

Patientensicherheit – Ein zentrales Public-Health-Thema fristet noch immer ein Schattendasein

Vor zehn Jahren haben Zahlen aus den USA zu Todesfällen durch Behandlungsfehler die Öffentlichkeit und Medizin aufgeschreckt. Das Thema Patientensicherheit wird noch immer zu wenig beachtet. Der Beitrag liefert hierfür Erklärungsversuche und zeigt Handlungsfelder auf.

Sven Staender

Beirat der Stiftung Patientensicherheit, Leiter der Kommission zur Analyse abgeschlossener Haftpflichtfälle der Schweizer Gesellschaft für Anästhesie und Reanimation (SGAR), zuständig für die Taskforce Patientensicherheit für die Europäische Gesellschaft für Anästhesie (ESA) und das European Board of Anaesthesiology (EBA).

«To err is human» – die Publikation des Institute of Medicine

Vor rund zehn Jahren hat das US-amerikanische «Institute of Medicine» (IOM) Daten zu Todesfällen in amerikanischen Spitälern publiziert, die auf unerwünschte Ereignisse* (sogenannte «adverse events») zurückzuführen waren [2]. Von der Statistik erfasst wurden etwa Fälle, in denen es zum Beispiel zu Medikamentenverwechslungen oder Seitenverwechslungen bei Operationen gekommen war. Umgerechnet auf die Verhältnisse in der Schweiz hat sich damals die schockierende Zahl von ca. 2000 Todesfällen pro Jahr ergeben (NZZ vom 1. Dezember 1999).

Diese Zahlen haben weltweit Aufsehen erregt und gaben Anstoss zu verschiedensten Initiativen. In der Schweiz wurde unter der Ägide der damaligen Vorsterherin des Eidgenössischen Departements des Inneren, Bundesrätin Ruth Dreifuss, eine Task-Force ins Leben gerufen [3], deren Arbeiten unter anderem in der Gründung der Schweizer Stiftung für Patientensicherheit mündeten (NZZ vom 23. September 2000).

Ganz allgemein hat sich die Resonanz auf die erschütternden Daten der IOM-Studie insbesondere in folgender Hinsicht gezeigt:

Zunächst hat sich die Tonalität in der Diskussion ganz grundlegend verändert. Es wird heute weniger gefragt, ob Patientensicherheit ein Problem darstellt. Kliniker und Verantwortliche stellen sich heute vielmehr die Frage, wie man diesem Thema adäquat begegnen kann. Allmählich kommen Spitäler und andere Gesundheitseinrichtungen vom herkömmlichen Konzept des «bad apple» ab, also der Schuldzuweisung an Einzelne, die in organisatorisch ungenügenden, fehlerfördernden Systemen arbeiten. Zudem kehrt nach und nach die Einsicht ein, dass meist eine Kumulation systemimmanenter Faktoren zu unglücklichen Ereignissen führt («latent failures» nach James Reason), wobei das einen «adverse event» auslösende Individuum oft nur das letzte Glied einer langen und oft weitverzweigten Kette von Ereignissen ist [4].

La sécurité des patients est une question cruciale de santé publique encore trop souvent négligée

Il y a 10 ans, des chiffres provenant des Etats-Unis avaient non seulement défrayé la chronique mais également provoqué un tollé chez les médecins qui s'étaient penchés sur le nombre de décès dus à des fautes de traitement. Ces chiffres, adaptés au contexte suisse, avaient fait la une des journaux («En Suisse, 2000 décès par an sont dus à des fautes de traitement»).

Si l'on fait le bilan aujourd'hui, force est de constater que la sécurité des patients est encore et toujours marginale. L'article ci-après propose quelques explications et évoque les champs d'action possibles.

Zweitens wächst die Erkenntnis, dass es nichts nützt, die Verantwortung in diesem Thema auf die Leistungserbringer allein abzuschieben. Hand in Hand geht damit eine – wenn auch leider immer noch sehr limitierte – Finanzierungsbereitschaft seitens politischer Entscheidungsträger einher, die erkannt haben, dass diesem Problem durch blosses Zureden nicht zu Leibe zu rücken ist.

Und schliesslich haben Spitäler und andere Gesundheitseinrichtungen verschiedene innovative Schritte zur Erhöhung der Patientensicherheit unternommen, namentlich etwa Kampagnen zur Vermeidung von Eingriffsverwechslungen und Medikationsfehlern, die Definition von Prozessen zur sicheren Patientenidentifikation und die Implementierung von Zwischenfall-Melde-Systemen («Incident Reporting Systeme» wie z. B. CIRIS®) [5].

* «Ein unerwünschtes Ereignis (Zwischenfall) ist eine unbeabsichtigte Schädigung, die überwiegend durch die medizinische Betreuung und höchstens sekundär durch den Krankheitsverlauf verursacht wird, wobei der Schaden so schwerwiegend ist, dass er eine Verlängerung des Spitalaufenthalts oder eine vorübergehende oder dauerhafte Beeinträchtigung oder Behinderung des Patienten beim Austritt zur Folge hat.» [1]

Korrespondenz:
Dr. med. Sven Staender
Chefarzt Institut für Anästhesie und Intensivmedizin
Spital Männedorf
CH-8708 Männedorf
Tel. 044 922 22 11
s.staender@spitalmaennedorf.ch
www.spitalmaennedorf.ch

Patientensicherheit heute – eine ernüchternde Bilanz

Zehn Jahre nach der Publikation der erschütternden Zahlen des IOM gilt es, Bilanz zu ziehen. Treffend hat David Stevens, der Herausgeber der international renommierten Fachzeitschrift «Quality and Safety in Healthcare» in seinem Editorial zur Dezemberausgabe 2009 hierzu geschrieben: «We're running out of excuses!» [6]. Tatsächlich wurden die wesentlichen Ziele in der Verbesserung der Patientensicherheit nicht erreicht, und allmählich gehen uns die Entschuldigungen aus.

Wie ernüchternd die Bilanz tatsächlich ist, lässt sich anhand der nachfolgenden Beispiele veranschaulichen:

Im Jahr 2005 hat eine der international herausragendsten Persönlichkeiten im Thema Patientensicherheit, Prof. Lucian Leape von der Harvard School of Public Health, gestützt auf Empfehlungen der US-amerikanischen Zulassungsbehörde (Joint commission for the accreditation of hospitals, JCAHO) die Erreichung folgender Ziele bis im Jahr 2010 propagiert: die Halbierung der Rate von Medikamentenver-

fälschen Körperseite oder am falschen Patienten, Tod oder schwere Schädigung durch Medikamentenverwechslungen oder Fehl-Transfusionen von Blutprodukten [7].

Eine Analyse der Literatur hierzu zeigt nun aber leider, dass keines dieser Ziele erreicht worden ist: Das Thema Medikations- und Medikamentensicherheit ist nach wie vor ein Top-Thema des Risiko-Managements in den Spitälern, Heimen und Praxen [8], nosokomiale Infektionen und Hygiene-Standards sind ebenfalls hochaktuell, und noch immer kommt es zu «Never Events» [9], wie z. B. Eingriffen an der falschen Körperseite [10, 11].

Im Unterschied zur Gesundheitsbranche haben im Hochrisikobereich agierende Organisationen (sog. High Reliability Organisations, HROs), wie etwa Atomkraftreaktoren, Flugzeugträger oder im Gentechnikbereich agierende Industriezweige punkto Sicherheit in den vergangenen Jahren beeindruckende Fortschritte erzielt. Erschreckenderweise ist das in der Medizin erreichte Sicherheitsniveau trotz deutlicher Parallelen in der Organisationsstruktur nach wie vor deutlich tiefer.

Heute werden Patienten operiert, bei denen man noch vor 20 Jahren eine Operation wegen zu grossen Risikos grundsätzlich abgelehnt hätte.

wechslungen, einen Rückgang der nosokomialen Infektionen um 90% und eine 100%ige Vermeidung von Ereignissen, die absolut nicht vorkommen dürfen (sog. «Never Events»), wie etwa Operationen an der



Ist es die richtige Seite? Die Operation des falschen Beins gilt als «Never Event».

Die dürftigen Fortschritte im Dossier Patientensicherheit widerspiegeln sich in der Skepsis der öffentlichen Meinung: Laut einer Umfrage der Europäischen Kommission aus dem Jahr 2005 [12] erachteten es nahezu 50% der befragten EU-Bürger als wahrscheinlich, bei einem allfälligen Spitalaufenthalt einen Behandlungsfehler zu erleiden (9% «very likely», 38% «fairly likely»). Dabei hatten knapp 80% der Befragten das Thema Fehler in der Medizin in ihrem jeweiligen Land als wichtiges Thema beschrieben (38% «very important» und 40% «fairly important»). Eine von Comparis im Jahr 2007 durchgeführte, breitangelegte Konsumentenbefragung zur Patientenzufriedenheit sowie zu Wiedereintritts-, Infektions- und Fehlerraten in Schweizer Spitälern brachte ein Ergebnis zutage, das die Schweizer Leistungserbringer im Gesundheitswesen im subjektiven Empfinden der Patienten nur eben gerade im Mittel der EU-Länder positioniert. Auch dieses Ergebnis lässt aufhorchen. Wem das noch nicht genügt: Im Jahr 2009 wurde eine Studie aus Schweden publiziert, die zehn Jahre nach den Zahlen des IOM-Reportes absolut vergleichbare Ergebnisse gefunden hat: 12% «Adverse Events», 70% davon vermeidbar. 55% der Ereignisse haben zu permanenten Schäden oder Behinderungen geführt und in 3% der Ereignisse kam es zum Tod des betroffenen Patienten [13].

Nachhaltige Sicherheit in der Medizin – wirklich eine Quadratur des Kreises?

Man kommt ob dieser ernüchternden Resultate nicht umhin, sich nach den Ursachen dieser fatalen Stagnation im Dossier Patientensicherheit zu fragen. Im Vordergrund steht die Komplexität der Materie. Spezialistinnen und Spezialisten aus über 20 verschiedenen medizinischen Fachrichtungen behandeln Patientinnen und Patienten, die ihrerseits immer älter werden und eine immer grössere Fülle von Begleiterkrankungen aufweisen. Entsprechend hoch ist der Grad der Komplexität. Standardisierungen sind nicht im gleichen Masse möglich, wie bei industriellen Produktionen: Heute werden Patienten operiert, bei denen man noch vor 20 Jahren eine Operation wegen eines zu grossen Risikos grundsätzlich abgelehnt hätte.

Zweitens werden Medizinerinnen und Mediziner in ihrer Ausbildung primär zu individuell handelnden Persönlichkeiten sozialisiert, was oft zur Haltung führt: «Die Sicherheit der Behandlung wird durch mich persönlich erbracht und garantiert.» Diese Hal-

Stiftung finanziell. Das nationale System zur Meldung und Analyse von Zwischenfällen («Critical Incident Reporting and Reacting Network», CIRNET®) muss ständig mit Finanzierungsproblemen kämpfen, weil zu wenige Spitäler in der Lage sind, sich an den Kosten zu beteiligen, obwohl zur Deckung der laufenden Ausgaben und zur Vornahme minimaler Innovationen nur wenige hunderttausend Franken pro Jahr erforderlich sind. Flächendeckende Kampagnen, wie etwa zur Prävention von Spitalinfektionen, kommen kaum zustande, weil die Mittel dafür nicht bereitstehen. Die vorstehende Aufzählung ist nicht abschliessend.

Auch in der Ausbildung der Medizinstudenten vermisst man eine nachhaltige Betonung des Themas Patientensicherheit. Zwar gibt es Absichtserklärungen in den Lehrplänen, doch trotz der klaren Empfehlungen der Schweizerischen Akademie der medizinischen Wissenschaften (SAMW) [14] wird man ausgewiesene Vorlesungsstunden zu diesem Thema an unseren Universitäten nur selten (wenn überhaupt) finden.

Teamwork oder die Einhaltung von Checklisten und Sicherheitsstandards darf nicht gleichgesetzt werden mit Abstrichen an der individuellen und professionellen Autonomie.

tung wird sogar schon im Eid des Hippokrates festgeschrieben, wenn es heisst: «*Ich werde ärztliche Verordnungen treffen zum Nutzen der Kranken nach meiner Fähigkeit und meinem Urteil ...*». Die Bedeutung von Teamwork, systemischem Organisationsverständnis oder die Einhaltung von Checklisten und Sicherheitsstandards werden somit oft gleichgesetzt mit Abstrichen an der individuellen und professionellen Autonomie. Dies stellt eine Herausforderung dar, die von den Betroffenen oft fälschlicherweise als Angriff auf ihre Autorität und Autonomie verstanden wird.

Ausserdem unterstützt die Führung in den Spitälern und im Gesundheitswesen den Wandel hin zu einer Sicherheitskultur nicht prioritär. Kulturwandel, begleitet von der Aufgabe oder Modifikation einzelner Praktiken oder Prozesse, erfordert eine einheitliche Vision einer Sicherheitskultur. Nur wenige Verantwortungsträger oder Gesundheitspolitiker haben die Sicherheit in der Medizin zum obersten Ziel erklärt und sich durch das Sprechen entsprechender Ressourcen dem Thema Patientensicherheit nachhaltig verpflichtet: Die Schweizer Stiftung für Patientensicherheit wird zwar durch Unterstützungsbeiträge von Bund und Kantonen finanziert. Diese Beiträge sind jedoch vergleichsweise tief und sie erfolgen ohne jegliche Bestandesgarantie für die Zukunft. Auch unterstützen längst nicht alle Kantone die Arbeit der

Dürftig fällt leider ebenso die Bilanz aus, wenn man sich anschaut, welchen Themen-Katalog die von der ehemaligen Bundesrätin Dreifuss eingesetzte Task-Force damals vorgeschlagen hat. Von den Themen

- nationales Zentrum für Patientensicherheit,
- Meldung und Analyse von kritischen Zwischenfällen,
- Unterstützung der geschädigten Patienten sowie des beteiligten Personals nach kritischen Zwischenfällen,
- nationale Untersuchungskommission für kritische Zwischenfälle,
- teambasierte Ausbildung und Lernen von anderen Sicherheitskulturen sowie
- nationales Forschungsprogramm Patientensicherheit

sind nachhaltig und systematisch einzig die Punkte 1 und 2 (und in Ansätzen Punkt 3) erarbeitet worden.

Schliesslich fehlen noch immer geeignete Methoden, um Fortschritte in der Erhöhung der Patientensicherheit akkurat zu messen und zu überwachen. Fehler sind oft multikausal und die Systeme so komplex, dass es noch keinen Parameter gibt, den man als Trend-Monitor (Indikator) nutzen könnte, um Fortoder gegebenenfalls Rückschritte auf diesem Gebiet zu belegen.

Entscheidende Schritte für die Zukunft

Um im Dossier Patientensicherheit stetige und nachhaltige Verbesserungen zu erzielen, muss das Bewusstsein dafür geschärft werden, dass mangelnde Patientensicherheit nicht nur das Problem des Einzelnen ist, sondern stets auch das Gesamtsystem betrifft. Patientensicherheit ist ein veritables Public-Health-Thema. Es lässt sich nicht durch individuelle Leistungserbringer allein lösen, sondern nur durch vernetzte, koordinierte Massnahmenpläne. Es geht um öffentliche Sicherheit, analog etwa zur Verkehrssicherheit. Neben der individuellen Verantwortlichkeit jeder im Gesundheitswesen tätigen Fachperson gibt es deshalb eine politische Verantwortlichkeit für Patientensicherheit. Im Unterschied etwa zu den Skandinavischen Ländern oder Grossbritannien, wo Patientensicherheit eines der zentralen gesundheitspolitischen Themen darstellt, wird dies in unserem Lande leider nur sehr zögerlich anerkannt. Von einer soliden Ressourcenausstattung für Patientensicherheit und damit einer nachhaltigen Entwicklungsperspektive kann in der Schweiz deshalb noch keine Rede sein.

Die Fakten sprechen eine deutliche Sprache – ebenso klar sind die Konsequenzen, die es zu ziehen gilt: Ein Umdenken tut not, um die Sicherheit unserer Patientinnen und Patienten nachhaltig zu verbessern. Gefordert sind alle Verantwortungsträger im Gesundheitswesen – von der Politik und Verwaltung bis hin zu uns Ärztinnen und Ärzten sowie Pflegenden am Patientenbett – damit nicht zehn weitere, kostbare Jahre ohne nennenswerte Ergebnisse verstreichen [15].

Literatur

- 1 Vincent C, Neale G, Woloshynowych M. Adverse events in British hospitals: preliminary retrospective record review. *BMJ*. 2001;322:517–9.
- 2 Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS. *To err is human: Building a Safer Health System*. The Institute of Medicine report on medical error. The Institute of Medicine. 1999. Washington DC: National Academy Press.
- 3 www.patientensicherheit.ch/de/organisation/task_force_report_deutsch.pdf (letzter Zugriff 21.11.2010).
- 4 Reason J. *Human Error*. Cambridge: Cambridge University Press: 1990.
- 5 Staender S, Davies J, Helmreich B, Sexton B, Kaufmann M. The anaesthesia critical incident reporting system: an experience based database. *Int J Med Inf*. 1997; 47:87–90.
- 6 Stevens DP. Safe healthcare: we're running out of excuses. *Qual. Saf Health Care*. 2009;18:418.
- 7 Leape LL, Berwick DM. Five years after To Err Is Human: what have we learned? *JAMA*. 2005;293:2384–90.
- 8 Cohen MR (ed). *Medication Errors*, Second edition. Washington DC: American Pharmacists Association; 2007.
- 9 Michaels RK, Makary MA, Dahab Y, Frassica FJ, Heitmiller E, Rowen LC et al. Achieving the National Quality Forum's «Never Events»: prevention of wrong site, wrong procedure, and wrong patient operations. *Ann.Surg*. 2007;245:526–32.
- 10 Cohen SP, Hayek SM, Datta S, Bajwa ZH, Larkin TM, Griffith S et al. Incidence and root cause analysis of wrong-site pain management procedures: a multicenter study. *Anesthesiology*. 2010;112:711–8.
- 11 Stahel PF, Sabel AL, Victoroff MS, Varnell J, Lembitz A, Boyle DJ et al. Wrong-site and wrong-patient procedures in the universal protocol era: analysis of a prospective database of physician self-reported occurrences. *Arch.Surg*. 2010;145:978–84.
- 12 http://ec.europa.eu/health/ph_information/documents/eb_64_en.pdf (letzter Zugriff am 21.11.2010).
- 13 Soop M, Fryksmark U, Koster M, Haglund B. The incidence of adverse events in Swedish hospitals: a retrospective medical record review study. *IntJQualHealthCare*. 2009;21:285–91.
- 14 Perrier A, Conen D, Diby M, Martinelli E, Nendaz M, Portenier L et al. Aus- und Weiterbildung in Patientensicherheit und Fehlerkultur. Projekt «Zukunft Medizin Schweiz» – Phase III. Suter P, Gassmann B, de Haller J, und Täuber M. *Zukunft Medizin Schweiz*. 2007. Basel: Schweizer Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW).
- 15 Landrigan CP, Parry GJ, Bones CB, Hackbarth AD, Goldmann DA, Sharek PJ. Temporal trends in rates of patient harm resulting from medical care. *N Engl J Med*. 2010;363:2124–34.