



patientensicherheit schweiz
sécurité des patients suisse
sicurezza dei pazienti svizzera



Patientensicherheit in der ambulanten Praxis

Modul 1: Grundlagen

Stiftung Patientensicherheit Schweiz, 2021

Dr. Katrin Gehring und Prof. Dr. David Schwappach



patientensicherheit schweiz
sécurité des patients suisse
sicurezza dei pazienti svizzera

Impressum

Herausgeber: Patientensicherheit Schweiz

Autoren: Dr. Katrin Gehring und Prof. Dr. David Schwappach

Finanzierung: Das Projekt wurde von der FMH Swiss Medical Association finanziert, wofür wir uns an dieser Stelle herzlich bedanken.

Zitiervorschlag: Gehring, K. , Schwappach, D. (2021). Patientensicherheit in der ambulanten Praxis. Modul 1 Grundlagen. Zürich, Patientensicherheit Schweiz.



Vorwort

Patientensicherheit Schweiz hat mit Unterstützung der FMH diese Materialien erarbeitet. Sie sollen Fachpersonen in der ambulanten Praxis ein nützliches Instrument sein, um grundlegende Patientensicherheitsthemen aufzugreifen und in Qualitätszirkeln oder im Praxisteam zu diskutieren. Dies mit dem Ziel, Wissen zu vermitteln und für das Thema Patientensicherheit zu sensibilisieren. Zu diesem Zweck wurde einerseits aktuelles Wissen aufbereitet. Andererseits wurden Vorschläge für eine vertiefte, gemeinsame Auseinandersetzung mit ausgewählten Themenpunkten erarbeitet.

Im Rahmen der aktuellen Entwicklungen im Kontext der KVG-Revision Art. 58 gewinnt die Patientensicherheit schweizweit an Bedeutung. Dieser Entwicklung möchten wir mit den Materialien Rechnung tragen. Wir hoffen, in einem zukünftigen Projekt weitere Materialien entwickeln und Themen wie beispielsweise die Medikationssicherheit aufgreifen zu können.

Die Erarbeitung erfolgte in Abstimmung mit dem Forum für Qualitätszirkel, wofür wir Herrn Dr. med. A. Rohrbasser herzlich danken.

Wir wünschen gewinnbringende Diskussionen.

Prof. Dr. Dieter Conen

Prof. Dr. David Schwappach

Dr. Katrin Gehring

Inhalt

Die Materialien bestehen aus zwei Teilen mit gesamthaft fünf kurzen Kapiteln zu grundlegenden Themen der Patientensicherheit, die einen ersten Einstieg ins Themenfeld bieten. In der Summe ergeben die Themenblöcke eine Einheit und können als Themenserie „Patientensicherheit“ über mehrere Sitzungen hinweg genutzt werden. Es ist aber auch möglich, Einzelthemen herauszugreifen und unabhängig voneinander zu diskutieren.

Teil 1: Einstieg

- A. Zentrale Begriffe und Konzepte (Folien 7-18)
- B. Unerwünschte Ereignisse in der Arztpraxis (Folien 19-30)

Teil 2: „Wenn doch etwas schiefgeht“ (Folien 31-32)

- C. Kommunikation nach Ereignissen (Folien 33-40)
- D. Unterstützung für sog. Second Victims (Folien 41-49)
- E. Lernen aus Fehlern (Folien 50-60)

Nutzung der Materialien

Aufbau Kapitel

Jeder Themenblock besteht aus wiederkehrenden Elementen:

- Wissensinput (weisser Folienhintergrund)
- Interaktiver Teil/Diskussion (gelber Folienhintergrund)
- Literaturhinweise (grauer Folienhintergrund)

Präsentation, Lektüre, Moderation

- Die Folien können sowohl zur Präsentation als auch ausgedruckt als Text zur (gemeinsamen) Lektüre genutzt werden. Für die Wissensvermittlung dienen die Folien mit weissem Hintergrund.
- Folien mit interaktiven Elementen (gelber Folienhintergrund) bieten Vorschläge für die gemeinsame Diskussion und vertiefte Auseinandersetzung mit dem jeweiligen Thema und verstehen sich als Hilfsmittel für die Moderatorinnen und Moderatoren.



patientensicherheit schweiz
sécurité des patients suisse
sicurezza dei pazienti svizzera

Teil 1: Einstieg

Wie werden zentrale Begriffe und Konzepte der Patientensicherheit definiert? Welches sind die wichtigsten Risikobereiche in der ambulanten Praxis? Antworten darauf erhalten Sie in diesen beiden Kapiteln:

- A. Zentrale Begriffe und Konzepte
- B. Unerwünschte Ereignisse in Arztpraxen

Dr. Katrin Gehring
Prof. Dr. David Schwappach

Teil 1: Einstieg

A. Zentrale Begriffe und Konzepte

Dieses Kapitel bietet einen Überblick über grundlegende Begrifflichkeiten der Patientensicherheit und definiert *Patientensicherheit, Fehler, Unerwünschte Ereignisse* und *Sicherheitskultur*.

Patientensicherheit – wie wird sie definiert?

«Patientensicherheit ist die Abwesenheit von vermeidbaren Schädigungen in der Patientenbehandlung sowie die Minderung des Risikos unnötiger Schädigung in der Gesundheitsversorgung auf ein akzeptables Minimum.» (WHO)

Patientensicherheit ist auch

... ein Qualitätsmerkmal des Gesundheitssystems.

... ein Arbeitsbereich in Forschung und Qualitätsmanagement.

Quelle: Stiftung Patientensicherheit Schweiz; Emanuel L. et al. 2008

Wie gross ist das Problem? Weshalb eine Auseinandersetzung mit dem Thema Patientensicherheit? Wo stehen wir in Schweiz?

USA 1999: Das Institute of Medicine der Vereinigten Staaten veröffentlicht den Bericht «To err is human».

Aufrüttelnde Information: in den Spitälern der USA sterben jedes Jahr zwischen 44'000 und 98'000 Menschen aufgrund von Behandlungsfehlern.

Schweiz 2020: BAG anlässlich der Revision des KVG

Die Patientensicherheit ist heute nur ungenügend gewährleistet. Verschiedene internationale Studien zeigen, dass im Durchschnitt jeder zehnte Patient während des Spitalaufenthalts ein unerwünschtes medizinisches Ereignis (adverse event) erlebt. Gegenstand der Studien waren nur in den Krankengeschichten dokumentierte Fälle. Aus den Studien geht hervor, dass ca. die Hälfte dieser Zwischenfälle vermeidbar wäre. Werden die Studienresultate des Institute of Medicine¹ auf die Schweiz hochgerechnet, wären dies 2'000 – 3'000 Todesfälle pro Jahr. Bis heute gibt es in der Schweiz keine nationale Studie über unerwünschte medizinische Ereignisse.

Quellen: Bundesamt für Gesundheit,
National Health Service, Institute of Medicine

Zentrale Begriffe der Patientensicherheit I

Fehler

... sind Handlungen oder Unterlassungen, bei denen eine Abweichung von einem vorhandenen Plan (Ausführungsfehler), ein falscher Plan oder kein Plan vorliegt (Planungsfehler).

Unerwünschte Ereignisse

... sind Schädigungen von Patientinnen und Patienten aufgrund des medizinischen Managements, nicht der Erkrankung. Der Schaden kann von leicht und temporär bis hin zu schwerwiegend und anhaltend sein.

Hinweis: Behandlungsfehler im juristischen Sinne sind hiermit nicht angesprochen. Die vorgestellten Definitionen entsprechen dem medizinisch-epidemiologischen Verständnis von Patientensicherheit.

Zentrale Begriffe der Patientensicherheit II

Fehler

... können, müssen nicht zu Schaden führen.

z.B. *Near Miss*:
Falscher Impfstoff wurde
aufgezogen aber nicht
verabreicht, d.h.
Schaden wurde
abgefangen

Vermeidbare Unerwünschte Ereignisse

basieren auf Fehlern,
haben Schadensfolge

z.B. Verabreichung von
Penicillin trotz bekannter
Unverträglichkeit

Unerwünschte Ereignisse

... können, müssen nicht auf
Fehlern basieren.

z.B. *Komplikation*:
allergische Reaktion
aufgrund bisher nicht
bekannter Unverträglichkeit
eines Wirkstoffes

*Never Events sind **schwerwiegende**,
vermeidbare unerwünschte Ereignisse*
z.B. Falsches Bein wurde operiert.

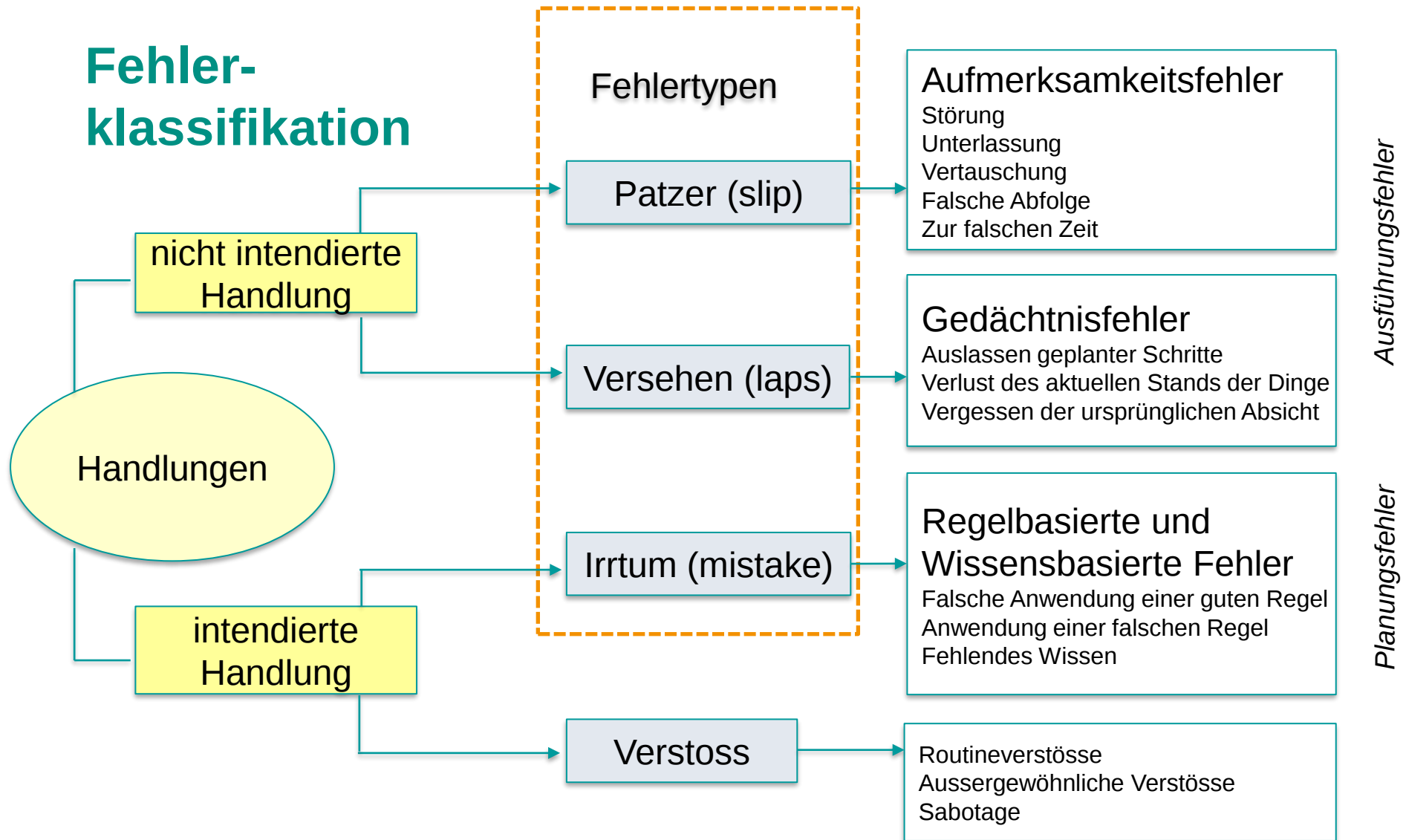
Vertiefung: Fehlerklassifikation

- Reason hat eine häufig zitierte Klassifikation von Fehlern erstellt. Sie unterscheidet **beabsichtigte** und **unbeabsichtigte Handlungen** und trennt **Verstösse** klar von **Fehlern**.

Darstellung der Klassifikation auf nachfolgender Folie

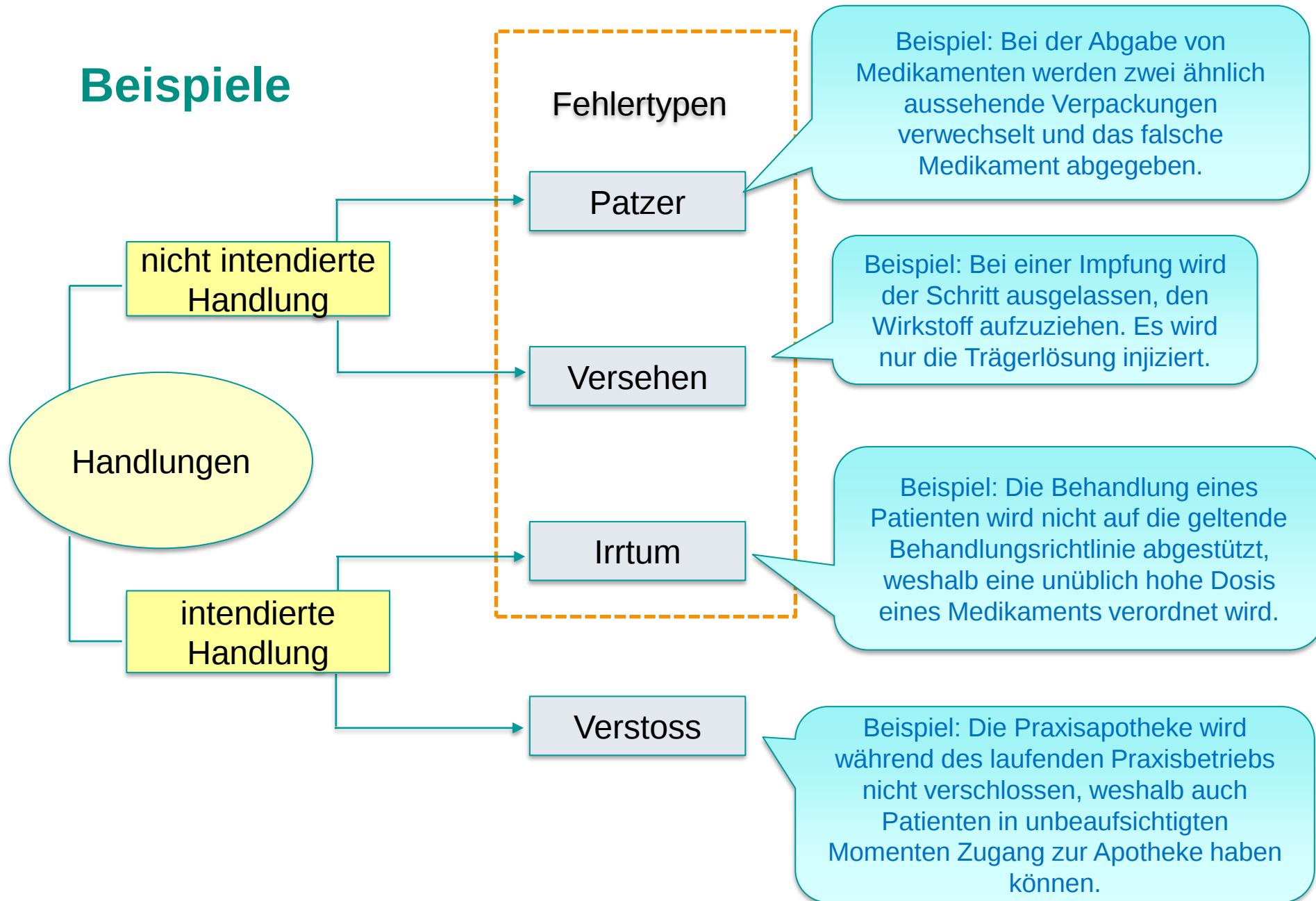
- Die Klassifikation von Fehlern erfolgt unabhängig von der Schadensfolge.
- Die Bestimmung der Fehlerart ist vor allem dann relevant, wenn geeignete Massnahmen gefunden werden sollen, um Fehler zukünftig zu vermeiden. So zielen Massnahmen häufig auf die Vermeidung wissensbasierter Fehler, obwohl Fehler in der Ausführung von Handlungen weitaus häufiger sind.

Fehler- klassifikation



Fehlerklassifikation modifiziert nach Reason 1990
Quelle: St. Pierre und Hofinger 2020

Beispiele



Sicherheitskultur

Die Begriffe *Sicherheitskultur* und *Sicherheitsklima* sind in aller Munde. Sie werden jedoch häufig nicht trennscharf genutzt. Auch in der Fachliteratur sind die Definitionen uneinheitlich beschrieben und überlappen sich inhaltlich.

St. Pierre und Hofinger definieren die Sicherheitskultur als Teil der Organisationskultur. Sie umfasst:

- **Die Grundannahmen einer Organisation in Bezug auf die Sicherheit**
- **Werte und Meinungen der Mitarbeitenden in der Organisation**
- **Die Manifestation von Sicherheit in Strukturen und Prozessen**

Quelle: St. Pierre und Hofinger 2020

Sicherheitskultur

Die Sicherheitskultur in Arztpraxen oder Spitälern kann sich beispielsweise wie folgt zeigen:

- Die Organisation hat Ziele und Strategien zur Patientensicherheit formuliert
- Überzeugung im Team, dass Patientensicherheit hohe Priorität beigemessen werden muss
- Nutzung von Sicherheitschecklisten
- Einhalten von Hygienestandards
- Offene Kommunikation mit Patientinnen und Patienten nach Fehlern
- Führen eines Fehlermeldesystems
- Analyse von Fehlern und unerwünschten Ereignissen
- u.v.m.

Diskutieren Sie die Sicherheitskultur in Ihren Praxen:

Woran würde eine Patientin/ein Patient oder ein neuer Kollege/eine neue Kollegin eine gute Sicherheitskultur in Ihrer Praxis erkennen?

Referenzen und Literaturhinweise

Grundlagen Patientensicherheit

- <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/versicherungen/krankenversicherung/krankenversicherung-qualitaetssicherung.html>
- Emanuel L, Berwick D, Conway J, Combes J, Hatlie M, Leape L, Reason J, Schyve P, Vincent C, Walton M. What Exactly Is Patient Safety? In: Henriksen K, Battles JB, Keyes MA, Grady ML, editors. (2008) Advances in Patient Safety: New Directions and Alternative Approaches (Vol. 1: Assessment). Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality; 2008 Aug. PMID: 21249863.
- Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS, editors. (1999). To err is human: building a safer health system . Washington, DC: National Academy Press, Institute of Medicine.
- <https://qi.elft.nhs.uk/resource/an-organisation-with-a-memory/>
- Schwappach D. (2021). Patientensicherheit. In: Egger M, Razum O, Rieder A, Hrsg. Public Health Kompakt. 4. Auflage. Berlin/Munich/Boston: De Gruyter; 161-164.
- St.Pierre M., Hofinger G. (2020). Human Factors und Patientensicherheit in der Akutmedizin. Berlin: Springer.

Weiterführende Informationen

- Aktionsbündnis Patientensicherheit: <https://www.aps-ev.de/>
- Stiftung Patientensicherheit Schweiz: www.patientsicherheit.ch
- Stiftung Patientensicherheit Schweiz (2012). Schriftenreihe Nr. 4. Das ABC der Patientensicherheit. Zürich: Stiftung Patientensicherheit Schweiz.

Teil 1: Einstieg

B. Unerwünschte Ereignisse in Arztpraxen

Wie häufig kommen sie vor? Wie gross ist der Anteil vermeidbarer unerwünschter Ereignisse? Mit welcher Schadensfolge für die betroffenen Patientinnen und Patienten? In welchen Bereichen der Versorgung ereignen sie sich besonders häufig?

Über den Stand des Wissens gibt dieses Kapitel Auskunft.

Patientensicherheit im ambulanten Sektor: Einige Hintergrundinformationen

Die Bedeutung des ambulanten Sektors innerhalb der Gesundheitsversorgung ist unbestritten und zeigt sich durch:

- Hohe Anzahl ambulanter Patientenkontakte
- Verlagerung von (Nach-)Behandlungen in den ambulanten Bereich
- Politische Entwicklungen (z.B. «ambulant vor stationär»)
- Gesellschaftliche Trends, die mit hohem Bedarf an ambulanter Versorgung einhergehen (z.B. Soziodemographie, chronische Erkrankungen)

Dennoch lag der Fokus der Patientensicherheitsbewegung lange Zeit auf der stationären Versorgung im Akutspital. Dies hat zur Folge:

- Für den ambulanten Sektor liegen weniger Daten vor zur Problemlage und den Ursachen von Sicherheitsrisiken.
- Methoden und Massnahmen zur Stärkung der Patientensicherheit sind weniger weit entwickelt und erprobt als im stationären Bereich.
- Konzepte sind nicht systematisch definiert und international vereinheitlicht (z.B. keine verbindliche Definition „ambulanter Sektor“).

Quellen: Schrappe 2018; Shekelle et al. 2016; Vincent und Amalberti 2016

Schätzen Sie!

10 ambulante Patientinnen und Patienten. Wie viele Personen erleben gemäss OECD-Bericht Sicherheitsprobleme bei ihrer Interaktion mit dem Versorgungssystem.



Quelle: Auraan 2018

Arbeitspapier OECD



Schätzung auf Basis vorliegender internationaler Studien:

- Bis zu vier von zehn Patientinnen und Patienten erleben Sicherheitsprobleme bei ihrer Interaktion mit dem ambulanten Versorgungssystem
- Bis zu 80% der Patientenschäden sind vermeidbar.
- Resultierende Kosten durch zusätzliche Untersuchungen, Behandlungen, Hospitalisationen liegen bei rund 2.5 % der nationalen Gesundheitsausgaben.

Hinweis: Dem Arbeitspapier liegt folgende Definition von Grund-/ambulanter Versorgung zugrunde: „Non-acute health services delivered in the community setting by a range of providers including general practitioners, nurses, allied health professionals (e.g. pharmacists, dieticians). The services are principally aimed at longitudinally managing the health of individuals and population (S. 12.)“

Quelle: Auraan 2018

In welchen Bereichen kommt es häufig zu unerwünschten Ereignissen? Mit welcher Folge für die Patientinnen und Patienten?

Drei ausgewählte Studien geben Antwort auf diese Fragen. Sie nutzen unterschiedliche methodische Ansätze und wurden in verschiedenen Ländern durchgeführt. Dennoch zeigen die Ergebnisse klare Tendenzen.

Beispiel 1:
Befragung von Patientinnen und Patienten in Deutschland



Beispiel 2:
Analyse von Krankenakten in Grossbritannien

Beispiel 3:
Befragung von Hausärztinnen und Hausärzten sowie MPA in der Schweiz

Beispiel 1: Erhebung Patientenerfahrung / D

In der Studie wurden Patientinnen und Patienten (≥ 40 J.) nach Sicherheitsproblemen befragt, die sie in den letzten 12 Monaten in ambulanten Praxen erlebt haben.

Open access

Original research

BMJ Open Patient safety in ambulatory care from the patient's perspective: a retrospective, representative telephone survey

Max Geraedts  ¹ Svenja Krause,¹ Michael Schneider,¹ Annette Ortwein,¹ Johannes Leinert,² Werner de Grupte¹

Häufigkeit und Art der genannten Sicherheitsprobleme

- **14%** der Patienten berichten **Sicherheitsprobleme**. Sie nennen insgesamt **2589 Sicherheitsprobleme**.
- **61%** der Nennungen beziehen sich auf die **Anamnese/diagnostische Prozesse**
- **15%** der Nennungen haben Bezug zur **Medikation**
- **10%** der Nennungen beziehen sich auf den Bereich **Praxisadministration**

Folge für die Patientinnen und Patienten

- **75%** der Sicherheitsprobleme waren **mit Schädigungen** verbunden, **35% dauerhaft/ >1 Monat**
- **32%** der Sicherheitsprobleme waren verbunden mit **zusätzlicher Behandlung**, **10% stationär**

Quelle: Geraedts 2020

Beispiel 2: Analyse Patientendokumentation / UK



In der Studie wurden Krankenakten von Patientinnen und Patienten in Grundversorgerpraxen analysiert, um die Ursachen von signifikanten, vermeidbaren Patientenschädigungen zu identifizieren.

Die häufigste Ursache von schwerwiegenden, vermeidbaren Schädigungen waren:

- Diagnosefehler (60.8%)
- Medikationsfehler (25.7%)
- Verzögerte Überweisung (10.8%)

Es ereigneten sich **3-4 Fälle pro Jahr** in einer **durchschnittlichen Praxis mit 8000 Patientinnen und Patienten**.

Quelle: Avery et al. 2020

Beispiel 3: Befragung Hausarztpraxen / CH

630 MPA und Hausärztinnen und Hausärzte in Deutschschweizer Ärztenetzwerken wurden schriftlich nach Art und Häufigkeit von Ereignissen befragt, die sich in den letzten 12 Monaten in ihrer Praxis ereignet haben.

		Schwere des Schadens			
		Gering (≥ 75 % Studienteilnehmer berichten kein Schaden; kein berichteter schwerer Schaden/Tod)	Mäßig (≥ 25 % Studienteilnehmer berichten kleiner/mittlerer Schaden kein berichteter schwerer Schaden/Tod)	Kritisch (mindestens ein berichteter schwerer Schaden, kein berichteter Todesfall)	Katastrophal (mindestens ein berichteter Todesfall)
Mittlere Häufigkeit (Ereignisse pro Jahr pro Praxis)	Vereinzelt (< 1 Ereignis)	9: Falsche therapeut. Maßnahme 23: Medizinisches Material nicht intakt		10: Therapeut. Maßnahme nicht durchgeführt 11: Therapeut. Maßnahme falsch durchgeführt	12: Patient nach Therapie nicht überwacht
	Selten (1–3 Ereignisse)	14: Kein Einverständnis/Aufklärung des Patienten 22: Medikament abgelaufen		3: Falsche oder nicht notwendige Untersuchung	4: Fehler bei Diagnose oder zu spät 6: Medikationsfehler (Interaktion/Kontraindikation)
	Gelegentlich (3–6 Ereignisse)		15: Fehler bei Patienteninformation Ergebnis Untersuchung/Diagnose 19: Testergebnis nicht weiterverarbeitet 20: Falsche/späte Information an externe Stelle	2: Untersuchung falsch durchgeführt 5: Medikationsfehler (Wirkstoff/Form) 8: Medikation u. Nebenwirkungen nicht überwacht	13: Dringlichkeit Patienten-anliegen bei Kontaktaufnahme nicht erkannt
	Wahrscheinlich (6–12 Ereignisse)	1: Indizierte Untersuchung nicht durchgeführt	16: Unzureichende Patienteninformation über Medikamentengebrauch 18: Fehler Nachrichtenübermittlung 21: Information von externer Stelle nicht verfügbar/falsch	7: Medikament nicht verordnet/verabreicht	
	Häufig (> 12 Ereignisse)		17: Patientendokumentation fehlerhaft, unvollständig, nicht verfügbar		

Abbildung 1 Klassifikation der Ereignisse aufgrund der berichteten Häufigkeit des Auftretens (in den vergangenen 12 Monaten) und der Schwere des Schadens (als das Ereignis zum letzten Mal in der Praxis aufgetreten ist).

Aufgrund der Häufigkeit des Auftretens und der Schadensfolge für die Patientinnen und Patienten erwiesen sich folgende Ereignisse als besonders relevant:

- **Fehlende Überwachung nach Therapie**
- **Diagnosefehler/verspätete Diagnose**
- **Medikationsfehler**
- **Dringlichkeit bei Telefonkontakt nicht erkannt**
- **Falsch durchgeführte Untersuchung**

Quelle: Gehring und Schwappach 2012

Beispiel 3: Befragung Hausarztpraxen / CH

		Schwere des Schadens			
		Gering (≥ 75 % Studienteilnehmer berichten kein Schaden; kein berichteter schwerer Schaden/Tod)	Mäßig (> 25 % Studienteilnehmer berichten kleiner/mittlerer Schaden kein berichteter schwerer Schaden/Tod)	Kritisch (mindestens ein berichteter schwerer Schaden, kein berichteter Todesfall)	Katastrophal (mindestens ein berichteter Todesfall)
Mittlere Häufigkeit (Ereignisse pro Jahr pro Praxis)	Vereinzelt (< 1 Ereignis)	9: Falsche therapeut. Maßnahme 23: Medizinisches Material nicht intakt		10: Therapeut. Maßnahme nicht durchgeführt 11: Therapeut. Maßnahme falsch durchgeführt	12: Patient nach Therapie nicht überwacht
	Selten (1–3 Ereignisse)	14: Kein Einverständnis/ Aufklärung des Patienten 22: Medikament abgelaufen		3: Falsche oder nicht notwendige Untersuchung	4: Fehler bei Diagnose oder zu spät 6: Medikationsfehler (Interaktion/Kontraindikation)
	Gelegentlich (3–6 Ereignisse)		15: Fehler bei Patienteninformation Ergebnis Untersuchung/Diagnose 19: Testergebnis nicht weiterverarbeitet 20: Falsche/späte Information an externe Stelle	2: Untersuchung falsch durchgeführt 5: Medikationsfehler (Wirkstoff/Form) 8: Medikation u. Nebenwirkungen nicht überwacht	13: Dringlichkeit Patienten-anliegen bei Kontaktaufnahme nicht erkannt
	Wahrscheinlich (6–12 Ereignisse)	1: Indizierte Untersuchung nicht durchgeführt	16: Unzureichende Patienteninformation über Medikamentengebrauch 18: Fehler Nachrichtenübermittlung 21: Information von externer Stelle nicht verfügbar/falsch	7: Medikament nicht verordnet/verabreicht	
	Häufig (> 12 Ereignisse)		17: Patientendokumentation fehlerhaft, unvollständig, nicht verfügbar		

Abbildung 1 Klassifikation der Ereignisse aufgrund der berichteten Häufigkeit des Auftretens (in den vergangenen 12 Monaten) und der Schwere des Schadens (als das Ereignis zum letzten Mal in der Praxis aufgetreten ist).

Fazit

Trotz begrenzter Datenbasis im ambulanten Sektor und vielfältiger methodischer Ansätze bei der Erhebung empirischer Daten lässt sich festhalten:

- **Fehler und vermeidbare, unerwünschte Ereignisse im ambulanten Sektor sind häufig und folgenscher.**
- Besonders relevante Risikobereiche sind die **Diagnose** und **Medikation**.

Haben die Studienergebnisse überrascht?
Welche besonders? Welche nicht?
Weshalb?

Welche unerwünschten Ereignisse erleben
Sie in Ihren Praxen?

Referenzen und Literaturhinweise

Unerwünschte Ereignisse in Arztpraxen

- Avery, A.J., Sheehan, C., Bell, B., Armstrong, S., Ashcroft, D.M., Boyd, M.J., Chuter, A., Cooper, A., Donnelly, A., Edwards, A., Evans, H.P., Hellard, S., Joanne, L., Mehta, R., Rodgers, S., Sheikh, A., Smith, P., Williams, H. Campbell, S.M., Carson-Stevens., A.,(2020). Incidence, nature and causes of avoidable significant harm in primary care in England: retrospective case note reviews. *BMJ Quality and Safety* 2020;01-16.
- Auraaen, A., Slawomirski, L., & Klazinga, N. (2018). OECD Health Working Papers No. 106. The Economics of Patient Safety in Primary and Ambulatory Care: Flying blind. In *3rd Global Ministerial Summit on Patient Safety* ;Health Working Papers, Issue 106.
- Gehring, K, Schwappach, D. (2012). Die Patientensicherheit in der Grundversorgung – eine Erhebung in Schweizer Hausarztpraxen. *Therapeutische Umschau*, 69, 6, 353-357.
- Geraedts, M., Krause, S., Schneider, M., Ortwein, A., Leinert, J., & de Cruppé, W. (2020). Patient safety in ambulatory care from the patient's perspective: a retrospective, representative telephone survey. *BMJ Open*, 10(2), e034617.
- Schrappe, M. (2018). *APS-Weißbuch Patientensicherheit - Sicherheit in der Gesundheitsversorgung: neu denken, gezielt verbessern* (Hrsg. Aktionsbündnis Patientensicherheit). Berlin: Medizinische Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.
- Shekelle, PG, Sarkar U, Shojania K, Wachter RM, McDonald K, Motala A, Smith P, Zipperer L, S. R. (2016). Patient Safety in Ambulatory Settings. Technial Brief No. 27. In *AHRQ Publication: Vol. 16 (17)*.
- Vincent, C., & Amalberti, R. (2016). *Safer Healthcare*. Strategies for the real world. Cham: Springer Open.

Weiterführende Literatur

- Panesar, S. S., deSilva, D., Carson-Stevens, A., Cresswell, K. M., Salvilla, S. A., Slight, S. P., Javad, S., Netuveli, G., Larizgoitia, I., Donaldson, L. J., Bates, D. W., & Sheikh, A. (2016). How safe is primary care? A systematic review. *BMJ Quality and Safety*, 25(7).
- Sandars, J. (2015). Threats to Patient Safety in Primary Care: A Review of the Research into the Frequency and Nature of Errors in Primary Care. In WONCA Europe (Ed.), *World Book of Family Medicine* (Issue October, pp. 59–60). WONCA Europe.
- Sandars, J., & Esmail, A. (2003). The frequency and nature of medical error in primary care: understanding the diversity across studies. In *Family Practice* (Vol. 20, Issue 3, pp. 231–236). <http://fampra.oxfordjournals.org/cgi/content/abstract/20/3/231>



patientensicherheit schweiz
sécurité des patients suisse
sicurezza dei pazienti svizzera

Teil 2: „Wenn doch etwas schiefgeht“

Fehler passieren, auch in der ambulanten Versorgung. Das belegen Studien in der Schweiz und international. Zum Management von Ereignissen gehören u.a. folgende Schritte, die in nachfolgenden Kapiteln vorgestellt werden:

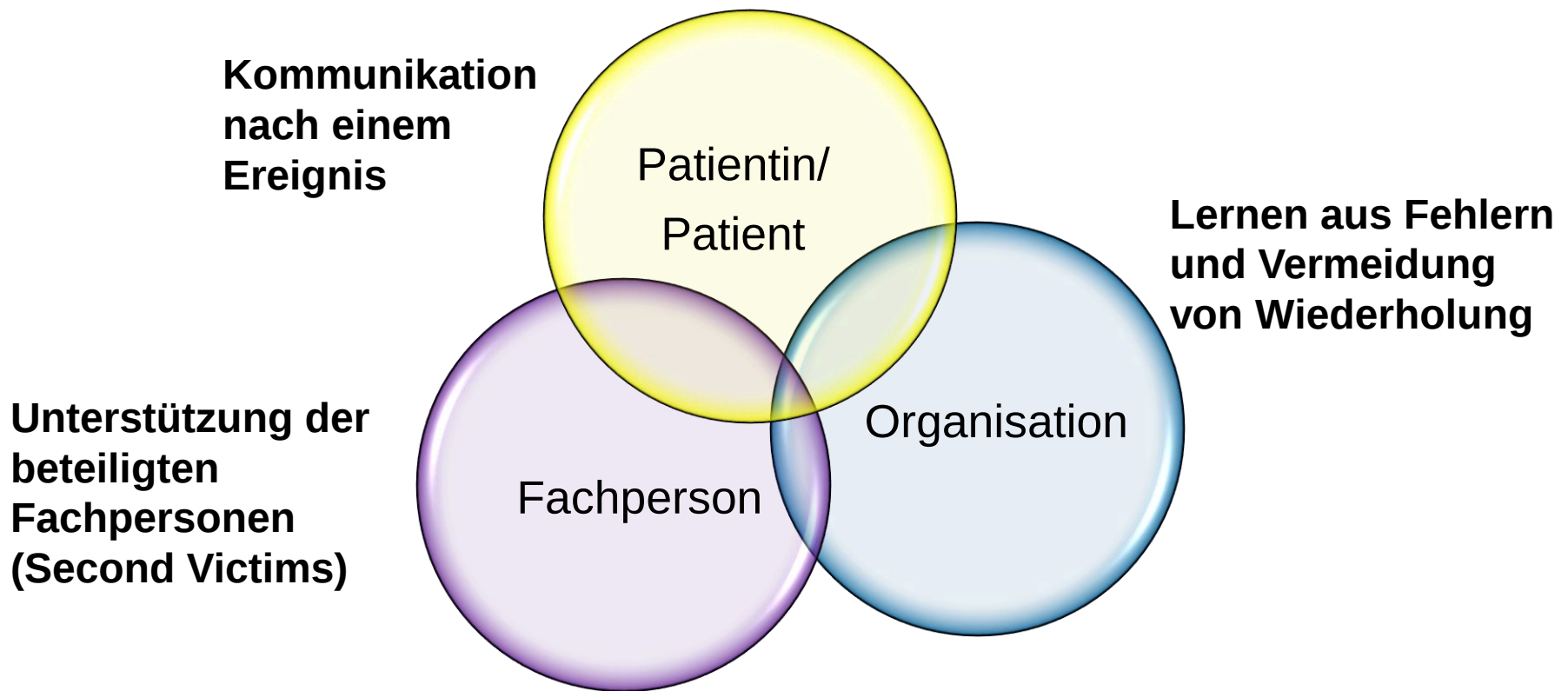
- C. Kommunikation nach Ereignissen
- D. Unterstützung von Second Victims
- E. Lernen aus Fehlern



Dr. Katrin Gehring
Prof. Dr. David Schwappach

Was tun, wenn etwas schiefgegangen ist?

Absolute Priorität und unmittelbar notwendig ist das Abwenden weiteren Schadens sowie die Unterstützung für die betroffenen Patientinnen und Patienten und ggf. deren Angehörigen. Danach folgen weitere Schritte auf verschiedenen Ebenen:



Teil 2: „Wenn doch etwas schiefgeht“

C. Kommunikation nach einem Ereignis

Wenn es in der Patientenversorgung zu einem unerwünschten Ereignis gekommen ist, kommt einer offenen und guten Kommunikation mit Patientinnen und Patienten eine zentrale Bedeutung zu. In diesem Kapitel erfahren Sie mehr über:

- Diskrepanzen zwischen Patientenwünschen und der tatsächlichen Kommunikation im Alltag.
- Empfehlungen für das Gespräch mit Patientinnen und Patienten.

Wunsch: Patientinnen und Patienten wünschen sich Offenlegung

Studien zeigen:

Patientinnen und Patienten haben den klaren Wunsch nach

- **persönlicher, zeitnaher und eindeutiger Offenlegung**, wenn es zu einem unerwünschten Ereignis gekommen ist.
- **Informationen** über den Vorfall, die Ursachen und Konsequenzen.
- **Massnahmen**, um eine Wiederholung zu vermeiden.
- **Entschuldigung und Ausdruck ehrlichen Bedauerns.**

Angemessene Kommunikation nach einem unerwünschten Ereignis hat Einfluss auf

- Geforderte Konsequenzen
- Wunsch nach Arztwechsel
- Vertrauen und Zufriedenheit

Quelle: Schwappach 2015

Wirklichkeit: Die Kommunikation entspricht häufig nicht den Bedürfnissen der Patientinnen und Patienten

Studien zeigen:

Ärztinnen und Ärzte stehen einer offenen und ehrlichen Kommunikation nach Ereignissen prinzipiell positiv gegenüber. Die Wirklichkeit entspricht jedoch häufig nicht diesem Bild.

Gründe dafür sind:

- Angst vor juristischen Folgen und steigenden Haftpflichtprämien
- Sorge vor Reputationsverlust
- Unsicherheit und fehlende Kompetenzen für die Kommunikation in schwierigen Situationen

Quelle: Schwappach 2015

Kommunikation mit Patientinnen und Patienten: Zwei entgegengesetzte Erfahrungen

1

ZÜRICH SEITE 19

«Die Strategie der Klinik war völlige Vertuschung»

Schlagzeile in einer Schweizer Tageszeitung

2

Eine Patientin erlebt ein offenes Gespräch – schauen Sie selbst:

<https://www.srf.ch/news/schweiz/patientensicherheit-im-fokus-fehlende-fehlerkultur-in-vielen-schweizer-spitaelern>

→ Interview mit Patientin ab Minute 4:47

Empfehlungen der FMH und weiterer Organisationen

Kommunikation zwischen Ärztin und Patientin ¹

Empfehlung bei medizinischen Zwischenfällen

Empfehlung

- ▶ Beantworten Sie die Fragen Ihres Patienten zur Behandlung und zu seinem Gesundheitszustand.
- ▶ Informieren Sie den Patienten baldmöglichst nach Bekanntwerden eines Zwischenfalls über bereits bekannte Fakten.
- ▶ Machen Sie kein Fehlereingeständnis.
- ▶ Unterlassen Sie Versprechungen zu Schadenersatz.
- ▶ Zeigen Sie ihre Empathie in einem persönlichen Gespräch.
- ▶ Dokumentieren Sie die Behandlung.

Empfehlung

Pflegen Sie eine offene und konstruktive Kommunikation.

Quelle: FMH

Wichtig zu wissen: Bedauern ausdrücken

Kommunikation zwischen Ärztin und Patientin ¹

Empfehlung bei medizinischen Zwischenfällen

Primär hat sich die Information darauf zu konzentrieren, was passiert ist und welche Folgen das für die Patientin hat. Die Ärztin soll und darf ihr Bedauern aussprechen, wenn der unerwünschte Gesundheitszustand der Patientin Anlass dazu gibt. Der Ausdruck von Empathie ist kein Fehlereingeständnis und haftpflicht- sowie strafrechtlich unbedenklich. Er führt weder zur Verurteilung durch ein Gericht noch zur Verweigerung von Zahlungen durch die Haftpflichtversicherung.

Quelle: FMH

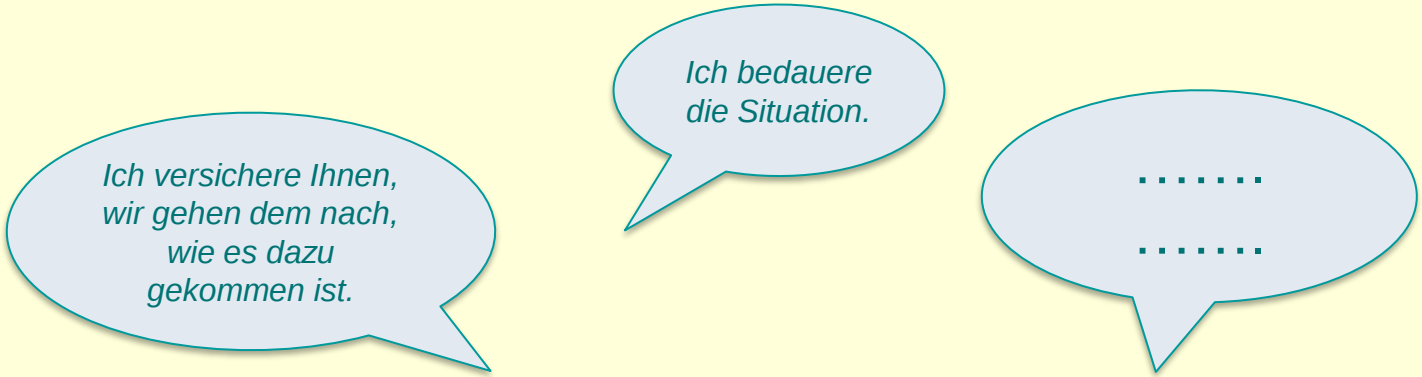
Kommunikationsstil:

- In allgemeinverständlichen, klaren und eindeutigen Worten sprechen.
- Die Patientin/den Patienten offen dazu einladen, Fragen zu stellen.
- Sich ausreichend Zeit nehmen.

Quelle: Schwappach 2015

Kommunikation konkret

Wie lässt sich Empathie vermitteln und Bedauern ausdrücken, ohne dabei ein Fehler- oder Schuldeingeständnis zu machen? Überlegen Sie gemeinsam.



*Ich versichere Ihnen,
wir gehen dem nach,
wie es dazu
gekommen ist.*

*Ich bedauere
die Situation.*

.....
.....

Referenzen und Literaturhinweise

Kommunikation nach einem Ereignis

- FMH. Kommunikation zwischen Ärztin und Patientin. Empfehlungen bei medizinischen Zwischenfällen.
https://www.fmh.ch/files/pdf15/FMH-Broschre_Komm_Arzt-Patient_D.pdf
- Schwappach, D.L.B. (2015). Nach dem Behandlungsfehler. Umgang mit Patienten, Angehörigen und dem involvierten Personal. Bundesärzteblatt, 58, 80-86.

Weiterführende Informationen

- Aktionsbündnis Patientensicherheit (2011). Reden ist Gold. Kommunikation nach einem Zwischenfall. Bonn: Aktionsbündnis Patientensicherheit.
- NHS National Patient Safety Agency (2009). Being open. Saying sorry when things go wrong. London: National Patient Safety Agency.
- Stiftung für Patientensicherheit (2006). Wenn etwas schiefgeht: Kommunizieren und Handeln nach einem Zwischenfall. Zürich: Stiftung für Patientensicherheit.

Teil 2: Wenn doch etwas schiefgeht

D. Second Victims

Fachpersonen, die in einen Zwischenfall involviert sind, erleben eine Extremsituation. Viele von ihnen entwickeln eine starke Belastungsreaktion. Mehr dazu und wie Sie Ihre Kolleginnen und Kollegen oder Ihre Mitarbeitenden nach einem Zwischenfall unterstützen können, erfahren Sie in diesem Kapitel.

Medizinische Fehler – eine Extremsituation für Patientinnen und Patienten wie auch Fachpersonen

Wu (2000) prägte die Begriffe „**first victims**“ und „**second victims**“.

betroffene Patientinnen
und Patienten

(ursächlich) beteiligte
Fachpersonen

Ein Beispiel für die Reaktion von sog. Second Victims:

Deutschen Hausärztinnen und Hausärzte beschreiben in einer Studie ihr Empfinden, nachdem ihnen ein Diagnosefehler unterlaufen ist.

*Ich war wütend auf
mich selbst und
schämte mich.*



*Schock und
Schmerz*

*Starke
Selbstvorwürfe
und Gefühle
von Versagen*

Quelle: Müller 2020, Wu 2000

Medizinische Fehler – eine Extremsituation für Patientinnen und Patienten wie auch Fachpersonen

Das Beispiel eines nicht ursächlich beteiligten Arztes:

Nie werde ich den Tag vergessen, an dem ich während meines Praktikums in Kinderchirurgie meinem Chef für eine Orchidopexie assistierte. Ich hatte diese Operation schon über ein Dutzend Mal mitgemacht, aber an diesem Tag war alles etwas anders. Irgendwie hatte ich das Gefühl, mein Chef sei nicht richtig bei der Sache; vielleicht studierte er während der Präparation des Samenstranges an etwas anderem herum. Jedenfalls sah ich, wie das Gewebe immer mehr ausgedünnt wurde, so sehr, wie ich es noch nie zuvor erlebt hatte. Es kam mir seltsam vor, aber ich blieb schweigsam. Und dann plötzlich dieser schreckliche Moment, wo der Samenstrang durchgeschnitten war und der Hoden abgetrennt in der Hand des Operators lag ...

Ich erinnere mich noch genau, wie unglücklich ich mich damals gefühlt hatte, und genau genommen fühle ich das auch heute noch all den Jahren noch genauso. Ich hatte ja das Unglück während mehrerer Minuten kommen sehen, aber ich war zu scheu, zu respektvoll, zu ängstlich oder was immer gewesen, meine Beobachtung anzumelden. Hätte ich etwas gesagt, hätte diese Tragödie für den kleinen Jungen und seine Familie, aber auch die schlimme Situation für meinen Chef vermieden werden können. Aber ich hatte mich nicht getraut, etwas zu sagen! Heute bin ich überzeugt, dass ich damals meine Bedenken geäussert hätte, wenn ich aktiv aufgefordert worden wäre, es zu tun. Oder vielmehr: Wenn ich gespürt hätte, dass eine Kultur herrscht, die auch mir als jungem Praktikanten das Recht gibt, einen «Marschhalt» zu verlangen, wäre dieser Zwischenfall vermieden worden.

Dr. med. Claude Oppikofer
Plastische, Rekonstruktive und Ästhetische Chirurgie FMH, Montreux

Quelle: Gehring und
Schwappach 2016

Folgen nach unerwünschten Ereignissen

Studien belegen folgende Reaktionen von Fachpersonen, die in einen Zwischenfall involviert waren:

- akute Belastungsreaktionen und intensive Emotionen wie Schuld, Scham, Selbstzweifel
- Chronifizierung bei einem Teil der Fachpersonen und erhöhtes Risiko für Depressionen, Burnout und posttraumatische Belastungsstörungen
- Prävalenz des Second-Victim-Phänomens nach einem Zwischenfall von etwa 10–40 %
- Zusammenhang zwischen Belastungsreaktionen und erhöhtem Risiko für Fehler in der Patientenversorgung

Dies zeigt: Erleben Fachpersonen einen Zwischenfall, kann dies für sie gravierende persönliche Folgen haben. Zudem laufen sie Gefahr, dass es zu einem Fehler nach dem Fehler kommt.

Quelle: Schwappach 2015

Was benötigen betroffene Mitarbeitende? Wie können sie unterstützt werden?

Fachpersonen, die an einem unerwünschten Ereignis beteiligt waren, haben ein **sehr grosses Bedürfnis nach Austausch mit Kolleginnen und Kollegen**. Von zentraler Bedeutung ist hierbei:

- ▶ Fachlicher Austausch
- ▶ Empathie
- ▶ Verständnis

Das trifft auch zu, wenn kein Schaden bei Patienten entstanden ist. Auch das Erleben eines potentiellen Schadens kann zu starken Reaktionen bei den beteiligten Fachpersonen führen.

Quelle: Schwappach 2015

Folgende Dinge sind ebenfalls von Bedeutung im Umgang mit Second Victims:

- Kurze Auszeit von der klinischen Tätigkeit anbieten bzw. sicherstellen

- Aktives kollegiales Gesprächsangebot machen

- Beteiligte eine Rolle bei der Fehleranalyse geben; über Ergebnisse informieren

- Die fachliche Kompetenz und das Selbstwertgefühl bestätigen

- Emotionen zulassen

- Fachliche Unterstützung und Rückversicherung im klinischen Arbeiten anbieten

- Beteiligte wenn möglich an der Kommunikation mit Patienten teilhaben lassen

- Aufmerksame Beobachtung, um Isolierung und Rückzug frühzeitig zu erkennen

- Vermeidung und Ächtung von Lästereien, Mobbing, Schuldzuweisung und Herabwürdigung der Beteiligten

- Follow-Up

Welche Möglichkeiten haben Sie, Kolleginnen und Kollegen und Mitarbeitende zu unterstützen, wenn diese in einen Zwischenfall involviert waren? Welche Angebote gibt es für Ärztinnen und Ärzte, welche für MPA?

» *In der Praxis*

» *Im Kreis der Kolleginnen und Kollegen*

» *Strukturell verankert*

Beispiel

ReMed Unterstützungsnetwork
für Ärztinnen und Ärzte

deutsch | français | italiano | english

Home **Unterstützung in einer Krise** Weitere Angebote Erfahrungsberichte Services Über ReMed

Vertraulichkeit | Ärztliche Meldepflichten und Melderechte

ReMed ist für Sie da

ReMed berät Sie als Ärztin und Arzt in Krisen. Innerhalb von 72 Stunden steht Ihnen ReMed unterstützend zur Seite.

Die Unterstützung beinhaltet:

- Erreichbarkeit rund um die Uhr
- Die Bindung an das ärztliche Berufsgeheimnis
- Gespräche auf Augenhöhe von Arzt zu Arzt
- Dass der Ratsuchende im Zentrum steht
- Gemeinsames Erarbeiten von Handlungsmöglichkeiten
- Verknüpfung eines bestehenden Unterstützungsnetzes
- Vermittlung an einen Spezialisten, ambulant oder stationär
- Mentoring oder Coaching
- Unterstützung, auch bevor es zur Krise kommt

Der Kontakt zu ReMed kann auch über Personen aus dem Umfeld der betroffenen Ärztinnen und Ärzte erfolgen.

Ein Ablaufschema regelt die Abfolge bei einer Kontaktaufnahme.

Der erste Schritt

Benötigen Sie Unterstützung? Oder eine Ärztin, ein Arzt aus Ihrem Umfeld?

24-Stunden-Hotline

0800 0 73633
0800 0 ReMed

remed@hin.ch

[Kontaktformular](#)

Quelle: <https://remed.fmh.ch/index.html>

Referenzen und Literaturhinweise

Second Victims

- Gehring, K., Schwappach, D. (Hrsg.) (2016). Wenn Schweigen gefährlich ist. Speak Up für mehr Sicherheit in der Patientenversorgung. Zürich: Stiftung Patientensicherheit Schweiz.
- Müller, B. S., Donner-Banzhoff, N., Beyer, M., Haasenritter, J., Müller, A., & Seifart, C. (2020). Regret among primary care physicians: a survey of diagnostic decisions. *BMC Family Practice*, 21(1), 53.
- Remed. Unterstützungsnetzwerk für Ärztinnen und Ärzte. <https://remed.fmh.ch/index.html>
- Schwappach, D.L.B. (2015). Nach dem Behandlungsfehler. Umgang mit Patienten, Angehörigen und dem involvierten Personal. Bundesärzteblatt, 58, 80-86.
- Wu AW (2000) Medical error: the second victim. *BMJ* 320:726–727

Weiterführende Informationen

- Aktionsbündnis Patientensicherheit (2011). Reden ist Gold. Kommunikation nach einem Zwischenfall. Bonn: Aktionsbündnis Patientensicherheit.
- Stiftung Patientensicherheit Schweiz (2010). Täter als Opfer. Konstruktiver Umgang mit Fehlern in Gesundheitsorganisationen. Empfehlungen für Kader, Kollegen und Betroffene. Zürich: Stiftung Patientensicherheit Schweiz.

Teil 2: „Wenn doch etwas schiefgeht“

E. Lernen aus Fehlern

Zwei Prinzipien können einen wichtigen Beitrag leisten beim Lernen aus Fehlern:

- Den Blick aufs System richten und fragen „Warum ist es schiefgegangen?“, anstatt der Frage nachzugehen „Wer hat es falsch gemacht?“
- Möglichst starke Massnahmen ableiten, die ein hohes Potential haben, eine Wiederholung des Geschehens zu verhindern und die Sicherheit zu stärken.

Dazu mehr in diesem Kapitel.

Systemperspektive: nicht *wer*, sondern *warum*

Nimmt man beim Lernen aus Fehlern eine Systemperspektive ein, so bedeutet das:

- Es geht nicht um die Klärung von Schuldfragen.
- Individuelle Handlungen werden im Kontext betrachtet.
- Ziel ist es zu verstehen, was zu einer unsicheren Situation bzw. zu einem Ereignis geführt hat.

Eine systemische Betrachtung von Ereignissen und Fehlern hat zur Folge:

- Massnahmen leiten sich aus den Faktoren ab, die dazu beigetragen haben, dass sich ein Ereignis entwickelt hat. Ziel ist es, das System sicherer zu machen und Wiederholungen zu vermeiden.

Systemperspektive: nicht *wer*, sondern *warum*

Ganz unterschiedliche Faktoren können dazu beitragen, dass Handlungen unsicher werden und Fehler passieren. Sie lassen sich verschiedenen Bereichen zuordnen, wie zum Beispiel:

- **Aufgabe:** Komplexität der Aufgabe, Vorhandensein von Guidelines, etc.
- **Person** (Fachperson, Team, Patientin/Patient): Kompetenzen der Fachpersonen, Ermüdung, Kommunikation im Team, klinische Situation und Komplexität der Erkrankung etc.
- **Technik und Material:** Vorhandensein und Funktion technischer Arbeitsmittel und Materialien, etc.
- **Arbeitssituation und -umgebung:** Beleuchtung, Unterbrechungen, Arbeitsbelastung, etc.
- **Organisation:** Sicherheitskultur, Trainingsangebote, Strukturen, etc.
- **Externe Faktoren:** Regulation, Zusammenarbeit an Schnittstellen, etc.

Dies zeigt: Die Betrachtung von Handlungen und Fehlern im Kontext und mit Blick aufs System, stärkt den Erkenntnisgewinn und fördert die Entwicklung einer konstruktiven Lernkultur.

Drei Beispiele für das Lernen aus Fehlern

	Analyse von CIRS-Meldungen	Zwischenfall-Analyse	Fallbesprechung Mortalitäts-Morbiditäts-Konferenz
Art Ereignis	i.d.R. Beinaheschäden, häufig anonyme Meldungen in Form kurzer Texte. Deshalb häufig begrenzte Informationsbasis.	Alle Arten von Ereignissen und Fehlern können analysiert werden, i.d.R. Fokus auf (potentiell) schwerwiegende Ereignisse und Ereignisse mit hohem Lernpotential.	Aufarbeitung von Komplikationen, ungewöhnlichen Behandlungsverläufen und unerwarteten Todesfällen
Merkmal	Durch eine hohe Anzahl gemeldeter Fälle haben CIRS-Systeme das Potential, sehr seltene Ereignisse zu identifizieren sowie in der Gesamtschau der Meldungen Muster aufzuzeigen.	Hohe Analysetiefe, umfassendes Verständnis des Hergangs des Ereignisses sowie systematische Identifikation von beitragenden Faktoren auf allen Ebenen des Systems (Individuum, Team, Organisation, Gesundheitswesen).	Einbezug von Wissen und Erfahrung vieler Personen und gemeinschaftliche Auseinandersetzung mit kognitiven und Systemfaktoren. Anwendung bisher im stationären Setting.

Trotz ihrer Unterschiede verfolgen alle drei „Lerngefässe“ ein **gemeinsames, übergeordnetes Ziel**: Die Stärkung der Patientensicherheit durch Verbesserung von Prozessen und Strukturen zur Vermeidung der Wiederholung.

Quellen: APS 2018, 2020; Stiftung Patientensicherheit Schweiz 2018; Häsler und Schwappach 2019

Massnahmen ergreifen

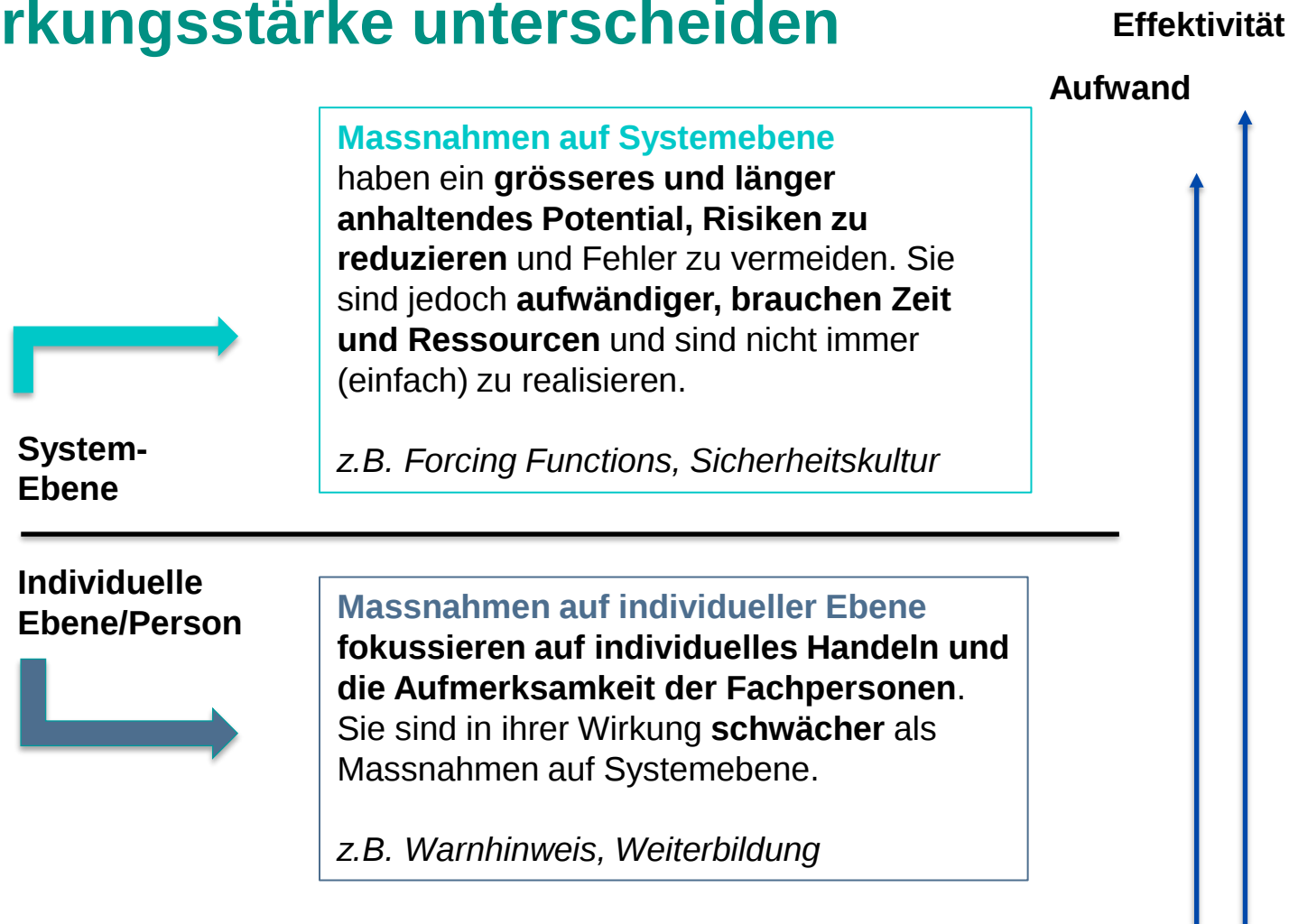
Unabhängig davon, in welchem Kontext und wie ein unerwünschtes Ereignis analysiert wurde:



Lernen aus Fehlern führt zu einem vertieften Verständnis der Geschehnisse und zielt wo möglich und erforderlich darauf ab, geeignete Massnahmen zu ergreifen. So kann ein Beitrag dazu geleistet werden, Wiederholungen gleicher oder ähnlicher Vorkommnisse zu vermeiden und die Patientensicherheit zu stärken.

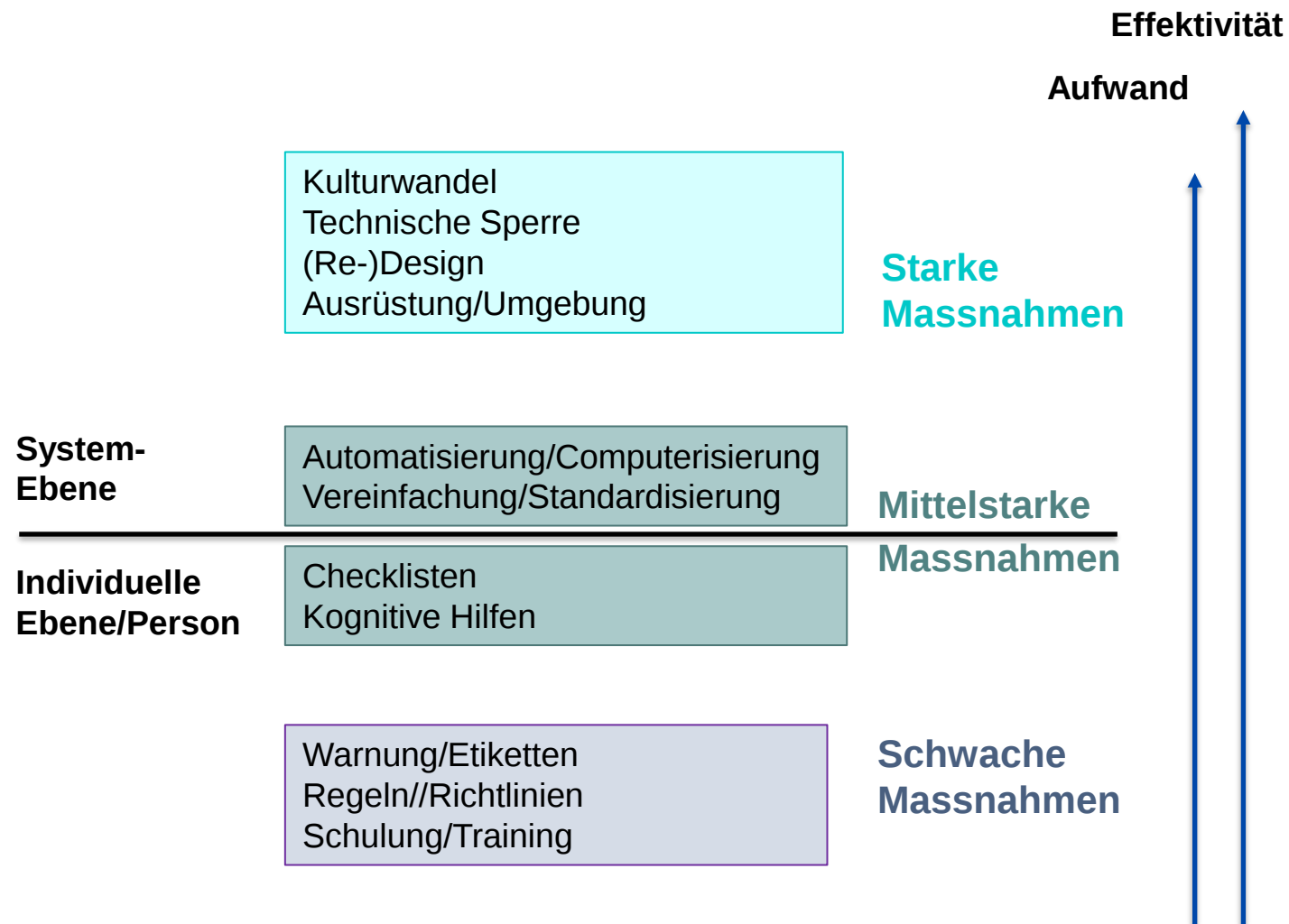
Doch welche Massnahmen sind besonders wirkungsvoll?

Massnahmen können sich in ihrer Wirkungsstärke unterscheiden



Quelle: Trbovich & Shojania 2017

Stärke von Massnahmen: Beispiele



Quelle: Trbovich & Shojania 2017

Fazit

Auch wenn starke Massnahmen häufig nicht in der einzelnen Arztpraxis umgesetzt werden können oder mit einem hohen Ressourcenbedarf verbunden sind:

Es lohnt sich bei der Planung von Massnahmen immer darüber nachzudenken, ob eine stärkere Massnahme möglich wäre.

Beispiel: Sollen Verwechslungen von ähnlich aussehende Medikamenten vermieden werden, ist es wirkungsvoller diese Medikamente in der Praxisapotheke separat zu platzieren, anstatt sich vorzunehmen, das nächste Mal besser aufzupassen.

Welche Massnahme ist stark, welche schwach? Setzt sie auf individueller oder System-Ebene an?
Diskutieren Sie auch eigene Beispiele aus Ihrer Praxis.



Referenzen und Literaturhinweise

Lernen aus Fehlern

- Aktionsbündnis Patientensicherheit (APS) (2018). Handeln bevor etwas passiert. Berichts- und Lernsysteme erfolgreich nutzen. Handlungsempfehlung für ambulante Einrichtungen im Gesundheitswesen, Berlin [Internet]. Berlin: Aktionsbündnis Patientensicherheit.
- Aktionsbündnis Patientensicherheit (APS). (2020). Empfehlung zur Implementierung und Durchführung von Fallanalysen. Berlin: Aktionsbündnis Patientensicherheit.
- Carayon, P., Schoofs Hundt, A., Karsh, B.-T., Alvarado, C. J., Smith, M., Flatley Brennan, P. (2006). Work system design for patient safety: the SEIPS model. Qual Saf Health Care, 15 (Suppl 1): i50-i58.
- Häsler L, Schwappach D. (2019). Leitfaden Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen. Zürich: Stiftung Patientensicherheit Schweiz.
- Stiftung Patientensicherheit Schweiz. Empfehlungen für das Betreiben eines Bericht- und Lernsystems (CIRS) [Internet]. Zürich; 2018. Available from: <https://www.patientensicherheit.ch/cirnet/downloads/>
- NHS Education for Scotland (2011). Significant Event Analysis. Guidance for Primary Care Teams. Edinburgh: NHS Education for Scotland.
- Trbovich, P., Shojania, K.G., (2017). Root-cause analysis: swatting at mosquitoes versus draining the swamp. BMJ Quality and Safety. Online First, 2017, 0.1-4.

Weiterführende Informationen

- CIRNET Stiftung Patientensicherheit Schweiz: <https://www.patientensicherheit.ch/cirnet/>
- Projekt CIRS forte: <https://www.cirsforte.de/>

Fazit: „Wenn doch etwas schiefgeht“

- Für einen angemessenen Umgang mit einem Ereignis, sind auf mehreren Ebenen – **Patientin/Patient, Fachperson und Organisation** – Schritte erforderlich.
- **Offenheit, Empathie und gute Kommunikation sind zentral:** Im Umgang mit first und second victims ebenso wie beim Lernen aus Fehlern in der Organisation.
- Das Lernen aus Fehlern verbindet ebenfalls die drei Ebenen: Patientinnen und Patienten wünschen sich, dass die Organisation aus Fehlern lernt und zukünftige Patienten keine Wiederholung derselben Situation erleben. Second Victims können durch eine systemische Fallanalyse Entlastung erfahren, wenn Kontextfaktoren im Zentrum der Analyse stehen und auf individuelle Schuldzuweisungen verzichtet wird.



Stärke von Massnahmen

