

Risikomanagement im Gesundheitswesen aus Patientensicht

Die Handhabung und Begrenzung des Risikos, beim Kontakt mit einem Akteur des Gesundheitssystems einem Fehler zum Opfer zu fallen – so würde ich Risikomanagement aus Patientensicht definieren – hat zwei Aspekte. Erstens: Was erwarte ich als Patient von den Professionellen? Und zweitens: Was kann ich selber dazu tun, dass Fehler vermieden werden? Oder dass, wenn doch einer aufgetreten ist, die Folgen für mich erträglich bleiben – sowie, nicht zu vergessen, dass alles getan wird, damit der Fehler sich nicht wiederholt?

Fangen wir mit den Professionellen an (es ist immer leichter, bei den Anderen anzufangen...). Da erwarte ich als Patient¹ zunächst, dass sie alle professionellen Anstrengungen unternehmen, um mögliche Risiken zu begrenzen und deren negativen Folgen zu minimieren – eben das, was als professionelles Risiko-, Qualitäts- und Beschwerdemanagement heute langsam auch im Gesundheitswesen Einzug hält. Davon handeln ja die anderen Aufsätze in diesem Heft.

Diese professionellen Bemühungen werden jedoch stets *für* den Patienten veranstaltet, nicht *mit* ihm. Sie sind noch dem alten Paradigma des „benevolent Paternalismus“ verhaftet, der wohlwollenden, durchaus gutgemeinten Bevormundung, die der Sachverständigenrat schon seit 1992 als unzeitgemäß brandmarkt (SACHVERSTÄNDIGENRAT 1992). Sie soll durch eine *partnerschaftliche* Beziehung zwischen Patient und Arzt – und natürlich auch allen anderen Gesundheitsberufen – ersetzt werden. Mit zehn Jahren Verspätung sind inzwischen auch in Deutschland ernsthafte Bemühungen zur Verankerung einer solchen Partnerschaft erkennbar, etwa durch die modellhafte Erprobung des *shared decision making*, das am besten als „partnerschaftliche Entscheidungsfindung“ zu übersetzen wäre (SCHEIBLER/PFAFF 2003).² Und auch auf der politischen Ebene

1 ... und die Patientin natürlich. Ich verwende hier beide im Wechsel und meine immer beide.

2 Die Teilnehmer der Modellprojekte haben sich mit dem Terminus „Partizipative Entscheidungsfindung“ leider noch nicht von ihrem akademischen Elfenbeinturmdenken befreien können. Außerdem ist

sind erste Ansätze zu einer solchen Bemühung um Partnerschaft erkennbar: Patienten sind seit Jahresbeginn 2004 an einigen wichtigen gesundheitspolitischen Gremien beratend beteiligt, etwa im Gemeinsamen Bundesausschuss (§ 140 f–g SGB V; KRANICH 2004b).

Auch die nächste Frage – Was kann die Patientin selber dazu beitragen, dass Fehler vermieden werden bzw. dass deren Folgen beherrschbar bleiben? – hat wieder mehrere Aspekte. Zuerst würde ich unterscheiden in Fehlervermeidungs- und Fehlerbewältigungsmanagement. Bei beiden muss dann sowohl betrachtet werden, welchen Beitrag die Patientin dazu geben kann, als auch, welche Voraussetzungen sie dazu braucht – und die sind dann in der Regel von den Professionellen, vom System zu fordern.

Beiträge der Patienten zum Fehlervermeidungsmanagement

Zuerst möchte ich ganz allgemein die **Mündigkeit** der Patientin als wichtigen Beitrag hervorheben. Wir wissen, dass Patienten, die an ihrer Behandlung aktiv – partnerschaftlich – mitwirken, bessere Heilungschancen haben als diejenigen, die sich passiv in alles fügen, was mit ihnen geschehen soll. Und sie haben eben auch größere Chancen, nicht Opfer von Fehlern zu werden, weil sie mehr aufpassen, mehr wissen wollen, mehr mitdenken... Andererseits kann aber auch genau das zur Ursache von Fehlern werden: beispielsweise wenn die Professionellen damit nicht umgehen können, wenn sie eine um Mündigkeit bemühte Patientin als Querulantin ansehen und ihr das Selbstbewusstsein austreiben wollen, anstatt sie darin zu unterstützen.

Mündige Patienten kann man nicht *machen*. Manche sind es längst, andere wollen es nicht und werden es nie sein, aber eine dritte, gar nicht so kleine Gruppe kann und sollte darin nach Kräften unterstützt werden. Beispielsweise indem ein Krankenhaus seinen Patienten bei der Aufnahme eine „Charta der Patientenrechte“ überreicht, wie es etwa das Hamburger Diakonie-Krankenhaus Alten Eichen seit vielen Jahren tut. Dort weiß die Patientin, dass sie ihre Rechte nicht mit Mühe durchsetzen muss, sondern dass sie sogar Unterstützung durch unabhängige Patientenfürsprecher der Verbraucherzentrale findet.

Ein Ausdruck der Mündigkeit ist die Fähigkeit zur **partnerschaftlichen Entscheidungsfindung** (shared decision making). Wir könnten möglichst viele Patienten aufrufen, ihr Schicksal in die eigenen Hände zu nehmen, statt es passiv der Verantwortung als allmächtig phantasierter Professioneller zu übertragen – die daran möglicherweise sehr schwer zu tragen haben! Vielen Ärzten und anderen Gesundheitsarbeitern sind die mündigen Patienten lieber, die ihnen einen Teil der Verantwortung abnehmen.

Aufrufen und Ermutigen reicht aber noch nicht. Wir müssen möglichst viele Patienten systematisch schulen, damit sie sich trauen, ihren Ärzten selbstbewusst und partnerschaftlich zu begegnen, und damit sie auch die Instrumente für eine Partnerschaft besitzen. Denn dazu gehört einiges Wissen und Können: beispielsweise Wissen über Krankheiten, über Methoden der Wissensrecherche und -beurteilung, über das Gesundheitssystem; und Fähigkeiten zum Umgang mit Krankheiten und Lebenskrisen (coping) sowie etliche andere (KRANICH 2004a).

Ein ganz wichtiges Feld zur Fehlervermeidung ist die **Transparenz der Qualität** im Gesundheitswesen. Solange Patienten nichts über die Qualität von Anbietern und Angeboten im Gesundheitswesen wissen, können sie ihre enorme Wahlfreiheit, auf die wir in Deutschland so stolz sind, nur im Blindflug ausüben (KRANICH/VITT 2003). Was nützt die freie Arztwahl, wenn ich keine Anhaltspunkte dafür habe, welcher Arzt oder welches Krankenhaus meine Krankheit am besten behandeln kann? Die Arztwahl geschieht heute vermutlich in nahezu allen Fällen durch Empfehlung von Nachbarn oder Freunden, im besseren Fall durch Nachfrage in einer Selbsthilfegruppe, wer denn mit wem gute Erfahrungen gemacht habe. Doch wie belastbar und übertragbar sind die subjektiven Erfahrungen Einzelner? Wir besitzen inzwischen immer mehr und immer besser aufbereitete Daten über Qualität, beispielsweise über die Leistungen von Krankenhäusern durch die sogenannte Externe Qualitätssicherung (§ 137 SGB V) – doch diese Daten werden den Patienten, die sie am dringendsten bräuchten, systematisch vorenthalten. Da ist z.B. die gesetzliche Vorgabe, dass Krankenhäuser ab 2005 Qualitätsberichte veröffentlichen müssen, als erster Schritt zu mehr Transparenz sehr zu begrüßen, ebenso wie die Entwicklung von Qualitätssiegeln (z.B. KTQ, Stiftung Praxisnetz u.a.). Wir können gespannt sein, ob die Datenerhebung und vor allem ihre Veröffentlichung und erklärende Vermittlung an die Patienten mit der notwendigen Sorgfalt und Objektivität geschehen wird. Denn die Gefahr ist groß, dass nicht nur von den Anbietern selektiv die guten Ergebnisse veröffentlicht und die schlechten verheimlicht

werden, sondern auch dass der Druck der Veröffentlichung auf die Validität der Daten zurückwirkt und das Ganze unbrauchbar macht. Über die Daten der sogenannten Externen Qualitätssicherung der Krankenhäuser wird ja schon heute, noch vor einem faktischen Veröffentlichungszwang, genau dies berichtet (SPIEGEL 12/2004).

Natürlich ist die Angst mancher Anbieter, die Veröffentlichung nicht so guter Ergebnisse könnte Probleme mit der Auslastung ihrer Einrichtung nach sich ziehen, sehr verständlich – andererseits ist aber genau das der Sinn der Sache: dass sich Patienten bewusst für gute Qualität entscheiden können und alle, die weniger gute Qualität liefern, dadurch gezwungen sind, besser zu werden. Warum soll das im Gesundheitswesen anders sein als auf dem Auto-, Elektronik- oder Reinigungsmarkt?

Nun komme ich zum nächsten Element des Risikomanagements aus Patientensicht: dem Einholen einer **Zweitmeinung**. Deutschland hat da ein schon aus ökonomischen Gründen unverständliches Defizit – ein regelhaft eingesetztes Zweitmeinungssystem würde enorme Kosten einsparen. Fragt man Ärzte hinsichtlich typischer, lehrbuchmäßiger Indikationen, welche Maßnahmen sie ihren Familienangehörigen verordnen bzw. an sich selbst dulden würden, reduzieren sich die Zustimmungen und Empfehlungen erstaunlich gegenüber den Ratschlägen, die dieselben Ärzte ihren Patienten tagtäglich geben.³

Doch hier geht es ja nicht primär um Ökonomie, sondern um die Patientensicht, die viel mehr umfasst. Vor allem als *Prävention unnötiger Eingriffe* wäre das regelhafte Einholen einer Zweitmeinung von großer Bedeutung. Unnötige, nicht indizierte Maßnahmen sind nicht nur teuer, sie setzen die Patienten auch unnötigen Risiken aus. Eigentlich ist jede unnötige Maßnahme als solche schon ein Kunstfehler – nur wird dies leider fast nie festgestellt, allenfalls wenn zusätzlich auch noch ein (dann doppelt unnötiger) Behandlungsfehler hinzutritt und ein ermittelndes Gericht die Indikation ausdrücklich in seine Fragestellung an den Gutachter einbezieht.

Allerdings muss man sich fragen, was eine Zweitmeinung nützt, wenn sie nicht von einem *unabhängigen* Experten stammt. Jeder Arzt, der dabei eigene Einkommenshoffnungen hegt, ist ein falscher Ratgeber. Ein Zweitmeinungssystem müsste auf einer unabhängigen Institution basieren, die allerdings nicht nur von einem Akteur (wie etwa der MDK von den

3 Dies hat Prof. F.W. Schwartz von der Medizinischen Hochschule Hannover vor einigen Jahren empirisch herausgefunden.

Krankenkassen), sondern von allen relevanten Akteursgruppen getragen wird. Hier sei an Vorschläge für ein *einheitliches sozialmedizinisches Gutachterwesen* erinnert, wie sie Wolfgang Wodarg, Mitglied im Gesundheitsausschuss des Deutschen Bundestages, schon 1996 vorgelegt hat.⁴ Leider sind diese Entwürfe nach der Regierungsübernahme durch SPD und Grüne nicht wieder aufgegriffen worden.

Die Politik ist bisher leider nur sehr halbherzig mit dem Thema Zweitmeinung umgegangen. Im Sozialgesetzbuch ist seit vielen Jahren geregelt, dass das Einholen von Zweitmeinungen vertraglich zwischen den Spitzenverbänden der Krankenkassen und Krankenhäuser geregelt werden müsse (§ 137 SGB V). Dieser Auftrag wurde jedoch bis heute nicht erfüllt. Seit Anfang 2004 ist die Bestimmung konkreter gefasst, und man darf gespannt sein, ob und mit welcher Taktik die großen Akteure des Gesundheitswesens eine für Patienten befriedigende Lösung weiterhin hinauszögern, verwässern oder ganz verhindern werden.

Das **Vertrauen** der Patienten in einen Akteur oder eine Einrichtung ist ein wichtiges Element des Fehlervermeidungsmanagements. Allerdings wird Vertrauen heute immer weniger einfach geschenkt, es muss immer mühsamer erworben werden. Ärzte und andere Gesundheitsarbeiter müssen *vertrauensbildende Maßnahmen* ergreifen, um die Patienten (wieder) von der Qualität ihrer Arbeit und der Lauterkeit ihrer Motive zu überzeugen.

Zu den vertrauensbildenden Maßnahmen gehört auch ein aktives, ein „aufsuchendes“ **Beschwerdemanagement**. In anderen Bereichen von Produktion und Dienstleistung ist es längst bekannt, aber im Gesundheitswesen setzt sich die Erkenntnis erst sehr langsam durch: Jede Beschwerde ist ein Schatz. Meist kostet sie nicht einmal etwas, und sie erspart unter Umständen den teuren Unternehmensberater, denn die Patienten können das Ergebnis einer Behandlung, also das „was hinten raus kommt“, ganz gut beurteilen und nicht selten auch Hinweise zur Verbesserung fehlerhafter Strukturen und Prozesse geben.

Beiträge der Patienten zum Fehlerbewältigungsmanagement

Damit bin ich beim zweiten großen Bereich angekommen, denn der Umgang mit Beschwerden hat beide Aspekte. Eine Beschwerde weist auf Mängel hin, deren Optimierung in der

4 Siehe www.wodarg.de/print.php?sid=221

Zukunft präventiv fehlervermeidend wirkt; und sie verlangt nach konkreter Abhilfe im Einzelfall, nach Fehlerbewältigung.

Der Umgang mit Beschwerdeführern und darunter ganz besonders mit Menschen, die einen Behandlungsfehler vermuten, erfordert **unabhängige Beratungs- und Unterstützungsstellen**, die außerhalb der mit der Schädigung verquickten Institution stehen, die jedoch zugleich nah genug am Geschehen sind, um wirksam helfen zu können. Leider hat die Politik in Deutschland die Entwicklung solcher Einrichtungen über Jahrzehnte vernachlässigt – anders als in anderen europäischen Ländern, etwa den Niederlanden, wo seit fast 30 Jahren ein starker Patientenverband 15 Prozent der Niederländer vereint und über das Land verteilt etwa 30 bevölkerungsnahen Unterstützungsstellen unterhält.⁵ Die bescheidenen Ansätze, die der deutsche § 65b SGB V zu diesem Thema geschaffen hat – er verpflichtet die Krankenkassen, jährlich 5,11 Millionen Euro für Patientenunterstützung durch unabhängige Einrichtungen auszugeben – wirken dagegen ziemlich bescheiden.

Wenn „sich ein Risiko verwirklicht hat“ – so werden Behandlungsfehler oft vornehm umschrieben – muss der Betroffene, der meist schon mit einem gesundheitlichen Problem leben muss, noch ein zweites Problem in sein Leben integrieren, meist ein juristisches. Er braucht dafür Regelungen für eine **unbürokratische Entschädigung**. Das deutsche Recht ist hier zwar in der Theorie ziemlich patientenfreundlich, in vielen Fällen ist das gute Recht in der Praxis jedoch nur schwer oder gar nicht durchzusetzen. Neben weiteren Beweiserleichterungen und Überlegungen in Richtung einer verschuldensunabhängigen Haftung bei Behandlungsfehlern, wie sie in den skandinavischen Ländern bereits weit entwickelt sind (PICHLER 1994), wäre hier ein Härtefall-Fonds zu fordern, wie er etwa von den österreichischen Patientenanwälten bereits durchgesetzt wurde.⁶ Auch die Schaffung eines Fachanwalts für Patientenrecht wäre eine Anregung, denn wer einen Behandlungsfehler vermutet, möchte keinesfalls an einen Anwalt geraten, der entweder gar keine Ahnung von Patientenrecht hat oder der überwiegend Ärzte vertritt.

Ein weiterer Aspekt ist, dass Fehlerbewältigung auch heißt, mit der **Kränkung** umzugehen, die dem Opfer widerfahren ist. Zur Krankheit kommt Kränkung, und beides muss verarbeitet und irgendwie in die Biografie integriert werden. In vielen Fällen ist sogar ausdrücklich psychologische Hilfe erforderlich. Und:

5 Siehe www.npcf.nl

6 Siehe z.B.: www.patientenanwalt.com/pdf/noe_patienten_entschaedigungsfonds.pdf

Wenn ein Fehler geschieht, bei dem der Patient keinen auf den ersten Blick erkennbaren Anteil hat, muss das System, das den Fehler möglich gemacht hat, die Last der Kompensation übernehmen. Und zwar freiwillig – ansonsten ist das Vertrauen auf Dauer verloren.

Fazit

Ich merke, dass ich eigentlich über die Beiträge der *Patienten* zum Risikomanagement schreiben wollte, dass jedoch viele der genannten Punkte eher die Professionellen und das ganze System betreffen. Patienten brauchen eben entsprechende Strukturen und die Bereitschaft, sich mit ihrer Sichtweise und ihren möglichen Beiträgen aktiv auseinanderzusetzen. Daher heisst die zusammenfassende Forderung: Ermöglicht es den Patienten, ihre Beiträge zum Risikomanagement zu leisten. Sie haben einiges zu geben!

Literatur

KRANICH C, 2004 (a): Patientenkompetenz – Was müssen Patienten wissen und können? In: Bundesgesundheitsblatt Jg. 47 Nr. 10

KRANICH C, 2004 (b): Die neue Patientenbeteiligung in Deutschland (vorgeschlagener Titel). Erscheint in: Zeitschrift Dr med Mabuse, Frankfurt am Main, September 2004

KRANICH C, VITT KD (Hg), 2003: Das Gesundheitswesen am Patienten orientieren. Qualitätstransparenz und Beschwerdemanagement als Gradmesser für ein patientenfreundliches Gesundheitssystem. Acht europäische Länder im Vergleich. Frankfurt am Main (Mabuse)

PICHLER JW, 1994: Rechtsentwicklungen zu einer verschuldensunabhängigen Entschädigung im Medizinbereich, Band 1: Die Patientenversicherungsrechte in Schweden, Finnland und Dänemark. Wien (Böhlau)

SCHEIBLER F, PFAFF H (Hg), 2003: Shared Decision-Making. Der Patient als Partner im medizinischen Entscheidungsprozess. Weinheim/München (Juventa)

SPIEGEL 12/2004: Operieren und frisieren, von Carsten Holm

SACHVERSTÄNDIGENRAT FÜR DIE KONZERTIERTE AKTION IM GESUNDHEITSWESEN, 1992: Ausbau in Deutschland und Aufbruch nach Europa. Jahresgutachten 1992. Baden-Baden (Nomos), Kapitel 3