

SCHWERPUNKT

INTERVIEW

Dr. Ruth Hecker, Chief Patient Safety Officer der Universitätsmedizin Essen und Vorsitzende des Aktionsbündnisses Patientensicherheit, im Gespräch mit **Richard Overödter**, Sector Manager Health Care, und **Johanna Hilgen**, Manager Public Sector Consulting, beide KPMG AG Wirtschaftsprüfungsgesellschaft.



“Speak up for your patient’s safety!”

Mehr Sicherheit für Patientinnen und Patienten geht nur mit mehr Ehrlichkeit im Gesundheitswesen

Die Position Chief Patient Safety Officer (CPSO), die Sie heute bekleiden, wurde an der Universitätsmedizin Essen neu geschaffen. Wie kam es dazu?

Mein Auftrag war damals, die Universitätsklinik Essen gesamt zu zertifizieren. Zwar waren zu dem Zeitpunkt schon Teilbereiche zertifiziert, aber die unterschiedlichen Systeme miteinander zu integrieren und dabei auf alle individuellen Interessen einzugehen, war keine leichte Aufgabe in einem so großen Unternehmen. Im Jahr 2014 hatten wir das dann geschafft. Zwei Jahre vorher war das Problem aufgekommen, dass Haftpflichtversicherer ihre Versicherungen mit den Universitätskliniken kündigten. Da nahm dann auch das Thema Risikomanagement Fahrt auf, weil man feststellte, dass Zertifizierungen allein nicht mehr ausreichten. Ich persönlich fand das hoch spannend, weil man sich nun konkret mit der Fragestellung auseinandersetzte, wo die Defizite im Unternehmen liegen und welchen Einfluss sie auf die Sicherheit von Patientinnen und Patienten haben. Der Einsatz von Risikomanagementmethoden veranlasste dann auch die Beschäftigten, sich noch mehr auf die Risiken zu fokussieren, die potenziell zu Schäden bei den Erkrankten führen konnten. Wir konnten mit unserem klinischen Risikomanagementsystem gut auf dem bestehenden Qualitätsmanagementsystem aufbauen.

„Die Patientensicherheit gehört in den Vorstand und in den Aufsichtsrat.“

Wie erreicht man eine weitere Steigerung der Patientensicherheit?

Um die Schwachstellen abzustellen, muss man zu allererst ehrlich mit Fehlern umgehen und über die Prozesse sprechen, die nicht wie gewünscht laufen. Eine einhundertprozentige Sicherheit für Patientinnen und Patienten kann es nicht geben, und deshalb gab es im Gesundheitswesen auch nie so etwas wie eine Null-Fehler-Strategie. Denn wir sind Menschen und wir machen Fehler – auch wenn wir sie natürlich so weit wie möglich reduzieren wollen. Wir sprechen dabei zunächst von unerwünschten Ereignissen, die in einem Krankenhaus passieren. Dabei konzentrieren wir uns auf die vermeidbaren unerwünschten Ereignisse, die wir bearbeiten müssen, um letztlich Behandlungsfehler zu vermeiden. Zuerst gilt das natürlich, um den persönlichen Schaden von Patientinnen und Patienten abzuwenden. Darüber hinaus kosten vermeidbare unerwünschte Ereignisse aber nicht nur Unternehmen beziehungsweise Krankenhäuser viel Geld, sondern sie belasten die gesamte Volkswirtschaft.

Ich bin der Meinung, die Patientensicherheit gehört in den Vorstand und in den Aufsichtsrat und muss stärker berücksichtigt werden. In einem normalen Krankenhaus gibt es eine Geschäftsführung und diese ist in der Regel kaufmännisch besetzt. Dann gibt es ehrenamtlich noch eine Ärztliche Direktorin oder einen Ärztlichen Direktor – und das geht meiner Meinung nach nicht, auch die medizinische Leitung muss hauptamtlich sein – und eine Pflegedirektion. Die Frage ist, wer kümmert sich um das Thema Patientensicherheit? Die Pflege sieht zu, dass sie unter dem wirtschaftlichen Druck genügend Personal zu Verfügung stellen kann, die ehrenamtliche ärztliche Leitung denkt zuerst an ihre eigene Abteilung, bevor sie den Blick auf das Gesamt-Krankenhaus richtet, und die betriebswirtschaftliche Seite schaut auf das Geld und hat diesbezüglich Vorgaben, die sie erreichen muss.



Ich würde nicht sagen, dass da jemand wirklich auf die Sicherheit von Patientinnen und Patienten schaut. Das Problem ist, dass Patientensicherheit kein klares Entscheidungskriterium ist. Andernfalls würden sich Krankenhäuser vielleicht nicht für einen weiteren Herzkatheterplatz entscheiden – obwohl wir wissen, dass das ein überversorgter Bereich ist –, sondern man würde vielleicht in Aus- und Weiterbildung, oder zum Beispiel in 24/7-Mikrobiologie zum Thema Sepsis investieren. Deutschland hat im internationalen Vergleich immer noch zu viele Sepsistodesfälle. Im australischen Gesundheitssystem – das international einen guten Ruf hat – kommt es zum Beispiel zu deutlich weniger Sepsistoten. Und es gibt Studien, die besagen, dass die Sepsissterblichkeit ein Spiegel für die Qualität des gesamten Gesundheitssystems ist. Sich vor diesem Hintergrund für den Herzkatheterplatz zu entscheiden, ist sicher nicht im Sinne der Patientensicherheit. Dies ist nur ein Beispiel.

Patientensicherheit muss einfach stärker mitgedacht werden und sich auch in einer Strategie wiederfinden. Dazu muss es ein Berichtswesen geben, das dokumentiert, ob die Ziele in diesem Bereich operativ umgesetzt werden. Und es ist natürlich unabdingbar, dass die Führungskräfte ebenfalls sensibilisiert werden. Auch an Unikliniken sieht das oft noch anders aus und Führungskräfte werden mehr nach der Forschungstätigkeit und den Drittmitteln ausgewählt, weniger nach Führungs- und Managementkompetenzen.

In Krankenhausketten – auch denen, die sich in öffentlicher Trägerschaft befinden – läuft es teilweise besser. Dort werden Bewerberinnen und Bewerber einem richtigen Personal-Assessment unterzogen und wenn entsprechende Defizite erkannt werden, findet noch mal ein Führungskräfte-Training statt.



„Wir sind Ärztinnen und Ärzte, wir machen Fehler und es passieren manchmal Behandlungsschäden.“

Ich gehöre nicht zu denen, die sagen, ein Gesundheitssystem müsse nicht wirtschaftlich sein. Auch in einem guten Gesundheitssystem können wir das Geld nicht zum Fenster hinauswerfen. Ich bin fest davon überzeugt, man kann unter den Diagnosis Related Groups (DRG)-Bedingungen ein Krankenhaus noch vernünftig führen. Aber man kann auch bei den DRGs und der Finanzierung von Krankenhäusern eine Menge besser machen. Diejenigen, die sich für Kriterien der Patientensicherheit – die Qualität – einsetzen, muss man belohnen. Und diejenigen, die das nicht tun, muss man die Rote Karte zeigen.

Sie sind Vorsitzende des Aktionsbündnisses Patientensicherheit (APS). Welche Ziele verfolgen Sie dort und wie sind Sie dazu gekommen?

Das APS ist 2005 mit Unterstützung der damaligen Gesundheitsministerin Ulla Schmidt gegründet worden. Zu den Gründungsmitgliedern gehörten hochrangige Vertreter von Krankenkassen und Ärzteverbänden. Gerade zu dieser Zeit gab es auch mal eine Bewegung, die in Richtung von mehr Ehrlichkeit und Mut im Gesundheitswesen ging. Ich erinnere mich zum Beispiel an eine damalige Initiative der BILD-Zeitung „Wir machen Fehler“, bei der siebzehn Profis aus dem Gesundheitswesen erzählten, wo ihnen Fehler unterlaufen sind und Patientinnen oder Patienten zu Schaden gekommen sind. Getriggert wurde diese Bewegung zunächst international vom Institute of Medicine im Jahr 1999 unter dem Motto „Irren ist menschlich“. Und so ist es ja auch. Wir sind Ärztinnen und Ärzte, wir machen Fehler und es passieren manchmal Behandlungsschäden. Ich würde mir wirklich wünschen, dass sich auch jetzt und heute bedeutende Persönlichkeiten, zum Beispiel eine Vertretung der Bundesärztekammer, öffentlich hinstellt und das sagt. Diese Fehler passieren und müssen transparent gemacht werden, um daraus zu lernen.

Im Rahmen dieser Bewegung entstanden dann auch die ersten Handlungsempfehlungen des APS. Unser Credo war: Aus Fehlern lernen. Und deshalb haben wir uns die Fragen gestellt: Warum bleiben Instrumente im Bauch einer Patientin oder eines Patienten? Wie kommt es zu Seitenverwechslungen? Und was kann man dagegen tun? Heute sind Zählkontrollen Pflicht, damit keine Instrumente oder Tupfer mehr im Bauch der Behandelten vergessen werden.



Außerdem gibt es Patientenarmbänder und ein Team-Time-out, bei dem sich alle noch einmal fokussieren müssen: Ist das die richtige Patientin oder der richtige Patient? Ist das die richtige Operation? Ist das die richtige Seite?

Bei der Instrumentenentwicklung zum klinischen Risikomanagement haben wir immer mit Sachverständigen aus unterschiedlichen Bereichen zusammengearbeitet. Aber was wir auch merken: Man kann noch so viel diskutieren, beschreiben und Empfehlungen in Arbeitsgruppen erarbeiten. Das heißt noch lange nicht, dass diese Methoden oder Präventionsmaßnahmen überall eingehalten oder gelebt werden. Wenn wir es nicht schaffen die Kultur zu entwickeln, uns ehrlich über Fehler zu unterhalten, können wir noch so viele Methoden haben.

Ich persönlich bin damals vom Aktionsbündnis Patientensicherheit angesprochen worden, vermutlich weil sich meine Arbeit und die Erfolge an der Universitätsmedizin Essen herumgesprochen hatten. Für mich war das eine spannende Herausforderung, bei der ich einerseits meine operativen Erfahrungen einbringen konnte, andererseits aber auch die politische Dimension der Arbeit in der „Berliner Blase“ kennenlernte. Dabei kann die Arbeit manchmal ziemlich frustrierend sein, da man sich gegen viele Körperschaften und Institutionen durchsetzen muss, die einem Wandel eher skeptisch gegenüberstehen und teilweise aus wirtschaftlichen Erwägungen sehr am Status quo festhalten.

„Wenn wir es nicht schaffen die Kultur zu entwickeln, uns ehrlich über Fehler zu unterhalten, können wir noch so viele Methoden haben.“

Wo sehen Sie Schwächen im System für die Patientensicherheit?

Das Gesundheitssystem ist eine Hochzuverlässigkeitsorganisation. Sie kennen vielleicht HRO – wir sagen auch Hochrisikoorganisationen – wie die Luftfahrt, Kernkraftwerke oder das Bankenwesen. Nur, während in einem Kernkraftwerk eine Personalreserve vorgehalten wird, ist das Gesundheitswesen deutlich knapper ausgestattet. Natürlich ist es hochgefährlich, wenn ein Kernkraftwerk in die Luft geht, aber wir haben auch gesehen, was passiert, wenn ein Gesundheitswesen in die Luft geht. Das Gesundheitssystem wurde kaputtgespart, die Länder sind zum Beispiel ihren Investitionsverpflichtungen nicht ausreichend nachgekommen, das Gesundheitswesen ist auf Kante genäht. Wir können die Beschäftigten nicht im Gesundheitswesen halten, wenn wir sie überfordern. Es gibt zu wenig Personal und Reservekapazitäten, um Sicherheit für unsere Patientinnen und Patienten herstellen zu können. Wenn die Beschäftigten das Gefühl haben, nicht alles für die Betroffenen tun zu können, und dann ein unerwünschtes Ereignis eintritt, leiden die jungen Kolleginnen und Kollegen so sehr darunter, dass von einem zweiten Opfer – dem Second-Victim-Phänomen – gesprochen wird.

„Wir haben auch gesehen was passiert, wenn ein Gesundheitswesen in die Luft geht.“



Deswegen müssen wir Änderungen herbeiführen und eine qualitativ hochwertige und sichere Versorgung der Patientinnen und Patienten sicherstellen. Ob das erreicht werden kann, hängt maßgeblich von den Entscheidungen der Politik, der Stakeholder, des Vorstands beziehungsweise der Geschäftsführung ab, die die Rahmenbedingungen beeinflussen, und die Sicherheitskultur im Unternehmen fördern oder nicht. In der Universitätsmedizin Essen fokussieren wir das Thema und fördern die Sicherheitskultur sowohl auf der persönlichen Ebene der Beschäftigten, mit einem Verantwortungsgefühl jedes Einzelnen (Speak up for your Patient's Safety!), als auch auf Team-, Organisations- und Prozessebene.

Inwiefern wird der Datenschutz bei der Digitalisierung des Gesundheitswesens von der Politik in ausreichendem Maße berücksichtigt?

Der Datenschutz ist ein sehr wichtiges Anliegen, der ja sogar auf einer eigenen gesetzlichen Grundlage basiert. Manchmal frage ich mich aber, warum der Schutz von Patientinnen und Patienten nicht auf einer ähnlichen Basis steht. Aktuell können wir uns nur auf das Grundgesetz und das Recht auf körperliche Unversehrtheit berufen. Deshalb muss man sich auch fragen, wo behindert der Datenschutz gerade die Patientensicherheit? Um eine sichere und ganzheitliche Versorgung gewährleisten zu können, müssen wir IT-Sicherheit, Datenschutz und Patientensicherheit im Dreiklang denken und sie als Qualitätskriterien miteinander abwägen.

„Aktuell fehlt es noch an einem Verständnis zwischen ITlern und Medizinern.“

Welche Gefahren für die Schutzbedürftigen gibt es bei einer zunehmend digital arbeitenden Ärzteschaft?

Die Digitalisierung bietet fantastische Möglichkeiten für das Gesundheitswesen, aber die Risiken werden dabei schnell ausgeblendet. Wir akzeptieren sie eher, als dass wir schockiert darüber sind, was passieren kann. Dabei kommen Risiken zum Beispiel auf, wenn unterschiedliche Softwaresysteme nicht aufeinander abgestimmt sind. Dann kommt es vor, dass Laborwerte erst vier Wochen nach einem Update richtig übermittelt werden können oder dass die elektronische Dokumentation von Patientinnen beziehungsweise Patienten vertauscht werden. Deshalb müssen wir kritischer mit solchen Systemen umgehen. Darüber hinaus bleiben viele Aufgaben den Health Care Professionals überlassen, die häufig nicht in der Lage sind, die digitalen Fehler zu erkennen. Wenn in einer solchen Situation die automatische Terminerinnerung von Krebskranken einem Algorithmus überlassen wird und ein Fehler im System unbemerkt bleibt, dann können Menschen sterben, so wie es in Großbritannien schon geschehen ist. Deshalb muss mit der Digitalisierung im Gesundheitswesen auch der Aufbau von digitalen Kompetenzen und effektiven Risikomanagementmethoden einhergehen.

Warum überwiegt bei der Digitalisierung trotzdem der Nutzen die Gefahren?

Ich bin ein absoluter Fan der Digitalisierung und sie wird ihren Nutzen haben. Wenn die Systeme funktionieren, dann werden wir eine höhere Compliance zum Beispiel durch automatisierte Erinnerungsfunktionen erreichen. Fehler durch Handschriftverwechslungen bei Arzneimitteln werden ausbleiben und statt einem Papierwust wird mit einer gut sortierten, elektronischen Patientenakte gearbeitet. Gleichzeitig wird auch die Transparenz für die Patientinnen oder Patienten erhöht, die einen besseren Einblick in ihre Unterlagen erhalten.

„Speak up for your patient's safety!“

Aktuell fehlt es noch am Verständnis zwischen IT-Kräften und medizinischem Fachpersonal. Das gilt es in Zukunft zu verbessern, damit gerade die Chancen durch künstliche Intelligenz (KI) – oder weitergedacht Deep Learning – genutzt werden können. Ich sehe gute Anwendungsmöglichkeiten, wenn ich mir zum Beispiel vorstelle, wie eine KI berechnen kann, wer eine Risikopatientin oder ein Risikopatient ist. Ein alter Mensch mit mehreren Erkrankungen, der keine Milz mehr hat und nicht geimpft worden ist, ist prädestiniert, schon in der präklinischen Phase an einer Sepsis zu erkranken. Informationen wie diese könnten auch niedergelassene Ärztinnen und Ärzte dabei unterstützen, Risiken besser zu erkennen.

Welche Maßnahmen für einen besseren Patienten- und Datenschutz bei zunehmender Digitalisierung im deutschen Gesundheitswesen gibt es derzeit?

Wenn wir uns die Rechtsgrundlage für digitale Gesundheitsanwendungen (DiGA) anschauen, zählt man lediglich sechs Punkte zum Thema Sicherheit von Patientinnen und Patienten, während es insgesamt 30 Punkte zum Thema Datenschutz gibt. Das ist ein Ungleichgewicht, bei dem man merkt, dass Patientensicherheit eine untergeordnete Rolle spielt und eine Abwägung gegenüber anderen Faktoren nicht stattfindet.

Wir können uns der Digitalisierung nicht einfach hingeben. Die Probleme und Risiken, die mit ihr einhergehen, lernen wir gerade erst kennen und deshalb wünsche ich mir eine kritische Grundhaltung. Ebenso wünsche ich mir mehr Kompetenz in Risikomanagementmethoden, um beispielsweise im Rahmen einer Szenarioanalyse Risiken frühzeitig zu erkennen. Wichtig ist dafür auch, dass die Softwarehersteller Patientinnen

und Patienten sowie alle anderen, die die Programme anwenden, früher mit einbinden. Aktuell sehen wir immer noch ein großes Delta, weil IT-Kräfte die Sprache der Mediziner nicht verstehen und umgekehrt.

Ich finde, es müsste ein transparentes Fehlerregister geben. Aktuell müssen wir die Fehler, die in IT-Systemen auftreten, erst noch kennenlernen. Es sollte nicht erst jedes Krankenhaus alle Fehler in seinen eigenen Softwaresystemen machen müssen. Stattdessen wäre es besser, diese Fehler in einem zentralen Register offenzulegen, sodass auch andere ihre Schlüsse daraus ziehen können.



Dr. Ruth Hecker

Chief Patient Safety Officer der Universitätsmedizin Essen und Vorsitzende des Aktionsbündnis Patientensicherheit

Frau Dr. Ruth Hecker begann zunächst eine Pflegeausbildung und nahm dann parallel dazu ihr Medizinstudium auf. Nach ihrer Facharztausbildung zur Anästhesistin arbeitete sie bei der Ärztekammer Westfalen-Lippe, später im Qualitätsmanagement eines kleineren Krankenhauses in Gelsenkirchen, bevor sie an die Universitätsklinik Essen wechselte, an der sie heute die Position des Chief Patient Safety Officer bekleidet. Zudem ist sie Vorsitzende des Vereins Aktionsbündnis Patientensicherheit (APS).



Richard Overödter

Sector Manager
Health Care

KPMG AG Wirtschaftsprüfungsgesellschaft
➤ roveroedder@kpmg.com



Johanna Hilgen

Manager

Public Sector Consulting

KPMG AG Wirtschaftsprüfungsgesellschaft
➤ jhilgen@kpmg.com



gettyimages
filadendron