

# Interaktives Lernen im Room of Horrors

Manual für Hausarzt- und  
Kinderarztpraxen



patientensicherheit schweiz  
sécurité des patients suisse  
sicurezza dei pazienti svizzera



## Room of Horrors – Risiken erkennen, Sicherheit schaffen

Unter einem „Room of Horrors“ wird ein Trainingsraum verstanden, in dem Mitarbeitende in einer Arztpraxis anhand einer simulierten Situation für Themen der Patientensicherheit sensibilisiert werden. Das heisst: Eine für die Durchführung verantwortliche Person versteckt in der Praxis alltagsnahe Fehler und Risiken für Patientinnen und Patienten. Die übrigen Mitarbeitenden des Praxisteam versuchen einzeln oder im (interprofessionellen) Team von 3 bis 6 Personen, die versteckten Fehler und Risiken aufzudecken. So werden die Mitarbeitenden auf niederschwellige und praxisnahe Art für die Patientensicherheit sensibilisiert, trainieren die Aufmerksamkeit für Umgebungselemente (situational awareness) und lernen von den anderen Gruppenmitgliedern.

Das vorliegende Manual enthält wissenschaftliche Hintergrundinformationen sowie Szenarien und Materialien für die konkrete Umsetzung eines „Room of Horrors“ in Hausarztpraxen sowie Kinderarztpraxen. Das Manual baut auf der Anleitung auf, die 2019 von Patientensicherheit Schweiz für Spitäler entwickelt wurde [1].

**Kostenloser Download** unter [www.patientensicherheit.ch](http://www.patientensicherheit.ch)

**Autoren:** Dr. Katrin Gehring; Andrea Niederhauser; Prof. Dr. David Schwappach

**Beitragende:** An der Entwicklung der Materialien haben verschiedene Expertinnen und Experten mitgearbeitet. Ihnen gebührt unser herzlicher Dank:

- Dr. Lea Brühwiler, MSc Pharm. Wiss., Wissenschaftliche Mitarbeiterin, Stiftung Patientensicherheit
- Dr. med. Simone Fischer, Programmleiterin, Stiftung Patientensicherheit Schweiz
- Dr. med. Dominique Gut, Qualitätsverantwortlicher pädiatrie schweiz, Praxispädiater
- Anita Imhof, Programmleiterin, Stiftung Patientensicherheit Schweiz
- Simone Lanz-Rafz, mediX bern, GL Ressort MPA, MPA-QZ
- Dr. med. Stefan Maydl, Facharzt für Innere Medizin (D), Hausarzt
- Prof. Dr. med. Sven Streit, PhD, Hausarzt in Konolfingen
- Alfons Url, Dipl. Experte Intensivpflege, CO-Leitung Reanimation, Hirslanden AG, Klinik Hirslanden Zürich
- PD Dr. med. Elisabeth Van Gessel, ehem. Direktorin des interprofessionellen Simulationszentrums Genf, Universität Genf
- Dr. med. Corina Wilhelm, selbständig tätige Kinderärztin in einer Gruppenpraxis
- Ramona Wismer, Jun. Qualitätsmanagerin, Hirslanden AG, Klinik Hirslanden Zürich

Ganz besonders möchten wir uns auch bei den Arztpraxen bedanken, die sich an der Pilotierung des Room of Horrors in der ambulanten Praxis beteiligt haben. Ihre Erfahrungen sind in dieses Manual eingeflossen.

**Finanzierung:** Grosser Dank gilt dem Bundesamt für Gesundheit (BAG) für die Finanzierung des Projekts.

**Titelseite:** Lucid, Büro für kollektive Neugierde, 8003 Zürich

**Zitationsvorschlag:** Gehring, K.; Niederhauser, A.; Schwappach, D.: Interaktives Lernen im Room of Horrors. Manual für Hausarzt- und Kinderarztpraxen, 2021, Stiftung für Patientensicherheit Schweiz, Zürich.

## Inhalt

<b>1.</b>	<b>Hintergrund</b> .....	<b>3</b>
<b>2.</b>	<b>Ziele</b> .....	<b>5</b>
<b>3.</b>	<b>Grundzüge des Room of Horrors</b> .....	<b>6</b>
3.1.	Fehler und Risiken in der Praxis verstecken .....	6
3.2.	Die Gefahren suchen und anschliessend gemeinsam auflösen .....	6
3.3.	Team-Event, Simulation und Weiterbildung zugleich .....	6
<b>4.</b>	<b>Umsetzung eines Room of Horrors</b> .....	<b>8</b>
4.1.	Vorbereitung .....	8
4.2.	Durchführung .....	11
4.3.	Nachbesprechung .....	12
<b>5.</b>	<b>Szenario Kinderarztpraxis</b> .....	<b>15</b>
5.1.	Sophia, 18 Monate .....	16
5.2.	Max, 3 Jahre.....	21
5.3.	Luc, 15 Jahre und Aline, 11 Jahre.....	25
5.4.	Fehler und Risiken ohne Fallgeschichte .....	32
<b>6.</b>	<b>Szenario Hausarztpraxis</b> .....	<b>36</b>
6.1.	Patientin Frau Felber .....	37
6.2.	Patient Herr Kianicka.....	46
6.3.	Patientin Frau Meier .....	51
6.4.	Fehler und Risiken ohne Fallgeschichte .....	57
<b>7.</b>	<b>Materialien</b> .....	<b>62</b>
7.1.	Checkliste Instruktion Teilnehmende.....	62
7.2.	Vorlage Lösungsblatt / Fehlerliste .....	63
7.3.	Vorlage Fehlererfassungblatt .....	64
7.4.	Debriefing-Leitfaden .....	65
<b>8.</b>	<b>Literatur</b> .....	<b>67</b>

## 1. Hintergrund

Patientinnen und Patienten sind während eines Besuchs in der Arztpraxis unterschiedlichen Gefährdungen ausgesetzt, wie z.B. Verwechslungen, nicht korrekt ausgeführten Handlungen oder fehlenden Informationen von anderen Leistungserbringern. Solche Gefährdungen können in der Folge zu unerwünschten Ereignissen und Patientenschädigungen führen und sind damit schwerwiegende Probleme für die Patientensicherheit in einer Arztpraxis [2,3]. Obwohl den Mitarbeitenden diese Gefahren grundsätzlich bekannt sind, bleiben sie im Alltag oft unentdeckt und unkorrigiert. Beispielsweise ist allen Ärztinnen und Ärzten und Medizinischen Praxisassistentinnen und Praxisassistenten (MPA) bekannt, welches Risiko besteht, wenn bei einer Impfung lediglich die Trägerlösung injiziert wird. Gleichwohl kommen in der Hektik des Alltags Situationen vor, in denen die Ampulle mit dem Wirkstoff nicht aufgezogen wird, ohne in diesem Moment die Gefährdung bewusst wahrzunehmen.

Dies lässt sich durch eingeschränktes Situationsbewusstsein der handelnden Person erklären. Ein adäquates Situationsbewusstsein entsteht durch die Wahrnehmung von Objekten in der Umgebung, das Verstehen ihrer Bedeutung und die treffsichere Voraussage der Entwicklung der Objekte und der Umgebung [4]. Ein gutes Situationsbewusstsein würde also bedeuten, vor der Impfung zu bemerken, dass der Wirkstoff nicht aufgezogen wurde, und die daraus entstehende Gefahr für die Patientin/den Patienten zu erkennen. Eine Person, der das auffällt, ist für mögliche Gefährdungen in der Praxis sensibilisiert. Um die Gefährdung im Alltag abwenden zu können sind also einerseits Wissen über Patientensicherheitsgefahren und andererseits ein hohes Situationsbewusstsein erforderlich. Dazu gehört auch, die Rollen und Beiträge der verschiedenen Mitglieder des Behandlungsteams zu kennen und sich gegenseitig zu unterstützen.

Um Gefährdungen für Patientinnen und Patienten während eines Praxisbesuchs rechtzeitig zu erkennen und abzuwenden, ist ein geschultes Situationsbewusstsein der Mitarbeitenden wichtig. Ein innovativer, erfolgreicher, niederschwelliger und kostenarmer Ansatz zum Training des Situationsbewusstseins ist der sogenannte Room of Horrors („Raum des Horrors“) [5]. Beim Room of Horrors handelt es sich um eine „low-fidelity“ (mit „simpler“ technischer Ausstattung durchgeführte) Simulation, in der alltagsbezogene Beobachtungsfähigkeiten, kritisches Denken und Situationsbewusstsein hinsichtlich Patientengefährdungen erfahrungsbezogen trainiert werden. Mitarbeitende schulen ihre Fähigkeiten, akute Patientengefährdungen zu identifizieren. Im Gegensatz zu theoretischen Schulungen werden die Situationen, in denen sich Gefährdungen im klinischen Alltag manifestieren, konkret erlebbar. In den angelsächsischen Ländern hat sich der Room of Horrors inzwischen recht weit verbreitet. Verschiedene Spitäler setzen ihn beispielsweise regelmässig für Pflege- und Medizinstudierende und zu Arbeitsantritt neuer Assistenzärztinnen und Assistenzärzte ein [6,7]. Positive Erfahrungen mit diesem Konzept wurden auch bereits in der Schweiz gesammelt [8]. Um die Verbreitung des Konzepts in der Schweiz zu fördern, hat die Stiftung Patientensicherheit

im Jahr 2019 sechs Szenarien für einen Room of Horrors im Spital sowie ein Umsetzungsmanual erarbeitet [1].

Wissenschaftliche Untersuchungen kommen zu positiven Beurteilungen des Room of Horrors. Farnan et al. untersuchten den Room of Horrors bei Medizinstudierenden und eintretenden Assistenzärztinnen und Assistenzärzten [5]. Von den installierten Patientengefährdungen wurden zwischen 6% und 84% von den Medizinstudierenden korrekt identifiziert. Die Assistenzärztinnen/Assistenzärzte identifizierten im Durchschnitt 5.1 der 9 installierten Gefährdungen. Die Erkennungsrate variierte sehr stark zwischen den verschiedenen Gefährdungen: Während beispielsweise das Sturzrisiko eines Patienten mit Delir und hoch aufgestelltem Bett von 70% der Assistenzärztinnen/Assistenzärzte erkannt wurde, bemerkten nur 20% den unnötigen ohne Indikation liegenden Harnkatheter. Das Feedback der Studierenden und Assistenzärztinnen/Assistenzärzte auf das Training war positiv. In einer weiteren Studie wurden die installierten Patientengefährdungen durch überflüssige Massnahmen („choosing wisely“ Massnahmen) ergänzt. Von den 8 Patientengefährdungen im Room of Horrors wurden von den Assistenzärztinnen und Assistenzärzten im Durchschnitt 66% korrekt erkannt, von den 4 überflüssigen Massnahmen, die naturgemäss auch ein Risiko beinhalten wie bspw. eine überflüssige Bluttransfusion nur 19% [6]. Ein installierter Medikationsfehler (Gabe eines nicht verordneten Medikaments) wurde nur von 40% der Teilnehmenden richtig erkannt. Interessant ist, dass Assistenzärztinnen und Assistenzärzte, die angaben, Patientengefährdungen sicher erkennen zu können, keine bessere Leistung im Room of Horrors zeigten als diejenigen, die sich unsicher waren. Das Feedback der Teilnehmenden war positiv. Einen Monat nach der Übung gaben 69% der Assistenzärzte an, dass sie als Ergebnis der Simulation besser und wachsender gegenüber Patientengefährdungen sind. In einer weiteren Untersuchung, die sich spezifisch auf Patientengefährdungen auf der Intensivstation bezog, wurden Unterschiede in der Leistung im Room of Horrors zwischen Medizin- und Pflegestudierenden untersucht [9]. Die Daten zeigen, dass es grosse Unterschiede zwischen den Berufsgruppen gibt, welche Patientengefährdungen sie besonders gut bzw. schlecht erkennen. Ausserdem konnte gezeigt werden, dass multiprofessionelle Teams gemeinsam mehr Gefährdungen erkennen als Einzelpersonen. Dennoch: Auch im Team wurden viele spezifische Gefährdungen nicht korrekt erkannt, wie beispielsweise ein zu hoher Druck in der Beatmung des Patienten oder das Fehlen der Dekubitus-Prophylaxe. Von den Teilnehmenden wurde hervorgehoben, dass sie durch die Simulation die Rolle, Leistungen und Expertise der jeweils anderen Berufsgruppe besser kennen- und schätzen gelernt hatten und die Chancen der Teamarbeit bewusst wahrnahmen. In Grossbritannien existieren ebenfalls positive Erfahrungen mit dem Room of Horrors als Lehrmethode zur Verbesserung des Situationsbewusstseins bei Medizinstudierenden [7].

In der Schweiz wurde die Umsetzung des Room of Horrors im Herbst 2019 in 13 Spitälern evaluiert [10]. Die Ergebnisse zeigen, dass das Training eine gut akzeptierte Methode ist, um das Situationsbewusstsein

der Mitarbeitenden für Gefährdungen zu schulen. Die Teilnehmenden schätzten den Room of Horrors als empfehlenswert (98%), relevant (96%) und lehrreich (95%) ein. 95% gaben an, vom Austausch in der Gruppe profitiert zu haben. Im Schnitt wurden 4.7 von zehn installierten Fehlern gefunden.

Auch wurden verschiedene Variationen des Room of Horrors erprobt. In Kanada wurde ein Room of Horrors für multiprofessionelle Teams im Kinderspital entwickelt [11]. Daupin et al. erprobten eine sehr innovative Anwendung im Kontext der Medikationssicherheit [12]. Sie installierten 30 Situationen, darunter 24 medikationsbezogene Patientengefährdungen in einen kombinierten Patienten- und Medikationsraum. Dies waren z.B. eine Morphin-Verordnung ohne Angabe des Applikationsweges, die Aufbewahrung von Lebensmitteln im Arzneimittelschrank oder eines flüssigen, oralen Medikaments in der Spritze aufgezogen. Knapp 68% der installierten Fehler wurden durch die Teilnehmenden korrekt identifiziert (n=230 Pflegefachleute, Ärzteschaft, pharmazeutisches Personal). Die berufliche Erfahrung war nicht mit der Leistung im Room of Horrors assoziiert. Die Zufriedenheit der Teilnehmenden war sehr hoch und die weit überwiegende Mehrheit (96%) würde gerne an einer weiteren Simulation teilnehmen. Nahezu alle befragten Teilnehmerinnen und Teilnehmer hielten diese Form des Trainings für effektiv (98%).

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass der Room of Horrors eine innovative und leicht im Alltag integrierbare Methode ist, die auf die Verbesserung des Situationsbewusstseins zielt. Sie ist auf verschiedene Kontexte adaptierbar und bei den Teilnehmenden als dynamisches und interaktives Training beliebt. Mit ihrem spielerischen Ansatz ist sie ein gutes Mittel, um für alltägliche Gefährdungen der Patientensicherheit zu sensibilisieren.

## **2. Ziele**

- Sensibilisieren für konkrete Gefahren der Patientensicherheit
- Förderung des kritischen Denkens, der Beobachtungsfähigkeit und des Situationsbewusstseins hinsichtlich Patientengefährdungen
- Förderung der (interprofessionellen und interdisziplinären) Zusammenarbeit durch gemeinsame Problemlösung, durch Lernen voneinander und durch eine Verbesserung des gegenseitigen Verständnisses der Tätigkeiten, Aufgaben und Rollen
- Bewusstsein schaffen, wie die Sicherheit in der Praxis erhöht werden kann

### **3. Grundzüge des Room of Horrors**

Nachfolgend werden die wichtigsten Eckpunkte eines Room of Horrors in Arztpraxen beschrieben.

#### **3.1. Fehler und Risiken in der Praxis verstecken**

Mit Hilfe der im Manual bereitgestellten Materialien werden ein oder mehrere Räume in der Praxis (z.B. Sprechzimmer, Empfang, Labor) mit Fehlern und Risiken bestückt, die die Patientensicherheit gefährden. Selbstverständlich werden in dieser Zeit in der Praxis bzw. in den eingerichteten Räumen keine Patienten empfangen und behandelt.

Die versteckten Fehler und Risiken können bei genauer Beobachtung der Praxisräume und in Zusammenhang mit Informationen über fiktive Patientinnen und Patienten identifiziert werden. Zwei Beispiele: A) Für eine fiktive Patientin liegt eine Akte mit einem Hinweis auf eine Medikamentenallergie bereit. Gleichzeitig ist eine Verordnung für diese Patientin vorbereitet, die die dokumentierte Allergie nicht berücksichtigt. B) Für die Impfung eines Kindes wurde die Ampulle mit der Dosierung für Erwachsene bereitgestellt.

Bei den im Manual beschriebenen Gefahren handelt es sich um typische und häufige Risiken für die Patientensicherheit (z.B. Fehler in Zusammenhang mit der Medikation, oder Verwechslungen von Patienten). Ergänzend können aber auch spezifische Probleme berücksichtigt werden, die Sie aus Ihrem Alltag kennen und für die Sie Ihr Team sensibilisieren möchten.

#### **3.2. Die Gefahren suchen und anschliessend gemeinsam auflösen**

Die Fachpersonen, die in der Praxis nach Fehlern suchen, haben den Auftrag, in einer vorgegebenen Zeit (z.B. 20 Min), alleine oder in interprofessionellen Teams, alle Gefahren und Fehler zu finden, die in der Praxis installiert sind. Die gefundenen Risiken werden auf einem Fehlererfassungsblatt dokumentiert. Im Anschluss findet ein gemeinsames Debriefing statt, um die versteckten Fehler offen zu legen und zu diskutieren.

#### **3.3. Team-Event, Simulation und Weiterbildung zugleich**

Das Simulationstraining kann in jeder Praxis durchgeführt werden, da praktisch keine spezielle Ausstattung nötig ist. Je nach Ausgestaltung ist der Ansatz interprofessionell, hierarchie- und erfahrungsübergreifend: Jede Mitarbeiterin, jeder Mitarbeiter kann teilnehmen. Findet die Begehung in Gruppen statt, kann der Austausch im Team und die gemeinsame Diskussion um Patientensicherheitsthemen gefördert und trainiert werden. Die Durchführung des Room of Horrors eignet sich deshalb auch als interne Weiterbildung im Praxisteam.



Die Simulation in Form eines Room of Horrors zeichnet sich durch einen spielerischen Charakter aus. Aus diesem Grund wird die Auseinandersetzung mit Gefahren für Patientinnen und Patienten von den Mitarbeitenden positiv und weniger belehrend empfunden, als bei typischen Kampagnen oder Schulungen.

### Beispiele für Risiken in der Arztpraxis



Für die Impfung wurde nur die Trägerlösung aus der Verpackung geholt, nicht die Ampulle mit dem Wirkstoff: Gefahr, dass nur die Trägerlösung injiziert wird.



Desinfektionsmittel für verschiedene Anwendungen (Fläche/Wunde/Haut) stehen griffbereit nebeneinander: Verwechslungsgefahr.



Das Notfall-Set enthält für die Verdünnung des Adrenalins eine 2 ml Spritze (rechts) anstelle der 10 ml Spritze (links): Gefahr für eine falsche Verdünnung des Adrenalins.



Medikamente mit grosser visueller Ähnlichkeit stehen nebeneinander in der Praxisapotheke: Gefahr für Verwechslungen bei der Abgabe von Medikamenten.



## **4. Umsetzung eines Room of Horrors**

Nachfolgend finden Sie Hinweise, was bei der Umsetzung eines Room of Horrors beachtet werden sollte.

### **4.1. Vorbereitung**

#### **4.1.1. Verantwortliche Person definieren**

Bestimmen Sie eine Person, die für das Einrichten und die Durchführung des Room of Horrors verantwortlich ist. Es ist naheliegend, dass dieselbe Person später den Room of Horrors betreut und die Teilnehmenden instruiert, da sie durch ihr Vorwissen nicht mehr aktiv an der Fehlersuche teilnehmen kann (vgl. Kapitel Durchführung).

Benennen Sie zudem eine Person, die das Debriefing moderiert (vgl. Kapitel Nachbesprechung). Das kann dieselbe Person sein, die den Raum einrichtet.

#### **4.1.2. Fehler und Risiken auswählen**

Um einen Room of Horrors in der Praxis einzurichten, wählen Sie zunächst die Fehler und Gefahren aus, die Sie installieren möchten. Da sich Fehler und Risiken in der Realität in unterschiedlichen Praxisräumen ereignen, sollte dies auch beim Room of Horrors so sein. Je nachdem, welche Fehler Sie auswählen, werden diese im Sprechzimmer, am Empfang, im Labor, in der Praxisapotheke etc. installiert.

Für die Vorbereitung eines Room of Horrors in Arztpraxen haben wir zwei Szenarien erstellt, die in diesem Manual detailliert beschrieben sind und aus denen Sie Fehler und Risiken auswählen können:

- Szenario «Kinderarztpraxis» (Kapitel 5)
- Szenario «Hausarztpraxis» (Kapitel 6)

Jedes Szenario enthält folgende Unterstützungsmaterialien:

- Beschreibung von verschiedenen Patientenfällen (Fallgeschichten), inkl. skizzenhafter Krankenakte (als Vorlage zum Ausdrucken) und Liste der Fehler, die im jeweiligen Patientenfall versteckt sind
- Tabelle mit Fehlern und Risiken, die ohne Fallgeschichten installiert werden können
- Information zu notwendigen Materialien und Beschreibung für die Vorbereitung der Fehler

## **Fehler und Risiken auswählen**

Wählen Sie ein oder zwei der vorhandenen Patientenfälle aus, die Sie für Ihren Room of Horrors nutzen möchten. Zusätzlich wählen Sie aus der Tabelle mit Fehlern, die ohne Fallgeschichte inszeniert werden können, weitere Gefahren aus, die nicht bereits in den Patientenfällen auftreten. Es sollten auf jeden Fall Fehler aus den Bereichen «Labor», «Apotheke» und «Empfang» verwendet werden. Es ist möglich, dass einzelne Fehler nicht in jeder Praxis umsetzbar sind, da sich Gegebenheiten unterscheiden (z.B. das Wartezimmer hat keine Glastüre). Dann überspringen Sie diese Fehler oder passen Sie diese an die Situation in Ihrer Praxis an.

Selbstverständlich haben Sie auch die Möglichkeit zusätzliche Fehler einzubauen, die in Ihrer Praxis relevant, jedoch nicht im Manual beschrieben sind. Insgesamt sollten 15-20 Fehler im Room of Horrors versteckt sein, die die zentralen Fehlerbereiche abdecken: Organisation, Dokumentation, Klinische Prozesse, Medikation, Infektion, Ausrüstung.

Auch bei sorgfältiger Vorbereitung ist es möglich, dass die Teilnehmenden zusätzliche Fehler und Gefahren entdecken, die nicht absichtlich versteckt wurden. Das ist ein positives Zeichen, das auf eine hohe Aufmerksamkeit hinweist und keine Kritik an der Organisation des Trainings oder der Praxis.

### **Lösungsblatt erstellen: als Hilfsmittel fürs Debriefing und Checkliste für die Fehler-Deinstallation**

Nachdem feststeht, welche Fehler und Gefahren Sie in Ihrem Room of Horrors realisieren, sollten Sie eine vollständige Fehlerliste erstellen. Eine Vorlage finden Sie bei den Materialien in Kapitel 7. Diese dient Ihnen einerseits als Lösungsblatt beim Debriefing, wenn Sie mit Ihren Kolleginnen und Kollegen die versteckten Fehler besprechen. Die Liste ist gleichzeitig auch eine Checkliste, anhand derer Sie nach Abschluss des Simulationstrainings alle versteckten Fehler systematisch zurückbauen und überprüfen können, nichts vergessen zu haben.

#### **4.1.3. Materialien erstellen und Zimmer präparieren**

Die Fehler und Risiken anhand der Informationen in den Szenarien inszeniert. Hierfür benötigen Sie bestimmte Materialien (z.B. Medikamentenschachtel mit Patientenetikette passend zum fiktiven Patientenfall, Materialien für Blutentnahme oder Impfung). Alle Informationen zu den notwendigen Materialien finden Sie beim jeweiligen Szenario. Die Möglichkeiten und Einrichtungen unterscheiden sich in den Praxen. Unsere Empfehlung: Gestalten Sie Ihren Room of Horrors passend zu Ihrer Praxis, Kreativität ist erlaubt!

Abgesehen von den präparierten Praxisräumen benötigen Sie Krankenakten für die Beispielpatienten. Um Zeit zu sparen, können Sie die vorbereiteten Beispiele aus dem Manual vervielfältigen. Um alles möglichst realitätsnah zu gestalten, können Sie die Akten aber auch entsprechend Ihrer Dokumente und Systeme

erstellen, beispielsweise in Form eines „Testpatienten“. Auf Anfrage senden wir Ihnen eine Wordvorlage zu, aus der Sie die Texte leicht kopieren können.

Es kann erforderlich sein, dass die Medikamente in den Fallbeispielen, auf die von Ihnen üblicherweise verwendeten Präparate umgestellt werden müssen. In den Szenarien und Materialien verwenden wir in aller Regel die Wirkstoffnamen von Medikamenten, keine Markennamen. Wenn Sie im Room of Horrors lieber mit den in Ihrer Praxis üblichen Präparaten arbeiten möchten, können Sie die Szenarien und Materialien selbstverständlich entsprechend anpassen.

Eine präparierte Praxis könnte beispielsweise wie folgt aussehen: Im Sprechzimmer liegen die Dokumente für zwei Patientenfälle (Pro Fall Ausdruck Fallgeschichte und Patientenakte). Im Labor wurde ein Tablett mit Materialien für eine Blutentnahme sowie ein Tablett mit Materialien für eine Impfung vorbereitet. Am Empfang liegt eine ausgedruckte Agenda. In der Apotheke sind Medikamente für die Abgabe vorbereitet.

#### 4.1.4. Geeignetes Vorgehen wählen

##### **Gestaltung der Weiterbildung bzw. des Simulationstrainings**

Schaffen Sie einen geeigneten Rahmen für die Durchführung des Room of Horrors in Ihrer Praxis. Vielleicht machen Sie aus dem Training eine interne Weiterbildung mit anschliessendem gemeinsamen Ausklang? Für die Planung können Ihnen nachfolgende Zeitangaben behilflich sein. Falls Sie in einer grossen Praxis mit vielen Mitarbeitenden tätig sind und mehrere Durchgänge für die Fehlersuche planen, verlängert sich die Veranstaltung entsprechend.

- Fehlersuche im Room of Horrors: ca. 20-30 Minuten
- Debriefing: Standardversion 15-20 Minuten. Wenn Sie einen bestimmten Themenbereich vertiefen möchten, planen Sie entsprechend zusätzliche Zeit ein (vgl. Debriefing-Leitfaden).

Wichtig: Der Room of Horrors sollte wann immer möglich ausserhalb der Öffnungszeiten der Praxis durchgeführt werden.

##### **Einzel- oder Teamarbeit**

Der Room of Horrors kann auf verschiedene Arten genutzt werden. Es lohnt sich zu überlegen, welches Vorgehen für Ihre Praxis am geeignetsten ist. Der Room of Horrors kann entweder von Einzelpersonen individuell besucht werden oder aber in Teams, interprofessionell (Ärztinnen, Ärzte und MPA) oder monoprofessionell (z.B. nur MPA). Die Entscheidung für die verschiedenen Varianten kann von der Praxisgrösse oder aber vom Ziel des Trainings abhängen. Eine Durchführung in Teams ermöglicht den Austausch untereinander, das gemeinsame Lernen voneinander und fördert das gegenseitige Verständnis für Aufgaben und Rollen.

## **Ein gemeinsamer Durchlauf vs. mehrere Durchgänge**

Je nach Grösse der Praxis und räumlichen Möglichkeiten können bzw. sollten die Mitarbeitenden in mehreren Gruppen den Room of Horrors durchlaufen. Wir empfehlen eine Gruppengrösse von 3-6 Personen pro Durchgang.

## **4.2. Durchführung**

### **4.2.1. Betreuende Person**

Eine Person ist für den Room of Horrors zuständig und hat folgende Aufgaben:

- Sie wartet bei mehreren Durchgängen die Räume und stellt sicher, dass alle Teilnehmenden die gleiche, richtige Ausgangslage vorfinden.
- Sie instruiert die Teilnehmenden und informiert, in welchen Praxisräumen oder -bereichen nach Fehlern gesucht werden soll und ob Räume gesperrt sind.
- Sie hat während der Fehlersuche keine aktive Rolle. Wenn etwas am Vorgehen unklar ist, kann sie Auskunft geben. Sie steht jedoch nicht für Fachauskünfte zur Verfügung. Grundsätzlich bleibt sie eher im Hintergrund.

### **4.2.2. Auftrag und Information an die Teilnehmenden**

- Die Teilnehmenden haben den Auftrag in einer vorgegebenen Zeit (z.B. 20/30 Minuten) alle Gefahren für die Patienten und Fehler zu finden, die installiert sind. Sie dokumentieren diese auf einem Fehlererfassungsblatt (vgl. Vorlage in Kapitel 7). Das Fehlererfassungsblatt bleibt entweder bei den Teilnehmenden oder wird der in der Praxis verantwortlichen Person zu Evaluationszwecken abgegeben. Es sollte anonym bleiben.
- Bevor die Fehlersuche beginnt, informiert die betreuende Person die Teilnehmenden, in welchen Räumen oder Bereichen der Praxis Fehler versteckt sind. Auch sollte darauf hingewiesen werden, dass manche Fehler anhand von fiktiven Patientengeschichten zu finden sind (z.B. Ausdruck Fallgeschichte und Patientenakte im Sprechzimmer), wohingegen andere Gefahren unabhängig von diesen Fällen in der Praxis versteckt wurden und zu suchen sind (vgl. Checkliste Instruktion Teilnehmende in Kapitel 7).
- Wichtig ist, dass die Teilnehmenden instruiert werden, gefundene Fehler nicht zu korrigieren und die Auflösung nicht an Personen weiterzugeben, die den Raum noch nicht besucht haben.
- Für die Fehlersuche sollten Sie für jede Teilnehmerin/jeden Teilnehmer folgende Materialien bereitstellen: Fehlererfassungsblatt, Stift und ggf. Clipboard

### 4.2.3. Wartung bei mehreren Durchgängen

Es kann sein, dass Teilnehmende bewusst oder unbewusst Dinge im Raum verändern, z.B. einen Fehler korrigieren. Daher ist es wichtig, dass die Person, die die Fehler installiert hat, die Praxis kontrolliert und ggf. Gefahren wiederherstellt, falls Sie in einer grösseren Praxis mehrere Durchgänge mit unterschiedlichen Mitarbeitenden planen.

### 4.2.4. Fehler und Risiken deinstallieren

Wenn Sie das Training beendet haben, ist es von zentraler Bedeutung, alle Risiken und Fehler wieder zu entfernen, um ihre Patientinnen und Patienten dadurch nicht unwissentlich zu gefährden. Prüfen Sie am Ende anhand der Fehlerliste, dass Sie nichts vergessen haben.

## 4.3. Nachbesprechung

Die Mitarbeitenden, die sich am Training beteiligen, sollten unbedingt erfahren, welche Fehler und Risiken im Raum versteckt waren. Dafür gibt es verschiedene Möglichkeiten. Je nach Vorgehen bietet sich eine Feedbackrunde oder ein Debriefing an. Andere Optionen sind das Abgeben eines Lösungsblattes oder ein gemeinsamer Abschlussanlass mit der Auflösung der Gefahren und Fehler für alle Teilnehmenden.

Die Stiftung Patientensicherheit empfiehlt, ein kurzes Debriefing (Nachbesprechung) direkt im Anschluss an den Besuch im Room of Horrors durchzuführen. Geleitete Nachbesprechungen sind wirkungsvoll, da sie den Teilnehmenden die Möglichkeit bieten, das Erlebte zu reflektieren und dadurch den Lerneffekt des Trainings zu erhöhen [13,14]. Ziele des Debriefings zum Room of Horrors sind die Auflösung der installierten Fehler und Gefahren sowie die Stärkung des Bewusstseins für mögliche Risiken, die die Sicherheit der Patientinnen und Patienten in der Praxis gefährden können. Im Unterschied zu einem Feedback, in welchem die Teilnehmenden ausschliesslich Informationen zu den versteckten Fehlern erhalten, ist ein Debriefing eine wechselseitige Unterhaltung oder Diskussion. Das Debriefing ist jedoch kein offenes Gespräch, sondern folgt einer klaren Struktur [13]. So wird sichergestellt, dass das Gespräch zielgerichtet und effizient geführt wird. Einen konkreten Vorschlag für den Ablauf des Debriefings findet sich bei den Materialien in Kapitel 7 (Teil 1 des Debriefing-Leitfadens).

### 4.3.1. Wie lange dauert das Debriefing?

Wir empfehlen für das Debriefing 15-20 Minuten einzuplanen. Der Leitfaden enthält Vorschläge, wie das Debriefing ausgebaut werden kann, wenn mehr zeitliche Ressourcen zur Verfügung stehen (Teil 2 des Debriefing-Leitfadens). Informieren Sie die Teilnehmenden im Vorfeld über den Zeitplan und beenden Sie das

Debriefing pünktlich. Wenn Sie mehrere Durchgänge mit verschiedenen Gruppen vorgesehen haben, planen Sie nach dem Debriefing genügend Zeit ein, um den Raum für die nächste Gruppe bereit zu machen. Berechnen Sie auch Pausen für die moderierende Person mit ein.

#### 4.3.2. Wer moderiert das Debriefing?

Die Person, die das Debriefing moderiert, kann, muss aber nicht dieselbe Person sein, die den Room of Horrors einrichtet und betreut. Bei einer hohen Anzahl Teilnehmenden und einer längeren Inbetriebnahme des Raumes kann es sinnvoll sein, die Aufgaben auf zwei (oder mehr) Personen aufzuteilen.

Idealerweise bringt die Person Erfahrung mit moderierten Gesprächssituationen mit. Das Debriefing kann aber auch von einer Fachperson geleitet werden, die die folgenden Kriterien erfüllt:

- Ist geschätzt und anerkannt von den anderen Mitarbeitenden
- Hat Interesse und Spass an der Aufgabe
- Ist in der Lage, konstruktives, wertschätzendes Feedback zu geben
- Ist in der Lage, eine vertrauensvolle Gesprächsatmosphäre zu schaffen
- Hat ausreichend Fachkenntnisse, um gefundene Fehler und Gefahren einzuordnen (auch nicht beabsichtigte) und gemeinsam mit den Teilnehmenden zu diskutieren

Wir empfehlen, dass sich die Person, die das Debriefing moderiert, während der Fehlersuche im Raum aufhält und das Geschehen beobachtet. So können im Debriefing wichtige Punkte aufgegriffen werden, die sich während des Absolvierens des Room of Horrors abzeichnen. Die Person gibt ggf. Instruktionen, beantwortet Fragen zum Vorgehen und steht für nicht-fachliche Fragen zur Verfügung. Sie hat aber keine aktive Rolle in der Fehlersuche.

#### 4.3.3. Was muss beim Debriefing beachtet werden?

##### **Fehler auflösen**

Beim Debriefing geht es in erster Linie um die Wissensvermittlung und Sensibilisierung der Mitarbeitenden. Die versteckten Fehler und Gefahren werden im Debriefing aufgelöst und ggf. mit fachlichen Informationen ergänzt. Um den Lerneffekt zu erhöhen, soll im Debriefing insbesondere thematisiert werden, welche Fehler nicht oder nur selten gefunden wurden und was mögliche Gründe dafür sein könnten. Das Debriefing soll eine Diskussion darüber ermöglichen, welche Handlungs- und Denkweisen notwendig sind, um bestimmte Arten von Fehler entdecken zu können. Eine vertiefte Auseinandersetzung mit spezifischen Themen oder Risikobereichen ist dann möglich, wenn für das Debriefing genügend Zeit zur Verfügung steht. Möglicherweise treten beim Debriefing auch inhaltliche oder übergeordnete Themen zutage, die nach der Durchführung des Room of Horrors weiterverfolgt oder weiterbearbeitet werden können.



### **Eine konstruktive und wertschätzende Grundhaltung einnehmen**

Der Ansatz des «good judgement» [15] beschreibt die Haltung der moderierenden Person gegenüber den Teilnehmenden. Sie nimmt eine Grundhaltung ein, die davon ausgeht, dass die Teilnehmenden kompetent sind, ihr Bestes geben und Lernen wollen («good»). Die moderierende Person zeigt bei der Auflösung klar auf, was korrekt war und was nicht und bezieht damit eine Position («judgement»). Durch die Gesprächsführung zeigt sie jedoch auf, dass sie an der Sichtweise der Teilnehmenden interessiert ist und ihre Handlungs- und Denkweisen verstehen möchte, beispielsweise indem sie nachfragt, wieso gewisse Fehler einfach gefunden wurden, während andere selten oder gar nicht entdeckt wurden, oder was die Teilnehmenden in bestimmten Situationen gedacht haben.

### **Psychologische Sicherheit vermitteln**

Teilnehmende müssen das Gefühl haben, dass sie unterstützt, ermutigt und fair behandelt werden und ihre Meinung frei äussern können, ohne dafür ausgelacht, kritisiert oder bestraft zu werden. Dieses Gefühl der Sicherheit kann durch das Festlegen von Spielregeln und einer offenen, vertrauensvollen Gesprächskultur gefördert werden.

### **Spielregeln definieren**

Spielregeln für das Debriefing können sein: Alle Teilnehmenden sollen zu Wort kommen; es redet immer nur eine Person; es werden keine Vorwürfe, Beleidigungen oder Beschuldigungen geduldet. Eine wichtige Regel ist zudem das «Las Vegas Prinzip»: Alles, was im Raum passiert und besprochen wird, ist vertraulich und wird weder von der Moderatorin/dem Moderatoren noch von den Teilnehmenden ausserhalb der Gruppe weitergegeben.

## 5. Szenario Kinderarztpraxis

### Auswahl von Fehlern und Risiken

Wählen Sie anhand der Unterlagen in Kapitel 5 die Fehler und Gefahren aus, die Sie in Ihrer Praxis umsetzen möchten.

- Wählen Sie hierfür ein oder zwei der nachfolgenden Patientenfälle aus (Kap. 5.1 - 5.3) sowie ergänzend dazu Gefahren, die ohne Fallgeschichte inszeniert werden können (Kap. 5.4).
- Es sollten Fehler vertreten sein, die in verschiedenen Praxisräumen spielen (Labor, Apotheke, Empfang) und die zentralen Fehlerbereiche abdecken: Organisation, Dokumentation, Klinische Prozesse, Medikation, Infektion, Ausrüstung.
- Insgesamt sollten 15-20 Fehler im Room of Horrors versteckt sein.
- Es ist möglich, dass Fehler nicht in jeder Praxis umsetzbar sind, da sich Gegebenheiten unterscheiden. Überspringen Sie diese Fehler oder passen Sie diese an die Situation in Ihrer Praxis an. Sie haben zudem die Möglichkeit zusätzliche Fehler einzubauen, die in Ihrer Praxis relevant, jedoch nicht im Manual beschrieben sind.

### Notwendige Materialien

Materialien, die Sie für die Inszenierung der Fehler und Risiken benötigen, sind bei den Patientenfällen und Fehlerbeschreibungen genannt. Für die Durchführung des Room of Horrors benötigen Sie zudem folgende Materialien (s. Kap. 7):

- Für die Fehlersuche: Fehlererfassungsblatt für jede Teilnehmerin/jeden Teilnehmer sowie Stifte und ggf. Clipboard
- Für die Nachbesprechung: Lösungsblatt zur Auflösung der versteckten Fehler und Risiken und Debriefing-Leitfaden

## 5.1. Sophia, 18 Monate

### Fallgeschichte

#### *Variante Praxis mit Selbstdispensation*

---

Sophia ist 18 Monate alt, hat eine ältere Schwester und lebt bei ihren Eltern.

#### **Grund für den Sprechstundentermin**

Sophia hat die ganze Nacht über geschrien. Sie hat Fieber. Sophias Vater hat am Morgen früh angerufen und einen Termin für 11 Uhr erhalten.

#### **Die Ergebnisse der Konsultation finden sich in Sophias Krankenakte.**

#### **Nach der Konsultation**

Der Arzt/die Ärztin übergibt die Familie an die MPA für die Abgabe der Medikamente. Sie hat alles bereits bereitgestellt. Die MPA erhält den Auftrag, das Amoxicillin aufzulösen und der Familie abzugeben.

---

#### *Variante Praxis ohne Selbstdispensation*

---

Sophia ist 18 Monate alt, hat eine ältere Schwester und lebt bei ihren Eltern.

#### **Grund für den Sprechstundentermin**

Sophia hat die ganze Nacht über geschrien. Sie hat Fieber. Sophias Vater hat am Morgen früh angerufen und einen Termin für 11 Uhr erhalten.

#### **Die Ergebnisse der Konsultation finden sich in Sophias Krankenakte.**

#### **Nach der Konsultation**

Der Arzt/die Ärztin übergibt die Familie an die MPA für die Abgabe des Rezepts. Sie hat alles bereitgelegt.

---

## Patientenakte Sophia

### Name, Vorname, Geburtsdatum

Rufer, Sophia, 08.11.2019 (1), F

### Kontakt

Rufer, Susanne

Rufer, David

Ringstrasse 39

6000 Luzern

Tel: 041 987 65 43

### Diagnose

Akute Otitis media rechts

### Allergien

nicht bekannt bisher

### Gewicht

9.8 kg

### Grösse

80.5 cm

### Medikation

<i>Anwendung und Dosierung</i>				
<i>Wirkstoff; Stärke; Form</i>	<b>Morgens</b>	<b>Mittags</b>	<b>Abends</b>	<b>Zur Nacht</b>
<b>Vitamin D ölige Tropfen</b>	0.1 ml = 400 IE Vitamin D			
<i>Selbstmedikation</i>				
<b>Ibuprofen Suspension 100mg/5ml</b>	5ml max. alle 8h (bei Bedarf)			

## Weitere Informationen in Patientenakte

- Entwicklungskontrollen unauffällig
- St.n. viralem Infekt vor 2 Monaten
- Impfungen gemäss aktuell gültigem Impfplan

## Eintrag heutiger Sprechstunden-Termin

### Anamnese

Seit 4-5 Tagen verschnupft, die Eltern stellten sich auf einer Notfallstation vor 2 Tagen vor und gaben die letzten 2 Tage Ibuprofen aufgrund einer diagnostizierten Mittelohrentzündung rechts. Fasse sich immer an das rechte Ohr, diese Nacht nun sehr unruhig, neu auch seit dem Vortag Fieber.

### Status

Körpertemperatur in der Praxis 38.9°C, Kind in leicht reduziertem AZ. Gewicht 11kg, kardiopulmonal unauffällig, Abdomen unauffällig, Integument reizlos, Neurologie altersentsprechend, HNO mit Rhinitis, enoral Pharyngitis, linkes TF unauffällig, reizlos, rechtes TF mit klassischer akuter Otitis media-Befunden.

### Prozedere

Beginn einer antibiotischen Therapie, Kontrolle in 5 Tagen, bei Bedarf vorher. Weitere analgetische Therapie mit Ibuprofen und Paracetamol.

<i>Anwendung und Dosierung</i>				
<i>Wirkstoff; Stärke; Form</i>	<b>Morgens</b>	<b>Mittags</b>	<b>Abends</b>	<b>Zur Nacht</b>
<b>Amoxicillin Suspension 200mg/4ml; 25mg/kg/Dosis</b>	4.9ml		4.9ml	
<i>Bedarfsmedikation</i>				
<b>Ibuprofen Suspension 100mg/5ml</b>	5ml max. alle 8h			
<b>Paracetamol Suppositorien 125mg</b>	1 Stk. max alle 6h			

## Umsetzung und Materialien

- Der Fall «Sophia» beginnt im Sprechzimmer und setzt sich später in der Apotheke/am Empfang fort. Die Fallgeschichte kann von den Teilnehmenden selbst gelesen oder auch von jemandem vorgelesen werden.

- Materialien

### *Sprechzimmer*

- Ausdruck Fallgeschichte «Sophia» (s. Vorlage)
- Patientenakte Sophia (Ausdruck der Vorlage oder «Testpatient» im elektronischen System gemäss Vorlage)

### *Apotheke / Empfang*

- Medikamente und Etiketten für Sophia (Paracetamol Suppositorien, Amoxicillin-Suspension)

### *Praxis ohne Selbstdispensation*

- Rezept mit Verordnung (Paracetamol Suppositorien, Amoxicillin-Suspension)

- Hinweis: Wenn Sie in einem Kanton ohne Selbstdispensation tätig sind, können Sie das Szenario und die Fehler entsprechend anpassen. Anstelle der Abgabe der Medikamente können Sie ein entsprechendes Rezept vorbereiten. Die Abgabe des Medikaments mit abgelaufenem Verfallsdatum sowie Fehler bei der Zubereitung des Antibiotikums entfallen in diesem Fall.
- Detailliertere Informationen zur konkreten Vorbereitung der Fehler und Risiken finden sich in der nachfolgenden Tabelle.

## Liste Risiken und Fehler

	<b>Art des Fehlers / Risikos nach WHO-Klassifikation</b>	<b>Beschreibung</b>	<b>Vorbereitung</b>
1.	Dokumentation: Unklare Information in Krankenakte	Gewichtsangabe wurde im Stammbblatt nicht aktualisiert. Dadurch besteht die Gefahr, dass bei einer Verordnung das falsche Gewicht zugrunde gelegt wird.	Patientenakte (gemäss Vorlage)
2.	Medikation/Verordnung: falsche Dosierung	Bei der Berechnung der Dosierung wurde die falsche Gewichtsangabe berücksichtigt (9.8 kg anstelle 11 kg). Korrekt wäre eine Dosierung von 5.5 ml.	Patientenakte (gemäss Vorlage)



3.	Medikation/Abgabe: falsche Dosierung	Medikament wird in der falschen Dosierung abgegeben. Paracetamol 250 mg statt 125 mg.  Alternativ: Rezept wird mit falscher Dosierung ausgestellt. Paracetamol 250 mg statt 125 mg.	Paracetamol Suppositorien 250 mg mit abgelaufenem Verfallsdatum und Patientenetikette Sophia  Alternativ: Rezept für Sophia (Paracetamol 250 mg und Amoxicillin)
4.	Medikation: verfallenes Medikament	Paracetamol ist abgelaufen und wird für die Abgabe vorbereitet.	In Apotheke oder Empfang für Abgabe bereitgelegt
5.	Medikation/Zubereitung: falsche Dosierung	Bei der Auflösung der Antibiotikum-Suspension wurde zu viel Wasser beigemischt, weshalb die Konzentration des Medikaments zu niedrig ist und die Wirksamkeit reduziert sein kann. Antibiotika-Resistenzen können begünstigt werden.	Antibiotikum-Flasche über Strich mit Leitungswasser aufgefüllt. Patientenetikette Sophia.  In Apotheke oder Empfang für die Abgabe bereitgestellt

## 5.2. Max, 3 Jahre

### Fallgeschichte

---

Max ist 3 Jahre alt, hat eine jüngere Schwester und lebt bei seinen Eltern. Max wird häufig von den Grosseltern betreut.

#### **Grund für den Sprechstundentermin**

Max hat eine obstruktive Bronchitis und war damit am Wochenende mit seinen Eltern im Notfall. Sein Zustand bessert sich nicht. Max kommt mit seiner Mutter in die Praxis.

#### **Vor der Konsultation**

Die MPA tippt die Medikation vom Bericht aus dem Spital ab und scannt den Bericht ein.

Die MPA misst die Temperatur und Atemfrequenz. Temperatur: 37.2°C, Atemfrequenz: 45/min. Anschliessend begleitet die MPA Max und seine Mutter ins Sprechzimmer.

**Die Ergebnisse der Konsultation finden sich in Max Krankenakte.**

---

## Patientenakte Max

### Name, Vorname, Geburtsdatum

Meier, Max 21.06.2018 (3), M

### Kontakt

Meier, Anne

Meier, Urs

Sonnenweg 86

8000 Zürich

Tel:

### Diagnosen

Obstruktive Bronchitis

Expressive Sprachentwicklungsverzögerung

### Allergien

Keine bekannt

### Gewicht

13.9kg

### Grösse

91.7cm

### Medikation Prozedere Spital

<i>Anwendung und Dosierung</i>				
<i>Wirkstoff; Stärke; Form</i>	<b>Morgens</b>	<b>Mittags</b>	<b>Abends</b>	<b>Zur Nacht</b>
<b>Salbutamol Dosieraerosol 100 µg/Hub mit Vorschaltkammer</b>	2 Hübe	2 Hübe	2 Hübe	2 Hübe

## Eintrag 14.12.2020

<b>Meier, Max 17.09.2010</b>		
TSH	2.52 mIU/l	0.54-4.53
Freies T3	5.13 pmol/l	3.01-9.14
Freies T4	14.5 pmol/l	11.0-22.5

Muss Eltern noch mitgeteilt werden

## Eintrag heutiger Sprechstunden-Termin

### Anamnese

Eltern berichten, dass sie am Wochenende auf dem Notfall waren, und dort einen Inhalator erhielten. Frau Meier hat den Inhalator nicht dabei. Sie erzählt, dass es sehr mühsam sei mit der Inhalation, da Max sich wehre. Sie müsse immer 2 Hübe geben des blauen Sprays mit dieser Maske, welche Max nicht gerne habe. Sie versuche ihn mit dem Handy zu beruhigen und gebe ihm dann auch den Nuggi, so dass er besser mitmache. Sie drücke zweimal, dann atme er etwa 5 Sekunden durch, die Maske sei meist auf dem Mund. Das müsse sie so etwa viermal täglich machen.

### Status

Temperatur 37.2°C. Kind in leicht reduziertem AZ. Kardial unauffällig, Lungen symmetrisch belüftet, mit expiratorischem wheezing, sowie angestrenzter Atmung. HNO: TF bds. Reizlos, Rhinitis, leichte Pharyngitis. Neurologie adäquat, Integument reizlos.

### Diagnose

akute obstruktive Bronchitis im Rahmen eines viralen Infektes

### Prozedere

Dosierung Salbutamol angepasst

---

### Anwendung und Dosierung

Wirkstoff; Stärke; Form	Morgens	Mittags	Abends	Zur Nacht
<b>Salbutamol Dosieraerosol 100 µg/Hub mit Vorschaltkammer</b>	2-4 Hübe alle 4h, allenfalls auch nachts			

## Umsetzung und Materialien

- Der Fall „Max“ spielt im Sprechzimmer. Die Fallgeschichte kann von den Teilnehmenden selbst gelesen oder auch von jemandem vorgelesen werden.
- Materialien
  - Ausdruck Fallgeschichte «Max» (s. Vorlage)
  - Patientenakte Max (Ausdruck der Vorlage oder «Testpatient» im elektronischen System gemäss Vorlage)
- Detailliertere Informationen zur konkreten Vorbereitung der Fehler und Risiken finden sich in der nachfolgenden Tabelle.

## Liste Risiken und Fehler

	<b>Art des Fehlers / Risikos nach WHO-Klassifikation</b>	<b>Beschreibung</b>	<b>Vorbereitung</b>
1.	Organisation: unvollständige Kontaktinformationen	Für Familie Meier ist keine Telefonnummer hinterlegt.	Patientenakte (gemäss Vorlage)
2.	Dokumentation: Bericht nicht verfügbar	Spitalbericht wurde gescannt, aber nicht in der Patientenakte abgelegt. Es ist unklar, ob der Scan nicht bearbeitet wurde oder fälschlicherweise in einer anderen Patientenakte abgelegt wurde.	Patientenakte (gemäss Vorlage)
3.	Dokumentation: Falsches Dokument in Krankenakte abgelegt	Patientenverwechslung. Es wurden die Schilddrüsenwerte eines gleichnamigen anderen Patienten abgelegt (Max Meier, 17.09.2010).	Patientenakte (gemäss Vorlage)
4.	Klinischer Prozess/ Diagnose: Ergebnisse nicht verfügbar	Auffälliger Befund der Atemfrequenz wird nicht weiterverfolgt. Wert findet sich nicht in der Akte. Arzt/Ärztin geht nicht auf den Wert ein.	Patientenakte (gemäss Vorlage)
5.	Medikation/Applikation: Risiko Anwendungsfehler	Anwendungsfehler bei der Verwendung des Inhalators wird nicht ausgeschlossen als Ursache für die fehlende Wirkung des Medikaments. Handhabung wird nicht überprüft und Eltern werden nicht instruiert, wie sie einen Inhalator benutzen sollen. Die Erzählung der Mutter sollte hinweisend sein, den Prozess zu hinterfragen. Stattdessen wird die Dosierung des Medikaments angepasst und erhöht.	Patientenakte (gemäss Vorlage)

### 5.3. Luc, 15 Jahre und Aline, 11 Jahre

#### Fallgeschichte

---

##### **Grund für den aktuellen Sprechstundentermin (März 2021)**

Familie Schärer kommt mit ihren beiden Kindern für die Zeckenimpfung in die Praxis.

##### **Vor der Konsultation**

Als Familie Schärer in der Praxis ankommt, bittet die Mutter, die Auffrischung der Hepatitis B-Impfung bei ihrem Sohn auch gleich noch zu machen, damit sie nicht nochmals in die Praxis kommen müssen.

Die MPA bereitet alles für die Impfung der Kinder vor.

---

#### Patienteninformation Luc und Aline

##### **Name, Vorname, Geburtsdatum**

Schärer, Luc, 07.03.2006 (15), M

Schärer, Aline, 14.08.2009 (11), F

##### **Kontakt**

Schärer, Sybille

Favre, Olivier

Ahornweg 24

3001 Bern

Tel: 031 678 34 12



# Impfausweis Luc

Name: Schärli Vorname: Luc Geburtsdatum: 7.3.2006

Pro Impfstoff eine Zeile, alle Komponenten mit X markieren

Impfstoff Handelsname Hersteller Lot-Nr.	Datum	Basisimpfungen										Stempel/Unterschrift	
		Diphtherie - Diphtherie	Stamkranz - Tetanus	Kausalkrankheit - Pertussis	Knochenmark - Poliovirus	Hämophilus influenzae - Poliovirus	Hepatitis B	Pneumokokken	Masern - Mumps	Röteln - Rubella	Humane Papillomviren (HPV)		
Infanrix DTPa-IPV+Hib DTPa-IPV+Hib	10.5.2006	X	X	X	X								
Infanrix DTPa-IPV+Hib DTPa-IPV+Hib	11.7.2006	X	X	X	X								
Infanrix DTPa-IPV+Hib DTPa-IPV+Hib	11.9.2006	X	X	X	X								
Priorix MMR	15.3.2007						X	X	X				
Infanrix DTPa-IPV+Hib DTPa-IPV+Hib	20.9.2008	X	X	X	X								
Priorix MM	10.4.2008						X	X	X				
Boostrix Polio dTPa-IPV	25.3.2012	X	X	X	X								
Boostrix dTPa	13.7.2017	X	X	X									
Engerix-B 20 HepB	8.11.2019					X							
Engerix-B 20 HepB	10.3.2020					X							

**Wichtige Angaben:**  
Anaphylaktische Reaktionen/Kontraindikationen/Impfnebenwirkungen

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Datum der Varizellendiagnose: \_\_\_\_\_ Stempel/Unterschrift: \_\_\_\_\_

Datum der Maserndiagnose: \_\_\_\_\_ Stempel/Unterschrift: \_\_\_\_\_

Pro Impfstoff eine Zeile, alle Komponenten mit X markieren \* tox-borne encephalitis

Andere Impfungen		Impfstoffkomponenten										Stempel/Unterschrift
Impfstoff Handelsname Hersteller Lot-Nr.	Datum	Hepatitis A	Meningokokken	Zechenerzephalitis	Windpocken	Windpocken - Meningitis (FSME, ZBB*)	Tollwut	Tollwut - Meningitis	Gürtelrose (VZV)	Polio	Polio - Meningitis	
Merveo MenA,C,W,Y	8.11.19	X										
Encepur N Adult FSME/MEVE	3.2.2020		X									
Encepur N Adult FSME/MEVE	10.3.2020		X									

### Impfausweis/Vaccination certificate

Impfausweis gut aufbewahren und vor jeder Impfung der Ärztin/dem Arzt vorweisen

Name: Schieler Vorname: Luc

Geburtsdatum: 07.03.2006  M  W

Adresse: Ahorweg 24  
3001 Bern

Elektronischer Impfausweis auf [www.meineimpfungen.ch](http://www.meineimpfungen.ch):  ja

Nächstes Impftermin: \_\_\_\_\_



Schweizerische Eidgenossenschaft  
Confédération suisse  
Confederazione Svizzera  
Confederaziun svizra

Eidgenössisches Departement des Innern EDI  
Bundesamt für Gesundheit BAG



Pro Impfstoff eine Zeile, alle Komponenten mit X markieren \* tick-borne encephalitis

**Andere Impfungen**

Impfstoff Handelsname Hersteller Lot-Nr.	Datum	Impfstoffkomponenten										Stempel/Unterschrift
		Hepatitis A	Meningokokken	Zweifelnusschrittis (FSME, TBE*)	Pfiffpocken - Mischvakz.	Rotvirkulose (BCG)	Guirafkove - Herpes zoster	...	...	...	...	
Priorix MMR/ROB	6.1.2020	X										
Encepur N Kinder FSME/MEVE	3.2.2020		X									
Encepur N Kinder FSME/MEVE	10.3.2020		X									

**Impfausweis/Vaccination certificate**

Impfausweis gut aufbewahren und vor jeder Impfung der Ärztin/dem Arzt vorweisen

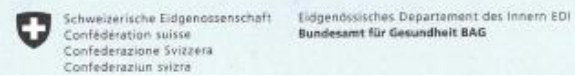
Name: Schärer Vorname: Alina

Geburtsdatum: 14.08.2009  M  W

Adresse: Ahornweg 24  
3001 Bern

Elektronischer Impfausweis auf [www.meineimpfungen.ch](http://www.meineimpfungen.ch):  ja

Nächster Impftermin: \_\_\_\_\_



## Umsetzung und Materialien

- Familie Schärer wartet im Sprechzimmer/Labor auf die Impfung.
- Materialien
  - Ausdruck Fallgeschichte Luc und Aline (s. Vorlage)
  - Kurzinformation zu Luc und Aline (s. Vorlage, anstelle Patientenakte)
  - Ausdrucke Impfausweise Luc und Aline (s. Vorlage)
  - Tablett mit vorbereiteten Impfungen
- Hinweis: Da in diesem Beispiel die Daten der Impfungen eine Rolle spielen, sollte der aktuelle Sprechstundentermin für die Impfung immer im März 2021 liegen. Sollten Sie bei der Umsetzung die Daten anpassen, so sind die Impfausweise entsprechend zu aktualisieren.
- Detailliertere Informationen zur konkreten Vorbereitung der Fehler und Risiken finden sich in der nachfolgenden Tabelle.

## Liste Risiken und Fehler

	<b>Art des Fehlers / Risikos nach WHO-Klassifikation</b>	<b>Beschreibung</b>	<b>Vorbereitung</b>
1.	Klinischer Prozess/Impfen: Abstand zwischen Impfungen inadäquat	Hepatitis B Impfung Luc: zu kurzer Impfabstand zwischen zwei Impfungen (4 statt 6 Monate)	<p>Impfausweis Luc (s. Vorlage)</p> <p>Da für diesen Fehler die Daten eine wichtige Rolle spielen, sollten Sie die Vorlagen der Impfausweise unverändert ausdrucken oder die Daten in Fallgeschichte und Impfausweisen systematisch anpassen.</p> <p>Tablett Luc: alle notwendigen Materialien für eine Hepatitis B Impfung</p>
2.	Klinischer Prozess/Impfen: falscher Patient	<p>Verwechslung der Präparate Kind/Erwachsene für die Impfung der beiden Geschwister</p> <p>Gefahr: 15jähriger erhält Präparat für Kinder, 11jährige erhält Präparat für Erwachsene</p> <p>Encepur N Kind ist bis zum 12. Geburtstag zugelassen.</p>	<p>Fallgeschichte (s. Vorlage), Patienteninformation (s. Vorlage)</p> <p>Tabletts vorbereitet für die Impfung von Luc und Aline.</p> <p>Luc: FSME-Impfung für Kinder (z.B. Encepur N Kind), Hepatitis B-Impfung (z.B. Engerix B20), Tupfer, Pflaster, etc.</p>

---

Aline: FSME-Impfung für Erwachsene (z.B. Encepur N), Tupfer, Pflaster, etc.

Sollten Sie andere Präparate in Ihrer Praxis nutzen, können Sie das Beispiel anpassen und die Verwechslung entsprechend vorbereiten.

---

<b>3.</b> Dokumentation/Impfausweis: vieldeutige Information	Inkonsistente Dokumentation: In Alines Impfausweis (6.1.2020) wurde eine Mumps-Masern-Röteln-Impfung gestempelt, jedoch die Meningokokken-Impfung angekreuzt. Aus dem Impfausweis geht damit nicht hervor, welche Impfung tatsächlich verabreicht wurde.	Information Akte/Impfausweis (Vorlage); vorbereitete Impfung
--	--	--

---



## 5.4. Fehler und Risiken ohne Fallgeschichte

Raum	Art des Fehlers / Risikos nach WHO-Klassifikation	Beschreibung	Vorbereitung / Material
<b>Labor</b>	Dokumentation/Etiketten: Falscher Patient	Patientenverwechslung bei Blutentnahme: Etikette für falsche Patientin vorbereitet	Tablett für Blutentnahme gerichtet: Röhrchen, Pflaster, Etikette (Huber, Mara, 23.4.2008)  Kurzinfo zu Patient (Huber, Maria, 16.09.2016; kommt für grosses Blutbild)
	Gefahr nosokomiale Infektion	Blutentnahme ohne Desinfektion der Einstichstelle	
	Gefahr Patientenunfall: Verletzung durch falsches Präparat	Gefahr der Verwechslung von verschiedenen Desinfektionsmitteln und dadurch Verletzung des Patienten/der Patientin	Desinfektionsmittel für Wunden, Haut und Oberflächen stehen griffbereit nebeneinander
	Dokumentation: Etiketten fehlen	Probe kann Patienten nicht zugeordnet werden	Zwei Tablett mit Röhrchen nach Blutentnahme ohne Etiketten sind im Labor abgestellt (z.B. Sirupwasser einfüllen)
<b>Labor / Sprechzimmer</b>	Klinischer Prozess: Impfung nicht korrekt durchgeführt	Trägerlösung wurde injiziert ohne Wirkstoff	Tablett mit Materialien nach erfolgter Impfung: leere Spritze, Fläschchen mit Pulver gefüllt (Impfung, die rekonstituiert werden muss, z.B. Infanrix hexa, Infanrix DTPA-IPV+Hib), Tupfer, aufgerissenes Pflaster  Ggf. Kurzinfo zu fiktiver Patientin (Lea, 10 Uhr, Auffrischung, ... )
<b>Sprechzimmer/ Untersuchungszimmer</b>	Gefahr Patientenunfall: Sturz	Untersuchungsliege ist nicht arretiert.	Bremse gelöst bei Liege
	Dokumentation/Patientenakte: Datenschutz	Datenschutz nicht gewährleistet, Einblick in Patienteninformationen durch nicht befugte Personen möglich.	Befund eines anderen Patienten liegt offen auf Tisch, Bildschirm ist einsehbar mit Akte eines anderen Patienten.

	Gefahr für nosokomiale Infektion: Wundinfekt	Verbandswechsel oder Naht ohne sterile Handschuhe oder mit abgelaufenem Instrument	Tablett vorbereitet für Verbandswechsel oder Naht: sterile Kompressen und Instrumente, Mundschutz  Keine sterilen Handschuhe  Abgelaufenes Instrument  Kurze Notiz zu Patientin: Beispiele: Liane Meier, 8, Schnittverletzung, muss genäht werden
	Gefahr für nosokomiale Infektion: Wundinfekt	Während des Eingriffs werden sterile Bereiche mehrmals mit nicht sterilen Materialien kontaminiert.	Kann gespielt werden. Beispiel: Arzt/Ärztin arbeitet mit sterilen Handschuhen, MPA ohne sterile Handschuhe. MPA dient dem Arzt/der Ärztin zu und berührt dabei die sterilen Handschuhe des Arztes bei der Übergabe von Material. Arzt/Ärztin korrigiert die Lampe, etc.
<b>Apotheke</b>	Lagerung Medikamente: Verfall	Ein Medikament wird für die Abgabe bereit gestellt mit abgelaufenem Verfallsdatum	Das Beispiel kann mit jeglichem Medikament umgesetzt werden.  Schachtel mit abgelaufenem Verfallsdatum. Fiktive Patientenetikette.
	Medikation/Abgabe an Patient: Falsches Medikament	Aufgrund einer Verwechslung wird das falsche Medikament an den Patienten/die Patientin abgegeben.	Verwechslung kann mit verschiedensten Medikamenten umgesetzt werden, die ähnlich aussehen, ähnlich klingen oder im Regal nebeneinander stehen.  Beispiele: Paracetamol Supp. 125g und 250g, Amoxicillin und Co-Amoxicillin Suspension  Notiz mit Info zu verordnetem Medikament (Maria Rufer, Paracetamol 125g) liegt bei Schachtel des verwechselten Medikaments, ggf. mit fiktiver Patientenetikette (Paracetamol 250g)

	Medikation/Abgabe an Patient: fehlende Information	Medikament wurde für die Abgabe bereit gemacht ohne Information zur Dosierung.	Das Beispiel kann mit jeglichem Medikament umgesetzt werden.  Medikamentenschachtel mit Etikette für fiktiven Patienten ohne Information zur Dosis (z.B. Maria Meier, 3x täglich)
<b>Empfang</b>	Organisation/Zugang zur Praxis: nicht per Telefon möglich	Patienten können die Praxis telefonisch nicht erreichen. Besondere Gefahr: Notfallpatient.	Telefonhörer ist nicht aufgelegt / Anlage ist auf belegt gestellt
	Organisation/Telefon-Triage: Gefahr keine Terminvergabe für Notfälle	Agenda ist am Montag komplett ausgebucht und enthält schon um 13 Uhr kein freies Zeitfenster mehr für Notfallpatienten. Es besteht die Gefahr, dass dringende Patienten (zu) spät einen Termin erhalten.	Ausdruck der Vorlage Agenda (im Anschluss an die Tabelle)
	Organisation/Telefon-Triage: Dringlichkeit nicht erkannt	Dringlichkeit des Anliegens bei Anruf für Luisa Aeberli nicht erkannt (Säugling, Fieber, muss direkt einbestellt werden).	Ausdruck der Vorlage Agenda (im Anschluss an die Tabelle)
	Ausrüstung: Notfallkoffer/Notfallset: Materialien unvollständig und/oder abgelaufen	Die Notfallausrüstung ist mit nicht geeignetem Material bestückt, es fehlt Material oder es ist abgelaufen.	Notfallkoffer/-set mit abgelaufenem Adrenalin, fehlendem Adrenalin-Pen, ohne Atemmaske für Baby etc.  Beispiel kann individuell angepasst werden.

## Vorlage Agenda

	Es ist Montag, 13 Uhr, zu Beginn der Nachmittagssprechstunde	Einträge KG zu Telefonaten
13:00	Kontrolle Naht, Fabian Gräter (14.05.2016)	
13:15	Kontrolle Ekzem, Goran Bosnić (26.08.2011)	
13:30	Impfung FSME, Zoë Huber (02.09.2012)	
13:45	Fieber, Otitis, Stella Gabathuler (27.10.2019)	<u>S. Gabathuler</u> : Keine Besserung übers Wochenende
14:00	Husten, Schmerzen, Max Streich (05.04.2020)	
14:15	MMR, Anaïs Frey (08.05.2020)	
14:30	Befund Besprechung, Sajid Javid (15.1.2004)	
14:45		
15:00	Nachkontrolle, Alina Meier (09.07.2007)	
15:15	Fieber, Luisa Aeberli (15.07.2021)	<u>L. Aeberli</u> : Anruf Freitag, 16 Uhr, Fieber aber wohlauf
15:30	Schmerzen Bein, nach Sport, Lasse Füglistner (19.07.2010)	
15:45		
16:00	Ausschlag, Leandro Pellegrini (07.10.2012)	
16:15	Sturz, Übelkeit, Tobias Meier (29.01.2016)	
16:30		
16:45	Einjahreskontrolle, Uketa Fedoryshyn (27.10.2020)	
17:00		
17:15	Corona-Test, Amaja Fernandez (11.12.2007)	
17:30	Fieber, Husten, Marie Luginbühl (29.09.2018)	

## 6. Szenario Hausarztpraxis

### Auswahl Fehler und Risiken

Wählen Sie anhand der Unterlagen in Kapitel 6 Fehler und Gefahren aus, die Sie in Ihrer Praxis umsetzen möchten.

- Wählen Sie hierfür ein oder zwei der nachfolgenden Patientenfälle aus (Kap. 6.1 – 6.3) sowie ergänzend dazu Gefahren, die ohne Fallgeschichte inszeniert werden können (Kap. 6.4).
- Es sollten Fehler vertreten sein, die in verschiedenen Praxisräumen spielen (Labor, Apotheke, Empfang) und die zentralen Fehlerbereiche abdecken: Organisation, Dokumentation, Klinische Prozesse, Medikation, Infektion, Ausrüstung.
- Insgesamt sollten 15-20 Fehler im Room of Horrors versteckt sein.
- Es ist möglich, dass Fehler nicht in jeder Praxis umsetzbar sind, da sich Gegebenheiten unterscheiden. Überspringen Sie diese Fehler oder passen Sie diese an die Situation in Ihrer Praxis an. Sie haben zudem die Möglichkeit zusätzliche Fehler einzubauen, die in Ihrer Praxis relevant, jedoch nicht im Manual beschrieben sind.

### Notwendige Materialien

Materialien, die Sie für die Inszenierung der Fehler und Risiken benötigen, sind bei den Patientenfällen und Fehlerbeschreibungen genannt. Für die Durchführung des Room of Horrors benötigen Sie zudem folgende Materialien (s. Kap. 7):

- Für die Fehlersuche: Fehlererfassungsblatt für jede Teilnehmerin/jeden Teilnehmer sowie Stifte und ggf. Clipboard
- Für die Nachbesprechung: Lösungsblatt zur Auflösung der versteckten Fehler und Risiken und Debriefing-Leitfaden

## 6.1. Patientin Frau Felber

### Fallgeschichte

#### *Variante Praxis mit Selbstdispensation*

---

Frau Felber ist verwitwet. Sie lebt in ihrer 3-Zimmer-Wohnung und wird durch die Spitex betreut: Mahlzeitendienst, Blutzucker- und Blutdruckkontrolle, Medikamentenrichten, Grundpflege

#### **Grund für den heutigen Sprechstunden-Termin**

Frau Felber klagt über ständigen Durchfall. Ausserdem möchte sie wegen ihrer Schlafstörungen eine neue Packung Lorazepam mitnehmen.

**Die Ergebnisse der Konsultation finden sich in Frau Felbers Krankenakte.**

#### **Nach der Konsultation**

Der Arzt/die Ärztin geht mit Frau Felber zur Praxisapotheke. Auf dem Weg berichtet Frau Felber noch über starkes Magenbrennen. Der Arzt/die Ärztin gibt Frau Felber deshalb Pantoprazol mit und bittet die MPA, die Rechnung entsprechend anzupassen. Die MPA übergibt Frau Felber die Medikamente und einen Ausdruck des Medikationsplans.

---

#### *Variante Praxis ohne Selbstdispensation*

---

Frau Felber ist verwitwet. Sie lebt in ihrer 3-Zimmer-Wohnung und wird durch die Spitex betreut: Mahlzeitendienst, Blutzucker- und Blutdruckkontrolle, Medikamentenrichten, Grundpflege

#### **Grund für den heutigen Sprechstunden-Termin**

Frau Felber klagt über ständigen Durchfall. Ausserdem möchte sie wegen ihrer Schlafstörungen eine neue Packung Lorazepam verordnet bekommen.

**Die Ergebnisse der Konsultation finden sich in Frau Felbers Krankenakte.**

#### **Nach der Konsultation**

Der Arzt/die Ärztin geht mit Frau Felber zum Empfang. Auf dem Weg berichtet Frau Felber noch über starkes Magenbrennen. Der Arzt/die Ärztin verordnet zusätzlich Pantoprazol und bittet die MPA, das Rezept anzupassen. Die MPA übergibt Frau Felber das Rezept und einen Ausdruck des Medikationsplans.

---

## Patientenakte Josefine Felber

### **Name, Vorname, Geburtsdatum**

Frau Felber, Josefine (78) 07.05.1935 (85), F

### **Kontakt**

Sonnenweg 86

8000 Zürich

Tel: 043 123 45 67

### **Diagnosen**

Herzinsuffizienz (2016)

Diabetes mellitus Typ 2 b (2012)

Arterielle Hypertonie (2004)

Schlafstörungen seit Jahren, vom früheren Hausarzt mit Lorazepam behandelt

Rückenschmerzen seit Jahren

### **Wichtig/Allergien**

Keine Allergien bekannt

### **Weitere Informationen in Krankenakte**

- Grösse: 161 cm, Gewicht 81 kg BMI 31,2 kg/m<sup>2</sup>
- BZ: HbA1C 03/2021 8,1 %
- RR: 138/89 mm/Hg, HF 62/min

## Medikation

<i>Anwendung und Dosierung</i>				
<i>Wirkstoff; Stärke; Form</i>	<b>Morgens</b>	<b>Mittags</b>	<b>Abends</b>	<b>Zur Nacht</b>
<b>Metformin 1000 mg Tab.</b>	1	0	1	0
<b>Ramipril 5 mg Tab.</b>	1	0	0	0
<b>Lorazepam 1 mg Schmelztab.</b>	0	0	0	1
<b>Bisoprolol 5 mg Tab.</b>	1	0	0	0
<b>Torasemid 10 mg Tab.</b>	1	0	0	0
<b>Paracetamol 1000 mg Tab.</b>	1	0	0	1
<i>Selbstmedikation</i>				
<b>Magnesium Tab. (Supermarkt)</b>	1	0	0	0
<b>Paracetamol 500mg Tab. bei starken Rückenschmerzen</b>	1	1	1	1



Felber, Julia 28.09.1952

#### DriChemNX500

Kreatinin	53-97	umol/l	74
Bilirubin total	2-21	umol/l	13
GOT	8-38	U/l	20
GPT	4-44	U/l	16
GGT	16-73	U/l	27
Natrium	136-149	mmol/l	125 [-]
Kalium	3.8-5	mmol/l	4.2
Chlorid	98-106	mmol/l	88 [-]

#### Mythic18

Leukozyten	3.5-11	10e3/ul	9.5
Erythrozyten	4-6.2	10e6/ul	5.16
Hämoglobin	11-18.8	g/dl	16.1
Hämatokrit	35-55	%	45.9
Thrombozyten	150-350	10e3/ul	258
Zahl der Lymphozyten	1-5	10e3/ul	0.9 [-]
Zahl der Monozyten	0.1-1	10e3/ul	0.2
Zahl der Granulozyten	5-8	10e3/ul	8.4 [+]
Prozentanteil der Lymphozyten	25-50	%	9.3 [-]
Prozentanteil der Monozyten	2-10	%	2.2
Prozentanteil der Granulozyten	50-80	%	88.5 [+]
Mittleres Erythrozyteneinzelvolumen	88-100	um3	89
Mittleres Zellhämoglobin	26-34	g/dl	31.2
Mittlere Hämoglobinkonzentration	31-36.5	g/dl	35.1
RDW	10-20	%	13

## Eintrag heutiger Sprechstunden-Termin

### *Jetziges Leiden*

Seit Wochen bestehende breiig bis wässrige Diarrhoe mit einer Frequenz von 2-4xtgl. Begleitend leichte, rezidivierend auftretende krampfartige Unterbauchschmerzen und Blähungen. Kein Blut im Stuhl, kein Fieber und Gewichtsverlust. Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme problemlos möglich.

Ausserdem Zunahme der bekannten Schlafstörungen, insbesondere das Durchschlafen sei ein Problem. Patientin wünscht eine Packung Lorazepam.

### *Befunde*

Abdomen: Rege Darmgeräusche in allen vier Quadranten, fehlender Peritonismus, keine Abwehrspannung oder Druckdolenz. Unauffälliger Herz-/ Lungenbefund sowie Volumenstatus. Vitalparameter normwertig.

### Beurteilung

Klinisch und laborchemisch keine Hinweise auf infektiöse Genese der Diarrhoe. Am ehesten im Rahmen der Metformin-Einnahme DD entzündlich, Magnesium-Einnahme?

### Prozedere

Reduktion der Metformin-Dosierung von initial 1000mg 2xtgl. auf 500mg 2x tgl. Protonenpumpenhemmer probatorisch für insgesamt 14 Tage. Magnesium pausieren. Bei ausbleibender Besserung der gastrointestinales Beschwerden Gastro- und Koloskopie besprechen. Abgabe/Verordnung von 1OP Lorazepam wegen bekannter Schlafstörungen.

---

### Anwendung und Dosierung

<i>Wirkstoff; Stärke; Form</i>	Morgens	Mittags	Abends	Zur Nacht
<b>Metformin 500 mg Tab.</b>	1	0	1	0
<b>Lorazepam 1 mg Schmelztab.</b>	0	0	0	1

---

# Mein Medikamentenplan

NAME: Josefine Felber

DATUM: 23. Mai 2021

WAS? Medikament Name mit Wirkstärke und Form	WARUM? Grund der Anwendung	WANN?				WIE OFT? Hinweise zur Häufigkeit	WIE? Anwendungshinweise	WAS SONST? Bemerkungen z.B. Behandlungsdauer; Lagerung; verordnet von
		morgens	mittags	abends	vor dem Schlafen			
<b>Medikamente, die ich regelmässig nehme</b>								
Metformin 1000 mg Tabletten	Diabetes	1		1				bis auf Weiteres
Ramipril 5 mg Tabletten	Blutdruck/Herz	1						bis auf Weiteres
Lorazepam 1 mg Schmelztabletten	Schlaf				1		auf der Zunge zergehen lassen	bis auf Weiteres
Bisoprolol 5 mg Tabletten	Blutdruck/Herz	1						bis auf Weiteres
Torasemid 10 mg Tabletten	Blutdruck/Herz	1						bis auf Weiteres
Paracetamol 1000 mg Tabletten	Rückenschmerzen	1			1			bis auf Weiteres
Magnesium Tabletten (Supermarkt)		1						
<b>Medikamente, die ich nur bei Bedarf nehme (Reserve)</b>								
Paracetamol 500 mg Tabletten	Starke Rückenschmerzen	1	1	1	1			



## Umsetzung und Materialien

- Der Fall «Frau Felber» beginnt im Sprechzimmer und setzt sich später in der Apotheke/am Empfang fort. Die Fallgeschichte kann von den Teilnehmenden selbst gelesen oder auch von jemandem vorgelesen werden.
- Materialien
  - Sprechzimmer*
    - Ausdruck Fallgeschichte «Frau Felber» (s. Vorlage)
    - Patientenakte Josefine Felber (Ausdruck der Vorlage oder «Testpatient» im elektronischen System gemäss Vorlage)
  - Apotheke/Empfang*
    - Medikationsplan Josefine Felber (Ausdruck Vorlage oder eigener Medikationsplan gemäss Vorlage)
  - Praxis mit Selbstdispensation*
    - Verpackung Lorazepam
    - Verpackung Pantoprazol
  - Praxis ohne Selbstdispensation*
    - Rezept mit Verordnung Lorazepam und Pantoprazol
- Hinweis: Wenn Sie in einem Kanton ohne Selbstdispensation tätig sind, können Sie das Szenario und die Fehler entsprechend anpassen. Anstelle der Abgabe der Medikamente können Sie ein entsprechendes Rezept vorbereiten. Die Abgabe des Medikaments mit abgelaufenem Verfallsdatum entfällt in diesem Fall.
- Detailliertere Informationen zur konkreten Vorbereitung der Fehler und Risiken finden sich in der nachfolgenden Tabelle.

## Liste Risiken und Fehler

	<b>Art des Fehlers / Risikos nach WHO-Klassifikation</b>	<b>Beschreibung</b>	<b>Vorbereitung</b>
1.	Medikation/Verordnung: falsche Medikation	Lorazepam ist ein potentiell inadäquates Medikament (PIM), bei Langzeitbezug sollte auf eine sicherere Alternative umgestellt werden; Verordnung ohne Stopp-Datum.	Patientenakte (Verordnung gemäss Vorlage)
2.	Medikation/Verordnung: Gefahr Überdosierung	Die Verordnung und Selbstmedikation von Paracetamol erreicht die Maximaldosis von 4g. Besteht Unklarheit über den Paracetamolgebrauch von Frau Felber, besteht die Gefahr einer Überdosierung.	Patientenakte (Verordnung gemäss Vorlage)
3.	Dokumentation: Medikationsliste nicht aktualisiert	Nicht aktualisierter Medikationsplan wird abgegeben: enthält alte Metformin-Verordnung, neu verordnetes Pantoprazol wird nicht dokumentiert.  Entsprechend wird auch die Spitex nicht korrekt über die neue Medikation informiert, wenn Frau Felber den Medikationsplan an die Spitex abgibt bzw. wenn die Spitex einen neuen Medikationsplan in der Praxis anfordert.	Ausdruck des Medikationsplans (s. Vorlage) liegt bei den gerichteten Medikamenten (Metformin 500mg, Pantoprazol 20mg), die mit Dosierungsetiketten für Frau Felber beschriftet sind bzw. liegt beim Rezept.
4.	Medikation: verfallenes Medikament gelagert	Verfallsdatum Lorazepam ist abgelaufen.	Leere Schachtel Lorazepam mit abgelaufenem Verfallsdatum liegt in der Apotheke/am Empfang für die Abgabe an Frau Felber bereit. Dosierungsetikette für Frau Felber ist aufgeklebt.
5.	Dokumentation: falsches Dokument in Krankakte abgelegt	Laborresultate einer anderen Patientin (Julia Felber) wurden fälschlicherweise in Frau Felbers Akte abgelegt.	Patientenakte (Blutbild gemäss Vorlage)
6.	Klinischer Prozess: Laborergebnisse falsch bearbeitet	Durch die Verwechslung entsteht eine weitere Gefahr: Das Blutbild weist einen tiefen Natrium-Wert auf, der bei der richtigen Patientin nicht weiterverfolgt werden konnte.	

---

7.	Dokumentation: Krankenakte enthält unklare Information	Patienten-ID und Patientenalter sind im System nicht eindeutig gekennzeichnet. Bei niedrigen ID-Nummern kann es deshalb leicht zu Verwechslungen kommen.	Patientenakte (Stammblatt gemäss Vorlage)  Lässt sich nur bei Ausdruck der Vorlage umsetzen, da die verschiedenen elektronischen Systeme unterschiedlich konzipiert sind.
----	--	--	---

---

## 6.2. Patient Herr Kianicka

### Fallgeschichte

---

Herr Kianicka ist Forschungsmitarbeiter an der Universität und seit 9 Monaten in der Schweiz. Die Muttersprache ist slowenisch, seine Deutschkenntnisse sind begrenzt.

Vor einem halben Jahr hat er den Hausarzt/die Hausärztin zusammen mit seiner Arbeitskollegin (Dolmetscherin) aufgesucht. Er klagt über zunehmende allergische Beschwerden, sowie Husten und anfallsweise Atemnot. Damals wurde bei V.a. allergisches Asthma erneut ein Allergietest durchgeführt und bei positivem Befund auf Frühblüher die Desensibilisierungstherapie geplant.

#### **Grund für den heutigen Sprechstunden-Termin**

Herr Kianicka kommt zum ersten Termin für die geplante Desensibilisierung.

---

Die MPA begrüsst Herrn Kianicka und setzt ihn in ein Sprechzimmer. Sie berichtet dem Arzt/der Ärztin, dass es Herrn Kianicka gut gehe und er keine weiteren Fragen habe. Er habe es allerdings sehr eilig, weil er noch ein dringendes Meeting hat. Der Arzt/die Ärztin ist ca. 45 Minuten im Verzug. Die MPA fragt, ob sie die Injektionslösung schon aufziehen darf. Der Arzt/die Ärztin bestätigt dies und lässt 0,1 ml Lösung aufziehen.

Die MPA bereitet alles vor und zieht 1,0 ml auf. Der Arzt/die Ärztin kommt kurz aus dem Sprechzimmer und injiziert die Lösung. Anschliessend geht er/sie zurück ins Sprechzimmer, wo bereits der nächste Patient wartet.

Die MPA schickt Herrn Kianicka wieder ins Wartezimmer. Nach 5 Minuten muss Herr Kianicka aufs WC. Beim Aufstehen kollabiert er. Eine wartende Patientin informiert den Empfang. Dort ist die Lernende A. (erstes Lehrjahr), da die zuständige MPA gerade bei einem anderen Patienten Blutdruck misst.

Sie informiert den Arzt/die Ärztin. Er/sie weist sie an, den Notfallkoffer bzw. das Notfallset Allergie zu holen. Die Lernende weiss nicht, wo der Koffer/das Set ist, traut sich aber nicht, das dem zunehmend hektischer werdendem Arzt zu sagen. Sie sucht zuerst ihre Ausbilderin.

Zusammen bringen sie die Notfallausrüstung zum Arzt.

## Patientenakte Tomas Kianicka

### Name, Vorname, Geburtsdatum

Herr, Kianicka Tomas (1087), 18.09.1992 (29), M

### Kontakt

Ahornweg 24

3001 Bern

Tel:

### Diagnosen

Pollenallergie: Haselnuss (2021)

### Wichtig/Allergien

Pollen

### Medikation

<i>Anwendung und Dosierung</i>				
<i>Wirkstoff; Stärke; Form</i>	<b>Morgens</b>	<b>Mittags</b>	<b>Abends</b>	<b>Zur Nacht</b>
<i>Bedarfsmedikation</i>				
<b>Cetirizin 10 mg</b>	0	0	0	1
<b>Salbutamol Dosieraerosol 100µg/Hub</b>	1-2 Hübe bei Luftnot			
<i>Selbstmedikation</i>				
<b>Bachblüten Notfall-tropfen</b>	4 Tropfen	4	4	0



## **Eintrag 24.01.2021**

### *Jetziges Leiden*

Vorstellung im Beisein einer Dolmetscherin bei zunehmender allergischer Symptomatik mit Rhinorrhoe und juckende Augen, rezidivierendem Hustenreiz sowie anfallsartiger Dyspnoe. Gemäss Patient kam es 2019 bereits zum Auftreten einer Anaphylaktischen Reaktion auf ein unklares Allergen. Ein Allergietest wurde bisher nie durchgeführt (Erd-/Hasel-/Baumnüsse?). Patient ist Nichtraucher.

### *Befunde*

Unauffälliger Lungenauskultationsbefund, insbesondere kein Hinweis auf Obstruktion. SpO2 96% bei RL.

### *Beurteilung*

V.a. allergisches Asthma.

### *Prozedere*

Einnahme von Cetirizin 10 mg 1xtgl. neu als Fixmedikation. Pneumologischen sowie allergologische Abklärung im Verlauf, Anmeldung bei den Spezialisten bereits erfolgt. Möglichkeit einer Desensibilisierung bei allfällig pathologischem Befund wurde bereits angesprochen.

## **Eintrag 18.03.2021**

Allergietest pathologisch auf Frühblüher. Patient wurde über das Resultat telefonisch informiert. Unter Cetirizin keinerlei Beschwerdebesserung. Erneute Besprechung der Möglichkeit einer Desensibilisierung. Patient ist damit einverstanden und erhält hierfür einen Termin. Weiteres Informationsmaterial zur Desensibilisierung wurde dem Patienten in seiner Landessprache zugeschickt.

## **Eintrag heutiger Sprechstunden-Termin**

Desensibilisierung, 1. Spritze; heute 0,1 ml Lösung A Frühblüher s.c.

## Umsetzung und Materialien

- Der Fall «Herr Kianicka» spielt im Sprechzimmer und im Wartezimmer. Der Fall basiert schwerpunktmässig auf der Fallgeschichte, die von den Teilnehmenden gelesen oder auch von jemandem vorgelesen werden kann. Es ist ebenso denkbar, den Fall Kianicka szenisch im Rollenspiel umzusetzen.
- Materialien
  - Ausdruck Fallgeschichte «Herr Kianicka» (s. Vorlage)
  - Patientenakte Tomas Kianicka (Ausdruck der Vorlage oder «Testpatient» im elektronischen System gemäss Vorlage)
  - Notfallkoffer oder Notfall-Set Allergie
- Detailliertere Informationen zur konkreten Vorbereitung der Fehler und Risiken finden sich in der nachfolgenden Tabelle.

## Liste Risiken und Fehler

	<b>Art des Fehlers / Risikos nach WHO-Klassifikation</b>	<b>Beschreibung</b>	<b>Vorbereitung</b>
1.	Organisation: unvollständige Kontaktinformationen	Für Herrn Kianicka ist keine Telefonnummer hinterlegt	Patientenakte (Stammblatt gemäss Vorlage)
2.	Dokumentation/Krankenakte: unvollständige Information	«St.n. anaphylaktischer Reaktion» ist ein Risikofaktor für Komplikationen bei Desensibilisierung; Hinweis ist lediglich im Verlauf dokumentiert und nicht als wichtige Information an zentraler Stelle. Dadurch besteht das Risiko, die Information zu übersehen.	Patientenakte (Stammblatt gemäss Vorlage)
3.	Klinische Prozesse: Behandlung nicht adäquat durchgeführt	Die Anamnese wird nicht berücksichtigt (St.n. Anaphylaktischer Reaktion)	Fallbeschreibung (s. Vorlage)
4.	Klinische Prozesse: Behandlung nicht adäquat durchgeführt	Arzt lässt MPA Desens aufziehen und injiziert ohne vorherige Kontrolle.	Fallbeschreibung (s. Vorlage)
5.	Medikament/Zubereitung: Falsche Dosis	Die MPA zieht 1,0 ml anstatt 0,1 ml auf.	Fallbeschreibung (s. Vorlage)
6.	Ressourcenmanagement: Teamorganisation	Die Lernende ist allein am Empfang.	Fallbeschreibung (s. Vorlage)

7.	Organisation/Alltagsabläufe: Fehlende Instruktion Notfallsituation	Die Lernende weiss nicht, wo die Notfallausrüstung verstaut wird und traut sich nicht, dies dem Arzt mitzuteilen.	Fallbeschreibung (s. Vorlage)
8.	Klinische Prozesse: Behandlung nicht adäquat durchgeführt	Herr Kianicka wird nach der Injektion nicht ausreichend überwacht und kollabiert.	Fallbeschreibung (s. Vorlage)
9.	Ausrüstung: Notfallkoffer/Notfallset nicht vollständig und aktuell	Variante A: Adrenalin-Pen fehlt.  Variante B: Für die Verdünnung des Adrenalins aus der der Ampulle ist eine Spritze 2ml anstatt 10 ml im Set (Gefahr falsche Dosierung).	Notfallkoffer/-Set bereitstellen: <ul style="list-style-type: none"> <li>• ohne Epipen oder mit falscher Spritze (2ml anstatt 10 ml)</li> <li>• mit abgelaufenem Adrenalin</li> </ul>
10.	Ausrüstung: Notfallkoffer/Notfallset nicht vollständig und aktuell	Adrenalin ist abgelaufen.	
11.	Organisation/Alltagsabläufe: Umgang mit eingeschränkte Sprachkompetenzen	Es ist unklar, ob Herr Kianicka die Anweisungen der MPA verstanden hat.	Fallbeschreibung (s. Vorlage)

## 6.3. Patientin Frau Meier

### Fallgeschichte

---

Frau Meier ist verheiratet und Mutter von zwei Kindern. Sie ist kaufmännische Angestellte in einem Dienstleistungsunternehmen. Frau Meier ist stark in die Pflege ihrer bettlägerigen Mutter eingebunden, die in einer Einliegerwohnung im Haus der Familie lebt.

#### **Grund für den Sprechstunden-Termin**

Frau Meier hat seit zwei Wochen starke Rückenschmerzen. Sie hatte früher bereits einen Bandscheibenvorfall. Aufgrund der damals erfolgreichen Physiotherapie kommt sie in die Sprechstunde, mit dem Wunsch für eine Physiotherapie-Verordnung und neuen, stärkeren Schmerzmitteln.

#### **Die Ergebnisse der Konsultation finden sich in Frau Meiers Krankenakte.**

#### **Nach der Konsultation**

Der Arzt/die Ärztin übergibt Frau Meier für eine Blutentnahme an eine MPA. Die MPA und Frau Meier gehen zusammen ins Labor, wo bereits alles für die Blutentnahme vorbereitet ist.

---

## Patientenakte Alexandra Meier

### Name, Vorname, Geburtsdatum

Frau Meier, Alexandra (763), 14.06.1968 (53), F

### Kontakt

Laubengang 54

4001 Basel

061 567 34 12

### Diagnosen

Status nach Diskushernie, im MRI DH L4/5 (2012)

- Seither persistierende Rückenschmerzen

Arterielle Hypertonie (2018)

### Wichtig/Allergien

Allergien nicht bekannt

### Medikation

<i>Anwendung und Dosierung</i>				
<i>Wirkstoff; Stärke; Form</i>	<b>Morgens</b>	<b>Mittags</b>	<b>Abends</b>	<b>Zur Nacht</b>
<b>Ramipril 5 mg Tab.</b>	1	0	0	0
<b>Pantoprazol 40mg Tab.</b>	1	0	0	0
<i>Bedarfsmedikation</i>				
<b>Aluminium-/ Magnesiumhydroxid Gel Beutel</b>	1 Beutel	1	1	0
<b>Ibuprofen 400 Tab.</b>	1	1	1	0
<i>Selbstmedikation</i>				
<b>Iberogast® Tropfen</b>	20 Tropfen	20	20	0
<b>„Schlafmittel“ von Nachbarin</b>				1-2

## **Eintrag 24.08.2020**

### *Jetziges Leiden*

Vorstellung der Patientin zum Routine-Checkup. Bis auf rezidivierend auftretende Übelkeit mit Oberbauchschmerzen und vermehrt saurem Aufstossen vollständige Beschwerdefreiheit. Insbesondere kein Erbrechen und unauffällige Stuhlanamnese.

### *Befunde*

Abdomen mit gurgelnden Darmgeräuschen. Keine Druckdolenz oder Abwehrspannung, kein Peritonismus. Leber oder sonstige Raumforderung nicht tastbar.

### *Beurteilung*

Oberbauchbeschwerden a.e. im Rahmen einer Gastritis bei regelmässiger Einnahme von NSAR.

### *Prozedere*

Beginn mit Pantoprazol 40mg 1x tgl. Zudem Überweisung zur Gastroskopie mit gleichzeitiger Vorsorge-Koloskopie. Patientin wird hierfür aufgeboten.

## **Eintrag 23.09.2020 (MPA)**

Mehrmalige telefonische Kontaktaufnahme war erfolglos. Heute deshalb Nachricht auf Anrufbeantworter mit der Bitte um Vereinbarung eines Termins für Befundbesprechung.

Herr  
Dr. med. Johannes Test  
Im Lehen 89  
4321 Musterfeld

Musterfeld, 20. September 2020

**Gastroenterologischer Arztbericht.**

Frau Meier, Alexandra (763), 14.06.1968 (53), Laubengang 54, 4001 Basel

Sehr geehrter Herr Dr. med. Test

Ich berichte Ihnen die gastroenterologische Konsultation, die ich am 14.09.2020 bei oben genannter Patientin durchgeführt habe.

**Diagnosen**

1. **Chronisch-hämorrhagische Gastritis, a.e. NSAR-bedingt bei**  
intermittierender Einnahme von Ibuprofen
2. **3-fache Polypektomie (3-8 mm) im Colon transversum und Sigma bei histologischem Nachweis von zwei hyperplastischen Polypen ohne Dysplasie und einem tubularen Adenom mit LGD**
3. **Breitbasige, ca. 5-6 cm grosse, polypenartige Läsion im Sigma zwischen 25-30 cm ab ano**  
histologisch nicht konklusiv zu beurteilen, invasives Karzinom nicht sicher auszuschliessen
4. **Chronisch-rezidivierende Rückenschmerzen, St.n. multiplen Diskushernien**

Die Untersuchung der Patientin erbrachte neben den Befunden in der Gastroskopie die unter 3. beschriebene Läsion. Die Einordnung der Dignität ist am vorliegenden Präparat nicht sicher zu beurteilen, auch nach erneuter histologischer Aufarbeitung und immunhistochemischen Untersuchungen konnte die Benignität nicht sicher bestätigt werden.

Ich darf Sie daher bitten, o.g. Patientin zeitnah in Ihrer Sprechstunde aufzubieten, eine Laboruntersuchung der Tumormarker (CEA) zu veranlassen und die Patientin zu einer CT Untersuchung des Abdomens mit Kontrastmittel zu veranlassen. Ich möchte Sie bitten, mir die Untersuchungsergebnisse zukommen zu lassen.

Für Rückfragen stehe ich Ihnen gerne zur Verfügung.

Besten Dank für die Zuweisung von Frau Meier und freundlichen Grüsse

Dr. med. Hans Mustermann  
Gastroenterologe

## Eintrag heutiger Sprechstunden-Termin

### *Jetziges Leiden*

Notfallmässige Vorstellung bei seit 2 Wochen bestehenden massiven und teilweise immobilisierenden Rückenschmerzen mit Ausstrahlung in das linke Bein. Keine Sensibilitätsstörungen. Keine Probleme beim Stuhlgang oder Wasserlösen.

### *Befunde*

Untersuchung bei schmerzgeplagter Patientin erschwert.

Untere Extremitäten: Schmerzen und leicht Beinschwäche (M4) ohne Störungen der Sensibilität links. Keinem Dermatome/Kennmuskel zuzuordnen Reflexe bds. auslösbar, DRU unauffällig.

### *Beurteilung*

Lumbago, Beinschwäche links a.e. schmerzbedingt.

### *Prozedere*

Beginn mit Tramadol 3x20 Tropfen bei St.n. Gastritis im Rahmen von regelmässiger NSAR Einnahme.

Verordnung für Physiotherapie 9 Sitzungen ausgestellt und Patientin abgegeben. Laborkontrolle zum Ausschluss entzündlicher Genese und Kreatinin-Kontrolle.

---

### *Anwendung und Dosierung*

<i>Wirkstoff; Stärke; Form</i>	<b>Morgens</b>	<b>Mittags</b>	<b>Abends</b>	<b>Zur Nacht</b>
<b>Tramadol 100mg/ml Tropfen</b>	200 Tropfen	20	20	0

---



## Umsetzung und Materialien

- Der Fall «Frau Meier» beginnt im Sprechzimmer. Später geht Frau Meier zur Blutentnahme ins Labor.
- Materialien
  - Sprechzimmer*
    - Ausdruck Fallgeschichte «Frau Meier» (s. Vorlage)
    - Patientenakte Alexandra Meier (Ausdruck der Vorlage oder «Testpatient» im elektronischen System gemäss Vorlage)
    - Arztbrief Gastroenterologe
  - Materialien Labor*
    - Tablett vorbereitet für Blutentnahme
- Detailliertere Informationen zur konkreten Vorbereitung der Fehler und Risiken finden sich in der nachfolgenden Tabelle.

## Liste Risiken und Fehler

	<b>Art des Fehlers / Risikos nach WHO-Klassifikation</b>	<b>Beschreibung</b>	<b>Vorbereitung</b>
1.	Klinischer Prozess/ Diagnose: Befund nicht kommuniziert	Bericht des Spezialisten liegt vor. Auffälliger Befund wurde nicht mit Patientin besprochen. Zumindest wurde dies nicht dokumentiert.	Patientenakte (gemäss Vorlage)
2.	Medikation/Verordnung: Falsche Dosierung	200 Tropfen Tramadol morgens statt 20.	Patientenakte (Verordnung gemäss Vorlage)
3.	Medikation/Dokumentation: fehlende Information	Präparat nicht genau bezeichnet («Schlafmittel von Nachbarin»).	Patientenakte (Medikation gemäss Vorlage)
4.	Dokumentation/Etiketten: falscher Patient	Blutentnahme: Etikette für falsche Patientin vorbereitet.	Tablett gerichtet für Blutentnahme: Röhrchen, Tupfer, Pflaster, Etikette (Meier, Alexa, 23.4.1982)
5.	Gefahr Patientenunfall: Verletzung durch falsches Präparat	Gefahr der Verwechslung von verschiedenen Desinfektionsmitteln und dadurch Verletzung des Patienten/der Patientin.	Neben dem Tablett für die Blutentnahme stehen verschiedene Desinfektionsmittel für Wunden, Haut und/oder Oberflächen griffbereit nebeneinander.

## 6.4. Fehler und Risiken ohne Fallgeschichte

Raum	Art des Fehlers / Risikos nach WHO-Klassifikation	Beschreibung	Vorbereitung / Material
<b>Labor</b>	Dokumentation/Etiketten: falscher Patient	Patientenverwechslung bei Blutentnahme: Etiketete für falsche Patientin vorbereitet.	Tablett für Blutentnahme gerichtet: Röhrchen, Tupfer, Pflaster, Etiketete (Huber, Mara, 23.4.1982);  Notiz beim Tablett: Huber, Maria, 16.09.1949; grosses Blutbild
	Gefahr nosokomiale Infektion	Verfallsdatum Desinfektionsmittel abgelaufen oder keine Desinfektion der Einstichstelle.	Desinfektionsmittel mit abgelaufenem Datum oder leeres Desinfektionsmittel bereitstellen; kann mit Blutentnahme kombiniert werden.
	Gefahr Patientenunfall: Verletzung durch falsches Präparat	Gefahr der Verwechslung von verschiedenen Desinfektionsmitteln und dadurch Verletzung des Patienten/der Patientin.	Desinfektionsmittel für Wunden, Haut und Oberflächen stehen griffbereit nebeneinander.
	Dokumentation: Etiketeten fehlen	Probe kann Patienten nicht zugeordnet werden.	Zwei Tablett mit Röhrchen nach Blutentnahme ohne Etiketeten sind im Labor abgestellt (z.B. Sirupwasser einfüllen).
<b>Labor oder Sprechzimmer</b>	Klinischer Prozess: Impfung nicht korrekt durchgeführt	Trägerlösung wurde ohne Wirkstoff injiziert.	Tablett mit Materialien nach erfolgter Impfung: leere Spritze, Pflaster, Tupfer, Fläschchen mit Pulver noch gefüllt (Impfung zur Rekonstitution z.B. Priorix), ggf. Kurzinfo zu Patient*in; Pflaster, (z.B. Max Hauser, 10 Uhr, ...)
	Gefahr für nosokomiale Infektion	Impfung/Blutentnahme ohne Desinfektion der Einstichstelle.	Tablett für Impfung vorbereitet ohne Desinfektionsmittel oder mit leerem Spender  Kann mit obigem Beispiel kombiniert werden.

	Ausrüstung/Blutdruckmessgerät: Anwendungsfehler	Falsche Werte bei Blutdruckmessung durch Fehler bei der Handhabung der Manschette.	Manschette nicht korrekt angelegt: Manschettengrösse oder Manschette rotiert
<b>Sprechzimmer/ Untersuchungs- zimmer</b>	Gefahr Patientenunfall: Sturz	Untersuchungsliege ist nicht arretiert.	Bremse gelöst bei Liege
	Dokumentation/Patientenakte: Datenschutz	Datenschutz nicht gewährleistet, Einblick in Patientinformationen durch nicht befugte Personen möglich.	Befund eines anderen Patienten liegt offen auf Tisch, Bildschirm ist einsehbar mit Akte eines anderen Patienten.
<b>Apotheke</b>	Lagerung Medikamente: Verfall	Ein Medikament wird für die Abgabe bereit gestellt mit abgelaufenem Verfallsdatum.	Das Beispiel kann mit jeglichem Medikament umgesetzt werden.  Schachtel mit abgelaufenem Verfallsdatum. Fiktive Patientenetikette.
	Medikation/Abgabe an Patient: Falsches Medikament	Aufgrund einer Verwechslung wird das falsche Medikament an den Patienten/die Patientin abgegeben.	Eine Verwechslung kann mit verschiedensten Medikamenten umgesetzt werden, die ähnlich aussehen, ähnlich klingen oder im Regal nebeneinander stehen.  Beispiel: Notiz mit Info zu verordnetem Medikament (Maria Rufer, Lisinopril/Hydrochlorothiazid 20mg/12.5mg) liegt bei Schachtel des verwechselten Medikaments, ggf. mit fiktiver Patientenetikette (Lisinopril/Hydrochlorothiazid 10mg/12.5mg)
	Medikation/Abgabe an Patient: fehlende Information	Medikament wurde für Abgabe bereit gemacht ohne Information zur Dosierung.	Das Beispiel kann mit jeglichem Medikament umgesetzt werden.  Medikamentenschachtel mit Etikette für fiktiven Patienten ohne Information zur Dosis (z.B. Maria Meier, 3x täglich)

<b>Empfang</b>	Organisation/Zugang zur Praxis: nicht per Telefon möglich	Patienten können die Praxis telefonisch nicht erreichen. Besondere Gefahr: Notfallpatient.	Telefonhörer ist nicht aufgelegt / Anlage ist auf belegt gestellt
	Organisation/Telefon-Triage: Gefahr keine Terminvergabe für Notfälle	Agenda ist am Montag komplett ausgebucht und enthält schon um 13 Uhr kein freies Zeitfenster mehr für Notfallpatienten. Es besteht die Gefahr, dass dringende Patienten (zu) spät einen Termin erhalten.	Ausdruck der Vorlage Agenda
	Organisation/Telefon-Triage: Dringlichkeit nicht erkannt	Dringlichkeit des Anliegens bei Terminvereinbarung nicht erkannt. Patient Jacob Hüssler: Schmerzen Wade und schwere Atmung könnten Indiz für Thrombose sein. Gefahr einer Embolie.	Ausdruck der Vorlage Agenda (im Anschluss an diese Tabelle)
<b>Sprechzimmer/ Therapie</b>	Gefahr für nosokomiale Infektion: Wundinfekt	Verbandswechsel ohne sterile Handschuhe.	Tablett vorbereitet für Verbandswechsel oder Naht: sterile Kompressen und Instrumente, Mundschutz
		Verbandswechsel mit abgelaufenem, steril verpackten Instrument.	Keine sterilen Handschuhe Abgelaufenes Instrument
	Gefahr für nosokomiale Infektion: Wundinfekt	Während des Eingriffs werden sterile Bereiche mehrmals mit nicht sterilen Materialien kontaminiert.	Kann gespielt werden. Beispiel: Arzt/Ärztin arbeitet mit sterilen Handschuhen, MPA ohne sterile Handschuhe. MPA dient dem Arzt/der Ärztin zu und berührt dabei die sterilen Handschuhe des Arztes bei der Übergabe von

		Material. Arzt/Ärztin korrigiert die Lampe, etc.
Ausrüstung: Notfallkoffer/Notfallset: Materialien unvollständig und/oder abgelaufen	Die Notfalleusrüstung ist mit nicht geeignetem Material bestückt, es fehlt Material oder es ist abgelaufen.	Notfallkoffer mit abgelaufenem Adrenalin, fehlendem Adrenalin-Pen, zu kleiner Spritze, um das Adrenalin aus der Ampulle zu verdünnen, etc.  Beispiel kann individuell angepasst werden.

## Vorlage Agenda

	Es ist Montag, 13 Uhr, zu Beginn der Nachmittagssprechstunde	Einträge KG zu Telefonaten
13:00	Wundkontrolle, Fabian Gräter (14.05.1992)	
13:15	Starker Juckreiz, Lias Falcone (26.08.1976)	
13:30	Unwohlsein, Beklemmung, Stella Gabathuler (27.10.1969)	
13:45		
14:00	Impfung FSME, Zoë Huber (02.09.1989)	
14:15	Blutkontrolle, Anaïs Frey (08.05.1972)	
14:30	Schmerzen Wade, Jacob Hüssler (15.01.1944)	<u>J. Hüssler</u> : Anruf, Freitag 16.30 Uhr, Muskelschmerzen Wade, atmet etwas schwerer. Sonst wohl auf.
14:45	Fortsetzungstermin, Befundbesprechung, Maria Vulović (09.07.1956)	
15:00		
15:15	Fieber, Luise Aeberli (15.03.1938)	<u>L. Aeberli</u> : Montag, 8.30., erhöhte Temperatur, Müdigkeit. Bei Verschlechterung, am Mittag melden.
15:30	Check Up, Adriana DiFede (24.11.1964)	
15:45		
16:00	Blutdruck-Kontrolle, Leandro Pellegrini (07.10.1939)	
16:15	Sturz, Platzwunde, Sajid Javid (29.01.82)	
16:30		
16:45	Fortsetzungstermin, Nachkontrolle Amaja Fernandez (09.07.1957)	
17:00		
17:15	Corona-Test, Milo Chapallaz (11.12.1986)	
17:30	Impfung Tetanus, Maria Luginbühl (29.09.1979)	

## 7. Materialien

### 7.1. Checkliste Instruktion Teilnehmende

---

Folgende Informationen sollten die Teilnehmenden vor der Fehlersuche im Room of Horrors erhalten:

- Vorgegebenen Zeit für die Fehlersuche (z.B. 20/30 Minuten)
  - Jede Teilnehmerin/jeder Teilnehmer notiert die identifizierten Fehler auf einem anonymen Fehlerfassungsblatt (s. Vorlage).
  - Nennung der Räume/Bereiche in der Praxis, in der Fehler und Risiken versteckt wurden
  - Hinweis, dass manche Fehler anhand von fiktiven Patientengeschichten zu finden sind (z.B. Ausdruck Fallgeschichte und Patientenakte im Sprechzimmer), andere Gefahren jedoch unabhängig davon in der Praxis versteckt wurden und zu suchen sind.
  - Bei mehreren Durchgängen um folgendes bitten:
    - Kolleginnen und Kollegen, die den Room of Horrors noch nicht absolviert haben, nicht über die Fehler informieren.
    - gefundene Fehler nicht korrigieren.
  - Information zum Ort des Debriefings im Anschluss an die Fehlersuche.
-

## 7.2. Vorlage Lösungsblatt / Fehlerliste

Bereiten Sie ein vollständiges Lösungsblatt vor, in dem alle Fehler und Risiken aufgeführt und kurz beschrieben wurden, die Sie in Ihrer Praxis inszeniert haben. Das Lösungsblatt dient einerseits der Auflösung der Fehler im Rahmen der Nachbesprechung. Sie können das Blatt beispielweise für alle Teilnehmenden ausdrucken. Das Lösungsblatt dient gleichzeitig als Checkliste, anhand derer Sie nach Abschluss des Trainings alle versteckten Fehler systematisch zurückbauen und überprüfen können, nichts vergessen zu haben.

Fehler / Risiko	Beschreibung
<b>Fallgeschichte (n)</b>	
•	
•	
•	
•	
•	
•	
•	
•	
•	
•	
•	
•	
•	
•	
•	
<b>Weitere Fehler und Risiken</b>	
•	
•	
•	
•	
•	
•	
•	





## 7.4. Debriefing-Leitfaden

### Teil 1: Debriefing im Anschluss an die Fehlersuche

<b>Einstieg</b> Ziel: Eis brechen, Selbsteinschätzung einholen 2 Minuten	<b>Moderation:</b> Bringen Sie einen ersten Austausch in Gang. Beispielsweise mit folgender Einstiegsfrage: <ul style="list-style-type: none"><li>▪ Wie ist es Euch im Raum ergangen – konntet Ihr die versteckten Fehler und Gefahren leicht finden?</li></ul>
<b>Auflösung</b> Ziel: Fehler auflösen 5-10 Minuten	<b>Moderation:</b> Lösen Sie zunächst die Fehler/Gefahren auf, die im Raum versteckt waren. Zur visuellen Unterstützung können Sie ein Auflösungsblatt abgegeben oder die Fehlerliste auf einer Flipchart präsentieren. Anschliessend können Sie z.B. die folgenden Fragen diskutieren: <ul style="list-style-type: none"><li>– Welche der eingebauten Fehler und Risiken habt Ihr gefunden?</li><li>– Habt Ihr noch <i>weitere</i> (nicht beabsichtigte) Fehler gefunden?</li><li>– Welche Fehler habt Ihr <i>nicht</i> entdeckt?</li></ul>
<b>Auswertung</b> Ziel: Sichtweise der Teilnehmenden verstehen 5 Minuten	<b>Moderation:</b> Fragen Sie nach, um zu verstehen, wieso gewisse Fehler und Risiken gefunden wurden, andere jedoch nicht. Bestehen z.B. Unklarheiten darüber, wieso etwas ein Fehler ist, oder inwiefern es ein Risiko für die Sicherheit der Patientinnen und Patienten darstellt? Oder wurde an den entsprechenden Stellen gar nicht gesucht? Mögliche Fragen für die Diskussion: <ul style="list-style-type: none"><li>▪ Seid Ihr überrascht, welche Fehler/Gefahren nicht gefunden wurden? Warum?</li><li>▪ Was denkt Ihr, weshalb sind diese Fehler/Gefahren unentdeckt geblieben?</li></ul>
<b>Abschluss</b> Ziel: Take-Home Message für den Alltag festhalten 3 Minuten	<b>Moderation:</b> Die Abschlussrunde kann mündlich in der Gruppe durchgeführt werden. Alternativ kann die persönliche Take-Home Message auch von jeder Teilnehmerin/jedem Teilnehmer auf eine Karteikarte notiert werden (die Karten werden nicht mehr im Plenum besprochen). <ul style="list-style-type: none"><li>▪ Was nehmt Ihr aus der Fehlersuche im Room of Horrors mit für den Alltag (nennt einen Punkt)?</li></ul>

**Generell: Geben Sie den Teilnehmenden Zeit, über die Fragen nachzudenken (Stille aushalten)**

## Teil 2: optionale Erweiterung für ausführlichere Teamtrainings

<p><b>Vertiefung Option 1</b></p> <p>Ziel: Bewusstsein für mögliche Fehler und Gefahren im Alltag stärken</p>	<p>Moderation: Regen Sie eine Diskussion über die Bedeutung der Fehler und Risiken an. Zum Beispiel mit diesen Fragen:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>▪ Welche Fehler und Gefahren sind für Euch besonders relevant?</li><li>▪ Weshalb sind sie aus Eurer Sicht so bedeutsam? Sind diese Fehler/Gefahren im Alltag besonders häufig? Sind sie besonders gefährlich für die die Patientinnen und Patienten?</li><li>▪ Welche zusätzlichen Fehler oder Risiken hättet Ihr eingebaut?</li></ul>
<p><b>Vertiefung Option 2</b></p> <p>Ziel: Gefahrenpotenzial einordnen, eigenes Verhalten in einer vergleichbaren Situation reflektieren</p>	<p>Moderation: Wählen Sie ein Thema bzw. ein Risikobereich aus und diskutieren Sie mit Ihrem Team vertieft darüber, z.B. über den Fehler, der von den Teilnehmenden am seltensten gefunden wurde, oder eine Gefahr, die für den Alltag als besonders relevant eingestuft wird. Mögliche Fragen:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>▪ Was sind mögliche Konsequenzen für den Patienten/die Patientin, wenn der Fehler/die Gefahr nicht entdeckt wird?</li><li>▪ Was würden wir tun, wenn so etwas im Alltag passiert?</li><li>▪ Mit welchen Massnahmen könnte der Fehler/die Gefahr verhindert werden?</li></ul>
<p><b>Vertiefung Option 3</b></p> <p>Ziel: Situationsbewusstsein stärken</p>	<p>Moderation: Regen Sie einen Austausch darüber an, wie erkannt werden kann, wo Gefahren und Risiken für die Patientensicherheit lauern können.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>▪ Wie seid Ihr bei der Fehlersuche vorgegangen? Worauf habt Ihr speziell geachtet? (z.B. falsche Ausführung, unnötige Massnahme, etwas wurde vergessen, ...)</li><li>▪ Woran habt Ihr gemerkt, dass es sich um einen Fehler oder eine Gefahr handelt?</li><li>▪ Habt Ihr Euch bei der Fehlersuche mit den Kolleginnen und Kollegen ausgetauscht? Konntet Ihr von deren Sichtweise profitieren?</li><li>▪ Was müsste man allgemein tun, um Fehler und Risiken in einem Raum erkennen zu können?</li></ul>

## 8. Literatur

- 1 Zimmermann C, Schwappach D. Interaktives Lernen im Room of Horrors. Manual. 2019.
- 2 Gehring K, Schwappach D. Die Patientensicherheit in der Grundversorgung - eine Erhebung in Schweizer Hausarztpraxen. *Ther Umschau* 2012;**69**:353–7.
- 3 Geraedts M, Krause S, Schneider M, *et al.* Patient safety in ambulatory care from the patient's perspective: a retrospective, representative telephone survey. *BMJ Open* 2020;**10**:e034617.
- 4 Schulz CM, Endsley MR, Kochs EF, *et al.* Situation Awareness in Anesthesia: Concept and Research. *Anesthesiology* 2013;**118**:729–42.
- 5 Farnan JM, Gaffney S, Poston JT, *et al.* Patient safety room of horrors: a novel method to assess medical students and entering residents' ability to identify hazards of hospitalisation. *BMJ Qual Saf* 2016;**25**:153–8.
- 6 Wiest K, Farnan J, Byrne E, *et al.* Use of simulation to assess incoming interns' recognition of opportunities to choose wisely. *J Hosp Med* 2017;**12**:493–7.
- 7 Gregory A, Hogg G, Ker J. Innovative teaching in situational awareness. *Clin Teach* 2015;**12**:331–5.
- 8 Käppeli A. Patientensicherheit – Lustvoll lernen im «Raum des Horrors». *Competence* 2018;**1–2**.
- 9 Clay AS, Chudgar SM, Turner KM, *et al.* How prepared are medical and nursing students to identify common hazards in the intensive care unit? *Ann Am Thorac Soc* 2017;**14**:543–9.
- 10 Zimmermann C, Fridrich A, Schwappach DLB. Training Situational Awareness for Patient Safety in a Room of Horrors. *J Patient Saf* 2020;:Published ahead of print.
- 11 Korah N, Zavalkoff S, Dubrovsky AS. Crib of Horrors: One Hospital's Approach to Promoting a Culture of Safety. *Pediatrics* 2015;**136**:4–5.
- 12 Daupin J, Atkinson S, Bédard P, *et al.* Medication errors room: a simulation to assess the medical, nursing and pharmacy staffs' ability to identify errors related to the medication-use system. *J Eval Clin Pract* 2016;**22**:907–16.
- 13 Sawyer T, Eppich W, Brett-Fleegler M, *et al.* More Than One Way to Debrief. *Simul Healthc J Soc Simul Healthc* 2016;**11**:209–17.
- 14 Fanning RM, Gaba DM. The Role of Debriefing in Simulation-Based Learning. *Simul Healthc J Soc Simul Healthc* 2007;**2**:115–25.
- 15 Rudolph JW, Simon R, Rivard P, *et al.* Debriefing with Good Judgment: Combining Rigorous Feedback with Genuine Inquiry. *Anesthesiol Clin* 2007;**25**:361–76.