

# Ökonomische Betrachtung der Patientensicherheit

Hauptstadtkongress  
Berlin, 11. Mai 2011

**Jörg Niemann**

Dipl.-Ök. Dipl.-Volksw.

Leiter Landesvertretung Niedersachsen des Verbandes der Ersatzkassen e.V. (vdek)

Alternierender Vorsitzender des Verwaltungsrats des Medizinischen Dienstes der  
Krankenversicherung Niedersachsen (MDKN)

## **Vorbemerkung**

Patientensicherheit ist ohne Zweifel ein ökonomisches Thema, in erster Linie ist es aber ein elementares, existenzielles Thema für Kranke, bei dem es um Schutz für Leib und Leben geht.

## **Einführung: Fokus Krankenhaus**

Eine Betrachtung des Themas Patientensicherheit, zumal eine ökonomische, fokussiert sich nahezu automatisch auf den Krankenhausbereich. Die stationäre Versorgung ist mit einem Volumen von bundesweit rund 59 Milliarden Euro jährlich der größte Kostenblock in der gesetzlichen Krankenversicherung. Jeder dritte Euro wird für die Krankenhausversorgung ausgegeben. Gleichzeitig liegt es nahe, dass Verstöße gegen Sicherheitsnormen im Krankenhaus als dem Ort, an dem die schwerer erkrankten oder verletzten Menschen versorgt werden, besonders gravierende Folgen haben.

Wer sich in ein Krankenhaus begibt, legt Leib und Leben in die Hände von anderen. Für dieses hohe Maß an Vertrauen muss der Patient erwarten können, dass nicht nur alles getan wird, um Heilung oder Linderung herbeizuführen, sondern auch, dass mit hoher Sorgfalt und Professionalität seine Sicherheit gewährleistet wird. Sicherheit ist in den allermeisten Bereichen des Lebens selbstverständlich. Ausgerechnet bei der Versorgung verletzter, kranker und schwerstkranker Menschen ist sie es nicht, wie Berichte über spektakuläre Behandlungsfehler, unsauberes Operationsbesteck, kontaminierte Infusionsflaschen und Hygienemängel zeigen.

## **Patientensicherheit als Vermeidung „unerwünschter Ereignisse“**

Was bedeutet Patientensicherheit? In der Literatur wird der Begriff des „unerwünschten Ereignisses“ geprägt, eines Ereignisses, das eher durch die Behandlung einer Erkrankung als durch den Krankheitsverlauf geprägt ist. Eine Untergruppe der „unerwünschten Ereignisse“ sind die „vermeidbaren unerwünschten Ereignisse“, also Schäden, die auf Fehler zurückgehen. Dazu gehören nicht nur individuelle Fehler eines Arztes, sondern auch Fehler des übrigen Behandlungsteams und Fehler des „Systems Krankenhaus“.

Der Sachverständigenrat nimmt in seinem Bericht 2007 bei einer Größenordnung von jährlich 17 Millionen Krankenhauspatienten folgende Zahlen als „zuverlässige Schätzung“ an:

- 850 000 bis 1.700.000 unerwünschte Ereignisse, davon
- 340.000 bis 720.000 vermeidbare unerwünschte Ereignisse, davon
- 170.000 Behandlungsfehler sowie
- 17.000 auf vermeidbare unerwünschte Ereignisse zurückgehende Todesfälle.

Nicht Gegenstand dieser Betrachtung sind Leistungen, die in Deutschland mit einer gewissen Plausibilität teilweise unnötig erbracht werden, zum Beispiel Bandscheiben-Operationen oder Herzkatheter-Untersuchungen. Selbst wenn diese Leistungen nicht zu konkreten Schädigungen führen, belasten sie die Patienten und führen zu überflüssigen Ausgaben, deren Gesamthöhe das IQWiG im zweistelligen Milliardenbereich ansiedelt.

Die Sicherheit der Patienten zu gewährleisten heißt, die „vermeidbaren unerwünschten Ereignisse“ so weit wie möglich zu reduzieren. Um die Dimension noch einmal deutlich zu machen: In bis zu vier von 100 Krankenhaus-Behandlungsfällen kommt es zu einem Schaden, der auf Fehler zurückzuführen ist. Einer von 1.000 Patienten überlebt diesen Fehler nicht. In Deutschland sterben mehr als vier Mal so viele Menschen nach einem Fehler im Krankenhaus als im Straßenverkehr. Bei aller Problematik solcher Vergleiche muss diese Dimension deutlich werden, um zu verstehen, wie wichtig das Thema ist, wie gravierend Fehler im Krankenhaus für die Betroffenen sind.

### **Politik sieht Handlungsbedarf: das neue Infektionsschutzgesetz**

Auch die Politik sieht inzwischen erheblichen Handlungsbedarf und hat das „Gesetz zur Änderung des Infektionsschutzgesetzes und weiterer Gesetze“ auf den Weg gebracht. Die Bundesregierung begründet das Gesetz damit, dass in Deutschland jährlich rund 400.000 bis 600.000 Patienten an Klinikinfektionen erkranken und 7.500 bis 15.000 daran sterben. Die Zahl der Infektionen soll u.a. durch eine klare Verantwortlichkeit für die Einhaltung von Hygieneregeln beim Krankenhaus erreicht werden.

Dass die Politik den Ärzten einfache Hygiene-Regeln vorschreiben muss, so schreibt die *Süddeutsche Zeitung*, „ist ein Zeugnis ärztlichen Scheiterns in einem Land, das sich seiner Hochleistungsmedizin rühmt“.

Im Resultat sollen laut Gesetzentwurf 20 bis 30 Prozent der Krankenhausinfektionen und die daraus entstehenden Behandlungskosten vermieden werden. Zur Berechnung der möglichen Minderausgaben werden je Fall die durchschnittlichen Krankenhaus-Behandlungskosten von 3.800 Euro zugrunde gelegt. Damit könnte sich das Einsparpotenzial auf 500 Millionen Euro addieren.

Auf der anderen Seite werden Mehrausgaben angenommen, deren Höhe sich im Vergleich dazu geradezu bescheiden ausnehmen: Für die GKV ergeben sich demnach Ausgaben für die Erkennung und Eliminierung der multiresistenten Keime von jährlich 2,5 Millionen Euro. Bei den Krankenhäusern fallen zusätzliche Personalkosten für Hygieneaufgaben in Höhe von 76 Millionen Euro an.

Wie unterschiedlich derartige Berechnungen und Prognosen ausfallen können, zeigt sich daran, dass die Deutsche Krankenhausgesellschaft ihrerseits von 400 Millionen Euro Mehrkosten durch die Personalaufstockung spricht. Diese doch ganz erhebliche Differenz lässt vermuten, dass die Quantifizierung erwarteter ökonomischer Effekte im Gesundheitswesen erstens nicht ganz einfach ist und zweitens durchaus auch mit eigenen institutionellen Interessen korrelieren mag.

### **Finanzieller Schaden durch mangelnde Patientensicherheit**

Dass neues Personal etwas kostet, ist an sich ja unstrittig. Allerdings folgen Diskussionen im Gesundheitswesen allzu reflexhaft dem Muster, dass ein Nutzen welcher Art auch immer mit zusätzlichen Ausgaben verbunden sein muss. Gerade beim Thema Patientensicherheit vermag ich dem nicht zu folgen.

Für gutes Geld erwarte ich eine gute Leistung, und zu einer guten Leistung gehört Sicherheit dazu – als Selbstverständlichkeit. Ich bezahle nicht mehr Geld dafür, weil eine Leistung sicher wird, sondern umgekehrt bezahle ich für eine unsichere Leistung überhaupt nicht. Das gilt für den Kauf eines Hauses oder eines Autos, das gilt für eine Flugreise. Warum sollte das gerade im Gesundheitswesen nicht gelten?

Davon abgesehen, und das ist meine zweite These, gibt es aber auch keinen Widerspruch zwischen Ökonomie und Patientensicherheit. Die Gewährleistung von Patientensicherheit entspricht vielmehr ökonomischer Rationalität. Dazu drei verschiedene Aspekte:

#### **1. Zusätzliche Behandlungskosten**

Vermeidbare unerwünschte Ereignisse führen zu zusätzlichen Behandlungskosten. Genaue Zahlen hierüber gibt es nicht. Legt man analog zur Berechnung der Bundesregierung im Entwurf für das Infektionsschutzgesetz die Annahme zugrunde, dass die Behandlungskosten eines vermeidbaren unerwünschten Ereignisses denen eines durchschnittlichen Krankenhausfalls entsprechen, würde der Schaden zwischen 1,3 und 2,7 Milliarden Euro liegen. Selbst wenn man sehr konservativ davon ausgeht, dass die Kosten nur ein Drittel eines durchschnittlichen Falles betragen, weil etwa bestimmte Leistungen der Hochleistungsmedizin hier eher nicht betroffen sind, be-

wegen wir uns in einer Größenordnung von fast einer Milliarde Euro.

Je offenkundiger der Fehler ist, desto eher haben die Krankenhäuser die zusätzlichen Kosten zu tragen. Wobei die Nebendiagnose „Zwischenfälle bei chirurgischem Eingriff und medizinischer Behandlung“ so selten kodiert wird, dass die Zahl in einen statistisch nicht mehr relevanten Bereich fällt. Das deckt sich – vorsichtig formuliert – nicht ganz mit den sonst üblichen Annahmen über die Häufigkeit von Behandlungsfehlern. Aber auch wenn strittig ist, ob Krankenhäuser oder Krankenkassen mit zusätzlichen Ausgaben belastet werden: Diese Behandlungskosten fallen unnötigerweise an, und auch im Gesundheitswesen kann jeder Euro nur einmal ausgegeben werden. Mittelbar schädigen sich die Leistungserbringer finanziell also auch selbst.

## **2. Schadenersatz**

Ein offenkundiger ökonomischer Schaden durch Behandlungsfehler im engeren Sinne tritt durch Zahlungen von Schmerzensgeld und Schadenersatz an betroffene Patienten oder Angehörige ein. Es gibt auch in Deutschland mittlerweile Fälle, in denen dabei Millionenbeträge gezahlt werden mussten. Dass diese Beträge zum großen Teil von Haftpflichtversicherungen übernommen werden, ändert nichts an dem Schaden, zumal er letztlich über die Höhe der Prämien dann doch an die Leistungserbringer weitergegeben wird. In diesem Zusammenhang sei an die ökonomischen Probleme der Hebammen erinnert, nach dem deren Haftpflichtversicherungen im vergangenen Jahr um mehr als 50 Prozent teurer geworden sind.

## **3. Negative Wettbewerbseffekte**

Aus ökonomischer Sicht eines einzelnen Krankenhauses ist Patientensicherheit auch deshalb von Bedeutung, weil es vielfach im Wettbewerb mit anderen Häusern steht. Medienberichte über spektakuläre Behandlungsfehler schädigen den Ruf eines Hauses nachhaltig. Davon abgesehen werden Bewertungsportale immer wichtiger, in denen Patienten Daten etwa zu Komplikationsraten abfragen können. Transparenz und Patientensouveränität werden im Gesundheitswesen weiter zunehmen, auch im Krankenhausbereich.

Um es zusammenzufassen: Mangelnde Sorgfalt ist teuer.

## **Bisherige Ansätze zur Patientensicherheit**

So groß der Handlungsbedarf beim Thema Patientensicherheit ist, so wenig soll unterschlagen werden, dass schon jetzt auch einiges dafür getan wird. Einige der Initiativen sollen hier beispielhaft genannt werden.

- Die Krankenkassen geben jährlich rund 17 Millionen Euro über Zuschläge auf die Krankenhausrechnungen für die externe Qualitätssicherung aus.
- Das Krankenhaus-CIRS-Netz Deutschland (CIRS= Critical Incident Reporting System) versucht eine Systematisierung von vermeidbaren unerwünschten Ereignissen vorzunehmen und stellt Beratungen zur Verfügung.
- Das 2005 gegründete Aktionsbündnis Patientensicherheit initiiert Projekte, deren Ergebnisse in Form von Handlungsempfehlungen veröffentlicht werden.
- Es gibt Projekte wie das Antibiotika-Resistenz-Monitoring, das Niedersachsen als erstes Bundesland eingeführt hat und mit jährlich 800.000 Euro unterstützt.

Darüber hinaus gibt es natürlich auch das interne Risikomanagement der einzelnen Krankenhäuser.

### **Fazit und Ausblick**

Krankenhäuser müssen Patientensicherheit als selbstverständlichen, originären Bestandteil ihrer Versorgungsleistung begreifen und eine hausinterne Sicherheitskultur entwickeln und „leben“. Das heißt: Es muss eindeutig festgelegte und befolgte Prozesse geben – von der Hygiene bis zum Umgang mit Fehlern. Außerdem gilt:

- Systematisierungs- und Spezialisierungsprozesse befördern ein Sicherheitsmanagement und müssen weiterentwickelt werden (Beispiel: Konzentration der „Frühchen“-Versorgung).
- Die Beachtung von Leitlinien etwa für den Umgang mit Antibiotika muss für die Krankenhäuser verbindlich sein.
- Die Transparenz für die Patienten über die Behandlungsqualität einzelner Häuser sollte weiter erhöht werden.
- Auch Möglichkeiten von Zu- und Abschlägen nach Leistungsqualität – also Pay for Performance – müssen weiter geprüft werden.

Diese Maßnahmen erhöhen die Sicherheit der Patienten und leisten einen Beitrag dafür, unnötige Kosten zu vermeiden.