Peter Hoffmann

HUMAN FACTORS IM SPITALSBETRIEB – IM GETRIEBE VON VERÄNDERUNGSPROZESSEN

Gesundheit bzw. der Gesundheitssektor ist bereits heute ein großes Geschäft und etliche behaupten, dieser Sektor würde in den nächsten 50 Jahren zu einem der zentralen Träger eines neuen langen wirtschaftlichen Aufschwungs werden. Gesundheit wird als einer von insgesamt fünf wesentlichen Trägern des 6. Kondratieffzyklus genannt, wobei die verbleibenden vier „Information", „Umwelt", „Biotechnologie" und „Optische Technologien (einschließlich Solartechnik)" sind (vgl. Nefiodow, 2000).

Neben dem herkömmlichen Gesundheitswesen entsteht ein neu aufkommender Gesundheitssektor der sich aus Umweltschutz, Biotechnologie, Naturheilverfahren, Wellness, Psychologie und Psychotherapie, Personal- und Managementberatung und der Beteiligung der Krankheitsverursacher an den Behandlungskosten zusammensetzt (vgl. Nefiodow, 2000).

Wie sich das konkret im „herkömmlichen Gesundheitswesen" niederschlägt, zeigen Beispiele von Krankenhausgruppen, die sich an Unternehmen in verschiedenen Bereichen beteiligen und u.a. auf den Gesundheitstourismus setzen.

Dass es bereits jetzt viele Krankenhäuser gibt, die längst keine einzelagierenden regionalen bzw. nationalen Organisationen mehr sind, sondern Bestandteile von großen nationalen und internationalen Verbünden bzw. Konzernen mit teilweise riesigen Expansionsdrang zeigt sich an folgenden Beispielen:

- Da die französische Klinikkette Générale de Santé im Großraum Paris bereits einen Marktanteil über 30% und in Lyon sogar über 40% hat, drängt sie auf eine Ausdehnung über Gesamtfrankreich und will 20% des französischen Marktes erobern. Bis 2011 will der Konzern in drei Viertel aller EU-Staaten eine führende Rolle einnehmen, um auf diese Weise weiterzuwachsen und das Risiko zu streuen (vgl. Financial Times Deutschland/FTD, 2007).

- Mc Kinsey prognostiziert, dass 2015 rund 45% der deutschen Kliniken privat geführt werden und rund 60% der Gewinne machen. Die schwedische Capio Gruppe hat bereits die Deutsche-Klinik-Gruppe übernommen und weitere ausländische Betreiber zeigen Interesse am deutschen Klinikmarkt.

- Die amerikanische HCA, mit rund 25 Mrd. $ die größte private Klinikkette der Welt, betreibt Häuser in London und Genf und könnte sich durchaus einen Einstieg in Deutschland vorstellen (vgl. FTD, 2007).

- Auch spanische Klinikketten haben Appetit auf Expansion. So will die Grupo Hospitalario Qurion gemeinsam mit der portugiesischen Jose de Mello Saude den zentraleuropäischen Markt erobern (vgl. FTD, 2007).

Sozialpolitik in Diskussion, Band 5/2007: Seiten 98–102

Im Gegensatz dazu sind deutsche Klinikketten eher vorsichtig was ihren Einstieg in den internationalen Markt betrifft. So besitzt Asklepios vier Kliniken in den USA und ist an einer griechischen Klinikkette beteiligt. Manager von Rhon-Klinikum und dem Gesundheitskonzern Fresenius hingegen sehen ihr Wachstumspotenzial in Deutschland als ausreichend an.

Die logische Folge solcher privatwirtschaftlicher Entwicklungen ist, dass, etwas überspitzt formuliert, Gesundheit an der Börse gehandelt wird. Ein Beispiel dafür ist die mögliche Übernahme des australischen Gesundheitsdienstleisters Symbion durch den Krankenhausbetreiber Healthscope der dafür 1,7 Mrd. Euro bietet. Bei dem von Healthscope vorgeschlagenen Geschäft erhielten die Symbion-Aktionäre zwischen 4,36 australischen Dollar und 4,56 australischen Dollar je Aktie, einschließlich der Dividende für 2007 von 5 Cent (vgl. FTD, 04. 09. 2007).

All das macht deutlich, dass es sich bereits heute bei vielen Krankenhäusern um komplexe (inter)nationale Wirtschaftskomplexe mit einer medizinischen Infrastruktur handelt, in welchen ökonomisch-logistische aber auch marktwirtschaftliche Aspekte eine immer stärkere und dominantere Rolle spielen.

Die Frage ist, wer sind dabei die VerliererInnen und die GewinnerInnen?

Obwohl der Gesundheitssektor als beschäftigungsintensiver und zukunftsträchtiger Wirtschaftszweig gesehen wird (vgl. z.B. Strategien der Wirtschaftskammer Österreich, präsentiert in Alpbach 2003), wird der privatwirtschaftliche Druck in den Krankenhäusern in Form von Personalmangel und Personalreduktion schlagend. Die damit verbundenen Effekte sind oft Zeitdruck, Stress, Fehleranfälligkeit, Burn-Out bei den Beschäftigten. Eine der Folgen davon ist das steigende Fehlerrisiko für die PatientInnen.

Wie dieses aussieht kann man immer wieder in den Medien mitverfolgen. Beispiele brauchen hier nicht extra erwähnt zu werden, da sie in der Öffentlichkeit zur Genüge bekannt sind.

Im Jahr 2006 wurden an die Wiener Pflege-, Patientinnen- und Patientenanwaltschaft 2.187 Anliegen herangetragen, von denen 808 Fälle als Schäden durch Behandlungsfehler behauptet wurden (das entspricht ca. 37% aller Prüffälle, 2005 waren es 38,4%). Von diesen behaupteten Schäden konnten im Jahr 2006 im Wege von Haftpflichtversicherungen oder durch sonstige Einrichtungen (dazu gehören auch Entschädigungen z.B. im Wege der Schiedsstelle der Ärztekammer oder seitens der Pharmaindustrie, etc.) sowie im Wege des Wiener Krankenanstaltenverbundes in 59 Fällen finanzielle Entschädigungen ausgehandelt werden.

Sieben Fälle der behaupteten Schäden wurden im Jahr 2006 in den Wiener Härtefonds, 58 Fälle in den Wiener Patientenentschädigungsfonds eingebracht.

In den Fällen, in denen Behandlungsfehler behauptet wurden und die im Jahr 2006 (noch) nicht entschädigt wurden, haben sich im Rahmen der Überprüfung durch die WPPA entweder keine Anhaltspunkte für einen Behandlungsfehler ergeben bzw. war auch keine Behandlung des Patientenanliegens im Härtefonds oder Patientenentschädigungsfonds möglich, oder ist die Überprüfung dieser Fälle durch die WPPA noch nicht abgeschlossen (vgl. Tätigkeitsbericht der Wiener Pflege-, Patientinnen- und Patientenanwaltschaft, 2006).

Sozialpolitik in Diskussion, Band 5/2007: Seiten 98–102

Im Jahr 2006 wurden in 360 Fällen Entschädigungen (von Versicherungen, Krankenanstaltenverbund u.a.) in der Gesamthöhe von 2,432.726 Euro erwirkt. Diese Zahlungen stammen aus dem Wiener Patientenentschädigungsfonds, der dann „einspringt", wenn eine Haftung des Rechtsträgers nicht eindeutig gegeben ist oder eine bislang unbekannte oder sehr seltene, zugleich aber schwerwiegende Komplikation aufgetreten ist, welche zu einer erheblichen Schädigung geführt hat (vgl. Tätigkeitsbericht der Wiener Pflege-, Patientinnen- und Patientenanwaltschaft 2006, 57f).

Verschiedenste internationale Studien zeigen, dass ein Krankenhausaufenthalt auch mit einigem Risiko verbunden ist.

Kohn et al. (1999) zeigten in ihrer Studie, dass in den USA zwischen 40.000 und 100.000 US-BürgerInnen jährlich an den Folgen medizinischer Behandlungsfehler sterben. Damit waren medizinische Behandlungsfehler die achthäufigste Todesursache in den USA. Die nationalen Kosten durch medizinische Behandlungsfehler beliefen sich auf etwa 17-29 Mrd. US-Dollar jährlich.

In der „Australian Health Care Study" (1995) wurde geschätzt, dass die vermeidbaren Gesundheitsschäden infolge medizinischer Fehler für jährlich 3,3 Millionen Krankenhausbehandlungstage verantwortlich sind, von denen 1,7 Millionen (das sind etwa 8% aller Krankenhaustage) vermeidbar wären (vgl. Ollenschläger 2001).

Leape (1994) hat in einer Studie die Ursachen für diese Fehler erhoben. Dabei spielten neben technisch vermeidbaren Fehlern auch Human Factors bezogene Fehler eine wichtige Rolle: so wurden 71,1% vermeidbare Fehler in der Diagnostik festgestellt, 52,6% Fehler durch Versäumnisse in der Kommunikation und 37,1% Fehler bei der Pharmaka-Dosierung/-Anwendung.

In Österreich gibt es noch keine umfassenden Aufzeichnungen von „Fehlern" im österreichischen Gesundheitssystem. Dies ist ein großes Manko. Quantitative Angaben über die Fehlerhäufigkeit basieren daher auf Schätzungen, wobei die Situation in anderen Ländern auf Österreich umgelegt wird (vgl. Endel 2004).

In Österreich wurden laut Datawarehouse DIAG im Jahr 2002 2,265.667 Krankenhausaufenthalte gemeldet. Daher wird geschätzt, dass in Österreich ca. 245.000 Zwischenfälle in Krankenanstalten und ca. 2.900 bis 6.800 iatrogene Todesfälle in Krankenanstalten vorgekommen sind (vgl. Endel 2004).

Im Jahr 2006 kündigte die österreichische Zeitschrift „Die Ärztewoche" (20. Jahrgang, Nr. 17) das Jahr 2007 als „Jahr der Patientensicherheit" an. In dieser Publikation wird auch darauf hingewiesen, dass die Österreichische Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe seit einiger Zeit am Schweizer „Critical Incident Reporting System" (CIRS), das auf der Anästhesie am Universitätsspital Basel ihren Ausgang nahm, teilnimmt.

Laut dem deutschen Journal „Med" vom 27. 04. 2006 passierten in deutschen Krankenhäusern jährlich bis zu 680.000 Behandlungsfehler. So berichtete der Vorsitzende der Gesellschaft für Qualitätsmanagement in der Gesundheitsversorgung (GQMG), Matthias Schrappe, dass es bei 2% bis 4% der rund 17 Mio. Behandlungen pro Jahr zu „vermeidbaren uner-

Sozialpolitik in Diskussion, Band 5/2007: Seiten 98–102

wünschten Ereignissen“ komme. Zu solchen Fehlern gehören nach Angaben der GQMG etwa Wundinfektionen bei mangelnder Hygiene. Als ein Risikofaktor für Behandlungsfehler bei Ärzten wurde die weit verbreitete Haltung „Wir machen keine Fehler“ benannt. Fehler seien aber auch die Folge einer Verkettung ungünstiger Umstände.

Der Experte der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV), Bernhard Gibis, befürchtet eine Verschlechterung der Situation, da die Behandlungsabläufe immer komplexer werden. Deutschland liegt bei der Patientensicherheit nach einer GQMG-Studie im internationalen Durchschnitt.

Diese Befürchtungen sind verständlich, wenn man den eingangs beschriebenen Ökonomisierungsdruck in den letzten zehn Jahren beobachtet und die Expandierungspläne der internationalen und nationalen Gesundheitskonzerne in den kommenden 10 bis 15 Jahren ins Auge fasst.

Der verstärkte Einsatz von neu entwickelten Medizintechnologien und die verstärkten Restrukturierungsmaßnahmen und die damit verbundenen Veränderungsprozesse stellen nicht nur eine Herausforderung für die in diesen Gesundheitseinrichtungen tätigen Menschen dar, sondern auch für die davon betroffenen PatientInnen.

Die Maßnahmen die zu einer Qualitätsverbesserung im Gesundheitsbereich und besonders in den Krankenanstalten führen sollen, sind umfangreich und den ExpertInnen bekannt. Das Problem dabei ist, dass viele dieser Maßnahmen personal- und zeitintensiv sind und somit einen Kostenfaktor darstellen der v.a. in kapital- und gewinnorientierten Unternehmen als erstes „unter die Räder von Einsparungsmaßnahmen kommt“. Wie wir wissen steht diesbezüglich auch in nicht gewinnorientierten Krankenhäusern nicht alles zum Besten, weil knappe öffentliche Budgets auch hier nicht selten zu einem überzogenen Einsparungsdruck führen. Klar ist aber, dass mit der Ausbreitung von gewinnorientierten „Gesundheitskonzernen“ das Gefährdungspotenzial eine neue Dimension erreicht – v.a. für diejenigen, die nicht in der Lage sind, aus eigener Tasche teure Behandlungskosten zu zahlen.

In der Bundesrepublik Deutschland regt sich bereits Widerstand und es beginnen sich Betriebsgruppen im Gesundheitswesen zu vernetzen. Beim östlichen Nachbarn Slowakei wurden die Privatisierungsbestrebungen im Gesundheitsbereich gestoppt und den Krankenkassen verboten Gewinne zu machen.

In der Bundesrepublik Deutschland hat sich im April 2005 ein „Aktionsbündnis Patientensicherheit“ gegründet. In diesem haben sich VertreterInnen der Gesundheitsberufe, ihrer Verbände und VertreterInnen der Patientenorganisationen zusammengeschlossen. Ziel ist es eine gemeinsame Plattform zur Verbesserung der Patientensicherheit in Deutschland aufzubauen.

Eine kontinuierliche und transparente Kontrolle der Entwicklung der PatientInnensicherheit ist auch im österreichischen Gesundheitswesen wichtig. Mit der auch bei uns zu beobachtenden Entwicklung hin zu mehr Markt gewinnt sie zusätzlich als Korrekturhebel an Bedeutung.

Sozialpolitik in Diskussion, Band 5/2007: Seiten 98–102

BIBLIOGRAPHIE

Endel, Gottfried (2004), Patientensicherheit und medizinische Fehler; http://www.sozialversicherung.at/mediaDB/77461.pdf.

Die Ärztewoche (2006), 2007: Jahr der Patientensicherheit, 20. Jahrgang, Nr. 17; http://www.aerztewoche.at/viewArticleDetails.do?articleId=4573.

Financial Times Deutschland (FTD), diverse Ausgaben.

Gibis, Bernhard (2006), Patienten erleiden bis zu 680.000 Schäden durch Fehler in Klinik, in Med Journal, 27.4.2006; www.journalmed.de.

Kohn, Linda T. and Janet M. *Corrigan* and Molla S. *Donaldson* (1999, eds), To err is human. Building a safer health system, Washington, DC.

Leape, Lucian L. (1994), The Preventability of Medical Injury, in: Marily Sue *Bogner* (ed.), Human Error in Medicine, Hillsdale.

Nefiodow, Leo A. (2000), Der Sechste Kondratieff, Sankt Augustin.

Ollenschläger, Günter (2001), Medizinische Risiken, Fehler und Patientensicherheit, in: Schweizerische Ärztezeitung/Bulletin des médicins suisses, 1404-1410.

Wiener Pflege-, Patientinnen- und Patientenanwaltschaft (2006), Bericht über das Jahr 2006, Wien.

Wirtschaftskammer Österreich (2003), Sozialsysteme bis 2050: Megatrends und Reformbedarf. Strategien der Wirtschaftskammer Österreich, präsentiert in Alpbach.