

Sitzung vom 12. Januar 2011

**17. Anfrage (Ärztliche Kunstfehler in Folge
von Medikamenten- und Alkoholkonsum)**

Kantonsrätin Lisette Müller-Jaag, Knonau, sowie die Kantonsräte Jean-Philippe Pinto, Volketswil, und Walter Schoch, Bauma, haben am 25. Oktober 2010 folgende Anfrage eingereicht:

Die Suchtproblematik von Ärzten – auch wenn es vielleicht nicht sehr viele sind – ist ein schwerwiegendes Problem, dem mit allen Mitteln zu begegnen ist. Der Staat ist hier in der Mitverantwortung.

Ein gravierendes Problem kam im NZZ Folio vom Juni 2010 im Artikel «Drogen? – Ja, bitte! – Ärzte neigen zur Sucht» an die Öffentlichkeit. Ärzte, die süchtig sind, sind krank. Dass Drogensucht zu Selbstüberschätzung führt, zu reduzierter Konzentration, Wahrnehmungsstörungen und Realitätsverlust ist bekannt. Wenn sie in diesem Zustand Patienten behandeln und operieren, gefährden sie diese an Leib und Leben.

Wir ersuchen den Regierungsrat um die Beantwortung der folgenden Fragen:

1. Wie viele Patienten oder Patientinnen wurden in den letzten 5 Jahren in öffentlichen oder privaten Zürcher Spitälern im Zusammenhang mit einem angenommenen oder bestätigten Kunstfehler oder einer Sorgfaltspflichtverletzung geschädigt?
2. Kann gesagt werden, in wie vielen Fällen das menschliche Versagen durch die Einnahme von Suchtmitteln provoziert oder begünstigt worden ist? Wie hoch schätzt der Regierungsrat die Zahl von Sucht betroffenen oder suchtgefährdeten Ärzten im Kanton Zürich ein? Was gedenkt er dagegen zu tun?
3. Im Postulat KR-Nr. 316/2004 wurde gefordert, dass einheitliche Fehlermeldesysteme in Spitälern eingerichtet werden, mit welchen Operationsteams selber Fehler oder kritische Ereignisse melden können oder müssen. Wie viele davon werden verbindlich betrieben? Wie sind die Erfahrungen?
4. Auf welche Weise werden ärztliche «Kunstfehler» erfasst? Wird eine Schadenstatistik geführt und falls ja, durch wen? Was geschieht mit den Resultaten?

5. Wird bei möglichem Ärztefehler mit Todesfolge oder bleibender Beeinträchtigung von Amtes wegen Anzeige erstattet? Und falls ja, durch wen? Falls nicht, weshalb nicht? Werden dem betreffenden Arzt Blutproben entnommen?
6. Welche Massnahmen bestehen oder werden in nächster Zeit durch die Gesundheitsdirektion ins Auge gefasst, um solche Schadenfälle in Zukunft zu vermeiden?

Auf Antrag der Gesundheitsdirektion

beschliesst der Regierungsrat:

I. Die Anfrage Lisette Müller-Jaag, Knonau, Jean-Philippe Pinto, Volketswil, und Walter Schoch, Bauma, wird wie folgt beantwortet:

Aufgrund zahlreicher Studien ist seit Längerem bekannt, dass für die Berufsgruppe der Ärztinnen und Ärzte in Spital und freier Praxis ein erhöhtes Risiko für Abhängigkeitserkrankungen besteht. Dies ergab auch eine im Jahre 2002 durchgeführte epidemiologische Studie über den Gesundheitszustand der Hausärztinnen und Hausärzte in der Schweiz (vgl. Primary Care 2005 [10], 222 ff.). Die Ergebnisse dieser Studie zeigen, dass der regelmässige Alkoholkonsum unter der Ärzteschaft deutlich häufiger ist als in der Gesamtbevölkerung der Schweiz. Als Risikofaktoren gelten die hohen beruflichen Anforderungen, unregelmässige und lange Arbeitszeiten, Stress in Form von Zeitmangel und Zeitdruck, hoher administrativer Aufwand sowie steigende Erwartungen vonseiten der Patientinnen und Patienten. Die Gründe für die erhöhte Suchtgefährdung der Ärzteschaft sind somit wohl überwiegend in deren Arbeitsbedingungen zu suchen. Tatsache ist, dass im Einzelfall die Gefahr entstehen kann, dass der Medikamenten- oder Alkoholkonsum zu einer Beeinträchtigung der Arbeits- und damit der Behandlungsqualität und letztlich zu einem sogenannten Kunst- oder Behandlungsfehler führen kann. Aus der erhöhten Suchtgefährdung der Ärzteschaft kann jedoch keine allgemeine, direkte und unmittelbare Patientengefährdung abgeleitet werden.

Unter einem Kunst- oder Behandlungsfehler ist gemeinhin ein Verstoß gegen allgemein anerkannte Regeln der ärztlichen Wissenschaft und Praxis infolge eines Mangels an gehörigem Wissen, gehöriger Aufmerksamkeit oder Vorsicht zu verstehen. Ein Behandlungs- oder Kunstfehler kann sich auf alle Phasen des Arzt-Patienten-Verhältnisses beziehen. Dabei kann unterschieden werden nach Untersuchungs- und Diagnosefehlern, Aufklärungs- und Informationsfehlern, Medikations-

fehlern, Dosierungsfehlern, Narkose- und Operationsfehlern, Injektionsfehlern, Hygienefehlern und Überwachungsfehlern. Von straf- und/oder haftpflichtrechtlicher Relevanz sind nur Kunst- oder Behandlungsfehler, die zu einer Schädigung einer Patientin oder eines Patienten führen. Ob es sich bei einem Schadenfall um eine Komplikation im Rahmen des Behandlungsrisikos oder um die Folge einer straf- oder haftpflichtrechtlich relevanten Sorgfaltspflichtverletzung handelt, ist oftmals – auch von Fachleuten – schwierig zu beurteilen. Offensichtliche Kunstfehler, wie etwa die Amputation eines falschen Körpergliedes, bilden die äusserst seltene Ausnahme.

Erfahrungsgemäss wird die Mehrheit der haftpflichtrechtlichen Auseinandersetzungen zur Klärung eines Behandlungsfehlers aussergerichtlich erledigt. Kommt es in aussergerichtlichen oder gerichtlichen Verfahren zu einer vergleichswisen Erledigung, bleibt die Frage nach einem Behandlungsfehler regelmässig offen. Strafverfahren sind die grosse Ausnahme. Die Voraussetzungen für eine strafrechtliche Verurteilung einer Ärztin oder eines Arztes wegen fahrlässiger Körperverletzung oder fahrlässiger Tötung sind hoch. Entsprechende Verfahren werden oftmals eingestellt oder führen zu einem Freispruch. Seit dem 1. Januar 2008 werden im Kanton Zürich strafrechtliche Verfahren im Zusammenhang mit möglichen ärztlichen Behandlungsfehlern statistisch spezifisch erfasst. Dabei sind jährlich rund 20 Anzeigen wegen fahrlässiger Tötung oder fahrlässiger Körperverletzung zu verzeichnen. Keines dieser Verfahren führte bisher zur Verurteilung einer Ärztin oder eines Arztes. Auch in früheren Jahren kam es nur vereinzelt zu entsprechenden Verurteilungen. Wegen der breiten Definition der Kunstfehler, der mehrheitlich vergleichswisen Erledigung von Haftungsfällen und der bescheidenen Anzahl von Strafverfahren ist es kaum möglich, zuverlässige Aussagen über die Häufigkeit von Kunstfehlern zu machen.

Als Ursachen von fehlerhaften Behandlungen kommen menschliche oder auch zahlreiche äussere Faktoren infrage. Die Vermeidung von Behandlungsfehlern und damit die Erhöhung der Patientensicherheit sind daher vorrangiges Ziel der zahlreichen Massnahmen, die in den vergangenen Jahren auf Ebene Bund und Kanton eingeleitet und umgesetzt worden sind. Diese Anstrengungen sind dabei Bestandteil der zur Sicherung und Förderung der Qualität stehenden Bestrebungen. Auf Stufe Bund ist in diesem Zusammenhang auf den im Oktober 2009 erschienenen Bericht zur Qualitätsstrategie des Bundes im Schweizerischen Gesundheitswesen zu verweisen (vgl. www.bag.admin.ch/aktuell/00718/01220/index.html?lang=de&msg-id=29743). Darin werden neun

Aktionsfelder zur Qualitätssicherung festgelegt, insbesondere mit dem Ziel einer stetigen Verbesserung der Diagnose- und Behandlungsprozesse und des entsprechenden Ergebnisses (Outcome). Auch die Publikation von Güteindikatoren von Spitälern stellt eine Massnahme zur Qualitätssicherung dar. Weitere Schwerpunkte sind die systemische Schaffung von Anreizen zur Sicherung der Qualität, die Verankerung der Qualitätssicherung in der Ausbildung des medizinischen Personals und die Förderung der Eigenverantwortung von Patientinnen und Patienten.

Der Kanton Zürich setzt ebenfalls zahlreiche eigene Massnahmen zur Verbesserung der Patientensicherheit um: Die staatsbeitragsberechtigten Zürcher Akutspitäler werden in den Rahmen- und Jahreskontrakten, mit denen die Leistungsaufträge und Handlungsgrundsätze festgelegt werden, verpflichtet, Massnahmen zur Qualitätssicherung zu treffen. Diese umfassen unter anderem die Einrichtung und den Betrieb von Fehlermeldesystemen (Critical Incident Reporting Systems, CIRS); die Durchführung von Ergebnisqualitätsmessungen und Umfragen zur Patientenzufriedenheit mit anerkannten Organisationen wie dem Verein Outcome. Der Verband Zürcher Krankenhäuser (VZK) hat im Zeitraum 2008–2009 in 13 Zürcher Akutspitälern die Patientenzufriedenheit gemessen. Die durchwegs sehr positiven Ergebnisse können für jedes Spital einzeln auf www.vzk-qualitaetsbericht.ch eingesehen werden. Seit 2004 unterstützt der Kanton Zürich zudem die Stiftung für Patientensicherheit mittels Subventionen. Die Stiftung bezweckt gesamtschweizerisch den Aufbau eines Netzwerkes, das im Bereich der Patientensicherheit Untersuchungs-, Analyse-, Kontroll- und Risikoreduktionsmethoden erforscht und diese den Spitälern zusammen mit Ausbildungs- und Schulungsprojekten zur Verfügung stellt. Die Krankenhäuser, welche die aus den Ergebnissen der Qualitätsmessungen gewonnenen Erkenntnisse in die Behandlungsprozesse einfliessen lassen, um die Patientensicherheit zu verbessern, sollen unterstützt werden. Die Stiftung fördert, koordiniert und vernetzt die Aktivitäten der Krankenhäuser beim Aufbau der notwendigen Instrumente. In den vergangenen Jahren wurden unter anderem Fehleranalysen und Schulungen in Analysetechnik durchgeführt, Empfehlungen zu Patientensicherheitsbrennpunkten entwickelt (Eingriffsverwechslungen, Kommunikation), ein Netzwerk lokaler Meldesysteme aufgebaut und ein nationales Programm zur Verminderung von Spitalinfektionen mitgestaltet.

Das Qualitätsmanagement in den Institutionen der stationären Akut-somatik hat sich in den vergangenen Jahren erheblich entwickelt und verbessert. Die qualitativ hochstehende Leistungserbringung liegt nicht nur im Interesse der Patientinnen und Patienten, sondern auch im Interesse der Institutionen. Die Anfang 2012 in Kraft tretende, neue Regelung der Spitalfinanzierung wird zu einem verstärkten Wettbewerb zwischen den Spitälern führen: Neben der Wirtschaftlichkeit wird dabei die Ergebnisqualität von ausschlaggebender Bedeutung sein. In den Zürcher Spitälern hat sich in den vergangenen Jahren zunehmend eine eigentliche Fehler- und Sicherheitskultur etabliert. Erkenntnisse aus Schadenfällen und Fehlermeldesystemen fliessen als Handlungsanweisungen in die Behandlungsprozesse ein. Daneben werden je nach Tätigkeitsspektrum der Spitäler laufend weitere Verbesserungsmöglichkeiten evaluiert und in den Spitalalltag eingeführt. Die verschiedenen, im Einzelfall nicht spektakulär erscheinenden Massnahmen wie etwa die Einführung von Patientenarmbändern zur sicheren Identifikation, die verbesserte Beschriftung von Medikamenten oder die Kategorisierung von Elektrokabeln mit Farben führen insgesamt zu einer erheblichen Verbesserung der Patientensicherheit. Ab Ende 2010 wird in den Spitälern zudem die von der Stiftung für Patientensicherheit herausgegebene Broschüre «Fehler vermeiden – Helfen Sie mit» abgegeben. Die Patientinnen und Patienten werden damit im Sinne des Patienten-Empowerments ermuntert, bei der Fehlervermeidung aktiv mitzuwirken. Die Broschüre enthält zu diesem Zweck zahlreiche Hinweise und konkrete Handlungsempfehlungen für Patientinnen und Patienten und ihre Angehörigen, wie sie sich während des Spitalaufenthaltes verhalten können, um das Risiko von Fehlern zu senken und die Patientensicherheit zu verbessern.

Ein wichtiges Element zur Vermeidung von Behandlungsfehlern und damit zur Sicherstellung der Behandlungsqualität erfolgt auch durch eine qualitativ hochstehende Unternehmens- und Personalführung. Die Spitäler sind nicht nur verpflichtet, ihre Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sorgfältig auszuwählen, zu instruieren und zu überwachen. Als Arbeitgeber sind sie auch gehalten, Arbeitsbedingungen zu schaffen, die ein fehlerfreies Handeln ermöglichen, und auf die Gesundheit der Mitarbeitenden Rücksicht zu nehmen. Die Sorge um Gesundheit und damit Leistungsfähigkeit der Mitarbeitenden ist eine laufende Obliegenheit der Personalführung auf allen Stufen, ebenso, wie es eine Daueraufgabe ist, bei Anzeichen einer gesundheitlichen oder anderweitigen Beeinträchtigung die erforderlichen Massnahmen und Abklärungen zu treffen. Liegen Anzeichen einer Suchterkrankung oder einer gesund-

heitlichen Beeinträchtigung vor, ist seitens der Linienvorgesetzten aller Stufen und der Personalverantwortlichen in geeigneter Weise einzuschreiten, nicht nur, aber insbesondere dann, wenn es zu einer Gefährdung von Patientinnen und Patienten führen könnte. Betriebsführung und Personalabteilungen haben schliesslich auch dafür zu sorgen, dass Mitarbeitende, die aus eigenem Antrieb um Hilfe ersuchen, die notwendige Unterstützung erhalten.

Das Universitätsspital Zürich (USZ) als grösstes Zürcher Spital mit rund 6100 Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern hat in diesem Zusammenhang verschiedene Konzepte und Instrumente geschaffen, um Themen wie Mitarbeitergesundheit und Umgang mit Suchtproblemen sorgfältig und zielgerichtet anzugehen. Zielsetzungen wie Arbeitssicherheit und Gesundheitsschutz und das betriebliche Gesundheitsmanagement (An- bzw. Abwesenheitsmanagement, Case Management, Gesundheitsförderung) stehen dabei im Vordergrund. Im Rahmen des betrieblichen Gesundheitsmanagements werden konkrete Gesundheitsaktivitäten und weitere Dienstleistungen angeboten, die für ausgewählte Gesundheitsthemen sensibilisieren, im Jahr 2009 z. B. mit einem «Tag der Sucht».

Daneben gibt es auch ganz konkrete Instrumente und Massnahmen für den Umgang mit individuellen Gesundheitsproblemen. Der Personalärztliche Dienst (PAD) und die Abteilung für Arbeits- und Umweltmedizin bieten dabei nebst Eintrittsuntersuchungen und Vorsorgeuntersuchungen auch Beratungen, Behandlungen und Arbeitsplatzabklärungen bei arbeitsbezogenen Gesundheitsproblemen für Mitarbeitende an. Das USZ verfügt ausserdem über ein Suchtpräventionskonzept, in welchem das Vorgehen hinsichtlich Prävention und Hilfe bei suchtgefährdeten Mitarbeitenden geregelt wird. Ziel ist die Früherfassung; ein sozialer und beruflicher Abstieg ist nach Möglichkeit zu verhindern und Suchtmittelabhängigkeit und Alkoholismus sollen als Krankheit erkannt und behandelt werden. Es bestehen schriftliche Anleitungen und Checklisten, die Massnahmen bei einem Verdacht auf akuten oder chronischen Substanzenmissbrauch zu treffen sind. Bei Verdacht auf eine Intoxikation erfolgt eine sofortige Abklärung durch den PAD, die auch eine Blutspiegelbestimmung umfassen kann.

Im Rahmen der Führungsausbildung werden zudem die wesentlichen Grundlagen für den Umgang und das Vorgehen bei kranken, krankheitsgefährdeten und suchtgefährdeten Mitarbeitenden vermittelt, um die Linienverantwortlichen für die Problematik zu sensibilisieren und ihnen das notwendige Instrumentarium in die Hand zu geben. Zur weiteren Sensibilisierung unterhält das USZ ferner eine interdisziplinäre Arbeitsgruppe Sucht.

Im Bereich der frei praktizierenden Ärzteschaft unterstützt die Vereinigung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte (FMH) ihre Mitglieder mit einem eigenen Angebot für den Umgang mit belastenden Situationen: Im Jahre 2007 wurde «Remed» gegründet, ein niederschwelliges Unterstützungsnetzwerk für die Ärzteschaft, das Hilfestellungen in Belastungs- und Krisensituationen des medizinischen Alltages anbietet. Dabei steht die Erhaltung der Funktionalität der Ärztin bzw. des Arztes im Mittelpunkt. Die unterstützten Ärztinnen und Ärzte sollen Risiken erkennen und Massnahmen ergreifen, mit denen sie ihrer beruflichen Verantwortung gewachsen bleiben können.

Zu Fragen 1, 2 und 4:

Aus den eingangs dargelegten Gründen können zur Häufigkeit von sogenannten Kunstfehlern keine konkreten Zahlen vorgelegt werden. Auch die bei der Finanzdirektion angegliederte Versicherungsfachstelle des Kantons Zürich verfügt nicht über verlässliche Angaben zur Anzahl Kunstfehler und Sorgfaltspflichtverletzungen in den in Trägerschaft des Kantons Zürich arbeitenden Spitälern (USZ, Kantonsspital Winterthur, Psychiatrische Universitätsklinik Zürich, Psychiatriezentrum Rheinau, Integrierte Psychiatrie Winterthur). Für die genannten Gesundheitsbetriebe wurde eine Betriebshaftpflichtversicherung abgeschlossen, welche die mit dem Betrieb zusammenhängenden Haftpflichtrisiken abdeckt. Werden Kunstfehler oder Sorgfaltspflichtverletzungen geltend gemacht, erfolgt die Abwicklung regelmässig im Rahmen dieses Versicherungsschutzes.

Eine interne Erhebung der Direktion der Justiz und des Innern hat ergeben, dass in den Jahren 2002–2006 im Kanton Zürich lediglich drei strafrechtliche Verurteilungen wegen fahrlässiger Körperverletzung oder fahrlässiger Tötung im Zusammenhang mit der ärztlichen Tätigkeit erfolgten. Die seit dem 1. Januar 2008 eingeleiteten und statistisch spezifisch erfassten Strafuntersuchungen führten bis anhin zu keiner Verurteilung und nur einmal stellte sich die Frage von Alkohol- oder Drogensucht aufgrund von Angaben von Hinterbliebenen.

Zu Frage 3:

Im Jahre 2004 war in einer Mehrzahl der Zürcher Spitäler ein Fehlermeldesystem eingeführt. Seit 2005 sind die Einführung und der Betrieb von spitalinternen CIRS fester Bestandteil der Rahmenkontrakte, welche die Gesundheitsdirektion im Rahmen der Leistungsvereinbarungen mit den Spitälern abschliesst. Die in den Zürcher Spitälern eingeführten Fehlermeldesysteme erfassen Zwischenfälle im weitesten Sinn, d. h. ungewollte Ereignisse, auch wenn sie keinen oder nur einen gerin-

gen Schaden verursacht haben (sogenannte «near misses»). Ziel der CIRS ist es, unerwünschte Zwischenfälle zu erkennen, die Hintergründe zu ergründen und schliesslich Hinweise darauf zu geben, wie solche Zwischenfälle durch Verbesserungen künftig verhindert werden können. Durch das stetige Erfassen von Zwischenfällen werden auch Prozess- und Strukturprobleme wie etwa unnötig komplizierte Arbeitsabläufe, Gefährdungspotenziale aus der Beschriftung oder Lagerung von Stoffen sowie unklare Bedienungsanleitungen von Geräten, aber auch Mängel der Organisation oder des Umfeldes (chronische Überbelastung, ungeeignete Teamzusammensetzung usw.) sichtbar gemacht. Es besteht aber kein Zwang zur Fehlermeldung; der Erfolg eines CIRS beruht auf einer reifen Fehlerkultur innerhalb des Betriebes. Die Meldung von Zwischenfällen erfolgt daher anonym. Eine personenbezogene «Schuldzuweisung» steht nicht im Zentrum der Fehlererfassung, sondern die Vermeidung künftiger Zwischenfälle. Von Bedeutung ist, dass die Meldungen über einen Fehler sowohl durch die Verursacherin oder den Verursacher als auch durch eine mitbeteiligten oder eine externe Person erfolgen können.

Eine im Sommer 2010 von der Gesundheitsdirektion durchgeführte Umfrage über die Fehlermeldesysteme hat folgenden Stand ergeben:

- Alle staatsbeitragsberechtigten Spitäler im Kanton Zürich haben CIRS eingerichtet. In allen Spitälern mit zwei Ausnahmen decken die Systeme das gesamte Spital ab, d. h. auch die Operationstätigkeit.
- Alle Spitäler haben begleitende Prozesse eingeführt und feste, unabhängige Teams eingesetzt, um die Meldungen zu bearbeiten, Rückmeldung an die Betroffenen zu machen und Massnahmen zur Verhinderung künftiger Fehler einzuleiten.
- Sechs Spitäler sagen aus, dass für sie die CIRS hauptsächlich dazu nützlich sind, im engeren Umfeld aus Fehlern zu lernen.
- Sieben Spitäler sind mit externen Datenbanken vernetzt, um Erkenntnisse aus ihren Fehlermeldungen einer breiteren Interessensgemeinschaft zugänglich zu machen (z. B. CIRNET).

Zu Frage 5:

Gemäss § 15 Abs. 3 des Gesundheitsgesetzes (LS 810.1) sind Ärztinnen und Ärzte sowie Pflegepersonal verpflichtet, aussergewöhnliche Todesfälle, insbesondere solche zufolge Fehlbehandlung, einschliesslich ihrer Spätfolgen, unverzüglich der Polizei zu melden; diese informiert ihrerseits die Staatsanwaltschaft. Der Entscheid, ob es sich um einen aussergewöhnlichen Todesfall handelt, obliegt der Verantwortung der beteiligten Medizinalperson. Da bei jedem Todesfall von einer Ärztin

oder einem Arzt eine Todesbescheinigung auszustellen ist, auf der die Todesart anzugeben ist, ist die Einhaltung der Meldepflicht von nicht natürlichen und unklaren Todesfällen sichergestellt.

Anzeigen von betroffenen Patientinnen und Patienten oder von deren Hinterbliebenen erfolgen vielfach erst im Nachhinein, wenn sich die betroffenen Personen oder deren Hinterbliebene nach einem wirklichen oder vermeintlichen Kunstfehler über die finanziellen Folgen nicht einigen können.

Nach der Meldung eines aussergewöhnlichen Todesfalls wird unverzüglich eine Untersuchung eingeleitet, die Aufschluss über Todesart und Todesursache geben soll. Ergibt sich dabei der Verdacht einer strafbaren Handlung (meist einer fahrlässigen Tötung oder schweren Körperverletzung), wird gegen die verantwortliche Person ein Strafverfahren eingeleitet. Bei entsprechendem Verdacht bzw. bei Vorliegen klarer Anhaltspunkte dafür, dass an der Operation oder der Behandlung Beteiligte unter dem Einfluss von Substanzen oder wegen Übermüdung gar nicht in der Lage waren, eine Operation oder eine Behandlung durchzuführen, kann die Entnahme von Blut- und/oder eine Urinprobe angeordnet werden.

Zu Frage 6:

In den Zürcher Akutspitälern herrscht eine Betriebskultur, die ebenso auf hohe Sicherheit wie auf die Vermeidung von Fehlern ausgerichtet ist. Dies schliesst das Wissen um mögliche Gefährdungen von Patientinnen und Patienten durch süchtige oder unter dem Einfluss von Alkohol- oder Medikamentenkonsum stehendes Klinikpersonal ein. Das Engagement zur Sicherung der Qualität wird als quer durch alle Stufen laufende Aufgabe, die stetig weiterzuentwickeln und zu verbessern ist, angesehen. Dieses Bewusstsein und das bereits eingeführte vielfältige Instrumentarium zur Qualitätssicherung und -förderung sind auch das Ergebnis einer kompetenten Betriebsführung, von umsichtiger Personalarbeit und der verantwortungsvollen Wahrnehmung der Pflichten als Vorgesetzte und Arbeitgeber. Auch die Vorgaben der Krankenversicherungsgesetzgebung sowie die konkreten Auflagen der Gesundheitsdirektion in den Leistungsvereinbarungen mit den Spitälern stellen sicher, dass qualitätssichernden Massnahmen höchste Priorität zukommt.

Trotz aller Anstrengungen und Massnahmen kann aber ein Restrisiko nie ausgeschlossen werden; der Mensch ist nicht nur ein massgeblicher Erfolgsfaktor, er kann auch Urheber von Fehlern sein. Der gegenwärtig sehr gute Stand der Behandlungen, die grosse Zufrieden-

heit der Patientinnen und Patienten mit der medizinischen Versorgung und die insgesamt sehr gut ausgebaute und stetig weiterentwickelte Qualitätsinfrastruktur stellen dem System ein gutes Zeugnis aus; Korrekturen oder gar eine Änderung des Kurses durch den Regierungsrat sind derzeit nicht angezeigt.

II. Mitteilung an die Mitglieder des Kantonsrates und des Regierungsrates sowie an die Gesundheitsdirektion.

Vor dem Regierungsrat

Der Staatsschreiber:

Husi