

Studie. Die Wahrscheinlichkeit, auf der Intensivstation zu sterben, ist mancherorts dreimal höher als in den besten Spitälern. Für Patienten bleibt das Ranking geheim. VON ANDREAS WETZ

Spitäler: Sterberisiko schwankt enorm

[WIEN] Die Opfer von schweren Unfällen sind in der Regel körperlich nicht dazu in der Lage, sich „ihre“ Intensivstation selbst aussuchen. Könnten sie das, wären hitzige Diskussion mit dem Notarzt wahrscheinlich, denn: Die Chance, ein Intensivbett auch wieder lebend zu verlassen, ist von Spital zu Spital unterschiedlich hoch. Zu diesem Ergebnis kommt eine Studie des Österreichischen Zentrums für Dokumentations- und Qualitätssicherung in der Intensivmedizin (ASDI).

Stark vereinfacht dargestellt fanden ASDI-Obmann Philipp Metnitz und sein Team nämlich heraus, dass das Risiko zu versterben in den „schlechtesten“ Intensivstationen dreimal so hoch ist wie in den „besten“ – und das bei gleicher Diagnose. Insgesamt liegt die Mortalität im Bundesschnitt bei 20 Prozent.

Ein Schönheitsfehler der Erkenntnis ist, dass Patienten und Bürger die Namen der in das Ranking aufgenommenen Spitäler nie erfahren werden. Der Datensatz des ASDI, der aus den Aufzeichnungen 350.000 anonymisierter Intensivpatienten und über zwei Millionen Pflegetagen besteht, darf nicht zum Zweck eines öffentlichen Vergleichs von Stationen verwendet werden. Ein solcher wäre einigermaßen umfassend: Immerhin nahmen 67 Intensivstationen an der auf Freiwilligkeit basierenden Untersuchung teil. Geschlossen nicht gemeldet haben die Bundesländer Vorarlberg, Tirol und Kärnten.

Risiko: Entlassung in der Nacht

Dass er die Objekte seiner eigenen Auswertung nicht beim Namen nennen kann, wurmt auch Metnitz, der im AKH die Intensivstation für Brandverletzte leitet. „Das Interesse der Patienten am Benchmarking steigt.“ Allerdings sei hierzu noch wenig ausgeprägt. In Frankreich zum Beispiel seien die Namen der nach Leistung gereihten Stationen für jedermann einsehbar.



Die Überlebenschancen nach einem Aufenthalt in der Intensivstation sind laut Studie höchst unterschiedlich. [picturedesk]

Wobei das ASDI betont, dass es bei der Datenauswertung nicht darum gehe, zwischen „gut“ und „schlecht“ zu unterscheiden, sondern darum, den teilnehmenden Spitälern ihr Verbesserungspotenzial aufzuzeigen.

Großes Verbesserungspotenzial ortet die Studie bei Struktur und Organisation. So manche Intensivstation entlässt viele ihrer Patienten während der Nachtstunden, was ein Hinweis auf erhöhten Bettenbedarf ist. Weil Entlassungen zur Nachtzeit aber meistens unvorhergesehen geschehen, weisen diese Stationen in der Regel auch ein erhöhtes Sterberisiko für die Patienten auf.

Was die Studienautoren zum zweiten Kritikpunkt führt: Perso-

nal. Sobald sich eine Pflegekraft um mehr als zwei Patienten kümmern muss, steigt das Komplikationsrisiko rasant.

Ist Österreich übertversorgt?

Damit schlagen die Intensivmediziner in die gleiche Kerbe wie die Ärztekammer: Ressourcen und Personal sind zu knapp bemessen.

Doch es gibt auch Gegenargumente. Für den Gesundheitsökonom Ernst Pichlbauer ist Personalknappheit stets eine Frage des Standpunkts. Er argumentiert damit, dass man schwer von Personalknappheit sprechen könne, wenn in Österreich schon 10.000 Mediziner als Wahlärzte tätig sind.

Dem Hauptverband der Sozialversicherungen hingegen bereitet

die generelle Kostenentwicklung auf dem Gesundheitssektor Kopfschmerzen. So stiegen die Ausgaben für Spitäler zuletzt um vier Prozent jährlich – und das bei einem durchschnittlichen Wirtschaftswachstum von zwei Prozent.

Weiters argumentieren die Versicherungen, dass Österreich mit 6,1 Spitalsbetten pro 1000 Einwohnern laut OECD übertversorgt sei. Der Schnitt der OECD-Länder liegt bei 3,8. Dabei stellt Intensivmediziner Metnitz eine düstere Prognose: Aufgrund der ungünstigen Alterspyramide wird der Bedarf an extrem teuren Intensivbetten in den nächsten 20 Jahren um 30 Prozent steigen.

WEITERE INFORMATIONEN UNTER
www.asdi.or.at/Veranstaltungen/aktuell.php

KOMMENTAR

ULRIKE WEISER

Es geht ja nur ums Leben

Die Spitäler geizen mit der Veröffentlichung von Daten.

Wenn man schwer verletzt ist, ist man faktisch nicht in der Lage, sich sein Spital auszusuchen. Aber auch in „Normalsituationen“ ist es schwer. Denn wie entscheidet man? Man fragt den Hausarzt, Bekannte, hört Lob, Horrorgeschichten und versucht, sich eine Meinung zu zimmern. Denn: Fakten? Hat man keine.

Anders als in Großbritannien oder den USA scheut man sich „im Land mit der besten Gesundheitsversorgung“, die Ergebnisqualität konkreter Spitäler zu veröffentlichen. Ausnahmen wie die Vizenzgruppe bestätigen die Regel. Dabei existieren die Daten zu Mortalität, Komplikationen etc. Innerhalb einzelner Krankenhausgruppen wird verglichen; nur dem Patienten will man sie nicht zeigen. Warum? „Meist wird gesagt, dass man Angst hat, in einem Ranking schlecht abzuschneiden“, so Patienten-anwalt Gerald Bachinger. Angst vor Qualitätswettbewerb? Dafür hat der Patient Verständnis.

Und, jetzt ironiefrei: Bei allem Verständnis für die Komplexität von Materie und Prozedere (Aufbereitung der Daten für Laien, einheitliche Regeln der Erfassung) – das Argument ist eine Frechheit. Immerhin gibt es einen Trend zu externer Transparenz. So wollen Niederösterreichs Landeskliniken Daten mit der deutschen Helios-Gruppe vergleichen und veröffentlichen. Schön. Bis sich das durchgesetzt hat, vertrauen wir unsere Gesundheit halt Hörensagen an.

ulrike.weiser@diepresse.com

Sterben in Würde: Wünsche auf E-Card?

Patientenverfügung. Experten wollen Wünsche von Patienten, die lebensverlängernde Maßnahmen ablehnen, in einem zentralen Register sammeln.

[WIEN/EKO] Eine Patientenverfügung ist eine Bringschuld des Patienten. Soll heißen: Kein Arzt ist verpflichtet zu suchen, ob ein Patient, der sich selbst nicht mehr äußern kann, im Vorhinein ein solches Dokument angelegt hat, in dem geregelt ist, welche Behandlungen und medizinische Maßnahmen er ablehnt. Ein Zustand, den Experten rasch reformieren möchten. „Es braucht ein zentrales Register“, sagt Waltraud Klasic, Präsidentin des Dachverbandes Hospiz Österreich.

Zwar haben Notare und Rechtsanwaltskammer bereits derartige Register eingerichtet, doch wünscht sich Klasic eine zentrale Datenbank, auf die alle Ärzte Zugriff haben. Auch das Speichern auf der E-Card sollte man – mit Blick auf den Datenschutz – „mit aller Vorsicht überlegen“.

Die Verfügbarkeit ist einer der Hauptkritikpunkte an der Patientenverfügung, die seit 2006 gesetz-

lich möglich ist. Daneben haben Experten in der Praxis aber auch noch weitere Defizite entdeckt, die beseitigt werden sollen. Ein zentraler Punkt dabei ist der Informationsstand über das Instrument der Patientenverfügung – sowohl in der Bevölkerung als auch bei den Ärzten.

Große Informationsdefizite

„Denn der Informationsstand ist derzeit äußerst gering“, sagt Johann Platzer. Der Theologe und Experte für Ethik in der Medizin hat in seiner Dissertation Patienten zu ihren Vorstellungen über gutes Sterben befragt. Er kritisiert unter anderem, dass der Unterschied zwischen verbindlicher und beachtlicher Patientenverfügung nicht klar genug ist. Erstere darf nur nach ärztlicher Aufklärung erfolgen. Sämtliche befürchteten Krankheitsverläufe und medizinischen Behandlungen, die abgelehnt werden, müssen konkret be-

schrieben sein und ein Anwalt oder Notar muss das Dokument bestätigen. Dadurch entstehen je nach Bundesland Kosten von 100 bis 600 Euro – und das alle fünf Jahre.

Bei einer beachtlichen Patientenverfügung handelt es sich um eine Richtschnur für den behandelnden Arzt, die nicht an bestimmte Formvorgaben gebunden ist. „Aber auch eine beachtliche Patientenverfügung“, so Platzer, „ist nicht unverbindlich.“ Auch hier müsse sich der behandelnde Arzt nach dem Willen des Patienten richten. Und auch hier gilt: Je genauer die Beschreibung der medizinischen Behandlungen, desto verbindlicher ist sie für den Arzt.

Die Studie von Johann Platzer ist nun auch als Buch erschienen: „Patientenverfügungen. Unser Lebensende mitgestalten. Ethik, Recht und Praxis“, Zoppelberg Verlag, 24,80 Euro.

WEITERE INFORMATIONEN UNTER
www.patientenverfuegung.or.at

Geldstrafe für Amputation

Tirol. Zwei Ärzte wurden nach der Abtrennung eines falschen Beins verurteilt.

[INNSBRUCK/APA] 10.000 Euro unbedingte Geldstrafe für den 61-jährigen Chirurgen, 7200 Euro für den 40-jährigen Arzt, der den Operationsplan erstellt hatte: Diese Urteile fällt das Landesgericht Innsbruck am Montag. Einer 91-jährigen Frau war im Krankenhaus St. Johann in Tirol das falsche Bein amputiert worden. Richterin Helga Moser sprach ihr ein Teilschmerzensgeld in Höhe von 5000 Euro zu. Die Urteile sind nicht rechtskräftig. Der Verteidiger des Erstangeklagten und die Staatsanwältin gaben zunächst keine Erklärung ab, der Verteidiger des Zweitangeklagten meldete volle Berufung an.

Der operierende Arzt bekannte sich zu Beginn der Verhandlung schuldig, mit der Einschränkung, dass aus seiner Sicht keine besonders gefährlichen Verhältnisse vorgelegen seien. Er sei am Tag der Operation unter extremem Zeitdruck kurzfristig zu dem Eingriff eingeteilt worden, so seine Recht-

fertigung. Er habe sich auf den fehlerhaften Operationsplan verlassen, so der Angeklagte. Die Krankenakte wäre allerdings an Ort und Stelle verfügbar gewesen.

Der zweite Mediziner, der für den OP-Plan verantwortlich war, hat laut seinem Verteidiger ein „Tatsachengeständnis“ abgegeben. In rechtlicher Hinsicht sei jedoch ein Freispruch zu fällen, da der Fehler im Operationsplan mehrmals im Vorfeld des Eingriffes aufgedeckt worden sei. Unter anderem sei der Irrtum im Zuge der Morgenbesprechung und im OP angesprochen worden.

Die 91-Jährige litt an einer Gefäßerkrankung, die ein Bein stark in Mitleidenschaft gezogen hat. Irrtümlich wurde ihr das gesunde rechte Bein unterhalb der Hüfte abgenommen. Der Chirurg wurde vom Dienst suspendiert. Der Arzt, der den Eintragungsfehler verursacht haben soll, steht unter cheffärztlicher Aufsicht.