

Der folgende Beitrag beschreibt die Ergebnisse eines praxisorientierten Forschungsprojektes zum klinischen Risikomanagement in Schweizer Spitälern, das die FMH begleitet und mitfinanziert. Das Projekt wird realisiert durch die ETH Zürich (Zentrum für Organisations- und Arbeitswissenschaften) und die Hochschule Luzern – Wirtschaft (Institut für

Betriebs- und Regionalökonomie IBR). Die Abteilung DDQ vertritt die FMH in der Schirmherrschaft, arbeitet aktiv im Projektbeirat mit und engagiert sich damit für die Patientensicherheit.

Martina Hersperger,
Abteilungsleiterin DDQ

Zusammenfassung der Ergebnisse

Erste Schweizer Erhebung zum klinischen Risikomanagement im Spital

Matthias Briner^{a,b},
Oliver Kessler^b, Yvonne Pfeiffer^a,
Theo Wehmer^a, Tanja Manser^a

a Zentrum für Organisations- und Arbeitswissenschaften, Forschungsgruppe «Psychologie der Arbeit in Organisation und Gesellschaft», ETH Zürich, Zürich

b Institut für Betriebs- und Regionalökonomie IBR, Hochschule Luzern – Wirtschaft, Luzern

Résumé à la page suivante.

Die Studie in Kürze

Ziel der Studie war die Erhebung der aktuellen Situation und der geplanten Entwicklungen im klinischen Risikomanagement (kRM) in Schweizer Spitälern. Aufgrund der Erkenntnisse soll das systematische Management klinischer Risiken unterstützt und damit die Patientensicherheit in Schweizer Spitälern gefördert werden.

KRM wurde als die Gesamtheit der Strukturen, Prozesse, Instrumente und Aktivitäten definiert, welche die Mitarbeitenden eines Spitals unterstützen, die medizinisch-pflegerisch-therapeutischen Risiken bei der Patientenversorgung zu erkennen, zu reduzieren und zu bewältigen [1, 2]. Für die Erhebung entwickelte das Forscherteam ein Instrument zum Monitoring des kRM [3]. Zusätzlich zur schriftlichen Befragung aller Schweizer Spitäler wurden Interviews in 25 Spitälern geführt, um die Befragungsergebnisse zu validieren und zu vertiefen.

Rücklauf und Stichprobe

Das Monitoringinstrument löste in der Praxis mehrheitlich positive Resonanz und eine Sensibilisierung für Fragen des kRM aus. Die Rücklaufquote der Erhebung lag bei 43% (138 von 324 Spitälern). In der italienischsprachigen Schweiz antworteten 12 von 18 angeschriebenen Spitälern (67%), in der Deutschschweiz 100 von 219 (46%) und in der französischsprachigen Schweiz 26 von 87 (30%). Manche Spitäler beantworteten den Erhebungsbogen als Spitalgruppe oder -verbund, so dass schliesslich Daten von 98 verschiedenen Spitälern oder Spitalgruppen vorlagen, die insgesamt 138 Spitäler abbilden.

An der Befragung beteiligten sich *unterschiedliche Spitaltypen* (Tab. 1). Die im folgenden darge-

stellten Ergebnisse beziehen sich jeweils auf die Gesamtheit aller antwortenden Spitäler.

Organisationale Einbettung und Ressourcen des kRM

Verantwortliche Person für kRM

Mehr als 60% der Personen, die den Erhebungsbogen ausgefüllt haben, arbeiten länger als fünf Jahre im entsprechenden Spital. Die *Funktion einer zentralen Koordination des kRM* existiert zum Zeitpunkt der Befragung in der Hälfte der Spitäler. Ein Viertel der Spitäler plant nach eigenen Angaben, eine solche Funktion in den nächsten zwölf Monaten einzuführen. Bei einem Viertel ist dies aus unterschiedlichen Gründen (dezentrale Organisation, mangelnde Ressourcen, andere strategische Vorhaben usw.) nicht vorgesehen.

Einbettung, Ressourcen und Möglichkeiten der kRM-Verantwortlichen, Projekte zu initiieren

Bezüglich der organisationalen Einbettung der kRM-Funktion zeigte sich, dass in 73% der Spitäler ein sehr enger Bezug zur Spitalleitung besteht (28% der kRM-Verantwortlichen sind Mitglied der Spitalleitung, 30% haben Stabsstellen inne und 15% sind in der Linie der Spitalleitung verankert). Häufig wird das kRM im Rahmen der bereits bestehenden Struktur des Qualitätsmanagements integriert.

Die *für kRM zur Verfügung stehenden Personalressourcen sind eher gering*: Im Durchschnitt bewegt sich dieser Wert bei der zentralen kRM-Funktion zwischen 80% (Durchschnitt der Universitätsspitäler), 20% (Akutspitäler und Psychiatrische Kliniken) und 5 Stellenprozenten (Reha-Kliniken).

Korrespondenz:
Matthias Briner, lic. phil.
Projektmitarbeiter
Hochschule Luzern – Wirtschaft
Institut für Betriebs- und Regionalökonomie IBR
Zentralstrasse 9
Postfach 3140
CH-6002 Luzern
Tel. 041 228 99 39
matthias.briner@hslu.ch

Tabelle 1

Rücklauf in absoluten Zahlen bzw. in Prozent nach Spitaltyp.

Spitaltyp	Universitäts- spitäler	Akut- spitäler	Psychiatrische Kliniken	Rehabilitations- kliniken
Teilnahme	5 (100%)	95 (41%)	22 (46%)	16 (39%)
Absage*	0	83 (36%)	16 (33%)	13 (32%)
Keine Rück- meldung	0	52 (27%)	10 (21%)	12 (29%)
Total	5	230	48	41

Hinzu kommen dezentrale Personalressourcen für kRM in ähnlichem Umfang; meist sind dies die für Incident-Reporting-Systeme zuständigen Personen in den einzelnen Kliniken und Fachbereichen. Die vertiefenden Interviews haben ergeben, dass in vielen Fällen kRM «nebenbei» gemacht wird und keine Stellenprozente explizit für diese Tätigkeiten zur Verfügung stehen.

Nur etwa 20% der Spitäler verfügen über ein eigenes *Budget für Projekte* im Bereich des kRM (weitere etwa 10% planen, ein solches einzurichten). Die meisten kRM-Verantwortlichen (88%) haben jedoch die Möglichkeit, Projekte zu initiieren und via Spitalleitungsentscheid mit einem entsprechenden Budget zu realisieren.

Strategische Verankerung des kRM

Fast 60% der Spitäler verfügen über eine verbindliche, schriftlich ausformulierte Strategie. Knapp 35% besitzen *verbindliche, schriftlich festgelegte strategische Ziele spezifisch für das kRM* und weitere 28% der Spitäler planen, solche Ziele in den nächsten zwölf Monaten zu entwickeln. Als aktuelle strategische Ziele der befragten Spitäler werden z. B. genannt, das kRM zu institutionalisieren und aktiv zu betreiben, Schlüsselpersonen einzubinden, die Sicherheitskultur zu entwickeln oder ein Incident Reporting System einzuführen.

In den vertiefenden Interviews zeigte sich zusätzlich, dass ein guter Zugang zu allen im Spital tätigen Berufsgruppen für die strategische Verankerung des kRM zentral ist. Dieser Umstand ist bei der Besetzung von entsprechenden Funktionen und Teams besonders zu berücksichtigen, da sonst die Umsetzung im Alltag erschwert wird.

Entwicklungsstand des kRM

Das Gesamtbild zum Entwicklungsstand des kRM in Schweizer Spitalern ist heterogen und verweist auf Systematisierungsbedarf. Bei den in der Befragung abgedeckten Themenbereichen des kRM (Prozessdefinitionen im kRM, Risikoanalyse, Risikobewertung usw.) geben jeweils lediglich zwischen 22 und 40% der beteiligten Spitäler an,

* Absagen erfolgten in den meisten Fällen wegen Zeitmangel, einer zu grossen Umfragedichte, weil das Spital zu klein sei oder sich das kRM erst im Aufbau befinde.

Première enquête suisse sur la gestion des risques cliniques dans l'hôpital

Les résultats de la première enquête suisse sur la gestion des risques cliniques (GRC) dans l'hôpital représentent la situation ainsi que les développements prévus dans ce domaine, et ce au moins pour les 43% des hôpitaux suisses ayant participé. Le taux de réponse et les résultats révèlent que la GRC systématique est encore un domaine récent qui a toutefois pris de l'importance pour nombre d'hôpitaux au cours des dernières années. On trouve ainsi un responsable de la coordination centrale des activités de GRC dans 50% des établissements et 35 à 40% des hôpitaux ont fixé des objectifs stratégiques ou opérationnels en matière de GRC.

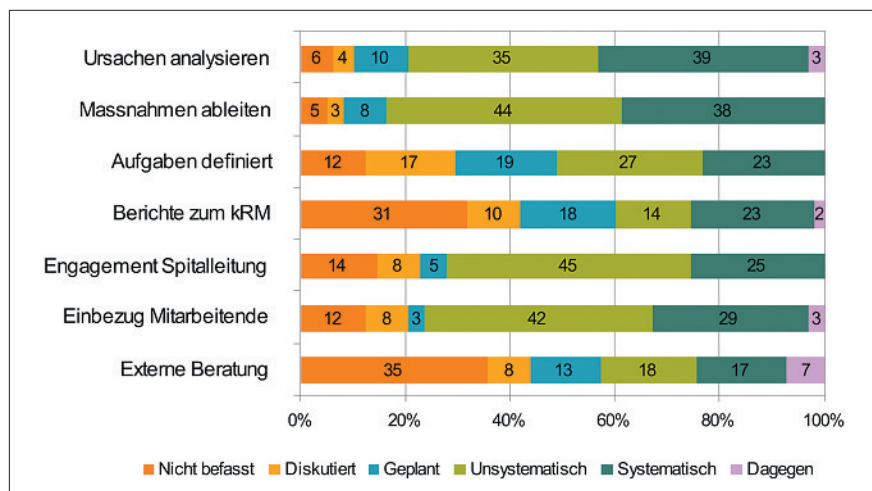
Les hôpitaux mettent en œuvre un vaste éventail de mesures visant à améliorer la sécurité des patients. Toutefois, ils procèdent souvent plutôt de façon réactive que de façon proactive. Au moment de l'enquête (hiver 2007/2008), dans de nombreux établissements, une GRC intégrant des éléments préventifs et assurant la coordination des divers services et groupes professionnels n'était pas encore une pratique établie. En conséquence, les responsables considèrent qu'il existe des potentiels d'optimisation de la GRC surtout en ce qui concerne la systématisation, l'ancrage stratégique et le renforcement de l'orientation proactive des activités. Vous trouverez plus d'informations sur notre site Internet: www.rms.ethz.ch.

über klare *Risikomanagementkonzeptionen* zu verfügen und diese systematisch umzusetzen. Ein Drittel der beteiligten Spitäler gibt zudem an, sich mit den befragten kRM-Themen noch nicht oder nur punktuell zu befassen. Dies bedeutet jedoch nicht zwangsläufig, dass dort keine Massnahmen zur Erhöhung der Patientensicherheit (z. B. im Rahmen des Qualitätsmanagements) getroffen werden.

Die Ergebnisse zeigen, dass auf unterschiedlichen organisationalen Ebenen viele Aktivitäten zur Erhöhung der Patientensicherheit existieren, die im Kontext eines kRM integriert und systematisiert werden könnten. Die Umsetzung ent-

Abbildung 1

Ausgewählte Ergebnisse zur aktuellen Situation des kRM im Spital*.



sprechender Massnahmen ist jedoch häufig eher reaktiv statt proaktiv. Ein systematisches kRM, welches potenzielle Risiken von Behandlungsprozessen und schon beim Eintritt eines Patienten vorausschauend identifiziert und präventive Elemente integriert, sowie die Koordination über die verschiedenen Fachbereiche und Berufsgruppen sicherstellt, ist vielerorts noch keine etablierte Praxis. Entsprechend sehen die kRM-Verantwortlichen *Optimierungspotentiale hinsichtlich der Systematisierung, der strategischen Verankerung und der stärkeren proaktiven Ausrichtung*. Vor allem grössere Spitäler stehen häufig vor der Herausforderung, eine geeignete Balance zwischen zentraler Koordination durch systematisches kRM und der Integration lokaler Initiativen zur Erhöhung der Patientensicherheit zu finden.

Risikomanagementprozess und weitere Aspekte des kRM

Die *aktuelle Situation des kRM auf Spitalenebene* wurde anhand von 15 Fragen entlang eines systematischen Risikomanagementprozesses [3] und weiterer erfolgskritischer Faktoren erfasst.

Es zeigt sich, dass bei eher reaktiven Massnahmen deutlich mehr Spitäler schon eine systematische Umsetzung oder zumindest diverse unsystematische Aktivitäten aufweisen (Abb. 1). So geben 76% der Spitäler an (40% systematisch, 36% unsystematisch), die Ursachen und Umstände eines kritischen Ereignisses oder Fehlers im Behandlungsprozess nicht nur auf Klinikenebene, sondern auch auf Spitalenebene zu analysieren. Noch mehr (39% systematisch, 45% unsystematisch) geben an, aufgrund der Ursachenanalyse eines kritischen Ereignisses oder Fehlers im Behandlungsprozess auf Spitalenebene Mass-

nahmen abzuleiten. Zumindest unsystematische Definitionen von Aufgaben, Kompetenzen und Verantwortlichkeiten im kRM haben die Hälfte der antwortenden Spitäler. Spitalweite Berichte zum kRM sind am wenigsten verbreitet, wobei 32% der Spitäler sich noch nicht damit befasst haben, weitere 10% dies zwar diskutiert, aber keine Umsetzungspläne dazu haben, und 18% die Umsetzung für die nächsten 12 Monate planen.

Bei Fragen zu weiteren Aspekten des kRM auf Spitalenebene (Führung, Partizipation, Ausbildung) zeigt sich ein ähnliches Bild: Am meisten als «systematisch bzw. unsystematisch umgesetzt» beantwortet wurden die Fragen «Die Spitalleitung macht durch konkrete Aktivitäten ihr Engagement bei Fragen zur Patientensicherheit sichtbar» (26% systematisch, 46% unsystematisch) und «Die Mitarbeitenden werden aktiv ins kRM einbezogen (z. B. bei der Identifikation klinischer Risiken)» (30% systematisch, 43% unsystematisch). Weniger als 36% der Spitäler geben an, dass externe Stellen in die Weiterentwicklung des kRM des Spitals eingebunden werden (z. B. durch Beratungen, Audits usw.); 7% der Spitäler haben sich hier «bewusst dagegen entschieden».

Optimierungspotential im kRM

Am meisten Optimierungspotential sehen die Antwortenden im Bereich der spezifischen Fortbildung zu Themen der Patientensicherheit (80% mehrheitliche oder volle Zustimmung) und im Bereich der Standardisierung von Verfahren und Prozessen (75% Zustimmung). 50% geben zudem an, dass zusätzliche finanzielle oder personelle Ressourcen notwendig wären, um die Wirksamkeit des kRM zu erhöhen. Die zentrale Rolle der Führung und die Entwicklung einer offenen und lernorientierten Sicherheitskultur werden ebenfalls hervorgehoben (66 bzw. 71% Zustimmung).

Bei der Einschätzung des Optimierungspotentials im kRM ist mehr als bei anderen Themenbereichen die subjektive Bewertung der ausfüllenden Person zu beachten. Denn fast unabhängig vom tatsächlichen Entwicklungsstand führt ein hoher Anspruch bezüglich kRM zu einer hohen Einschätzung des Optimierungspotentials.

Aussagekraft der Studie

Diese erstmalig durchgeführte Erhebung zum kRM in Schweizer Spitalern ermöglicht einen Überblick über die aktuelle Situation und die geplanten Initiativen. Dabei ist zu beachten, dass die Teilnahme für die Spitäler freiwillig war. Die Studie ist daher nicht repräsentativ und die Ergebnisse können nur auf die antwortenden Spitäler bezogen werden.

* Da in der zweiten Projektphase die Nutzung von Incident-Reporting-Systemen vertieft untersucht wurde [1], werden die weiteren Ergebnisse hierzu in einem separaten Artikel dargestellt.

Um den Zusammenhang zwischen Entwicklungsstand des kRM und der Patientensicherheit herzustellen, sind weitere Analysen erforderlich, die allerdings aufgrund der Komplexität dieser Fragestellung und der heute teilweise spärlich vorhandenen Daten zu Indikatoren für Patientensicherheit eine methodische Herausforderung sind.

Ausblick

Ein kontinuierliches Monitoring des kRM durch nationale Befragungen von Verantwortlichen für kRM in regelmässigen Abständen ist eine wich-

tige Massnahme, um das Bewusstsein für ein vorausschauendes, systematisches Risikomanagement zu fördern und Spitäler in der kontinuierlichen Weiterentwicklung zu unterstützen.

Danksagung

Das Projekt wird mitfinanziert von der Kommission für Technologie und Innovation (KTI 8614.1 ESPP-ES), H+ Die Spitäler der Schweiz und der Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte FMH. In der Schirmherrschaft sind zudem die Stiftung für Patientensicherheit, der SBK ASI sowie das BAG vertreten.

Um den Transfer der Forschungsergebnisse in die Praxis zu ermöglichen und um die Vernetzung und den Austausch zum kRM zwischen den Schweizer Spitälern zu unterstützen, veranstalten wir am 16. Juni 2009 an der ETH Zürich eine ganztägige Transfertagung. Auskünfte erteilt Ihnen gerne Eveline Amrhyn (Tel. 041 228 41 55, E-Mail: eveline.amrhyn@hslu.ch). Weitere Informationen zum Projekt und zur Tagung finden Sie auf unserer Internetseite: www.rms.ethz.ch

Literatur

- 1 Middendorf C. Aufgaben, Inhalte und Ansatzpunkte des Risikomanagements. In: von Eiff W (Hrsg.) Risikomanagement. Kosten-/Nutzen-basierte Entscheidungen im Krankenhaus. Wegscheid: Wikom; 2006.
- 2 Middendorf C. Klinisches Risikomanagement – Implikationen, Methoden und Gestaltungsempfehlungen. Münster: LIT; 2005.
- 3 Manser T, Kessler O, Briner M, Pfeiffer Y, Wehner T. Klinisches Risikomanagement in Schweizer Spitälern. Projektbeschreibung, Ablauf und Ausblick. Schweiz Ärztezeitung. 2007;88(51/52): 2168-9.

Spécialités de l'AVS

Roger Hollenstein

En tant que médecin, vous êtes aussi tenu de verser des cotisations AVS. Il existe des possibilités de minimiser les charges sociales. Pour exploiter ces possibilités dans l'optimisation de vos impôts et redevances, il est important de savoir quels revenus et rémunérations sont soumises à l'AVS. Il convient d'observer les principes suivants:

Activité lucrative indépendante

Au sens du droit de l'assurance sociale, par profession libérale on entend tout travailleur indépendant exerçant une activité à ses risques et périls économiques. Les rapports de droit civil ne sont pas prioritaires; ce sont les données économiques qui comptent.

Activité lucrative dépendante / Salaire déterminant

De manière générale, toute rémunération d'une activité dépendante est réputée comme salaire (déterminant) soumis à l'AVS. La rémunération peut se composer d'argent ou d'avantages en nature. Au lieu d'être versée, elle peut être simplement créditée. La rémunération est réputée réalisée par un avoir, d'où l'obligation de verser

les cotisations à ce moment.

Il existe aussi des prestations *non* soumises à l'AVS. Les rémunérations suivantes ne sont pas soumises à l'AVS:

Indemnités journalières

Les indemnités versées par les assurances pour perte de salaire suite à un accident, à une maladie et à une invalidité, *ne font pas partie* du salaire déterminant. Par conséquent, aucune déduction sur le salaire maintenu convenu du travailleur ne peut être effectuée au titre de l'assurance sociale.

Exemple (en francs)

Salaire brut annuel d'une MPA	65 000.–
./. Indemnité accident	15 000.–
Salaire soumis à l'AVS	50 000.–

N'ayant pas connaissance de cette information, les employeurs versent souvent des cotisations AVS trop élevées.

Allocations familiales

Les allocations familiales sont exonérées de cotisations dans la mesure où elles sont versées dans le cadre local ou de branche habituel et qu'elles

Correspondance:
Roger Hollenstein
Dipl. Treuhandexperte, Treuhänder
mit eidg. Fachausweis
Credor Treuhand AG
FMH Treuhand Services
Poststrasse 4
CH-9500 Wil
Tél. 071 914 71 78
Fax 071 914 71 79
roger.hollenstein@fmhtreuhand.ch
www.fmhtreuhand.ch

représentent une proportion raisonnable du salaire de base. Elles incluent, entre autres, les allocations pour enfant, les allocations de formation, les allocations de mariage et les allocations de naissance, versées directement au travailleur par l'employeur.

Événements extraordinaires

Les primes versées en plus du salaire déterminant par l'employeur à l'occasion d'événements extraordinaires sont accordées dans la mesure où elles ne dépassent pas le montant habituel:

- *Ancienneté*: correspond uniquement aux primes versées au travailleur pour célébrer son ancienneté dans l'entreprise – au plus tôt 25 ans après la fondation de la société et au plus tard à des intervalles d'au moins 25 ans – ne dépassant pas le montant habituel et garanties à tous les travailleurs. Le «montant habituel» doit être défini au cas par cas en fonction du montant du salaire et de l'ancienneté.
- *Les cadeaux de fiançailles et de mariage* sont exonérés des cotisations AVS jusqu'à hauteur d'un salaire mensuel.
- *Primes de réussite aux examens professionnels*: ces primes sont exonérées des cotisations AVS dans la mesure où elles n'excèdent pas 500 francs par examen.
- *Les cadeaux en nature* sont exonérés des cotisations AVS dans la mesure où ils n'excèdent pas 500 francs par an.

Cotisations sur salaire de minime importance

Désormais, lorsque le salaire déterminant d'un assuré n'excède pas 2200 francs par année civile et par employeur, les cotisations ne sont perçues qu'à la demande de l'assuré. Dans le cas de personnes employées dans des foyers privés, les cotisations doivent être impérativement versées.

Deux exemples de la pratique

Intérêts moratoires

Un médecin présente le décompte de l'année 2009 dans les délais avant le 30 janvier 2010 à la caisse de compensation. Il a déjà versé un acompte de

cotisations de 10000 francs. Sur la base de la déclaration des salaires versés, les cotisations définitives sont fixées à 15000 francs. La différence entre l'acompte et le montant définitif des cotisations est donc de 5000 francs. Au 28 février 2010, la caisse de compensation établit sa facture. Cette facture est reçue par le médecin le 2 mars 2010. Le paiement est crédité à la caisse de compensation le 31 mars 2010. Autrement dit, des intérêts moratoires sont redevables sur 1 mois.

Dans le cas de l'AVS, les intérêts sont calculés par jour, à raison de 30 jours par mois et de 360 jours par année civile. Le taux d'intérêt unitaire est de 5%.

Le montant des cotisations versées par le médecin au titre de l'AVS, de l'AI et de l'APG est calculé sur la base du revenu actuel de l'année de cotisation. Des grandes différences entre les versements par acomptes et les cotisations définitives peuvent entraîner des rappels «douloureux» majorés d'intérêts moratoires de 5%. Il est donc recommandé d'ajuster les acomptes à temps.

Retraite anticipée

A l'occasion d'un entretien-conseil, un médecin s'est étonné qu'en tant que personne n'exerçant aucune activité professionnelle et ne percevant aucun revenu ou un revenu de minime importance, il doive verser des cotisations AVS/AI/APG dans certains cas. Les prestations sociales sont payées par des *personnes non actives n'ayant pas encore atteint l'âge de la retraite AVS* comme par exemple dans le cas des retraites anticipées, de certains emplois à temps partiel, des retraité(e)s AI, des étudiants, des chômeurs en fin de droit, des personnes divorcées, des veufs/veuves, des conjoint(e)s de retraité(e)s, etc.

Ce point important doit être impérativement examiné et planifié en conséquence en cas d'éventuel départ à la retraite anticipée.

La pratique montre que les possibilités d'économies sur les charges sociales sont parfois négligées. Les prestations sociales sont, certes, une obligation, mais elles offrent aussi des opportunités d'optimisation qu'il ne faut pas négliger.