

Internationaler Kongress

Patientensicherheit – avanti!

Fortschritte!? ... im 2. Jahrzehnt des 3. Jahrtausends

Kongress der Stiftung für Patientensicherheit zeigt: Fehlerprävention im Gesundheitswesen bleibt ein Top-Thema

Die Stiftung für Patientensicherheit führte vom 28. bis 30. November 2011 die seit Jahren bedeutendste Veranstaltung zu Patientensicherheit, Fehlern in der Gesundheitsversorgung, Fehlerprävention und klinischem Risikomanagement durch. Der internationale Kongress zeigte, dass Fehler in der Gesundheitsversorgung weiterhin ein zentrales Thema sind. Die Problematik wird heute konstruktiv diskutiert und die Gesundheitsbranche unternimmt zunehmend Anstrengungen. Die Fehlerprävention bleibt jedoch eine grosse Herausforderung. Die Zeit vereinzelter Pionierlösungen muss durch konsequente Verbesserungsarbeit im Gesamtsystem abgelöst werden. Dies erfordert das noch stärker koordinierte Engagement der Fachleute, der Leistungserbringer und der Politik.

Rund 600 Personen nahmen am internationalen Kongress teil. 90 hochkarätige Referenten aus dem In- und Ausland vermittelten ihr Wissen an die Teilnehmenden. Das Publikum kam aus der gesamten Schweiz, aus Deutschland, Skandinavien, Holland, Österreich, Frankreich, Grossbritannien, USA, Italien und asiatischen Ländern. Alle Berufsgruppen des Gesundheitswesens und der Versorgungssektoren waren vertreten: etliche Meinungsträger und Kaderpersonen aus Ärzteschaft, Pflege, Spitaldirektionen, Verbänden und Verwaltung.

Ist die Patientenversorgung heute sicherer als noch vor 10 Jahren?

Der Kongress wurde von allen relevanten Berufsverbänden des Gesundheitswesens mitgetragen und genoss breite Unterstützung auf politischer Ebene. Pascal Strupler, Direktor des Bundesamtes für Gesundheit und Dr. Carlo Conti, Vorsteher des Gesundheitsdepartementes Basel-Stadt und Vize-Präsident der Schweizerischen Gesundheitsdirektorenkonferenz GDK, eröffneten den Anlass. Bundesrat Didier Burkhalter und GDK-Präsident Pierre-Yves Maillard entrichteten Grussworte.

In über 30 Teilveranstaltungen gingen die Experten und die Teilnehmer kritischen Fragen nach: Wo stehen wir heute in der Fehlerprävention? Wird Patientenversorgung sicherer? Welche Ansätze funktionieren? Genügt die Entwicklung? Wie sind die Verantwortlichkeiten zu definieren und die Wirkungen des Handelns zu evaluieren? Dabei wurden praktisch alle Aspekte der Patientensicherheit angesprochen. Das Spektrum reichte von der Fehlermessung über diagnostische Fehler, Patientenbeteiligung, Fragen des Designs von Arbeitsumgebungen, Medikationsfehler, Chirurgiefehler, Verbesserungs- und Trainingsmethoden, Fehleranalytik, Spitalinfektionen und den Faktor Mensch bis hin zu rechtlichen Aspekten, Führungsfragen und nationalen Verbesserungsprogrammen.

Punktuelle Verbesserungen in der Patientensicherheit in der Schweiz– eine Verbesserung im grossen Stil ist jedoch noch weit entfernt

Die Pioniere Prof. Charles Vincent aus England und Prof. Robert Wachter aus den USA zeigten, dass die Anstrengungen in den letzten 10 Jahren weltweit zugenommen haben. Die Patientensicherheit wurde dadurch punktuell verbessert, von einer Verbesserung im grossen Stil sind wir jedoch noch weit entfernt, wie Charles Vincent in seinem Referat ausführte. Auch in der Sicherheitskultur wurden wesentliche Entwicklungen eingeleitet: die Schuldfrage steht hier nicht mehr im Vordergrund, wenn es um die Analyse von Fehlern geht. Gleichzeitig wurde aber lange vernachlässigt, dass die persönliche Verantwortlichkeit verstärkt eingefordert werden muss, wo ausreichend Wissen vorhanden ist, was zu tun ist, um Fehler zu verhindern - zum Beispiel in der Prävention von Spitalinfektionen. Die Leiter grosser nationaler Programme aus Schottland und Schweden (Kevin Rooney und Göran Henriks) zeigten eindrücklich, was erreichbar ist, wenn Verbesserungsprogramme auf nationaler oder regionaler Ebene mit starken Ressourcen und Konsequenz durchgeführt werden. Im Rahmen der nationalen Qualitätsstrategie des Bundes sind Ansätze solcher Programme auch in der Schweiz vorgesehen. Diese wurden von Andreas Faller, Vizedirektor des Bundesamtes für Gesundheit, vorgestellt. Dr. med. Marc-Anton Hochreutener, Geschäftsführer der Stiftung für Patientensicherheit, betont jedoch: „Im Vergleich mit andern Ländern zeichnet sich aber ab, dass die Schweiz deutlich langsamer und mit relativ kleiner Ressourcenausstattung voranschreitet.“

Verleihung der Posterpreise in drei Kategorien

Am Kongress wurden drei Posterpreise vergeben. Der Nachwuchspreis ging an die Kommunikationswissenschaftlerin Annegret Hannawa von der Universität Lugano. Sie erforschte die Auswirkungen nonverbaler Kommunikation von Gesundheitspersonal auf das Verhalten von Patienten, wenn es darum geht, Patienten über Fehler zu informieren. Der Strategie- und Umsetzungspreis ging an den Pathologen Prof. Dr. med. Joachim Diebold vom Luzerner Kantonsspital. Er verbesserte die Fehlerrate in der Pathologie durch strukturelle und technische Massnahmen und die Vernetzung mit anderen Pathologieinstituten. Der Forschungspreis ging an die Spitalapothekerin Petra Strub und ihre Gruppe aus dem St. Clara Spital und der Universität Basel. Mit einer Kombination aus elektronischer Verordnung, Prozessstandardisierung und Beratung durch klinische Pharmazeuten wurde dort die Fehlerrate in der Krebsbehandlung (Chemotherapie) deutlich gesenkt.

Anstrengungen auf Ebene Gesamtsystem sind nötig

Die Stiftung für Patientensicherheit organisierte mit dieser Veranstaltung eine breite Know-how und Reflexions-Plattform, die Impulse setzen wird, um im Schweizer Gesundheitswesen die Patientensicherheit und die Fehlerprävention weiter voranzutreiben. Der Geschäftsführer der Stiftung für Patientensicherheit, Dr. med. Marc-Anton Hochreutener, zieht folgendes Résuméé: „Der Kongress hat gezeigt, dass sich viel tut in der Schweiz. Immer mehr Gesundheits-Professionals und Institutionen arbeiten aktiv an der Fehlerprävention. Klar ist auch: Fehler in der Gesundheitsversorgung sind nicht ein Problem unsorgfältiger Arbeit von Einzelnen, sondern ein gewaltiges Systemproblem, ein Public Health Problem. Die bisherigen Anstrengungen zeigen vereinzelt Wirkung, insgesamt aber noch zu wenig. Was wir brauchen, sind konzentrierte Anstrengungen auf Ebene Gesamtsystem. Dies braucht verstärkte Führung, Übernahme von Verantwortung für wirksame Verbesserungen, Ressourcen und Konsequenz!“

Internationaler Kongress: Programm, Bilder & Präsentationen ab 5.12. online

www.patientensicherheit.ch/kongress

Kontakt für Medienanfragen:

Martina Bischof Müller, Verantwortliche Kommunikation, Stiftung für Patientensicherheit

Tel 043 244 14 87, bischof@patientensicherheit.ch

Die Stiftung für Patientensicherheit

Die Stiftung für Patientensicherheit ist eine nationale Plattform zur Entwicklung und Förderung der Patientensicherheit in der Schweiz. Sie arbeitet in Netzwerken und Kooperationen. Dabei geht es um das Lernen aus Fehlern und das Fördern der Sicherheitskultur in Gesundheitsinstitutionen. Dafür arbeitet die Stiftung partnerschaftlich und konstruktiv mit Akteuren im Gesundheitswesen zusammen. Die Patientensicherheit steht immer im Mittelpunkt.

Unter www.patientensicherheit.ch findet man aktuelles Hintergrundwissen zum Thema Patientensicherheit, Zahlen & Fakten sowie vertiefte Informationen zu den Projekten, Schulungen und Kursen. Im Online-Shop stehen Publikationen wie Infomaterial, Bücher, Quick-Alerts und Papers of the Month zum Download oder zur Bestellung zur Verfügung.

Zahlen & Fakten zum Thema Patientensicherheit

Im Anhang oder unter <http://www.patientensicherheit.ch/de/ueber-uns/Patientensicherheit/Fakten.html>

Anhang: Patientensicherheit als Public Health-Problem in Zahlen:

In westlichen Ländern **stirbt mindestens jeder tausendste Spitalpatient an einem Fehler**¹. Schätzungen aufgrund aktueller Studien aus vergleichbaren Gesundheitssystemen zeigen, dass wir in der Schweiz mit mindestens **700 – 1'700 fehlerbedingten Todesfällen pro Jahr in Schweizer Spitälern** rechnen müssen, je nachdem, ob man die Zahl populationsbezogen umrechnet oder die unterschiedlichen Hospitalisationsraten berücksichtigt.² Im Vergleich mit anderen Todesursachen machen fehlerbedingte Todesfälle bei Spitalpatienten wahrscheinlich mehr als **das Doppelte der Todesfälle durch Grippe, AIDS und Verkehrsunfälle zusammen** aus³.

Öffentliche Sicherheit – ein weiterer Vergleich: Die Schätzung der fehlerbedingten Todesfälle entspricht dem Absturz von jährlich 2 bis 4 Grossraumflugzeugen über Schweizer Boden. 2 bis 4 solche Abstürze, sich jährlich wiederholend, hätten Folgen in Politik, Öffentlichkeit und der betroffenen Industrie. Diese Abstürze finden im Gesundheitswesen statt. Der Unterschied ist: Die toten Passagiere (=fehlerbedingt sterbende Patienten) tropfen täglich in kleinen Mengen aus den Flugzeugen (=Gesundheitsorganisationen). Es ist ein diskretes Phänomen - meist nicht direkt erkennbar - mit entsprechend geringer Medienwirksamkeit und politischer Wirkung.

Fehlerbedingte Todesfälle in Spitälern sind nur die Spitze des Eisbergs. Verlässliche Studien zeigen, dass **bei 2- 8% aller Hospitalisationen vermeidbare Zwischenfälle** (=Fehler) stattfinden. Davon führt ein erheblicher Teil zu vorübergehender (30-50%) oder permanenter (9%) Schädigung oder Tod (3%). Neben den Schäden an Patienten sind damit verlängerte Spitalaufenthalte (im Schnitt 6 zusätzliche Spitaltage) und erhöhte Behandlungsaufwendungen bei 2/3 der betroffenen Patienten verbunden^{4, 5}.

In einer eigenen Studie befragten wir hospitalisierte Patienten nach den Häufigkeiten von relevanten Behandlungsfehlern. 3'983 Patienten aus 8 Schweizer Spitälern beantworteten den Fragebogen (Rücklaufquote 55%). 21.4% der Patienten gaben an, während der Hospitalisation mindestens ein eindeutiges relevantes Patientensicherheitsereignis erlebt zu haben. 3.2% waren über medizinische Fehler und ihre Patientensicherheit sehr besorgt und 14.7% waren darüber einigermassen besorgt⁶.

Damit sind hohe Kosten verbunden: Swissnoso, die Vereinigung der führenden Schweizer Spitalinfektiologen, geht davon aus, dass in der Schweiz 7 % aller Spitalpatienten eine Spitalinfektion erleiden und dass jährlich 70'000 Spitalinfektionen in der Schweiz Kosten von rund 250 Mio. CHF, 300'000 Spitaltage und 2'000 Todesfälle verursachen. Mindestens 1/3 davon wird als vermeidbar eingestuft.⁷ In Schweizer Spitälern ermittelte Kosten je Spitalinfektion bewegen sich – je nach Infektionstyp - zwischen CHF 4'500 bis CHF 19'638 pro Infektion⁸. Gewisse sehr gravierende Spitalinfektionen (z.B. IPS-pflichtige Pneumonien und Septikämien) kosten sogar ein Mehrfaches dieser Beträge⁹. Im Tessin wurden die Kosten von ungerechtfertigten fehlerhaften Medikationen bei Spitalentlassung ermittelt. Rund 17% aller Verschreibungen bei Entlassung waren ungerechtfertigt. Die damit verbundenen vermeidbaren Kosten betragen CHF 50 pro betroffenem Patient und Monat¹⁰. Auch die Kosten von Medikationsfehlern gehen in die Hunderten von Millionen Franken. Dies sind Beispielthemen. Ähnliche Kostendimensionen werden durch gravierende Verwechslungen, Fehldiagnosen, Fehler an Schnittstellen, etc. verursacht. **Insgesamt ist mit fehlerbedingten Kosten von vielen hundert Millionen Franken zu rechnen.**

Diese Daten beinhalten nur den akut-stationären Bereich. Hinzu kommen der ambulante Sektor und der Rehabilitations- Psychiatrie- und Langzeitbereich, zu denen bisher kaum Forschungsdaten vorliegen, in denen aber mit ähnlichen Problemdimensionen zu rechnen ist.

Patientensicherheit ist aber nicht ein Problem unsorgfältiger Arbeit, sondern ein Systemproblem und Public Health-Thema. Eine effiziente Förderung der Patientensicherheit ist kosteneffektiv und erspart unnötiges Leid. Dies wurde z.B. im Kantonsspital Aarau für die Prävention von Spitalinfektionen ermittelt:¹¹ Mit Interventionen, die wenige Hunderttausend Franken kosteten, konnten die Infektionen um 1/3 reduziert, schätzungsweise 25 bis 50 jährliche Todesfälle vermieden und Kosteneinsparungen von jährlich rund 2.25 Mio. Franken erzielt werden. Ähnliche Potentiale für die Kosteneffektivität können bei vielen Themen der Patientensicherheit postuliert werden (Medikationsfehler¹², Chirurgiefehler, Diagnosefehler, Verwechslungen, etc.).

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. Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen. In press, 2011.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.zefq.2010.07.002>

⁷ Sax et al. *Swiss-NOSO bull*2005;1:1-6; und Mühlemann et al. Infection Control Hospital Epidemiology 2005; und Präsentation Mühlemann swisshandhygieneday 2006

⁸ Bregenzer 2010 und Weber et al. ICHE 2008; 29: 623

⁹ Eber et al. [Arch Intern Med. 2010 Feb 22;170\(4\):353-5](#)

¹⁰ Perren A et al. Swiss Med Wkly. 2009 Jul 25;139(29-30):430-5.

¹¹ Bregenzer 2010

¹² Piontek F et al. Effects of an adverse-drug-event alert system on cost and quality outcomes in community hospitals. Am J Health Syst Pharm. 2010 Apr 15;67(8):613-20