

# Thema

## Sicherheit im Spital

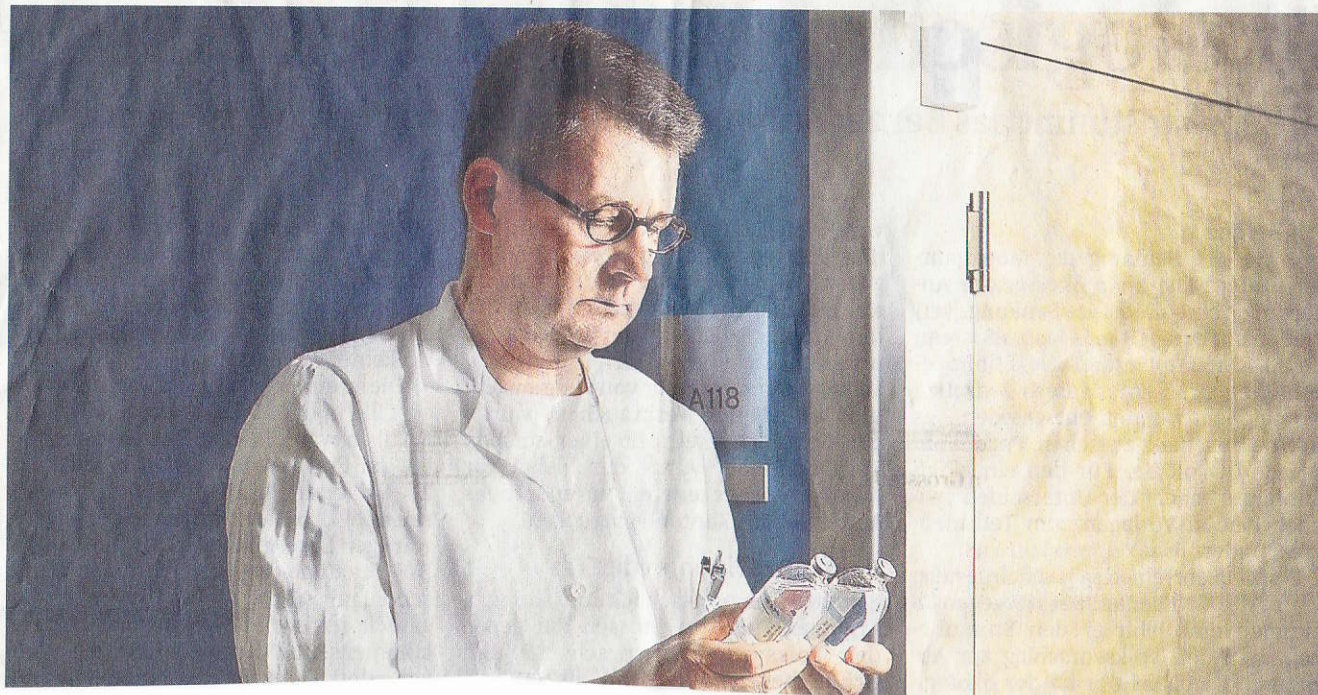
# «Das Sicherheitsniveau der Medizin ist erschreckend tief»

Jeder 20. Spitalpatient wird Opfer eines relevanten Fehlers. Die Spitäler schaffen es nicht, die Fehlerquote zu senken. Jetzt fordert Sven Staender, Vorkämpfer für Patientensicherheit, dass sich die Politik einschaltet.

### Susanne Anderegg

Man stelle sich vor, in der Schweiz würde dreimal pro Jahr ein Jumbojet abstürzen. Es wäre die Hölle los, Politik und Industrie würden fieberhafte Aktivitäten entfalten. In Schweizer Spitalern sterben je nach Schätzung jedes Jahr zwischen 700 und 1700 Patientinnen und Patienten wegen Fehlern. Ohne Aufsehen zu erregen. Im Unterschied zu den Opfern eines Flugzeugabsturzes sterben sie einzeln, und was zu ihrem Tod geführt hat, ist meist nicht offensichtlich.

1999 schockierte eine Studie zu Todesfällen in US-Spitalern, die auf Fehler wie Medikamentenverwechslungen oder Seitenverwechslungen bei Operationen zurückzuführen waren. Die Studie fand weltweit Beachtung. Umgerechnet auf die Verhältnisse in der Schweiz resultierte die Zahl von gegen 2000 Todesfällen pro Jahr. Das rüttelte auf. Die damalige Gesundheitsministerin Ruth Dreifuss setzte eine Taskforce ein, und in der Folge wurde die Stiftung für Patientensicherheit gegründet.



mit der Luftfahrt: «Boeing bekäme keine Betriebszulassung für ihre Flugzeuge, wenn man im Cockpit so arbeiten müsste wie wir im Spital.» Cockpit und Operationsaal – beides sind Hochrisikobereiche. Warum kümmern sich die Piloten mehr um die Sicherheit als die Ärzte? Staenders Erklärung: «Weil sie mit ihrem eigenen Leben davon profitieren.»

### Zehnmal zu wenig oder zu viel

Die Stiftung für Patientensicherheit gab diesen Herbst eine Warnung heraus. Sie hatte in ihrem Netzwerk Cirrnet eine Häufung von Meldungen festgestellt, die Fehler bei der Dosierung von Infusionen betrafen. Zum Beispiel diesen: «Infusion war auf 2,1 ml/h eingestellt statt auf 21 ml/h.» Oder folgenden: «Habe um 20 Uhr die Liquemin-Infusion (Blutverdünner) gewechselt und mit 17 ml/h eingestellt. Ca. 23.30 Uhr läutet ein Mitpatient, um mitzuteilen, dass der Infusomat mit dem Liquemin Alarm gibt. Die Nachtwache stellt fest, dass die Infusion auf 217 ml/h eingestellt und schon einge-

Zehn Jahre später ziehen Fachleute eine ernüchternde Bilanz. Allen voran Sven Staender, Chefarzt am Spital Mändorf sowie Beirat der Stiftung für Patientensicherheit. «Das Sicherheitsniveau in der Medizin ist erschreckend tief», sagt der international renommierte Anästhesist. Staender ist ein Pionier. 1995 entwickelte er zusammen mit Daniel Scheidegger am Uni-Spital Basel das Fehlermeldesystem Cirs. Es funktioniert anonym: Ärzte und Pflegende melden kritische Situationen, und ihre Berufskollegen können aus diesen Fehlern lernen. Die Meldungen werden im sogenannten Cirrnet national verbreitet. Cirs ist inzwischen in allen westlichen Ländern verbreitet, auch in der Schweiz haben viele Spitäler dieses System eingeführt. Aber längst nicht alle.

### Konstant hohe Fehlerrate

Es existieren gute Ansätze, um die Patientensicherheit zu verbessern. So arbeiten Wiederherstellungschirurgen im Uni-Spital mit Checklisten, und im Spital Uster erhalten Notfallpatienten ein Namensband um den Arm, um Verwechslungen vorzubeugen. Staender anerkennt diese Positivbeispiele, doch mit Blick auf das Ganze fällt sein Urteil negativ aus: «Jeder macht ein bisschen etwas, es kommt mir vor wie Pflasterlipolitik.» Das Resultat: Die Fehleraten sind unverändert hoch. Bei fünf Prozent aller Spitalpatienten geschehen relevante Fehler, die Hälfte davon haben direkte Folgen. Die Todesfälle sind nur die Spitze des Eisbergs. «Darunter liegt ein ganzer Berg von Schädigungen und Leiden», sagt Staender.



Sven Staender mit zwei Fläschchen Verdünnungsmittel: Eine Verwechslung kann bis zur Amputation führen. Foto: Sabina Bobste

lief gut - nur wurde nicht die geplante, sondern eine andere, ähnliche Operation ausgeführt. Niemand bemerkte den Fehler. Erst als der Patient später konkrete Fragen zum Verlauf der Operation stellte, flog der Irrtum auf. Grund für den Fehler war, dass neue Instrumente zum Einsatz kamen und parallel zwei ähnliche Eingriffe stattfanden. Der Patient musste sich in der Folge nochmals einer Operation unterziehen, der richtigen. Zuletzt stellte ihm das Spital noch

beide Eingriffe in Rechnung. Wenigstens erlitt der Mann keinen bleibenden gesundheitlichen Schaden. Die Verwechslung bei Eingriffen ist eines von drei grossen Problemen, neben Infektionen und Medikationsirrtümern. Die Fehler werden nur vereinzelt bekannt, wie etwa der tragische Fall einer 91-jährigen Patientin, der im Juni 2010 in einer Tiroler Klinik das falsche Bein amputiert wurde. Auch bei den Spitalinfektionen seien bisher keine grossen Fortschritte

erzielt worden, sagt der Fachmann, und Medikationsfehler seien nach wie vor an der Tagesordnung. Oft sind die Verpackungen von verschiedenen Medikamenten zum Verwechseln ähnlich. Staender illustriert das an zwei Fläschchen mit Verdünnungsmitteln. Verwendet man das falsche, kann es zu schweren Weichteilschäden kommen, im Extremfall sogar zu einer Amputation. «Das Firmenlogo ist dem Hersteller wichtiger als der Inhalt», sagt er. Und vergleicht wieder

laufen war. Geheude Information des Dienstarztes (...).» Wie es dem Patienten danach ging, wurde nicht erwähnt.

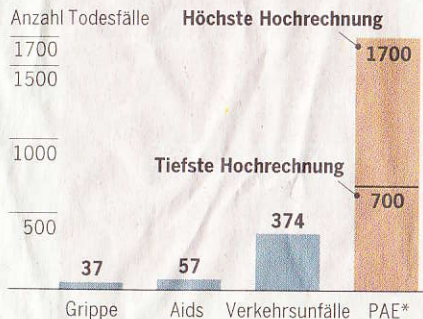
In ihrer Warnmeldung gab die Stiftung Empfehlungen ab, wie sich Dosierungsfehler vermeiden lassen. An erster Stelle steht die Aufforderung, Infusionsgeräte genau zu überwachen, und zwar persönlich. Pro Jahr publiziert die Stiftung etwa ein halbes Dutzend solcher Warnungen. Laut Geschäftsführer Marc-Anton Hochreutener reagieren viele Spitäler - «aber nicht alle, und nicht alle gleich konsequent». Er fordert wie Staender flächendeckende Programme, wie es sie in skandinavischen und angelsächsischen Ländern gibt: «Dort werden Hotspots wie Händedesinfektion oder Chirurgesicherheit rigoros angegangen.» Die nationale Gesundheitsbehörde deklarierte ein Ziel, etwa das Senken der Spitalinfekte um 50 Prozent. Sie erlasse Richtlinien, unterstütze die Betriebe und messe konsequent den Erfolg.

Die Schweiz kennt nichts dergleichen. Die Stiftung für Patientensicherheit kann nur punktuell wirken, denn ihr Budget ist mit 1,5 Millionen Franken bescheiden. Rund eine halbe Million steuern die Kantone bei, der Rest sind projektbezogene Beiträge von diversen Organisationen, unter anderem 300 000 Franken vom Bundesamt für Gesundheit. Staender findet es dringend nötig, dass der Bund sich stärker engagiert. Vor zehn Jahren hatte die von Dreifuss eingesetzte Taskforce sechs Massnahmen vorgeschlagen:

● Nationales Zentrum für Patientensicherheit.

Die Patientenstelle berichtet in ihrem jüngsten Bulletin von einem Mann, der für einen kleinen urologischen Eingriff ins Spital musste. Er erhielt eine Kurz-narkose und wurde operiert. Alles ver-

## Todesfälle nach Ursachen pro Jahr in der Schweiz



PAE\* Preventable Adverse Events (vermeidbare Behandlungszwischenfälle in Spitälern). Quelle: aktuelle Studien, Hochrechnung für die Schweiz

TA-Grafik ib / Quelle: BfS Todesursachenstatistik 2007

Wo war die Politik?

## «Niemand wollte die Finanzierung übernehmen»

Interview: Susanne Anderegg

**Herr Gutzwiller, Sie sind einer der bekanntesten Gesundheitspolitiker der Schweiz. Weshalb wurde in den letzten zehn Jahren so wenig für die Patientensicherheit gemacht?**

Ich war in einigen Arbeitsgruppen dabei, habe mich aber verabschiedet, weil daraus nichts resultierte. Niemand wollte die Finanzierung übernehmen. Alle sagten, «es ist eine gute Sache, doch wir können es nicht zahlen».

**Wer sollte dafür zahlen?**

Die Finanzierung der Patientensicherheit ist Aufgabe der öffentlichen Hand.

**Das Bundesamt für Gesundheit zahlt 300 000 Franken an Projekte der Stiftung für Patientensicherheit -**

**angesichts seines Jahresbudgets von 176 Millionen ein mickriger Beitrag. Ich hatte mir auch ein grösseres Engagement erhofft.**

**Warum haben Sie keinen Druck gemacht?**

Auf meinen Antrag hin wurde die Forderung ins Gesetz aufgenommen, dass mit der Einführung der Fallpauschalen 2012 auch die Ergebnisse registriert werden. Die Spitäler müssen dann offenlegen, was das Resultat einer Behandlung ist. Der Patient kann in Zukunft zusammen mit dem Hausarzt schauen, welches Spital in seiner Umgebung gut ist. Das wird eine mittlere Revolution geben.

**Erfährt man dann auch, wo Bänderrisse komplikationsfrei behandelt werden oder wo es nach einer**

**Darmoperation am wenigsten Infektionen gibt?**

Im Prinzip werden die Ergebnisse aller Fallpauschalen ausgewiesen. Das setzt aber eine minimale Fallzahl pro Spital voraus. Zudem müssen Alter, Geschlecht und Fallschwere miteinbezogen werden, damit die Ergebnisse vergleichbar sind. Ausgewiesen werden Komplikationsraten und Sterblichkeitsrisiken bei schweren Eingriffen.



**Felix Gutzwiller**

Der Zürcher FDP-Ständerat und Präventivmediziner Felix Gutzwiller ist seit 1999 Mitglied der Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit.

- Meldung und Analyse von kritischen Zwischenfällen.
- Nationale Untersuchungskommission für kritische Zwischenfälle, analog dem Büro für Flugunfalluntersuchungen.
- Teambasierte Ausbildung und Lernen von anderen Sicherheitskulturen.
- Unterstützung der geschädigten Patienten sowie des beteiligten Personals nach kritischen Zwischenfällen.
- Nationales Forschungsprogramm zur Patientensicherheit.

Von all diesen Massnahmen seien nur die erste und die zweite systematisch umgesetzt worden, stellt Staender fest. Besonders enttäuscht ist der Vorkämpfer von den medizinischen Fakultäten der Schweiz inklusive der Uni Zürich. Er habe schon mehrmals angeboten, den Studierenden in Zürich das Thema Patientensicherheit zu vermitteln, sei es in Vorlesungen oder praktischen Übungen. Doch er sei bisher immer abgewimmelt worden. Staender ist überzeugt: «Man muss in der Ausbildung anfangen, wenn man die Patientensicherheit nachhaltig verbessern will.»