



patientensicherheit schweiz  
sécurité des patients suisse  
sicurezza dei pazienti svizzera



Informationen für Moderatorinnen und  
Moderatoren

## Patientensicherheit in der ambulanten Praxis

Modul 1: Grundlagen

Dr. Katrin Gehring  
Prof. Dr. David Schwappach

Stiftung Patientensicherheit Schweiz

### Inhalt

Gegenstand und Zielgruppe .....	2
Inhalte und Ziele .....	2
Nutzung der Materialien .....	5
Hinweise zur Moderation .....	6
Ergänzende Informationen zur einzelnen Folien .....	8

## Gegenstand und Zielgruppe

Die bereitgestellten Materialien bieten Fachpersonen in ambulanten Praxen einen Einstieg ins Thema Patientensicherheit und ermöglichen zu ausgewählten Themen eine vertiefte Auseinandersetzung. Mit Hilfe der Materialien soll Wissen vermittelt werden und sie sollen dazu beitragen für die Patientensicherheit zu sensibilisieren.

Die Materialien eignen sich für die Gestaltung von Qualitätszirkelsitzungen (Ärzte und MPA), können aber ebenso wie für interne Weiterbildungen und Teamsitzungen in der einzelnen Praxis genutzt werden.

Die Idee: Eine Person führt als Moderatorin bzw. Moderator durch die Sitzung (z.B. Moderierende im Qualitätszirkel oder CIRS-Verantwortliche oder leitende MPA in der Praxis). Sie nutzt die Unterlagen für die Wissensvermittlung und gestaltet eine aktive Diskussion der Inhalte.

Die Materialien bestehen aus fünf Kapiteln, die zwei Teilen zugeordnet sind. Die Kapitel bauen aufeinander auf und ergeben in der Summe eine Einheit. So können sie als Themenserie „Patientensicherheit“ über mehrere Sitzungen hinweg genutzt werden. Es ist aber auch möglich Einzelthemen herauszugreifen und unabhängig voneinander zu diskutieren.

## Inhalte und Ziele

### Teil 1: Einstieg (Kapitel A und B)

Der erste Teil bildet einen Einstieg ins Thema Patientensicherheit und liefert Antworten auf folgende Fragen: Wie werden grundlegende Begriffe und Konzepte der Patientensicherheit definiert? Wie häufig kommt es zu unerwünschten Ereignissen in der ambulanten Praxis? Welches sind die wichtigsten Risikobereiche?

### Teil 2: „Wenn doch etwas schiefgeht“ (Kapitel C, D und E)

Fehler passieren, auch in der ambulanten Versorgung. Das belegen Studien in der Schweiz und international. Zum Management von Ereignissen gehören u.a. folgende Schritte: eine gute Kommunikation mit Patientinnen und Patienten, die Unterstützung der beteiligten Fachpersonen, das Lernen aus Fehlern und die Vermeidung von Wiederholungen oder ähnlichen Ereignissen. Der zweite Teil widmet sich diesen Themen.

## Teil 1: Einstieg

### **Kapitel A: Zentrale Begriffe und Konzepte** (Folien 7-18)

Ein gemeinsames Verständnis von grundlegenden Begrifflichkeiten ist eine wichtige Voraussetzung für eine zielführende Auseinandersetzung mit Patientensicherheitsthemen in einer Gruppe. Damit alle Gesprächsteilnehmenden unter einem „Fehler“, einem „unerwünschten Ereignis“ oder einem „Never Event“ dasselbe verstehen, und ein gemeinsames Bild davon haben, was sich hinter dem häufig diffus verwendeten Begriff „Sicherheitskultur“ verbirgt, stellt das erste Kapitel zentrale Begriffe vor und definiert diese.

Ziele: Die Fachpersonen ...

- sind sich der Relevanz des Themas Patientensicherheit bewusst.
- kennen grundlegende Konzepte der Patientensicherheit. Sie wissen, was unter einem Fehler, einem unerwünschten Ereignis und einem vermeidbaren unerwünschten Ereignis zu verstehen ist.
- kennen unterschiedliche Fehlertypen und können Ausführungsfehler von Planungsfehlern unterscheiden.
- wissen, was unter der Sicherheitskultur in einer Arztpraxis zu verstehen ist und wie sich diese in Form von Werten und Meinungen sowie Strukturen und Prozessen in der Praxis zeigt.
- haben gemeinsam diskutiert, wie die Sicherheitskultur in ihren Praxen sichtbar wird.

### **Kapitel B: Unerwünschte Ereignisse in der Arztpraxis** (Folien 19-30)

Das zweite Kapitel liefert einen Einblick in aktuelle Studien, die über Art und Häufigkeit unerwünschter Ereignisse in der ambulanten Praxis berichten. Auch wenn die wissenschaftliche Basis in der Schweiz und international hierzu noch lückenhaft ist, wird der Stand des Wissens anhand dreier exemplarischer Studien sichtbar. Die Daten, die mit Hilfe unterschiedlicher methodischer Ansätze (Befragung von Patientinnen und Patienten, Befragung von Ärztinnen und Ärzten und MPA, Dokumentenanalyse) und in verschiedenen Ländern und Gesundheitssystemen (D/CH/UK) erhoben wurden, machen deutlich: Auch in der ambulanten Versorgung kommt es häufig zu Fehlern und vermeidbaren unerwünschten Ereignissen, die für die betroffenen Patientinnen und Patienten durchaus folgenschwer sein können. Zudem weisen sie den Medikationsprozess und den Bereich Diagnose als besonders relevante Risikofelder für eine sichere Versorgung aus.

Ziele: Die Fachpersonen ...

- haben einen Eindruck davon, wie häufig Patientinnen und Patienten unerwünschte Ereignisse in der ambulanten Praxis erleben und mit welcher Schadensfolge diese verbunden sein können (Stand Forschung).
- kennen die zentralen Risikobereiche der Patientensicherheit in ambulanten Praxen.
- haben gemeinsam diskutiert, welche unerwünschten Ereignisse sie in der täglichen Arbeit in ihren Praxen erleben.

## Teil 2: „Wenn doch etwas schiefgeht“

### **Kapitel C: Kommunikation nach Ereignissen** (Folien 33-40)

Die Bedeutung guter Kommunikation nach einem unerwünschten Ereignis ist offenkundig. Sie entspricht einerseits den Wünschen und Bedürfnissen der betroffenen Patientinnen und Patienten nach zeitnaher und eindeutiger Offenlegung. Andererseits hat sie Einfluss auf die geforderten Konsequenzen und die weitere Beziehung zwischen der Patientin oder dem Patienten und den involvierten Fachpersonen. Im Alltag jedoch gelingt eine angemessene Kommunikation nicht immer. Gründe dafür können die Angst vor juristischen Folgen, die Sorge vor Reputationsverlust oder auch Unsicherheiten in solch schwierigen Kommunikationssituationen sein. Das dritte Kapitel setzt sich deshalb mit der Kommunikation nach Ereignissen auseinander und gibt Empfehlungen hierzu wieder.

Ziele: Die Fachpersonen ...

- sind sich der Diskrepanz bewusst, die zwischen Patientenwünschen zur Kommunikation nach einem Ereignis und der oft vorherrschenden Realität besteht.
- kennen die positiven Folgen einer angemessenen Kommunikation mit Patientinnen und Patienten.
- wissen, welche Form der Kommunikation nach einem Ereignis empfehlenswert ist.
- haben gemeinsam diskutiert, wie nach einem Ereignis Empathie vermittelt und Bedauern ausgedrückt werden kann, ohne ein Fehlereingeständnis zu machen.

### **Kapitel D: Unterstützung für sog. Second Victims** (Folien 41-49)

Fachpersonen, die (ursächlich) in einen Zwischenfall involviert sind, werden als sog. Second Victims bezeichnet. Patientinnen und Patienten wie auch die beteiligten Fachpersonen erleben bei medizinischen Fehlern eine Extremsituation. Viele Fachpersonen entwickeln in der Folge eine starke Belastungsreaktion. Da psychosoziale Stressreaktionen wiederum zu höherer Fehlerwahrscheinlichkeit und Risiken in der Patientenbetreuung führen können, kann ein Teufelskreis entstehen. Ärztinnen und Ärzte und MPA haben nach einem derartigen Erlebnis das grosse Bedürfnis nach fachlichem Austausch, Empathie und Verständnis im Kollegium. Dies auch dann, wenn es nur beinahe zu einer Schädigung des Patienten/der Patientin gekommen ist. Kapitel vier zeigt auf, wie Peers reagieren sollten, um ihre Kolleginnen und Kollegen nach einem Zwischenfall zu unterstützen.

Ziele: Die Fachpersonen ...

- wissen, unter welchen Folgen Second Victims nach einem Ereignis leiden können.
- wissen, wie Kolleginnen und Kollegen und Mitarbeitende nach einem Ereignis unterstützt werden können.
- haben gemeinsam diskutiert, welche Möglichkeiten sie persönlich haben, um betroffene Mitarbeitende oder Kolleginnen und Kollegen zu unterstützen.

## Kapitel E: Lernen aus Fehlern (Folien 50-60)

Das letzte Kapitel des Moduls fokussiert auf zwei Prinzipien, die beim Lernen aus Fehlern berücksichtigt werden sollten, um möglichst grossen Nutzen zu erzielen. Zum einen empfiehlt es sich, den Blick aufs System zu richten und individuelle Handlungen im Kontext zu verstehen, anstatt der Klärung der Schuldfrage nachzugehen. Ziel ist es zu verstehen, was zu einer unsicheren Situation oder einem Ereignis geführt hat und daraus Massnahmen für die Zukunft abzuleiten. Die getroffenen Massnahmen sollten zum anderen möglichst starke Massnahmen sein, die auf Systemebene ansetzen und nicht vornehmlich individuelles Handeln und die Aufmerksamkeit von Personen ins Zentrum rücken. Warnhinweise, Infomails oder Schulungen zielen eher auf individuelles Verhalten und sind deshalb weniger wirkungsvoll. Technische Sperren, Designlösungen oder Kulturwandel hingegen sind Beispiele für starke Massnahmen, die zugegebenermassen nicht immer umgesetzt werden können. Es lohnt sich jedoch jeweils gezielt zu prüfen, ob eine stärkere Massnahme möglich wäre, die ein grösseres Potential hat, zukünftige Ereignisse zu verhindern.

Ziel: Die Fachpersonen ...

- wissen, was Systemperspektive beim Lernen aus Fehlern bedeutet.
- sind sich dessen bewusst, dass zahlreiche Faktoren einen Betrag leisten, wenn es zu Fehlern kommt. Diese Faktoren liegen häufig nicht bei der handelnden Person.
- wissen, welche Verbesserungsmassnahmen auf Systemebene ansetzen, welche auf individueller Ebene.
- können starke von schwachen Massnahmen unterscheiden.
- haben eigene Beispiele für Massnahmen aus dem eigenen Alltag hinsichtlich ihrer Stärke diskutiert.

## Nutzung der Materialien

- Die Folien können sowohl als Präsentation, als auch als Text zur (gemeinsamen) Lektüre genutzt werden.
- Jedes Kapitel besteht aus wiederkehrenden Elementen: Wissensinput (weisser Hintergrund), interaktiver Teil/Diskussion (gelber Hintergrund), Literaturhinweise (grauer Hintergrund).
- Die Folien müssen nicht wie im Vortragssaal von der Moderatorin/dem Moderator präsentiert werden. Sie können etappenweise vorgehen, zwischendurch die Diskussion anregen, oder auch einmal einen Abschnitt gemeinsam lesen. Wählen Sie die Form, die am besten zu Ihrer Gruppe passt. Sie können die Folien auch vorab als Vorbereitungslektüre zustellen und sich bei der Sitzung verstärkt auf die Diskussion der Inhalte konzentrieren.

## Hinweise zur Moderation

- **Gestalten Sie den Austausch in der Gruppe aktiv:** Wissensvermittlung und Sensibilisierung für die Patientensicherheit profitiert von einer aktiven Auseinandersetzung mit dem Thema. Nutzen Sie die Folien als Grundlage und regen Sie die Diskussion in der Gruppe an. Die Folien bestehen nicht nur aus Wissensseiten. Sie enthalten auch Vorschläge für die gemeinsame Diskussion und Reflexion (Folien mit gelbem Hintergrund). Nehmen Sie sich Zeit für diese Elemente.
- **Lassen Sie systematisch eigene Beispiele aus Ihrer Praxis einfließen und fordern Sie die Gruppe auf, ihre Erfahrungen zu teilen.** Die Auseinandersetzung mit den Themen wird durch eigene Erfahrungen und Beispiele reichhaltiger. Nutzen Sie den Erfahrungsaustausch in der Gruppe dazu, die Inhalte zu vertiefen und voneinander zu lernen.
- **Überlegen Sie im Vorfeld, wie Sie die Diskussion anregen möchten.** Ergänzend zu den Vorschlägen auf den Folien finden Sie nachfolgend weitere Ideen für die Diskussion der Inhalte:
  - *Thema Fehlerklassifikation* (Folie 14): Welche weiteren Ausführungsfehler (Aufmerksamkeits- und Gedächtnisfehler) und Planungsfehler (regel- und wissensbasierte Fehler) kennen wir aus dem Alltag?
  - *Thema Ereignisse in der ambulanten Praxis* (Folie 25): Wenn in einer durchschnittlichen National Health Service-Praxis mit 8'000 Patientinnen und Patienten pro Jahr 3-4 schwerwiegende vermeidbare Schädigungen auftreten, wie viele Fälle wären das in einer unserer Praxen? Überrascht das?
  - *Thema Kommunikation nach einem Ereignis* (Folien 37 und 38): In welchen Situationen ist die Kommunikation mit Patientinnen und Patienten gut gelungen? Wie sind wir vorgegangen? Worin liegen die besonderen Herausforderungen mit Patientinnen und Patienten nach einem Ereignis zu sprechen? Welche guten Beispiele gibt es in der Gruppe, von denen wir lernen können?
  - *Thema Second Victims* (Folien 44-47): Haben wir selbst schon erlebt, dass uns oder einer Kollegin/einem Kollegen ein schwerwiegender Fehler unterlaufen ist oder es beinahe dazu gekommen wäre? Wie bin ich oder der Kollege bzw. die Kollegin mit der Situation umgegangen? Was wäre für wichtig und hilfreich gewesen?
  - *Thema Lernen aus Fehlern* (Folie 51): Wenn etwas in der Praxis vorfällt (z.B. Eine MPA hat vergessen eine Überweisung zu machen; Ein junger Kollege hat einen Befundbrief übersehen). Wie besprechen wir solche Fälle in unserer Praxis? Fällt es uns leicht von Schuldzuweisungen wegzukommen und stattdessen nach den Gründen für den Fehler zu suchen? Weshalb?
- **Vermeiden Sie Schuldzuweisungen in der Diskussion:** Bei der Auseinandersetzung mit Themen der Patientensicherheit, bei denen Fehler und unerwünschte Ereignisse im Zentrum stehen, kann es dazu kommen, dass die Verantwortung für Vorkommnisse anderen übertragen oder Schuld Dritten zugewiesen wird (z.B. „Fehler passieren eher dann, wenn die Patienten schwierig sind.“; „Dann war doch der Spezialist schuld.“; „Kein Wunder, dass dem das passiert ist.“). Achten Sie darauf, dass Sie in solchen

Fällen das Gespräch zügig zurück auf das eigentliche Thema lenken. Wenn es die Situation erlaubt, können solche Äusserungen auch kritisch hinterfragt werden.

- **Verweis auf Literaturquellen und weiterführende Informationen:** Weisen Sie die Gruppe am Ende der Sitzung auf die Literatur hin, die am Ende jedes Kapitels zusammengestellt ist. Diese könnte insbesondere auch für Personen von Interesse sein, die bereits ein fundiertes Vorwissen zum Thema mitbringen.
- **Falls Sie Kapitel C – E aus Teil 2 diskutieren, ohne zuvor die Einstiegskapitel A und B bearbeitet zu haben:** Die ersten beiden Kapitel liefern grundlegende Informationen und Begriffsklärungen (z.B. Wie wird ein Fehler definiert? Was ist ein unerwünschtes Ereignis? Wie häufig kommt es zu unerwünschten Ereignissen in Arztpraxen?). Diese Informationen können für die Diskussion und das Verständnis der nachfolgenden Kapitel wichtig sein. Es ist deshalb hilfreich, wenn Sie als Moderatorin bzw. Moderator mit den Inhalten aus allen Kapiteln vertraut sind. **Halten Sie die Einstiegskapitel während der Sitzung bereit und nehmen Sie bei Bedarf darauf Bezug, damit Sie auftretende Fragen und Unklarheiten bzgl. Definitionen und Grundlageninformationen rasch klären können.**

## Ergänzende Informationen zu einzelnen Folien

---

### **Folie 10/11    Zentrale Begriffe der Patientensicherheit I und II**

Hinweis: Diese beiden Folien bauen aufeinander auf und gehören inhaltlich unmittelbar zusammen.

---

### **Folie 13        Fehlerklassifikation**

Ergänzung:

- Aufmerksamkeitsfehler und Gedächtnisfehler sind Fehler in der Ausführung
- Regelbasierte und wissensbasierte Fehler sind Planungsfehler

---

### **Folie 15        Sicherheitskultur**

Exkurs „Sicherheitsklima“

„Der Begriff des Sicherheitsklimas findet sich in der Organisationskultur häufig zusammen mit dem Begriff der Sicherheitskultur. Sicherheitsklima beschreibt eine Momentaufnahme der Einstellungen, Überzeugungen und Wahrnehmungen zu Sicherheit und Risiko, die zu einem bestimmten Zeitpunkt bei den Mitarbeitenden erhoben wird. Zugang zu dieser veränderbaren, subjektiven Sichtweise der Organisationsmitglieder verspricht man sich über den Einsatz von Fragebögen oder Befragungen.“ St. Pierre und Hoffinger, 2020, S. 297

---

### **Folie 24        Unerwünschte Ereignisse in Arztpraxen Beispiel 1: Erhebung Patientenerfahrung/D**

Weitere Informationen zur Studie:

**Erfasste Sicherheitsprobleme im Bereich Diagnose:** wichtige Fragen bzgl. Beschwerden nicht gestellt; ungenügende körperliche Untersuchung; medizinisch notwendige Untersuchung nicht gemacht; Befunde zu spät oder nicht kommuniziert; falsche Diagnose; ernste Erkrankung nicht oder zu spät erkannt; fehlerhafte Untersuchung; falsche Untersuchung; nicht korrektes Testresultat kommuniziert

**Erfasste Sicherheitsprobleme im Bereich Medikation:** falsch verordnetes Medikament; nicht beachtete Interaktion; notwendiges Medikament nicht verordnet; Verordnung in falscher Dosierung/Form; Verordnung trotz bekannter Intoleranz; zu früh/ zu spät/ nicht abgesetzt

**Erfasste Sicherheitsprobleme im Bereich Administration:** Befunde/Testresultate nicht/nicht vollständig verfügbar; Patientenverwechslung

**Arten von Schädigungen, die erfasst wurden:** unnötig verlängerte Schmerzen; Verschlechterung Gesundheitsstatus; mentaler/sozialer Schaden; ernsthafte Erkrankung

---

---

nicht/zu spät erkannt; Verletzung eines Körperteils (z.B. inneres Organ/Nerv); Wundinfektion/Entzündung; allergische Reaktion; Nebeneffekte (z.B. Magenblutung); Blutung; Schwere allergische Reaktion

---

**Folie 25**     **Unerwünschte Ereignisse in Arztpraxen**  
**Beispiel 2: Analyse Patientendokumentation / UK**

Weitere Informationen zur Studie:

**Diagnosefehler:** falsche Diagnose; verspätete Diagnose (keine Krebsdiagnose); verspätete Krebsdiagnose

**Medikationsfehler:** keine/ungenügende medikamentöse Behandlung; Verordnungsfehler; Monitoringfehler; Adverse drug event; Medikation nicht rechtzeitig begonnen; Impfung

**Überweisungsfehler:** Überweisung verspätet oder nicht gemacht, wenn indiziert

---

**Folie 26**     **Unerwünschte Ereignisse in Arztpraxen**  
**Beispiel 3: Befragung Hausarztpraxis / CH**

Die Grafik findet sich in vergrößerter Form auf der nächsten Folie (Nr. 27)

---

**Folie 36**     **Kommunikation mit Patientinnen und Patienten: Zwei entgegengesetzte Erfahrungen**

Hinweis zur Moderation:

Im Patientenbeispiel wird deutlich, welche positive Wirkung transparente Kommunikation auf die Patientin hatte. Dies steht im Gegensatz zur Schlagzeile aus der Tagespresse, die Folge nicht erlebter Offenlegung war.

Gibt es solche und ähnliche Beispiele in der Gruppe? Welche Auswirkungen hatten die unterschiedlichen Kommunikationsstrategien?

---

**Folie 47**     **Umgang mit Second Victims**

Mögliche Beispiele sind:

- Remed (Angebot der FMH für Ärztinnen und Ärzte, s. nächste Folie)
  - Austausch im Qualitätszirkel
  - Teamsitzungen
  - Etc.
- 

**Folie 58**     **Stärke von Massnahmen**

Hinweis zur Moderation:

Im Anhang zur Präsentation findet sich ein leeres Raster des Modells zur Massnahmenstärke (s. vorausgegangene Folie). Sie können dieses grossformatig ausdrucken und die diskutierten Beispiele aus der Gruppe mit Hilfe von Post It's dort einordnen.

---

---

Sie können die Beispiele für Massnahmen auch dahingehend diskutieren, ob im Alltag eher schwächere Massnahmen getroffen werden, und weshalb.

Weitere Beispiele für starke und schwache Massnahmen:

#### Starke Massnahmen

- Speak Up Kultur
- Barcode-Scanning Patientenidentifikation
- Zwang Eintrag aktuelles Gewicht für Medikationsverordnung
- Beleuchtung der Praxisapotheke

#### Mittelstarke Massnahmen

- Prozessveränderung zur Reduktion von Unterbrechung
- Standardisierte Übergabe
- Einheitliche Formulare

#### Schwache Massnahmen

- Warnhinweise
  - Erinnerung des Teams
  - Doppelkontrolle
  - Schulung
-