

Patientensicherheit

Für Sicherheit lohnt es sich zu klotzen

Obwohl Fehler heute kein Tabu mehr sind, bleibt die Fehlerrate hoch. Um sie zu verbessern, braucht es strengere Regeln, mehr Führung und Ressourcen. An der Umsetzungsfront und auf politischer Ebene. – Von Marc-Anton Hochreutener

Was würde passieren, wenn in der Schweiz alle vier Monate ein Jumbojet abstürzen würde? Aufschreie in der Öffentlichkeit, Einbrüche in der Flugindustrie, die Politik würde Sondersessionen abhalten, Behörden und Industrie würden fieberhafte Tätigkeit entfalten.

Die Abstürze finden statt – nicht im Luftraum, sondern im Gesundheitswesen! In westlichen Ländern stirbt jeder tausendste Spitalpatient an einem Fehler¹. Schätzungen ergeben, dass jährlich wahrscheinlich 700 bis 1700 Patienten in Schweizer Spitälern an Fehlern sterben² – mehr als das Doppelte der Todesfälle durch Grippe, AIDS und Verkehrsunfälle zusammen³.

Über Fehler sprechen

Warum gibt das keinen Aufschrei? Die fehlerbedingt sterbenden Passagiere des Gesundheitswesens tropfen einzeln und verstreut aus dem Flugzeug «Swiss Hospital», täglich etwa 2 bis 5. Ein diskretes Phänomen, oft nicht erkennbar, weil die Fehler selten direkt sichtbar sind. Das ist nichts Neues. Schon vor 10 Jahren wurden solche Studien publiziert. Damals nahm sich der Bund des Themas an. Ende 2003 wurde die Stiftung für Patientensicherheit als nationale Plattform gegründet. Gleichzeitig setzte in Gesundheitsbetrieben und bei Klinikern ein Umdenken ein: Über Fehler zu sprechen wurde möglich, viele, aber nicht alle verstehen dies heute als Teil der Professionalität. Dass es Fehler gibt, wird mehr akzeptiert und weniger tabuisiert. Projekte und Verbesserungskonzepte schossen aus dem Boden. Medizinische Fehler wurden als Systemproblem verstanden und nicht primär als Problem unsorgfältiger Arbeit.

Auch die Politik erkennt langsam, dass Patientensicherheit ein Problem der öffentlichen Sicherheit ist und nicht nur eines der Leistungserbringer. Der Begriff des klinischen Risikomanagements wurde etabliert für das Management der Risiken und Fehler, die durch das klinische Tätigwerden erst entstehen. Diese Entwicklung erfolgte in allen westlichen Ländern. Wichtige Erkenntnisse und Schritte in die richtige Richtung!

Fehlerraten bleiben hoch

Wurde damit alles gut? Nein! Die Anzahl und Qualität von Studien nahmen zu; die Fehlerraten bleiben seit Jahren unverändert hoch. Bei 5 Prozent aller Hospitalisationen geschehen relevante Fehler, davon 40 bis 60 Prozent mit direkten Folgen^{4,5}. Eine unserer Studien zeigte, dass ein Fünftel der Spitalpatienten relevante Patientensicherheitsereignisse erleben⁶.



Bei Operationen könnte eine Checkliste mit Sicherheitsmassnahmen Fehler vermeiden helfen.

Trend

Die Kosten bleiben enorm. Vermeidbare Spitalinfektionen kosten 5000 bis 20'000 Franken pro Patient, teils auch mehr^{7,8}. Auch Medikationsfehler, Verwechslungen etc. sind teuer. Ebenso im ambulanten Bereich existieren relevante Patientensicherheitsprobleme, der Forschungsstand ist dort aber noch dürftig. Dem Problem ist mit Stückwerk motivierter Einzelner und Appellen nicht beizukommen. Wir sollten in die nächste Entwicklungsphase vorstossen.

Woran hapert es? Diese Frage ist auf zwei Ebenen zu beantworten: auf der Umsetzungsebene, also am Krankenbett und in Gesundheitsbetrieben und auf übergeordneter Ebene, also auf Ebene Politik, Behörden, Verwaltung, Verbände.

An der Umsetzungsfrent fehlt es an drei Dingen:

■ **Rigorosität und Durchdringung:** Wir sind nicht konsequent in der Umsetzung von Sicherheitsmassnahmen. Beispiele: Korrekte Händehygiene ist nicht Gesetz, sondern wird weiterhin beliebig gehandhabt, obwohl bekannt ist, wann und wie sie zu erfolgen hätte und welchen gigantischen Nutzen sie bringt. Händehygiene muss ein einzuhaltender Standard werden, wie das Händewaschen vor Operationen, das Abarbeiten einer Checkliste im Flugzeug oder das Anhalten bei Rot. Dasselbe gilt für die Markierung der Operationsstelle am Patienten, das Time Out vor Operationen, die Nutzung von technologisch gestützten Patientenidentifikationssystemen, usw.

Hochrisikoindustrien wissen, dass Sicherheitsstandards nur greifen, wenn sie zu 100% (und nicht 95%) eingehalten werden. Das 100%-Prinzip ist im Gesundheitswesen kaum verankert. Verstösse gegen solche Standards sollten sanktioniert werden wie die Verletzung von Verkehrsregeln oder das Operieren mit nackten Händen. Und es fehlt an der ganzheitlichen Durchdringung in Prozessen und Strukturen. Es reicht z.B. nicht, Medikamente-Verordnungssysteme und Medikationsroboter einzurichten, wenn «die letzte Meile» der Medikation, der Weg des Medikamentes zum Patienten, nicht abgesichert ist. Viele Medikationsfehler geschehen auf dieser letzten Meile.

■ **Leadership:** Patientensicherheit ist ein zu wenig permanentes, prioritäres Trak-

tandum auf der Führungsebene. Vorstände von Automobilfirmen kümmern sich um drei Dinge: Finanzzahlen, Qualität (=Marktorientierung und Effizienz) und Fehlerraten (Ausschussware, Image, Haftung). Konsequentes klinisches Risikomanagement und der Aufbau einer Sicherheitskultur sind auch im Gesundheitswesen Führungssache.

■ **Ressourcen:** Für konsequente Sicherheitsmassnahmen sind Strukturen und Ressourcen notwendig. Zerstückelung ist ineffektiv. Hochrisikoindustrien investieren deshalb grosszügig in Sicherheit – nicht aus Menschenliebe, sondern aus strategischen Gründen (Überleben des Unternehmens) und weil nur Klotzen sich lohnt und Kleckern ineffizient ist. Diese Einsicht fehlt im Gesundheitswesen noch weitgehend.

Auch auf übergeordneter Ebene besteht Handlungsbedarf:

■ **Politische Verantwortlichkeit:** Der politische Wille für Patientensicherheit ist unterentwickelt. Patientensicherheit ist öffentliche Sicherheit, Versorgungssicherheit und ein Public-health-Problem, das nicht allein den Leistungserbringern zugeschoben werden kann. Es geht um gesamtsystemische Probleme, für welche die Politik mehr Verantwortung übernehmen muss.

■ **Strukturen und Ressourcen:** Es fehlt an nationalen Strukturen, um in der Gesamtbranche eine nachhaltige Entwicklung zu erwirken. Andere Länder betreiben solche Strukturen, um koordinierte Programme durchzuführen. Dafür brauchen wir in der Schweiz eine deutlich höhere Finanzierung, um Quantensprünge zu erzielen. Die Kleinkrämerei bringt zu geringe Erfolge und verschleisst Kräfte.

■ **Die Rechtslage ist ungünstig:** Sie behindert Lernprozesse. Fehlermeldesysteme oder Fehleranalysen, welche nur dem Lernen aus Fehlern dienen dürfen, können z.B. als Quelle für Strafprozesse genutzt werden. Das damit verbundene Abwürgen von Systemverbesserungen ist so kontraproduktiv, dass von einer verqueeren Rechtsordnung zu sprechen ist. Hier ist die Politik gefragt, die Gesetze anzupassen.

Sind diese Voraussetzungen gegeben, fehlt noch das Wichtigste: flächendeckende, nati-



Dr. med. Marc-Anton Hochreutener,
Geschäftsführer Stiftung für
Patientensicherheit, Zürich; 043 243 76 22,
hochreutener@patientensicherheit.ch

onal koordinierte Programme zu spezifischen Problemthemen. Skandinavische und angelsächsische Länder führen seit Jahren sogenannte «large scale improvement programs» durch. Hotspots der Patientensicherheit (z.B. Händedesinfektion, Chirurgesicherheit, Medikationsfehler) werden national und rigoros angegangen. Die Programme basieren auf einer Mischung aus konzertiert-kooperativer Unterstützung der Betriebe, kombiniert mit flankierenden Massnahmen (z.B. Erfolgsmessungen, regulatorische Massnahmen). Ambitiöse Ziele werden deklariert und verfolgt (50 Prozent weniger Spitalinfekte, 0 Prozent Eingriffsverwechslungen, 5000 weniger Tote). Solche Programme sind der wirksamste Teil einer nationalen Qualitätsstrategie. Für die Schweiz sind sie dringend zu fordern!

Das Gesundheitswesen ist komplex und es ist anspruchsvoll, Qualitäts- und Fehlerisiken zu minimieren. Aber es ist möglich! Deshalb ist es dringend nötig, die nächste Entwicklungsstufe der Patientensicherheit zu erklimmen. ■

Dieser Artikel erschien im Competence 09/2010 auf Französisch.

Literaturhinweise

- ¹ http://www.aktionsbuendnis-patientensicherheit.de/apsside/Agenda_2007_mit_Titelblatt.pdf
- ² Zegers et al. Qual Saf Health Care 2009; 18:297–302
- ³ BFS Todesursachenstatistik 2007
- ⁴ Soop et al. Int J Qual Health Care. 2009 Aug; 21(4):285–91
- ⁵ Aranaz-Andrés et al. Int J Qual Health Care. 2009 Dec; 21(6):408–14
- ⁶ Schwappach D, Frank O, Hochreutener MAH. 'New perspectives on well-known issues': Benchmarking patients' experiences and perceptions of safety in Swiss hospitals. 2010, under review
- ⁷ Bregenzer 2010 und Weber et al. ICHE 2008; 29: 623
- ⁸ Eber et al. Arch Intern Med. 2010 Feb 22; 170(4):353–5