



**TK-Monitor Patientensicherheit 2021:  
Erlebte Patientensicherheit aus Sicht der Bevölkerung.**

Eine bevölkerungsrepräsentative Befragung zum Stand der  
Sicherheit in der medizinischen Versorgung

Schwerpunkte:

Long COVID,  
Schwerwiegende Ereignisse ("*never events*"),  
Berichts- und Lernsysteme

17. September 2021

Der TK-Monitor Patientensicherheit ist eine Untersuchung der Techniker Krankenkasse.

Wir danken allen Befragten herzlich für Ihre Teilnahme an dieser Untersuchung.

Autorinnen und Autoren:

Hardy Müller, Beauftragter für Patientensicherheit der Techniker Krankenkasse. Mail: [hardy.mueller@tk.de](mailto:hardy.mueller@tk.de)

Dr. Beate Müller, Leiterin des Arbeitsbereichs Patientensicherheit am Institut für Allgemeinmedizin der Goethe-Universität Frankfurt am Main.

Prof. David Schwappach, Direktor, Stiftung für Patientensicherheit. Zürich.

Katharina Hinsch, FB Versorgungsmanagement, Techniker Krankenkasse

Zitiervorschlag: Müller H, Müller B, Hinsch K, Schwappach D (2021): TK-Monitor Patientensicherheit: Erlebte Patientensicherheit aus Sicht der Bevölkerung. Eine bevölkerungsrepräsentative Befragung zum Stand der Sicherheit in der medizinischen Versorgung. Schwerpunkte: Long COVID, Schwerwiegende Ereignisse ("*never events*"), CIRS Berichts- und Lernsysteme. Hamburg. Online verfügbar unter [www.tk.de](http://www.tk.de) (Suchnummer **2113156**)

Wir danken Herrn Christian Künstler, Fließner-Fachhochschule Düsseldorf für die Mitarbeit bei der Erstellung des Fragebogens und der Grafiken.

17. September 2021

## Inhalt

Abbildungsverzeichnis.....	4
Vorwort Thomas Ballast, stellvertretender Vorstandsvorsitzender der TK.....	5
Vorwort Dr. Ruth Hecker, Vorsitzende Aktionsbündnis Patientensicherheit APS e.V.....	7
Herausforderungen und Ziele .....	9
Eck-Daten zur Befragung TK-Monitor Patientensicherheit 2021.....	10
Zusammenfassung: Kernaussagen und Forderungen .....	11
I Ergebnisse TK Monitor Patientensicherheit.....	13
Hohe Risikowahrnehmung und häufige persönliche Erfahrungen .....	13
Berichte der Versicherten: kommen häufig nicht an .....	17
Eigene Einschätzungen: gut informiert, selbstbewusst und zuversichtlich .....	19
II <i>Never events</i> .....	23
III Berichts- und Lernsystemen, CIRS.....	26
IV Long COVID: .....	30
Literaturverzeichnis.....	32

## Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Wahrscheinlichkeit von Patientenschäden im Krankenhaus und in der ambulanten Versorgung.....	14
Abbildung 2: Bedrohlichkeit nach Behandlungsart.....	15
Abbildung 3: Persönliche Betroffenheit und Kommunikation von vermuteten Behandlungsfehlern .....	17
Abbildung 4: Informations-Stand zum Thema Patientensicherheit 2021 .....	20
Abbildung 5: Können Patient:innen selbst zur sicheren Versorgung beitragen? .....	21
Abbildung 6: Einschätzung der Befragten: Vorgeschriebene und erwünschte Maßnahmen nach einem never event.....	24
Abbildung 7: Bekanntheit und Nutzungsbereitschaft von CIRS.....	27
Abbildung 8: Anforderungen an Berichts- und Lernsysteme.....	27
Abbildung 9: Bekanntheit von Long COVID Symptomen .....	31
Abbildung 10: Long COVID Versorgungsbereiche .....	31

## Vorwort

### Thomas Ballast, stellvertretender Vorstandsvorsitzender der TK

Nach den Jahren 2019 und 2020 stellen wir nun den dritten Monitor Patientensicherheit vor. Mit dieser mittlerweile etablierten Befragung erfahren wir von unseren Versicherten, wie sie selbst die Sicherheit in ihrer persönlichen Behandlung erleben und wie wir gemeinsam die Patientensicherheit ausbauen können. Die Rückmeldungen der Befragten liefern uns wertvolle Impulse und Anregungen, um unsere Aktivitäten bedarfsgerecht weiterzuentwickeln.

Wir spüren dabei die Bereitschaft der Versicherten, sich selbst aktiv einzubringen. Wir lernen aber auch, dass spezielle Angebote zur Beratung von Patientinnen und Patienten im Zusammenhang mit Vorwürfen zu Behandlungsfehlern nicht oft genutzt werden: nur 1 Prozent wendet sich an Patientenberatungsstellen.

Der TK-Monitor Patientensicherheit ist "unser Ohr" an den Versichertenbedürfnissen im Themenfeld. Er ist ein Instrument, um letztlich sicherer versorgen zu können. Der Wunsch nach Möglichkeiten, "gehört" zu werden, ist ein legitimer Anspruch der Versicherten. Wir haben als TK daher vorgeschlagen, in den immer öfter erstellten Transparenzberichten der Gesetzlichen Krankenkassen auch die Aktivitäten im Themenfeld Patientensicherheit darzustellen und insbesondere zu präsentieren, in welcher Form die Bedürfnisse der Versicherten erhoben werden. Dafür wären vergleichbare Befragungen bei allen Krankenkassen sinnvoll.

Der TK-Monitor 2021 unterstreicht in beeindruckender Weise die Relevanz von möglichen Behandlungsfehlern für die Patientinnen und Patienten. Jeder vierte Befragte vermutet immerhin, in den letzten 10 Jahren schon einmal selbst Opfer eines Behandlungsfehlers geworden zu sein. Persönliche Erfahrungen oder zumindest Einschätzungen kommen damit sehr viel häufiger vor als in Statistiken tatsächlich bestätigte Behandlungsfehler. Wenn wir Versicherte ernst nehmen und sie im Mittelpunkt der Versorgung stehen, müssen wir auch deren persönliche Betroffenheit und ihre Sorgen zur Kenntnis nehmen und nicht nur die seltenen tatsächlich bestätigten Fälle. Andererseits: medizinische Versorgung ist immer individuell und oft auch komplex; nicht alles, was aus Patientensicht nicht optimal läuft, hat auch tatsächlich Einfluss auf das Behandlungsergebnis und ist auch tatsächlich ein Fehler. Es geht also auch darum, Vertrauen in das Versorgungssystem zu stabilisieren, indem allgemeine Maßnahmen zur Patientensicherheit implementiert werden.

Die Befürchtungen, Schaden zu nehmen, sind im Krankenhaus und im ambulanten Sektor verbreitet. Bei den Maßnahmen zur Vermeidung von Schäden wird fast schon traditionell primär der stationäre Sektor in den Blick genommen. Diese Rückmeldung der Versicherten zeigt, dass Aktivitäten in derselben Intensität wie im Krankenhaus auch im ambulanten Bereich sinnvoll und notwendig sind. Dies ist ein Motiv, weshalb die TK die Förderung von Meldesystemen in der vertragsärztlichen Versorgung gefordert hat. Im Rahmen des durch den Innovationsfonds geförderten Projekts CIRSforte wurden dazu Empfehlungen entwickelt, die nun dem G-BA zur weiteren Ausgestaltung des Risikomanagements vorliegen.

Wie immer untersucht der Bericht jährliche Schwerpunkte. Sondiert wurden dieses Jahr die Themen *never events*, Long-COVID und CIRS.

Patientenschädigungen, die unter normalen Umständen als nahezu vollständig vermeidbar gelten, werden als "*never events*" bezeichnet. Dazu zählen z. B. Personen-Verwechslung oder die Eingriffsverwechslung (falsche OP). Die Befragung zeigt, dass Versicherte einen systematischen Umgang mit diesen Ereignissen mit dem Ziel der zukünftigen Vermeidung erwarten. Tatsächlich werden heute in Deutschland derartige Ereignisse nicht dokumentiert und gemeinsam analysiert. Zum Ausbau der Patientensicherheit ist ein Never Event Register mit verlässlicher Datenerhebung, verpflichtender Analyse und transparenter Darstellung der Ergebnisse erforderlich.

Die COVID-Pandemie beschäftigt unser Gesundheitssystem auch dann noch, wenn keine akuten Fälle mehr vorliegen. Die Auswirkungen der COVID-Erkrankung für die Genesenen werden unter dem Begriff "Long COVID" diskutiert. Viele der Befragten sehen einen Behandlungsbedarf für diese Folgewirkungen im ambulanten Bereich. Ein Mehrbedarf ist nach diesen Befragungsergebnissen speziell bei Lungenfacharztpraxen absehbar. Die Autoren schlussfolgern, dass sich daraus neue Fortbildungsbedarfe im niedergelassenen Sektor ergeben. Nachwirkungen nach schwerem Verlauf von Erkrankungen sind jedoch an sich nichts Ungewöhnliches. Es bedarf daher einer wissenschaftlichen Bestätigung, ob und ggf. welche überdurchschnittlich langen und gravierenden Nachwirkungen bei Long COVID tatsächlich besonders behandlungsbedürftig sind und welche wie bei anderen Erkrankungen auch im Zeitverlauf schwächer werden und verschwinden.

Berichts- und Lernsysteme in der Medizin stellen ein zentrales und wichtiges Modul im Kanon des klinischen Risikomanagements dar. 78 Prozent der Befragten sind derartige Systeme nicht bekannt. Ebenfalls die überwiegende Mehrheit der Befragten würde sich aber gerne an derartigen Systemen beteiligen. Diese Empirie unterstützt etwa die Forderung der WHO beim Ausbau der Patientensicherheit, auch Patientinnen und Patienten sowie ihre Angehörigen einzubeziehen. Dies bestätigt unsere Konzeption, die TK-Versicherten beim Ausbau der Patientensicherheit aktiv einzubinden. So unterstützt die TK Berichts- und Lernsysteme, bei denen auch die Versicherten Gehör finden und beraten werden ([link](#)). Die Ergebnisse zum zusätzlichen Nutzen der Versichertenbeteiligung an CIRS-Systemen werden wir auswerten und 2022 veröffentlichen.

Weitere und vor allem neue Daten sind hilfreich. In der TK haben wir dazu ein Pilotprojekt zur kollegialen Beratung zwischen Expertinnen und Experten der TK in der Bearbeitung von Behandlungsfehlern und externen klinischen Risiko-Management gestartet. Auch über die Ergebnisse dieses Projektes werden wir informieren.

Ich wünsche Ihnen bei der Lektüre des TK-Monitors Patientensicherheit wertvolle Erkenntnisse zum Ausbau Ihrer eigenen Anstrengungen für mehr Patientensicherheit.



Thomas Ballast

## Vorwort

Dr. Ruth Hecker, Vorsitzende Aktionsbündnis Patientensicherheit APS e.V.

Eine gesunde, junge Frau geht zur ambulanten Geburt des zweiten Kindes in ein Krankenhaus. Sie bekommt einen rückenmarksnahen Katheter zur Schmerzreduktion gelegt. 24 Stunden später leidet sie an einer bakteriellen Meningitis. Dies ist zunächst eine nosokomiale Infektion und ein vermeidbares unerwünschtes Ereignis. Der Fall wird zwischen Angehörigen und Ärzten diskutiert, der kausale Zusammenhang wird aus Angst vor Schuldzuweisungen abgelehnt. Dabei geht es nicht um Schuldzuweisungen: Health Care Professionals sind Menschen und Menschen machen Fehler und manchmal kommt es zu Patientenschäden. Es geht darum, offen und ehrlich, mutig mit diesen Dingen umzugehen und aus Fehlern zu lernen, um weitere Schäden von weiteren Patient:innen fern zu halten. Dieser Fall wird nicht zentral berichtet, es findet keine Ereignisanalyse statt, er erscheint in keiner Statistik der Geburtshilfe - und die Konsequenz: Es wird nicht aus ihm gelernt!

Ich freue mich und danke der Techniker Krankenkasse sehr, dass sie in ihrem diesjährigen Monitor das Thema der vermeidbaren unerwünschten Ereignisse aufgenommen hat und die eindrucksvollen Ergebnisse der Patientenbefragungen vorstellen kann. Sie leistet damit einen wichtigen Beitrag zur Entwicklung der Sicherheitskultur und regt damit zu offenen Diskussionen an.

Qualitativ hochwertige und sichere Patientenversorgung ist das, was bei den Patient:innen ankommt und nicht das, was die Gesundheitsdienstleister, Politiker denken, was bei den Patient:innen ankommt. Es sind die Erfahrungen derjenigen, die die Versorgung aus erster Hand erlebt haben, die für die Handelnden und Entscheidenden im Gesundheitswesen unentbehrlich sind. Sie zeigen uns die wirkende Seite der Gesundheitsversorgung und machen uns bewusst, welche Auswirkungen Behandlungen auf Patient:innen und ihre Familien haben. Wir müssen endlich mehr tun, als nur über patientenzentrierte Versorgung zu reden. Wir müssen Patientinnen und Patienten einbeziehen, ihre Erfahrungen messen und handeln, wenn sie von ihren Erfahrungen berichten.

Ich begrüße es sehr, dass die Techniker Krankenkasse mit dieser wichtigen, repräsentativen Befragung die Sicht der Menschen zum Thema Patientensicherheit erfasst und untersucht hat. Dank solcher Umfragen haben Patient:innen nun eine weitere Möglichkeit, ihre Meinung zu äußern - und wir die Gelegenheit, aus den Ergebnissen zu lernen.

In diesem Jahr wurde im TK-Monitor unter anderem das Thema „schwerwiegende unerwünschte Ereignisse“ als Befragungsschwerpunkt gewählt. Auch beim Aktionsbündnis Patientensicherheit beschäftigen wir uns mit diesem wichtigen Thema. Eine Expertengruppe hat geprüft, welche Ereignisse mit einem hohen Schadenspotenzial als verhinderbar gelten, wenn Sicherheitsbarrieren einrichtungsspezifisch wirksam implementiert sind. Alle Einrichtungen des Gesundheitswesens sind aufgerufen zu überprüfen, wie effektiv und nachhaltig die Präventionsmaßnahmen für diese Ereignisse in ihren Bereichen umgesetzt sind. Die Ergebnisse der vorliegenden Befragung sind ein

wichtiger Baustein, dieses Thema in den Vordergrund zu stellen und in Deutschland weiterzuentwickeln.

Auch das Thema CIRS wurde im diesjährigen Monitor abgefragt. Den Kenntnisstand der Befragten zu diesem Thema zu erfahren und ihre Bereitschaft zur Beteiligung zu untersuchen, ist von hoher Bedeutung. Nur wenn wir verstehen, wie nach Ansicht der Patient:innen ein Berichtssystem beschaffen sein sollte, kann es so ausgestaltet werden, dass möglichst viele Patient:innen es nutzen.

Ich freue mich darüber, dass die Ergebnisse der Befragung an einem besonderen Tag veröffentlicht werden – dem Welttag der Patientensicherheit. An diesem Tag sind weltweit alle Menschen dazu aufgerufen, sich über Patientensicherheit zu informieren und für dieses wichtige Thema zu werben. Ich bin mir sicher, dass der TK Monitor Patientensicherheit einen ausgezeichneten, wirksamen Beitrag dazu leistet.



Dr. Ruth Hecker



## Herausforderungen und Ziele

Die gesundheitliche Versorgung ist dazu da, den Menschen bei gesundheitlichen Problemen zu helfen. Hierfür halten wir in Deutschland ein Gesundheitswesen vor, mit dem auf höchstem Niveau den Patientinnen und Patienten geholfen werden soll. Zweifelsohne lässt sich die Versorgung in Deutschland insgesamt als "Segen" beschreiben. Unabhängig von dieser Gesamtbilanz müssen wir immer wieder auch vermeidbare Schädigungen der Menschen im Behandlungsprozess feststellen. An der Spitze dieses "Eisbergs" stehen die aktenkundigen Behandlungsfehler. In der TK werden bis zu 7.000 derartige Vorwürfe jedes Jahr bearbeitet. Aufgrund von wissenschaftlichen Studien und darauf aufbauenden Schätzungen gehen wir in der TK allerdings davon aus, dass jedes Jahr tatsächlich ca. 210.000 sicherheitsrelevante Ereignisse mit Schadensfolge bei unseren über 10 Millionen Versicherten auftreten.

Bislang sind die subjektiven Einschätzungen und persönlichen Erfahrungen der Menschen zu möglichen Behandlungsfehlern in ihrer eigenen Behandlung unklar. Im Rahmen der TK Aktivitäten zum Ausbau der Patientensicherheit (Techniker Krankenkasse, 2021) erhebt der TK Monitor diese Dimension: Was denken die Menschen über die Patientensicherheit? Wie gefährlich erleben Sie die Versorgung? Sind die Befragten der Meinung, dass sie selbst etwas zu ihrer Sicherheit beitragen können? Die Ergebnisse zeigen, dass die Mehrzahl der Befragten selbst umfangreiche persönliche Erfahrungen gesammelt haben. Diese Erfahrungen sind für die weitere Ausgestaltung der Patientensicherheit relevant.

Epidemiologische Fakten oder tatsächliche Gefährdungslagen sind für die Menschen unbedeutend, wenn diese Ereignisse nicht aus persönlicher Perspektive als wertvoll und bedeutend erachtet werden. Der TK Monitor Patientensicherheit liefert wesentliche Erkenntnisse für den weiteren Ausbau unserer Bemühungen zur Stärkung der Patientensicherheit. Wir erkennen damit die Präferenzen und Einstellungen der Bevölkerung und erhalten die Chance, neue Versichertenangebote daraufhin optimiert auf- und auszubauen.

Durch die jährliche Erhebung sind wir in der Lage, auch Entwicklungen darzustellen. In diesem Bericht legen wir die Ergebnisse der Befragung aus dem Jahr 2021 vor. Vergleichende Analysen der Ergebnisse aus den Jahren 2019, 2020 und 2021 bleiben späteren Publikationen vorbehalten.

## Eck-Daten zur Befragung TK-Monitor Patientensicherheit 2021

Untersuchungszeitraum:	07. bis 21. Juni 2021
Grundgesamtheit:	Die in Privathaushalten lebenden deutschsprachigen Personen ab 18 Jahre
Auswahlverfahren:	Systematische Zufallsauswahl (mehrstufige, geschichtete Stichprobe)
Stichprobengröße:	1.000 Befragte
Erhebungsmethode:	Computergestützte Telefoninterviews anhand eines strukturierten Fragebogens
Gewichtung:	Gewichtung der Personenstichprobe nach Region, Geschlecht x Alter und Bildung
Datenerhebung:	forsa, Gesellschaft für Sozialforschung und statistische Analyse mbH

Berichtet werden statistisch signifikante und relevante Befunde. Unterschiede in den Vergleichsgruppen wurden unter Verwendung multipler paarweiser Vergleiche mittels Gauß-Test (für Prozentwerte) bzw. t-Test (für Mittelwerte) mit einer Sicherheitswahrscheinlichkeit von 95 Prozent auf Signifikanz geprüft.

## Zusammenfassung: Kernaussagen und Forderungen

### 1: Hohe Risiko-Wahrnehmung in der Bevölkerung

- Ein Viertel der Befragten hält einen Schaden durch eine Behandlung für wahrscheinlich. Dies gilt sowohl für Behandlungen im Krankenhaus als auch für die Versorgung in der Arztpraxis. Mehr als die Hälfte der Befragten hält es für wahrscheinlich, sich bspw. mit einem Krankenhaus-Keim zu infizieren oder eine falsche Diagnose zu erhalten. Ein Viertel der Befragten vermutet selbst bereits einen Behandlungsfehler erfahren zu haben.
- Die Behandlungsfehler-Statistiken bilden die Erfahrungen der Menschen nur unvollständig ab. Zur Einschätzung der Sicherheit in der Behandlung sind Behandlungsfehler alleine zu begrenzt. Das Ausmaß der Patientensicherheit muss multidimensional und differenziert unter Einschluss der Patientenerfahrungen erfasst werden.
- Mehr Aktivitäten mit Fokus auf mögliche Behandlungsfehler in der ambulanten Versorgung sind erforderlich. Der traditionelle Schwerpunkt von Aktivitäten im Krankenhaus ist zu ergänzen.
- Mehr Aufklärung mit dem Ziel einer realistischen Einschätzung der Risiken in der Versorgung ist wünschenswert.
- Die Entwicklung von Maßnahmen zur Verbesserung der Diagnose-Sicherheit ist erforderlich.

### 2: Gemeldete Behandlungsfehler-Verdachtsfälle selten dokumentiert

- 40 Prozent der vermuteten Fehler werden weitergemeldet. Aber nur ein Bruchteil davon ist dokumentiert oder steht als Information für weitere Analysen zur Verfügung.
- Die Dokumentation von Meldungen Betroffener ist zu verbessern und systematisch auszuwerten um daraus zu lernen.
- Auch neue Datenquellen zur Analyse möglicher Fehlerquellen und Entwicklung von Präventionsmöglichkeiten müssen genutzt werden. Diese müssen als Information zum Lernen oder als "Daten für Taten" verstanden werden.
- Die Sichtbarkeit und Verfügbarkeit vorhandener Angebote im Falle von Behandlungsfehler-Vorwürfen für die Patient:innen ist zu verbessern.

### 3: Eigene Kompetenz und Wissen um Vermeidbarkeit von Fehlern nutzen

- Mehr als zwei Drittel der Befragten fühlen sich gut über Patientensicherheit informiert. Fast ebenso viele schätzen einen Großteil der Patientenschäden als vermeidbar ein. Drei Viertel der Befragten sehen durchaus auch den eigenen Anteil an der Vermeidung von Behandlungsfehlern.
- Der Ausbau der Patientensicherheit wird generell als möglich eingeschätzt. Es besteht aus Sicht der Versicherten ein Auftrag. Verantwortliche Einrichtungen müssen zeigen, dass sie sich im Feld engagieren und sollten nachweisen, was möglich ist.

- Eigenverantwortlichkeit der Befragten wird deutlich: Patient:innen sind an Maßnahmen zur Fehlervermeidung zu beteiligen.

#### 4: Never events-Konzept in Deutschland erforderlich

- Befragte erwarten Bearbeitung und Nutzung der Fälle.
- Die Vorgaben zum Umgang mit *never events* werden überschätzt, es besteht ein Widerspruch zur tatsächlichen Praxis.
- *Never events* sollten verlässlich erhoben werden.
- Diese Ereignisse müssen einer eingehenden Ursachen-Analyse zugeführt werden.

#### 5: Berichts- und Lernsysteme weiterentwickeln

- Drei Viertel der Befragten kennen die Möglichkeit nicht, Fehler oder Auffälligkeiten in der Behandlung zu berichten.
- Es besteht eine hohe Bereitschaft zur Nutzung: 90 Prozent würden es selbst nutzen.
- Es müssen neue Beteiligungs-Möglichkeiten geschaffen werden: Öffnung der CIRS auch für Versicherte und ihre Angehörigen.
- Die Bekanntheit und Nutzerfreundlichkeit der vorhandenen Möglichkeiten zur Rückmeldung der Versicherten ist zu erhöhen.
- Systematisches Lernen aus diesen Datenquellen muss intensiviert und die entwickelten Maßnahmen dargestellt werden.

#### 6: Long COVID schafft neue Versorgungsbedarfe

- Ambulanter Versorgungsbedarf steigt: Versicherte erwarten ambulante Versorgung.
- Weitere Qualifikationen im ambulanten Bereich zu Long COVID müssen geschaffen werden (Fortbildungen über die Möglichkeiten und Grenzen von Diagnostik und Therapie).
- Multiprofessionelle Versorgungskonzepte sind erforderlich um den schwer Betroffenen bei Bedarf einen kurzfristigen Zugang zu Therapieangeboten ermöglichen.
- Telemedizinische, skalierbare Ansätze zur Versorgung von Long COVID Patient:innen sind zu prüfen.

## I Ergebnisse TK Monitor Patientensicherheit

### Hohe Risikowahrnehmung und häufige persönliche Erfahrungen

#### Hintergrund

Es gibt kaum belastbare Zahlen zu Behandlungsfehlern in Deutschland. Anhand der Veröffentlichungen der Ärztekammern und der Krankenkassen lässt sich lediglich ein Teil der juristisch geklärten Behandlungsfehler abschätzen: Zusammen wurden dort jährlich etwa 20.000 Fälle beurteilt, wovon insgesamt ein Viertel als Behandlungsfehler bestätigt wurden (MDK, 2020). Dazu kommen noch Fälle, die direkt zwischen Betroffenen und Leistungserbringern/ Haftpflichtversicherern reguliert oder vor Gericht verhandelt wurden. Dazu gibt es aber keine Zahlen. Angesichts der jährlich knapp 20 Millionen behandelten Personen im Krankenhaus (destatis, 2021), sind die offiziellen Zahlen der Behandlungsfehler also verschwindend gering und bewegen sich im Promille-Bereich.

Allerdings müssen nach der *juristischen Definition* für einen Behandlungsfehler verschiedene Kriterien wie Kausalität, Schaden und die an Sicherheit grenzende Wahrscheinlichkeit des Nachweises erfüllt sein. Demgegenüber steht die *epidemiologische Bedeutung* des Begriffs. Hier wird untersucht, in welchem Umfang Behandlungsfehler tatsächlich passieren, unabhängig davon, ob sie gemeldet werden und juristisch relevant sind. Hier ergeben sich deutlich höhere Zahlen im einstelligen bis niedrigen zweistelligen Prozentbereich (Schrappe, 2018: 316). Demnach muss allein im Krankenhaus jährlich mit 20.000 vermeidbaren Todesfällen aufgrund von unerwünschten Ereignissen gerechnet werden.

Fehler oder Schäden durch die medizinische Behandlung sind also je nach Definition selten oder häufig anzutreffen. Relevant für eine Bewertung der Patientensicherheit sind jedoch letztendlich auch die Erfahrungen und Meinungen der Menschen. Denn wer sich nicht gut aufgehoben fühlt und unsicher ist, kann den Behandlungs-Teams nicht das nötige Vertrauen entgegen bringen. Dies kann dazu führen, dass bspw. Medikamente nicht eingenommen werden oder andere Empfehlungen des medizinischen Fachpersonals nicht umgesetzt werden. Womöglich werden sogar notwendige Behandlungen oder Untersuchungen aus Angst vor Schäden zu lange aufgeschoben. Daher stellt sich die Frage, wie hoch das Behandlungsrisiko in den Augen der Bevölkerung ist.

Die Befragten wurden zunächst um eine Einschätzung dazu gebeten, wie wahrscheinlich eine medizinische Behandlung zum Schaden führt. Anschließend wurde nach der Einschätzung des persönlichen Risikos für einen Schaden durch bestimmte Fehlerquellen gefragt. Außerdem wurde erhoben, ob sie bei sich selbst bereits einen Behandlungsfehler vermutet haben.

#### Befund

##### Risikowahrnehmung

Mehr als ein Viertel (27 Prozent) der Befragten hält es für sehr oder ziemlich wahrscheinlich, dass Patienten durch eine medizinische Behandlung im Krankenhaus zu Schaden kommen. Die Werte für ambulante Behandlungen sind ähnlich. Hier sagen 32 Prozent, sie hielten einen

Schaden für wahrscheinlich. Etwa die Hälfte gibt an, dass sie einen Schaden für "nicht sehr wahrscheinlich" halten (im Krankenhaus: 55 Prozent; außerhalb des Krankenhauses 57 Prozent). Somit schätzen nur rund 18 Prozent der Befragten die Behandlung im Krankenhaus als ungefährlich ein. Im ambulanten Sektor sind es sogar nur 10 Prozent.

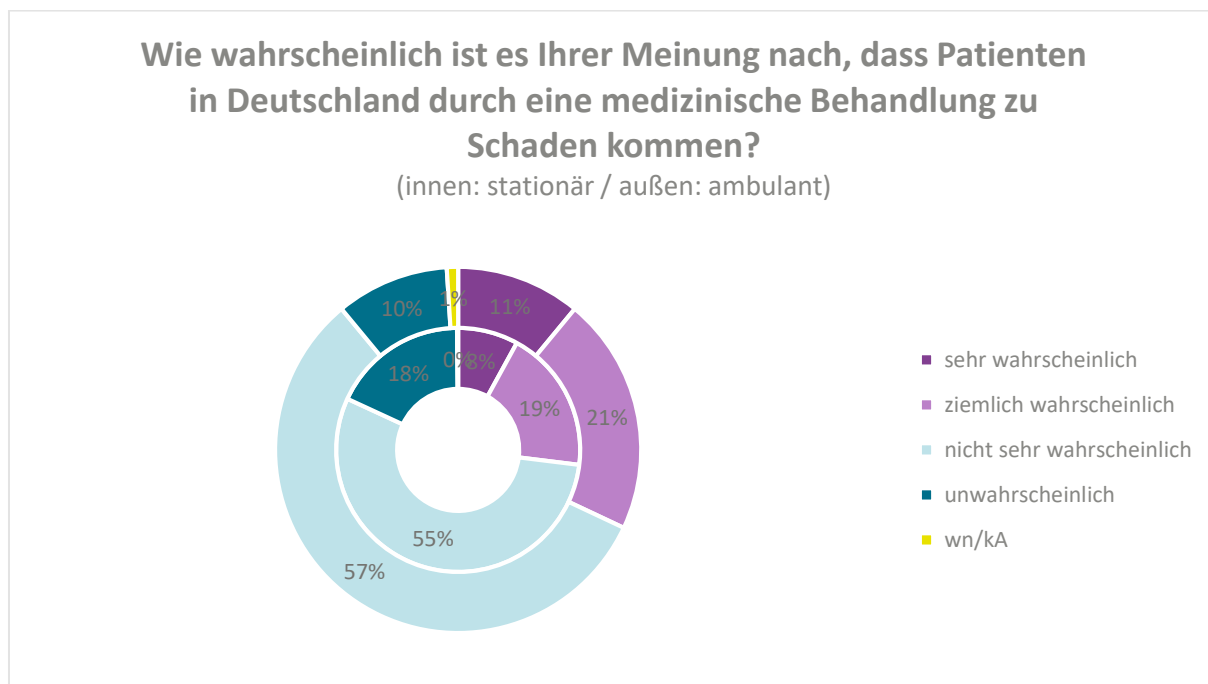


Abbildung 1: Wahrscheinlichkeit von Patientenschäden im Krankenhaus und in der ambulanten Versorgung

Bei den konkreten abgefragten Vorkommnissen, werden die einzelnen Risiken noch höher eingeschätzt. Eine Ansteckung mit gefährlichen Keimen im Krankenhaus halten die meisten Befragten für sich persönlich für wahrscheinlich (62 Prozent), ebenso wie das Risiko, eine falsche Diagnose zu erhalten (53 Prozent). Bei diesen beiden Vorkommnissen geben nur 4 bzw. 5 Prozent an, dass es ihnen "bestimmt nicht" passiert. Alle anderen abgefragten Ereignisse, wie Fehler während einer Operation, Fehler bei der Medikation oder beim Einsatz von Medizinprodukten, gelten für weniger als die Hälfte der Befragten als ein wahrscheinliches Ereignis und werden also etwas weniger bedrohlich wahrgenommen. Aber auch hier sind die Anteile derer, die "bestimmt nicht" antworten im niedrigen zweistelligen Prozent-Bereich.

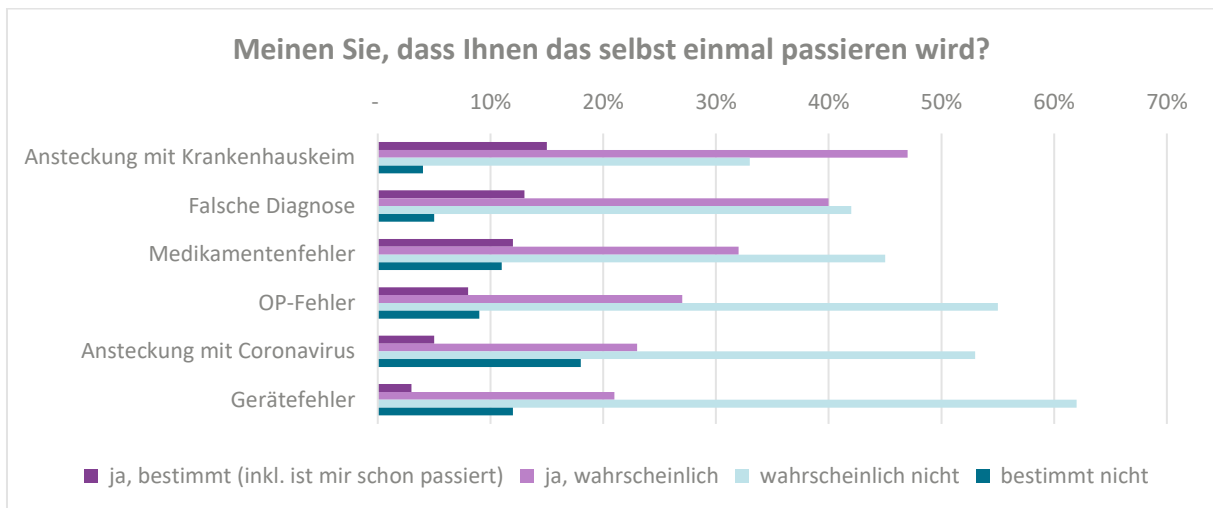


Abbildung 2: Bedrohlichkeit nach Behandlungsart

### Persönliche Betroffenheit

Ebenfalls 27 Prozent der Befragten vermuten, selbst einmal im Laufe der letzten 10 Jahre mindestens einen Fehler bei einer medizinischen Behandlung erlebt zu haben. 8 Prozent gaben sogar an, schon mehrmals einen Behandlungsfehler vermutet zu haben.

### Interpretation

#### Allgemeine Risikowahrnehmung

Ein relativ hoher Anteil der Befragten schätzt medizinische Behandlungen als risikoreich ein. Dies spiegeln die bekannten Zahlen zu den juristisch bestätigten Behandlungsfehlern nicht wieder.

Der größte Anteil der Befragten jedoch schätzt einen Schaden durch eine Behandlung als "nicht sehr wahrscheinlich" ein. Diese Einschätzung kann mit Blick auf die bekannten epidemiologischen Untersuchungen als durchaus realistisch bewertet werden. Der Anteil derer, die das Risiko höher einschätzen ist aber deutlich größer, als der Anteil derer, die Schäden als unwahrscheinlich betrachten. Die Gefahren werden insgesamt als eher hoch eingeschätzt. Die Wahrnehmung in der Bevölkerung legt nahe, dass die Menschen sich der Risiken bewusst sind und zugleich ein großes Vertrauen bei der medizinischen Behandlung besteht. Eine realistische Risikoauflklärung ist notwendig, um Wachsamkeit und gleichzeitig Vertrauen zu fördern.

#### Risiken ambulant und stationär

Versicherte erleben die ambulante Versorgung ("in der Arztpraxis") hinsichtlich möglicher Gefährdungen gleichermaßen wie im stationären Sektor ("im Krankenhaus"). Viele Patientensicherheits-Aktivitäten konzentrieren sich auf das Krankenhaus, auch weil die offiziellen MDS-Zahlen zu den Behandlungsfehlern doppelt so viele Meldungen im Krankenhaus wie im – sehr viel stärker frequentierten – ambulanten Sektor verzeichnen (MDK, 2020). Offenbar gibt es in der öffentlichen Wahrnehmung hier aber mindestens ebenso großen Grund zur Sorge.

#### Spezielle Risiken

Noch deutlich risikoreicher als die Behandlungen im Allgemeinen werden konkret abgefragte persönliche Szenarien eingestuft. Die Ansteckung mit gefährlichen Keimen im Krankenhaus stellt für die meisten Befragten ein Risiko dar. Das Thema "Krankenhaus-Keim" ist bereits gut etabliert und auch in der Öffentlichkeit ein bekanntes Problem. Daher war hier ein hoher Wert zu erwarten. Weniger beleuchtet wurde bisher das an zweiter Stelle genannte Thema Diagnose(un)sicherheit.

#### Persönliche Erfahrung

Anders als die geringen Zahlen der Ärztekammern und MDS (Bundesärztekammer, 2020) (MDK, 2020) nahelegen, vermuten viele Menschen, selbst schon einmal einen Fehler in der medizinischen Behandlung erlebt zu haben. Dies verdeutlicht die Relevanz des Themas und die persönliche Betroffenheit der Menschen in ihrem Alltag und zeigt eindrucksvoll, dass die vorhandenen Behandlungsfehler-Statistiken, nicht die Häufigkeit der Fehler-Erfahrungen in der medizinischen Behandlung abbilden.

#### **Schlussfolgerungen/ Forderungen**

##### Klare Begrifflichkeiten und korrekte Berichterstattung

Die Erfahrungen der Menschen werden mit dem Begriff des Behandlungsfehlers und darauf aufbauenden Statistiken in keiner Weise widergegeben. Die Behandlungsfehler-Statistiken unterschätzen massiv die persönlichen Wahrnehmungen von Fehlern in der Medizin. Auf die Unterschiede zwischen den Begriffen "Behandlungsfehler" und "Behandlungsfehler-Vorwurf" ist immer hinzuweisen.

Zur Einschätzung der Sicherheit in der Behandlung ist die Zahl der bestätigten Behandlungsfehler allein zu begrenzt. Das Ausmaß der Patientensicherheit muss multidimensional und differenziert erfasst werden. Hierzu zählen auch unbestätigte vermutete Behandlungsfehler. Für ein angemessenes Gesamtbild der Situation sind nicht zuletzt auch die Einschätzungen der Bevölkerung unverzichtbar (dazu ist auch die Erhebung von *never events von großer Bedeutung*, siehe Kapitel II.)

##### Mehr Aktivitäten im ambulanten Sektor

Um den Bedarfen und Befürchtungen der Versicherten gerecht zu werden, erfordert es mehr Aktivitäten zur Förderung der Patientensicherheit im ambulanten Bereich. Bisherige Aktivitäten fokussieren traditionell auf den Krankenhausbereich. Benötigt werden vermehrte Aktivitäten speziell in der vertragsärztlichen Versorgung. Dies war für die TK ein Motiv, Projekte wie CIRSforte ([www.cirsforte.de](http://www.cirsforte.de)), zur Förderung von Fehlermeldesystemen im ambulanten Sektor zu initiieren und zu unterstützen.

##### Mehr Aufklärung

Die Befürchtungen in der Bevölkerung, einen Behandlungsfehler zu erleben, sind immens hoch. Diese gilt es zu verringern durch einen weiteren Ausbau der Patientensicherheit und Information der Bevölkerung zum Thema.

##### Fokus auf Diagnose(un)sicherheit



Es sind verstärkt Maßnahmen zur Förderung der Diagnose-Sicherheit zu entwickeln, deren Ausbau zu gestalten und den Blick auf andere Länder zu richten, die in diesem Bereich bereits mehr etabliert haben, bspw. die AHRQ tools (Agency for Healthcare Research and Quality, 2019) in den USA.

## Berichte der Versicherten: kommen häufig nicht an

### Hintergrund

Bei weitem nicht jeder Behandlungsfehler wird gemeldet, dokumentiert oder gar juristisch geklärt. In den Behandlungsfehler-Statistiken taucht nur ein kleiner Teil der tatsächlichen Ereignisse auf. Dies ist ein allgemeines und gut untersuchtes Phänomen bei der Dokumentation von Ereignissen. Von hundert Behandlungsfehlern werden vermutlich nur drei juristisch bestätigt, während die anderen 97 nicht gemeldet werden oder aus anderen Gründen nicht beurteilt werden ("*litigation gap*") (Schrappe, 2018: 301ff). Um diese fehlenden Fälle aufzuspüren, ergibt sich also die Frage, wie viele der vermeintlichen Fehler von den Betroffenen weitergemeldet werden und wohin diese Meldungen adressiert werden.

### Befund

Von den Befragten, die bei sich selbst einen Behandlungs-Fehler vermuten, melden dies 40 Prozent weiter an andere Stellen.

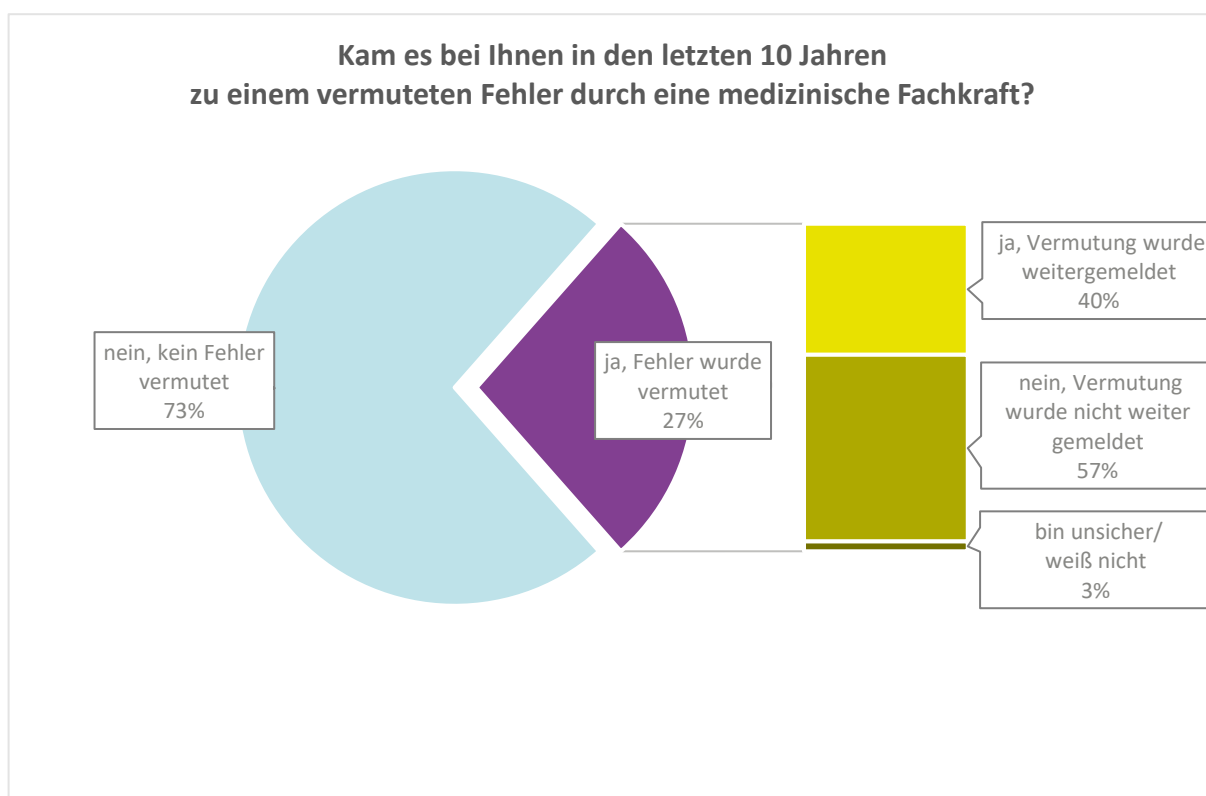


Abbildung 3: Persönliche Betroffenheit und Kommunikation von vermuteten Behandlungsfehlern

70 Prozent der Betroffenen melden das Ereignis an den behandelnden Arzt bzw. an das Krankenhaus. Häufig wenden sich die Befragten bei vermutetem Behandlungsfehler auch an andere Ärzte, die nicht selbst an der Behandlung beteiligt waren (60 Prozent). 21 Prozent der Betroffenen haben den Fall der Krankenkasse gemeldet. Patienten- oder Verbraucherberatungsstellen spielen mit nur 1 Prozent kaum eine Rolle.

### **Interpretation**

Ein Drittel der Betroffenen melden vermutete Ereignisse weiter. Dies ist ein hoher Anteil im Vergleich zu den laut Haftungslücke zu erwartenden Zahlen. Da nur ein sehr geringer Promillewert in den Statistiken dokumentiert wird, wird offenbar eine große Anzahl von Meldungen nicht weiter (juristisch) beurteilt. Dies kann daran liegen, dass die Meldungen keine Schädigung beinhalten oder aber dass die Meldungen der Betroffenen aus anderen Gründen nicht weiter verfolgt werden.

Bei der Beurteilung der Behandlungsfehler-Vorwürfe durch die Ärztekammern, wie auch durch den MDS, geht seit Jahren konstant hervor, dass ca. ein Viertel der Vorwürfe letztlich anerkannt wird (MDK, 2020) (Bundesärztekammer, 2020). Überträgt man dies auf die berichtete Meldehäufigkeit, müssten deutlich höhere Fallzahlen resultieren. Dies führt zu der Frage, ob die Meldungen die vorgesehenen Meldestellen erreichen und ob die Meldungen der Versicherten adäquat berücksichtigt und verarbeitet werden. Die häufigen Meldungen an den betroffenen Arzt dürften ein Hinweis darauf sein, dass hier viele vermutete Fehler bilateral geklärt werden, ohne dass weitere Stellen eingeschaltet werden. Dies ist einerseits erfreulich, denn es zeigt, dass das Vertrauensverhältnis weiterhin besteht. Andererseits geht so die Chance verloren, dass auch andere Fachleute aus den Fehlern lernen können. Außerdem kann es sein, dass Meldungen im Einzelfall ignoriert wurden und die meldende Person nicht ernst genommen wurde.

Andere Einrichtungen oder gar Anwälte werden von den Befragten mit Behandlungsfehler-Verdacht praktisch nicht adressiert. Der praktische Nutzen von Patienten- und Verbraucherberatungsstellen ist für die Befragten, die einen Behandlungsfehler vermuten sehr gering. Die Frage ist, ob der Wert dieser Einrichtungen bekannt ist und ob das Hilfsangebot den Bedürfnissen der Betroffenen entspricht.

Nur jeder fünfte bis zehnte vermutete Behandlungsfehler, der von Versicherten an eine Stelle gemeldet wird, erreicht die Krankenkassen. Angesichts des gesetzlichen Auftrages, Versicherte bei einem Behandlungsfehler-Verdacht zu unterstützen ist dieser Wert gering.

### **Schlussfolgerungen/ Forderungen**

Die Melde- und Beteiligungsbereitschaft der Befragten begründet eine Pflicht zur Datenerhebung und Nutzung dieser Informationen zum Ausbau der Patientensicherheit. Aus den Meldungen der Betroffenen muss mehr gelernt werden. Dies kann erfolgen, indem verschiedene Fehlermeldesysteme (CIRS) zum Einsatz kommen.

Ärztinnen und Ärzte sollten motiviert und unterstützt werden offen mit Fehlern umzugehen und sie bspw. in CIRS zu dokumentieren. Hier werden Berichts- und Lernsysteme gebraucht,

mit daran gekoppelten Auswertungen, in denen auch die Erfahrungen und das Erleben der Patienten wertgeschätzt und dokumentiert werden.

Weitere Datenquellen sollten erschlossen und für die Patientensicherheit nutzbar gemacht werden. So besteht z. B. bislang kein systematischer Austausch zwischen dem Behandlungsfehlermanagement in den Krankenversicherungen und dem klinischen Risikomanagement in den Krankenhäusern. Zu dieser Vernetzung erprobt die TK 2021 ein Modell zur "kollegialen Beratung", in dem TK-Behandlungsfehler-Manager mit externen klinischen Risikomanagern in den Austausch treten. Diese Aktivitäten sollten bei allen Kranken- und Haftpflichtversicherungen erfolgen. Vorhandene Datensilos müssen geöffnet und der Austausch transparent intensiviert werden.

Sowohl Krankenkassen als auch die Patienten- und Verbraucherberatungsstellen unterstützen Versicherte beim Verdacht auf einen Behandlungsfehler. Diese Unterstützungs-Angebote müssen bekannter werden und den Zielen der Betroffenen entsprechen, damit sie hier Hilfe suchen können.

## **Eigene Einschätzungen: gut informiert, selbstbewusst und zuversichtlich**

### **Hintergrund**

Das Gesundheitswesen baut auf die aktive Mitwirkung der Versicherten auf (§1 SGB V). Die Partizipation der Versicherten mit dem Ziel einer informierten Behandlungsentscheidung (*informed consent*) ist insofern ein grundlegendes Prinzip. Seit der Gründung des Aktionsbündnis Patientensicherheit APS im Jahr 2005, hat sich in Bezug auf die (Selbst-)Einschätzung und Beteiligung von Patientinnen und Patienten viel getan. Sie sind heute weniger mit einem paternalistischen System konfrontiert, sondern begegnen Ärztinnen und Ärzten zunehmend eher auf Augenhöhe und als mündige Person. Dazu haben auch verschiedene Maßnahmen zur Verbesserung der Patientensicherheit beigetragen, bspw. Projekte zur Förderung der Gesundheitskompetenz oder der gemeinsamen Entscheidungsfindung ("*Shared-Decision making*"). Außerdem gibt es zahlreiche etablierte Maßnahmen zur Prävention unerwünschter Ereignisse. Bspw. werden Patienten standardmäßig vor der Narkoseeinleitung nach ihrem Namen und Geburtsdatum sowie dem Grund für die OP gefragt um sicher zu stellen, dass weder der Patient noch das OP-Gebiet verwechselt werden. Während die zentrale Verantwortung für die sichere Behandlung bei den Behandlungs-Teams liegt, können auch die Patientinnen und Patienten selbst positiv mitwirken. Sie sind die einzigen Akteure, die während der gesamten Behandlung dabei sind. Durch ihre Erfahrungen und Rückmeldungen werden für die Behandlung neue sicherheitsrelevante Informationen generiert.

Die Vermeidung und Prävention von Behandlungsfehlern ist möglich. Voraussetzung dafür ist die Bereitschaft und die Kompetenz zur Fehlervermeidung aller Beteiligten. Dies sollte auch den Patientinnen und Patienten bewusst sein. Es ist daher von Bedeutung, wie die Bevölkerung ihren Beitrag zur Fehlervermeidung einschätzt.

Um die aktuelle Einstellung der Bevölkerung abzubilden, wurden die Teilnehmenden gefragt, wie gut sie sich zum Thema Patientensicherheit informiert fühlen, ob sie grundsätzlich Schäden durch medizinische Behandlungen für weitgehend vermeidbar halten und ob sie glauben, selbst einen Beitrag dazu leisten zu können.

### Befund

Die Mehrheit der Befragten (69 Prozent) fühlt sich sehr gut oder gut über das Thema Patientensicherheit informiert.

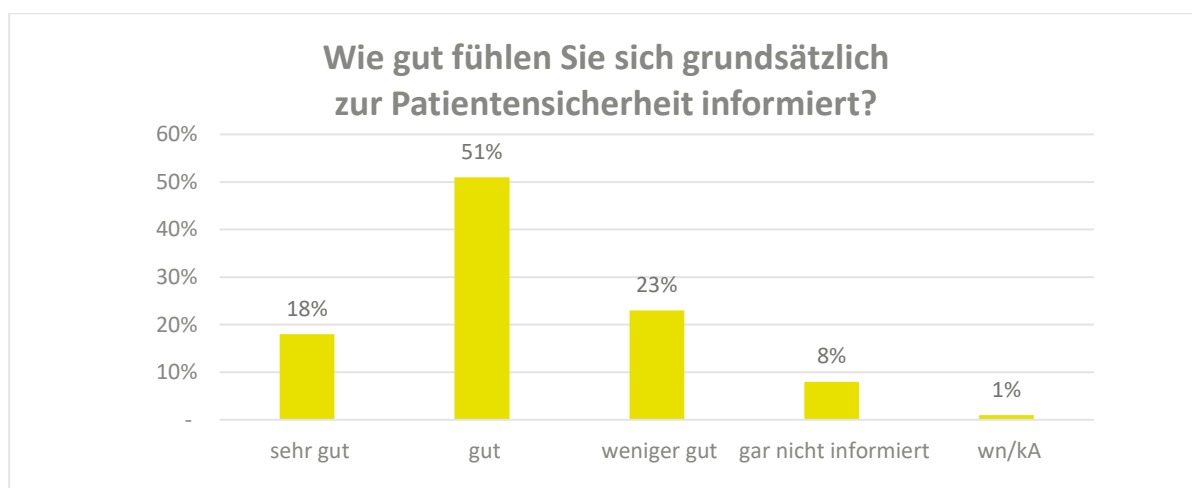


Abbildung 4: Informations-Stand zum Thema Patientensicherheit 2021

Je nach Ereignis geben 58 bis 67 Prozent der Befragten an, dass Patientenschäden unter Einsatz geeigneter Mittel wahrscheinlich weitgehend vermieden werden können. Der Anteil derer, die denken, dass die Ereignisse bestimmt nicht vermeidbar wären, liegt in allen Fällen bei unter 10 Prozent. Die abgefragten Ereignisse waren: Ansteckung mit einem Krankenhaus-Keim bzw. dem Corona-Virus, unerwünschtes Ereignis durch fehlerhaftes Behandlungsgerät, Fehler im Zusammenhang mit Arzneimitteln, Diagnose-Fehler und Fehler während einer OP. Obwohl die abgefragten Ereignisse zum Teil sehr unterschiedlich sind, sind die Einschätzungen zu ihrer Vermeidbarkeit ähnlich. Fehler bei Arzneimitteln und während einer OP werden von etwas weniger Befragten als vermeidbar eingeschätzt als die anderen Ereignisse.

Drei Viertel der Befragten bestätigen ihren eigenen Beitrag bei der Prävention von Behandlungs-Fehlern (74 Prozent).

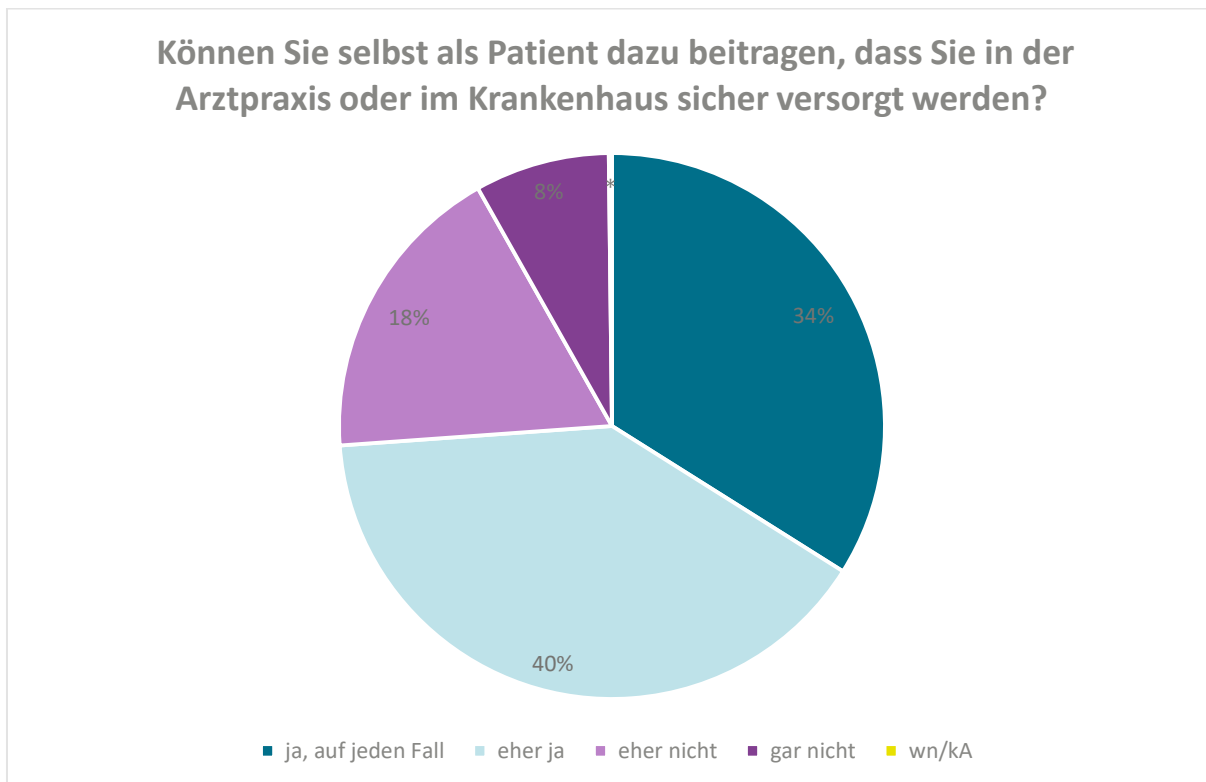


Abbildung 5: Können Patient:innen selbst zur sicheren Versorgung beitragen?

### Interpretation

Für die Bevölkerung ist Patientensicherheit ein Thema über das die Mehrheit nach subjektiver Einschätzung gut informiert ist. Das ist erfreulich. Offen bleibt jedoch, was genau die Befragten unter Informiertheit über Patientensicherheit verstehen. Zumindest aber lässt sich erkennen, dass einem hohen Anteil der Bevölkerung Patientensicherheit ein Begriff ist und dass auch die eigene Wachsamkeit zu ihrer Sicherheit beiträgt. Außerdem besteht in der Bevölkerung die Einschätzung, dass eine Verbesserung der Patientensicherheit möglich ist. Diese Einschätzung deckt sich mit vielen Untersuchungen der Versorgungsrealität. Mehr Patientensicherheit ist realisierbar. Die Konzepte liegen vor, es gilt diese konsequent und prioritär umzusetzen.

### Schlussfolgerungen/ Forderungen

Aus der Einschätzung der Befragten, dass Risiken mit geeigneten Mitteln reduziert werden können, lässt sich ein Auftrag ableiten: Verantwortliche Einrichtungen müssen zeigen, dass sie sich im Feld engagieren und sollten nachweisen, was an Fehlervermeidung weiter möglich ist. Patientensicherheit ist auch definiert, als eine Fähigkeit zu handeln<sup>1</sup> (Schrappe 2018: 524).

Die Ergebnisse zeigen, dass die Bevölkerung sich zum großen Teil kompetent fühlt und sich vor allem auch des eigenen Beitrags zu einer gelungenen medizinischen Behandlung bewusst

<sup>1</sup> „Im Kern ist Patientensicherheit eine Eigenschaft von Personen, Teams, Organisationen und System, nämlich die Fähigkeit zu handeln.“ (Schrappe 2018: 524)

ist. Der Einbezug von Patientinnen und Patienten ist also weiterhin angezeigt und es sollten entsprechende vorhandene Strukturen zur Förderung der Patientensicherheit ausgebaut und flächendeckend umgesetzt werden. Dazu gehört der systematische Einbezug von Patientinnen und Patienten sowie deren Angehörigen.

Weiterhin bedarf es einer Stärkung partizipativer Elemente, wie *Shared-Decision-Making* und der Förderung von *Speak-up*-Programmen, die alle an der Behandlung Beteiligten darin unterstützen, konstruktiv auf Fehler hinzuweisen statt wegzuschauen.

## II *Never events*

### Hintergrund

Als „*never events*“ werden in der Patientensicherheit Ereignisse bezeichnet, bei denen es zu einer Patientenschädigung gekommen ist und die als nahezu vollständig vermeidbar gelten, weil entsprechende Präventionsmaßnahmen vorhanden und wirksam sind. Typische Beispiele für *never events* sind die Operation der falschen Körperseite, die Verabreichung eines Medikamentes über den falschen Zugangsweg oder die Verbrennung durch einen metallischen Gegenstand im MRT. Bei *never events* handelt es sich also um seltene, schwerwiegende Sicherheitsvorkommnisse. In verschiedenen Ländern insbesondere im angelsächsischen Raum existieren bereits Aufstellungen von typischen *never events*. Auch in Deutschland (durch das Aktionsbündnis Patientensicherheit, APS) und der Schweiz (durch die Stiftung Patientensicherheit) werden derzeit nationale Definitionen und Ereignis-Listen erarbeitet.

Solche Ereignisse lösen in anderen Hochrisiko-Bereichen, wie der Luftfahrt oder dem Schienenverkehr, standardmäßig Untersuchungen aus, in denen der Hergang und die Ursachen analysiert werden. Diese Untersuchungen verfolgen das Ziel, zu verstehen was genau passiert ist, um Lehren daraus ziehen und ähnliche Ereignisse zukünftig verhindern zu können. Die Erfahrungen anderer Länder zeigen, dass Daten über das Vorkommen von *never events* fachliche Diskussionen und Entwicklungen auslösen, damit sie in Zukunft noch besser vermieden werden können (Roe, Lambie, Hood et al, 2019) (Law, Pullyblank, Eveleigh et al, 2013) (Pemberton, 2019). Dies ist im Gesundheitswesen in Deutschland derzeit nicht der Fall. Es gibt keine Regularien, die das Management eines *never events* vorgeben. Weder müssen solche Ereignisse zentral gemeldet werden<sup>2</sup>, noch gibt es die Vorgabe für eine externe oder interne sicherheitsbezogene Analyse. Zwar kann es zu einer Beurteilung durch die Haftpflichtversicherung oder zu juristischen Auseinandersetzungen kommen. Diese Verfahren verfolgen aber nicht primär den Zweck, Ursachen und Zusammenhänge zu verstehen, um sie besser vermeiden zu können. Regelmäßige sicherheits-, lern- und verbesserungsbezogene Konsequenzen fehlen also bislang im Gesundheitssystem. Auch zeigt die Praxis, dass die Krankenhäuser selber solche schwerwiegenden Ereignisse nicht systematisch analysieren und aufarbeiten (Schwappach & Pfeiffer, 2020).

### Befund

Die diesjährigen Daten des TK Monitors zeigen jedoch deutlich, dass die Bevölkerung meint, dass *never events* solche Konsequenzen routinemäßig auslösen. Die allermeisten Befragten geben an, **dass es vorgeschrieben sei**, dass nach einem *never event* eine Meldung (84 Prozent) und eine Untersuchung von offizieller Stelle erfolgen müssen (77 Prozent), und dass betroffene Personen und Angehörige informiert werden müssen (90 Prozent). Auch Verände-

---

<sup>2</sup> Meldesysteme gibt es für unerwünschte Ereignisse im Zusammenhang z. B. mit Arzneimitteln oder Medizinprodukten. Diese beziehen sich jedoch nicht vorrangig auf vermeidbare unerwünschte Ereignisse und insbesondere nicht auf *never events*.

rungen zur Vermeidung von Wiederholungen werden als verbindlich vorausgesetzt (81 Prozent). Das Einschalten der Polizei hält hingegen nur ein deutlich kleinerer Teil der Befragten für vorgegeben (29 Prozent).

Die hohen Zahlen zeigen auch, dass die genannten Annahmen über die Vorgaben zum Umgang mit *never events* sehr weit verbreitet in der Bevölkerung sind und es keine großen systematischen Unterschiede zwischen Alters- oder Bildungsgruppen gibt. Allerdings vermuten Befragte, die sich selber gut zum Thema Patientensicherheit informiert fühlen, signifikant häufiger, dass das Auftreten von *never events* die abgefragten Konsequenzen zur Folge hätte. Das heißt, diese Personen überschätzen die regulativen Vorgaben noch häufiger im Vergleich zu anderen Personengruppen.

Es wurde ebenfalls gefragt, was nach einem *never event* passieren **sollte** – im Gegensatz also zu dem, was als regulative Vorgabe vermutet wurde. Eindrücklich ist, dass fast alle Befragten meinen, dass das Auftreten eines *never events* Konsequenzen hinsichtlich Meldung und Untersuchung haben sollte. Nur 37 Prozent geben jedoch an, dass die Polizei eingeschaltet werden sollte. Personen mit Volks-/ Hauptschulabschluss (49 Prozent) meinen signifikant häufiger als Personen mit Abitur (27 Prozent), dass die Polizei bei *never events* eingeschaltet werden sollte.

Die hohen relativen Häufigkeiten zeigen wiederum eine sehr ausgeprägte Homogenität innerhalb der Bevölkerung, dass das Auftreten von *never events* die Information der Betroffenen, eine Untersuchung des Vorfalls und Maßnahmen zur Prävention nach sich ziehen sollte. Stellt man die Antworten auf beide Fragen nebeneinander zeigen die Resultate, dass die meisten Personen offensichtlich davon ausgehen, dass ihre Erwartungen bereits den geltenden Vorgaben entsprechen, was allerdings nicht der Fall ist.

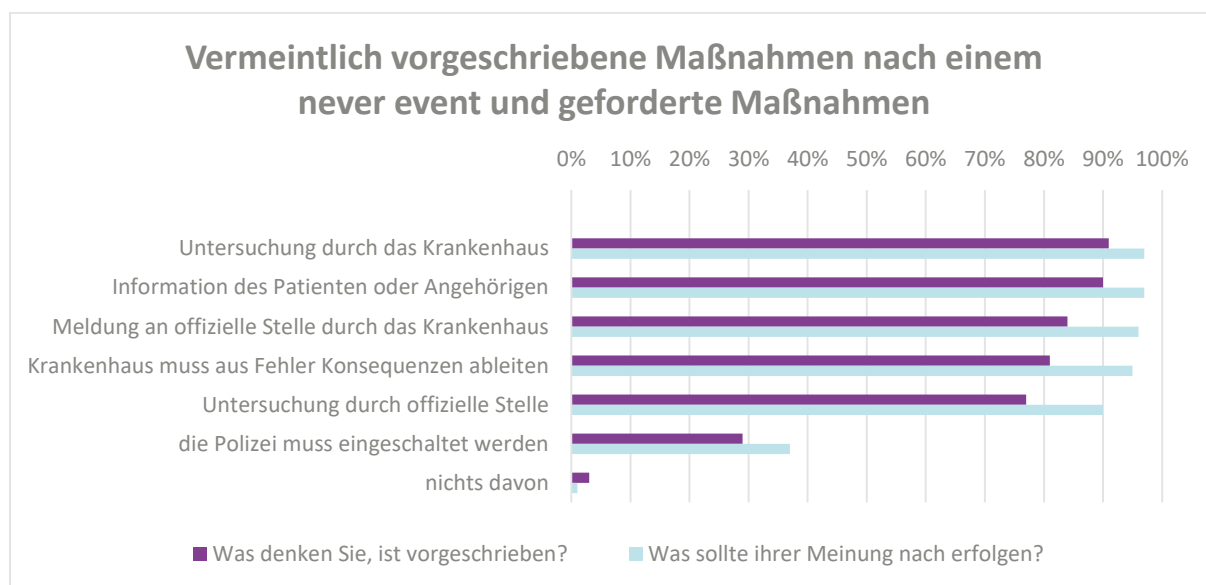


Abbildung 6: Einschätzung der Befragten: Vorgeschriebene und erwünschte Maßnahmen nach einem *never event*



Die Befragten gehen mehrheitlich davon aus, dass die direkt in der Gesundheitsversorgung Tätigen alles im Rahmen ihrer Möglichkeiten tun, um *never events* zu vermeiden: Dies wird den Arztpraxen (92 Prozent der Befragten) und den Krankenhäusern (81 Prozent) zugesprochen, aber deutlich seltener den Krankenkassen (63 Prozent), der Industrie (56 Prozent) und der Gesundheitspolitik (41 Prozent). Diese Einschätzungen müssen im Licht der zuvor präsentierten Ergebnisse interpretiert werden: Da es offensichtlich in der Bevölkerung eine weit verbreitete Annahme gibt, was nach einem *never event* an Meldung, Untersuchung und Verbesserung vorgesehen ist, ist es nicht erstaunlich, dass damit die Einschätzung einhergeht, dass bereits sehr viel zur Prävention unternommen wird, insbesondere in den Praxen und Krankenhäusern. Wiederum fällt auf, dass die Befragten, die sich subjektiv gut zum Thema Patientensicherheit informiert fühlen, allen Stakeholdern ein höheres Engagement zur Vermeidung von *never events* bescheinigen als die Gruppe, die sich nicht gut informiert fühlt.

### **Interpretation**

Die Resultate zeigen, dass es einen sehr großen Widerspruch gibt zwischen der in der Bevölkerung weit verbreiteten Vorstellung über den Umgang mit *never events* und den tatsächlich existierenden Vorgaben. Die Befragten überschätzen die regelhaft vorgesehenen Maßnahmen erheblich. Studien zeigen, dass die meisten Personen akzeptieren können, dass es in der medizinischen Versorgung zu Fehlern kommen kann (Schwappach, 2015). Allerdings erwarten sie eine ehrliche Kommunikation gegenüber Betroffenen sowie verbindliche Maßnahmen zur Prävention zukünftiger Ereignisse. Gerade bei *never events*, die per Definition sehr selten sind, ist es wichtig hierfür einen gewissen Rahmen vorzugeben, der z. B. die allgemeine Verfügbarkeit gewonnener Erkenntnisse einschließt. Dabei geht es nicht darum, Krankenhäuser oder Arztpraxen nach einem *never event* zu diskreditieren oder durch Strafaktionen zu sanktionieren. Vielmehr müssen die durch geeignete Analyse- und Verbesserungskonzepte gewonnenen Erkenntnisse auch für andere Leistungserbringer zur Verfügung stehen, damit dort potentielle Risiken für das Auftreten eines nächsten *never events* reduziert werden können.

### **Schlussfolgerungen/ Forderungen**

Es ist nicht akzeptabel, dass es keine Daten und Erkenntnisse über das Auftreten von *never events* im deutschen Gesundheitswesen gibt und jede Analyse der Systemsicherheit damit unmöglich wird. Auch Verbesserungen im Zeitverlauf können dadurch nicht dokumentiert werden. Es ist wichtig, dass auch in Deutschland verlässliche Daten über die Häufigkeit von *never events* erhoben werden und diese Fälle einer eingehenden Ursachen-Analyse zugeführt werden. Die im TK-Monitor gewonnenen Daten zeigen eindeutig, dass die Bevölkerung dies erwartet.

## III Berichts- und Lernsystemen, CIRS

### Hintergrund

"Aus Fehlern wird man klug" – behauptet zumindest der Volksmund. Voraussetzung dafür sind Kenntnisse über Fehler. Dazu wurde früh in der Luftfahrt und später auch in vielen anderen Bereichen sogenannte Berichts- und Lernsysteme (engl. CIRS: Critical Incident Reporting System) entwickelt. CIRS im deutschen Gesundheitssystem gibt es bereits seit Mitte der 2000er Jahre. Sowohl interne CIRS in Krankenhäusern, als auch bundesweite fachspezifische CIRS und CIRS für den ambulanten Bereich sind mittlerweile etabliert. Die Informationen, die hier erhoben werden, sind wahre Schätze für die Patientensicherheit, nicht nur für das medizinische Personal, sondern auch für jede Person, die behandelt wird. Bessere Informiertheit der Menschen führt zu mehr Patientensicherheit, weil sie so selbst aktiv dazu beitragen können, dass bestimmte Fehler während der Behandlung nicht passieren. Dies sehen auch die Betroffenen so: im Monitor Patientensicherheit zeigt sich, dass drei Viertel der Befragten glaubten, dass sie selbst einen wichtigen Beitrag zu ihrer Sicherheit leisten können. Darüber hinaus könnten auch behandelte Personen, die selbst ein kritisches Ereignis erlebt oder beobachtet haben einen wertvollen Beitrag im CIRS leisten, indem sie dies eintragen.

In dem von der TK ab August 2020 mitentwickelten CIRS für Versicherte, können nun auch Betroffene sowohl kritische als auch positive Ereignisse melden. Der Schwerpunkt liegt hier bisher auf der COVID-Pandemie, zukünftig sollen aber auch andere Themen adressiert werden können.

Um die wichtige Patientenperspektive weiter zu unterstützen, untersucht der diesjährige Monitor Patientensicherheit, wieweit CIRS in der Bevölkerung bekannt ist und in welchem Rahmen die Menschen ein Versicherten-CIRS selbst nutzen würden, um kritische Ereignisse zu veröffentlichen.

### Befund

#### Kenntnisse und Nutzungsabsicht

Insgesamt 78 Prozent der Befragten kennen CIRS nicht. Sieben Prozent ist es aus dem beruflichen Umfeld bekannt. Immerhin 15 Prozent kennen CIRS aus einem anderen Zusammenhang.

Die Bereitschaft CIRS selbst zu nutzen ist dagegen sehr hoch: über 90 Prozent der Befragten geben an, CIRS "auf jeden Fall" oder "eher ja" nutzen zu wollen. Dieser Wert ist unabhängig von Alter, Informationsstand und Erfahrung mit Behandlungsfehlern.

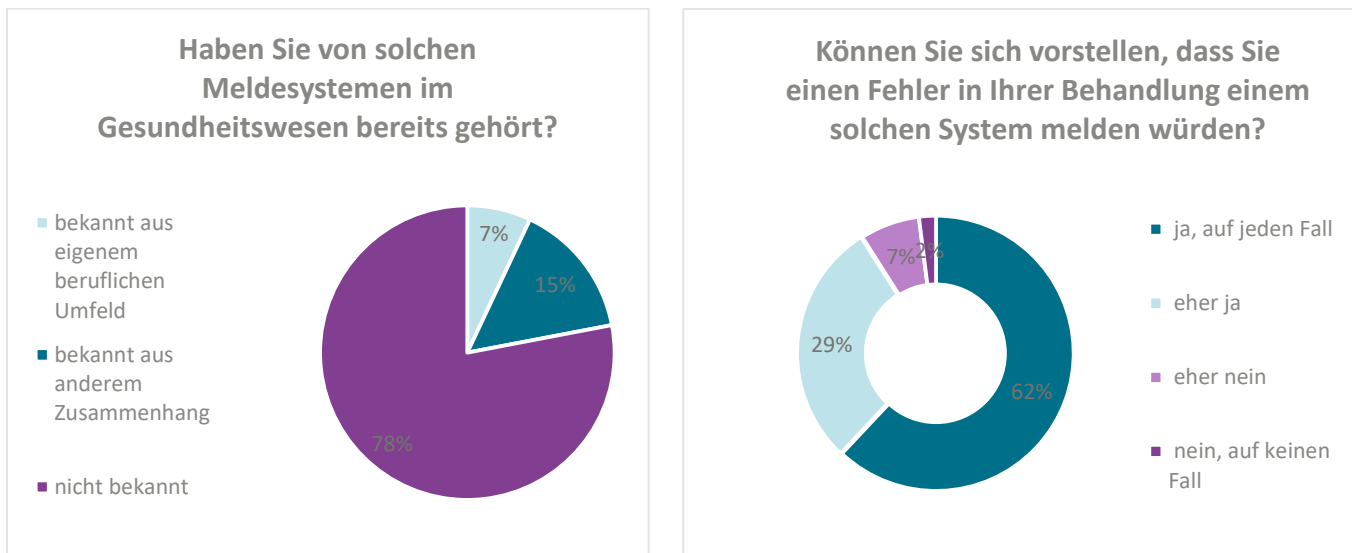


Abbildung 7: Bekanntheit und Nutzungsbereitschaft von CIRS

### Ansprüche und Wünsche

Der bevorzugte Informationsweg jedoch lässt sich nicht eindeutig feststellen: Post (59 Prozent), Online-Formular (57 Prozent) und E-Mail (55 Prozent) sind sehr ähnlich beliebt. Hier spielt das Alter eine große Rolle. Versicherte ab 70 Jahren bevorzugen zu 75 Prozent die Post und nur zu 31 Prozent bzw. 21 Prozent das Onlineformular oder die E-Mail. Das Telefon ist mit nur 29 Prozent weit abgeschlagen. Ob die Befragten bereit wären CIRS zu nutzen, hat auf den bevorzugten Informationsweg keinen nennenswerten Einfluss.

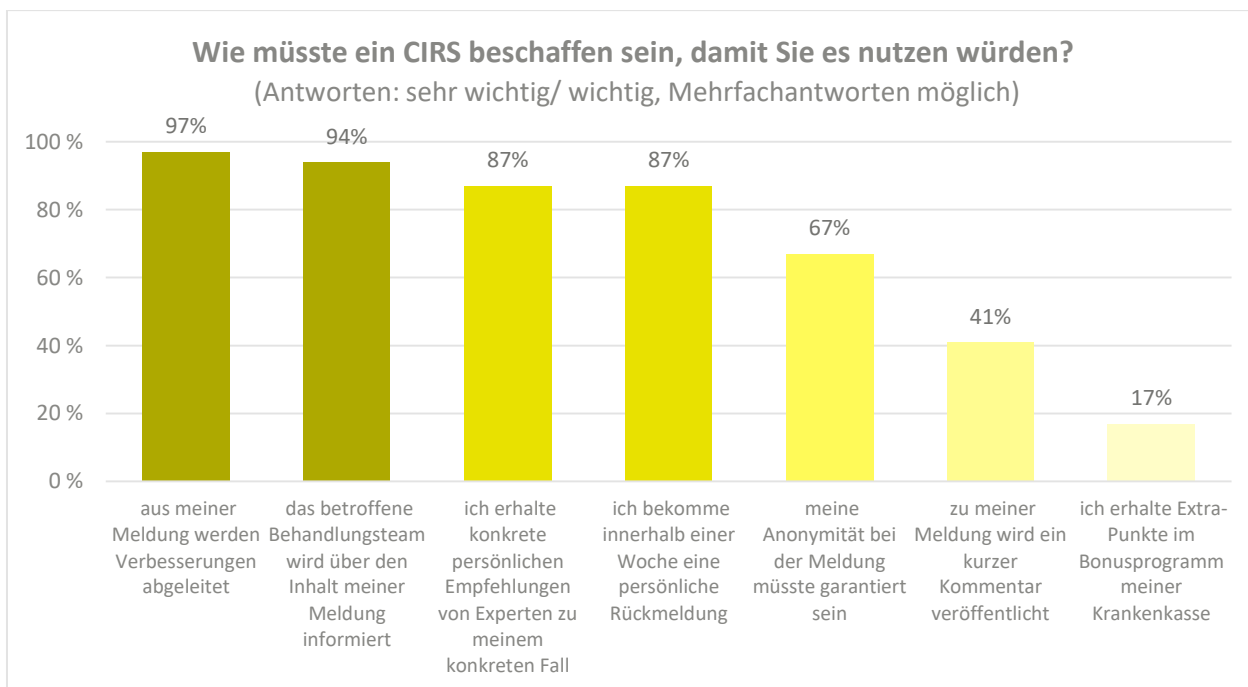


Abbildung 8: Anforderungen an Berichts- und Lernsysteme

Bei der Nutzung eines CIRS ist den Befragten besonders wichtig, dass dadurch Verbesserungen abgeleitet werden. Auch die Information an das Behandlungsteam wünschen sich fast alle Befragten. Die konkrete persönliche Expertenempfehlung spielt insbesondere für ältere Menschen eine große Rolle, ebenso die Rückmeldung innerhalb einer Woche. Anonymität wiederum ist vor allem den Jüngeren sehr wichtig: der Wert liegt bei den unter 30-jährigen bei 80 Prozent im Vergleich zu 67 Prozent unter den gesamten Befragten. Die Veröffentlichung eines Kommentars ist ebenfalls eher älteren und krankeren Befragten wichtig. Bonuspunkte fürs Krankenkassen-Bonusprogramm spielen keine große Rolle.

### **Interpretation**

Die Bekanntheit von CIRS ist insgesamt niedrig, nur ca. jede fünfte befragte Person kennt die Systeme. Andererseits ist die Bereitschaft ein CIRS zu nutzen sehr groß. Ein großes Potential liegt damit brach, weil die Systeme bisher nicht bekannt und zugänglich sind. Hier geht viel Information verloren, die zu einer Verbesserung der Patientensicherheit führen könnte. Dies gilt sowohl für Versicherte, die ihre Erfahrungen gegenseitig mitteilen könnten, als auch für medizinisches Personal, das hier eine Erweiterung ihrer Daten- und Informationsquellen erfahren könnte.

Der favorisierte Informationsweg ist abhängig vom Alter: Ältere Versicherte bevorzugen den Postweg. Dies ist durch die geringere Technikaffinität zu erwarten gewesen. Unter den jüngeren ist entsprechend das Online-Formular am beliebtesten. Es gibt keinen eindeutig empfehlenswerten Weg, so dass immer mehrere Rückmeldekanäle angeboten werden sollten.

Älteren Patienten ist eine persönliche Rückmeldung wichtig, den jüngeren die Anonymität. Hier dürfte die Tatsache eine Rolle spielen, dass ältere Menschen häufiger in Behandlung und somit von Behandlungsfehlern betroffen sind und hier eher aus Erfahrung sprechen, während jüngere eher hypothetisch angeben, was ihnen wichtig wäre, sodass der Wunsch nach einer individuellen Hilfe hier geringer ausfällt. Hinzu kommt, dass jüngere Menschen womöglich eher in der Lage sind, sich anderweitig Hilfe zu suchen.

Die Anonymität der Meldungen wird von 67 Prozent der Befragten als sehr bedeutsam eingeschätzt. Die bisherigen CIRS Systeme legen auf diesen Punkt größte Priorität – auch auf Kosten der Benutzerfreundlichkeit und Verlust der Rückmeldung zu den Meldenden.

Zur Incentivierung der Meldungen sind schnelle, für die Meldenden nützliche Rückmeldungen und vor allem eine Nutzung der Daten zur Verbesserung der Patientensicherheit förderlich. Dieser qualitative Umgang mit den Meldungen ist sehr viel bedeutender als finanzielle Anreize: Selten werden extra Bonuspunkte gewünscht.

### **Schlussfolgerungen/ Forderungen**

Auch Versicherte und ihre Angehörigen sollten ihre Erfahrungen in einem CIRS eintragen können. Die Befunde stützen damit auch die gesundheitswissenschaftlichen und -politischen Forderungen Patient:innen und Angehörige beim Ausbau der Patientensicherheit stärker einzubinden (WHO, 2021).

Eine probate Beteiligung kann schon über ein zusätzliches Online-Formular für Betroffene erreicht werden. Um ältere Menschen nicht zu übergehen, sollte es aber zusätzlich möglich sein, das Formular händisch auszufüllen und auf dem Postweg zu versenden. Da gerade die älteren Versicherten häufiger behandelt werden und so auch eher von Behandlungsfehlern betroffen sein dürften, sollte ein Versicherten-CIRS die Wünsche dieser Gruppe aufgreifen. Die Berichte sollten also nicht nur für Verbesserungen im Behandlungsalltag genutzt werden, sondern es sollte auch umgehende spezifische Rückmeldungen an die Berichtenden geben. Durch die Steigerung der Nutzerfreundlichkeit und der Bekanntheit, soll die Nutzungsfrequenz erhöht werden.

Nicht alle Befragten fordern eine absolute Anonymität der Meldungen ein: Diesen Anspruch erheben zwei Drittel der Befragten. Dieser Befund ermutigt Versuche, in CIRS auf freiwilliger Basis auch vertrauliche und persönliche Meldungen zuzulassen. Durch vertrauliche Meldungen entstünde erstmals die Möglichkeit für Rückmeldungen durch das CIRS-Analyse-Team und damit auch die Möglichkeit zur Würdigung der Meldenden. Damit ergeben sich wertvolle neue Chancen zur Beförderung der CIRS.

## IV Long COVID:

### Hintergrund

Mit „Long COVID“ werden Langzeitfolgen nach einer COVID-19-Infektion bezeichnet, die nach der akuten Erkrankung weiterbestehen. In den meisten Fällen leiden die Betroffenen unter Erschöpfung (Fatigue), Atemnot, verminderter Leistungsfähigkeit und Brustschmerzen, die Lebensqualität ist oft deutlich eingeschränkt (Carfi, Bernabei, & Landi, JAMA). Long COVID betrifft nach Schätzungen mindestens 10 Prozent der Überlebenden einer COVID-19 Erkrankung, aktuell also in Deutschland mindestens 400.000 Menschen (Public Health England, 2021). Das Krankheitsbild kann auch nach milden Verläufen auftreten, so dass dann der Zusammenhang zur vorangegangenen Infektion für die Betroffenen nicht auf den ersten Blick klar ist. Für eine zeitnahe Diagnose und damit bei Bedarf Beginn einer spezifischen Therapie (z. B. medikamentöse Maßnahmen, Physiotherapie, Psychotherapie, Rehabilitation, Selbst-Management (NICE, 2020)) ist es von großer Bedeutung, dass ein Bewusstsein der Bevölkerung für Long COVID besteht und die möglichen Spät-Symptome bekannt sind. Dies ist ebenfalls wichtig, um die Akzeptanz von Präventionsmaßnahmen im Hinblick auf weitere Infektionswellen abzuschätzen. Um die weiteren Folgen für das Gesundheitssystem abschätzen zu können, ist es zudem relevant zu erfahren, wer aus Sicht der Bevölkerung für die Versorgung von Long COVID-Betroffenen zuständig ist.

### Befund

Lediglich 3 Prozent der Befragten haben noch von keinen Spät-Symptomen im Zusammenhang mit einer COVID-Infektion gehört. Die bekanntesten Spät-Symptome sind Geschmacks- und Geruchsstörungen (bei 86 Prozent bekannt), Atemnot bzw. Kurzatmigkeit (bei 85 Prozent bekannt), andauernde Müdigkeit und Erschöpfung (bei 84 Prozent bekannt) sowie Kopfschmerzen (bei 74 Prozent bekannt). Weniger bekannte Symptome sind Brustschmerzen (35 Prozent) und wiederkehrendes Fieber (30 Prozent). Bei Depressionen als Spät-Symptom zeigt sich ein Unterschied zwischen den Altersgruppen. Jüngeren ist das mögliche Auftreten von Depressionen nach einer COVID-19-Infektion weniger bekannt als Älteren (28 Prozent der 18-39-Jährigen gegenüber mehr als 45 Prozent der über 40-Jährigen).

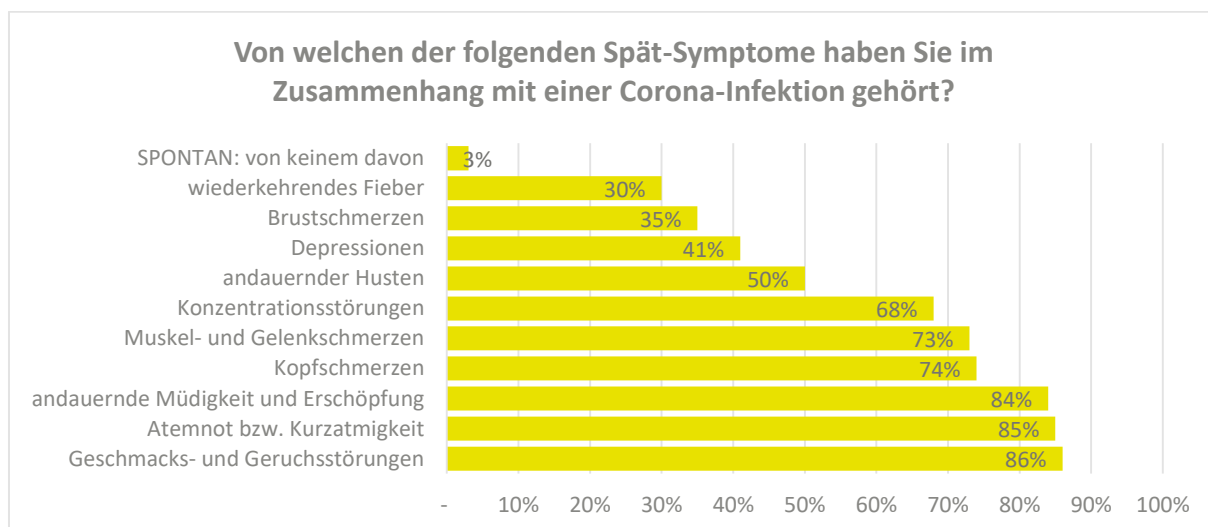


Abbildung 9: Bekanntheit von Long COVID Symptomen

Die meisten Befragten halten die Hausärztin bzw. den Hausarzt (85 Prozent) und die Lungenfachärztin bzw. den Lungenfacharzt (79 Prozent) für die Versorgung von Betroffenen mit Long COVID für zuständig. Krankenhäuser werden eher weniger als Anlaufstelle gesehen (42 Prozent).

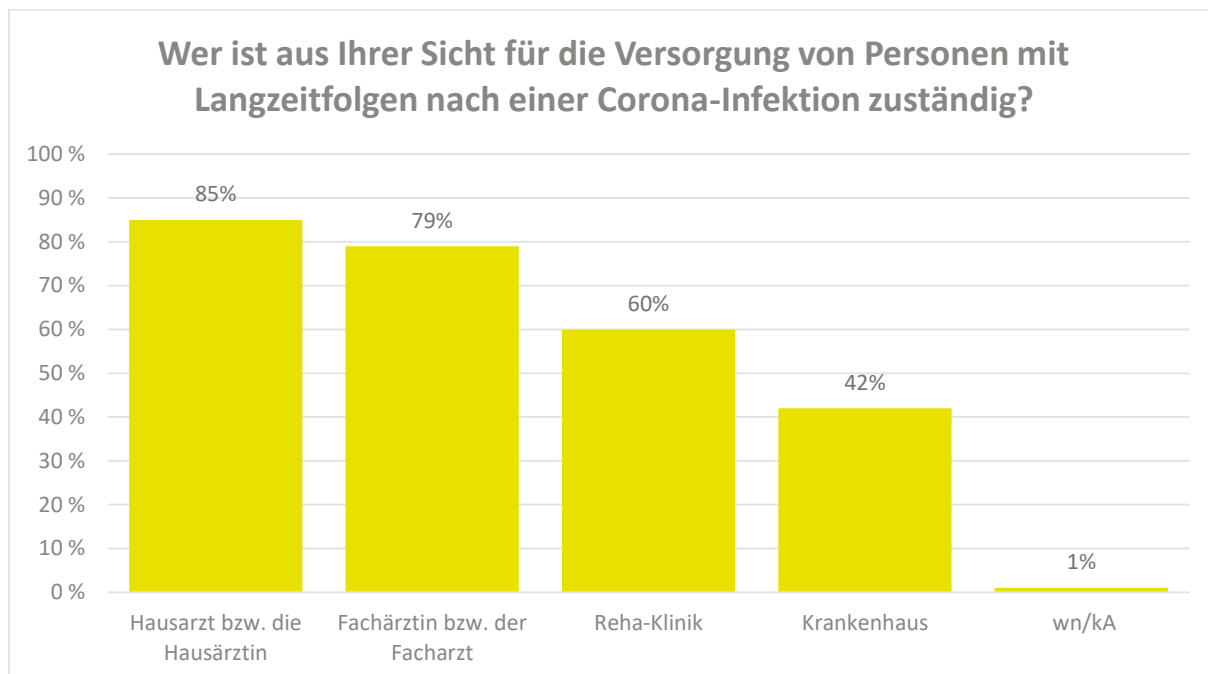


Abbildung 10: Long COVID Versorgungsbereiche

### Interpretation

Die öffentliche Debatte und Berichterstattung über Long COVID hat die breite Bevölkerung erreicht, viele der möglichen Spät-Symptome sind bekannt. Es ist daher davon auszugehen, dass die überwiegende Zahl der Betroffenen die Symptome einordnen kann und bei Beschwerdepersistenz eine Einrichtung des Gesundheitswesens kontaktieren wird. Daraus folgt, dass bei der eingeschränkten Verfügbarkeit von Lungenarztpraxen in den kommenden Monaten und Jahren mit einer großen Zahl an Betroffenen zu rechnen ist, die bei Verdacht auf Long COVID als erstes die Hausarztpraxis aufsuchen werden.

### Schlussfolgerungen/ Forderungen

Long COVID wird zeitnah ein großes Thema in der Primärversorgung werden, daher braucht es umfassende, regelmäßige Fortbildungen der (Haus)Ärzeschaft zu Long COVID, die auch über Möglichkeiten und Grenzen von Diagnostik und Therapien informieren.

Zudem werden multiprofessionelle Versorgungskonzepte benötigt, die den schwerer Betroffenen einen zeitnahen Zugang zu Therapieangeboten ermöglichen. Bei dieser großen Anzahl von zeitgleich Betroffenen könnten auch telemedizinische, skalierbare Ansätze von Nutzen sein, wie sie aktuell in der BMBF-geförderten Studie „Covid-19@Home“ erprobt werden (Rohde & Müller, 2021).

## Literaturverzeichnis

- Agency for Healthcare Research and Quality. (2019). *www.ahrq.gov*. Retrieved 08 20, 2021, from [https://www.ahrq.gov/sites/default/files/wysiwyg/professionals/quality-patient-safety/improving\\_diagnosis\\_flyer.pdf](https://www.ahrq.gov/sites/default/files/wysiwyg/professionals/quality-patient-safety/improving_diagnosis_flyer.pdf)
- Bundesärztekammer. (2020). *www.bundesaerztekammer.de*. Retrieved 08 20, 2021, from Statistische Erhebung der Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen für das Statistikjahr 2019: [https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user\\_upload/downloads/pdf-Ordner/Behandlungsfehler/Statistische\\_Erhebung\\_2019.pdf](https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/Behandlungsfehler/Statistische_Erhebung_2019.pdf)
- Carfi, A., Bernabei, R., & Landi, F. (JAMA). ) Persistent symptoms in patients after acute COVID-19. *JAMA*, 324(6), pp. 603-605. Retrieved from <https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/2768351>
- destatis. (2021). *destatis.de*. Retrieved 08 20, 2021, from <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Krankenhaeuser/Tabellen/gd-krankenhaeuser-jahre.html;jsessionid=F0A75A1757D3F1764C1E7D2EC5803A3E.live722>
- Law, R., Pullyblank, A., & Eveleigh, M. (2013). Avoiding never events: improving nasogastric intubation practice and standards. *Clin Radiol*(68), pp. 239-244.
- MDK. (2020). *www.mds-ev.de*. Retrieved 08 20, 2021, from [https://www.mds-ev.de/fileadmin/dokumente/Pressemitteilungen/2020/2020\\_06\\_25/20\\_06\\_25\\_MDK-Behandlungsfehlerbegutachtung\\_Jahresstatistik\\_2019\\_barrierefrei.pdf](https://www.mds-ev.de/fileadmin/dokumente/Pressemitteilungen/2020/2020_06_25/20_06_25_MDK-Behandlungsfehlerbegutachtung_Jahresstatistik_2019_barrierefrei.pdf)
- NICE. (2020). *www.nice.org.uk*. Retrieved 08 20, 2021, from COVID-19 rapid guideline: managing the long-term effects of COVID-19: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng188/chapter/Context>
- Pemberton, M. (2019). Wrong tooth extraction: further analysis of “never event” data. *Br J Oral Maxillofac Surg*(57), pp. 932-934.
- Public Health England. (2021). *www.gov.uk*. Retrieved 08 20, 2021, from COVID-19: long-term health effects: <https://www.gov.uk/government/publications/covid-19-long-term-health-effects/covid-19-long-term-health-effects>
- Roe, G., Lambie, H., & Hood, A. (2019). . Acceptability of a new practice development for radiographers focused on reducing ‘never events’ related to nasogastric feeding tubes in adult patients. *Radiography*(25), pp. 235-240.
- Rohde, G., & Müller, B. (2021). *egepan.de*. Retrieved from AP 3.3: App-basiertes telemedizinisches Home-Monitoring (Covid-19@Home): <http://egepan.de/ap-3-3-app-basiertes-telemedizinisches-home-monitoring/>



- Schrapppe, M. (2018). *APS-Weißbuch Patientensicherheit*. Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft. Retrieved 08 20, 2021, from [https://schrapppe.com/ms2/index\\_htm\\_files/aps\\_wb\\_06\\_kap3.pdf](https://schrapppe.com/ms2/index_htm_files/aps_wb_06_kap3.pdf)
- Schwappach, D. (2015). Nach dem Behandlungsfehler: Umgang mit Patienten, Angehörigen und dem involvierten Personal. *Bundesgesundheitsblatt*(58), pp. 80-86.
- Schwappach, D., & Pfeiffer, Y. (2020). Registration and Management of “Never Events” in Swiss Hospitals—The Perspective of Clinical Risk Managers. *Journal of Patient Safety*. doi:10.1097/PTS.0000000000000741
- Techniker Krankenkasse. (2021). Retrieved 08 31, 2021, from Mit Sicherheit gut versorgen: Von der Information zur Partizipation. Aktivitäten der TK zum Ausbau der Patientensicherheit 2020. Bericht des TK-Beauftragten für Patientensicherheit.: <https://www.tk.de/resource/blob/2104588/f3047bf1275df2b8e8c448f43a511206/tk-bericht-des-patientenbeauftragten-2020-data.pdf>
- WHO. (2021). *WHO*. Retrieved 08 31, 2021, from <https://www.who.int/teams/integrated-health-services/patient-safety/policy/global-patient-safety-action-plan>