu entwickeln.

In der Endkonsequenz dürfte eine zukünftige Zusammenführung von Behandlungsfehlerdaten aus allen vorhandenen und noch zu schaffenden unterschiedlichen Meldesystemen eine lohnenswerte Herausforderung darstellen, die die Qualität der Behandlungsfehleranalyse erheblich fördert, insbesondere über das Auswerten und Ableiten präventiver Maßnahmen die Anzahl an Behandlungsfehlern deutlich mindert und somit auch mittelfristig von ökonomischer Relevanz sein wird.

Behandlungsfehlergutachten des Medizinischen Dienstes, der Schlichtungsstelle, Gutachteninstitute oder Gerichte weisen eine bislang nicht untersuchte Anzahl an falsch negativ beurteilten Sachverhalten auf. Sei es aus mangelnder Fachkenntnis des Gutachters, sei es exkulpierend zum Schutz der involvierten Ärzte und Kliniken.

Unklar bleibt derzeit auch, welcher gesundheitsökonomische Schaden sich hinter jedem einzelnen begutachteten und als behandlungsfehlerhaft bestätigten Fall verbirgt. Gleichfalls bleibt derzeit unklar, inwieweit es in der Bearbeitung von Behandlungsfehlern zu Doppelbegutachtungen mit ggf. voneinander abweichenden Ergebnissen (MD und Schlichtungsstelle) oder höherer Mehrfachbegutachtungen (MD, Schlichtung, Privat, Gerichtsgutachten), mit voneinander abweichenden Ergebnissen kommt und welcher finanzielle Schaden in welcher Höhe und welchem Zeitraum letztlich regressiert werden kann.

Ein derartiges Gutachterwesen, wie es derzeit in Deutschland besteht, konterkariert nicht nur die Möglichkeit, aus Fehlern zu lernen und sie mittels abgeleiteter Maßnahmen künftig zu vermeiden, es schädigt auch die Solidargemeinschaft der Versicherten nachhaltig und in unbekannter großer Höhe, die für nicht aufgedeck-

te und nicht regressierte Fehler über ihre Beiträge zahlt. Von dem Unrecht den Opfern von Behandlungsfehlern gegenüber ganz zu schweigen.

Unklar bleibt, wie viele Behandlungsfehler welcher Art direkt und ohne Begutachtung seitens der GKV oder über einen Rechtsanwalt mit einem Haftpflichtversicherer reguliert werden und wie hoch hier die gesamten Schadenssummen für einen definierten Zeitraum sind.

Es wäre heute schon möglich, und das auch retrospektiv für die vergangenen Jahre, daß der vdek oder eine andere Institution die Kosten bei den einzelnen Krankenkassen erfragt, die im Rahmen von Behandlungsfehlern als Regress aufgestellt wurden. Gleichfalls bietet sich hier ein Anhalt für spätere Vergleiche, um festzustellen, ob und ab wann neue und verbesserte Maßnahmen durch das noch zu schaffende Never-Event-Register, das Patienten-CIRS „Mehr Patientensicherheit“ und ggf Meldesysteme der Krankenkassen selbst und die hieraus abgeleiteten Erkenntnisse, Maßnahmen, Schulung, Präventionen etc. zu einem Rückgang der Behandlungsfehlerzahlen und den damit verbundenen Kosten führen.

Krankenkassen als Kostenträger medizinischer Behandlungen verfügen über entsprechende Daten zu Behandlungsfehlern jeglicher Art. Will man Kosten für Behandlungsfehler senken, muß letztendlich auch aus wirklich gemachten Fehlern gelernt werden, um ihnen künftig vorzubeugen, wirtschaftlichen Schaden für die Solidargemeinschaft der Versicherten zu vermeiden und Leid auf Patientenseite erst gar nicht entstehen zu lassen. Die in der individuellen Fallbearbeitung gewonnenen Erkenntnisse sollten systematisch zur Verbesserung und Stärkung der Patientensicherheit genutzt werden.

So ließe sich der tatsächlichen Anzahl an Behandlungsfehlern jeglicher Art, den durch sie verursachten Kosten zu Lasten der Solidargemeinschaft, mittel- bis langfristig realistisch nahe kommen, aus ihnen lernen, weitere präventive und vor allem auch gesetzliche Maßnahmen entwickeln und die Patientensicherheit, ihre gesundheitsökonomische Bedeutung für die gesetzlichen Krankenversicherungen,

etablieren und mittel- bis langfristig Behandlungskosten durch Fehlervermeidung bedeutungsvoll senken.

Für eine Verbesserung der Patientensicherheit ist es unerlässlich, auch die Patientenerfahrungen regelmäßig zu erfassen und auszuwerten. Diese Daten finden Eingang in die Politikgestaltung und führen zu einer verbesserten Gesundheitsversorgung und Patientensicherheit. Die Erkenntnisse aus den Patientenerfahrungen sind insofern von großer und besonderer Bedeutung, weil die von den Gesundheitsanbietern gemeldeten Verwaltungsdaten häufig zu niedrig ausgewiesen werden. Die Messgrößen der Patientenerfahrungen können die bestehenden, auf Verwaltungsdaten basierenden Patientensicherheitsindikatoren sinnvoll ergänzen und so Informationen zu Art und Ausmaß der im Gesundheitssystem aufkommenden Probleme der Patientensicherheit liefern.

7 Fazit

Die Patientensicherheit beeinflusst die Kosten im Gesundheitssystem stark. Behandlungsfehler jeglicher Art führen zu längeren stationären Aufenthalten, zusätzlichen Behandlungen und Therapien u.v.m., und damit insgesamt zu deutlich höheren Kosten zu Lasten der Solidargemeinschaft der Versicherten der GKV. Sie weist damit eine erhebliche gesundheitsökonomische Relevanz mit unbekannten Kosten in Milliardenhöhe für die GKV auf.

Lernen aus allen gemachten Fehlern verursacht zunächst einmal gleichfalls Kosten für Investitionen in zukünftige neue Meldeportale und Experten, die aus den gemeldeten Fehlern wichtige Erkenntnisse ziehen, hieraus Schulungen, verbesserte Prozesse und andere präventive Maßnahmen ableiten und entwickeln. Die hierfür erforderlichen finanziellen Ressourcen sind jedoch gut investiert, da sie langfristig zu Einsparungen führen, indem sich Komplikationen, längere Klinikaufenthalte und zusätzliche Behandlungen deutlich reduzieren und im Idealfall sogar ganz vermeiden lassen. Es handelt sich bei einer verbesserten Patientensicherheit somit um eine Investition, die sich durch eine Verbesserung der Versorgungsquali-

tät und damit der Reduktion von Fehlern ausahlt und kontinuierlicher Anpassung an neue Standards und aktuellen Technologien bedarf. Das Primat der Prävention gilt auch in diesem Thema: Wer Fehler vermeiden kann, sollte dies auch tun.

Patientenschäden in jedem Umfeld wirken sich auf das Gesundheitssystem, die Gesellschaft und vor allem den einzelnen Patienten und seine Familie und oft sein gesamtes Umfeld aus. Je nach klinischer Schwere des unerwünschten Ereignisses kann es zu vorübergehender oder dauerhafter Behinderung und in einigen Fällen zum vorzeitigen Tod führen. Der Schweregrad wirkt sich direkt auf die Pflege aus, indem zusätzliche medizinische Verfahren, Behandlungen und Diagnostiken, Krankenhauseinweisungen oder Wiedereinweisungen ins Krankenhaus und eine Verlängerung der Aufenthaltsdauer erforderlich sind. Neben der Morbiditäts- und Mortalitätsbelastung verursachen Patientenschäden also auch finanzielle Kosten für das Gesundheitssystem, da Ressourcen von anderen Bereichen mit potenziellem Nutzen innerhalb und außerhalb der Gesundheitsversorgung abgezogen werden. Ein Teil der unerwünschten Ereignisse gilt als vermeidbar. Diese Verhinderbarkeit ändert sich ständig, da sich das medizinische Wissen und die Patientensicherheitswissenschaft weiterentwickeln. Vermeidbare oder reduzierbare unerwünschte Ereignisse verursachen daher echte Opportunitätskosten für das Gesundheitssystem. Dies untergräbt die Wirksamkeit, die Effizienz, den Wert und die Wertschätzung der Gesundheitsversorgung innerhalb der Gesellschaft.

Wie die Darstellung der in Deutschland bestehenden Klinik-CIRS gezeigt hat, haben „Beinahe-Schäden“ keinen Einfluß auf Never-Events und Sentinel-Events und somit auch nicht auf Kosten für Behandlungsfehler. Schwere, schwerste und kostenintensive Sentinel-Events in ein für alle Kliniken verbindliches Never Event-Register mit aufzunehmen, Patienten und ihre Angehörigen mit eigenen Meldesystemen eine Stimme für die Patientensicherheit zu verleihen, stellt jedoch 25 Jahre nach „To Err is human“ einen wichtigen Schritt in eine moderne, zeitgerechte und erforderliche Veränderung in der Patientensicherheit dar. Die gesetzlichen Krankenkassen gleichfalls in die Verpflichtung zu nehmen, Behandlungsfehler und vor allem ihre Kosten anonymisiert und sanktionsfrei, ggf. inklusive an-

onymisierter zugehöriger Gutachten, Auszügen aus Gerichtsurteile u.a in ein Meldesystem einzuspeisen, dürfte einen gewaltigen Entwicklungsschritt in eine verbesserte und zeitgerechte Patientensicherheit in Zusammenarbeit mit Fachgesellschaften und anderen Experten sein. Die GKV zahlt hierdurch immens in die Aus- und Weiterbildung der medizinischen Berufsgruppen ein, sensibilisiert ihre Versicherten, gleichfalls aus anonymisierten Fällen zu lernen und sich mündig in ihre Behandlungen einzubringen. Sie reduziert nicht nur weitere Behandlungsfehlerfälle durch das Lernen aller, sondern langfristig auch bedeutsam hohe Kosten.

25 Jahre später ist an der Zeit, ein neues Kapitel Patientensicherheit zu schreiben. Das Bewusstsein, mit Fehlern anders umzugehen und aus ihnen zu lernen, hat deutlich zugenommen.

Das Begutachtungswesen muß verbessert werden, den Krankenversicherern sollte die gesetzliche Möglichkeit eingeräumt werden, Daten unter bestimmten Aspekten der Patientensicherheit zu sichten und proaktiv auf Versicherte zuzugehen, um sie auf mögliche Behandlungsfehler jeglicher Art hinzuweisen und ggf. auch ohne Zustimmung des Versicherten den medizinischen Sachverhalt bei hinreichendem Verdacht auf einen Behandlungsfehler aufzuarbeiten und ggf. zu regressieren. Der Versicherte sollte besser noch gesetzlich verpflichtet werden, an der Aufklärung des Sachverhaltes mitzuwirken – wer aus dem Vollen schöpft, muß auch einzahlen.

Der Gesetzgeber sollte sich in der Verpflichtung sehen, beispielsweise angelehnt an das Gesundheitsdatennutzungsgesetz, hier eine entsprechende Erweiterung zu schaffen, die es den gesetzlichen Krankenkassen zukünftig ermöglicht, vorhandene Daten anonymisiert auszuwerten und ggf. bei hinreichendem Verdacht proaktiv auf ihre Versicherten zuzugehen, um medizinische Behandlungen begutachten zu lassen, mögliche Behandlungsfehler aufzuklären, um aus ihnen zu lernen und digitale Behandlungsfehlersuchsysteme zu entwickeln, die Daten für statistische Auswertungen und zum Berechnen der finanziellen Schäden durch erfolgte Behandlungsfehler erheben.

So ließe sich der tatsächlichen Anzahl an Behandlungsfehlern jeglicher Art, den durch sie verursachten Kosten zu Lasten der Solidargemeinschaft, mittel- bis langfristig realistisch nahe kommen, aus ihnen lernen, weitere präventive und vor allem auch gesetzliche Maßnahmen entwickeln und die Patientensicherheit, ihre gesundheitsökonomische Bedeutung für die gesetzlichen Krankenversicherungen, etablieren, um mittel- bis langfristig Behandlungskosten durch Fehlervermeidung bedeutungsvoll senken.

In der Endkonsequenz dürfte eine Zusammenführung von Behandlungsfehlerdaten aus allen vorhandenen und noch zu schaffenden unterschiedlichen Meldesystemen eine lohnenswerte Herausforderung darstellen. Die Qualität der Behandlungsfehleranalyse würde so erheblich gefördert. Insbesondere über das Auswerten und Ableiten präventiver Maßnahmen ließe sich die Anzahl an Behandlungsfehlern deutlich mindern, was wiederum mittelfristig von ökonomischer Relevanz insbesondere für die GKV sein dürfte.

Literaturverzeichnis

Aitken M, Gorokhovich L. (2012) Advancing the responsible use of medicines: applying levers for change. Parsippany (NJ), Vereinigte Staaten von Amerika: IMS Institute for Healthcare Informatics

https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=2222541, abgerufen 12.01.2025

Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V./APS (2024), Unerwünschtes Ereignis <https://www.aps-ev.de/glossary/unerwuenschtes-ereignis/> abgerufen 12.01.2025

de Bienassis, K. Et al.(2022), „Die Ökonomie der Arzneimittelsicherheit. Verbesserung der Arzneimittelsicherheit durch kollektives Lernen in der Echtzeit“, OECD Health Working Papers, Nr.147, OECD Publishing, Paris

<https://doi.org/10.1787/9a933261-en>, abgerufen am 13.01.2025

Brown, P, McArthur C, Newby L et al. (2002): Kosten medizinischer Verletzungen in Neuseeland: eine retrospektive Kohortenstudie, Journal of Health Services <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12175432/> abgerufen 04.01.2025

Bundesärztekammer (2024), Behandlungsfehler-Statistik der Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen bei den Ärztekammern

<https://www.aerztekammern-schlichten.de/statistik>, abgerufen 03.01.2025

Bundesamt für Gesundheit/BAG (22.02.2023), Globaler Ministergipfel zur Patientensicherheit

<https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/aktuell/news/news-23-02-2023.html>,
abgerufen 02.01.2025

Bundesamt für Gesundheit (2023), Stärkung der globalen Patientensicherheit

<https://www.bag.admin.ch/bag/home/strategie/-und-politik/interne-gesundheitsthemen/staerkung-der-globalen-patientensicherheit.html>, abgerufen
17.01.2025

Bundesgesundheitsministerium (2021), Patientensicherheit, globaler Aktionsplan für Patientensicherheit 2020 - 2030. Auf dem Weg zur Beseitigung vermeidbarer Schäden in der Gesundheitsversorgung, Was ist Patientensicherheit, S.7

https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3-Downloads/P/Patientensicherheit/WHO-Global-Patient-Safety-Action_Plan_2021-2030-DE.pdf,
abgerufen 10.12.2024

Bundesministerium für Bildung und Forschung, BMFBB (2024)

<https://www.gesundheitsforschung-bmbf.de>, abgerufen 13.12.2024

Bundesregierung (2021), Koalitionsvertrag

<https://www.bundesregierung.de/breg-de/service/gesetzesvorhaben/koalitionsvertrag-2021-1990800>, abgerufen 10.01.2025

cirsmedical (2025), Glossar, Beinaheschaden

<https://www.cirsmedical.at/glossar>, abgerufen 02.01.2025

CIRS NRW(2024) Bericht des Quartals, Besser mit Filter – Verborgene Gefahren im Klinikalltag: Risiken durch Fremdkörper in Medikamentenampullen, 2024

<https://www.cirs-nrw.de/quartalsbericht/>, abgerufen 11.01.2025

Department of Health (2000): An organisation with a memory: report of an expert group on learning from adverse events in the NHS chaired by the Chief Medical Officer. London: The Stationery Office

https://qi.eft.nhs.uk/wp-content/uploads/2014/08/r_02-an-or-ganisation-with-a-memory-l-donaldson.pdf, abgerufen 02.01.2025.

Deutsches Ärzteblatt (11/2024), Never-Event-Register soll im Zuge der Krankenhausreform initiiert werden

[https://www.aerzteblatt.de/nachrichten\(154918/Never-Event-Register-soll-im-Zuge-der-Krankenhausreform-initiiert-werden](https://www.aerzteblatt.de/nachrichten(154918/Never-Event-Register-soll-im-Zuge-der-Krankenhausreform-initiiert-werden), abgerufen 01.10.2014

Deutsches Ärzteblatt (06.07.2016), Was einrichtungsübergreifende Fehlermeldesysteme leisten müssen

<https://www.arzteblatt.de/nachrichten/69461/Was-einrichtungsuuebergreifende-Fehlermeldesysteme-leisten-muessen>, abgerufen 10.01.2025

Deutsche Gesellschaft für Gesundheitsökonomie e.V, dggö (2024), Universität Duisburg-Essen, Fakultät für Wirtschaftswissenschaften

<https://www.dggoe.de>, abgerufen 14.12.2024

Deutsche Gesellschaft für Patientensicherheit, gemeinnützige GmbH (2024)

<https://www.patientensicherheit.de>, abgerufen 25.12.2024

Deutsche Gesellschaft für Patientensicherheit, gemeinnützige GmbH (2024)

<https://patientensicherheit.de/opti-cirs/>, abgerufen 02.01.2025

Deutsche Krankenhausgesellschaft (2024), Best Practice – Beispiele Fehlermeldesysteme

<https://www.dkgev.de/themen/qualität-hygiene-sicherheit/patientensicherheit/best-practice-beispiele-fehlermeldesysteme/>, abgerufen 27.11.2024

Deutscher Bundestag, Gutachten des Sachverständigenrates für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (26.02.2003), Bundesrat-Drucksache 143/03, Band I, Kapitel 4, S.131 ff

Die Techniker (2024), Einstieg in die Pflegeversicherung

<https://www.tk.de/techniker/pflegeversicherung/ueber-die-tk-pflegeversicherung-2001212>, abgerufen 03.01.2025

Die Techniker (2023), Service und Leistung zählen! 3. Transparenzbericht der TK – Berichtsjahr 2022

<https://www.tk.de/resource/blob/2153664/cee5b77f353d57677007870ddc2cf421/transparenzbericht-der-tk-2022-data.pdf3.%20Transparenzbericht%20der%20TK%20%E2%80%93%20Berichtsjahr%202022>, abgerufen 02.01.2025

Die Techniker (2024), Die TK - Leistungsangebot

<https://www.tk.de/techniker/versicherung/tk-leistungen-2000828>, abgerufen 02.01.2025

Die Techniker (2024), TK-Monitor Patientensicherheit 2024, Erlebte Patientensicherheit

<https://www.tk.de/resource/blob/2180762/5c11b28822f73a25f397a79e9213b9/tk-monitor-patientensicherheit---2024-data.pdf>, abgerufen 02.01.2025

Die Techniker (04.03.2024), Pressemitteilung, Behandlungsfehler verharren auf hohem Niveau

<https://www.tk.de/presse/themen/medizinische-versorgung/patientensicherheit/behandlungsfehler-2023-2167562>, abgerufen 22.01.2025

Die Techniker (2025), Was ist ein Behandlungsfehler?

<https://www.tk.de/techniker/versicherung/tk-leistungen/arzt-und-krankenhausbesuch/haeufigste-fragen-zu-behandlungsfehlern/definition-behandlungsfehler-2008776?tkcm=aaus>, abgerufen 12.01.2025

European Union(2010); Special Eurobarometer 327: Patient safety and quality of healthcare, Directorate-General for Communication

<https://europa.eu/eurobarometer/surveys/detail/796>, abgerufen 04.01.2025

Gemeinsamer Bundesausschuß (17.03.2016), Beschluß des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Bestimmung von Anforderungen an einrichtungsübergreifende Fehlermeldesysteme

https://www.g-ba.de/downloads/39-261-2546/2016-03-17_uerFMS-B_Erstfassung_BAnz.pdf, abgerufen 05.01.2025

Gemeinsamer Bundesausschuß (2016), Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses gemäß §137 Abs.3 Satz 1 Nr.4 SGB V über Inhalt, Umfang und Datenformat eines strukturierten Qualitätsberichts für nach §108 SGB V zugelassene Krankenhäuser

https://g-ba.de/downloads/62-492-1134/Qb-R_2016-01-21_ik-2016-02-25-pdf, abgerufen 10.01.2025

Gemeinsamer Bundesausschuß (2014), Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die grundsätzlichen Anforderungen an ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement für nach §108 SGB V zugelassene Krankenhäuser

https://www.g-ba.de/downloads/62-492-865/KQM-RL_2014-01-23.pdf, abgerufen 10.01.2025

Gemeinsamer Bundesausschuß (20.07.2023), Qualitätssicherung

<https://www.g-ba.de/themen/qualitaetssicherung/> abgerufen 21.12.2024

Institut für Patientensicherheit/IfPS (2024), Universitätsmedizin Bonn

<https://www.ukbonn.de/ifps.de>, abgerufen 19.01.2025

Gutachterkommission und Schlichtungsstelle bei den Ärztekammern(2022), Behandlungsfehler-Statistik

https://www.aerztekammern-schlichten.de/fileadmin/user_upload/Gutachterkommissionen_und_Schlichtungsstellen/Behandlungsfehler-Statistik/Behandlungsfehler-Statistik_2022_.pdf, abgerufen 02.01.2025

Hoonhout, L, de Bruijne, M, Wagner, C et al. (2009), direkte Medizinische Kosten von unerwünschten Ereignissen in niederländischen Krankenhäusern. BMC Health Services Research, 9:27

<https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6963-9-27>, abgerufen 04.01.2025

Institut für Patientensicherheit (IfPS) und Techniker Krankenkasse (2023)

MedSaf - Digitale Anwendungen zur Verbesserung der Medikationssicherheit im Entlassmanagement.

<https://www.tk.de/resource/blob/2162688/4dcb50335b0eefe561045e36115795c0/2023---abschlussbericht-medsaf-data.pdf>, abgerufen 03.01.2025

Jha, AK, Larizgoita, I, Audera-Lopez, C et al. (2013). Die globale Belastung durch unsichere medizinische Versorgung; analytische Modellierung von Beobachtungsstudien. BMJ Qual Saf

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24048616/>, abgerufen 04.01.2025

Kendir, C. Et al (2023), „Patienteneinbindung für Patientensicherheit: Das Warum, Was und Wie der Patienteneinbindung zur Verbesserung der Patientensicherheit“, OECD Health Working Papers, Nr.15, OECD Publishing, Paris

<https://doi.org/10.1787/5fa8df20-en>, abgerufen am 01.12.2024

Kohn, L, Corrigan, J, Donaldson, M, To Err is Human, Building a safer Health System, Institute of Medicine (US), Committee on Quality of Health Care in America, abgerufen 12.01.2025

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25077248/>, abgerufen 04.01.2025

Kruk ME, Gage AD, Arsenault C, Jordan K, Leslie HH, Roder-DeWan et al. High-quality health systems in the Sustainable Development Goals era: time for a revolution. Lancet Glob Health. 2018;6(11):e1196-e1252.

[https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(18\)30386-3](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(18)30386-3), abgerufen 12.01.2025

Küppersbusch, G., Höher, H. (27.05.2024), Ersatzansprüche bei Personenschaden: Eine praxisbezogene Anleitung (NJW-Praxis), C.H. Beck, München, 14.Auflage

Medizinischer Dienst Bund (2024), Behandlungsfehler, Jahresstatistiken
Behandlungsfehler-Begutachtung der Gemeinschaft der Medizinischen Dienste

<https://www.md-bund.de/richtlinien-publikationen/behandlungsfehler.html>,
abgerufen 04.01.2025

Medizinischer Dienst Bund / M D B (3 0 . 0 6 . 2 0 2 2) ,
Pressemitteilung, Behandlungsfehlerbegutachtung 2021: Wieder zahlreiche Never
Events festgestellt

<https://md-bund.de/presse/pressemitteilungen/neueste-pressemitteilungen/behandlungsfehlerbegutachtung-2021-wieder-zahlreiche-never-events-festgestellt.html>, abgerufen 04.01.2025

Michler, M (2005): Ärztliche Ethik. In Würzburger medizinhistorische Mitteilungen. Band 24, S. 272-276

Missbach-Kroll A, Nussbaumer P, Kuenz M, Sommer C, Furrer M (2005) Critical incident reporting system, Erste Erfahrungen in der Chirurgie, Die Chirurgie, Ausgabe 9/20025, Springer Medizin

<https://www.springermedizin.de/critical-incident-reporting-system/8016424>,
abgerufen 27.11.2024

National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine; Health and Medicine Division (2018); Board on Health Care Services; Board on Global Health; Committee on Improving the Quality of Health Care Globally. Crossing the global quality chasm: improving health care worldwide. Washington (DC): National Academies Press

<https://doi.org/10.17226/25152>, abgerufen 12.01.2025

Netzwerk CIRS Berlin: Aktueller Fall des Monats, Fehlende Übernahme der Medikationsanordnung, Fall-Nr. 269193

<https://www.cirs-berlin.de/fall-des-monats/aktueller-fall>, abgerufen 10.01.2025

Netzwerk CIRS Berlin, Fall des Monats, Archiv 2009-2024

<https://www.cirs-berlin.de/fall-des-monats/archivII2018>, abgerufen 04.01.2025

NHS Resolution presses ahead with mediation as litigation decreases but claims costs continue to rise. London: NHS Resolution; 12. Juli 2018

<https://resolution.nhs.uk/2018/07/12/nhs-resolution-presses-ahead-with-mediation-as-litigation-decreases-but-claims-costs-continue-to-rise/>, abgerufen 12.01.2025

OECD (2021), Government at a Glance 2021, OECD Publishing Paris

<https://doi.org/10.1787/1c258f55-en>, abgerufen am 03.01.2025

Patientensicherheit Schweiz, Never Events

<https://patientensicherheit.ch/forschung-entwicklung/never-events/> abgerufen am 14.12.2024

Plattform Patientensicherheit (2021), Einrichtung und Erfolgreicher Betrieb eines Berichts- und Lernsystems (CIRS), Handlungsempfehlungen für stationäre Einrichtungen im Gesundheitswesen

<https://www.plattformpatientensicherheit.at/download/themen/CIRS.pdf>, abgerufen 10.01.2025

Protschka, J (2012), Deutsches Ärzteblatt: Die Angst vor der Schuld

<https://www.aerzteblatt.de/archiv/behandlungsfehler-die-angst-vor-der-schuld-66a1fb71-5b0d-4438-abae-d0137bf4fbe3>, abgerufen 04.01.2025

Rohe J, Heinrich A, Thomeczek, C (2011)Deutsches Ärzteblatt online, CIRSmedical.de:Netzwerk für Patientensicherheit

<https://www.aerzteblatt.de/archiv/80367/CIRSmedical-de-Netzwerk-fuer-Patientensicherheit>, abgerufen 02.01.2025

Rosentreter, M. (2012): Der positive Umgang mit Fehlern im Krankenhaus – Aspekte der sozialen Wahrnehmung und Patientensicherheit. In: Kurt W.Schmidt et al (Hg.): Zum Umgang mit Behandlungsfehlern.Tagungsband der ELSA-Klausurwoche 2012.Berlin: Lit-Verlag 2012:113

Rottenkolber D., Schmiedl S., Rottenkolber M, et al. (2012), Adverse drug reactions in Germany: direct costs of internal medicine hospitalizations. Pharmacoeconom Drug Sac 2011; 20: 626-634, abgerufen 22.12.2024

Roughead L, Temple S, Rosenfeld E (08/2013).Literatur Review: Medication Safety in Australia, Australian Commission on Safety an Quality in Health Care

<https://www.safetyandquality.gov.au/sites/default/files/migrated/Literature-Review-Medication-Safety-in-Australia-2013.pdf>, abgerufen 22.12.2024

Schmuck, M (2022), Fibel des Medizinrechts, Eine orientierende Einführung für Gutachter und Gutachterinnen der Medizinischen Dienste in die Behandlungsfehlerbegutachtung,4.2 Der grobe Behandlungsfehler,4.5 Verstoß gegen das voll beherrschbare Risiko, Medizinischer Dienst Berlin-Brandenburg, 2.überarbeitete Auflage, S.18, S.42

Slawomirski, L., Aaraaen, A., Klazinga, N. (2017), „Die Ökonomie der Patientensicherheit: Stärkung eines wertorientierten Ansatzes zur Verringerung von Patientenschäden auf nationaler Ebene“, OECD Health Working Papers, Nr.96, OECD Publishing, Paris

<https://doi.org/10.178/5a9858cd-en>, abgerufen 11.12.2024

Slawomirski L, Auraen A, Klazinga N (2018) The economics of patient safety in primary and ambulatory care: flying blind. OECD Health Working Papers Nr. 106. Paris: Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung; <https://doi.org/10.1787/baf425ad-de>, abgerufen 12.01.2025

Slawomirski L, Klazinga N. (2020): Economics of patient safety: from analysis to action. Paris: Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung; <http://www.oecd.org/health/health-systems/Economics-of-Patient-Safety-October-2020.pdf>, abgerufen 12.01.2025

Schrappe, M. (2018) (Hrsg.); Executive Summary, APS-Weißbuch Patientensicherheit, medizinisch wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, S.6, S.7

Schrappe, M. (2018) Hrsg., TO ERR IS HUMAN: ein historischer Überblick, APS-Weißbuch Patientensicherheit, medizinisch wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, S.18, S.42, S.48, S.86

Sousa P. et al (2014). Schätzung der Häufigkeit unerwünschter Ereignisse in portugiesischen Krankenhäusern: ein Beitrag zur Verbesserung der Qualität und Patientensicherheit. 14:311 <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/14/311>, abgerufen 22.12.2024

Statistisches Bundesamt, destatis (2025), Internationales, Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD)

https://www.destatis.de/DE/Themen/Laender-Regionen/Internationales/Datenquellen/61_00_OECD.html, abgerufen 22.12.2024

Stegmaier, P.(05/2023) „Von Never Events zur SEVer-Präventionsliste“. in „Monitor Versorgungsforschung“, S.22-24

The Joint Comission (2024), Sentinel Event policy and Procedures

<http://www.jointcommission.org/resources/sentinel-event/sentinel-event-policy-and-procedures/>, abgerufen am 11.12.2024

Verband der Ersatzkassen e.V., vdek (13.08.2024), Daten zum Gesundheitswesen, Ausgaben

https://www.vdek.com/presse/daten/d_versorgung_leistungsausgaben.html, abgerufen 11.01.2025

Wallhalla (2017): Das gesamte Sozialgesetzbuch SGB I bis SGB II; SGB V § 66 - Unterstützung der Versicherten bei Behandlungsfehlern, Wallhalla-Fachverlag, S.450

Wallhalla (2017): Das gesamte Sozialgesetzbuch SGB I bis SGB II; SGB X § 116 - Ansprüche gegen Schadenersatzpflichtige, Wallhalla-Fachverlag, S.1252

Weigmann, K. (2016), „Consumer reporting of adverse drug reactions: System that allow patients to report side effects of the drugs they are taking have yielded valuable information for improving drugs safety and health care“, EMBO Reports, Vol. 17/7, S. 949

<https://doi.org/10.15252/EMBR.201642616>, abgerufen 10.01.2025

Wieland, M (2001).The Economic Analysis of German Medical Malpractice Law - with emphasis on the Allocation of Burden of Proof for Causation. Erasmus Program in Law & Economics. University of Hamburg. Master Thesis.

Weltgesundheitsorganisation, Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung und Internationale Bank für Wiederaufbau und Entwicklung (2018). Delivering quality health services: a global imperative for universal health coverage. Genf: Weltgesundheitsorganisation

[https:// apps.who.int/iris/handle/10665/272465](https://apps.who.int/iris/handle/10665/272465), abgerufen 12.01.2025

WHO (2019), Global Patient Safety Action Plan 2021 - 2030,

<https://www.who.int/teams/integrated-health-services/patient-safety/policy/global-patient-safety-action-plan>, abgerufen 11.01.2025

Woods D, Thomas EJ, Holl JL, Weiss KB, Brennan TA (2007). Ambulatory care adverse events and preventable adverse events leading to a hospital admission. Qual Saf Health Care, 16:127–31

<http://dx.doi.org/10.1136/qshc.2006.021147>, abgerufen 12.01.2025

Gender-Erklärung:

Aus Gründen der Lesbarkeit wird auf die gleichzeitige Verwendung männlicher und weiblicher Sprachformen verzichtet. Es wird die männliche Sprachform innerhalb dieser Arbeit verwendet, sofern anwendbar, gelten sämtliche Personenbezeichnungen für beiderlei Geschlecht.

Diana Rameil



Februar 2025

Unterschrift

Eidesstattliche Erklärung

Hiermit erkläre ich, daß ich die vorliegende Arbeit ohne fremde Hilfe oder unter Rückgriff auf vergleichbare technische Hilfsmittel verfaßt und eigenhändig erstellt habe. Ich habe keine anderen Quellen als die angegebenen genutzt und die Stellen der Arbeit, die anderen Werken entnommen sind, in jedem einzelnen Fall unter Angabe der Quelle als Entlehnung kenntlich gemacht.

Diana Rameil



Februar 2025

Unterschrift