

1 Betrachtungsweisen und Anforderungen an ein Risikomanagement

Die moderne Gesundheitsversorgung stellt von allen Aktivitäten auf dieser Erde die größte Herausforderung an Sicherheit dar.²

Warum brauchen wir ein Risikomanagement in Einrichtungen des Gesundheitswesens? Je nach Blickwinkel des Betrachters werden wir auf diese Frage unterschiedliche Antworten erhalten.

Risikomanagement kann unterschiedliche Inhalte und Aspekte umfassen:

- Strategische und betriebswirtschaftliche Risiken
- Patienten- und Mitarbeitersicherheit
- Compliance, die Einhaltung gesetzlicher Bestimmungen und unternehmensinterner Richtlinien (Deutscher Corporate Governance Kodex 2017, S.6)

Dabei können je nach Art der Organisation jeweils unterschiedliche Aspekte im Vordergrund stehen. Es werden andere Gründe für ein Risikomanagement in einer ambulanten oder stationären Pflegeeinrichtung gesehen werden als in einem Krankenhaus der Maximalversorgung. Ganz gleich aber, um welche Einrichtung es sich auch handeln mag, am Thema Risikomanagement führt kein Weg vorbei.

Seit Inkrafttreten des »Patientenrechtegesetzes« (Gesetz zur Verbesserung der Rechte von Patientinnen und Patienten) und den daraus resultierenden Anforderungen ist die Implementierung von Risikomanagement und Fehlermeldesystemen für ambulant tätige Ärzte, Zahnärzte, Psychotherapeuten sowie für Krankenhäuser gesetzliche Pflicht. Ziel ist hierbei, langfristig die Patientensicherheit durch die Stärkung der Patientenperspektive zu verbessern.

Doch Risikomanagement bedeutet mehr als die Erfüllung gesetzlicher Anforderungen.

Aus Sicht der Leitung einer Organisation geht es darum, Schadensereignisse abzuwenden, die ihren Fortbestand gefährden, die Leistungsfähigkeit beeinträchtigen, den Ruf beschädigen und möglicherweise Haftungsprobleme für Führungskräfte bedingen. Patienten und Bewohnern hingegen geht es um Sicherheit in der Versorgung und Betreuung, während für die

2 Leape et al. 1998, S. 1444, Übersetzung des englischen Originals durch die Autorin

Mitarbeiter die eigene Sicherheit sowie der Schutz vor Fehlern und Fehlleistungen im Vordergrund stehen. Für Kostenträger und Haftpflichtversicherer stehen die Vermeidung von Patientenschäden und daraus entstehende Kosten im Fokus.

Unterscheidung
verschiedener
Sichtweisen

Im Folgenden sollen daher die unterschiedlichen Sichtweisen und Anforderungen an das Risikomanagement betrachtet werden:

- Sichtweise der Organisation
- Patienten-/Bewohnersicht
- Sicht der Mitarbeiter
- Sicht der Kostenträger
- Sicht der Haftpflichtversicherer
- Sicht des Gesetzgebers

1.1 Risikomanagement aus Sicht der Organisation

Aus Sicht der Organisation sind juristische und betriebswirtschaftliche Aspekte für das Risikomanagement von Bedeutung.

1.1.1 Juristische Aspekte

Ziel: Juristische
Unangreifbarkeit

Die juristische Sichtweise des Risikomanagements stellt Risikoprävention, Sicherheit und Schutz des Patienten in den Mittelpunkt. Vorrangiges Ziel ist es, die medizinisch-pflegerische Qualität der Krankenhausbehandlung bzw. Betreuung in Alten- oder Pflegeeinrichtungen juristisch unangreifbar zu machen sowie die Einrichtungsträger vor Vorwürfen des Organisationsverschuldens zu bewahren. So verstehen Ulsenheimer et al. (1996, S. 1280) unter einem Risikomanagementsystem »ein Schadenverhütungsprogramm und Risikovorsorgekonzept, mit dessen Hilfe potenzielle Haftungsgefahren für Arzt, Pflegepersonal und Krankenhaus aufgespürt und eliminiert bzw. gesenkt werden.«

Bereits heute nehmen die Ansprüche auf Schadensersatz und Schmerzensgeld gegenüber Ärzten, Pflegepersonen und Krankenhäusern sowie Strafverfahren wegen fahrlässiger Tötung, fahrlässiger Körperverletzung und unterlassener Hilfeleistung zu. Dass sich hierbei längst nicht mehr nur Ärzte mit möglichen Behandlungsfehlervorwürfen konfrontiert sehen, belegt ein Bericht des Instituts der Rechtsmedizin der Rheinischen Friedrich-Wilhelms-Universität Bonn (Preuß et al. 2005). Dort war der Pflegedienst als viertstärkste Berufsgruppe (nach Krankenhaus-, niedergelassenen und Notdienst-Ärzten) von möglichen Behandlungsfehlervorwürfen mit tödlichem Ausgang betroffen.

Während es beispielsweise in vielen Krankenhäusern üblich ist, bei aufgetretenen vermeintlichen oder tatsächlichen Schadensereignissen zu reagieren, zielt das juristische Risikomanagement auf Vorbeugung und Vermeidung von Haftungsfällen. Dazu werden, gemäß dem Grundsatz »aus Fehlern lernen«, aus der richterlichen und Versicherungspraxis stammende Erkenntnisse zur Vermeidung ähnlicher oder gleicher neuer Schäden eingesetzt.

Je sicherer die Behandlungsabläufe und der Einsatz der technischen Mittel, je besser die Organisation, Dokumentation und Aufklärung sind, umso weniger Schäden, Auseinandersetzungen und Angriffspunkte wird es zwischen der Patienten- und der Behandlungsseite geben. So schreibt Ulsenheimer (2002, S. 1127): »Schutz und Sicherheit des Patienten haben absolute Priorität vor allen anderen Erwägungen.«

Bei der juristischen Risikoprävention geht es darum, die Einrichtung, ihre einzelnen Abteilungen und ihre Bereiche dahingehend zu analysieren, inwieweit Rechtsvorschriften, Gerichtsurteile, Leitlinien und Empfehlungen der Fachgesellschaften und Berufsverbände im Sinne einer juristischen Risikoanalyse beachtet werden.

Haftungsspezifische Bereiche

Im Rahmen dieser Analyse zeigen sich für Einrichtungen des Gesundheitswesens folgende haftungsspezifischen »Gefahrenquellen« für Ärzte und Pflegendе:

- Organisationsmängel,
- Aufklärungsmängel,
- Dokumentationsmängel,
- Gerätemängel sowie
- Fehler bei Diagnostik, Behandlung und Pflege.

Auf diese Bereiche wird daher im Rahmen der Risikoanalyse ein besonderes Augenmerk gelegt.

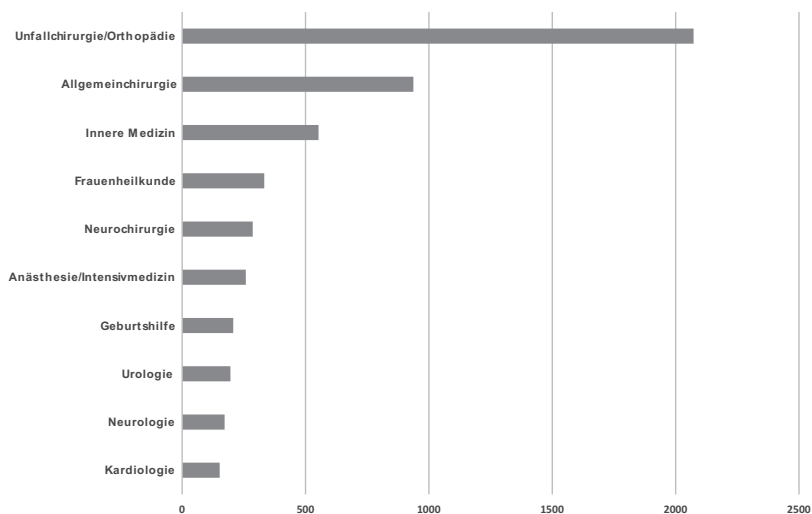
Im Krankenhaus konzentriert sich das juristische Risikomanagement insbesondere auf die haftungsrechtlichen »Hochrisikobereiche«. Dies sind Intensivstationen, Operationsäle und der Kreissaal sowie Notaufnahmen.

Hochrisikobereiche im Krankenhaus

Jährlich werden ca. 12.000 vermutete Arzthaftungsfälle durch die Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen bei den Ärztekammern bewertet. Aus diesen Verfahren werden anonymisierte Daten mit Hilfe des Medical Error Reporting Systems (MERS) einheitlich erfasst und in einer bundesweiten statistischen Erhebung zusammengeführt. 2016 (Bundesärztekammer 2016) wurden durch die Schlichtungsstellen 11.803 Anträge bearbeitet und 7.639 Sachentscheidungen gefällt. In 5.394 Fällen wurden keine Behandlungsfehler oder Aufklärungsmängel festgestellt. Bei 47 Fällen wurden Aufklärungsmängel, bei 2.198 Fällen Behandlungsfehler festgestellt, allerdings eine Kausalität in nur 1.845 Fällen bejaht.

Betrachtet man die Fachdisziplinen, gegen welche Anträge gestellt wurden, findet sich eine Häufung bei den operativen Disziplinen (► Abb. 1.1). Dies erklärt, warum gerade in diesen Bereichen Risikomanagement eine hohe Bedeutung haben sollte.

Abb. 1.1:
Verteilung der Antragstellungen bei Behandlungsfehlervorwürfen nach Fachbereichen 2016



Pflegequalitätsberichte des MDS

Für den Pflegedienst als eigenständige Berufsgruppe im Gesundheitswesen fällt eine Untergliederung in »Hochrisikobereiche« deutlich schwerer. Eindeutige und umfassende Studien über die Risikosituation in der stationären und ambulanten Pflege, sieht man hier einmal von Indikatoren über Sturz und Dekubitus ab (►Kap. 7), fehlen bislang und somit auch konkrete Zahlen zu möglichen Fehlern. In 2002 trat das Gesetz zur Qualitätssicherung und zur Stärkung des Verbraucherschutzes in der Pflege³ in Kraft. Auf diesem aufbauend erfolgen seitdem in allen ambulanten und stationären Pflegediensten und -heimen jährliche Qualitätsprüfungen (nähere Ausführungen zu diesem Vorgehen ►Kap. 8). Seit 2009 werden die Ergebnisse dieser Prüfungen auf der Homepage des MDK veröffentlicht (siehe hierzu www.mdk.de, »Leistungserbringer«).

Wurde den Pflegeorganisationen im ersten Bericht des Medizinischen Dienstes der Spitzenverbände der Krankenkassen (MDS) noch ein sehr schlechtes Zeugnis ausgestellt (Brüggemann et al. 2004) – hier fielen Mängel in allen Stufen des Pflegeprozesses, in der Durchführung von Prophylaxemaßnahmen, in der Hygiene, bei der Medikamententherapie sowie in der Personalausstattung auf –, wurden die Ergebnisse über die Jahre immer besser und sind im letzten Bericht von 2014 (MDS 2014) weitestgehend zufriedenstellend. Daher lassen sich auf diese Weise für die Gesamtheit der Einrichtungen keine allgemeinen Risikobereiche mehr identifizieren.

3 Pflege-Qualitätssicherungsgesetz (PQsG). Auf diesem aufbauend wurde das elfte Buch des Sozialgesetzbuchs – Soziale Pflegeversicherung (SGB XI) geändert und ergänzt. Insbesondere das elfte Kapitel (»Qualitätssicherung«) wurde um die Paragraphen 112 bis 120 erweitert. Gesetzesbeschluss des Deutschen Bundestages, veröffentlicht in der Drucksache 456/01 des Bundesrats 2001.

Dieser Problemstellung folgend, führten Habermann und Cramer an der Hochschule Bremen am Zentrum für Pflegeforschung und Beratung (Zepb) eine vom Bundesministerium für Bildung und Forschung geförderte Studie (Projektzeitraum 2007–2009) mit dem Titel »Pflegerfehler, Fehlerkultur und Fehlermanagement in stationären Versorgungseinrichtungen« (2009) durch. Ziel war hierbei, Pflegekräfte »als konstante Akteure am sogenannten ›sharp end‹ der Versorgung« (S. 4) zu ihrer »Fehlerwahrnehmung«, ihren »erinnerten Fehlerhäufigkeiten«, den »Arten von Fehlern«, und den »Fehlerkategorien« zu befragen (S. 8)⁴. In die Studie wurden 3.905 Pflegenden aus 46 Pflegeheimen und 30 Krankenhäusern mit mehr als 50 Plätzen bzw. Betten eingeschlossen und per Fragebogen anonymisiert befragt. Bei der Betrachtung der Ergebnisse (► Tab. 1.1 und ► Tab. 1.2) ist erwähnenswert, dass einige Unterschiede in der Wahrnehmung zwischen der Pflege in Krankenhäusern und der in stationären Pflegeeinrichtungen zu finden sind.

So sehen fast 70 % der Pflegekräfte im Krankenhaus die Diagnostik und Therapie insgesamt als risikoreich an, wohingegen diese Ansicht nur 46 % der Pflegekräfte im Pflegeheim teilen. Auch haben über 60 % der Pflegekräfte im Krankenhaus Angst vor Fehlern in der Arzneimitteltherapie, wohingegen dies nur knapp 40 % der Pflegekräfte in Pflegeheimen so sehen.

Risikobereiche aus Sicht der Pflegekräfte

Fehlerkategorien	Krankenhäuser (n = 724)	Pflegeheime (n = 376)
	Nennungen in Prozent	Nennungen in Prozent
Diagnostik und Therapie insgesamt	68,1	46
Diagnostik und Therapie (nur Medikationsfehler)	61,5	39,9
Direkte Pflege	14,1	33,5
Koordination und Kooperation	2,6	0,3
Kommunikation mit Patienten/Bewohnern	2,2	6,7
Gewalt/Missachtung	2,5	9,3

Tab. 1.1:
Fehlerkategorien
(nach Habermann
und Cramer 2012,
S. 22)

Als Fehlerursachen (► Tab.1.2) sehen deutlich mehr Pflegekräfte im Krankenhaus, über 76 %, eine hohe Arbeitsbelastung sowie Unterbrechungen (19,1 %) als treibenden Faktor, wohingegen diese Ansicht von nur knapp 57 % bzw. 8 % der Pflegekräfte in den befragten stationären Pflegeheimen geteilt wird. Für diese scheint jedoch ein Wissens- und

⁴ Details zu Stichprobenverfahren, Einschlusskriterien und Stichprobenkalkulationen sind dem Abschlussbericht (2009, S. 11 ff.) zu entnehmen.

Motivationsmangel eine größere Bedeutung zu besitzen als für die Pflegekräfte in den Krankenhäusern (16,2 %/11,2 % vs. 10,6 %/5,1 %).

Tab. 1.2:
Fehlerursachen
(nach Habermann
und Cramer 2012,
S. 25)

Fehlerursachen	Krankenhäuser (n = 724)	Pflegeheime (n = 376)
	Nennungen in Prozent	Nennungen in Prozent
hoher Arbeitsanfall	76,1	56,7
Unterbrechungen	19,1	8
Wissensmangel	10,6	16,2
Motivationsmangel	5,1	11,2
mangelnde prof. Einstellung	6,6	9,8
nicht qualifiziert	6,5	9,8
fehlende Vorgaben, Standards...	3,2	2,1
mangelnde Sprachkenntnisse	1	2,7

Bei den Ergebnissen des Projektes wird deutlich, dass Risikobereiche für die Pflege nicht pauschal, im Sinne einer Blaupause für alle Einrichtungen, festgelegt werden können. So wirken sich eine hohe Komplexität und Interdisziplinarität im Krankenhaus auch auf die Pflege aus und spielen für deren Risikolandschaft eine wichtige Rolle. Dies wiederum trifft nur bedingt für die stationäre Altenpflege zu und kann für ambulante Pflegedienste (je nach Leistungsangebot) wiederum ganz anders gestaltet sein. Hier ist eine objektive und realistische Einschätzung der Ist-Situation für den jeweiligen Bereich notwendig.

Das Organisationsverschulden

Nachweis einer
dokumentierten
Aufbau- und
Ablauforganisation

Jedes Unternehmen hat Organisationspflichten zu beachten, damit durch Betriebs- und Arbeitsabläufe Dritte nicht geschädigt werden können. Diese Pflichten resultieren aus § 823 BGB, wonach derjenige, der eine Gefahrenquelle eröffnet, die Pflicht hat, alles Erforderliche zu tun, um Schäden bei Dritten durch diese Gefahrenquelle zu verhindern (»Verkehrssicherungspflicht«) (Adams 2002).

Um dem Vorwurf des Organisationsverschuldens zu entgehen, muss ein Krankenhaus oder eine Pflegeeinrichtung, wie jedes andere Unternehmen auch, eine dokumentierte Aufbau- und Ablauforganisation nachweisen. Diese beinhaltet in Form eines Anweisungs- und Nachweissystems (Adams 2002):

- Anweisungs-, Auswahl- und Überwachungspflichten
- transparente Delegation von Aufgaben, Kompetenzen und Verantwortung

- Kooperationsregelungen zwischen Mitarbeitern, einzelnen Abteilungen, Beauftragten und Externen

Die Einrichtungen müssen im Schadensfall nachweisen können, dass sie die allgemeinen Organisationspflichten beachtet haben. Beispielsweise muss eine Krankenhausleitung im Falle eines Schadens nachweisen, dass das von ihm eingesetzte Personal sorgfältig ausgewählt wurde, entsprechende Anleitung erfahren hat und überwacht wurde (Adams 2002). Weitere Aspekte, insbesondere im Hinblick auf ein personalbedingtes Organisationsverschulden und das Stellen bspw. von Überlastungs- oder Gefährdungsanzeigen, werden in Kapitel 2 weiter ausgeführt.

1.1.2 Betriebswirtschaftliche Aspekte

Gesetzliche Bestimmungen verpflichten Unternehmen zur Einführung eines Risikomanagementsystems.

Sicherung des wirtschaftlichen Überlebens

Aus betriebswirtschaftlicher Sicht gilt es, ein Risikomanagementsystem zu implementieren, das in der Lage sein muss, bestandsgefährdende Entwicklungen, die die wirtschaftliche und finanzielle Lage der Einrichtung betreffen, frühzeitig und vollständig zu identifizieren.

Die Gründe, die aus Sicht der Leitung für die Einführung eines Risikomanagementsystems sprechen, sind maßgeblich durch gesetzliche Bestimmungen im Haushaltsgrundsätzegesetz (HGrG), Aktiengesetz (AktG) sowie Handelsgesetzbuch (HGB) bedingt, da diese auch Einrichtungen des Gesundheitswesens, gleich welcher Rechtsform oder Trägerschaft, betreffen können.

Gesetzliche Grundlagen

So ist gemäß §91(2) AktG der Vorstand einer Aktiengesellschaft verpflichtet, »geeignete Maßnahmen zu treffen, insbesondere ein Überwachungssystem einzurichten, damit den Fortbestand der Gesellschaft gefährdende Entwicklungen früh erkannt werden.«

Diese Bestimmung des Aktiengesetzes gilt

- für die meisten Kapitalgesellschaften, unabhängig von der Struktur der Anteilseigner (Grundlage: **Gesetz zur Kontrolle und Transparenz im Unternehmensbereich (KonTraG)**), und
- für alle Unternehmen (unabhängig von der gewählten Rechtsform), die nach § 53 HGrG geprüft werden müssen, da die Einrichtung eines Risikomanagementsystems nach herrschender Ansicht nur als Konkretisierung der ohnehin bereits existenten Anforderungen des § 53 HGrG gesehen wird.

Vom § 53 HGrG sind Unternehmen in der Rechtsform des privaten Rechts betroffen, die entweder einen öffentlich-rechtlichen Anteilseigner haben, der unmittelbar oder mittelbar mehr als 50 % der Kapitalanteile besitzt, oder mehrere öffentlich-rechtliche Anteilseigner, von denen ein öffentlich-rechtlicher Anteilseigner mindestens 25 % der Anteile besitzt und die

öffentlich-rechtlichen Anteilseigner zusammen über die Mehrheit der Kapitalanteile an dem privatwirtschaftlichen Unternehmen verfügen.

Die Leitung des Krankenhauses, der ambulanten/stationären Kranken- oder Altenpflegeeinrichtung muss mit Hilfe eines Risikomanagements in die Lage versetzt werden, durch Gegenmaßnahmen Risiken zu begegnen und sie damit kalkulierbar zu machen, die sich im Sinne einer **Bestandsgefährdung** auswirken können.

Kreditvergabe

Auch im Bereich der Kreditvergabe gewinnt der Nachweis eines funktionstüchtigen Risikomanagementsystems eine immer größere Bedeutung. So sieht das Konsultationspapier des Baseler Ausschusses für Bankenaufsicht (Basel II) vor, bei der Kreditvergabe durch Banken an Unternehmen künftig die Kreditwürdigkeit stärker zu berücksichtigen. Hierzu wird ein sogenanntes Rating durchgeführt, das eine »Aussage über die künftige Fähigkeit eines Unternehmens zur vollständigen und termingerechten Tilgung und Verzinsung seiner Verbindlichkeiten« (Westhelle 2002, S. 19) trifft.

In Zukunft werden auch für Einrichtungen im Gesundheitswesen unabhängige Rating-Agenturen die Kreditwürdigkeit und Zukunftsperspektiven des Trägers prüfen. In diese Bewertung wird auch das Risikomanagementsystem einbezogen. Erhält ein Unternehmen ein schlechtes Rating, so erhält es unter Umständen gar keinen Kredit mehr oder muss um 3–5 % höhere Kreditzinsen zahlen als ein Unternehmen mit einem guten Rating. Diese höheren Kosten müssen dann auch wieder erwirtschaftet werden.

»Nur Unternehmen, die frühzeitig ein Risikomanagement betreiben, werden in der Lage sein, sich auch in Krisensituationen am Markt zu behaupten« (Westhelle 2002, S. 18) und werden demzufolge fähig sein, den Banken aufgenommene Kredite und deren Zinsen zu bezahlen.

Ohne ein solches Risikomanagementsystem wird die Erlangung von Krediten auf dem freien Kapitalmarkt zukünftig entweder sehr teuer oder unmöglich werden.

Gesundheitspolitische und ökonomische Rahmenbedingungen für Krankenhäuser und andere Einrichtungen des Gesundheitswesens ändern sich in immer kürzeren Zeitabständen. Daher ist primäres Ziel des Risikomanagements aus betriebswirtschaftlicher Sicht, das wirtschaftliche Überleben der Organisation sicherzustellen.

1.2 Risikomanagement aus Sicht der Patienten/ der Bewohner

Sicherheit in der
Behandlung und
Betreuung

Aus Sicht der Patienten und Bewohner bedeutet Risikomanagement vor allen Dingen Sicherheit in der Behandlung sowie Schutz vor Fehlern und Irrtümern. Patienten erwarten eine qualitativ hochwertige Behandlung und Betreuung zur Wiederherstellung bzw. Erhaltung ihrer Gesundheit und ihres Wohlbefindens. Die Versorgung soll so geplant und durchgeführt

werden, dass keine Komplikationen auftreten. Sowohl für Patienten und Bewohner als auch für die Angehörigen ist die Sicherheit in der Behandlung und Betreuung ein zentrales Bedürfnis. Gerade der zunehmende Hilfebedarf sowie die Überforderung mit der Situation begründen die Inanspruchnahme der Leistung. Die Einsicht, allein mit der Situation nicht mehr zurechtzukommen, die Angst, allein zu stürzen, sich zu verletzen oder zu verwaarloosen, begründen die Erwartungshaltung, dass alles getan wird, um negative Ereignisse zu vermeiden.

Diskussionen über Fehler in der Medizin und über Pflegeskandale, die zum Teil in reißerischer Form in den Medien erfolgen, sensibilisieren Patienten und ihre Angehörigen, schüren Ängste und belasten das Vertrauensverhältnis zwischen Arzt, Pflegekraft und Patient. So ist es nicht verwunderlich, dass 87 % der Deutschen meinen, dass Ärzte- und Pflegefehler prinzipiell nicht entschuldbar seien (Lechleuthner 2001). In einer Studie, durchgeführt durch den Asklepios Konzern (Asklepios Kliniken 2015) an 1.000 befragten Bundesbürgern über 18 Jahren, war insbesondere die Angst vor einer Ansteckung mit multiresistenten Keimen (65 %) für die Patienten besonders bedrohlich. Dies ist sicherlich nicht verwunderlich, da gerade die Ausbreitung von multiresistenten Erregern, sowohl beim Menschen als auch beim Tier, immer wieder in den Medien präsent ist (bspw. Zeit Online 2014) und auch durch die Fachwelt kritisch diskutiert und mit Informationen flankiert wird⁵. Auch die Angst vor Behandlungsfehlern ist mit 49 % ganz oben auf der Liste der Dinge, die Patienten während eines stationären Aufenthaltes am meisten Sorgen bereiten (► Abb. 1.2).

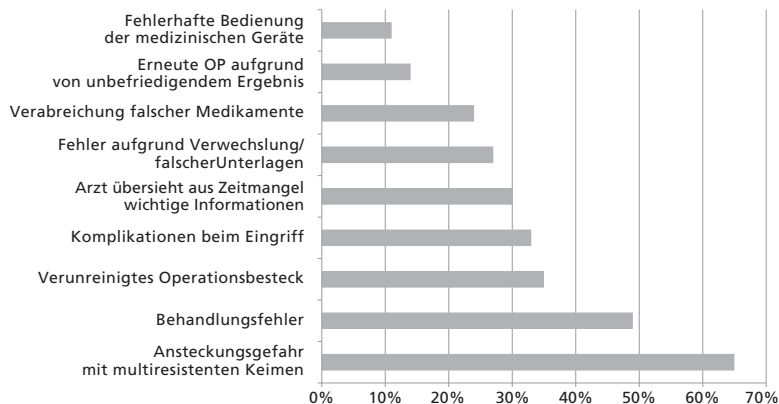


Abb. 1.2:
»Das bereitet den Patienten bei einem Klinikaufenthalt Sorgen« (aus: Asklepios Kliniken 2015)

2003 kam der Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (S. 56) zu dem Ergebnis, dass immerhin 19 % der Bürger

⁵ www.patienten-information.de »Multiresistente Erreger« (ein Service der Bundesärztekammer und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung)

glaubten, mindestens einmal in ihrem Leben einen medizinischen Behandlungsfehler erlitten zu haben, die Hälfte davon im Rahmen einer Behandlung durch einen niedergelassenen Arzt. Diese Ergebnisse konnten seitdem in dieser Form nicht mehr verifiziert werden. So erkennt auch das Bundesgesundheitsministerium auf seiner Homepage⁶ an, dass es »zu Behandlungsfehlern oder Behandlungsfehlervorwürfen [...] keine Bundesstatistik« gibt und verweist in der Folge auf die Datenerhebungen des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (MDS). Diese Daten beziehen jedoch nur diejenigen Fälle mit ein, welche tatsächlich durch die Betroffenen gemeldet wurden. Hier kann man sicherlich von einer hohen Grauzone ausgehen, da eine Meldung primär nur dann erfolgt, wenn Aufwand und Mühe der Meldung mit den zu erwartenden Vorteilen (bspw. einer Kompensation) ausgeglichen werden. Diese sind für den Betroffenen nicht immer einfach abzuschätzen und so verlaufen viele Verdachtsfälle noch vor einer Meldung im Sande oder werden, wenn überhaupt, per Beschwerdemanagement oder soziale Medien direkt kommuniziert. Gerade bei letzterem erfolgt in der Folge eine »Abstimmung mit den Füßen«, welche nur sehr schlecht zu quantifizieren ist. Daher ist es nur folgerichtig, wenn Bernsmann et al. (2002, S. 25) feststellen: »Wer auch immer es ernst meint mit der Qualität im Gesundheitswesen, muss die Erwartungen, Bedürfnisse und Urteile der Klienten, Patienten, Kunden erfragen, sie ernst nehmen, analysieren und in seine Entscheidungen einfließen lassen.«

1.2.1 Der aufgeklärte Patient

Patientenwunsch:
Information und
Transparenz

Auch im deutschen Gesundheitswesen hat das Zeitalter des informierten, aufgeklärten Patienten bzw. Bewohners und Angehörigen begonnen. Patienten bemühen sich zunehmend um Informationen zur Art ihrer Erkrankung, zu Diagnostik und Therapiemöglichkeiten sowie zu geeigneten Anbietern. Dazu nutzen sie moderne Informationstechnologien wie das Internet, um sich schnell und einfach über Gesundheitsthemen zu informieren.

Das große Interesse an Ärzte- und Krankenhauslisten, wie sie zum Beispiel in der Zeitschrift Focus veröffentlicht werden, zeigt uns, dass Patienten mehr Informationen und Transparenz hinsichtlich der Qualität der Leistungen ihrer behandelnden Ärzte und Krankeneinrichtungen wünschen. Dieser Entwicklung trägt auch die Gesetzgebung Rechnung, die die Krankenhäuser seit 2005 zur Veröffentlichung eines strukturierten Qualitätsberichtes verpflichtet, der im Internet allen Interessierten zur Verfügung steht. Auf diese Weise sollen Patienten mehr Transparenz über das Leistungsangebot und die Qualität der erbrachten Leistungen der

6 <http://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/praevention/patientenrechte/behandlungsfehler.html>