



Executive Summary

Erfassung und Analyse von Schadensfällen in Schweizer Akutspitälern

Ergebnisse einer Befragung zum Management von Never Events

Das Wichtigste in Kürze: Bestimmte schwerwiegende Ereignisse, die als weitgehend vermeidbar gelten und bei denen Patienten zu Schaden gekommen sind, werden international als „Never Events“ bezeichnet. Wie in Schweizer Spitälern mit solchen Geschehnissen umgegangen wird, war bislang nur ansatzweise bekannt. Die Stiftung für Patientensicherheit führte deshalb im August 2019 eine nationale Befragung bei Risiko- und Qualitätsmanagern in Akutspitälern durch. Dabei zeigte sich einerseits, dass Never Events als wichtig eingeschätzt werden und in der einzelnen Institution zwar selten, im Gesamtsystem aber mit relevanter Häufigkeit vorkommen. Andererseits spiegeln die Ergebnisse aber auch sehr unterschiedliche Herangehensweisen an diese Thematik und damit die starke Autonomie der einzelnen Spitäler beim klinischen Risikomanagement wider. Zum Teil wird dabei auch eine gewisse Diskrepanz zwischen zugemessener Bedeutung und tatsächlichem Vorgehen vor Ort offensichtlich.

Von Seiten der Stiftung für Patientensicherheit wird hier Potential für sinnvolle Weiterentwicklungen gesehen. Zunächst müssen Never Events mehr ins Zentrum der Erhebungen im Rahmen der Qualitäts- und Patientensicherheitsmessungen rücken. Durch national einheitliche Definitionen und Erstellung einer Schweizerischen Never-Event-Liste könnte auf lokaler Ebene mehr Verbindlichkeit geschaffen und damit das Management solcher Ereignisse vereinheitlicht werden. Gleichzeitig würde mit einem nationalen Reporting eine bestehende Wissenslücke hinsichtlich Art und Häufigkeit von schwerwiegenden Patientenschädigungen geschlossen werden. Da das Auftreten von Never Events auch direkte Rückschlüsse auf Existenz und Wirksamkeit von Patientensicherheitsmassnahmen erlaubt, würde ein solches Reporting zudem ein verlässliches Bild über Stärken und Schwächen liefern. Obwohl zentrale Erhebungen in den Spitälern häufig mit Vorbehalten betrachtet werden, zeigte sich diesbezüglich dennoch eine relativ grosse Akzeptanz bei den befragten Fachpersonen.

In einem Folgeprojekt werden nun von der Stiftung für Patientensicherheit Definitionen für entsprechende Vorkommnisse erstellt und in einer Never-Event-Liste zusammengefasst. Zudem werden Möglichkeiten, bzw. Vor- und Nachteile eines zentralen Reportings abgewogen.

1 Hintergrund

Ziel aller Massnahmen zur Verbesserung der Patientensicherheit ist die Vermeidung von Patientenschädigungen. Dies setzt möglichst genaue Kenntnisse über potentielle Patientengefährdungen und tatsächlich eingetretene Schädigungen voraus [1].

Erfassung von Near Misses

Mit der inzwischen nahezu flächendeckenden Einführung von CIRS (Critical Incident Reporting System) in den Schweizer Spitälern und der Einrichtung einer nationalen Plattform zur Sammlung besonders relevanter Meldungen (CIRNET, Critical Incident Reporting and Reacting Network) wurden in den letzten Jahren wichtige Elemente des Lernens aus Beinahe-Schäden etabliert. Aus den eingegebenen Berichten lassen sich viele Fehlerursachen und -mechanismen ableiten, die ansonsten weitgehend verborgen blieben. CIRS-Systeme sind ein wichtiges Instrument zum lokalen und übergreifenden Lernen. Dafür sind bestimmte Rahmenbedingungen erforderlich, wie Freiwilligkeit der Meldung, juristischer Schutz und Anonymität des Meldenden. Sie eignen sich aus diesen Gründen aber auch nicht dazu, quantitative Aussagen zur Auftretenshäufigkeit von Ereignissen zu treffen [2]. Ausserdem beschränken sich CIRS-Meldungen definitionsgemäss auf Fälle, bei denen Patienten nicht zu Schaden gekommen sind (so genannte "Near Misses").

Erfassung von Patientenschädigungen

Im Gegensatz zu anderen Gesundheitssystemen (beispielsweise UK und bestimmte Staaten der USA) gibt es in der Schweiz kein nationales, systematisches Erfassungsinstrument für Ereignisse, bei denen es zu manifesten Patientenschädigungen gekommen ist. Die national einheitlich angewendeten Messmethoden zur Bestimmung von Mortalitäts-, Rehospitalisations- oder

Reoperationsraten, bzw. von Sturz- und Dekubitusprävalenzen liefern zwar umfangreiche Daten, sie erlauben jedoch keine Rückschlüsse auf die tatsächliche Vermeidbarkeit der einzelnen Schädigungen [3]. Andere Erhebungen von Patientenschädigungen kommen nur zeitlich begrenzt (z. B. in Form von Studien) oder punktuell (z. B. im Rahmen von spezialisierten Registern der medizinischen Fachgesellschaften) zur Anwendung. All diese Ansätze können damit nicht als Basis für eine umfassende und kontinuierliche Systembeurteilung dienen. Obwohl davon auszugehen ist, dass vermeidbare Patientenschädigungen in nennenswertem Umfang auftreten [4], liegen auf nationaler Ebene allenfalls Schätzungen vor. **Zurzeit ist es nicht möglich, belastbare, nationale Aussagen über Art und Umfang schwerwiegender vermeidbarer Patientenschädigungen in der Schweiz zu treffen** [5].

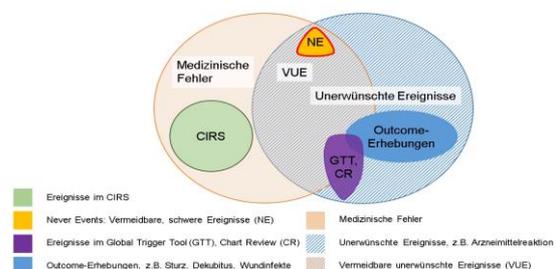


Abbildung 1: Epidemiologie unerwünschter Ereignisse und ihrer Erhebungsmethoden [6]

Von grosser Bedeutung sind insbesondere Vorkommnisse, die üblicherweise als nahezu vollständig vermeidbar gelten, weil entsprechende Präventionsmassnahmen vorhanden und wirksam sind (Abb. 1).



Executive Summary

Never Events

Im internationalen Sprachgebrauch werden Vorfälle, die den genannten Merkmalen entsprechen (schwerwiegend, klar definierbar und nahezu vollständig zu vermeiden, wenn die entsprechenden Präventionsmassnahmen umgesetzt werden), als „Never Events“ bezeichnet. Vor allem im angloamerikanischen Bereich liegen bereits seit über 10 Jahren Erfahrungen mit der Auswahl, der verbindlichen Definition und dem Management solcher Ereignisse vor: Eine Liste definierter „Never Events“ dient als Grundlage für das, zum Teil mandatorische, Berichten dieser klar abgegrenzten, schwerwiegenden Ereignisse [5, 6, 7, 8]. Damit können auf nationaler Ebene Erkenntnisse über das Vorkommen schwerer, vermeidbarer Patientenschädigungen generiert und Aussagen über die Systemsicherheit getroffen werden. Das Lernen aus diesen Ereignissen kann initiiert, koordiniert und zielgerichtet vorangetrieben werden. Die kontinuierliche Erfassung dieser Ereignisse erlaubt in der Folge einer Verbesserungsmaßnahme auch eine Evaluation: Eine erfolgreiche Massnahme sollte das Vorkommen bestimmter Ereignisse langfristig möglichst nahezu eliminieren. Die positiven Erfahrungen, die beim Betrieb der mandatorischen

Never Event Reporting-Systeme gesammelt wurden, werden in Ländern ohne solche Datengrundlage mit viel Interesse verfolgt und haben Diskussion und Forderungen nach vergleichbaren Reportingformen ausgelöst [9]. Kritisch diskutiert wird hingegen zum einen, dass Lernen aus mandatorischen Berichtssystemen zu weniger wertvollen Ursachenanalysen führt [10], weil es Ängste auslöst und eine positive Sicherheitskultur beeinträchtigt [11]; und zum anderen, dass das Lernen lokal stattfindet und das Zählen der Ereignisse an sich nutzlos wäre. In Fachkreisen besteht hingegen weitgehend Einigkeit darüber, dass eine übergeordnet organisierte nationale Berichterstattung und Analyse auf Basis einer Never-Event-Liste hilfreich und wichtig wäre [12]. Voraussetzung hierfür sind neben eindeutigen Definitionen solcher Ereignisse auch funktionierende Meldewege innerhalb der Spitäler, die es ermöglichen, die lokal gesammelten Informationen koordiniert weiterleiten zu können. Hier setzte unsere Studie zum Management von Never Events an: Als ersten Schritt sollten mit einer umfassenden Erhebung Erkenntnisse über Art und Umfang der Erfassung vor Ort und das interne Management von schwerwiegenden Ereignissen in Schweizer Spitälern gewonnen werden.

2 Fragestellung / Methodik

Die Stiftung für Patientensicherheit Schweiz führte daher eine Studie durch, die dokumentiert, wie Never Events derzeit in Schweizer Akutspitälern erfasst und bearbeitet werden. Damit wird auch der Fragestellung nachgegangen, ob und in welcher Form das Lernen aus Never Events lokal in den Spitälern verlässlich verankert ist.

Dabei wurden im Rahmen einer Befragung von klinischen Risiko- und Qualitätsmanagern folgende Fragestellungen untersucht:

- Welche Daten zu schwerwiegenden Ereignissen („Never Events“) werden in Akutspitälern zurzeit erfasst und in welcher Systematik?
- Welche Lücken existieren? Handelt es sich um systematische Lücken oder um „Zufallslücken“?
- Wie ist der Zugang des klinischen Riskmanagements zu diesen Fällen und Daten?
- Was wird mit diesen Fällen – abseits einer eventuellen juristischen Bearbeitung – gemacht, um daraus zu lernen und zukünftige Fälle zu vermeiden?

Auf Basis der aktuellen Literatur und acht telefonisch durchgeführten vertieften Interviews mit klinischen Risikomanagern wurde ein Erhebungsinstrument ausgearbeitet, das bei zehn weiteren Personen in vergleichbarer beruflicher Position einem Pretest unterzogen wurde. Aufgrund der thematischen Fokussierung beschränkte sich die Befragung ausschliesslich auf akutsomatische Spitäler der Schweiz (n= 174). Adressaten waren dort jeweils die verantwortlichen Risikomanager, bzw. die leitenden Qualitätsmanager. Diese Personengruppe ist täglich mit der Patientensicherheit und Meldesystemen befasst und wurde

daher als beste Auskunftsource auf Organisationsebene betrachtet.

Fragebogen

Eingangs wurden allgemeine Informationen bzgl. der vor Ort etablierten Prozesse, definierten Verantwortlichkeiten sowie der gängigen Praxis bei der Erfassung und dem Management von Never Events erhoben.

Fragestellungen zu Beispielszenarien

Im Zentrum der Befragung standen acht in zufälliger Reihenfolge präsentierte konkrete Never Events. Jeweils drei davon bezogen sich auf invasive Eingriffe, bzw. auf den Medikationsprozess und Blutprodukte. Zwei weitere Szenarien standen im Zusammenhang mit der allgemeinen Patientenversorgung. Während sechs der beschriebenen Beispiele in den aktuell bestehenden Never-Event-Listen anderer Länder zu finden sind, wurden auch zwei Ereignisse beschrieben, die dort derzeit nicht aufgeführt sind:

Zu jedem der beschriebenen Events wurden Fragen bezüglich bestehender interner Melde- oder Dokumentationspflichten, der Existenz von Daten zur Auftretenshäufigkeit, der vermuteten Zuverlässigkeit dieser Daten und der eigenen Kenntnis über das Auftreten solcher Ereignisse gestellt. Die Fragen wurden auf konkrete Never Events bezogen und nicht allgemein gestellt, um vage Vermutungen möglichst zu vermeiden. Finanziert wurde die Befragung durch das Schweizer Bundesamt für Gesundheit. Die Ethikkommission wurde angefragt und bestätigte, dass die Studie nicht unter das Humanforschungsgesetz fällt.



Executive Summary

3 Ergebnisse

Bei 174 kontaktierten Personen wurde mit 95 vollständig ausgefüllten digitalen Fragebögen eine Rücklaufquote von 55% erreicht. Das heisst, es liegen Daten aus knapp hundert Spitälern vor. Bei der Mehrzahl der Antwortenden handelte es sich um Risiko- und Qualitätsmanager der Spitäler. Mit einer durchschnittlichen Berufserfahrung von knapp neun Jahren in dieser Funktion und zwölf Jahren Gesamtstätigkeit im jetzigen Spital kann von guten Kenntnissen der Gegebenheiten ausgegangen werden. Das zu Grunde liegende Konzept der Never Events war dem überwiegenden Anteil der Antwortenden bekannt (70%), bzw. zumindest vage bekannt (13%). Die Mehrheit räumte solchen Ereignissen zentrale (35%) oder zumindest wichtige (38%) Bedeutung im Arbeitsalltag ein. Allerdings räumte auch mehr als ein Viertel der Antwortenden (27%) ein, dass Never Events überhaupt keine Rolle spielen würden (vgl. Tab. 1).

Verantwortlichkeiten / Informationswege

Beim Auftreten von solchen Ereignissen hatten die Befragten vorrangig Verantwortung für Dokumentationsaufgaben, die Kommunikation mit beteiligten internen Fachpersonen und die Ableitung von Konsequenzen, bzw. Verbesserungsmassnahmen. Auffällig ist, dass 19% der antwortenden Risiko- und Qualitätsmanager keinerlei Aufgaben oder Verantwortlichkeiten beim Management von Never Events haben. Weniger als die Hälfte (45%) der Risiko- und Qualitätsmanager gab an, auf formell geregelten Wegen in ihren Spitälern über eingetretene Never Events informiert zu werden.

Ein Teil der Befragten (15%) erlangte jedoch auf nicht mit der ausgeübten Funktion verbundene, sondern auf informelle Weise Kenntnis von solchen Ereignissen. 38% der Antwortenden gaben in diesem Zusammenhang an, dass es von den beteiligten Kliniken abhängig ist, welche Informationswege genutzt werden und ob sie formell, informell oder gar nicht Kenntnis von solchen Ereignissen erhalten. Die Frage bezüglich der Hauptverantwortlichkeiten für die fachliche Aufarbeitung und Ursachen-Analyse aus Never Events zeigte eine breite Streuung, die sich von den klinisch tätigen Mitarbeitenden (31%), zentralen Risiko- und Qualitätsmanagern (18%), klinikverantwortlichen Risiko- o. Qualitätsmanagern (34%) bis hin zu Mitgliedern der Spitaldirektion (49%) zog.

Regelungen zum Umgang mit Never Events

In über zwei Drittel (69%) der befragten Spitäler sind Regelungen mit einem definierten Prozess und Rollen und Verantwortlichkeiten für den Umgang mit diesen schwerwiegenden Ereignissen vorhanden, wohingegen bei 30% solche Vorgaben fehlen. Hierbei zeigte sich kein Zusammenhang zwischen der Spitalgrösse und der Existenz solcher Reglemente ($p=0.527$). Auch die Rate der Spitäler, bei denen alle Never Events fachlich aufgearbeitet werden, hing nicht mit der Grösse der Institution zusammen. 64% der Befragten gaben an, dass sämtliche entsprechende Ereignisse analysiert werden. Bei 25% finden Analysen nicht oder nur selten statt, 12% konnten hierzu keine Auskunft geben.

Tabelle 1: Übersicht der wichtigsten Ergebnisse

Ist Ihnen das Konzept der «Never Events» bekannt?	Ja 70%	Nein 17%	Vage 13%		
Welche Bedeutung haben «Never Events» in Ihrem Arbeitsalltag?	Keine Bedeutung 3%	Wenig Bedeutung 24%	Wichtige Bedeutung 38%	Zentrale Bedeutung 35%	
Erfahren Sie es als Riskmanager/in wenn ein «Never Event» passiert ist?	Ja, aber eher informell 15%	Ja, formell, z.B. über Meldeweg 45%	Je nach Kliniken 38%	Nein 1%	Ich weiss es nicht 1%
Gibt es in Ihrem Spital einen definierten Prozess, wie «Never Events» bearbeitet werden, insbesondere geklärte Verantwortlichkeiten und Rollen?	Ja 69%	Nein 30%		Weiss ich nicht 1%	
Werden alle «Never Events» fachlich – unabhängig von der juristischen Aufarbeitung – analysiert?	Ja 64%	Nein 25%		Weiss ich nicht 12%	
Wie wichtig ist die systematische Erfassung und Analyse von «Never Events» für die Verbesserung der Patientensicherheit aus Ihrer Sicht?	Sehr wichtig 81%	Eher wichtig 19%	Eher nicht wichtig -	Gar nicht wichtig -	
Für wie wichtig halten Sie es, dass ein nationales Gesundheitssystem die genaue, nationale Auftretenshäufigkeit der «Never Events» kennt?	Sehr wichtig 38%	Eher wichtig 38%	Eher nicht wichtig 22%	Gar nicht wichtig 2%	
Wie stehen Sie zu einer Berichtspflicht für «Never Events» von Spitälern an eine neutrale externe Stelle, wenn Datenschutz und Anonymität gewährleistet sind?	Begrüsse ich 45%	Lehne ich ab 47%		Ist mir egal 8%	
Wie stehen Sie zu einer freiwilligen Meldemöglichkeit für «Never Events» an eine neutrale externe Stelle, wenn Datenschutz und Anonymität gewährleistet sind?	Begrüsse ich 62%	Lehne ich ab 29%		Ist mir egal 9%	



Executive Summary

Nach Auffassung eines grossen Anteils der Teilnehmenden widmen die Spitäler der systematischen Erfassung (46%), der Analyse (34%) und der Prävention (40%) von Never Events zu wenig Aufmerksamkeit.

46% der Spitäler widmen der Erfassung von Never Events zu wenig Aufmerksamkeit



Dies steht in deutlichem Gegensatz zur Auffassung, dass es für ein nationales Gesundheitssystem wichtig (38%) oder sehr wichtig (38%) wäre, die Häufigkeit solcher Ereignisse zu kennen. Auch wird die Bedeutung einer systematischen Erfassung und Analyse von Never Events für die Verbesserung der Patientensicherheit zu 81% als sehr wichtig und zu 19% als eher wichtig angesehen. Einem verpflichtenden Reporting an eine neutrale externe Stelle stehen 45% positiv, 47% negativ gegenüber. Eine freiwillige Meldemöglichkeit wird zu 62% begrüsst und zu 29% abgelehnt.

Beispielszenarien: Spezifische Never Events

Die acht Beispielszenarien für Never Events waren jeweils mit vier Fragen verbunden, die sich auf die systematische Erfassung, dem Vertrauen in die Korrektheit der erhobenen Daten, einer bestehenden internen Meldepflicht und auf die persönliche Kenntnis über das Auftreten eines solchen Ereignisses bezogen (Abb. 2). Abhängig vom Szenario gaben zwischen 8% (vollzogene Eingriffsverwechslung, z. B. falscher

Eingriff, falscher Patient, falsche Körperstelle oder Körperseite) und 54% (schwerwiegendes unerwünschtes Ereignis oder Tod in Folge einer unbemerkt verlaufenden klinischen Verschlechterung auf einer Bettenstation) der Antwortenden an, in Ihrer Tätigkeit an Ihrem jetzigen Arbeitsort schon mindestens einmal über ein solches Ereignis informiert worden zu sein (Durchschnitt über alle Ereignisse 32%). Im Mittel werden bei den genannten Beispielen zu 51% systematisch Daten erhoben. Wobei die Ergebnisse bei den einzelnen Events deutliche Schwankungen zwischen 31% (schwerwiegendes unerwünschtes Ereignis oder Tod in Folge einer unbemerkt verlaufenden klinischen Verschlechterung auf einer Bettenstation) und 82% (Schwerwiegendes unerwünschtes Ereignis oder Tod im Zusammenhang mit Transfusion / Transplantation von ABO-inkompatiblen Blutkomponenten oder Organen) aufwiesen. Sofern systematische Erhebungen stattfinden, besteht mit durchschnittlich 81% (Range: 64% - 89%) sehr hohes Vertrauen von Seiten der Risiko- oder Qualitätsmanager in die Korrektheit dieser Daten. Die beschriebenen Events werden mit 83% (Range: 70% - 92%) grösstenteils als melde- oder bearbeitungspflichtige Ereignisse bezeichnet. Bei den Antworten ist eine hohe Differenz zwischen der organisationsinternen Deklaration als melde- oder bearbeitungspflichtiges Ereignis (Durchschnitt 83%) und der tatsächlichen systematischen Erfassung (Durchschnitt 51%) zu verzeichnen.

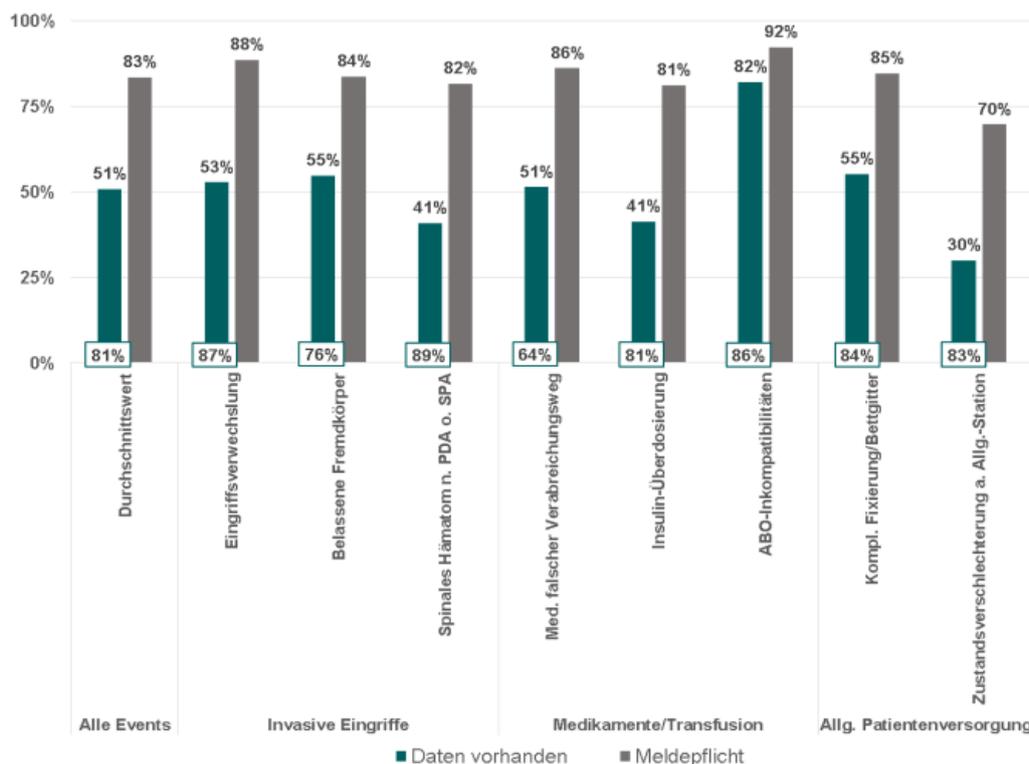


Abbildung 2: Vergleich zwischen systematischer Erfassung von Never Events und bestehenden int. Meldepflichten (Vertrauen in die Korrektheit der erfassten Daten in Blöcken jeweils an der Basis angegeben)



Executive Summary

4 Diskussion

Mit dieser Studie wurden zum ersten Mal Erkenntnisse gewonnen über die Erfassung und das Management von Never Events in Schweizer Akutspitälern, d.h. in einem nationalen Gesundheitssystem ohne verpflichtendes Never Event-Reporting. Die dabei gewonnenen Erkenntnisse sind in vielerlei Hinsicht sehr aufschlussreich und können wichtige Impulse für die weitere Behandlung der Thematik liefern.

Allgemeine Erkenntnisse

Obwohl in der Schweiz bisher weder eine national gültige Never-Event-Liste definiert wurde, noch übergeordnete Vorgaben bzgl. der Meldepflicht solcher Ereignisse existieren, ist es bemerkenswert, dass das zu Grunde liegende Konzept weitgehend bekannt ist. Auch die hohe Bedeutung, die die Risiko- und Qualitätsmanager den Never Events in ihrem Arbeitsalltag zuschreiben, kann als Beleg für die Gewichtung der Thematik gewertet werden. Gleichzeitig spiegelt die breite Streuung der Aussagen zu Verantwortlichkeiten oder zum allgemeinen Fallmanagement in den Spitälern sehr deutlich das Fehlen einheitlicher Begrifflichkeiten, Zuständigkeiten und Vorgehensweisen wider.



In 30% der Spitäler gibt es keine Vorgaben für das Management schwerwiegender Ereignisse

In diesem Zusammenhang ist festzustellen, dass bei nahezu allen Fragestellungen die Antworten auch bestehende Defizite offenbaren. So stellt sich z. B. die Frage nach der Wahrnehmung von zentralen Zuständigkeiten und Verantwortlichkeiten, wenn viele Risiko- und Qualitätsmanager nicht zuverlässig über aufgetretene Never Events informiert werden oder sie keinerlei Rolle bei deren Bearbeitung spielen. Besorgniserregend ist hierbei, dass offensichtlich in vielen Spitälern keine geregelten internen Meldewege oder allgemein verbindliche Verhaltensregeln für solche Ereignisse etabliert sind. Zudem wurde keine Korrelation zwischen Spitalgrosse und dem beschriebenen Organisationsgrad erkannt. Dadurch wurde die immer wieder vertretene These, in grösseren Institutionen würden solche Prozesse strukturierter und definierter gestaltet, zumindest teilweise widerlegt.

In Anbetracht der Tatsache, dass es sich bei Never Events um sehr schwerwiegende Ereignisse handelt, die grösstenteils als vermeidbar einzustufen sind, ist es problematisch, dass nicht alle Never Events einer lokalen fachlichen Aufarbeitung und Analyse unterzogen werden. Dies widerlegt auch die Vermutung, dass das lokale, freiwillige Lernen systematisch stattfinden würde und einer zentraleren Bearbeitung oder externen Unterstützung a priori überlegen sei. Angesichts der im Gesundheitswesen prinzipiell eher reservierten Haltung gegenüber übergeordneten Meldesystemen sind die Zustimmungswerte zu einem verpflichtenden oder freiwilligen Reporting als vergleichsweise hoch einzuschätzen. Die Notwendigkeit einer national koordinierten Erfassung und Bearbeitung von Never Events wird also von vielen Risiko- und Qualitätsmanagern gesehen.

Beispielszenarien: Spezifische Never Events

Die direkte Auseinandersetzung der Befragten mit den acht konkreten Szenarien lieferte sehr aufschlussreiche Ergebnisse.

32% der Risiko- & Qualitätsmanager haben Kenntnis von den beschriebenen Beispielen



Ein substantieller Teil der Befragten wurden im Rahmen ihrer Tätigkeit mindestens einmal über eines der spezifischen Never Events informiert. Dies zeigt deutlich, dass Never Events auch im Schweizer Gesundheitssystem vorkommen und es sich dabei auf Gesamtsystemebene nicht um rare Einzelfälle handelt. Gleichzeitig wären im Durchschnitt über die events nur in etwa der Hälfte der Spitäler systematische Daten zur Auftretenshäufigkeit vorhanden. Auffällig ist in diesem Zusammenhang, dass vor allem Ereignisse, die im Zusammenhang mit der Verabreichung von Blutprodukten stehen, im Vergleich zum Durchschnitt (51%) mit 82% wesentlich häufiger dokumentiert werden.

Einschränkungen

Die erzielte Rücklaufquote von 55% erscheint eher niedrig, entspricht allerdings den aus vergleichbaren Befragungen bekannten Werten. Hinsichtlich der Beteiligung der verschiedenen Spitaltypen und -grössen kann die Erhebung als repräsentativ betrachtet werden. Obwohl es möglich ist, dass den beteiligten Risiko- und Qualitätsmanagern die internen Vorgehensweisen auf Ebene einzelner Kliniken z. T. nicht bis ins Detail geläufig sind, sprechen die durchschnittlich sehr lange Erfahrung im jeweiligen Spital, bzw. in der beruflichen Funktion für eine sachlich fundierte Beantwortung der gestellten Fragen.

Schlussfolgerungen

Die Erhebung hat wichtige Informationen zum internen Informationsfluss und Management bei schwerwiegenden Ereignissen aufgezeigt. Einerseits wurde von den Befragten ausdrücklich die grosse Bedeutung von Never Events hervorgehoben. Andererseits weisen die Ergebnisse auch deutlich auf bestehende Schwachstellen in den Spitälern hin. Insbesondere hinsichtlich der Definition und sicheren Erfassung solcher Vorkommnisse, der Regelung interner Zuständigkeiten und der Organisation verlässlicher Meldewege wird die Notwendigkeit für eine Weiterentwicklung offenkundig. Es ist in einem hoch entwickelten Gesundheitswesen kaum nachvollziehbar, wenn Informationen über schwerwiegende Ereignisse vor Ort nur teilweise und zentral überhaupt nicht vorliegen. Angesichts der erkennbar breiten Streuung von lokal üblichen Zuständigkeiten und Vorgehensweisen ist fraglich, inwiefern die zu fordernden Anpassungen dezentral durch die Spitäler in Eigenregie möglich oder sinnvoll sind. Vieles spricht hingegen dafür, dass übergeordnete Initiativen bessere Erfolgsaussichten hätten. Mögliche Beispiele hierfür wären neben der Erstellung einer nationalen Never-Event-Liste mit einheitlichen Definitionen z. B. auch die Veröffentlichung allgemein gültiger Richtlinien



Executive Summary

für den Umgang mit diesen Vorkommnissen. Den Funktions- und Verantwortungsträgern in den Spitälern könnten auf diese Weise wichtige Entscheidungshilfen für das Management vor Ort an die Hand gegeben werden. Ein wichtiger Nebeneffekt wäre dabei die Förderung von einheitlichen Begrifflichkeiten und Vorgehensweisen, die sich v. a. positiv auf das gemeinsame Lernen aus Fehlern auswirken würden. Besondere Bedeutung hätte die Einführung eines zentralen Reportings von Never Events. Drei Viertel der Befragten gaben an, dass sie Kenntnisse über die Häufigkeit dieser Ereignisse als wichtig oder sehr wichtig für ein nationales Gesundheitswesen erachten. Mit einer übergeordnet organisierten Erfassung von entsprechenden Daten aus den Spitälern wäre es erstmalig möglich, ein realistisches Bild über Art und Häufigkeit von Never Events zu erhalten.



45% Zustimmung für ein verpflichtendes nationales Reporting von Never Events

Die Sammlung solcher Daten soll jedoch keinen Selbstzweck darstellen, sondern muss in ein Konzept zur vertieften Analyse von Ursachen und Begleitfaktoren solcher Ereignisse münden. Dies würde aktuell noch fehlende Erkenntnisse für eine zielgerichtete Ausrichtung von Patientensicherheitsstrategien liefern. Gleichzeitig ist zu erwarten, dass bei der konkreten Bearbeitung von Ereignissen, die hinsichtlich ihres Schweregrades oberhalb der CIRS-Meldeschwelle liegen, die Wirksamkeit der dabei abgeleiteten Verbesserungsmaßnahmen steigt [13]. Ein nationales Erfassungsinstrument könnte hierbei die Basis für zentral im Gesundheitswesen unterstützte Fall-Analysen darstellen.

Erfahrungsgemäss sind in den Spitälern gewisse Vorbehalte gegenüber zentralen Meldesystemen zu verzeichnen. Deshalb ist es besonders bemerkenswert, dass unter den acht aufgeführten Beispielszenarien die Blutprodukte-Vorkommnisse, als einzige Ereignisse, für die eine gesetzliche Meldepflicht existiert, mit deutlichem Abstand am zuverlässigsten intern erfasst werden. Dies legt nahe dass ein verpflichtend organisiertes Meldesystem nicht nur auf übergeordneter Ebene, sondern auch vor Ort in den Spitälern zu einem strukturierteren Informationsaustausch führen kann.

Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass die aus der durchgeführten Erhebung abgeleiteten Erkenntnisse wichtige Impulse liefern: Die von den Befragten formulierte grosse Bedeutung von Never Events, aber auch die erkennbaren Defizite sind deshalb als Grundlage für weiter führende Massnahmen mit dem Ziel der Verbesserung der Patientensicherheit zu sehen. Die Stiftung für Patientensicherheit räumt der Thematik eine hohe Priorität ein und erarbeitet in 2020 Vorschläge für Umsetzung und Koordination. Dazu werden u. a. die Definition einzelner Events und ihre Zusammenfassung in einer ersten nationalen Never-Event-Liste gehören. Darüber hinaus ist vorgesehen, im Dialog mit Fachgesellschaften und anderen wichtigen Institutionen Vorschläge für spitalinterne Meldewege, für ein zentrales Reporting und andere Anwendungsmöglichkeiten in der Praxis zu erarbeiten.

Ansprechperson für Auskünfte:

Prof. Dr. David Schwappach

Die detaillierten Ergebnisse werden derzeit wissenschaftlich publiziert.

- 1 OECD. Measuring Patient Safety. Open the black box. *OECD Policy Br* 2018.
- 2 Aktionsbündnis Patientensicherheit, Plattform Patientensicherheit, Stiftung Patientensicherheit. Einrichtung und erfolgreicher Betrieb eines Berichts- und Lernsystems (CIRS). Handlungsempfehlung für stationäre Einrichtungen im Gesundheitswesen. 2016. https://www.patientensicherheit.ch/fileadmin/user_upload/1_Projekte_und_Programme/CIRNET/180115_HE_CIRS_2016_D_V1.1.pdf
- 3 ANQ (Nationaler Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken). Chancen und Grenzen der ANQ-Qualitätsmessungen. 2009. <https://www.anq.ch/de/anq/publikationen/argumentarien>
- 4 Bates DW, Singh H. Two Decades Since To Err Is Human : An Assessment Of Progress And Emerging Priorities In Patient Safety. 2018;11:1736–43. doi:10.1377/hlthaff.2018.0738
- 5 Vincent C, Staines A. Verbesserung der Qualität und Patientensicherheit des Schweizerischen Gesundheitswesens. 2019. <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/das-bag/aktuell/news/news-08-11-2019.html>
- 6 Schwappach DL. *Figure conceptualizing types of adverse events and their detection NE Medizinische Fehler VUE Ereignisse im CIRS Never Events : Vermeidbare , schwere Ereignisse (NE) Ereignisse im Global Trigger Tool (GTT), Chart Review (CR) Outcome- Erhebungen Medi.* 2020. doi:10.13140/RG.2.2.30256.71688
- 7 NHS England Patient Safety Domain. The never events list; 2013/14 update. <http://www.England.Nhs.Uk/Wp-Content/Uploads/2013/12/Nev-Ev-List-1314-Clar.Pdf>. 2013. <http://www.England.Nhs.Uk/wp-content/uploads/2013/12/nev-ev-list-1314-clar.pdf>
- 8 The Canadian Patient Safety Institute. Never Events for Hospital Care in Canada. 2015;1–11. [http://www.patientsafetyinstitute.ca/en/toolsResources/NeverEvents/Documents/Never Events for Hospital Care in Canada.pdf](http://www.patientsafetyinstitute.ca/en/toolsResources/NeverEvents/Documents/Never%20Events%20for%20Hospital%20Care%20in%20Canada.pdf)
- 9 Aktionsbündnis_Patientensicherheit, APS. *Mehr Transparenz wagen : Positionspapier des Vorstands des Aktionsbündnis Patientensicherheit e . V . zur vollständigen Erfassung von vermeidbaren unerwünschten Ereignissen in Deutschland 1.* 2019. https://www.aps-ev.de/wp-content/uploads/2017/02/200107_APS-Positionspapier_Erfassung_NeverEvents.pdf
- 10 Wahid NNA, Moppett SH, Moppett IK. Quality of Quality Accounts: transparency of public reporting of Never Events in England. A semi-quantitative and qualitative review. *J R Soc Med* 2016;109:190–9. doi:10.1177/0141076816636367
- 11 Carthey J, Walker S, Deelchand V, et al. Breaking the rules: Understanding non-compliance with policies and guidelines. *BMJ* 2011;343:1–5. doi:10.1136/bmj.d5283
- 12 Austin JMM, Pronovost PJ. 'Never events' and the quest to reduce preventable harm. *Jt Comm J Qual Patient Saf* 2015;41:279–88. doi:10.1016/S1553-7250(15)41038-4
- 13 Ramírez E, Martín A, Villán Y, et al. Effectiveness and limitations of an incident-reporting system analyzed by local clinical safety leaders in a tertiary hospital: Prospective evaluation through real-time observations of patient safety incidents. *Med (United States)* 2018;97. doi:10.1097/MD.00000000000012509