



Fachhochschule Nordwestschweiz
Hochschule für Angewandte Psychologie

Never Say Never: Gestaltungsversuch eines Ereignisanalysekonzepts nach Never Events bei den Solothurner Spitäler AG

BACHELOR THESIS

Juni 2023

Autorin
Bossard, Melina

Betreuungsperson
Prof. Dr. Ritz, Frank

Praxispartner
Solothurner Spitäler AG
Stohler, Daria

Abstract

Die vorliegende Arbeit versucht ein Analysekonzept für die Solothurner Spitäler AG (soH) zu erstellen, das nach einem Never Event für die Untersuchung des Ereignisses verwendet wird. Durch die Theorie in Verbindung mit Aussagen aus der Praxis soll das Ziel erreicht werden können. Um adäquate Aussagen aus der Praxis zu erhalten, wurden 10 Experteninterviews mit Personen, die in der Patientensicherheit tätig sind und mindestens an einer Ereignisanalyse mitgewirkt haben, durchgeführt. Die Ergebnisse zeigen, dass in der Definition sowie im Umgang mit Never Events national deutliche Unterschiede bestehen und Kontextfaktoren wie die Rechtslage eine zentrale Rolle vor der eigentlichen Analysemethode spielen. Ausserdem besteht der Anspruch an ein Konzept darin, Spielraum für individuelle Präferenzen offen zu halten. Aufgrund der knappen Menge an Literatur spezifisch für Never Events, der weitestgehend uneindeutigen rechtlichen Situation in der Schweiz sowie den vorherrschenden Unterschieden in der Praxis, welche durch die Experteninterviews verdeutlicht wurden, ist die Empfehlung für ein Konzept im Rahmen dieser Bachelorthesis unrealistisch. Das Ziel kann infolgedessen nicht erreicht werden und die Handlungsempfehlungen sind allgemeiner Natur. Sie dienen jedoch als Grundlage für weitere Arbeit auf dem Forschungsgebiet. Vorgeschlagen wird einerseits, die Rechtslage in der Schweiz zu klären, um die Analysedokumente sowie die Mitarbeitenden des Spitals besser zu schützen. Des Weiteren wird eine national verpflichtende Ausbildung für Personen empfohlen, die Ereignisanalysen im Spital durchführen sollen.

Schlüsselwörter: Never Events, unerwünschtes vermeidbares Ereignis, medizinischer Behandlungsfehler, Ereignisanalyse, Patientensicherheit

Die vorliegende Arbeit verfügt über einen Umfang von 124'115 Zeichen inkl. Leerzeichen, ohne Anhang.

**«Erfolg besteht nicht darin, dass niemals Fehler gemacht werden,
sondern dass der gleiche Fehler nicht zweimal passiert.»**

- George Bernard Shaw

Mein Dank geht an alle Personen, die mich bei der Erstellung dieser Bachelorthesis unterstützt haben. An erster Stelle möchte ich mich ganz speziell bei Daria Stohler, der Ansprechperson meines Praxispartners, für ihr Vertrauen, die fortwährende Unterstützung sowie ihre Offenheit bedanken. Die Zusammenarbeit war ausserordentlich erfreulich und ich darf viele neue Einblicke aus einem mir zuvor fremden Fachgebiet mitnehmen. Ein besonderer Dank geht auch an meine Betreuungsperson, Prof. Dr. Frank Ritz, der mich von wissenschaftlicher Seite her durch den Prozess begleitet hat. Seine Rückmeldungen waren äusserst lehrreich und haben mich in meinem wissenschaftlichen Arbeiten, spezifisch beim kritischen Hinterfragen der eigenen Vorgehensweise, ein erhebliches Stück weitergebracht. Diese Arbeit war nur durch die Teilnahme der Expert*innen für Patientensicherheit möglich. Ein grosser Dank von Herzen geht deshalb an diese 10 Personen, die sich für ein Interview Zeit genommen und mich so bei der Realisierung meiner Bachelorthesis unterstützt haben. Zu guter Letzt bedanke ich mich bei meiner Familie und meinen Freunden für die konstante Unterstützung während meines Studiums. Ohne sie wäre das alles nicht möglich gewesen.

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung	1
1.1	Praxispartner Solothurner Spitäler AG (soH)	3
1.2	Fragestellung und Zielsetzung.....	4
1.3	Aufbau der Bachelorthesis und Abgrenzung.....	4
2	Theoretische Grundlagen	5
2.1	Schwerwiegende medizinische Ereignisse und Never Events	5
2.1.1	Abgrenzung zu anderen Definitionen schlechter Behandlungsergebnisse	6
2.2	Unterschied von der Hochrisikoindustrie zum Gesundheitswesen	8
2.2.1	Modelle der Ereignisentstehung.....	10
2.3	Einordnung des Systems für die Wahl der Analysemethode.....	13
2.4	Ereignisanalyse im Gesundheitswesen	14
2.4.1	London Protokoll.....	15
2.4.2	Mögliche Modelle der Ereignisentstehung für das Gesundheitswesen	16
2.5	Kriterien aus der Literatur	20
3	Methode	22
3.1	Forschungsdesign	22
3.2	Experteninterviews	23
3.2.1	Herleitung und Begründung des Samplings	24
3.3	Datenerhebungsmethode	26
3.3.1	Leitfadenentwicklung	27
3.3.2	Pretest	27
3.3.3	Vorbereitung und Durchführung der Interviews	27
3.3.4	Datenaufbereitung	28
3.4	Datenauswertung	28
4	Ergebnisse	30
4.1	Klassifikation von Ereignissen	30
4.1.1	Definierbarkeit von Never Events.....	31
4.1.2	Klassifikationsrelevanz für Analyseumfang	31
4.2	Analyseteam.....	32
4.2.1	Zusammensetzung des Analyseteams.....	32
4.3	Analyseprozess nach dem Ereignis.....	33
4.3.1	Typischer Analyseablauf	33
4.4	Analysemethoden.....	34
4.4.1	London Protokoll.....	34
4.4.2	Andere Analysemethoden.....	35
4.5	Rechtslage	36

4.6	Ansprüche an ein Analysekonzept für Never Events	37
4.6.1	Analysemethode je nach Ereignis	37
4.6.2	Massnahmen, Präventionsvorschläge und Systemdesign.....	38
5	Diskussion.....	39
5.1	Interpretation der Ergebnisse	39
5.2	Handlungsempfehlungen.....	42
5.3	Limitationen der Arbeit.....	43
6	Fazit und Ausblick	44
7	Literaturverzeichnis.....	46
8	Abbildungsverzeichnis.....	51
9	Tabellenverzeichnis.....	52
10	Anhänge	53
10.1	Anhang A <i>Interviewleitfaden für semi-standardisierte Experteninterviews</i>	53
10.2	Anhang B <i>Konzeptgrundlagen für die Interviews</i>	57
10.3	Anhang C <i>Interview Transkripte der Experteninterviews</i>	65
10.4	Anhang D <i>Codebuch aus MAXQDA mit dem erstellten Kategoriensystem</i>	163

1 Einleitung

Wo Menschen arbeiten, passieren Fehler (Kohn, Corrigan & Donaldson, 2000). Doch was ist, wenn der Fehler nicht hätte passieren sollen?

Patientensicherheit ist ein zentrales Thema der öffentlichen Gesundheit, welches die Gesundheitssysteme auf der ganzen Welt beschäftigt (Schwappach, Müller & Müller, 2022). Während der grösste Anteil der Fehler, die im Spital passieren, lediglich zu einer geringen oder moderaten Patient*innen-Schädigung führen, gibt es auf der anderen Seite die schwerwiegenden medizinischen Ereignisse (Schwappach et al., 2022). Diese können dabei vermeidbar oder nicht vermeidbar sein. Ein Beispiel für ein nicht vermeidbares Ereignis wäre, dass eine Patientin, die vorher noch nie allergische Reaktionen auf ein Medikament gezeigt hat, Penicillin erhält und aufgrund eines Anaphylaktischen Schocks stirbt. Jene Art von schwerwiegenden Ereignissen sind immer mit einer unvorhersehbaren Auftretenswahrscheinlichkeit behaftet und aus diesem Grund nie ganz verhinderbar (Stiftung Patientensicherheit Schweiz, 2006). Dies gilt jedoch nicht für sogenannte Never Events. Per Definition gehören sie ebenfalls zu den schwerwiegenden medizinischen Ereignissen, da sie durch die klinische Behandlung zwingendermassen eine Patient*innen-Schädigung bewirken. Abweichend ist bei dieser Art von Ereignissen jedoch, dass sie durch Systemdesign und/oder gezielte Präventionsmassnahmen als grundsätzlich vermeidbar gelten, falls diese zum Zeitpunkt des Ereignisses allen bekannt, mit vertretbarem Aufwand umsetzbar sowie wirksam sind (Stiftung Patientensicherheit Schweiz, 2021a). Als klassisches Beispiel hierfür gilt die Operation an der falschen Körperseite, etwa wenn das linke anstatt das rechte Knie operiert wird.

Für ein Spital gilt das dringende Interesse, solche Never Events zu umgehen. Einerseits soll ein hoher Qualitätsstandard gewährleistet, dass die Patient*innen optimal behandelt werden (Petschnig & Haslinger-Baumann, 2017; Sendlhofer et al., 2019). Komplikationen und Schäden bei Patient*innen, die nicht durch die zugrundeliegende Erkrankung bestehen, gilt es im Sinne der Erhaltung der körperlichen Unversehrtheit des Menschen zu verhindern (Stiftung Patientensicherheit Schweiz, 2006). Auf der anderen Seite steht der finanzielle Aspekt. Ein Vorfall, der vermeidbar gewesen wäre, kostet die Organisation viel Geld (Kohn et al., 2000; Vincent, 2006).

Die Tatsache, dass es den Begriff Never Events gibt, lässt jedoch erdenken, dass solche eigentlich vermeidbaren Ereignisse trotzdem vorkommen (Schwappach & Pfeiffer, 2021). Interessant ist daher, wie damit umgegangen wird und wie die Aufarbeitung stattfindet, so dass der Fehler kein weiteres Mal passiert.

Ereignisanalyse nach Never Events im Spital

In Ländern wie Australien, dem Vereinigten Königreich, Frankreich oder einigen Bundesstaaten der USA bestehen obligatorische Meldesysteme für alle oder ausgewählte schwerwiegende Ereignisse mit Schaden am Patienten oder der Patientin. In der Schweiz gibt es für die Aufzeichnung, Dokumentation und Untersuchung bis dato weder gesetzliche Vorschriften noch Anforderungen oder Richtlinien, wie mit Never Events umgegangen werden soll (Schwappach & Pfeiffer, 2021). Darüber hinaus sind auch keine formellen Untersuchungen vorgeschrieben. Als einzige Ausnahme gelten die aussergewöhnlichen Todesfälle, welche der Polizei gemeldet werden müssen (Schwappach & Pfeiffer, 2021). Das ist ein grosser Unterschied zu anderen Branchen. In der Schweiz hat die Schweizerische Sicherheitsuntersuchungsstelle (SUST) als staatliche Behörde den Auftrag, Unfälle und gefährliche Ereignisse von Bahnen, Luftfahrzeugen und Schiffen zu untersuchen (SUST, 2022). Es ist also klar geregelt, was nach einem schweren Unfall passiert und wer die Analyse zur Aufarbeitung des Falls vornimmt.

Weil die Spitäler nicht verpflichtet werden, eine Untersuchung zum Vorfall durchzuführen, gibt es in der Schweiz auch keine offiziellen Stelle, bei der Bericht erstattet werden muss (Schwappach et al., 2022). Die Spitäler sind demnach auf sich allein gestellt und müssen selbst entscheiden, ob sie nach einem Never Event etwas vornehmen und wenn ja, was. Dies hat zur Folge, dass eine grosse Varianz darin besteht, ob, wie und von welchen Personen die Meldungen analysiert werden (Schwappach & Pfeiffer, 2021).

Hinzu kommt der Faktor, dass im Gesundheitswesen die Schuld an einem Ereignis gerne auf einzelne Mitarbeitende geschoben wird, weil deren Beitrag zum Auslöser des Ereignisses oftmals als zu hoch eingeschätzt wird (Taylor-Adams & Vincent, 2004). Dass organisationale Faktoren oder das Zusammenspiel mehrerer unglücklicher Ereignisse jedoch auch eine Rolle spielen können, wird dabei vergessen oder zu wenig beleuchtet.

Im Jahre 2010 gaben lediglich 48% der Schweizer Spitäler an, dass sie aufgrund eines standardisierten Konzepts eine Analyse der Vorfälle durchführen (Manser, Imhof, Lessing & Briner, 2017). Nichtsdestotrotz wurden in den letzten Jahren wichtige Fortschritte in der Verbesserung der Patientensicherheit in Schweizer Krankenhäusern erzielt. Dies konnte einerseits durch eine beinahe flächendeckende Einführung von CIRS (*Critical Incident Reporting System*) – einem computerbasierten Tool, in welchem kritische Ereignisse gemeldet und analysiert werden können – ermöglicht werden. Eine nationale Plattform namens CIRNET (*Critical Incident Reporting and Reacting Network*) wurde ebenfalls eingerichtet, um besonders relevante Meldungen zu sammeln und auf nationaler Ebene zu teilen. Diese beiden Massnahmen ermöglichen es den Krankenhäusern, aus Beinahe-Zwischenfällen zu lernen und ihre Abläufe zu verbessern (Stiftung Patientensicherheit Schweiz, 2020). CIRS bringt jedoch auch einige Limitationen mit sich. Gemäss Definition

beschränken sich CIRS-Meldungen lediglich auf *Near Misses*, also Beinahe-Zwischenfälle, in denen die Patient*innen nicht zu Schaden gekommen sind (Schwappach & Pfeiffer, 2021; Sendlhofer et al., 2019). Weiter darf den Mitarbeitenden des Spitals nicht vorgeschrieben werden, das Tool zu nutzen. Alle getätigten Einträge finden demnach auf freiwilliger Basis statt.

Auch wenn davon ausgegangen wird, dass ein Ereignis gemeldet wurde, besteht nach wie vor die Frage nach dem weiteren Vorgang. Weil die Methoden, Tools und Instrumente zur Aufarbeitung von Ereignissen oftmals für andere Branchen als das Gesundheitswesen entwickelt wurden, herrscht Unklarheit darüber, ob diese auf das Spital übertragen werden können und falls ja, in welchem Ausmass (Woloshynowych, Rogers, Taylor-Adams & Vincent, 2005). Weiter gibt es bisher keine vorgeschriebene Methode, die sich spezifisch auf die Analyse von Never Events bezieht. Auch in diesem Punkt herrscht Unklarheit darüber, was genau benötigt wird, um diese adäquat und sinnvoll aufarbeiten zu können.

1.1 Praxispartner Solothurner Spitäler AG (soH)

Die Solothurner Spitäler AG (soH) umfassen das Kantonsspital Olten, das Bürgerspital Solothurn und das Spital Dornach, die Psychiatrischen Dienste mit der Psychiatrischen Klinik Solothurn, das Gesundheitszentrum Grenchen sowie die Gruppenpraxis Herrenmatt in Däniken und bilden eine gemeinnützige Aktiengesellschaft im Eigentum des Kantons Solothurn. Im Jahre 2022 wurden in der soH 32'692 Patient*innen stationär sowie 236'307 ambulant behandelt. An den verschiedenen Standorten und in den zentralen Diensten arbeiteten ebenfalls im Jahre 2022 4'255 Mitarbeitende aus den verschiedensten Berufsgruppen. Der grösste Anteil in der Personalstatistik macht dabei die Pflege mit 33% aus, dicht gefolgt von 29%, die in anderen medizinischen Fachbereichen arbeiten. Ärzt*innen und Akademiker*innen sind mit 16% die drittgrösste Berufsgruppe in den soH.

Die Standorte verfügen über Qualitätsbeauftragte, welche unter der Führung der Standortdirektion für die Umsetzung der Vorgaben vor Ort beauftragt sind und bei der Erarbeitung von übergeordneten Strategien mitarbeiten.

Als Teil der QM Strategie 2022-2024 umfasst ein Teilprojekt der Patientensicherheit die Thematik der Never Events. Damit ein einheitlicher Umgang mit Never Events möglich ist, sollen innerhalb dieses Zeitraums eine Definition sowie Auslösekriterien festgelegt werden, die standortübergreifend Verwendung finden. Ebenfalls soll ein standardisierter Prozess erstellt werden, der beschreibt, wie die Analyse von Never Events stattfindet und gemeingultig durchgeführt werden soll.

1.2 Fragestellung und Zielsetzung

Wie eingangs beschrieben, gibt es in der Schweiz keine gesetzlich verankerte Verpflichtung, dass ein Spital nach einem Never Event eine Untersuchung des Ereignisses vornehmen muss. Wird dies trotzdem gemacht, so ist jedes Spital in der Wahl der Methode auf sich selbst gestellt. Oftmals ist dabei unklar, ob und inwiefern sich die vorgeschlagenen Methoden aus der wissenschaftlichen Literatur eignen, da die dazugehörigen Modelle oftmals für andere Branchen (z.B. Luftfahrt oder Nuklearindustrie) entwickelt wurden. Ein Spital kann jedoch nicht taxativ mit diesen Branchen verglichen werden (Vincent, 2006). Weil die soH als Praxispartner dieser Bachelorthesis ein standardisiertes Analysekonzept einführen möchten, beschäftigt sich die vorliegende Arbeit mit der folgenden Fragestellung:

Welches Analysekonzept bringt für eine standardisierte Ereignisanalyse nach einem Never Event in den Solothurner Spitälern AG die meisten Vorteile?

Mit dieser Bachelorthesis sollen einerseits Kriterien aus der wissenschaftlichen Literatur an Analysemethoden erarbeitet und andererseits die Probleme und Anforderungen aus der Praxis erfasst werden. Die erarbeiteten Erkenntnisse sollen den soH eine Grundlage bieten, um im Anschluss ein standardisiertes Analysekonzept zum Umgang mit Never Events in das Qualitätsmanagement zu implementieren. Die Bachelorthesis versucht so, einen Beitrag zur Verbesserung der Patientensicherheit in einem Schweizer Akutspital zu leisten.

1.3 Aufbau der Bachelorthesis und Abgrenzung

Als erster Schritt wird eine umfassende Literaturrecherche durchgeführt. Um der Fragestellung näher zu kommen, ist eine theoretische Einbettung hilfreich (Flick, 2019). Die literaturbasierten Theorien und Modelle helfen bei der Verortung des Themas und liefern Kriterien für die Erstellung des Interviewleitfadens, sowie die drei Konzeptvorschläge. Anhand des qualitativen Vorgangs sollen Erfahrungen und Anforderungen aus der Praxis ermittelt werden, die einen Einfluss auf eine mögliche Konzeption eines Analysekonzepts für Never Events haben. Die Ergebnisse der theoretischen Grundlagen und der qualitativen Datenerhebung werden für die Ableitung einer Handlungsempfehlung genutzt.

Die Arbeit konzentriert sich auf Never Events als Teilkomponente der schwerwiegenden medizinischen Ereignisse. Das Thema rund um CIRS umfasst einen bedeutungsvollen Anteil zum theoretischen und praktischen Verständnis des Themas, wird allerdings nicht vordergründig beleuchtet. Die gesetzlichen Bestimmungen betreffend Patientensicherheit in der Schweiz und international werden in der Arbeit thematisiert, bilden jedoch keine begleitende Forschungsfrage. Dasselbe gilt für die Organisations- und Sicherheitskultur im

Spital. Als weitere Abgrenzung zählt die Organisationsstruktur des Praxispartners an sich. Weil mit dieser Arbeit kein Change Management Ansatz verfolgt werden soll, werden bisherige interne Abläufe und Strukturen der soH nicht berücksichtigt. Ebenfalls abgegrenzt ist der Inhalt dieser Arbeit von den anderen in Kapitel 1.3 erwähnten Aufgaben der QM Strategie 2022-2024 zum Thema Never Events.

2 Theoretische Grundlagen

Das folgende Kapitel beschäftigt sich mit der wesentlichen Literatur und den vorhandenen Theorien rund um den Forschungsgegenstand.

2.1 Schwerwiegende medizinische Ereignisse und Never Events

Vorfälle, welche schwerwiegend, klar definierbar und nahezu vollständig vermeidbar wären, wurden erstmals vom National Quality Forum (NQF) in den USA beschrieben und werden seither im internationalen Sprachgebrauch als Never Events bezeichnet (Austin & Pronovost, 2015). Die konkrete Definition gemäss der Stiftung Patientensicherheit Schweiz (2021a) lautet überdies folgendermassen: «Never Events sind klar identifizierbare schwerwiegende Ereignisse im Zusammenhang mit der klinischen Behandlung, die zu Patientenschädigungen geführt haben und durch Systemdesign und/oder gezielte Präventionsmassnahmen vermeidbar sind.» (S. 1).

Das Ereignis wird dabei als schwerwiegend eingestuft, wenn es zu einer substantziellen Patient*innen-Schädigung geführt hat und mit der klinischen Behandlung in direkte Verbindung gebracht werden kann. Weiter muss die Schädigung gemäss Patientensicherheit Schweiz (2021a) mit mindestens einer und maximal allen drei der folgenden Folgen verbunden sein:

- Intervention oder Intensivtherapie ist zusätzlich notwendig geworden
- Längere Zeit anhaltende bedeutsame Einschränkungen oder Beschwerden
- Tod des/der Patient*in

Abbildung 1 visualisiert die verschiedenen möglichen Ereignisse im Rahmen einer klinischen Behandlung. Damit greifbarer wird, was innerhalb der klinischen Behandlung als verhinderbar gilt, wird auf sogenannte Never Event Listen verwiesen. Die schweizerische Liste beispielsweise umfasst 12 Events, die von einer Eingriffsverwechslung über die zu schnelle Verabreichung eines Hochrisiko-Medikaments bis zu der Beschickung einer Magensonde geht, deren Fehllage nicht ausgeschlossen wurde (Stiftung Patientensicherheit Schweiz, 2021b).

Ereignisanalyse nach Never Events im Spital

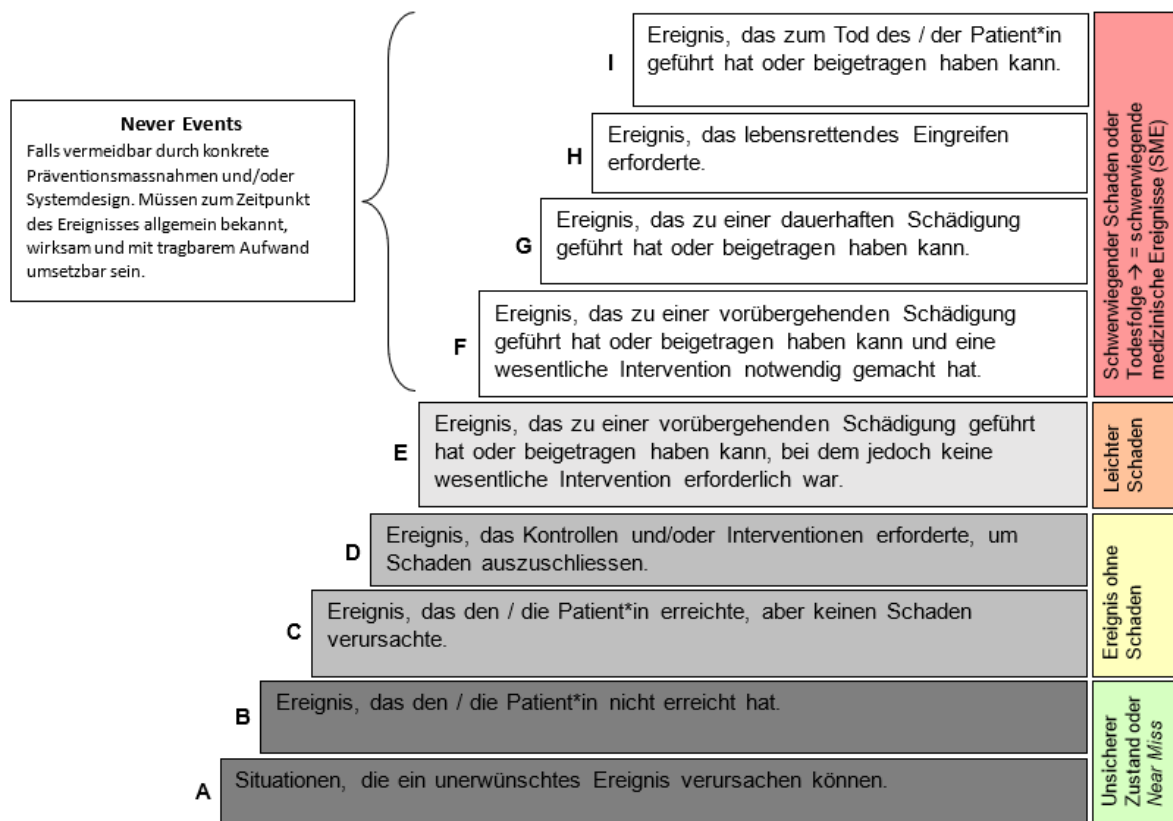


Abbildung 1. Übersicht verschiedener Ereignisse im Rahmen einer klinischen Behandlung inklusive schwerwiegender medizinischer Ereignisse und Never Events. Eigene Darstellung, adaptiert. Aus *Definition Never Events* von Stiftung Patientensicherheit Schweiz (2021 a). (S. 1)

2.1.1 Abgrenzung zu anderen Definitionen schlechter Behandlungsergebnisse

Da oftmals verschiedene Begriffe zur Benennung von schlechten Behandlungsergebnissen verwendet werden, kann dies zu Verwechslungen führen. In der Tabelle 1 sind die wichtigsten Begriffe aufgelistet und thematisiert, damit eine Abgrenzung zu Never Events vollzogen werden kann. Die Liste ist nicht erschöpfend, sondern behandelt lediglich die elementarsten Begriffe. Die Definitionen stammen allesamt aus der Quelle der American Society of Healthcare Risk Management (ASHRM) (2006), da sich diese seit der Gründung im Jahr 1980 unter anderem mit Patientensicherheit befasst.

Tabelle 1

Begriffsdefinitionen zu schlechten Behandlungsergebnissen

	Begriff deutsch	Begriff englisch	Definition
Fehler	Behandlungsfehler	medical error	Entweder wurde eine Vorgangsweise gewählt, welche zum Erreichen des Ziels nicht angebracht ist oder es wurde eine angebrachte Vorgangsweise verwendet, welche jedoch nicht zum Erreichen des angestrebten Ergebnisses führte. Schwerwiegende Fehler, geringfügige Fehler sowie Beinahe-Zwischenfälle werden alle als Behandlungsfehler gezählt, weshalb dieser Term als Überbegriff verwendet werden kann.
	Schwerwiegender Fehler	serious error	Fehler, der einen vorübergehenden, aber dennoch lebensbedrohlichen Schaden auslösen kann oder das Potenzial hat, eine dauerhafte Schädigung hervorzurufen.
	Geringfügiger Fehler	minor error	Fehler, der entweder keinen Schaden verursacht hat oder auch kein Potenzial dazu gehabt hätte.
	Beinahe-Zwischenfall	near miss	Fehler des medizinischen Managements, der vorher abgefangen wurde und deshalb weder einen Schaden verursacht noch eine Auswirkung auf den/die Patient*in hat.
Schädigung	Unerwünschtes Ereignis	adverse event	Wurde nicht durch die zugrundeliegende Krankheit des/der Patient*in ausgelöst, sondern durch das medizinische Management. Unter dem medizinischen Management werden nicht nur Handlungen und/oder Entscheidungen der Ärzt*innen sowie Pflegenden verstanden, sondern alle Faktoren der medizinischen Versorgung.
	Vermeidbares unerwünschtes Ereignis	preventable adverse event	Kann auf einen Fehler oder ein Systemversagen zurückgeführt werden. Fall 1: Verantwortliche/r Arzt*in macht einen Fehler Fall 2: Andere Person des medizinischen Betreuungsteams macht einen Fehler Fall 3: Kein Fehler einer Einzelperson sondern ein Systemversagen

	Nicht vermeidbares unerwünschtes Ereignis	unpreventable adverse event	Ist nicht auf einen Fehler, respektive auf ein Systemversagen zurückzuführen und ist bis heute nicht immer vermeidbar. Fall 1: Bekannte Gefahren von Hochrisiko-Therapien mit häufiger Auftretenswahrscheinlichkeit. Der/die Patient*in wurde vorgängig über die Risiken belehrt und akzeptiert diese. Fall 2: Bekannte Risiken von gängigen Therapien mit seltener Auftretenswahrscheinlichkeit. Der/die Patient*in wurde vorgängig nicht zwangsläufig über die Risiken belehrt.
--	---	-----------------------------	---

2.2 Unterschied von der Hochrisikoindustrie zum Gesundheitswesen

Das Nachdenken über die Gründe von unerwünschten, aber auch erwünschten Ereignissen wurde von Kliniker*innen seit jeher vorgenommen. Als die Medizin noch einfacher war und oft in den Händen einzelner Personen lag, wurden Gründe für Erfolg und Misserfolg nicht selten in persönlichen Begriffen ausgedrückt und individuelle Aspekte der Kliniker*innen wurden als bedeutsamste Faktoren für die Qualität von Diagnose und Behandlung angesehen (Woloshynowych et al., 2005). Zum heutigen Zeitpunkt ist die Medizin jedoch sehr komplex geworden und verwendet modernste Technologie (Petschnig & Haslinger-Baumann, 2017). Die Behandlung an den Patient*innen wird nicht mehr nur durch eine Person vorgenommen, sondern oftmals ist ein ganzes Team an Personen mit unterschiedlichen beruflichen Hintergründen dafür zuständig. Das bringt als Konsequenz mit sich mit, dass eine ganze Reihe an Faktoren die Qualität der Versorgung im Spital und dementsprechend auch das Auftreten von unerwünschten Ereignissen bestimmen (Woloshynowych et al., 2005).

Das Lernen aus Unfällen sowie Beinahe-Zwischenfällen stellt in anderen Branchen einen elementaren Bestandteil der Sicherheitsanalyse und -verbesserung dar. Unfälle, die beispielsweise in der Luftfahrt vorkommen, werden akribisch untersucht und die daraus gewonnenen Erkenntnisse innerhalb der Branche geteilt (Vincent, 2003). Darüber hinaus werden wichtige Änderungen von den Regulierungsbehörden verbindlich vorgeschrieben (Woloshynowych et al., 2005). Ein Grund, weshalb so eine grosse Diskrepanz zwischen diesen Branchen besteht, könnte das Ausmass eines Ereignisses auf die Anzahl Personen sein (Kohn et al., 2000). Während bei einem Flugzeugabsturz auf einen Schlag mehrere hundert Personen und bei einem AKW-Unfall sogar eine ganze Population betroffen sein können, betrifft ein schwerwiegendes Ereignis durch die klinische Behandlung lediglich einen Patienten oder eine Patientin.

Ereignisanalyse nach Never Events im Spital

Über Jahre hinweg wurden Behandlungsfehler den Patient*innen gegenüber nur selten anerkannt, in medizinischen Fachschriften kaum erwähnt und von den Regierungen gar nicht erst berücksichtigt. Erst vor wenigen Jahren drang die Thematik rund um Behandlungsfehler und die damit einhergehende Schädigung der Patient*innen Stück für Stück an die Oberfläche und wird nun langsam von Fachleuten aus dem Gesundheitswesen, Politiker*innen sowie der breiten Öffentlichkeit anerkannt und diskutiert (Vincent, 2006). Dies hat zur Folge, dass andere Branchen, wie die Luftfahrt, in der Unfallaufarbeitung mit ihrem Wissen und auch den Methoden dem Gesundheitswesen weit voraus sind (Kohn et al., 2000; Hudson, 2003).

Die Untersuchung von Unfällen und Ereignissen kann zu den Aufgaben gezählt werden, die am schwierigsten zu vermitteln sind, da gute Untersucher*innen oft Schwierigkeiten haben, ihre Arbeit zu beschreiben. In den letzten Jahren haben jedoch die Hochrisikobranchen umfassende Schulungsprogramme zur Unfalluntersuchung für ihre Mitarbeitenden entwickelt. Die ersten Kurse umfassen in der Regel mindestens sieben Tage und werden in regelmässigen Abständen durch weiterführende und spezifische Schulungen ergänzt (Woloshynowych et al., 2005).

Das Gesundheitswesen orientiert sich heutzutage nach wie vor an den Methoden und dem Wissen aus der Luftfahrt, der Kernkraft-, Chemie- und Erdölindustrie (Vincent, 2006). Dies macht durchaus Sinn, da Parallelen zu diesen Branchen bestehen. Allerdings gibt es neben den Gemeinsamkeiten auch viele Unterschiede zwischen der sogenannten Hochrisikoindustrie und dem Gesundheitswesen (Hudson, 2003). Die Arbeit in der Hochrisikoindustrie ist im Idealfall routiniert, auf kleine Teilaufgaben heruntergebrochen und eine Abweichung von der üblichen Vorgabe sollte dringend vermieden werden. Im Gesundheitswesen herrscht grösstenteils auch Routine und doch ist das Personal in gewissen Bereichen mit einem hohen Mass an Risiko konfrontiert oder muss von der Routine abweichen. Zudem ist ein erheblicher Teil der Arbeit sehr praxisorientiert und aus diesem Grund viel anfälliger für Fehler (Woloshynowych et al., 2005). Am Beispiel eines chirurgischen Eingriffs wird die Erläuterung klarer; Wenn eine Person aufgrund eines akuten Herzproblems operiert wird, so wissen die Chirurg*innen grundsätzlich, wie die Operation vorbereitet und durchgeführt werden muss und was sie in den meisten Fällen erwarten wird. Taucht während der Operation jedoch ein Problem auf, was die Chirurg*innen an der Weiterarbeit hindert, so muss innerhalb kurzer Zeit vom eigentlichen Plan abgewichen und eine neue Vorgehensweise überlegt werden. Dies erfordert Geschick und ist mit einem gewissen Risiko verbunden.

Trotz den besprochenen Unterschieden stellen die Modelle der Ereignisentstehung aus der Hochrisikoindustrie ein wichtiges Fundament in der vorliegenden Arbeit dar. Bevor in einem

zweiten Schritt auf die möglichen Modelle für das Gesundheitswesen eingegangen wird, ist es zuerst wichtig, die jene aus der Hochrisikoindustrie zu kennen und deren Hintergrund zu verstehen.

2.2.1 Modelle der Ereignisentstehung

Klassischerweise werden drei Oberkategorien von Modellen der Ereignisentstehung besprochen. Es wird dabei zwischen simpel-linear, komplex-linear und systemisch unterschieden, wobei jede Art eigene repräsentative Eigenschaften beinhaltet.

Simpel-lineare Modelle

Simpel-lineare Modelle, auch als sequenzielle Klasse bekannt, beschreibt Unfälle als Ergebnis zeitlich geordneter Abfolgen diskreter Ereignissen (Rathnayaka, Khan & Amyotte, 2011). Sie gehen davon aus, dass ein unerwünschtes Ereignis – eine sogenannte Grundursache – eine Abfolge von Ereignissen auslöst, die zu schlussendlich zu einem Unfall führen. Die Ursache-Wirkungs-Beziehung zwischen aufeinanderfolgenden Ereignissen wird dabei als linear gesehen (Underwood & Waterson, 2013).

Vertreten ist hier die Heinrich-Ratio, welche unter dem Namen Eisbergmodell besser bekannt ist und besagt, dass auf ein schwerer Unfall vorgängig 29 leichte Verletzungen und 300 schadenfreie Zwischenfälle kommen (Ritz, 2015). Rund 20 Jahre später entwickelte Heinrich das Dominomodell, welches die Entstehung des Unfalls visualisieren soll. Bei diesem Modell liegt der Fokus sehr auf dem Menschen als Verursacher, da er durch seine operative Tätigkeit unsichere Handlungen begeht. Weiter werden in diesem Modell Unfälle als Störungen in einem sonst fehlerlosen System verstanden und eine Schädigung entwickelt sich gemäss Heinrich's Theorie durch eine auslösende Sequenz von fünf Unfallfaktoren (Ritz, 2015). Symbolisch werden diese als Dominosteine bezeichnet. Fällt ein Dominostein um, so fallen nacheinander alle und es kommt zum unerwünschten Ereignis. Durch eine rückwärtsgerichtete Suche ist es gemäss Heinrich möglich, die *Root Cause* (dt. Ursache) in der Entstehungskette zu finden. Heinrich's Analysemethoden gelten mangels Replizierbarkeit und unzureichender Dokumentation von wissenschaftlicher Seite her jedoch als fragwürdig. Trotzdem hat das Dominomodell bis heute einen erheblichen Einfluss auf das Verständnis für Unfallprävention und wie Normen durch gesetzliche Unfallversicherer festgelegt werden (Ritz, 2015). Gemäss Leveson (2004) funktionieren Methoden aus dieser Modellklasse relativ gut bei Schäden, die durch das Versagen physischer Komponenten oder menschlichen Handlungen in relativ einfachen Systemen verursacht werden und bieten in diesem Kontext auch eine angemessene Beschreibung der Ergebnisse, welche zum Unfall führen. Eine weitere Stärke der sequenziellen Klasse liegt darin, dass die dazugehörigen Methoden seit langer Zeit vorhanden sind und deshalb ausreifen konnten. Ausserdem sind

sie leicht verständlich, weil sie ein chronologisches Bild von den Ereignissen vermitteln, die schlussendlich zum Unfall geführt haben (Wienen, Bukhsh, Vriezokolk & Wieringa, 2017). Nachteilig an dieser Modellklasse ist, dass die Ursache-Wirkungs-Beziehung zwischen den Management- und Organisationsfaktoren sowie den menschlichen Elementen in einem System nicht hinreichend definiert wird und dass die Modelle nicht in der Lage sind, darzustellen, wie diese ursächlichen Faktoren den Unfall ausgelöst haben (Rathnayaka et al., 2011). Die wohl bekannteste Methode, die der sequenziellen Klasse zugeordnet werden kann, ist die *Root Cause Analysis* (RCA), welche auf den Gründer von Toyota zurückgeht (Wienen et al., 2017). Weiter bekannt sind gemäss Underwood & Waterson (2013) beispielsweise die *Fault Tree Analysis* (FTA) oder *Sequentially Timed Events Plotting* (STEP).

Komplex-lineare Modelle

Komplex-lineare Modelle, auch als epidemiologische Klasse bekannt, betrachten Unfälle als eine Kombination aus aktiven und latenten Fehlern innerhalb eines Systems (Reason, 1990; 1997). Die latenten Bedingungen können dabei lange Zeit in einem System schlummern, ohne zuvor zu einem Problem zu führen. Unter latent gemeint sind beispielsweise die vorherrschende Organisationskultur oder Praktiken aus dem Management. Solche organisationalen Faktoren können auf der lokalen Ebene, also dort, wo die operative Aufgabe durchgeführt wird, Bedingungen schaffen, die sich negativ auf die Leistung der einzelnen Person auswirken (Ritz, 2015). Dies könnten beispielsweise eine hohe Arbeitsbelastung oder Ermüdung sein. Somit werden wiederum Voraussetzungen für unsichere Handlungen wie Fehler oder absichtliche Verstösse geschaffen. Wichtig zu verstehen ist hierbei jedoch, dass die negativen Folgen latenter Fehler erst dann bemerkbar werden, wenn sie mit unsicheren Handlungen – aktiven Fehlern – kombiniert werden, um die Sicherheitsbarrieren eines Systems zu durchbrechen (Underwood & Waterson, 2013). Das *Swiss-Cheese* Modell (Reason, 1990), sowie dessen ausspezifizierte Variante – das Modell der organisationalen Perspektive der Ereignisentstehung (Reason, 1997) – sind bekannte komplex-lineare Modelle. Reason's (1990) Ansatz besteht darin, dass ein Ereignis in komplexen soziotechnischen Systemen multikausaler Natur ist. Zwar sieht Reason, gleich wie Heinrich, den Menschen als Teil der Ereignisentstehung, allerdings steht dieser gemäss seiner Theorie lediglich am Ende der Ereignisentstehungskette (Reason, 1990). Dort löst er folglich ein Ereignis aus, dessen zugrundeliegenden Entstehungsbedingungen einen Unfall erst möglich gemacht haben. Um zu verstehen, wie es dazu kam, um anschliessend die ermittelten Schwachstellen in den Sicherheitsbarrieren zu entfernen und dadurch ein höheres Sicherheitsniveau erreichen zu können, muss jedoch weiter zurückgegangen und durch eine Ereignisanalyse im retrospektiven Prozess die fehlerverursachenden Bedingungen untersucht werden, die zu der unsicheren Handlung

geführt haben (Reason, 1990). Diese wiederum können auf latente Faktoren zurückzuführen sein. Sie stehen in Reasons Modell von 1990 zusammen mit den Sicherheitsbarrieren im Vordergrund, weil sie ein Ereignis überhaupt erst begünstigen oder eben verhindern (Woloshynowych et al. 2005).

Das neuere Modell wurde schliesslich um die organisationalen Faktoren erweitert, welche ebenfalls zur Aufarbeitung von Ereignissen einen zentralen Aspekt spielen (Reason, 1997). Weil sich unterschiedliche organisationale Faktoren wie Regelungen oder Weisungen aus dem Management direkt auf die lokale Arbeitsplatzbedingung innerhalb einer Organisation auswirken, bildet dies die Grundlage dafür, dass von den Personen, die dort Arbeiten, unsichere Handlungen ausgelöst werden können. Zur gleichen Zeit können durch das Zusammenspiel von organisationalen Faktoren sowie lokalen Arbeitsplatzbedingungen latente Bedingungen entstehen, die sich wiederum negativ auf die Sicherheitsbarrieren auswirken, welche eigentlich als Schutzsystem dienen würden (Ritz, 2015).

Das *Swiss-Cheese* Modell bildet die Grundlage für zahlreiche Analysemethoden. Bekannt sind hier beispielsweise das *Human Factors Analysis and Classification System* (HFACS) nach Wiegmann und Shappell (2003) oder Tripod Beta, welches von Shell entwickelt wurde (Wienen et al., 2017). Weil die Klasse der epidemiologischen Modelle und Methoden verlangt, dass man nach einem Unfall über die unmittelbaren Ursachen hinausschaut und stattdessen die latenten Bedingungen eines Systems untersucht, kann mit dieser Art im Gegensatz zu der sequenziellen Klasse ein umfassenderes Verständnis eines Unfalls erlangt werden (Underwood & Waterson, 2013). Nichtsdestotrotz beruhen viele Modelle der epidemiologischen Klasse auf den Ursache-Wirkungs-Prinzipien der sequenziellen Modelle, die einen linearen Ablauf der Unfallverursachung beschreiben (Hollnagel, 2004). Weil die Komplexität der Unfälle stetig zunahm, argumentierten Forschende (z.B. Rasmussen, 1997; Leveson, 2001) in den späteren 1990er Jahre, dass diese Modelle nicht mehr ausreichend sind. Die Systemtheorie wurde daraufhin als neue Klasse vorgeschlagen.

Systemische Modelle

Anstatt Unfälle als eine Abfolge von Ursache-Wirkungs-Ereignissen zu behandeln, beschreiben Modelle der systemischen Klasse Schäden als unerwartetes Verhalten eines Systems, das sich aus den unkontrollierten Beziehungen zwischen seinen Bestandteilen ergibt (Ritz, 2015). Anders als bei der epidemiologischen Klasse ist es hier nicht so, dass sich Unfälle durch eine Kombination von aktiven und latenten Fehlern ergeben. Unfälle werden als das Ergebnis von Mensch und Technologien gesehen, die am Arbeitsplatz – also auf lokaler Ebene – rational erscheinen aber hintergründig und für die Menschen unwissentlich unsichere Bedingungen innerhalb des Systems auslösen, die aus diesem Grund auch nicht aktiv korrigiert werden. Wenn man nach einer Analyse alleinig die

Grundursache behebt, so wird dies gemäss diesem Ansatz nicht verhindern, dass sich der Unfall ein zweites Mal ergibt. In der Literatur vorgeschlagen wird deshalb ein ganzheitlicher Ansatz, mit dem im gesamten System nach Sicherheitsmängeln gesucht wird und diese auch behoben werden (Underwood & Waterson, 2013).

Ein bekanntes Modell der systemischen Klasse ist das *Drift to Danger* Modell nach Rasmussen (1997). Vor allem abweichend zu der Klasse der simpel-linearen Modellen ist hier, dass der Fokus weniger auf dem Menschen als Verursacher für Fehler liegt. Der Ansatz des *Drift to Danger* Modells liegt darin, dass es zwar mühelos ist, nach dem Ereignis die Person zu finden, deren Handlungen von der Vorschrift oder dem vorherrschenden Standard abgewichen sind aber dass dadurch die verflochtenen Zusammenhänge unentdeckt bleiben werden (Ritz, 2015). Rasmussen (1997) beschreibt, dass die Anpassungsfähigkeit und somit der Handlungsspielraum der Mitarbeitenden in einem Arbeitssystem notwendig sind, damit die operativen Arbeitsaufgaben mit Erfolg ausgeführt werden können. Von den Mitarbeitenden vorgenommene Abweichungen von Standards oder auf organisationaler Ebene definierte Vorgaben sieht Rasmussen (1997) als erforderlich, damit in Situationen ausserhalb der Norm und unter veränderten Bedingungen trotzdem die Produktivität im System aufrechterhalten werden kann. Betrachte man Handlungen von Mitarbeitenden als Fehler, so werde man der vorherrschenden Systemdynamik nicht gerecht. Als logische Konsequenz empfiehlt das Modell, dass keine festen Handlungsvorgaben gemacht werden sollen, um angemessenes Verhalten in einer dynamischen Umwelt zu definieren (Ritz, 2015). Methoden und Tools, die dieser Klasse zugeordnet werden können und in der Literatur immer wieder auftreten sind beispielsweise das *Systems-Theoretic Accident Model and Processes* (STAMP) nach Leveson (2004) sowie die *Functional Resonance Analysis Method* (FRAM) nach Hollnagel (2004; 2012).

2.3 Einordnung des Systems für die Wahl der Analysemethode

Um herausfinden zu können, welche Art von Analysemethode am besten geeignet ist, empfehlen Underwood und Waterson (2013) sowie Wienen et al., (2017) zuallererst eine Einordnung des zu analysierenden Systems. Dabei liegt der Fokus auf der Komplexität, da es zu wenig nützlich sein kann, wenn man simple Methoden – wie beispielsweise sequenzielle Techniken – für die Untersuchung von Unfällen in komplexen, dynamischen Systemen oder für schwere Unfälle einsetzt. Hollnagel und Speziali (2008) haben basierend auf der Arbeit von Perrow im Jahre 1984 einen kurzen Fragenkatalog erstellt, welcher Anhand von insgesamt sechs verschiedenen Aussagen zu den Systemcharakteristika ermitteln soll, ob ein System eng oder locker gekoppelt ist (coupling) und ob es überschaubar ist oder nicht (tractability). Dies ist für die Auswahl der Methode zur Unfalluntersuchung von Bedeutung, weil die Erklärung eines Unfalls der Art der

Ereignisanalyse nach Never Events im Spital

Wechselwirkungen und dem Grad der Kopplung im System Rechnung tragen muss. Ein Spital kann dabei als hauptsächlich nicht überschaubar (intractable) (Hollnagel & Speziali, 2008), sowie mehrheitlich eng gekoppelt (tightly coupled) angesehen werden.

Underwood und Waterson (2013) haben auf der Basis von Hollnagel (2008) eine Grafik erstellt, welche verschiedene Systeme in einem Raster nach ihrer Kopplung sowie der Nachvollziehbarkeit zuordnen. Abbildung 2 visualisiert dies. Die verschiedenen Kästen sollen einen Eindruck vermitteln, wo das System einzuordnen ist und die Farben geben einen Vorschlag, welche Analysetechnik für dieses System angebracht ist. Zwar wird ein Spital in dieser Grafik nicht aufgelistet, doch gemäss der Zuordnung anhand des Fragebogens von Hollnagel und Speziali (2008) würde es zu den oberen beiden Kästchen (grün und blau) gehören und daher wären epidemiologische, respektive systemische Analysetechniken angemessen, um ein Ereignis zu untersuchen.

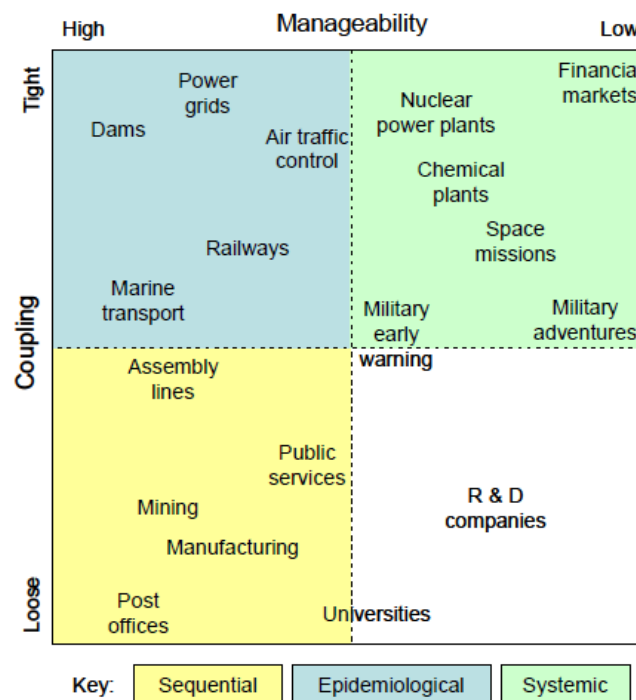


Abbildung 2. Auswahl der geeigneten Analysemethoden nach Einteilung des Systems im Raster. Aus *Accident Analysis Models and Methods: Guidance for Safety Professionals* von P. Underwood & P. Waterson (2013). (S. 9).

2.4 Ereignisanalyse im Gesundheitswesen

Die Literaturgrundlage zur Analyse von unerwünschten Ereignissen im Gesundheitswesen ist vielfältig, aber dennoch schlecht aufbereitet (Woloshynowych et al., 2005). Es gibt zwar Berichte über einzelne oder häufig auftretende Ereignisse und wie diese in jenem Fall analysiert wurden, jedoch bezieht sich diese Literatur oftmals nicht spezifisch auf Never Events. Ein Grund dafür könnte die Modernität des Themas darstellen, so dass Studien dazu

erst am Aufkommen sind und sich Forschende zukünftig mit der Entwicklung von Methoden spezifisch für diese Art von Ereignissen befassen werden.

Grundsätzlich wird deshalb in Bezug auf das Gesundheitswesen oftmals nach dem Häufigkeitsprinzip vorgegangen. Je häufiger die Methode eines Modells oder eine Technik erfolgreich verwendet und darüber berichtet wurde, desto höher ist die Wahrscheinlichkeit, dass dieser Ansatz auch von anderen verwendet wird und es wird sich gleichzeitig erhofft, dass es ein weiteres Mal zielführend ist (Kohn et al., 2000).

2.4.1 London Protokoll

Eine Methode, die jedoch spezifisch für das Gesundheitswesen entwickelt wurde und für die Analyse von schwerwiegenden Ereignissen im Spital verwendet werden kann, ist das London Protokoll nach Taylor-Adams und Vincent (2004). Das London Protokoll basiert auf der Forschung von James Reason und bietet daher eine lineare Struktur für die Analyse (Strametz, Müller & Brühwiler, 2016). Anhand einer Verdichtung der vorab gesammelten Informationen zum Ereignis werden die systemischen Einflussfaktoren identifiziert sowie analysiert. In der Originalversion werden dafür sieben Abschnitte in einem Prozessdiagramm vorgeschlagen, die schrittweise durchzuarbeiten sind (Taylor-Adams & Vincent, 2004). Die Stufen sind folgende:

1. Identifikation und Entscheidung zur Untersuchung
2. Mitglieder des Untersuchungsteams auswählen
3. Organisation und Datensammlung
4. Chronologischen Ablauf des Zwischenfalls ermitteln
5. Fehlerhafte Vorgänge identifizieren
6. Fehlerbegünstigende Faktoren identifizieren
7. Empfehlungen ableiten und Massnahmen entwickeln

Das Ziel des London Protokolls besteht darin, nach einem schwerwiegenden Vorfall Sicherheitslücken, unzureichende Richtlinien oder Weisungen, fehlerhafte Abläufe oder sonstige Umstände zu ermitteln, die zu Abweichungen von auferlegten oder konzipierten Sicherheitsstandards im Arbeitssystem geführt haben (Taylor-Adams & Vincent, 2004). Künftige Schadensfälle sollen auf diese Art in ihrer Häufigkeit oder dem Schweregrad reduziert werden können. Taylor-Adams und Vincent (2004) erwähnen jedoch deutlich, dass das London Protokoll als eigener Baustein gedacht ist, der lediglich in andere Verfahren eingebettet werden soll. Weil es von Land zu Land darauf ankommt, wo die Prioritäten bei der Identifizierung von Zwischenfällen liegen, werden keine Empfehlungen zu Vorschriften ausgesprochen. Vorteile des London Protokolls werden darin gesehen, dass mit dieser Methode ein Schritt tiefer analysiert werden kann als mit der RCA, die als bisher

meistverwendete Technik zur Analyse von Ereignissen im Gesundheitswesen gilt (Vincent, 2003; Hettinger et al., 2013).

Trotzdem konnte sich – obgleich des vielversprechenden Ansatzes – die Verwendung des London Protokolls nur in einem geringen Umfang etablieren. Dies führt wiederum dazu, dass sich in der Literatur nicht ausreichend viele Anwendungsbeispiele finden und sich die Methode deshalb nicht hinreichend validieren lässt, was ein allgemeines Problem bei den vorhandenen Methoden bezogen auf das Gesundheitswesen darstellt (Woloshynowych et al., 2005). Bekannt ist vor allem die Auswertung der pädiatrischen Versorgung der Winnipeg Regional Health Authority (Cronin, 2006), welche jedoch nur sehr allgemein gehalten präsentiert wird. Gründe für die geringe Akzeptanz in der Praxis sind unklar. Eine Erklärung dafür könnten jedoch die Komplexität sowie das hohe Mass an Aufwand sein (Strametz et al., 2016). Eine andere Erklärung geht auf die Linearität des dahinterliegenden Modells zurück, weil versucht wird, von aktiven Fehlern auf das organisationale Versagen zurückzuschliessen. Die Komplexität des Systems wird dabei aber nicht beachtet (Carthey, 2013).

2.4.2 Mögliche Modelle der Ereignisentstehung für das Gesundheitswesen

Durch die thematisierten Unterschiede von der Hochrisikoindustrie zum Gesundheitswesen geht als logische Konsequenz hervor, dass nicht alle Modelle gleich gut von der einen Branche auf die andere übertragbar sind (Woloshynowych et al., 2005). Es ist ausserdem in Erinnerung zu rufen, dass die Auseinandersetzung mit unerwünschten Ereignissen im Gesundheitswesen relativ neu ist und bis dato keine Methode existiert, die spezifisch für die Analyse von Never Events entwickelt wurde. Für den weiteren Teil der vorliegenden Arbeit bedeutet dies, dass der Suchrahmen erweitert wird und auch Theorien sowie Kriterien berücksichtigt werden, die sich auf die Analyse von anderen Ereignisarten beziehen.

Leape (1994, zitiert nach Woloshynowych et al., 2005) argumentiert, dass man, um unerwünschte Ereignisse im Gesundheitswesen zu verstehen, den Fokus mehr auf die psychologische Forschung sowie Forschung zu menschlichen Faktoren über die Art, die Mechanismen und die Ursachen von Fehlern legen muss. Dabei sei wichtig zu berücksichtigen, dass die Fehleranfälligkeit stark vom Kontext und den Arbeitsbedingungen beeinflusst wird. Weiter wird berichtet, dass die Ursachen eines unerwünschten Ereignisses in einer Vielzahl von ineinandergreifenden Faktoren liegen können. Dies könnten beispielsweise Kommunikations- und Überwachungsprobleme, übermässige Arbeitsbelastung und Ausbildungsmangel sowie auch der Einsatz von Vertretungshilfen sein. Vincent (2003) beschreibt ausserdem, dass unerwünschte Behandlungsfehler oftmals auf ein Systemversagen zurückzuführen sind, bei dem die Pflegepraktiken unter den Mitarbeitenden

des Gesundheitswesens uneinheitlich sind. Durch die systematische Aufdeckung dieser unerwünschten Ereignissen und der Analyse ihrer Ursachen können Mängel in den Prozessen festgestellt und Systemänderungen zur weiteren Fehlervermeidung vorgenommen werden (Sun, 2013).

In den folgenden Abschnitten werden Modelle diskutiert, die aufgrund von Anpassungen oder anderen Faktoren besser auf das Gesundheitswesen übertragbar sind als diese des Kapitels 2.2.1. Die drei präsentierten Modelle werden ebenfalls für die Konzeptvorschläge der Interviews verwendet. Sie befinden sich in Anhang B.

Adaptiertes Modell der organisationalen Unfallentstehung

Dieses Modell basiert auf der Forschung von James Reason (1990; 1997) und stellt die Grundlage für das London Protokoll dar. Abbildung 3 visualisiert die Idee des Modells. Woloshynowych et al. (2005) nennen, dass zuallererst die Chronologie des betreffenden Ereignisses verstanden werden muss. Um dies zu erreichen, werden in der Praxis wiederholt Techniken der RCA wie Zeit-Personen-Raster und Diagramme eingesetzt. Anschliessend wird die Analyse rückwärtsgerichtet vorgenommen (Taylor-Adams & Vincent, 2004). Unfällen geht gemäss dem Modell meistens eine unsichere Handlung (*Unsafe Act*) einer Person voraus. Dies ist auch unter *Care Delivery Problems* bekannt und kann beispielsweise die falsche Verabreichung eines Medikaments, Fehleinschätzungen oder das Vergessen grundlegender Überwachungen sein. Auch eine absichtliche Abweichung von sicheren Praktiken, Verfahren oder Standards zählen dazu. Die unsichere Handlung wird von den fehlerbegünstigenden Bedingungen (*Contributory Factors*) hervorgerufen. Darunter verstanden werden beispielsweise eine hohe Arbeitsbelastung, Müdigkeit, eine stressvolle Umgebung und so weiter. Diese können wiederum auf latente Fehler (*Latent Failures*) zurückgeführt werden. Damit gemeint sind beispielsweise Fehlentscheidungen, die auf Managementebene getroffen werden.

Fällt die Wahl auf diese Methode, besteht die Aufgabe der Personen, welche das Ereignis analysieren, nicht nur darin, den Ablauf der Ereignisse zu untersuchen, sondern auch die zugrundeliegenden systemischen Probleme, die sich auf die Handlungen von Einzelpersonen in ihrer Arbeit auswirken können. Ebenfalls spielt das Vorhandensein, respektive Fehlen von Schutzmassnahmen und Barrieren im System eine zentrale Rolle. Diese können physisch oder natürlich sein – beispielsweise durch Zäune oder Abstände – menschliche Massnahmen wie das Vieraugenprinzip oder administrative Kontrollen wie Schulungen (Woloshynowych et al., 2005).

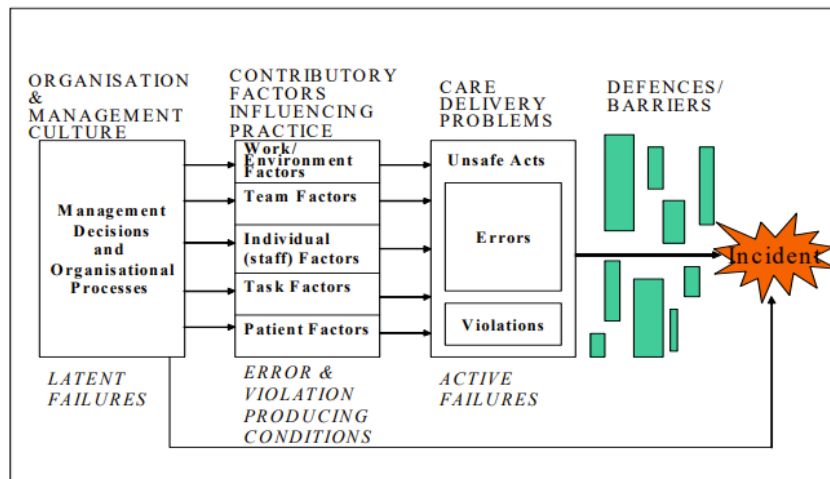


Abbildung 3. Adaptiertes Modell der organisationalen Unfallentstehung. Aus *Systems Analysis of Clinical Incidents – The London Protocol* von S. Taylor-Adams & C. Vincent (2004). (S. 4).

Taylor-Adams und Vincent (2004) beschreiben das adaptierte Modell der organisationalen Unfallentstehung als interessant für das Gesundheitswesen. Durch die Übernahme aus der Hochrisikoidustrie verzeichnet es ein langes Bestehen.

Es kann der epidemiologischen Klasse zugeordnet werden und eignet sich gemäss Hollnagel und Speziali (2008) deshalb als Grundlage für die Ereignisanalyse im Gesundheitswesen. Aus diesem Grund stellt dieses Modell die Basis für den Konzeptvorschlag 1 dar, welcher in den Experteninterviews besprochen wird. Weiter wird die RCA als meistverwendete Technik im Gesundheitswesen erwähnt (Hettinger et al., 2013). Um vom London Protokoll nicht ganz wegzukommen aber doch gewissermassen den Ansatz zu verändern, fließt diese ebenfalls in den Konzeptvorschlag 1 ein.

Systems Engineering Initiative for Patient Safety (SEIPS)

Petschnig und Haslinger-Baumann (2017) beschreiben, dass Prozesse und die Mitarbeitenden im Gesundheitssystem als eine Art Gefahrenquelle betrachtet werden können. Durch das SEIPS Modell können beide Faktoren analysiert werden. Es ist eines der meistgenutzten Modellen im Gesundheitswesen (Wheway & Jun, 2021) und wurde explizit für die Verbesserung der Patientensicherheit erarbeitet.

Es spezifiziert die Systemkomponenten, in dem es zu den Ursachen und der Kontrolle von Behandlungsfehlern, Zwischenfällen sowie unerwünschten Ereignissen beitragen kann (Carayon et al., 2006). Abbildung 4 visualisiert die Idee des Modells.

Mit Fokus auf das Arbeitssystem (*Work System*) führt eine Person eine Reihe von Aufgaben (*Tasks*) unter Verwendung verschiedener Werkzeuge und Technologien (*Technology and Tools*) aus. Die Ausführung dieser Aufgaben erfolgt dabei in einer

Ereignisanalyse nach Never Events im Spital

bestimmten physischen Umgebung (*Environment*) und unter bestimmten organisatorischen Bedingungen (*Organization*). Diese fünf Faktoren interagieren miteinander und bringen so Arbeitsprozesse hervor, welche wiederum das *Outcome* beeinflussen. Das SEIPS Modell sagt zwar nicht aus, ob die Veränderung von einem Faktor im Arbeitssystem zu einem bestimmten Ergebnis für die Organisation, die Mitarbeitenden oder die Patient*innen führt. Es bietet jedoch einen Rahmen für die Betrachtung der verschiedenen Aspekte eines Arbeitssystems, deren Wechselwirkungen und die daraus resultierenden möglichen *Outcomes* (Carayon et al., 2006).

Das SEIPS Modell kann der systemischen Klasse zugeordnet werden (Carayon et al., 2006) und eignet sich gemäss Hollnagel und Speziali (2008) deshalb als Grundlage für die Ereignisanalyse im Gesundheitswesen. Vorteilhaft ist, dass es über die weit verbreitete, aber sehr vereinfachte Annahme hinausgeht, dass einem Ereignis nur eine einzige Ursache zugrunde liegt (Vincent, 2003). Weil das Modell explizit für die Patientensicherheit entwickelt wurde, der Fokus noch stärker auf den Prozessen liegt als beim adaptierten Modell der organisationalen Unfallentstehung aber trotzdem das ganze Arbeitssystem berücksichtigt wird, stellt es die Basis für den Konzeptvorschlag 2 dar, welcher in den Interviews besprochen wird. Die AcciMap nach Rasmussen (1997), anhand welcher die Kombination von Ereignissen sowie Entscheidungen nach einem Vorfall visualisiert werden kann, ist dabei als Technik direkt auf das Modell applizierbar und fließt aus diesem Grund ebenfalls in den Konzeptvorschlag 2 ein.

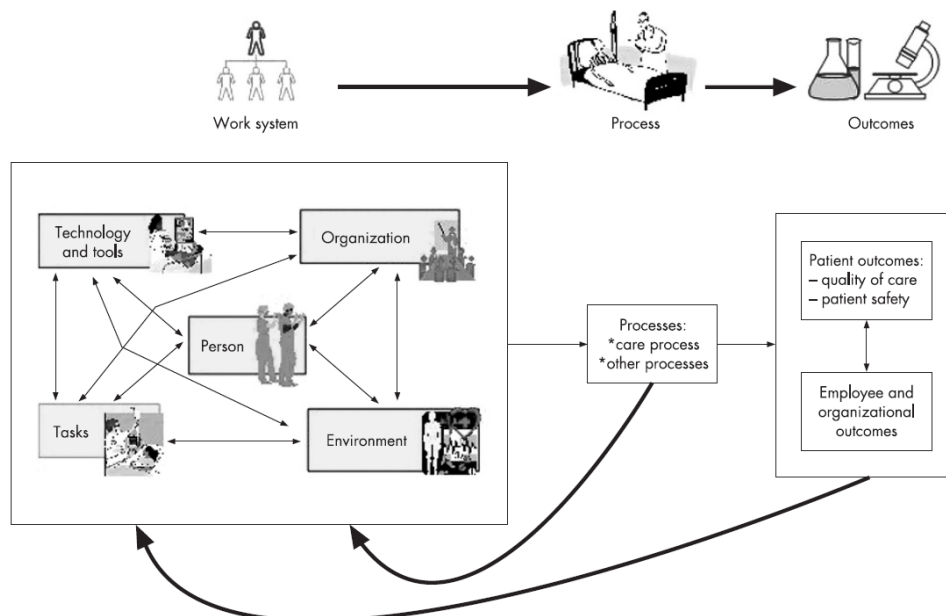


Abbildung 4. SEIPS Modell als visuelle Darstellung mit den Faktoren aus dem Arbeitssystem, den Prozessen sowie dem Outcome. Aus *Work system design for patient safety: the SEIPS model* von Carayon et al. (2006). (S. 51).

Work As Imagined vs. Work As Done (WAI/WAD)

Weil es sich bei einem Spital um ein komplexes und anpassungsfähiges System handelt, das sich in ständiger Entwicklung mit dynamischen Veränderungen befindet, kann gemäss Deutsch (2016) nur schwer ein vollständiges Verständnis der geleisteten Arbeit erlangt werden. Oftmals entsteht dadurch ein Unterschied zwischen der Arbeit, wie sie angedacht ist (*Work As Imagined*) und der Arbeit, wie sie tatsächlich ausgeführt wird (*Work As Done*). Bei *Work As Imagined* wird davon ausgegangen, dass sich die Sicherheit von selbst ergibt, solange die dazugehörigen Standardverfahren korrekt eingehalten werden. Um Sicherheit gewährleisten zu können, ist jedoch Variabilität im Verhalten unabdingbar (Smith & Plunkett, 2019). Handlungsspielraum in der Wahl der Mittel und Methoden wird daher zwingend benötigt, um ein produktives Ergebnis zu erzielen (Ritz, 2015). Kann dieser beispielsweise durch Bestimmungen oder Druck aus dem Management nicht mehr gewährleistet werden, so wird gemäss Theorie die Gefahr für einen Unfall grösser. Umgekehrt kann die Lücke zwischen der angedachten und der tatsächlich ausgeführten Arbeit gemäss Deutsch (2017) anhand von Simulationen entdeckt und somit auch verringert werden. Durch eine computergestützte Ereignissimulation wird die Analyse nichtlinearer Interaktionen zwischen Variablen und ihren Vermittlern erleichtert. Standardisierte Parameter für Prozesskomponenten können manipuliert werden, um Auswirkungen auf verschiedene Änderungen in der täglichen Arbeit zu sehen (Deutsch, 2017). Diese wiederum geben einen Einblick in die Handlungsmöglichkeit von Mitarbeitenden und könnten allenfalls Einbussen verdeutlichen.

Dieses Modell repräsentiert nicht direkt die Modelle der Ereignisentstehung. Da jedoch der Fokus durch diesen Ansatz auf eine neue Problematik mit anderen Faktoren gelenkt wird, ist es für diese Arbeit interessant und stellt somit die Basis für den Konzeptvorschlag 3 dar, welcher in den Interviews besprochen wird.

2.5 Kriterien aus der Literatur

Aus dem weiteren Literaturstudium der Werke von Underwood & Waterson (2013), Vincent (2003) und Woloshynowych et al. (2005) ergeben sich Kriterien, welche zur Auswahl der geeigneten Analysemethode, sowie der geeigneten Technik für die Ereignisanalyse im Gesundheitswesen relevant sind. Zur Ergänzung wurden ebenfalls die Empfehlungen des Canadian Patient Safety Institute (2012) sowie der ASHRM (2006) berücksichtigt. Diese Ergänzung wurde gemacht, da die Diskussion im englischen Sprachraum weiter fortgeschritten ist und vor allem die Harvard Spitäler in Massachusetts bereits konsensuell entwickelte konkrete Empfehlungen herausgegeben haben. 10 Kriterien für die Auswahl der

Methode konnten den verschiedenen Werken entnommen werden und sind in Tabelle 2 zusammengetragen.

Tabelle 2

Übersicht der wichtigsten Kriterien für die Auswahl der passenden Analysemethode

Kriterien für die Auswahl der passenden Methode	
Validität	Durch die Verwendung der Methode sollte das Ereignis angemessen untersucht werden können. Die eingesetzte Methode sollte genau das untersuchen, was sie vorgibt zu tun (z.B. Ursache des Ereignisses durch Ursache-Wirkungs-Analyse finden) und nicht etwas anderes (z.B. Messung kommunikativer Fähigkeiten im Team).
Reliabilität / Interpretationsspielraum	Die Methode sollte so konzipiert sein, dass verschiedene Personen mit der gleichen Methode zu den ungefähr gleichen Erkenntnissen kommen. Um dies zu gewährleisten sind klare Angaben nötig, wie die Methode funktioniert (z.B. anhand einer Schritt-für-Schritt Anleitung). Je weniger Strukturierung gegeben ist, desto mehr Flexibilität und Freiheit bietet eine Methode zwar, aber desto höher wird auch die Gefahr von subjektiver Interpretation.
Objektivität	Individuelle Einstellungen und Präferenzen können beispielsweise dazu führen, dass die Objektivität einer Methode negativ beeinflusst wird. Dies führt dazu, dass ein verzerrter Blick auf das Ereignis nicht auszuschliessen ist. Die Methode sollte so sein, damit nur möglichst wenig oder bestenfalls keine subjektiven Verzerrungen einfließen können.
Rekonstruktion	Die Methode sollte zulassen, dass das Ereignis sofort nach dem Auftreten rekonstruiert werden kann, weil dann die Erinnerungen an den Unfall sowie mögliches Beweismaterial noch vorhanden sind.
Qualifizierung / Schulung	Es kommt darauf an, ob die Personen, welche die Analyse vollziehen, dafür qualifiziert sowie hinreichend geschult sind. Die Methode sollte so konzipiert sein, dass sie durch Personen mit dazugehörigem Training anwendbar ist.
Befugnis / Kompetenz	Je nach eingesetzter Methode können unterschiedliche Daten oder Dokumente gefordert sein. Diese können möglicherweise ausserhalb der Organisation liegen, was aufgrund fehlender Kompetenz oder Befugnis eine Hürde darstellen kann. Durch die Methode sollte es möglich sein, dass mit einem vertretbaren Aufwand alle für die Analyse notwendigen Mittel innerhalb nützlicher Frist eingeholt werden können.
Ressourcen	Die Verfügbarkeit oder Abwesenheit verschiedener Ressourcen (Anzahl Personen im Team, Finanzierung, Zeit) entscheidet darüber, ob eine Analysemethode überhaupt möglich ist. Oft werden mehrere solcher Ressourcen gebraucht. Die Methode sollte so gestaltet sein, dass für das jeweilige Spital lediglich einen vertretbaren Umfang an Ressourcen eingesetzt werden müssen.

Bewertung von Massnahmen	Durch die verwendete Methode sollte es möglich sein, Ergebnisse aus der Analyse zu bewerten, um gegebenenfalls weitere Schritte einzuleiten.
Nachverfolgung	Die verwendete Methode sollte eine Sammlung der Daten ermöglichen, um Trends zu identifizieren sowie bei Verbesserungsansätzen Prioritäten zu setzen.
Prospektivität	Anhand der eingesetzten Methode sollen Verbesserungsvorschläge erarbeitet werden können, die wiederum als Präventionsmassnahme für die Zukunft gelten.

Nicht geltend als Kriterium für die Wahl der Analysemethode aber dennoch zentral zu berücksichtigen ist, dass jede Person eine eigene Perspektive und damit auch eine Voreingenommenheit hat. Diese bestimmt die Art, wie die Analyse gemacht wird und beeinflusst ebenfalls die Empfehlungen zur Prävention (Underwood & Waterson, 2013). Manager*innen achten womöglich mehr auf administrative Probleme, während sich Kliniker*innen vielleicht eher auf die Unvermeidbarkeit von Komplikationen konzentrieren.

Die in Kapitel 2.4.2 präsentierten Modelle bilden die Grundlage für die Konzeptvorschläge 1 bis 3. Die hier aufgelisteten Kriterien sind zu berücksichtigen bei der Wahl einer passenden Analysemethode.

3 Methode

Um die Fragestellung zu beantworten, wird ein multimethodisches Konzept gewählt. Zuerst wird ein umfassendes Literaturstudium durchgeführt, um Ereignisentstehungsmodelle zu identifizieren, welche sich im Spitalkontext bereits bewährt haben sowie Anwendung finden konnten. Gleichzeitig werden aus den recherchierten Modellen zur Ereignisentstehung drei definiert, zu welchen jeweils eine Analyse-Konzeptgrundlage erstellt wird. In einem zweiten Schritt werden aus dem Literaturstudium Kriterien ermittelt, welche für die Analysemethode zu berücksichtigen sind. Im Anschluss daran werden Experteninterviews durchgeführt, um unter anderem die Vor- und Nachteile der erarbeiteten Konzeptvorschläge zu messen. Bei der Erstellung des Interviewleitfadens wird eine deduktive Kategoriendefinition mit drei Bereichen vorgenommen. Diese werden in die Themenblöcke Ist-Zustand, Soll-Zustand und Konzeptbesprechung gegliedert.

3.1 Forschungsdesign

Das Forschungsdesign zur Beantwortung der Fragestellung ist angelehnt an Mayring (2020) deskriptiver Natur sowie multimethodisch und setzt sich aus fünf Elementen zusammen, welche aufeinander aufbauen. Abbildung 5 visualisiert die verschiedenen Schritte. Weil der

Fokus nicht auf der Prüfung einer Theorie liegt, werden die Hypothesen nicht vorab definiert, sondern erst nach Auswertung der Daten induktiv abgeleitet.

Das erste Element, die Literaturrecherche, stellt das Fundament der Arbeit dar. Dieser Schritt beinhaltet die Phase der Orientierung und Exploration anhand empirischer Literatur. Der zweite Schritt bündelt die Erkenntnisse aus der Literaturrecherche und ermöglicht so die Konzeption dreier Grundlagenkonzepte. Damit wird wiederum die Ausgangslage für die Experteninterviews geschaffen, welche im dritten Schritt durchgeführt werden. Die gewonnenen Erkenntnisse durch die qualitative Erhebung werden im vierten Schritt im Sinne einer inhaltlich strukturierenden qualitativen Inhaltsanalyse in Anlehnung an Kuckartz (2012) ausgewertet und interpretiert. Zum Schluss, im fünften Schritt, werden die Ergebnisse dargestellt und unter Berücksichtigung der vorangegangenen Schritte Handlungsempfehlungen für ein Analysekonzept abgegeben.

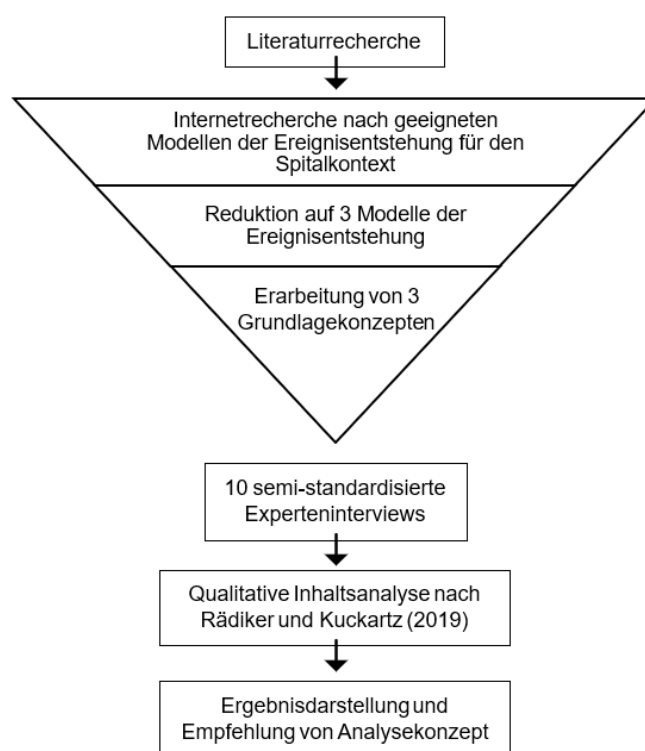


Abbildung 5. Forschungsdesign zur Erarbeitung des vorteilhaftesten Analysekonzepts für die soH

3.2 Experteninterviews

Weil zur Beantwortung der Forschungsfrage nicht die Biografie einzelner Personen im Vordergrund steht und auch nicht die Gesamtperson der Gegenstand der Untersuchung darstellt, sondern nur klar definierte Ausschnitte aus der Wirklichkeit relevant sind (Meuser & Nagel, 1991), wird die Form des Experteninterviews gewählt. Diese Art von Interview ist

darauf ausgelegt, dass die Expert*innen Auskunft über ihr eigenes Handlungsfeld geben, in dem sie tätig sind (Meuser & Nagel, 1991). Gemäss Flick (2019) sind Expert*innen «[...] in der Regel Mitarbeitende einer Organisation in einer spezifischen Funktion und mit einem bestimmten (professionellen) Erfahrungswissen [...]» (S. 215). Expert*in zu sein ist jedoch gemäss Meuser und Nagel (1991) ein relationaler Status und wird gewissermassen von der forschenden Person, begrenzt auf eine konkrete Fragestellung, verliehen. «Ob jemand als Expertin [oder Experte] angesprochen wird, ist in erster Linie abhängig vom jeweiligen Forschungsinteresse.» (S. 443). Da sich das Forschungsinteresse dieser Arbeit auf die Patientensicherheit bezieht, werden unter Berücksichtigung des Ansatzes von Meuser & Nagel (1991) und der Begriffsdefinition des Cambridge Dictionary (2023) alle diejenigen Personen als Expert*in bezeichnet, welche ein hohes oder im Gegensatz zu anderen Populationen überdurchschnittliches Mass an Wissen oder Fähigkeiten in Bezug auf den Untersuchungsgegenstand der schwerwiegenden medizinischen Ereignisse und Never Events sowie deren Analysen mitbringen. Das vorhandene Wissen muss sich dabei auf den Spitalkontext, genauer auf die Patientensicherheit beziehen.

3.2.1 Herleitung und Begründung des Samplings

Damit repräsentative, sowie für die Anforderung an den Untersuchungsgegenstand geeignete Personen ausgewählt werden, wird vor der Erhebung eine Fallauswahl gemäss Sampling-Minimierung und -Maximierung in Anlehnung an Helfferich (2011) getroffen und in Tabelle 3 visuell dargestellt.

Die Sampling-Minimierungen werden definiert, um die zwingend notwendigen Kriterien für die zu interviewenden Personen festzulegen und die Auswahl mit diesem ersten Schritt einzuschränken. Folgende Sampling-Minimierungen werden angewendet:

- Personen, die mit dem Untersuchungsgebiet der Patientensicherheit, insbesondere der SME und Never Events aus beruflichem Anlass vertraut sind
- Personen, die bereits Ereignisanalysen im Spital durchgeführt haben oder im Prozess der Aufarbeitung beteiligt waren
- Personen, welche zum Zeit der Erhebung in keinem Arbeitsverhältnis mit den soH stehen

Um für das Experteninterview geeignet zu sein, müssen die Personen zwingend mit der Thematik rund um Never Events vertraut sein. Damit gemeint ist nicht die Kenntnis der Begriffe, sondern dass die Thematik durchaus Bestandteil ihrer täglichen Arbeit ist. Es werden aus diesem Grund für das Interview lediglich Personen berücksichtigt, die in der Patientensicherheit oder im Qualitätsmanagement eines Spitals arbeiten. Weiter liegt der Fokus nur auf Personen, die schon einmal selbst eine Ereignisanalyse durchgeführt haben

Ereignisanalyse nach Never Events im Spital

oder in einer definierbaren Form an der Aufarbeitung beteiligt waren. Dies wird limitiert, weil die Erfahrungen der Personen aus der Praxis ein wichtiger Teil für die Finalisierung des Analysekonzeptes dieser Arbeit darstellen. Weil vermieden werden will, dass sich individuelle Präferenzen auf die Erstellung des Konzeptes auswirken, wird als letzte Minimierung auf die Befragung von Personen innerhalb der soH verzichtet.

Um eine möglichst heterogene Erhebung mit grosser Varianz zu erreichen, werden in einem zweiten Schritt folgende Sampling-Maximierungen definiert.

- Befragung beider Geschlechter
- Befragung von Personen mit medizinischem und nicht-medizinischem beruflichen Hintergrund
- Befragung von Personen mit unterschiedlich langer Arbeitserfahrung auf dem Untersuchungsgebiet

Damit eine demografische Heterogenität erreicht werden kann, wird beim Sampling versucht, den Männer- und Frauenanteil möglichst ausgeglichen zu halten. Ein weiterer Maximierungsaspekt ist der berufliche Hintergrund. Weil das Verständnis und die Herangehensweise an eine Ereignisanalyse möglicherweise durch den beruflichen Hintergrund beeinflusst wird, sollen sowohl Personen mit einem medizinischen sowie einem nicht-medizinischen Hintergrund befragt werden.

Um ausserdem einen möglichst breiten Einblick darin zu erhalten, wie sich die Thematik rund um Never Events sowie Vorgehensweisen bezüglich Ereignisanalysen im Spitalkontext in den Jahren verändert hat, wird als letzte Maximierung eine möglichst grosse Variation in der Berufserfahrung auf dem Untersuchungsgebiet angestrebt.

Tabelle 3

Qualitativer Stichprobenplan für die Experteninterviews

Sampling Maximierung: Kriterien sollen möglichst grosse Variation in die 10 Interviews reinbringen.	Sampling Minimierung: Kriterien müssen von allen Interviewten erfüllt sein: <ul style="list-style-type: none">• Personen, die mit dem Untersuchungsgebiet der SME und Never Events vertraut sind• Personen, die bereits Ereignisanalysen im Spital durchgeführt haben oder im Prozess der Aufarbeitung beteiligt waren• Personen, welche in keinem Arbeitsverhältnis mit den soH stehen
Befragung beider Geschlechter	Weiblich 6 Männlich 4
Befragung von Personen mit medizinischem und nicht-	Medizinischer Hintergrund 9 Nicht-medizinischer Hintergrund 1

medizinischem beruflichen Hintergrund		
Befragung von Personen mit unterschiedlich langer Arbeitserfahrung auf dem Untersuchungsgebiet	1-5 Jahre	2
	6-10 Jahre	3
	11-15 Jahre	0
	16-20 Jahre	1
	20+ Jahre	4

Anmerkung. Die Daten wurden vorgängig bei der Personensuche ausfindig gemacht und nach den Interviews anhand den angegebenen demografischen Daten der Expert*innen aktualisiert.

3.3 Datenerhebungsmethode

Das übergeordnete Ziel der Experteninterviews besteht darin, anhand der Aussagen zum Ist- und Soll-Zustand im Umgang mit Never Events ein realistisches Analysekonzept zu erarbeiten, welches in der Praxis bei den soH Anwendung finden kann. Nachdem zuvor anhand der Literaturrecherche Kriterien an Analysemethoden auf theoretischer Basis gesucht wurden, besteht das untergeordnete Ziel daraus, durch die Interviews die Theorie optimal mit der Praxis verbinden zu können. Die Experteninterviews werden in Form eines semi-standardisierten Leitfadenterviews durchgeführt. Gemäss Flick (2019) kann diese Art von Interview dabei helfen, den komplexen Wissensstand der befragten Person zu einem bestimmten Thema nachzubilden. «Dieser Wissensbestand enthält explizit verfügbare Annahmen, [...] für deren Artikulation er durch methodische Hilfen unterstützt werden sollte, weshalb hier verschiedene Typen von Fragen verwendet werden sollten.» (S. 203). Damit gemeint sind einerseits offene theoriegeleitete Fragen sowie auch Konfrontationsfragen (vgl. Flick, 2019).

Der Interviewleitfaden wird in zwei thematische Blöcke gegliedert, welche sich durch verschiedene Herangehensweisen an den Untersuchungsgegenstand ergeben. In Teil eins des ersten, theoretischen Blocks werden Fragen zum Ist-Zustand in Bezug auf Never Events gestellt. Im zweiten Teil des ersten Blocks werden Fragen zum Soll-Zustand in Bezug auf den Umgang mit Never Events in Zukunft gestellt.

Im zweiten, praktischen Block werden den Expert*innen die drei erarbeiteten Konzeptgrundlagen anhand der Modelle der Ereignisentstehung in einer Powerpoint-Präsentation veranschaulicht und Fragen zu den Vor- und Nachteilen dieser Konzeptideen sowie der Realisierbarkeit in der Praxis gestellt.

3.3.1 Leitfadententwicklung

Nachdem die Kriterien aus der Literatur herausgearbeitet sind, wird weiter mit der SPSS-Methode nach Helfferich (2011) vorgegangen. Eine grosse Anzahl an Fragen wird gesammelt (S), auf ihre Eignung hin überprüft (P), sortiert (S) und in Themenblöcken subsumiert (S). Anschliessend werden Leitfragen, sogenannte Erzählaufforderungen, sowie weiterführende Fragen entwickelt. Das Ziel der Leitfrage ist es, die Interviewpersonen zu Beginn des Interviews anzuregen, um einen lockeren Eintritt in das Gespräch zu ermöglichen. Bei der Erstellung des Leitfadens wird darauf geachtet, dass die Fragen an die aus der Literatur erarbeiteten Kriterien ankoppeln, um bei der Auswertung darauf zurückgreifen zu können. Der Interviewleitfaden ist in Anhang A ersichtlich, die Konzeptvorschläge befinden sich in Anhang B.

3.3.2 Pretest

Im Vorfeld der Erhebung wird der Leitfaden einem Pretest unterzogen und mit zwei Personen der soH durchgespielt. Beide Personen stammen aus dem Qualitätsmanagement und können daher realistisch einschätzen, wie sinnvoll die Fragen des Leitfadens sind und wo es noch Verbesserungspotenzial gibt. Es zeigte sich, dass wenige Fragen zu suggestiv gestellt waren und deshalb umformuliert werden sollten. Bei anderen Fragen wurde rückgemeldet, dass die Interpretationsmöglichkeit zu gross ist und deshalb unklare Antworten zu erwarten sind. Die gesamte Struktur und der Aufbau des Interviews wurde jedoch als verständlich und anregend empfunden, weshalb lediglich die besprochenen Fragen angepasst wurden.

3.3.3 Vorbereitung und Durchführung der Interviews

Nachdem mithilfe der Betreuungsperson des Praxispartners die Personen für die Experteninterviews akquiriert wurden, wurden die Expert*innen rund vier Wochen vor der geplanten Durchführung erstmals per Mail kontaktiert und für das Interview angefragt. Dabei wurde ihnen der Hintergrund sowie das Ziel der Arbeit vorgestellt und einen Doodle-Link geschickt, über den sie sich für das Interview anmelden konnten. Rund zwei Tage vor dem Interview wurden den Personen die Leitfaden-Fragen des ersten Blocks zusammen mit der Einverständniserklärung und dem persönlichen Zoom-Link zugeschickt. Die Einverständniserklärung musste vor dem Interview unterzeichnet werden, da das Gespräch für die anschliessende Transkription aufgezeichnet wurde. Die Aufzeichnung des Tons, ohne Video, fand mit OBS Studio statt. Alle 10 Interviews konnten Mitte April 2023 innerhalb von zwei Wochen online durchgeführt werden und dauerten im Schnitt eine Stunde.

3.3.4 Datenaufbereitung

Eine Person konnte aus zeitlichen Gründen nur zum ersten Block interviewt werden. Die Konzeptgrundlagen im zweiten Block wurden mit dieser Person nicht besprochen. Da für die Beantwortung der Fragestellung dieser Bachelorthesis jedoch vor allem die Praxiserfahrung zentral ist, wurde entschieden, das Interview für die Datenauswertung zu berücksichtigen. Ein weiteres Interview konnte aufgrund technischer Probleme nicht wie geplant über Zoom stattfinden und musste deshalb kurzfristig per Telefon durchgeführt werden. Da sich im Nachhinein herausstellte, dass die Aufnahmequalität zu schlecht war, konnte das Interview nicht transkribiert werden und wurde deshalb nicht weiter berücksichtigt. Die anderen neun Interviews konnten jedoch vollständig durchgeführt und weiterverwendet werden und gelten für den weiteren Teil der Arbeit als neue Gesamtanzahl.

Für die Verschriftlichung der Interviews wurde die Protokolltechnik der wörtlichen Transkription gewählt. Vorteilhaft an dieser Vorgehensweise ist, dass die Aussagen der interviewten Personen in ihrem Kontext gesehen werden können und kein Material durch eine vorschnelle Zusammenfassung verloren geht (Rädiker & Kuckartz, 2019).

Interviews, die auf Schweizerdeutsch durchgeführt wurden, wurden bei der Transkription in Hochdeutsche Sprache übertragen, wobei Mundartwörter, für die es keine adäquate Übersetzung gibt, belassen wurden. Sprechpausen oder für irrelevante Aussagen wie «Ich werde nun kurz meinen Bildschirm teilen» wurden nicht mittranskribiert, da diese für die Beantwortung der Fragestellung keinen Mehrwert bringen. Die Transkripte befinden sich in Anhang C.

Vor der eigentlichen qualitativen Inhaltsanalyse wurde das Material sorgfältig gelesen, um ein erstes Gesamtverständnis zu erhalten. Rädiker und Kuckartz (2019) empfehlen überdies zu jedem Transkript eine Fallzusammenfassung zu machen, die sich eng am Text orientiert und die Charakteristika des Einzelfalls systematisch ordnen und zusammenfassen soll. Dieser Schritt wurde jedoch nicht vollzogen, da primär nicht die gesamte Aussage der Personen vordergründig ist, sondern mehr Gewicht in den einzelnen Antworten zu den verschiedenen besprochenen Themen liegt.

3.4 Datenauswertung

Zur qualitativen Auswertung des vorliegenden Datenmaterials wurde eine inhaltlich strukturierende qualitative Inhaltsanalyse durchgeführt, welche sich an Kuckartz (2012) orientiert. Die Entwicklung des Kategoriensystems steht dabei im Zentrum des Inhaltsanalyseprozesses und die Art der Kategorienbildung ist so ausgelegt, damit die Forschungsfrage bestmöglich beantwortet werden kann.

Ereignisanalyse nach Never Events im Spital

Der Ablauf der inhaltlich strukturierenden qualitativen Inhaltsanalyse umfasst ausgehend von der Forschungsfrage typischerweise sieben Schritte, wobei jeweils nach Abschluss des einen Schritts erst zum nächsten übergegangen wird (vgl. Kuckartz, 2012):

1. Kennzeichnen wichtiger Textstellen und Verfassen von Memos
2. Deduktives Entwickeln von Hauptkategorien
3. Grobcodierung des gesamten Materials
4. Materialdurchlauf und induktives Bestimmen von Subkategorien
5. Rücküberprüfung des Kategoriensystems
6. Feincodierung des gesamten Materials
7. Kategorienbasierte Auswertung und Ergebnisdarstellung

Wie im ersten Schritt empfohlen, wurden in den Transkripten zu Beginn wichtige Textstellen markiert. Der Fokus wurde dabei vor allem auf Aussagen gelegt, die durch ihren starken inhaltlichen Ausdruck als direkt zitierfähiges Material dienen könnten.

Für die Erstellung der Hauptkategorien beschreibt Kuckartz (2012), dass diese oftmals ziemlich direkt aus der Forschungsfrage abgeleitet werden können und auch für die Datenerhebung bereits das Grundgerüst ausmachten. Damit sinnvolle Hauptkategorien entwickelt werden konnten, wurde der Interviewleitfaden hinzugezogen. Anschliessend wurden die Kategorien definiert, Codierregeln in Memos festgelegt und durch prototypische Ankerbeispiele ergänzt. Im darauffolgenden Schritt wurden die einzelnen Interviews Zeile für Zeile durchgegangen und das Material den Hauptkategorien zugeordnet. Abweichend der Empfehlung von Kuckartz (2012) wurden aus Effizienzgründen auch nicht-sintragende Textstellen der dazugehörigen Kategorie zugeordnet.

Nach der Grobcodierung wurde im vierten Schritt das bereits codierte Material in den Hauptkategorien ausdifferenziert und durch induktives Bestimmen Subkategorien gebildet. Im Anschluss wurde das ganze Material ein weiteres Mal durchgearbeitet und die Feincodierung vorgenommen. Sobald der Kategorisierungsprozess durch Sättigung abgeschlossen war, wurde die kategorienbasierte Auswertung vorgenommen. Sättigung ist grundsätzlich erreicht, sobald aus dem Textmaterial keine neuen Haupt- oder Subkategorien gebildet werden können. Abschliessend wurden die gewonnenen Ergebnisse entlang der Kategorien dargestellt.

4 Ergebnisse

Dieses Kapitel präsentiert die Ergebnisse aus der Auswertung der neun Experteninterviews. Insgesamt konnten durch eine deduktive und induktive Methode 36 Kategorien erstellt werden, davon zählen 9 als Haupt- und 18 als Subkategorien. Für die Beantwortung der Fragestellung relevant sind allerdings sechs Hauptkategorien und ihre dazugehörigen Subkategorien, welche in diesem Kapitel präsentiert werden. Alle Subkategorien, die unter 15 Mal codiert wurden, werden in diesem Kapitel ebenfalls nicht präsentiert, da zu wenig Relevanz für die Beantwortung der Forschungsfrage angenommen wird. Die Gliederung orientiert sich entlang des Kategoriensystems. Abbildung 6 gibt einen Überblick über die erstellten Subkategorien und ihre Anzahl Nennungen. Das Codebuch inklusive Definitionen für die Kategorien sowie dazugehörige Ankerbeispiele findet sich in Anhang D.

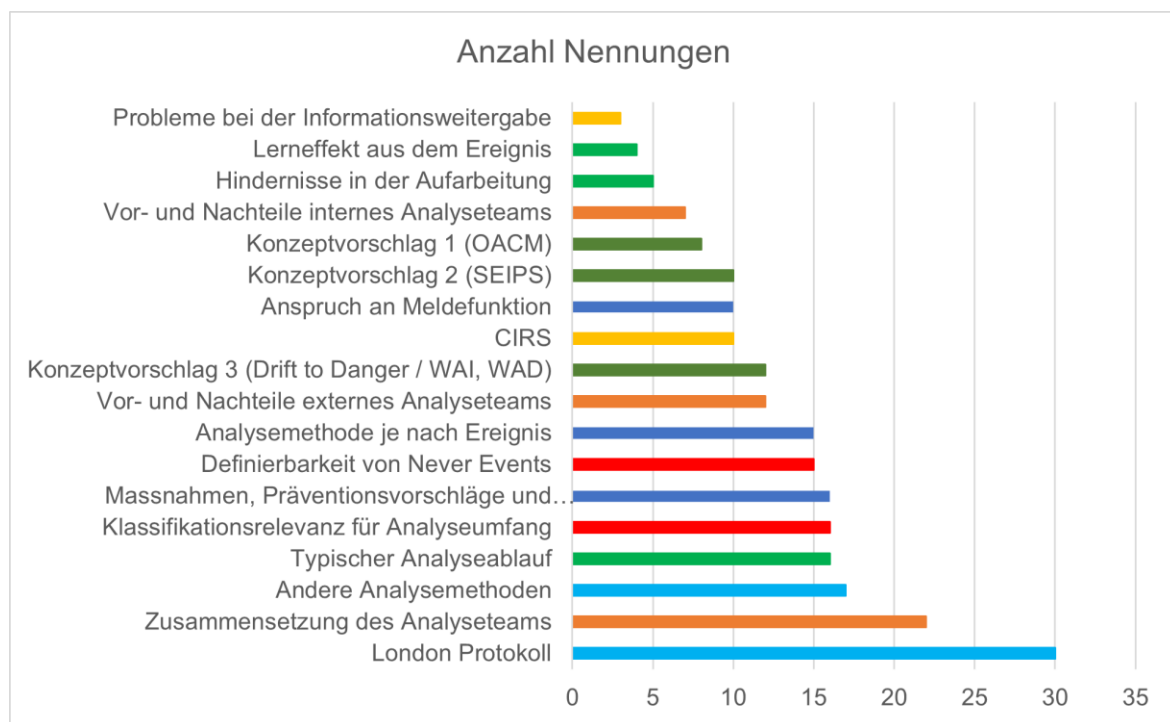


Abbildung 6. Übersicht aller Subkategorien mit der Anzahl Nennungen in den Interviews bei $n = 9$ Personen

4.1 Klassifikation von Ereignissen

Dieser Code bezieht sich auf die Ist-Situation und umfasst alle Aussagen, die sich auf die Definition und Einteilung von Ereignissen und Never Events beziehen. Aussagen zur Abgrenzung von Never Events zu anderen Arten von Ereignissen wie schwerwiegenden medizinischen Ereignissen, CIRS Fälle oder Haftpflichtfälle sind ebenfalls Teil dieser Kategorie.

4.1.1 Definierbarkeit von Never Events

In vielen Interviews wird die Unklarheit zu der Einteilung oder Abgrenzung von Never Events zu anderen Ereignissen in Kombination mit der klinischen Behandlung hervorgehoben. Durch die bestehende Unklarheit werden oftmals eigene Definitionen oder Praxiserfahrungen hinsichtlich der Trennbarkeit zu anderen Ereignissen genannt.

«Das ist eine ganz schwierige Frage, weil es ist ganz schwierig, das zu trennen. Am Schluss, für mich persönlich unterscheide ich einen Never Event in dem Sinne, dass man den vollständig hätte verhindern können. Es ist ein schwerwiegendes Ereignis, das man vollständig hätte verhindern können, weil die Barrieren da gewesen wären. Hätte man nach Standard Operation Procedure gearbeitet, wäre es nicht dazu gekommen. Es gibt aber schwerwiegende Zwischenfälle, die nicht in diese Kategorie reinpassen, weil sie halt auch – vom Kollektiv, vom Patienten selbst – beitragende Faktoren mitbringen, die das begünstigt haben. Und da können wir nicht von einem Never Event sprechen.» (Int. 9, Pos. 12)

Die Definition von Never Events wird ausserdem für unterschiedliche Gebiete unterschiedlich wichtig angegeben. Genannt werden das Spital als Institution und die Politik. Für die Analyse wird berichtet, dass die Abgrenzung zu anderen Ereignissen nicht zwingend eine Rolle spielen muss. Die einzige genannte Ausnahme sind die aussergewöhnlichen Todesfälle, bei denen es Haftpflichtforderungen gibt. Diese werden ganz klar von anderen Ereignissen getrennt und separat behandelt.

4.1.2 Klassifikationsrelevanz für Analyseumfang

Eine Einteilung des Never Events gemäss dem Stufenmodell der Stiftung für Patientensicherheit (2021a) für den Umfang oder die Art der Analyse geben einige Expert*innen als schwierig umsetzbar oder gar irrelevant an. Dann wird erwähnt, dass es für die Art der Analyse keine Rolle spielt, ob das Ereignis beispielsweise zu einem vorübergehenden oder dauerhaften Schaden geführt hat, weil so oder so eine gründliche Analyse durchgeführt wird oder weil es im Moment des Auftretens gar keinen Vorteil bringt, eine Klassifizierung zu machen. Ebenfalls genannt wird, dass die Einteilung des Schweregrads zum Zeitpunkt des Ereignisses möglicherweise gar nicht einschätzbar ist.

«Ich finde ein schwerwiegender Zwischenfall oder ein Tod muss genau gleich angeschaut werden und man kann den genau gleichen Prozess anwenden. Es ist relevant, dass man es macht. Zusätzlicher Aufwand betreiben, um das nachher in klare Kategorien einzuteilen ist extrem schwierig. Dann sind verschiedene Personen,

Ereignisanalyse nach Never Events im Spital

verschiedene Köpfe und verschiedene Köpfe interpretieren das anders, auch wenn man es noch so präzise formulieren kann.» (Int. 9, Pos. 14)

Wird die Klassifikation vorab für sinnvoll empfunden, so werden zwei Gründe angegeben. Einerseits die Kommunikation gegenüber den Patient*innen und Angehörigen und andererseits die Haftpflicht.

4.2 Analyseteam

Diese Kategorie bezieht sich auf den Ist-, sowie den Soll-Zustand und umfasst Aussagen, die sich rund um bestehende Analyseteams oder die Anforderungen an Analyseteams drehen.

4.2.1 Zusammensetzung des Analyseteams

Bezogen auf den Ist-Zustand unterscheiden sich die Aussagen in der Hinsicht, ob ein fixes Analyseteam besteht, ein Analyseteam je nach Vorfall zusammengestellt wird oder kein Team, sondern einzelne Personen für die Analyse zuständig sind. Oftmals wird angegeben, dass die Analyse von einem interdisziplinären, aber spitalinternen Team durchgeführt wird. Erzählt wird sowohl von fixen Kernteams als auch von Teams, die je nach Fall zusammengestellt werden. Personen, die vom Ereignis betroffen sind, werden teilweise in die Aufarbeitung eingebunden und in anderen Fällen strikt rausgehalten. Die Zusammensetzung ist hinsichtlich der beruflichen Hintergründe relativ variabel. Ärzt*innen, Leitende der Pflege, Qualitätsmanager*innen, A&O Psycholog*innen und allgemein Personen aus der Chefetage werden als vertretene Personen des Kernteams genannt. Je nach Fall werden auch Jurist*innen oder Spitalapotheker*innen beigezogen.

«Aber die meisten Leute, die diese Analysen im Spital machen, das sind Teams von vielleicht einer Person bis vielleicht sechs, Maximum.» (Int. 2, Pos. 32)

«Also es sind sicher – und das ist vielleicht manchmal der Nachteil – der behandelnde Arzt [...]. Es ist häufig auch die oberste Führungsriege mit dabei – also so Chefärztinnen und -Ärzte. Dann auch genauso Leitungen von der Pflege und dann zum Teil eben die unmittelbar Betroffenen.» (Int. 4, Pos. 22)

Bezogen auf den Soll-Zustand sind die Anforderungen an ein Analyseteam unterschiedlich. Gewünscht wird ein interprofessionelles Team sowie Personen mit Erfahrung in der Ereignisanalyse. Als wichtiger Punkt wird jedoch hervorgehoben, dass die Person gute kommunikative Fähigkeiten besitzen muss, moderieren sowie vermitteln können muss und

idealerweise die Arbeit in einem Spital aus eigener Erfahrung versteht. Letzteres wird ebenfalls in Bezug auf die Glaubhaftigkeit angedeutet. In einem Interview wird dennoch erwähnt, dass die Profession keine zentrale Rolle spielen würde, sondern dass die soziale Intelligenz der Person vordergründig ist.

4.3 Analyseprozess nach dem Ereignis

Diese Kategorie bezieht sich auf den Ist-Zustand und umfasst Aussagen, die sich auf den Analyseprozess nach einem Ereignis beziehen. Codiert wird alles, das von A bis Z zum Prozess dazugehört.

4.3.1 Typischer Analyseablauf

Die Aussagen zu dieser Subkategorie sind grundsätzlich zweiseitig; einerseits werden ganze Vorgehensprozesse geschildert, andererseits wird angegeben, dass schweizweit oder innerhalb des Spitals keine richtige Strategie oder kein Konzept vorhanden sind. Als Gründe für weiteres werden die Organisationskultur, die Rechtslage sowie die Unklarheit in Bezug auf das Ereignis angegeben und in welcher Abteilung das Ereignis stattgefunden hat. Auch wird erwähnt, dass innerhalb desselben Spitals unterschiedliche Ansichten bestehen und daher kein vereinheitlichter Ablauf stattfindet.

«Das ist natürlich eine schwierige Frage. Ich würde sagen dass das sehr heterogen – sehr unterschiedlich – ist. Das hat auch sehr viel mit Kultur zu tun.» (Int. 4, Pos. 18)

«Und in dem Sinne auch [...] verschiedene Arten, wie man so ein Event überhaupt definiert – also was man als Never Event annimmt – wie man das erfasst, wie man es nachher auch aufarbeitet und allenfalls auch meldet.» (Int. 3, Pos. 18)

Werden konkrete Angaben zum Aufarbeitungsprozess gemacht, so werden oftmals Schritte erwähnt, die vor der eigentlichen Analyse stattfinden. Genannt wird hier die Triage nach Eingang der Meldung, die Beweissicherung, das Erstellen von Gedächtnisprotokollen, die Definierung von Verantwortung sowie Zuständigkeit im weiteren Prozess und damit auch das Bilden von Analyseteams.

«Also der erste Punkt ist, dass man alle Informationen rund um den Fall sichert. Das alle ein Gedächtnisprotokoll machen. [...] Dann geht es um Kommunikation und Begleitung, bevor man überhaupt die Analyse macht. [...] Danach muss man sich überlegen, wen man alles miteinbeziehen kann. Wenn es gut ist, dann hat ein Spital eben auch so ein Konzept, wie man da vorgeht, dass man auch an alles gedacht hat.

Ereignisanalyse nach Never Events im Spital

Es ist dann auch nicht so, dass schon alle Mitarbeitenden schon einmal an einer Analyse mitgemacht haben. [...]» (Int. 6, Pos. 20)

«Die Meldungen, die anonymisiert oder nicht-anonymisiert erfasst werden, gehen an die betroffene Stelle und dann wird der Fall bearbeitet. Und wir sortieren die dann nicht nach Never Events sondern nach einer Kategorisierung, die wir mal eingeführt haben und die auch einigermaßen statistisch auszuwerten ist.» (Int. 10, Pos. 12)

Für die Analyse selbst wird von fast allen Expert*innen explizit angegeben, dass sich am London Protokoll orientiert wird oder zumindest Teile davon angewendet werden. Dabei stehen vor allem die Interviews im Vordergrund, welche typischerweise in kurzem Abstand zum Auftritt des Ereignisses durchgeführt werden.

«Wir machen dann ganz nach London Protokoll Interviews mit den Beteiligten. Das sind, wenn es sein muss, mehrere Gespräche. Zweimal, dreimal eine Stunde oder anderthalb. Die Ergebnisse dieser Interviews werden zusammengezogen, systematisch auf die fehlerhaften Vorgänge sowie fehlerbegünstigenden Faktoren bezogen und als Verkettung wird dann jeweils dargestellt, welche Lücke welches Voranschreiten des Fehlers ermöglicht hat.» (Int. 8, Pos. 12)

In einem Interview wird berichtet, dass die Grob- und Aufarbeitung des Ereignisses durch eine Person allein stattfindet. Die Person ermittelt Systemlücken, stellt Vermutungen auf und präsentiert die Ergebnisse dem Kader – bestehend unter anderem aus Personen, die direkt an den Patient*innen arbeiten. Die gefundenen Systemschwächen werden vom Kader auf ihre Alltags-Repräsentativität überprüft. Anschliessend wird entschieden, ob eine tiefgründige Risikoanalyse durchgeführt wird. Erst wenn sich dafür entschieden wird, erfolgt eine detaillierte Analyse.

4.4 Analysemethoden

Diese Kategorie bezieht sich auf den Ist-Zustand und umfasst Aussagen, die konkrete verwendete Analysemethoden thematisieren. Dabei können auch Definitionen gemacht oder Vor- und Nachteile der einzelnen Methoden besprochen werden.

4.4.1 London Protokoll

Die meistgenannte, sowie auch meistverwendete Methode bei der Analyse von Never Events ist das London Protokoll. Oft wird dabei erwähnt, dass nach der Grundidee vorgegangen wird aber dass trotzdem individuelle Änderungen gemacht werden.

Ereignisanalyse nach Never Events im Spital

«Wir sagen, dass sie ein London Protokoll machen sollen und auch darin kann man dann frei wählen, welche Tools man anwenden will.» (Int. 9, Pos. 24)

Als besonders hilfreich sowie wichtig wird am London Protokoll empfunden, dass es eine gewisse Tiefe hat und eine Strategie darbietet, um sinnvolle Informationen zu sammeln. Als Vorteil dieser Methode werden die klare Strukturierung, die systematische Vorgehensweise sowie die einfache Verständlichkeit des Ablaufs genannt. Ebenfalls positiv gesehen wird, dass nicht die Suche nach schuldigen Personen angetrieben wird, sondern dass der Fokus darauf liegt, herauszufinden, woran es gelegen hat, dass das Ereignis stattfinden konnte. Nichtsdestotrotz wird davon gesprochen, dass das London Protokoll vor allem deshalb verwendet wird, weil es keine Behörde gibt, welche die Analyse durchführt.

«Und der grosse Vorteil des London Protokolls ist, dass es sehr systematisch vorgeht. Und genau das ist das Problem; das die Leute in der Praxis mit wenig Zeit gerade auf das Ereignis und die Lösung losgehen. Wenn ich es nach London Protokoll mache, muss ich das systematisch durchgehen. Und das hilft mir bei den Interviews, das gibt mir einen guten Rahmen.» (Int. 6, Pos. 48)

«Man kann natürlich diskutieren, ob das London Protokoll dann das richtige Modell ist. Wenn jetzt eine Institution vom Bund beauftragt wird, diese Analyse zu machen, dann hätten wir Spezialisten, die das machen und da kann man dann schon andere Verfahren – vielleicht ausgeklügeltere Modelle – brauchen. Aber man muss ja immer das machen, wo man auch ist.» (Int. 6, Pos. 28)

Als nachteilig wird vor allem der hohe Aufwand empfunden. Als Erklärung wird angegeben, dass mangels Ressourcen möglicherweise nicht der ganze Prozess durchgegangen wird, was wiederum dazu führt, dass wichtige Erkenntnisse unentdeckt bleiben. Weiter wird angegeben, dass die Aufbereitung zu linear sein kann.

4.4.2 Andere Analysemethoden

Werden andere Methoden zur Analyse von Never Events verwendet, wird unter anderem die klassische RCA erwähnt. Vor allem wird aber die AcciMap genannt. Vorteilhaft an der AcciMap wird gesehen, dass sie kurz und prägnant ist, dass sich Zusammenhänge einfach darstellen lassen, dass zwischen *Sharp End* und *Blunt End* im Prozess getrennt werden kann und dass die Ergebnisse auf visueller Ebene nachvollziehbar dargestellt und farblich unterteilt werden können.

Ereignisanalyse nach Never Events im Spital

«Ich finde diese AcciMap ist einfach gut, weil sie kurz und prägnant ist. Wir verstehen alle, wovon wir da reden und man kann über die AcciMap sehr gute Diskussionen mit den Leuten anfangen oder das über den Bericht gut darstellen [...]» (Int. 2, Pos. 28)

4.5 Rechtslage

Diese Kategorie bezieht sich auf den Ist- sowie auf den Soll-Zustand und umfasst Aussagen, die einen Bezug auf die Rechtslage in Bezug zu Never Events in der Schweiz oder international herstellen.

Bezogen auf den Ist-Zustand wird primär die unklare rechtliche Lage in der Schweiz bei Never Events angesprochen. Dabei werden ebenfalls die Einträge im CIRS erwähnt, die in der Schweiz im Gegensatz zu Deutschland und Österreich nicht geschützt sind. Macht eine Person eine Meldung eines vorgefallenen Ereignisses, kann diese im äussersten Fall rechtlich belangt werden.

«Alles, was geschrieben ist, ist rechtsrelevant und kann als Beweis verwendet werden. Dementsprechend ist tatsächlich noch der sicherste Weg, das irgendwo in einer Schublade zu verstecken.» (Int. 4, Pos. 36)

«Und in diesen Ermittlungsverfahren können Staatsanwälte alles tun und ergreifen, um diesen Todesfall aufzuklären. Das heisst in letzter Konsequenz können sie auch meine Unterlagen – meine London Protokoll Analyse – beschlagnahmen und für ihre Ermittlungen benutzen. Damit wendet sich die ganze Analyse gegen die Mitarbeiter des Spitals.» (Int. 8, Pos. 16)

Für die Ereignisanalyse wird vor allem bei einem aussergewöhnlichen Todesfall die additive Falluntersuchung durch die Polizei sowie die Staatsanwaltschaft als Hindernis genannt. Spitalintern durchgeführte Untersuchungen oder Massnahmen werden als plötzliche Eigenbedrohung beschrieben und es wird berichtet, dass eine Schutzlosigkeit gegenüber den Behörden vorherrscht.

«Und alles, was sie verbessert haben, ist ja umgekehrt Anlass anzunehmen, dass dies eine Lücke gewesen ist – dass es vorher schlecht war und eben genau zum Tod des Patienten beigetragen hat. [...] Das ist bei jedem Konzept und gerade bei den Never Events [...] die grösste Herausforderung in der Realität, an diesen Fällen zu arbeiten.» (Int. 8, Pos. 18)

Bezogen auf den Soll-Zustand wird vor allem die Anforderung geäussert, eine transparente Fallanalyse durchführen zu können, die nicht in einem strafrechtlichen Verfahren mündet. Ebenfalls wird gefordert, dass die Justiz nur unter bestimmten Bedingungen und mit plausibler Begründung Einsicht in die bereits vorhandenen Fall- und Analyseunterlagen nehmen darf. Einerseits soll das Spital und seine Mitarbeitenden so besser geschützt werden und andererseits soll ein Lernen auf nationaler Ebene ermöglicht werden.

4.6 Ansprüche an ein Analysekonzept für Never Events

Diese Kategorie bezieht sich auf den Soll-Zustand und umfasst Aussagen, die sich an Anforderungen und Wünsche an ein funktionierendes und praxistaugliches Analysekonzept für die Aufarbeitung von Never Events richten.

4.6.1 Analysemethode je nach Ereignis

Es wird die Anforderung an ein flexibles Analysekonzept gestellt, da unter Umständen nicht jeder Never Event gleich analysiert werden kann. Ebenfalls genannt wird, dass in einem Spital mit unterschiedlichen Disziplinen die Handhabung ganz anders sein kann. Auch wenn das Ziel darin besteht, das Ganze mehr zusammenzufügen, müsse realistischerweise beachtet werden, dass die Analysemethode, welche für die eine Abteilung zielführend ist, für die andere unglücklich sein kann.

«[...] wir dürfen uns nicht einengen in dem wir sagen "das Konzept ist das Richtige", sondern es gibt die Möglichkeiten. Und je nach Situation ist es zielführender, wenn man in die eine oder andere Richtung geht.» (Int. 9, Pos. 62)

«Man muss ja sicher von einem Modell ausgehen, das ist ja klar. Aber ich denke die Kunst wird dann auch ein bisschen sein sehr schnell herauszufinden, ob das Ereignis jetzt mehr auf menschlicher Thematik, auf Prozessthematik oder auf Verletzung von Vorschriften zu kategorisieren ist. Nicht dass man es schon schubladisiert – aber dann müsste man dann die geeignete Methode finden, die auf dieses Ereignis passt. Ich hab nicht das Gefühl, dass man jedes Never Event Ereignis oder jedes medizinische Ereignis gleich analysieren kann.» (Int. 7, Pos. 46)

In einem Interview wird ausserdem das fortwährende Erneuern von Modellen aus der wissenschaftlichen Ecke nicht als zielführend empfunden. Vielmehr wird die Anforderung an eine gemeinsame Sprache und ein gemeinsames Modell gestellt, worauf die Analyse dann immer aufbaut. Als Grund wird angegeben, dass viele Personen in den Prozess involviert

sind, die nicht systemisches Denken oder Psychologie studiert haben. Es soll daher so einfach sein, dass es der Sache gerecht wird aber gleichzeitig verständlich ist.

4.6.2 Massnahmen, Präventionsvorschläge und Systemdesign

Sehr oft wird die Wichtigkeit und die Anforderung an einen Massnahmenplan am Ende der Analyse hervorgehoben. Der Massnahmenplan soll dazu dienen, Präventionen oder Änderungen im Systemdesign vorzunehmen, damit der gleiche Fehler nicht noch einmal auftritt. Es wird erwähnt, dass im Gesundheitswesen vordergründig an der Methode gerüttelt wird aber dass es im Prinzip nur darauf ankommt, ob man die Ableitung von Konsequenzen durchgeführt hat. In vielen Interviews werden dabei die Systembarrieren angesprochen, auf die es den Fokus zu legen gilt. Es wird genannt, dass durch die Veränderung der Barrieren häufig auch der menschliche Aspekt mit abgedeckt wird, was positiv sein könne. Wenn sogenannte *Forced Functions* als Massnahme umgesetzt werden können, erschweren sie falsche Handlungen bei der Arbeit und erleichtern richtige.

Im selben Zug werden aber auch die Limitationen der Barrieren thematisiert. Es sei unrealistisch, dass man dadurch die perfekte Lösung erschaffen kann, weil es diese nicht gäbe. In dieser Hinsicht wird auch der Vergleich zu der Luftfahrt gemacht. Dort ist es möglich, akribisch zu messen und zu protokollieren, weil die Daten der technischen Geräte und Maschinen vorliegen. Es wird erwähnt, dass dies im Gesundheitswesen nicht in diesem Ausmass möglich ist, was wiederum für das Konzept beachtet werden müsse.

«Also ich habe immer wieder gemerkt, dass das Einzige, was man wirklich beeinflussen kann, die Fences oder Barriers sind. Und die führen halt zu Vieraugenprinzip, 6-R-Regeln – Sachen, die am Menschen orientiert sind. Wo man am Menschen was ändern kann.» (Int. 4, Pos. 46)

«Das Problem mit Barrieren ist, dass die Barriere, die für eine Sache gut ist, für eine andere Sache schlecht ist.» (Int. 2, Pos. 44)

Weiter werden in einigen Interviews die externen Einflüsse angesprochen. Dies kann beispielsweise sein, dass nach einer Analyse das Fazit ist, dass das Etikett auf einer Ampulle farblich geändert werden soll. Da jedoch eine externe Firma dafür zuständig ist, müsse man sich damit abfinden, dass mit einer Analyse und deren Massnahmenableitung nicht alles verändert werden kann.

«Man muss auch irgendwann mal sagen, dass man es gar nicht im Griff hat etwas selbst zu verbessern oder etwas zu verändern aber dass es uns immer wieder auf die Füsse fallen kann.» (Int. 1, Pos. 62)

5 Diskussion

Aus den Interviews kann zusammengefasst werden, dass unterschiedliche und individuelle Definitionen darüber bestehen, was Never Events sind und dass die Wichtigkeit zur Klassifizierung nach Schweregrad für die Analyse ebenfalls unterschiedlich wichtig empfunden wird. In einigen Fällen wird für den Analyseumfang nicht nach der Art oder dem Schweregrad des Ereignisses unterschieden, sondern für alle Ereignisse eine ähnliche Aufarbeitung durchgeführt. Bei einem Todesfall, der durch die klinische Behandlung entstanden ist, wird als einzige gesetzliche Bestimmung die staatliche Behörde involviert. Für alle weiteren Situationen ist die gesetzliche Regelung unklar oder nicht definiert. Für die Analyse zuständig sind meistens wenige Personen, die verschiedene berufliche Hintergründe haben. Das Team kann dabei fix sein oder je nach Ereignis variieren. In einem Fall wird der erste Schritt der Aufarbeitung nur durch eine Person vollzogen. Bei der Nennung des typischen Analyseablaufs werden die Aspekte, die vor der eigentlichen Ereignisanalyse stattfinden, hervorgehoben. Die Beweissicherung, das Erstellen von Gedächtnisprotokollen oder das Definieren der verantwortlichen Personen werden vergleichsweise genannt. Die meistverwendete Methode für die Analyse selbst ist das London Protokoll. Als Vorteil wird unter anderem die klare Strukturierung angegeben, nachteilig wird der hohe Aufwand sowie die Linearität empfunden. Als zweithäufigste verwendete Methode, respektive Instrument, wird die AcciMap angegeben. Von einem Konzept gefordert wird, dass es in der Anwendung flexibel sowie einfach ist und dass dadurch eine gemeinsame Sprache geteilt werden kann. Ebenfalls hervorgehoben wird die Wichtigkeit und Umsetzung der Massnahmen, die durch die Analyse hervorgegangen sind.

5.1 Interpretation der Ergebnisse

Vor den Interviews wurde erwartet, dass sehr klar ist, welche Ereignisse als Never Event eingeordnet werden und dass die Einteilung nach Schweregrad in die verschiedenen Kategorien F bis I – so wie es beispielsweise von der Stiftung für Patientensicherheit visualisiert wird – als Unterstützung wahrgenommen wird. Durch die Auswertung der Interviews zeigte sich jedoch, dass sehr individuelle oder breite Definitionen vorherrschend sind und Never Events – falls sie so angegeben werden – bei der Analyse gegebenenfalls nicht anders als übrige schwere Ereignisse oder Beinahe-Zwischenfälle behandelt werden. Wie ebenfalls in den Interviews erwähnt, könnte ein Grund dafür sein, dass die Einteilung des Falls zum Zeitpunkt der Analyse gar nicht immer möglich oder sinnvoll ist. Wenn einer

Ereignisanalyse nach Never Events im Spital

älteren Patientin in Spital A ein Hochrisikomedikament fälschlicherweise in zu hoher Dosis verabreicht wird, sie danach in Spital B verlegt wird und dort wegen eines Herzversagens stirbt, ist die Situation bereits unklar. Spital A wäre theoretisch aufgrund eines Never Events für den Tod verantwortlich. Wenn aber das Spital B nicht über die fehlerhafte Operation informiert wurde – möglicherweise weil der Fehler in Spital A noch nicht entdeckt wurde – dann wäre es zum Zeitpunkt der Fallaufarbeitung in Spital B per Definition kein Never Event. Es würde als nicht-vermeidbares unerwünschtes Ereignis definiert werden, welches den Tod aufgrund des vorherrschenden schlechten Gesundheitszustands der Patientin hervorgerufen hat. Es muss demnach im Hinterkopf behalten werden, dass Situationen nicht immer eindeutig sind und schnell einen hohen Grad an Komplexität erreichen können.

Ein weiterer Erklärungsansatz für die Unterschiede in der Definition könnte überdies auf die international variierenden Begriffe sowie die unterschiedlichen Never Event Listen zurückzuführen sein (Austin & Pronovost, 2015). Die Schweizer Never Event Liste umfasst 12 Events (Stiftung Patientensicherheit Schweiz, 2021b). Das National Quality Forum hat 2004 allerdings eine Liste mit 28 Events veröffentlicht (Vincent, 2006). Da weltweit nicht dieselbe Ausgangslage existiert, kann so kein allgemeingültiger Konsens gefunden werden. Mit spezifischem Bezug auf die Analyse kommt aus den Experteninterviews deutlich hervor, dass sich zum heutigen Zeitpunkt beinahe alle interviewten Personen am London Protokoll orientieren aber dass unterschiedliche Präferenzen bei der Wahl der Analysetechniken vorherrschen und die Anforderung für die Zukunft darin besteht, dies beizubehalten. Die häufige Verwendung des London Protokolls wurde zu Beginn dieser Arbeit jedoch nicht erwartet, da sich in der Literatur kaum Anwendungsbeispiele finden und daraus geschlossen werden könnte, dass das London Protokoll ungenügend validiert ist und deshalb auch nicht ausschliesslich verwendet wird. Dazu kommt, dass die Ergebnisse einer retrospektiven Fallaufarbeitung nur unter Berücksichtigung deren methodischer Limitation interpretiert werden dürfen. Effekte wie der Rückschaufehler (*Hindsight Bias*) sind dabei nicht zu vernachlässigen (Vincent, 2006). Der Wunsch aus der Praxis nach einer individuell wählbaren Analysemethode kann von Seiten der Literatur jedoch bekräftigt werden. Woloshynowych et al. (2005) beschreiben, dass die Personen, welche die Ereignisanalyse durchführen, aufgrund der Vielfalt der Ereignisszenarien und der Bandbreite an verfügbaren Techniken über einen eigenen Werkzeugkasten von Ansätzen nachdenken sollten, der in verschiedenen Phasen der Untersuchung eingesetzt wird und je nach Kontext und Art des Ereignisses variieren kann.

Diese Erkenntnisse stellen eine erste Hürde für die Beantwortung der Fragestellung und somit der Erstellung eines Konzepts dar, weil die Idee eines standardisierten Analysekonzept darin bestünde, dass jede Aufarbeitung nach gleichem Schema durchgeführt wird, um eine Kontinuität aufrecht zu erhalten.

Ereignisanalyse nach Never Events im Spital

Ein weiterer Aspekt, der sich in den Experteninterviews als zentral herausstellte, ist die Rechtslage in der Schweiz. Bei aussergewöhnlichen Todesfällen werden zwingenderweise die Polizei sowie die Staatsanwaltschaft eingeschaltet (Schwappach & Pfeiffer, 2021). Bei sonstigen schwerwiegenden Ereignissen durch die klinische Behandlung kann die Rechtslage jedoch unklar sein und die Handhabung von Spital zu Spital variieren. In vielen Interviews war dadurch eine Art Ohnmacht zu spüren. Das Spital möchte zwar eine profunde Analyse durchführen, um den Fehler zu entdecken, aus ihm zu lernen und Verbesserungen für die Zukunft zu machen. Weil die Staatsanwaltschaft jedoch ohne weiteres auf die Analysedokumente zugreifen kann, besteht die Möglichkeit, dass dadurch Personen, die in das Ereignis verwickelt sind, rechtlich belangt werden. Die interne Analyse, welche mit guten Intentionen eingeleitet wurde, wird somit zu einer paradoxen Falle, in die das Spital selbst hineingezogen wird. Es erscheint daher vollkommen plausibel, dass nur das absolute Minimum geleistet wird, weil die eigenen Mitarbeitenden nicht beschuldigt oder Tatbestand der Untersuchung werden sollen. Dies stellt jedoch eine erhebliche Ambivalenz dar, von der am Schluss niemand profitiert und welche die Patientensicherheit in der Schweiz ein merkliches Stück zurückwirft.

Das grobe Verständnis für die uneindeutige Situation in der Schweiz war zwar zu Beginn dieser Arbeit vorhanden, wurde jedoch um das Thema eingrenzen zu können nicht detailliert weiterverfolgt. Für ein funktionierendes Konzept wäre es allerdings wichtig, dass die Bestimmungen dazu vorab geklärt werden. Dieser Faktor stellt daher eine weitere Hürde dar.

Insgesamt geht aus den Interviews hervor, dass schweizweit eine tendenziell unklare Lage in Bezug auf Never Events vorherrscht. Die Varianz der Interviewaussagen bezüglich der Definition und Abgrenzung, typischen Vorgehensweisen nach dem Ereignis oder Anforderungen ist deutlich und es wird eine subjektive Färbung in Bezug auf den Umgang mit Never Events konstatiert. Zwingendermassen drängt sich deshalb die Frage in den Vordergrund, weshalb dem so ist. Eine mögliche Erklärung könnte sein, dass in der Schweiz keine Ausbildung für die Analyse von Ereignissen im Gesundheitswesen angeboten wird. Zwar gibt es den ERA Kurs der Stiftung Patientensicherheit Schweiz, welcher unter anderem Methoden und Instrumente für die Analyse vorstellt, jedoch ist der Kurs nicht verpflichtend. Auch Vorgaben zu Schulung oder Trainings von Ereignisanalysen gibt es keine. Rein theoretisch könnte eine Person deshalb autodidaktisch an eine Ereignisanalyse herantreten und diese ohne spezifisches Vorwissen legal durchführen. Durch diese Tatsache bleibt offen, inwiefern sich diese subjektive Färbung auf das Verständnis der Thematik, sowie das Ergebnis der Analyse auswirkt. Wie bereits angedeutet gibt es in diesem Punkt erhebliche Unterschiede zu der Hochrisikoindustrie. Einerseits beschäftigt sich diese im Gegensatz zum Gesundheitswesen schon sehr lange mit der Entstehung und der Analyse von Unfällen, was

dazu führt, dass grosses Mass an Wissen vorhanden ist (Woloshynowych et al., 2005). Andererseits werden die Personen, welche für die Analyse zuständig sind, verpflichtend darauf geschult sowie trainiert (Woloshynowych et al., 2005) oder führen die Analyse gar im Auftrag einer staatlichen Behörde, wie beispielsweise der SUST durch.

5.2 Handlungsempfehlungen

Weil es spezifisch für Never Events keine vorgeschriebene Methode gibt, bestand das Ziel dieser Arbeit darin, Kriterien aus der Literatur mit Erfahrung aus der Praxis zu verbinden, um ein sinnvolles Bild zu erhalten, wie ein Analysekonzept aussehen könnte. Durch die Realisierung dieser Arbeit hat sich jedoch die Einstellung zum Forschungsgegenstand geändert und die Wahrnehmung der Schwerpunkte wurde verschoben. Aufgrund der unzureichenden Menge an spezifischer Literatur, der weitestgehend uneindeutigen und rechtlich schwierigen Situation in der Schweiz, sowie den vorherrschenden Unterschieden in der Praxis, welche durch die Interviews verdeutlicht wurden, wäre eine Konzeptempfehlung im Rahmen dieser Bachelorthesis unrealistisch.

Der Fokus der vorliegenden Arbeit hat sich demnach im Verlauf viel mehr zu einer Problemanalyse entwickelt. Bevor ein adäquates und sinnvolles Konzept erstellt werden kann, müssen einige Änderungen auf nationaler Ebene stattfinden und gegebenenfalls Anpassungen in der eigenen Organisation vorgenommen werden. Die Handlungsempfehlungen, die aus den Ergebnissen dieser Arbeit für den künftigen Umgang mit Never Events abgeleitet werden können, sind daher allgemeiner Natur.

Handlungsempfehlung 1 – Änderung der Rechtslage in der Schweiz

Damit in einem Spital eine Analyse ohne hintergründige Sorgen in Bezug auf rechtliche Konsequenzen möglich ist, müssten die gesetzlichen Bestimmungen in der Schweiz angepasst oder zumindest geklärt werden. Wie in der Luftfahrt müsste auch im Gesundheitswesen von der Suche nach den Schuldigen weggekommen werden. Es wird zwingendermassen ein besserer rechtlicher Schutz für medizinische Personen benötigt, welche in den Never Event eingebunden sind. Dies soll jedoch nicht bedeuten, dass eine Person bei einem offensichtlichen Verstoß nicht verklagbar ist.

Handlungsempfehlung 2 – Verpflichtender Kurs für Analyse von Ereignissen

Um das volle Potenzial aus einer Analyse zu schöpfen, wäre es sinnvoll, eine Ausbildung oder zumindest einen verpflichtenden mehrtägigen Kurs zu definieren. Personen, welche Ereignisanalysen durchführen, würden ähnlich wie in der Hochrisikoindustrie spezifisch dafür geschult und müssten im Nachgang Trainings zur Erhaltung sowie Erweiterung des Wissen absolvieren.

Dies würde nicht ausschliessen, dass dem Wunsch nach individuellen Analysetechniken nicht mehr nachgekommen werden kann. Durch diese Handlungsempfehlung soll lediglich eine konforme Grundlage auf nationaler Ebene erreicht werden können. Entscheidend für den Umgang oder sogar den Erfolg wären somit nicht mehr nur das bereits gesammelte Wissen aus persönlichen Erfahrungen über die Zeit oder die Anzahl Stunden investierter Aufwand in die autodidaktische Aneignung der Theorie.

Diese Handlungsempfehlung soll sich keinesfalls gegen die Personen richten, welche bereits erfolgreiche Ereignisanalysen im Spital durchführen. Vielmehr soll damit das vorherrschende Problem verdeutlicht werden, dass es momentan gar keine andere Option gibt, als dass sich die Personen mehr oder weniger autodidaktisch und erfahrungsbasiert mit dem Thema Never Events befassen müssen.

Erst nachdem diese Änderungen realisiert wurden, scheint nach den gewonnenen Erkenntnissen dieser vorliegenden Arbeit eine Konzepterstellung für die Analyse von Never Events in der Schweiz als dienlich. Die Fragestellung: «Welches Analysekonzept bringt für eine standardisierte Ereignisanalyse nach einem Never Event in den Solothurner Spitälern AG die meisten Vorteile?» kann somit im Rahmen dieser Arbeit nicht beantwortet und das Ziel, die Grundlage für ein Analysekonzept nach Never Events zu präsentieren vorerst nicht erreicht werden. Nichtsdestotrotz bieten die gewonnenen Erkenntnisse dieser Arbeit einen Mehrwert, in dem sie die aktuell vorherrschenden Probleme in der Schweiz in Bezug auf den Forschungsgegenstand beleuchten und somit eine Basis für die Weiterführung der Grundidee bieten.

5.3 Limitationen der Arbeit

Eine bedeutsame Limitation dieser Arbeit bezieht sich auf die individuelle Definition von Never Events, die sich jedoch erst nach den Interviews zeigte. Da unter dem Begriff Never Event nicht unisono dasselbe verstanden wird, bleibt unklar, inwiefern sich die Aussagen in den Interviews wirklich darauf beziehen. Es wurde zwar mit dem vorab versendeten Interviewleitfaden eine offizielle Definition der Never Events mitgeschickt. Trotzdem konnte von der Autorin in gewissen Situationen die Abgrenzung zu anderen Arten von Ereignissen nicht genau erkannt werden, was wiederum ein mögliches Fehlerpotenzial bei der Interpretation der Ergebnisse bietet. Es kann nicht ausgeschlossen werden, dass einige Aussagen dadurch fehlinterpretiert wurden.

Eine weitere Limitation bezieht sich auf die Fallauswahl. Um eine Kontinuität im Sampling zu haben, wurden lediglich Personen aus dem mittleren bis oberen Kader interviewt. Diese Einschränkung kann potenziell dazu führen, dass wichtige Informationen unthematisiert bleiben, die jedoch elementar wären, um ein ganzheitliches Bild zu erhalten. Vor allem auch

im Hinblick auf die Meldung von Never Events müsste dies bei einer weiterführenden Arbeit beachtet werden. Ebenfalls konnte die Sampling-Maximierung im Kriterium medizinischer oder nicht-medizinischer Hintergrund nicht erreicht werden. Wie in Kapitel 3.2.1 ersichtlich, erfüllte lediglich eine Person dieses Kriterium, jedoch hätte es für die Arbeit einen Mehrwert darstellen können, weitere Sichtweisen aus einer nicht-medizinischen Sichtweise auf den Forschungsgegenstand zu erhalten.

Ebenfalls als Limitation gelten die für die Interviews erstellten Konzeptgrundlagen. Es wurde vorgängig angenommen, dass die Vor- und Nachteile deutlich thematisiert werden und für die finale Konzepterstellung auf diese Ergebnisse zurückgegriffen werden kann. Durch die sehr unterschiedlichen Aussagen war dies jedoch nicht möglich. Die Codierungen dazu wurden deshalb in den Ergebnissen nicht erwähnt. Falsch anzunehmen wäre jedoch, dass diese Aussagen gänzlich unbrauchbar sind. Sie haben zwar nicht zu der Realisierung des eigentlichen Ziels verholfen, jedoch aber die Erkenntnis hervorgebracht, dass sehr starke individuelle Präferenzen bestehen und eine Konzepterstellung mit der Anzahl an verfügbaren Informationen im Rahmen dieser Arbeit unrealistisch ist. Weil dadurch jedoch strenggenommen von der ursprünglichen Methodik abgewichen wurde, ist dieser Aspekt als Limitation zu erwähnen.

Darüber hinaus wurde – um den Rahmen dieser Arbeit eingrenzen zu können – das Thema rund um die Organisations- und Sicherheitskultur nicht aufgegriffen. Es wurde davon ausgegangen, dass die fertige Konzeptgrundlage theoretisch auf jedes Schweizer Akutspital übertragen werden kann. Wie sich jedoch in den Interviews zeigt, scheint der Kulturaspekt eine sehr zentrale Rolle mit viel Verbesserungspotenzial darzustellen. Um eine sinnvolle Konzeptgrundlage für die soH präsentieren zu können, hätte die interne Kultur vorgängig untersucht und möglicherweise Änderungsvorschläge definiert werden müssen. So würde jedoch ein Change Management Auftrag verfolgt werden, welchen es in dieser Arbeit strikt zu vermeiden galt. Für eine Fortsetzung wäre es allerdings wichtig, dies zu berücksichtigen und bei diesem Thema anzusetzen.

6 Fazit und Ausblick

Das Ziel, ein Analysekonzept für die Aufarbeitung von Never Events zu erstellen, konnte im Rahmen dieser Arbeit nicht erreicht werden. Durch die Auswertung der neun Interviews trat die Erkenntnis in den Vordergrund, dass nationale Unterschiede im Umgang mit Never Events bestehen und die Aufarbeitung sehr individuell geprägt ist sowie unterschiedlich angegangen wird. Durch diese Erkenntnis hat sich die Einstellung zum Forschungsgegenstand im Verlauf geändert und die Wahrnehmung der Schwerpunkte verschoben. Die Handlungsempfehlungen sind aus diesem Grund allgemeiner Natur und nicht spezifisch für die soH definiert. Es wird eine Änderung der Rechtssituation in der

Ereignisanalyse nach Never Events im Spital

Schweiz vorgeschlagen, so dass die vom Spital durchgeführte Analyse – respektive die daraus entstandenen Analysedokumente – gegenüber der Staatsanwaltschaft besser geschützt sind. Weiter wird eine national verpflichtende Ausbildung oder Schulung für Personen empfohlen, die Ereignisanalysen für Never Events im Spital durchführen.

Eine Weiterverfolgung des Themas wird als wichtig empfunden. Dadurch dass Never Events mehrheitlich definierbar und vor allem vermeidbar sind, besteht durch einige Änderungen oder Anpassungen grosses Potential darin, die Patientensicherheit in Zukunft einen weiteren Schritt nach vorne zu bringen.

7 Literaturverzeichnis

American Society of Healthcare Risk Management (ASHRM). (2006). *When Things Go Wrong. Responding to Adverse Events*. Boston, MA: Massachusetts Coalition for the Prevention of Medical Errors. Verfügbar unter:

<http://www.macoalition.org/documents/respondingToAdverseEvents.pdf>

Austin, J. M., & Pronovost, P. J. (2015). "Never events" and the quest to reduce preventable harm. *Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*, 41(6), 279-288.

[https://doi.org/10.1016/s1553-7250\(15\)41038-4](https://doi.org/10.1016/s1553-7250(15)41038-4)

Canadian Patient Safety Institute. (2012). *Canadian Incident Analysis Framework*.

Edmonton, AB: Canadian Patient Safety Institute. Verfügbar unter:

<http://www.patientsafetyinstitute.ca>

Carayon, P., Shoofs Hundt, A., Karsh, B. T., Gurses, A. P., Alvarado, C. J., Smith, M., & Brennan, P. F. (2006). Work system design for patient safety: the SEIPS model. *Quality & Safety in Health Care*, 15(1), 50-58.

<https://doi.org/10.1136/qshc.2005.015842>

Carthey, J. (2013). Understanding safety in healthcare: the system evolution, erosion and enhancement model. *Journal of public health research*, 2(3), 144-148.

<http://doi.org/10.4081/jphr.2013.e25>

Cronin, C. M. (2006). Five years of learning from analysis of clinical occurrences in pediatric care using the London Protocol. *Healthcare Quarterly*, 9, 16-21.

<http://doi.org/10.12927/hcq.2006.18449>

Deutsch, E. S. (2016). More than complicated, healthcare delivery is complex, adaptive, and evolving. *Pa Patient Saf Advis*, 13(1), 39-40. Verfügbar unter:

http://patientsafety.pa.gov/ADVISORIES/Pages/201603_39.aspx

Deutsch, E. S. (2017). Bridging the Gap between Work-as-Imagined and Work-as-Done. *PA Patient Saf Advis*, 14(2), 80-83. Verfügbar unter:

http://patientsafety.pa.gov/ADVISORIES/Pages/201706_80.aspx

Flick, U. (2019). *Qualitative Sozialforschung: Eine Einführung* (9. Aufl.). Hamburg: Rowohlt.

- Helfferrich, C. (2011). *Die Qualität qualitativer Daten. Manual für die Durchführung qualitativer Interviews* (4. Aufl.). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Hettinger, A. Z., Fairbanks, R. J., Hegde, S., Rackoff, A. S., Wreathall, J., Lewis, V. L., ... & Wears, R. L. (2013). An evidence-based toolkit for the development of effective and sustainable root cause analysis system safety solutions. *Journal of healthcare risk management*, 33(2), 11-20. <https://doi.org/10.1002/jhrm.21122>
- Hollnagel, E. (2004). *Barriers and accident prevention*. Aldershot: Ashgate Publishing Limited.
- Hollnagel, E. (2012). *FRAM, the functional resonance analysis method: modelling complex socio-technical systems*. Surrey: Ashgate Publishing, Ltd.
- Hollnagel, E., & Speziali, J. (2008). *Study on Developments in Accident Investigation Methods: A Survey of the "State-of-the-art"*. SKI Report. Verfügbar unter: https://www.researchgate.net/publication/49970593_Study_on_Developments_in_Accident_Investigation_Methods_A_Survey_of_the_State-of-the-Art
- Hudson, P. (2003). Applying the lessons of high risk industries to health care. *BMJ Quality & Safety*, 12(1), 7-12. http://dx.doi.org/10.1136/qhc.12.suppl_1.i7
- Kohn, L. T., Corrigan, J. M., & Donaldson, M. S. (Eds.). (2000). *To Err Is Human: Building a Safer Health System*. Washington D.C.: National Academy Press. Verfügbar unter: https://www.simlaweb.it/wp-content/uploads/2019/07/to_err_is_human.pdf
- Kuckartz, U. (2012). *Qualitative Inhaltsanalyse. Methoden, Praxis, Computerunterstützung* (2. Aufl.). Weinheim und Basel: Beltz Juventa.
- Leveson, N. (2001). *Evaluating accident models using recent aerospace accidents. Part I: Event-Based Models*. Cambridge, MA: Massachusetts Institute of Technology.
- Leveson, N. (2004). A new accident model for engineering safer systems. *Safety Science*, 42(4), 237-270. [https://doi.org/10.1016/S0925-7535\(03\)00047-X](https://doi.org/10.1016/S0925-7535(03)00047-X)
- Manser, T., Imhof, M., Lessing, C., & Briner, M. (2017). A cross-national comparison of incident reporting systems implemented in German and Swiss hospitals. *International*

Ereignisanalyse nach Never Events im Spital

Journal for Quality in Health Care, 29(3), 349-359.

<https://doi.org/10.1093/intqhc/mzx030>

Mayring, P. (2020). Qualitative Forschungsdesigns. In G. Mey & K. Mruck (Hrsg.), *Handbuch Qualitative Forschung in der Psychologie* (2. Aufl.) (S. 4-16). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Meuser, M., & Nagel, U. (1991). ExpertInneninterviews - vielfach erprobt, wenig bedacht: ein Beitrag zur qualitativen Methodendiskussion. In D. Garz, & K. Kraimer (Hrsg.), *Qualitativ-empirische Sozialforschung: Konzepte, Methoden, Analysen* (S. 441-471). Opladen: Westdt. Verl.

Petschnig, W., & Haslinger-Baumann, E. (2017). Critical Incident Reporting System (CIRS): a fundamental component of risk management in health care systems to enhance patient safety. *Safety in Health*, 3, 1-16. <https://doi.org/10.1186/s40886-017-0060-y>

Rädiker, S., & Kuckartz, U. (2019). *Analyse qualitativer Daten mit MAXQDA*. Berlin: Springer.

Rasmussen, J. (1997). Risk Management in a Dynamic Society: A Modelling Problem. *Safety Science*, 27(2-3), 183-213. [https://doi.org/10.1016/S0925-7535\(97\)00052-0](https://doi.org/10.1016/S0925-7535(97)00052-0)

Rathnayaka, S., Khan, F., & Amyotte, P. (2011). SHIPP methodology: Predictive accident modeling approach. Part I: Methodology and model description. *Process Safety and Environmental Protection*, 89(3), 151-164. <https://doi.org/10.1016/j.psep.2011.01.002>

Reason, J. (1990). *Human Error*. New York, NY: Cambridge University Press.

Reason, J. (1997). *Managing the risks of organizational accidents*. Aldershot: Ashgate Publishing Ltd.

Ritz, F. (2015). *Betriebliches Sicherheitsmanagement. Aufbau und Entwicklung widerstandsfähiger Arbeitssysteme*. Stuttgart: Schäffer-Poeschel Verlag.

Schwappach, D., & Pfeiffer, Y. (2021). Registration and management of "never events" in Swiss hospitals – the perspective of clinical risk managers. *Journal of Patient Safety*, 17(8), 1019-1025. <http://doi.org/10.1097/PTS.0000000000000741>

Ereignisanalyse nach Never Events im Spital

Schwappach, D., Müller, H., & Müller, B. S. (2022). Public expectations on regulatory requirements for the management of hospital 'never events' in Germany. *International journal for quality in health care*, 34(3). <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzac064>

Schweizerische Sicherheitsuntersuchungsstelle (SUST). (2022). Zugriff am 20.5.2023 unter: <https://www.sust.admin.ch/de/sust-startseite>

Sendlhofer, G., Schweppe, P., Sprincnik, U., Gombotz, V., Leitgeb, K., Tiefenbacher, P., ... & Brunner, G. (2019). Deployment of Critical Incident Reporting System (CIRS) in public Styrian hospitals: a five year perspective. *BMC Health Services Research*, 19(1), 1-8. <https://doi.org/10.1186/s12913-019-4265-0>

Smith, A. F. & Plunkett, E. (2019). People, systems and safety: resilience and excellence in healthcare practice. *Anaesthesia*, 74, 508-517. <http://doi.org/10.1111/anae.14519>

Sun, F. (2013). Monitoring Patient Safety Problems. In P. G. Shekelle, R. M. Wachter, P. J. Pronovost, K. Schoelles, K. M. McDonald, S. M. Dy, ... & B. D. Winters (Eds.), *Making health care safer II: an updated critical analysis of the evidence for patient safety practices*. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality.

Stiftung Patientensicherheit Schweiz. (2006). *Wenn etwas schief geht. Kommunizieren und Handeln nach einem Zwischenfall*. Basel und Zürich: Stiftung für Patientensicherheit. Verfügbar unter: https://patientensicherheit.ch/wp/wp-content/uploads/2023/03/1_SR_1_Wenn_etwas_schief_geht_D_160725_.pdf

Stiftung Patientensicherheit Schweiz. (2020). *Erfassung und Analyse von Schadensfällen in Schweizer Akutspitälern*. Verfügbar unter: <https://docplayer.org/187399736-Erfassung-und-analyse-von-schadensfaellen-in-schweizer-akutspitaelern.html>

Stiftung Patientensicherheit Schweiz (2021a). *Definition Never Events*. Verfügbar unter: https://patientensicherheit.ch/wp/wp-content/uploads/2023/03/NeverEvents_Grafik_Kategorien_DE_211114_01-2.pdf

Stiftung Patientensicherheit Schweiz (2021b). *Never Event-Liste Schweiz*. Version vom 18. November 2021. Verfügbar unter: https://patientensicherheit.ch/wp/wp-content/uploads/2023/03/NeverEvents_Auflistung_DE_211117.pdf

Ereignisanalyse nach Never Events im Spital

- Strametz, R., Müller, H., & Brühwiler, B. (2016). Systematische Analyse kritischer Ereignisse–Das London Protokoll. In A. Neumayr, M. Baubin & A. Schinnerl (Hrsg.), *Risikomanagement in der prähospitalen Notfallmedizin: Werkzeuge, Maßnahmen, Methoden* (S. 105-113). Berlin, Heidelberg: Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-662-48071-7_11
- Taylor-Adams, S., & Vincent, C. (2004). Systems analysis of clinical incidents: the London protocol. *Clinical Risk*, 10(6), 211-220. <https://doi.org/10.1258/1356262042368255>
- Underwood, P., & Waterson, P. (2013). *Accident analysis models and methods: guidance for safety professionals*. Verfügbar unter: <https://core.ac.uk/download/pdf/288380023.pdf>
- Vincent, C. (2003). Understanding and responding to adverse events. *The New England Journal of Medicine*, 348(11), 1051-1056. <http://doi.org/10.1056/NEJMhpr020760>
- Vincent, C. (2006). *Patient Safety* (2nd edition). West Sussex: Wiley-Blackwell.
- Wheway, J. L., & Jun, G. T. (2021). Adopting systems models for multiple incident analysis: utility and usability. *International Journal for Quality in Health Care*, 33(4), 1-8. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzab135>
- Wiegmann, D. A., & Shappell, S. A. (2003). *A human error approach to aviation accident analysis: The human factors analysis and classification system*. Burlington, Vermont, USA: Ashgate Publishing Ltd.
- Wienen, H. C., Bukhsh, F. A., Vriezokolk, E., & Wieringa, R. J. (2017). *Accident analysis methods and models-a systematic literature review*. Verfügbar unter: https://functionalresonance.com/onewebmedia/Accident_Analysis_Methods_and_Models_a_Systematic_Literature_Review.pdf
- Woloshynowych, M., Rogers, S., Taylor-Adams, S., & Vincent, C. (2005). The investigation and analysis of critical incidents and adverse events in healthcare. *Health Technology Assessment*, 9(19), 1-143. <http://doi.org/10.3310/hta9190>

8 **Abbildungsverzeichnis**

Abbildung 1. Übersicht verschiedener Ereignisse im Rahmen einer klinischen Behandlung inklusive schwerwiegender medizinischer Ereignisse und Never Events.....	6
Abbildung 2. Auswahl der geeigneten Analysemethode nach Einteilung des Systems im Raster	14
Abbildung 3. Adaptiertes Modell der organisationalen Unfallentstehung.....	18
Abbildung 4. SEIPS Modell als visuelle Darstellung mit den Faktoren aus dem Arbeitssystem, den Prozessen sowie dem Outcome.....	19
Abbildung 5. Forschungsdesign zur Erarbeitung des vorteilhaftesten Analysekonzepts für die soH	23
Abbildung 6. Übersicht aller Subkategorien mit der Anzahl Nennungen in den Interviews bei $n = 9$ Personen	30

9 Tabellenverzeichnis

Tabelle 1 Begriffsdefinitionen zu schlechten Behandlungsergebnissen	7
Tabelle 2 Übersicht der wichtigsten Kriterien für die Auswahl der passenden Analysemethode	21
Tabelle 3 Qualitativer Stichprobenplan für die Experteninterviews.....	25

10 Anhänge

Im folgenden Kapitel sind die für die Konzeption und Realisierung der Arbeit wichtigen Dokumente und Zusatzinformationen beigelegt.

10.1 Anhang A

Interviewleitfaden für semi-standardisierte Experteninterviews

Leitfrage / Erzählaufforderung	Konkrete Fragen: Fragen, die auf jeden Fall von allen Interviewenden genau gleich gestellt werden	Nachfragen oder Aufrechterhaltungsfragen (optional): werden nicht zwingend allen Personen gestellt
Eröffnung des Interviews	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Vorstellung der Person ✓ Hintergrund und Ziel des Interviews nennen ✓ Geplanter Ablauf erklären ✓ Nach Unklarheiten fragen ✓ Auf Aufzeichnung des Gesprächs aufmerksam machen 	-
Block 1 (ca. 35 Minuten)		
Teil I (Ist-Zustand): Einstieg und aktuelle Situation	<ul style="list-style-type: none"> • Wie relevant ist aus Ihrer Praxiserfahrung die Trennbarkeit zwischen schwerwiegenden medizinischen Ereignissen und Never Events? 	<ul style="list-style-type: none"> • Können Sie mir noch etwas mehr darüber erzählen?
Erzählen Sie mir bitte, wo Ihre Berührungspunkte	<ul style="list-style-type: none"> • Gemäss der Definition von der Stiftung Patientensicherheit Schweiz (2021) können schwerwiegende medizinische Ereignisse und somit Never Events vier möglichen Kategorien zugeteilt 	<ul style="list-style-type: none"> • Kann ein Ereignis aus Ihrer praktischen Erfahrung zum Zeitpunkt des Vorfalls klar zugeordnet werden?

Ereignisanalyse nach Never Events im Spital

mit Never Events in Ihrem beruflichen Alltag sind.	<p>werden: Kategorie F = vorübergehender Schaden, Kategorie G = dauerhafter Schaden, H = lebensrettende Massnahmen waren notwendig, Kategorie I = Tod des Patienten.</p> <p>Wie wichtig ist es für die Untersuchung aus betrieblicher Sicht, ein Ereignis einer der vier Kategorien zuzuordnen?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Wird sich aus Ihrer Erfahrung an der Schweizer Never Event Liste orientiert?
	<ul style="list-style-type: none"> • Wie sieht der Bearbeitungsprozess eines Never Events in der Praxis zum heutigen Zeitpunkt realerweise aus? 	<ul style="list-style-type: none"> • Können Sie das noch genauer ausformulieren?
	<ul style="list-style-type: none"> • Welche Personen werden gemäss Ihrer Erfahrung in den Analyseprozess involviert? 	<ul style="list-style-type: none"> • Werden auch Personen in die Analyse involviert, die vom Ereignis selbst betroffen sind?
	<ul style="list-style-type: none"> • Welche Aspekte sehen Sie in der Praxis, die den Umgang mit Never Events typischerweise negativ beeinflussen? 	<ul style="list-style-type: none"> • Können Sie mir noch etwas mehr darüber erzählen? • Können Sie mir ein Beispiel nennen?
	<ul style="list-style-type: none"> • Welche Aspekte sehen Sie in der Praxis, die den Umgang mit Never Events positiv beeinflussen? 	<ul style="list-style-type: none"> • Können Sie mir noch etwas mehr darüber erzählen? • Können Sie mir ein Beispiel nennen?
	<ul style="list-style-type: none"> • Gibt es bestimmte vorgeschlagene Techniken (z.B. Ereignisbaumanalyse, Fischgräte-Diagramm etc.), die Ihnen aus der Praxis bekannt sind und die sich für die Aufarbeitung von Never Events bisher besonders bewährt haben? 	<ul style="list-style-type: none"> • Können Sie mir noch etwas mehr darüber erzählen? • Können Sie mir ein Beispiel nennen?

Teil II (Soll-Zustand): Anforderungen an Analysekonzepte	<ul style="list-style-type: none"> Vincent und Kollegen (2004) haben für die Aufarbeitung von Ereignissen im Spitalkontext das London Protokoll erstellt. Dies sollte eine fertige Methode bieten, an welcher sich ein Spital für die Analyse von Ereignissen orientieren kann – jedoch wird diese Methode nicht überall genutzt. Was müsste aus Ihrer Sicht grundsätzlich geändert werden, damit Empfehlungen zur Aufarbeitung von Never Events aus der Theorie hürdenfreier in die Praxis übertragen werden können? 	<ul style="list-style-type: none"> Können Sie mir noch etwas mehr darüber erzählen?
	<ul style="list-style-type: none"> Worauf sollte bei der Aufarbeitung von Never Events aus Ihrer Sicht der Schwerpunkt gelegt werden? 	<ul style="list-style-type: none"> Sehen Sie es für die Praxis realistisch, dass man je nach Ereignisschwere des Never Events eine mehr oder weniger umfassende Analyse durchführt?
	<ul style="list-style-type: none"> Welche Anforderungen würden Sie an eine Meldefunktion für Never Events stellen? 	<ul style="list-style-type: none"> Sehen Sie es für die Praxis realistisch, dass Never Events zukünftig auch über das CIRS gemeldet werden und dieses anhand einer programmierten Filterfunktion beim Qualitätsmanagement «Alarm» schlägt, wenn ein Never Event berichtet wird? Sehen Sie möglicherweise eine Anforderung an ein Meldetool?

Ereignisanalyse nach Never Events im Spital

	<ul style="list-style-type: none"> • Welche Anforderungen im Hinblick auf die berufliche Vorbildung würden Sie an das Team stellen, welches Never Events untersucht? 	<ul style="list-style-type: none"> • Sehen Sie Vor- und Nachteile, wenn es Personen aus dem eigenen Spital sind, das betroffen ist? • Können Sie mir die Funktion der Personen genauer beschreiben? • Was denken Sie darüber, wenn wie in der Luftfahrt eine externe Behörde die Analyse vornimmt?
	<ul style="list-style-type: none"> • Was ist Ihr dringendster Wunsch für die Zukunft, damit in Schweizer Akutspitälern adäquat mit Never Events umgegangen werden kann? 	-
Block 2 (ca. 15 Minuten)		
Konzeptvorschläge; Ideen zu Methoden für Analysekonzepte	<p><i>Die Konzeptvorschläge werden erklärt und die Herleitung formuliert. Für alle drei gezeigten Konzeptvorschläge (siehe Powerpoint) werden dieselben Fragen gestellt:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Sehen Sie es für die Praxis realistisch, so vorzugehen? • Wo sehen Sie die allgemeinen Vor- und Nachteile des Konzeptvorschlags? 	<p><i>Konkrete Nachfragen nicht vorab definiert, da Antwortmöglichkeiten der Expert*innen sehr unterschiedlich möglich</i></p>
Abschlussgedanken	<ul style="list-style-type: none"> • Gibt es etwas, das bisher noch nicht erwähnt wurde oder worauf während des Interviews nicht eingegangen wurde, dass Sie aber abschliessend noch ergänzen möchten? 	-

10.2 Anhang B

Konzeptgrundlagen für die Interviews

Konzeptvorschlag 1

Konzeptvorschlag 1 – Fokus auf **Fehler in Barrieren**

Orientierung an adapt. Modell der Orga. Unfallentstehung angelehnt an Reason (wie London Protokoll)

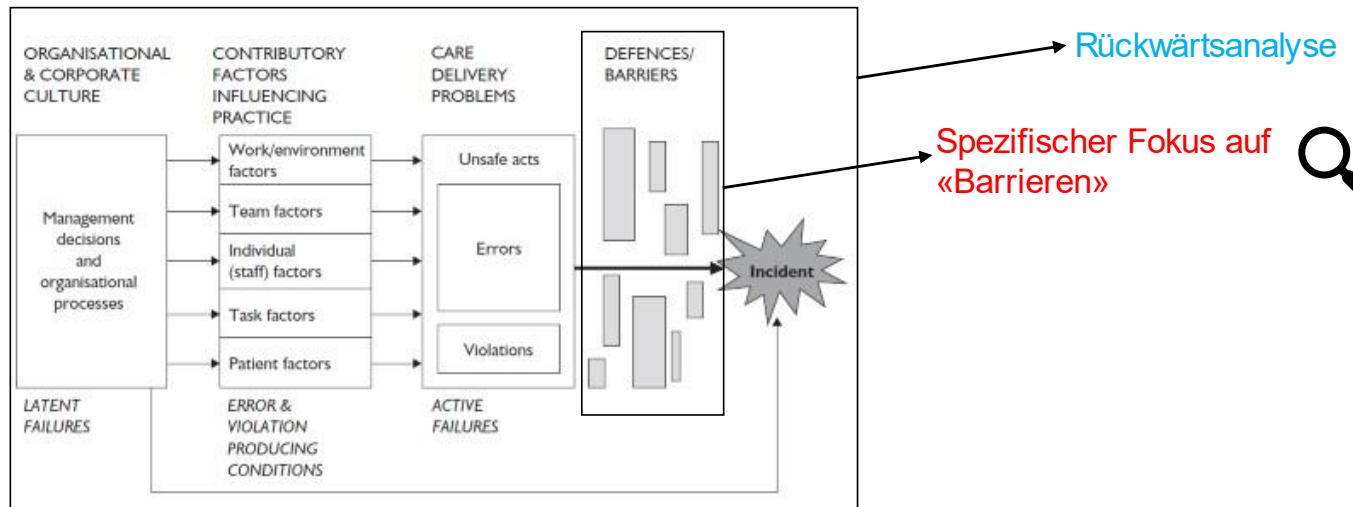
Herleitung: Never Events hätten durch Systemdesign oder Präventionsmassnahmen vermieden werden können → = Barrieren

Analysevorgang:

1. Rekonstruktion des Ereignisses
 - Interviews mit Beteiligten
 - Fotos, Beweissicherung, Vor-Ort-Ansicht
 - Ereignisdarstellung → z.B. Zeit-Personen-Diagramm
2. Rückwärtsanalyse: Suche nach Fehlern im System + Identifikation der Ursache → Root Cause Analyse
3. Vertiefte Untersuchung der **bestehenden Vorgaben** (z.B. Checklisten, med. Material)

Konzeptvorschlag 1 – Fokus auf Fehler in Barrieren

Dahinterliegendes Modell der Ereignisentstehung:
Adaptiertes Modell der organisationalen Unfallentstehung



Quelle: Woloshynowych et al. (2005)

Konzeptvorschlag 2

Konzeptvorschlag 2 – Fokus auf **Prozessuntersuchung**

Orientierung an SEIPS Modell

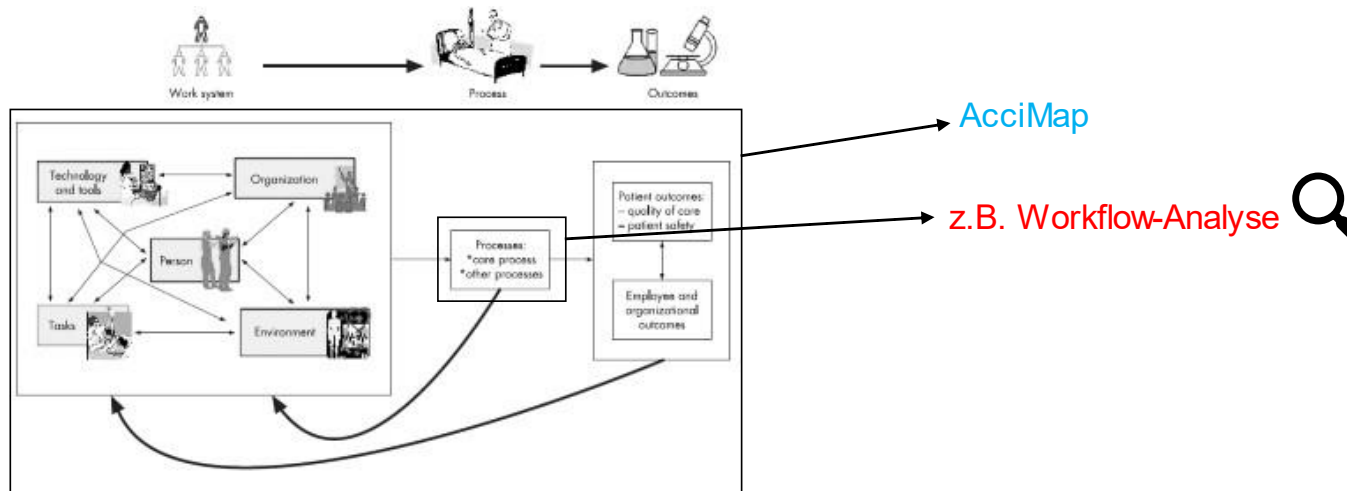
Herleitung: Ein ganzer Prozess im System hat «Lücken» und nicht nur die Barrieren

Analysevorgang:

1. Rekonstruktion des Ereignisses
 - Interviews mit Beteiligten
 - Fotos, Beweissicherung, Vor -Ort-Ansicht
 - Ereignisdarstellung → z.B. Zeit-Personen-Diagramm
2. Suche nach Fehlern in Arbeitssystem und Prozessen → Ursachenanalyse (AcciMap)
3. Vertiefte Untersuchung von **Prozessen** innerhalb des Arbeitssystems → Prozessanalyse (z.B. Workflow-Analyse zu Arbeitsabläufen)

Konzeptvorschlag 2 – Fokus auf **Prozessuntersuchung**

Dahinterliegendes Modell der Ereignisentstehung:
Systems Engineering Initiative for Patient Safety
SEIPS



Quelle: Carayon et al. (2006)

Konzeptvorschlag 3

Konzeptvorschlag 3 – Fokus auf **Handlungsspielraum**

Orientierung an Work As Imagined vs. Work As Done

Herleitung: Es ist zu wenig Handlungsspielraum vorhanden, den Menschen aber brauchen

Analysevorgang:

1. Rekonstruktion des Ereignisses
 - Interviews mit Beteiligten
 - Fotos, Beweissicherung, Vor -Ort-Ansicht
 - Ereignisdarstellung → z.B. Zeit-Personen-Diagramm
2. Rückwärtsanalyse: Suche nach Fehlern im System + Identifikation der Ursache → Root Cause Analyse
3. Vertiefte Untersuchung der **Handlungsabweichungs -Möglichkeit** von Personen → z.B. Simulation

10.3 Anhang C

Interview Transkripte der Experteninterviews

Interview 1

Die demografischen Angaben zu Beginn des Interviews wurden aus Datenschutzgründen aus dem Transkript gelöscht.

- 11 [0:02:39.2] **MOD:** Dann würden wir zum ersten Block kommen, zu den Fragen zum Ist-Zustand momentan. Da wäre die Frage, ob Sie mir sagen können, wo ihre Berührungspunkte mit Never Events in Ihrem beruflichen Alltag sind?
- 12 [0:02:54.0] **IP1:** Es fängt eigentlich damit an oder hat damit angefangen, dass ich Never Events miterlebt habe in der eigenen Praxis und dann natürlich auch, dass wenn man im Qualitäts- und Sicherheitsmanagement tätig war das man sich überlegt hat, wie man auf die ganze Geschichte reagiert und was man damit macht. Angefangen von der Bewältigung von juristischen Folgen und der Unterstützung von Mitarbeitenden bis hin zur Analyse weil man vermeiden will, dass sich das zukünftig wiederholt. Bis hin letztendlich auch zum systemischen Gedanken, dass man sagt, dass darüber hinaus auch sagt jetzt schauen wir einmal, was war systemisch da eigentlich dran im Hintergrund. Das war natürlich dann auch immer ein bisschen abhängig vom Ereignis aber grundsätzlich habe ich mich immer relativ eng damit befasst, wie so etwas war und habe mich dann natürlich auch entsprechend darum kümmern müssen.
- 13 **MOD:** [0:03:56.2] Okey. Sie haben gerade die Anmerkung gemacht "Je nach Ereignis." Das bringt mich gerade zu der nächsten Frage, und zwar wie relevant ist es aus Ihrer Praxiserfahrung, dass man zwischen schwerwiegenden medizinischen Ereignissen und Never Events trennt?
- 14 **IP1:** [0:04:12.5] Also beim Vor-Ort Management ist es eigentlich nicht der ganz grosse Unterschied. Ich glaube der Hauptunterschied zwischen schwerwiegenden Ereignissen und Never Events muss man darin sehen, dass Never Events sehr gut definierbar sind, dass es auch nur Beispiele sind und dass man mit denen leichter erfassen kann weil wir einfach noch davon ausgehen müssen - und das wird wahrscheinlich noch sehr sehr lange so sein - dass wir keine Möglichkeiten haben wie wir alle die schwerwiegenden Ereignisse irgendwie sicher erfassen und deswegen ist eigentlich die Idee von den Never Events dass man sich ein paar bestimmte rausnimmt, die besonders gut definierbar sind, und bei denen auch relativ klar sind dass das Ereignisse sind, die man vermeiden hätte können. Und die stehen sozusagen, ja ich sage ja auch oftmals Sentinel Events, weil es Warnereignisse für andere Sachen mehr oder weniger im Vordergrund sind. Der Vorteil ist halt man kann sie wirklich gut eingrenzen, es gibt wenig Diskussion darüber und einen weiteren Vorteil, den wir mit Never Events haben; bei denen gibt es ja eigentlich relativ klar eine Aussage darüber, dass man sie hätte vermeiden können - oder die sind gut vermeidbar - und das wiederum lässt sich dann auch ein bisschen auf die Sicherheitsmassnahmen blicken. Dass man sich überlegt was da nicht optimal gewesen ist, was man verbessern muss und wie gut die Sicherheitsmassnahmen dann auch in der Realität eingeführt sind.
- 15 **MOD:** [0:06:04.5] Okey. Und gemäss der Definition der Stiftung für Patientensicherheit Schweiz können schwerwiegende medizinische Ereignisse und somit Never Events in vier Kategorien eingeteilt werden. Kategorie F mit vorübergehenden Schäden am Patienten, Kategorie G mit dauerhaften Schäden am Patienten, bei der Kategorie H waren lebensrettende Massnahmen notwendig und bei Kategorie I ist der Patient

verstorben. Wie wichtig ist es für die Untersuchung aus betrieblicher Sicht, dass man ein Ereignis einer dieser vier Kategorien zuordnen kann?

- 16 **IP1:** [0:06:41.2] Bedingt wichtig. Sagen wir einmal es ist dann irgendwann schon interessant dass man sagen kann es gibt die und die Folgen - einfach weil man es oft auch demonstrieren muss oder auch weil man hinterlegen muss und sagt das ist passiert, das waren die Folgen etc. also man muss teilweise auch mit dem Schweregrad der Ereignisse argumentieren. Wie die Analyse oder praktisches Abarbeiten im Rahmen vom Sicherheitsmanagement ist - da ist es nicht so relevant wie die Folgen sind. Man muss ja auch sehen oftmals ist im Gesundheitswesen gar nicht bekannt, wie die Folgen tatsächlich sind. Also ich weiss jetzt beispielsweise von einem sehr schwerwiegenden Ereignis, da war es klar dass man dies eigentlich mit H eingestuft hat und die Person ist dann nach drei Jahren doch noch an den Folgen des Ereignisses gestorben. Also das lässt sich oftmals in einem vernünftigen Zeitraum gar nicht abschätzen. Von daher ist es eher dann für den Hintergrund wichtig aber sagen wir einmal wirklich für die praktische Bearbeitung ist es nicht so relevant.
- 17 **MOD:** [0:07:49.2] Okey, spannend. Und wie sieht der Bearbeitungsprozess von Never Events zum heutigen Zeitpunkt realerweise aus?
- 18 **IP1:** [0:08:13.2] Das kann ich mit einem klaren sowohl als auch beantworten, weil es da keine klare, einheitliche Vorgabe gibt. Wenn sie in den Spitälern nachschauen, da läuft es vom klaren kompletten ignorieren bis hin zu einer sehr gründlichen und guten Aufarbeitung. Das kann man nicht unbedingt so voneinander trennen - das ist ziemlich schwierig weil es einfach sehr unterschiedlich auch gehandhabt wird. Und das ist natürlich mit ein Problem weil es uneinheitlich gehandhabt wird. Es liegt teilweise an den Kulturen, es liegt auch teilweise an innerhalb einzelner Institutionen kann es sehr unterschiedlich sein. Das ist beispielsweise auch ein sehr wichtiger Punkt. Wenn man ein Spital ansieht dann hat es verschiedene Kliniken und in den einzelnen Kliniken wird sehr stark durch die Klinikdirektion beeinflusst und auch gesteuert. Und da ist es dann oftmals so, dass es extrem personenabhängig ist, wie man dann da mit so einer Geschichte umgeht. Das reicht von "das behandeln wir intern und das braucht nicht einmal der Rest vom Spital wissen" bis hin zum wirklich seriösen Umgang, bei dem man dann auch sagt dass das jetzt breit gestreut wird und dass man mit den Informationen transparent umgeht und andere davon lernen lässt.
- 19 **MOD:** [0:09:41.3] Okey, also es ist nach wie vor so, dass es jedem selbst überlassen ist und dass es kein einheitliches Konzept gibt.
- 20 **IP1:** [0:09:51.6] Genau. Sie haben ja wahrscheinlich auf der Website der Stiftung Patientensicherheit Schweiz schon nachgesehen. Dort gibt es Empfehlungen zum Umgang mit Never Events und die teilen sie ja in zwei Teile. Und damit können wir dann auch hoffentlich erreichen, dass die Aufarbeitung einheitlicher läuft und dass überall dann nach gleichen Grundsätzen aufgearbeitet wird. Das wäre natürlich der fromme Wunsch - inwiefern sich das Umsetzen lässt oder inwiefern es dann umgesetzt wird das wird man sehen, aber da gibt es noch einiges an Luft nach oben. Ich weiss nicht, wie gut sie auch schon geschaut haben mit dieser Never Event Studie die im Vorfeld lief, bei der man die Spitäler befragt hat?
- 21 **MOD:** [0:10:43.6] Da habe ich mich bisher nicht so damit befasst.
- 22 **IP1:** [0:10:47.8] Da gibt es noch einen Artikel - notfalls würde ich Ihnen den auch zukommen lassen. Man hat ja mal eine Befragung bei den Qualitäts- und Risikomanager in den Spitälern gemacht, wie damit umgegangen wird und da hat man einfach gesehen, dass es sehr grosse Defizite und Unterschiede gibt. Und auch wenn zum Beispiel Meldepflichten existieren - und die existieren relativ häufig - zeigt sich

einfach anhand von den Daten, dass keine Daten vorliegen, obwohl man eigentlich davon ausgehen müsste, dass in so einer Institution solche Ereignisse auch vorkommen und entsprechend auch Daten da wären. Und das zeigt natürlich schon, dass da eine rechte Diskrepanz zwischen der Hoffnung wie man es macht und der echten Umsetzung bestehen.

- 23 **MOD:** [0:11:39.3] Okey, interessant. Und wir jetzt darüber sprechen, welche Personen dass meistens involviert werden. Sie sagen, dass es nicht wirklich einen Prozess gibt, wie es durchgeführt wird. Aber gibt es aus Ihrer Erfahrung gewisse Personengruppen oder so Berufsbilder, die immer wieder in so einen Analyseprozess involviert werden?
- 24 **IP1:** [0:11:59.1] Auch da muss ich leider sagen, dass es recht unterschiedlich ist. Das hat natürlich zum Teil auch mit den Personen selbst zu tun. Wenn man sich anschaut wer, also welche Leute, die Spitäler oder sonst vom Gesundheitswesen welche Funktionen einnehmen - Qualitäts- und Sicherheitsmanagement oder sonstiges - dann haben die relativ unterschiedliche berufliche Hintergründe und sind unterschiedlich dicht an der Praxis dran. Davon wird es oft abhängig gemacht, wie die Leute eingebunden werden. Wenn sie Personen haben, die relativ wenig Bezug zur Berufspraxis haben, die auch wenig nachvollziehen können was tatsächlich passiert ist und die auch das schlecht beurteilen und mitanalysieren können, dann muss man natürlich erleben dass die Leute vor Ort wenig Akzeptanz haben oder wenig Lust haben sich irgendwie in Führungszeichen auf die Finger schauen zu lassen und deswegen ist es sehr unterschiedlich. Ich habe persönlich die Erfahrung gemacht - nachdem ich ja selbst aus dem Beruf komme und doch einiges auch an Berufserfahrung mitbringe und dann eben auch oft nachvollziehen kann was die Leute vor Ort bewegt hat und was dann wirklich auch die Probleme sind mit denen sie so zu kämpfen haben - dass dies natürlich eine ganz andere Art von Akzeptanz aufmacht, als wenn eine Person aus irgendwelchen Berufs- oder Studienfremden Einrichtungen kommt und noch nie direkt vor Ort gearbeitet hat. Das wird halt oft dann, ja, mit einer gewissen Skepsis betrachtet, ob diese Leute tatsächlich die Möglichkeit haben oder in der Lage sind dies zu beurteilen und einzuschätzen, was da passiert ist.
- 25 **MOD:** [0:13:50.2] Okey. Und gibt es einen Aspekt, den Sie aus der Praxis sehen, welcher den Umgang mit Never Events typischerweise negativ beeinflusst? Also einfach etwas, das grundsätzlich immer wieder auftaucht bei dem man einfach sieht das hindert einfach daran, dass man gut mit einem Never Event umgehen kann.
- 26 **IP1:** [0:14:09.9] Also es fängt schon damit an, dass einfach oftmals die Fehlerkultur nicht gut ausgeprägt ist oder nicht so ausgeprägt ist wie sie eigentlich sein sollte. Das ist schon mal der eine Punkt. Dann ganz stark natürlich oft auch der juristische Faktor, der irgendwo im Hintergrund steckt. Wo die Leute dann sagen "okey solange ich nicht weiss, was mir dann vor Gericht womöglich mal blüht halte ich mich selber lieber zurück, bin lieber selber mal ruhig als dass sich dann womöglich irgendwo irgendwelche Aussagen von mir dann in einer Gerichtsakte wiederfinden oder vom Staatsanwalt dann mal verwendet werden". Also da gibt es einige Hemmnisse. Dann immer noch die fehlende Just Culture. Was man auch sagen muss, dass heute immer noch eher ungerecht mit den Leuten umgegangen werden, die irgendwelche Fehler gemacht haben. Und im Gesundheitswesen ist es ja meistens so dass man fast überall irgendwelche Personen hat, die entweder einen klassischen Fehler gemacht haben oder einen Verstoss begangen haben. Gerade wenn es um einen Verstoss geht machen es sich die Institutionen oftmals relativ einfach indem sie sagen "okey es hat eine Sicherheitsregel gegeben und die Person hätte sich nur daran halten müssen - hat er oder sie aber nicht - und deswegen haben wir jetzt das Problem". Und es wird relativ wenig überlegt oder nachgefragt, ob sich die Person überhaupt hätte anders verhalten können oder ob dieser Verstoss einfach begangen worden ist, weil die Vorgaberegeln

in der Realität gar nicht umsetzbar sind. Und da gibt es übrigens gerade aktuell ein Programm dass startet - da geht es eben um Just Culture und zwar unterhalb der juristischen Ebene, wo man auch die Thematik man angehen will und sich insbesondere die Frage stellen will, ob dann das was man von den Leuten erwartet und fordert auch im umsetzbaren Rahmen ist. Was mir da sehr gut gefällt - Sie kennen es vielleicht von der Schweizerischen Luftwaffe - diesen Fragekatalog beim Verhalten von Verstößen. Da gibt es ja immer so Fragen wie zum Beispiel "Hätten sich die Kollegen anders verhalten oder ist es eine allgemeingültige Abweichung et cetera". Sowas fehlt noch sowohl als Tool so wie auch in der Denkweise, also dass man sich wirklich darüber Gedanken macht "Ist denn die Regel, die wir hier aufgestellt haben wirklich in irgendeiner Weise halbwegs realistisch, was wir da von den Leuten verlangen oder ist es komplett aus der Luft gegriffen und wir verlangen da mehr oder weniger von unseren Mitarbeitenden irgendetwas, was gar nicht einhaltbar ist."

- 27 **MOD:** [0:17:05.5] Okey, spannend. Also es geht in dem Fall schon vieles um Kultur, also schon bevor das Ereignis überhaupt analysiert werden kann im Sinne von melde ich es, traue ich mich es zu sagen und dann ja um die Art was den Mitarbeitenden zugetraut werden kann. Also eigentlich die Prozesse in diesem Fall.
- 28 **IP1:** [0:17:29.5] Ja und also man muss vielleicht auch dazu sagen dass man zur Ehrenrettung der Beteiligten - die wenigsten wissen eigentlich überhaupt, dass es da noch mehr oder weniger ganz andere Verhaltensweisen gibt also das ist halt oft so dass man irgendwelche Regeln aufgestellt hat in der Hoffnung dass man damit ein Problem erledigt hat - sei es jetzt ein Standard, sei es irgendeine Vorgabe oder sonstiges - und halt oft gar nicht so richtig bekannt ist, wie schlecht oder wie wenig die überhaupt umsetzbar sind. Und das macht es dann natürlich auch schwierig, wenn jetzt tatsächlich etwas passiert ist dann auch wirklich einzuschätzen, ob es überhaupt eine andere Möglichkeit dazu gegeben hätte.
- 29 **MOD:** [0:18:19.3] Und jetzt haben wir auf das Negative geschaut, aber gibt es auch Aspekte, die positiv sind? Also bei denen man gut fährt im Umgang mit Never Events?
- 30 **IP1:** [0:18:28.2] Also was ich bei Analysen oder sonst bei Gesprächen mit Betroffenen gemerkt habe ist, dass viele einen echten Wunsch haben, etwas Positives aus der Sache abzuleiten. Wenn die also spüren dass es eine Möglichkeit gibt, das Ganze nicht nur als Katastrophe anzusehen sondern eben auch die berühmte Chance daraus sieht, aus der Geschichte, dann merkt man relativ oft, dass die Leute sehr aufgeschlossen sind und auch sehr willig sind, sich dann auch wirklich zu beteiligen und etwas Positives daraus abzuleiten. Das habe ich selbst öfters miterlebt dass die Leute dann gesagt haben "wir wollen das etwas Gutes daraus wird. Es ist schlimm genug was passiert ist aber wir wollen jetzt dass sich das Ganze zum Positiven verändert".
- 31 **MOD:** [0:19:20.5] Okey, das ist doch schon einmal schön zu hören. Und kennen Sie bestimmte vorgeschlagene Techniken aus der Literatur, wie beispielsweise die Ereignisbaumanalyse oder das Fischgräten-Diagramm, welche Ihnen auch aus der Praxis bekannt sind und die sich für Never Events schon besonders bewährt haben?
- 32 **IP1:** [0:19:41.1] Ja. Also ich muss dazu vielleicht meine eigene Geschichte erzählen. Als ich mit Ereignisanalysen angefangen habe, habe ich sehr gerne mit Fehlerbaum oder Ereignisbaum gearbeitet. Ich habe dann aber auch festgestellt, dass es Grenzen gibt. Dann gab es ja diesen ERA-Kurs und das London-Protokoll in der alten, also oder in der ursprünglichen Variante. Da ist ja zum Beispiel das Fischgräten-Diagramm sehr stark in den Vordergrund geschoben. Mittlerweile gibt es ja doch noch einige Methoden und Instrumente, die aus meiner Sicht wesentlich besser geeignet sind. **Geschwärzt** und sagen jetzt nicht mehr, dass es das London Protokoll ist sondern dass es auf dem London Protokoll basiert - und das setzt andere Tools ein. Was aus meiner Sicht

wichtig ist, wenn man so Tools auswählt, ist, dass diese einerseits gut nachvollziehbar sind, dass man wirklich Verknüpfungen herstellen kann und dass man eben nicht bloss verschiedene Fehler oder Einflussfaktoren in verschiedene Schubladen einordnet sondern dass man diese auch irgendwie zusammenfassen kann. Und deswegen haben wir uns gerade für diesen **Geschwärtzt** dazu entschieden, dass wir die sogenannte AcciMap verwenden - also diese multi-layer Map. Das hat aus meiner Sicht verschiedene Vorteile; erstens kann man relativ gut zwischen scharfem Ende und stumpfen Ende von dem Prozess trennen, man kann ganz gut Zusammenhänge darstellen und das lässt sich meiner Meinung nach auch sehr gut nachvollziehbar präsentieren. Weil das ist nämlich im Vergleich zu vielen anderen Methoden, die es da so gibt, haben wir da mehr oder weniger fast unbegrenzte Auswahl. Man muss natürlich überlegen wir haben das Problem, dass man diese ganzen Instrumente ja mit Leuten anwenden müssten, die vielleicht nie zuvor eine Ereignisanalyse erlebt haben - und vielleicht oder hoffentlich nie wieder erleben müssen. Das heisst wir müssen zuerst mit diesen überhaupt eine Vorgehensweise finden, die für die nachvollziehbar ist. Und irgendwann muss man es ja auch Leuten präsentieren, die genauso wenig Erfahrung haben. Und wenn man denen dann eine hochkomplexe Grafik darstellt und erst einmal eine viertel Stunde braucht, denen die Grundzüge zu erklären, was eigentlich damit gemeint ist, dann ist eigentlich schon verloren. Deswegen finde ich eigentlich auch die AcciMap ganz charmant zum präsentieren, weil man relativ gut sagen kann "dort unten ist das Outcome, das ist dicht am Prozess, das ist mittel und da oben sind wir dann schon ziemlich vom Prozess entfernt". Und gleichzeitig kann man ja auch - wenn man es richtig anordnet - schon so Cluster sehen von den Verbindungen her, die man dann farblich schön hervorheben kann. Das macht es aus meiner Sicht besonders gut geeignet die Anwendung da. Irgendwo stösst man damit natürlich an seine Grenzen aber ich denke was man momentan erreichen kann und was man momentan eben auch sagen wir einmal mit unerfahrenen Leuten präsentieren und zeigen kann, da ist es aus meiner Sicht das beste Tool momentan.

33 **MOD:** [0:23:19.8] Okey, tip top. Ja somit sind eigentlich die Fragen 1 und 2 vom Soll-Zustand auch schon ein bisschen beantwortet worden. Eben den Schwerpunkt darauf legen, dass es auch Personen machen können, die eigentlich nicht grundsätzlich etwas damit zu tun haben und das London Protokoll - ja dass es einfach eine einfachere Art gibt - respektive dass es nicht einen riesigen Prozess gibt rundherum sondern einfache Schritte. Dann würden wir direkt zu der dritten Frage kommen, und zwar welche Anforderungen würden Sie an ein Meldeportal oder an eine Meldedefunktion für Never Events stellen?

34 **IP1:** [0:23:53.1] Also es muss relativ einfach sein und ich habe es persönlich schon erlebt, wir haben es auch schon elektronisch gemacht also praktisch mit dem gleichen Grundtool wie beim CIRS, bloss halt eben für schwerwiegende Ereignisse. Meiner Meinung nach ist die Wahl des Tools, ob man das jetzt formlos macht per Mail oder sonstiges, eigentlich gar nicht so sehr entscheidendes. Entscheidend ist eher dass die Leute oder vor allem die Verantwortlichen akzeptieren, dass man solche Ereignisse meldet oder melden sollte und melden muss - so dass es eben nicht im stillen Kämmerchen bleibt. Und da liegt aus meiner Sicht auch noch das grösste Verbesserungspotential mit drin, weil es manchmal wirklich so ist, dass einfach viel auf irgendwelchen Ebenen hängen bleibt und dann einfach intern nicht weitergegeben wird. Da ist, glaube ich, eher entscheidend, dass intern die Kultur herrscht "wir müssen solche Ereignisse weitergeben, wir müssen solche Informationen an die Leute zurückspiegeln, die beteiligt waren aber auch an die Verantwortlichen aber wir müssen auch schauen, dass die Support-Stellen informiert sind und dass diese auch aktiv werden können, dass die sich rechtzeitig positionieren können". Das ist, glaube ich, ein ganz wichtiger Punkt und da ist das Tool an sich gar nicht so sehr entscheidend.

- 35 **MOD:** [0:25:34.3] Okey, spannend. Wir kommen dann nachher noch einmal zu diesem Punkt zurück. Welche Anforderungen hätten Sie dann im Blick auf die berufliche Vorbildung eines Teams, das Never Events untersucht? Sie haben vorhin schon kurz angedeutet, dass es Leute sein müssten, die vom Fach sind. Sehen Sie da vielleicht auch schon so Vor- und Nachteile, wenn es Personen aus dem eigenen Spital sind, der betroffen ist?
- 36 **IP1:** [0:26:05.6] Es ist alles mit Vor- und Nachteilen verbunden. Ich kenne es jetzt sowohl als Durchführender im eigenen Spital sowie auch als externer Durchführender, **Geschwärzt**. Manchmal kommt es wirklich gut bei den Leuten an, wenn von extern jemand kommt, weil es neutraler ist. Man hat dann auch in gewisser Hinsicht weniger Scheu. Wenn es richtig kommuniziert wird, dann wird es auch von den Beteiligten so verstanden, dass man auch wirklich etwas daraus machen will und dass man nicht bloss irgendwo einen Schuldigen findet sondern dass das wirklich auch die richtigen Konsequenzen nach sich ziehen soll. **Geschwärzt**. Das wird eigentlich relativ gut und hoch wertgeschätzt. Das ist eigentlich eine ganz gute Sache so. Von daher... Gleichzeitig ist natürlich gegenüber externen oftmals einen gewissen Vorbehalt festzustellen, auch das muss man sehen - das ist manchmal bei eigenen nicht. Umgekehrt muss man aber auch sagen, dass die eigenen manchmal auch unter Verdacht stehen. Das sind natürlich die selben, die man dann beim Mittagessen in der Cafeteria sieht oder die einem über den Weg laufen und von denen man dann auch nicht weiss, was die intern weitersagen und was die dann über mich und mein Verhalten erzählen. Und wenn ich dann bei der Analyse oder beim Interview angefangen habe zu weinen - was übrigens durchaus vorkommt bei schlimmen Ereignissen - schreien die das dann überall herum oder bleibt das halbwegs anonym. Das sind so Fragen, die sich die Leute dann natürlich auch stellen. Von daher gibt es auch da keine so klare Trennung was man sagen kann "das ist der ideale Weg, das ist der abschreckende Weg". Was wir festgestellt haben oder was ich ganz gut sagen kann ist, dass wenn die Mitarbeitenden mitbekommen, dass es eine Gemeinschaftsaktion ist. Ich habe jetzt immer wieder mal mitbekommen, dass wenn wir mit Leuten, die vor Ort tätig sind, uns gemeinsam um die Sache gekümmert haben und gemeinsam eine Analyse gemacht haben, dass das eigentlich irgendwo von den Mitarbeitenden schon geschätzt wurde dass die dann sagen "au ja, das ist gar nicht so schlecht". Also unsere Mitarbeitende kümmern sich darum und gleichzeitig kommt jemand von extern, das kommt dann zum Teil richtig gut an.
- 37 **MOD:** [0:28:45.7] Okey, wunderbar. Und trotzdem noch einmal kurz zurück zu der Funktion der verschiedenen Leute; Was wäre Ihre Anforderung? Würden Sie zum Beispiel sagen es benötigt zwingend einen Arzt, oder zwingend einen Arbeits- und Organisationspsychologen beispielsweise. Können Sie mir die Frage noch so ein wenig aus diesem Aspekt heraus beantworten?
- 38 **IP1:** [0:29:04.9] Arzt wollen wir in der Regel - oder es ist manchmal nicht schlecht aus Akzeptanzgründen weil Ärzte lassen sich einfach nur etwas von Ärzten sagen. Das ist natürlich auch wie dass sich Piloten nur etwas von Piloten sagen lassen. Aber in der Regel sind es ja keine medizinischen Sachverhalte, die zu klären sind, sondern es beruht ja meistens auf der Ebene von Fehlern und Verstössen. Deswegen kommt der andere Aspekt, nämlich das organisations- und arbeitspsychologische natürlich ziemlich mit rein. Also dass man wirklich eine Ahnung hat vom Fehlerwesen, der Fehlerentstehung, Fehlerarten und so weiter. Co-Faktoren, latente Bedingungen... Das ist ja oft den Leuten gar nicht bekannt, was da eigentlich alles mehr oder weniger eine Rolle spielt. Von daher ist natürlich auch eine gewisse Kompetenz in Sachen Fehler- und Unfallforschung oder -Analyse sehr wichtig und eigentlich unverzichtbar. Gleichzeitig darf es natürlich nicht komplett losgelöst sein. Man muss natürlich auch verstehen können - oder auch fachlich verstehen können - um welche Handlungen es

sich überhaupt dreht, warum sich die Person so verhalten hat und wie stark eigentlich das Verhalten einzuschätzen ist. Ob es jetzt eher eine Sache ist, die fast keine Bedeutung hat oder ob es eine extrem wichtige Geschichte ist. Deswegen ist mein Vorschlag, den wir eigentlich auch in den Kursen mitplädieren dazu, dass man sagt, man macht so eine Art Methodenmix - oder Kompetenzenmix, nicht Methodenmix. Die einen müssen die Methodenkompetenz haben und dann auch wirklich wissen, wie man die Analyse macht - angefangen bei einer strukturierten Durchführung, Anwendung der Tools et cetera - und die anderen sollen einen eher fachlichen Input mitbringen dann. Dass man wirklich sagt Methodenkompetenz und Fachkompetenz soll idealerweise zusammenfließen und das macht es aus meiner Sicht besonders effektiv und das ist dann auch gerade im Gesundheitswesen dann ganz interessant, weil wir ja nicht einfach ein Gesundheitswesen und man kann überall alles beurteilen sondern manche Sachen sind so fachspezifisch dass man da sagen muss wenn man nicht selbst schon einmal in der Sparte gearbeitet hat kann man es einfach nicht beurteilen, was es für eine Bedeutung das jetzt hat. Also angefangen von den Grundbedingungen bis hin zum Verhalten von einzelnen Personen. Und deswegen macht es oft Sinn, wenn man kombiniert. Eine Person, welche sich mit der Methodik auskennt und die auch die ganze Organisation übernimmt und dann eben die zieht man fachspezifisch jemanden dazu. Wenn es jetzt eine geburtshilfliche Geschichte ist, dann ist dies natürlich eine ganz andere Geschichte als wenn es sich jetzt beispielsweise aus etwas im Operationssaal handelt, weil da einfach ganz unterschiedliche Handlungen dahinter stehen, ganz unterschiedliche Sicherheitsregeln und auch Sicherheitsverhalten - das kann man eigentlich nicht pauschal überall beurteilen. Man sieht es bei mir selbst; Ich habe den Vorteil, dass ich relativ breit von dem Tätigkeitsspektrum her aufgestellt war, dass ich eigentlich in relativ viel Bereiche reinschauen kann und deshalb traue ich mir bei manchen auch ganz gut zu - und es wird mir auch bestätigt, dass ich das kann - dass ich da schon eine gewisse Urteilsfähigkeit habe, wie da die einzelnen Verhalten sind. Aber letztendlich muss man dann schon oft auch sagen, dass man jetzt lieber noch jemanden mit hinzuzieht, der oder die wirklich die Fachkompetenz hat.

39 **MOD:** [0:32:50.4] Okey, wunderbar. Das ist eine sehr wertvolle Information. Und noch die letzte Frage in diesem ersten Block; Wenn Sie sich irgendetwas wünschen könnten für die Zukunft, das man im Umgang mit Never Events besser machen könnte - was wäre Ihr dringendster Wunsch?

40 **IP1:** [0:33:15.4] Das ist eine ganze Menge eigentlich. Das habe ich mir schon gedacht, als ich die Frage gelesen habe. Nein, also wie gesagt eigentlich da gibt es noch nicht viel Kulturen und da ist noch einiges offen, was verbessert werden könnte oder was verbessert werden müsste. Von daher kann man das gar nicht so einfach sagen. Ich glaube grundsätzlich ist, dass man die ganze Kultur ein bisschen verändert, dass man auch eine Analysekultur entwickelt - das man wirklich auch ein Gespür dafür bekommt, wie man mit solchen Ereignissen umgeht, um daraus zu lernen. Ich habe selbst auch zum Teil Analysen miterlebt oder mitbekommen, die mit gutem Willen eigentlich gemacht wurden aber die letztendlich auf halbem Weg und mit recht überschaubaren Erkenntnissen eigentlich stehen geblieben sind - einfach weil die Personen, die beteiligt waren einfach oftmals gar nicht so recht gewusst haben, wie sie das mit den Informationen zu handeln haben oder was sie mit den Informationen jetzt tatsächlich anfangen können, welche Schlüsse man daraus zieht und insbesondere wie man ein bisschen hinter die ersten Erkenntnisse blickt oder noch weiter darüber hinaus, wie man da noch ein bisschen tiefer reinschauen kann. Also da fehlt sicherlich noch einiges. Das ist einerseits sicherlich die Kultur und dann auch dass man noch Kompetenzen aufbaut und dass es natürlich, wenn es irgendwie möglich ist dass man dann auch irgendwann anfängt, das Ganze auf eine realistischere Weise zu betrachten. (Unverständlich) Just Culture und so weiter und dann eben auch immer wieder mal

überlegt was ist jetzt nicht bloss die Handlung der einzelnen Person sondern was ist dahinter gesteckt, was war jetzt wirklich schnell und einfach zu verändern und was ist dann anzupassen, ja.

- 41 **MOD:** [0:35:20.6] Okey, das ist auch sehr wertvoll, vielen Dank. Jetzt würden wir zum zweiten Teil kommen, der wird jetzt ein wenig interaktiver und ich werde auch ein bisschen mehr sprechen. Zuerst möchte ich noch ein paar Ideen bringen - einfach so ein bisschen im Vorgang an eine Analyse. Vorher haben wir schon kurz über den Meldeweg gesprochen. Ich habe Sie gefragt welche Anforderungen dass Sie hätten. Sie sagten, dass es eigentlich gar nicht so auf das Tool darauf ankommt sondern dass man es einfach meldet. Hier geht man jetzt davon aus, dass die Meldung gemacht worden wäre, also die Person hätte gesagt es ist etwas passiert, und jetzt ist einfach die Frage, wo man das eingibt und wie man gemerkt hat, dass ein Never Event stattgefunden hat. Dann wäre die Idee, dass man diese Meldung trotzdem auch über CIRS macht und dort würde es eine Filterfunktion dahinter geben, die anhand der Schweizer Never Event Liste herausfiltern würde, ob ein Never Event stattgefunden hat. Falls das der Fall ist, würde ein Alarm ausgelöst werden, zum Beispiel bei der Medizinischen Direktion, und dort würde dann der standardisierte Analyseprozess eingeleitet werden. Da wäre meine Frage an Sie; Ist das realistisch für die Praxis?
- 42 **IP1:** [0:37:20.2] Das ist ein grosses Thema, das auch sehr kontrovers diskutiert wird. Ich persönlich halte es momentan noch nicht realistisch aus verschiedenen Gründen. Es hat aber meiner Meinung nach Potenzial, das auch wirklich zukünftig einmal genutzt werden könnte. Ich war jetzt **Geschwärzt** in Brandenburg an der technischen Hochschule - dort arbeiten sie sehr viel mit KI und auch Natural Language Processing. Da ist die Idee, dass man anhand von den Meldetexten mehr oder weniger automatisch so eine Art Alarmfunktion hinterlegen kann, wie schwerwiegend das Ereignis war. Wir haben jetzt ein Problem dabei - mehrere Probleme dabei - wenn man dies über ein allgemeines Tool laufen lässt. Das erste ist, also CIRS ist freiwillig. CIRS wird gemacht, wenn man einen Sinn dahinter sieht und CIRS wird sehr unterschiedlich gehandhabt von sehr unterschiedlichen Berufsgruppen. Also wir haben zum Beispiel ganz klar überwiegend - weit eigentlich - dass die Pflege wesentlich mehr ins CIRS eingibt als zum Beispiel die Ärzteschaft. Und das die Ärzte sich manchmal ja so darüber lächerlich machen eigentlich was im CIRS so alles drinsteht, weil sie dann sagen das ist der Kummerkasten für die Pflege. Also wir haben da schon einmal relativ wenig Einfluss, wer meldet, wann man meldet. Bei manchen Dingen wird nicht mehr gemeldet weil die Mitarbeitenden einfach sagen es ist vergebliche Liebesmühe - hat eh keinen Sinn - oder es passiert sowieso nichts. Manche Dinge sind eher so, dass sie irgendwie Betroffenheit auslösen oder manchmal einfach so Probleme sind bei denen man sagt "jetzt reicht es mir aber, jetzt mache ich die CIRS-Meldung uns so weiter" also es gibt ganz viele Einflussgrößen, die es schwierig machen. Dann ist es so, wenn sie anfangen die Never Event, die Liste - wenn da jetzt beispielsweise einen Filter dahinter ist - ich habe mal eine Auswertung gemacht und alle Meldungen die im CIRNET sind vor einem Jahr ausgewertet welche einen direkten Bezug zu der Never Event Liste haben. Und das war ungefähr jede vierte CIRS-Meldung, die wirklich in einem Bezug dazu stand. Und zwar war das, wenn sie es zum Beispiel anschauen mit den ganzen Medikationsmeldungen - wir haben ja im ungefähr 60% Medikationsmeldungen, also fast überall weltweit gleich. Und wenn sie die jetzt angucken, davon sind natürlich nicht alle direkt mit einem Never Event oder praktisch mit der eindringenden Never Event Liste kompatibel. Aber selbst wenn man das noch herausfiltert kommt trotzdem noch raus, dass jede vierte CIRS-Meldung irgendwo mit der Never Event Liste zu tun hat. Also da sind wirklich die Medikationsfehler anderer Art schon herausgenommen. Und letzten Endes ist dann ja meistens der Punkt, wie ist das Outcome? Das macht ja dann wirklich den Unterschied zwischen einer CIRS-Meldung und einer Meldung von einem

schwerwiegenden Ereignis. Und das ist sicherlich ein ganz wesentlicher Punkt, dass das aus einer CIRS-Meldung häufig nicht hervorgeht, das man das zwar abfragen kann aber das es bis auf den Augenblick noch gar nicht abschätzbar ist. Das ist mit Sicherheit ein grosses Problem, das man überwinden muss dabei also dass man sagt wir müssen wirklich den Spreu vom Weizen trennen. Dann haben wir das Problem, dass die Never Event Liste, wie ich am Anfang schon gesagt habe - eine ganz kleine Auswahl ist. Wenn man sich das anhand der Mengenlehre anschaut dann ist es ein ganz kleiner Teilbereich von diesen Adverse Events. Umgekehrt ist - wenn man CIRS klassischerweise betreibt - sind Patientenschädigungen ja gar nicht im CIRS enthalten. Das heisst von der ursprünglichen Definition her dürften die sich eigentlich gar nicht so sehr überschneiden. Dann haben Sie eben das Problem - wie gesagt es ist eben eine Auswahl - und es gibt natürlich schwerwiegende Ereignisse, die nicht auf der Liste sind, die aber unbedingt gemeldet werden sollten. In dem Spital, in dem ich war, da hatten wir unter anderem ein sehr hohes Gebäude und da kam es immer wieder mal vor dass sich Patienten einen Weg gesucht haben, sich da rauszustürzen. Das war leider nicht komplett zu vermeiden und das ist ja nicht ein Never Event in dem Sinne, das voll vermeidbar wäre oder sonstiges aber das ist vom Ereignis und auch von der Betroffenheit et cetera natürlich so etwas was unbedingt natürlich der Direktion gemeldet werden sollte und wenn das dann nicht auf der Liste ist dann wird es auch nicht gemeldet. Und dann wird es eben auch nicht erkannt. Also aus meiner Sicht ist es sicherlich für die Zukunft interessant und wichtig aber ich sehe momentan wirklich noch praktische Probleme dahinter. Und dann natürlich noch eine riesen Frage die wir haben; wenn man tatsächlich über CIRS redet dann ist es ja so, dass man da viel eingeben soll - auch eigene Fehler et cetera. Im CIRS, solange keine Patienten geschädigt worden sind darf ich auch mal ein bisschen spekulieren, eine Vermutung äussern oder darf ich auch mal das Fehlverhalten von anderen Personen benennen. Wenn man jetzt das Ganze unter dem Gesichtspunkt betrachtet, dass wirklich einmal ein Staatsanwalt die Hände darauf legt, ist es natürlich schwierig wenn er das Gleiche bei einem Ereignis macht bei dem ein Patienten massiv zu Schaden gekommen ist. Weil da muss ich davon ausgehen, dass die Sache irgendwann mit Sicherheit von einem Staatsanwalt oder von einem Patientenanwalt angeschaut wird und die wollen natürlich dann Informationen haben - die tendieren natürlich dazu, das auszunutzen dann. Und leider gibt es eine ganze Menge Gründe, die das schwierig machen. Beim CIRS kann ich anonym eingeben, beim CIRS kann ich auch nicht immer sicher sagen, ob das Ereignis gemeldet wird oder nicht. Umgekehrt kann es dann sein, dass ein Ereignis immer wieder gemeldet wird - das erleben wir immer wieder wenn wir Meldungen sehen, die im zeitlichen Verlauf so dicht beieinander sind - und sich Ereignisse so ähneln, dass wir einfach davon ausgehen müssen, dass das jetzt zwei, manchmal drei Personen komplett unabhängig voneinander geschrieben haben. So etwas wäre natürlich fatal bei einem Never Event, weil man schon wissen möchte, wie oft dieser aufgetreten ist. Und beim CIRS muss ich ja anonym melden können und bei einem Never Event - oder überhaupt bei einem schwerwiegenden Ereignis, das passiert und bei dem ein Patient geschädigt worden ist - ist es natürlich schon so, das man dann sagen muss "da ist es klar, welcher Patient es ist, es ist klar, welche Mitarbeitenden beteiligt sind, es ist klar wo es passiert ist, wann es passiert ist et cetera". Das lässt sich also unabhängig vom CIRS relativ klar nachweisen. Gleichzeitig muss man ja bei einer Meldung von einem schwerwiegenden Ereignis eine Ansprechperson nennen, genau wissen, wer jetzt wirklich direkt am Ereignis beteiligt war, wer von Seiten der Klinik sozusagen mehr oder weniger die Kontaktfunktion oder die fallführende Funktion übernimmt. Das macht es besonders schwierig meiner Meinung nach, dass man CIRS und so schwerwiegende Ereignisse oder Never Events oder was für Events - wie auch immer man die Kinder nennen mag - in einen Topf wirft und dann hofft, dass man das auseinanderklemmen kann. Wie gesagt, in CIRS kann es natürlich sein, dass ein Ereignis irgendwie gemeldet ist ohne viele Informationen sind

und selbst wenn es dann bei der Direktion als Alarm aufschlägt könnte man sagen jetzt weiss ich auch nicht viel mehr als zuvor, ich weiss nur dass irgendwo irgendwas passiert ist. Aber ich weiss nicht an wen ich mich wenden muss sondern muss erst einmal rumfragen wo das passiert ist und man kann ja schlecht anfangen die Stationen abzutelefonieren und sagen "ist bei euch heute ein Patient wegen einer Medikamentenverwechslung um das Leben gekommen?". Dann muss man natürlich auch möglichst schnell auch agieren können und dann vor allem auch zielgerichtet agieren können und das ist halt beim CIRS nicht so einfach möglich.

- 43 **MOD:** [0:46:13.6] Ich sehe gerade - mit Blick auf die Zeit - ich erhalte sehr viel spannenden Input von Ihnen und habe deshalb ein wenig Zeitdruck.
- 44 **IP1:** [0:46:16.0] Wenn Sie Zeit haben, ich habe auch Zeit. Ich weiss schon, dass es manchmal ein bisschen länger geht. Das ist gar kein Problem.
- 45 **MOD:** [0:46:30.5] Okey, das ist lieb. Sonst dürfen Sie mich dann gerne auch einfach abklemmen, wenn es für Sie zeitlich nicht mehr geht.
- 46 **IP1:** [0:46:34.6] Nein, nein. Machen wir es so lange wie es geht.
- 47 **MOD:** [0:46:37.6] Vielen Dank, das ist sehr nett. Weil es ist wirklich extrem spannend. Dann würde ich doch zum zweiten kommen. Auch das ist vor der Analyse und hier ist die Idee einer Einteilung nach Kategorie, das haben wir auch schon einmal kurz besprochen. Es gibt ja da die Einteilung auch von der Stiftung Patientensicherheit. Und wenn wir da jetzt einfach nur den oberen Teil betrachten, also das was die schwerwiegenden Ereignisse eigentlich sein sollten und halt auch die Never Events gleichzeitig, weil sie vermeidbar gewesen wären. Dann wäre die Frage bei der Analyse, wenn man die machen wollen würde; Ist es aus Ihrer Sicht sinnvoll, wenn man dies aufsplittet - also wenn man zum Beispiel sagt die Kategorie F und G sind eine weniger umfassende Analyse und zum Beispiel ein internes Team, welches das macht. Und wenn jemand fast gestorben oder gestorben ist dann muss man dies gegen extern geben und wirklich eine grosse, umfassende Analyse machen.
- 48 **IP1:** [0:47:36.6] Der Gedanke liegt nahe. Fangen wir mal von oben an. H und I wäre meiner Meinung nach durchaus sinnvoll, wenn man dann auch sagt, man lässt es auch von Leuten anschauen, die von extern kommen. Es muss nicht unbedingt irgendwie die Stiftung sein, es könnte zum Beispiel auch, was weiss ich, jemand aus einem Spital sein. Da kommen wir wieder zur Fach- und Methodenkompetenz. Also da kann es durchaus Sinn machen. Es kann auch unter dem Gesichtspunkt Sinn machen, weil man hat ja oft Angehörige oder Patienten selbst die dann sagen "was passiert jetzt oder was ist jetzt" und da ist es manchmal schon hilfreich wenn man sagen kann "wir schauen das an und wir haben zum Beispiel jemand vom Universitätsspital (unverständlich) dazugeholt, der oder die das dann auch mit angeschaut hat. Oder wir haben jemand von der Stiftung Patientensicherheit mit dazugezogen. Das ist manchmal auch zur Aussendarstellung oft ganz hilfreich dass man dann sagen kann "wir behalten das jetzt nicht für uns unter dem eigenen Deckel sondern wir gehen damit wirklich jetzt gut damit um". Die Analysen an sich, unbedingt vom Schweregrad abhängig zu machen wie intensiv man einsteigt - der Gedanke liegt eigentlich nahe, ich kann aber auch aus eigener Erfahrung sagen, dass man oft aus relativ harmlosen Ereignissen fast genau die gleichen Erkenntnisse rausziehen kann - oder vielleicht manchmal sogar bessere Erkenntnisse da rausziehen kann als bei schwerwiegenden Ereignissen. Und zwar deswegen; die Grundbedingungen, um die es ja vor allem geht - und teilweise auch die einzelnen Fehlerhandlungen - sind meistens die gleichen. Da gibt es keinen allzu grossen Unterschied dann, eigentlich bloss die Folge ist eine andere. Und wenn natürlich die Folgen hoch bis höchst dramatisch sind, also wirklich der Patient geschädigt war, gestorben ist oder sonst was, ist es manchmal sogar schwieriger eine

Analyse durchzuführen, als wenn das Ereignis nur halbwegs glimpflich ausging. Das heisst es kann sogar sein, dass sie mit den Beteiligten wesentlich bessere und einfachere Gespräche und Analysen durchführen können als wenn sie jetzt wirklich hochdramatisch ist - alle im Hinterkopf haben, dass sie womöglich deshalb vor Gericht stehen - dass da womöglich auch einzelne dabei sind die dann auch wissen sie haben jetzt einen echten Fehler gemacht und deswegen ist ein Mensch gestorben oder geschädigt worden oder so. Dann ist natürlich extrem viel Emotionalität drin, die ihnen fehlt, wenn sie ein etwas weniger dramatisches Ereignis bearbeitet haben. Gleichzeitig muss man sagen dass wenn man tief reinbohrt und wirklich das Ganze wirklich dann systemisch anschaut, kommt man eigentlich meiner Meinung auf die ziemlich ähnlichen Ergebnisse wie bei einem extrem schwerwiegenden Ereignis. Ich habe ein Buch gelesen über Katastrophen - komplett unabhängig von der Medizin, da ging es um Naturkatastrophen und Technikkatastrophen, da eben so diese berühmte (unverständlich) Geometrie, die man da oft so angibt - die stellen wir einfach auch bei unseren Ereignissen fest. Und ich kann zum Beispiel auch sagen dieser Fallanalyse-Kurs - ich habe als ich noch im Spital gearbeitet habe den dreimal organisieren müssen als in-house Kurs - und da war eigentlich Vorgabe, dass die Leute immer eigene Fälle mitbringen und das sollten immer schwerwiegende Fälle sein aber da war die Spitaldirektion dagegen deswegen hatten wir immer CIRS-Meldungen eingebracht. Das waren dann pro Kurs immer so drei bis vier Fälle die man eingegeben hat - und das drei Mal - und ich habe bei jedem Kurs mir die Fälle angeschaut und immer gedacht "da würden die niemals was daraus machen können. Das ist so ein läppischer Fall mehr oder weniger, wo du so wenig Information hast - da kann man nicht allzuviel rausholen". Und jedes Mal haben die Kursteilnehmenden dies wirklich extrem gut auf die Reihe gebracht, dass die wirklich ganz tief gebohrt haben und dass die wirklich angefangen haben, latente Bedingungen sich anzuschauen, Fehlerverhalten anzuschauen, Verstösse anzugucken ob die üblich sind oder es Ausnahmeverstösse sind und so weiter. Und ich war wirklich jedes Mal überrascht, wie viel die Leute da herausgezogen haben. Und von daher würde ich nicht unbedingt die Intensität von der Analyse mit dem Schweregrad vom Outcome verknüpfen. Es macht auf jeden Fall Sinn, also wenn es natürlich ein schwerwiegendes Ereignis ist muss man natürlich genau darauf schauen - also das sollte man jetzt nicht falsch verstehen und sagen dass wenn es schwerwiegend ist dass man am besten nichts macht oder weniger macht. So soll es bitte nicht verstanden werden. Aber grundsätzlich gehe ich davon aus, dass man mit weniger schwerwiegenden Ereignissen bessere Erfolge erzielen kann als bei den ganz schwerwiegenden.

- 49 **MOD:** [0:53:07.6] Okey, sehr spannend. Ja dann würde ich sagen machen wir weiter und würden dann zu den Konzepten kommen. Der erste Konzeptvorschlag, der erarbeitet wurde, bezieht sich auch auf das London Protokoll - respektive orientiert er sich am Organisational Accident Causation Model nach Reason. Die Herleitung hier ist relativ pragmatisch durch die Never Events Definition und zwar, dass diese hätten durch Systemdesign oder Präventionsmassnahmen verhindert werden sollen. Ich habe das bezogen auf die Barrieren in einem System. Dann wäre der Analysevorgang hier, dass man grundsätzlich eine Rekonstruktion des Ereignisses macht; dass man zuerst alle Unterlagen einholt, dass man versucht eine Beweissicherung zu machen mit Fotos et cetera, vielleicht erste Interviews mit beteiligten Personen und dann versucht, dies darzustellen anhand einer Grobübersicht die zeigt, was genau passiert ist. Dann würde man eine Rückwärtsanalyse machen und schauen, was die Fehler im gesamten System waren, die zugrundeliegenden Ursachen - das versucht herauszufinden und dann in einem dritten Schritt aber noch einmal spezifisch die Barrieren untersucht. Damit gemeint sind beispielsweise Checklisten, medizinisches Material wie Kabel et cetera - einfach dass man wirklich ganz spezifisch noch einmal schaut "das was eigentlich verhindern sollte, dass so etwas überhaupt passieren kann; wieso ist es

trotzdem dazu gekommen". Jetzt wäre meine Frage, denken Sie dass das realistisch ist für die Praxis?

50 **IP1:** [0:55:37.0] Es ist einerseits realistisch - basiert ja auf Reason und genau das findet sich ja auch im Original London Protokoll so wieder. Wir haben versucht, dies ein bisschen verständlicher darzustellen und dann auch versucht, den Fokus was man wie beachten und anschauen kann ein bisschen anders zu setzen. Also vielmals ist es ja oft das Problem, dass wir den Leuten, die sich noch nie damit befasst haben, das möglichst einfach und gut erklären können und da insbesondere auch den Leuten gut demonstrieren können anschliessend, wie man so einen Fehler oder wie man ein Ereignis anschaut. Wir haben das vom Reason bisschen vereinfacht. Wir haben gesagt hier haben wir den eigentlichen Fehler, hier haben wir den Zwischenfall und dies sind die Sicherheitsbarrieren also praktisch die berühmten Käsescheiben und hier haben wir die Co-Faktoren. Also latente Bedingungen, Risiken die sich verwirklichen und wir nennen das einfach mal Fehlertrigger, das sind die Fehler wo man sich (unverständlich) direkten Auslöser. Und wir versuchen es so zu erklären - das ist nämlich relativ einfach dann auch von diesem (unverständlich) nachzuvollziehen dass man sagt einerseits wir schauen natürlich einmal auf die Fehler, was da schiefgelaufen ist - das ist ja mehr oder weniger der Ursprung von der ganzen Geschichte. Wir schauen, welche Gefahren grundsätzlich bei dem Vorgehen bestehen - also wenn man jetzt eine Narkose macht, dann ist es einfach mit gewissen Risiken verbunden. Welche davon haben sich jetzt Anfang eigentlich wirklich verwirklicht. Dass man sich die latenten Bedingungen anschaut und dann natürlich ein bisschen auf die Fehlertrigger eingeht wobei man natürlich sagen muss das ist extrem oberflächlich bei uns wenn man das mit Luffahrtanalysen vergleicht. Wenn man da schaut, wie genau den Piloten oder den Beteiligten eigentlich auf die Finger geschaut wird - angefangen vom Flugerfahrung bis hin zum täglichen Verhalten oder sonstigem. Und dann natürlich das man sich dann anschaut, wie die Lücken und die Sicherheitsbarrieren grundsätzlich sind. Wir versuchen eigentlich zu vermitteln dass der aufgetretene Fehler zwar wichtig ist und auch der Ausgangspunkt ist aber dass wir da oftmals davon ausgehen müssen, dass der sich relativ selten wiederholt. Was relativ fix stehen bleibt oder was wir eher bearbeiten können sind vor allem die Risiken, die latenten Bedingungen und die Lücken in den Sicherheitsbarrieren. Das ist deswegen, weil wir oftmals im Gesundheitswesen die Erfahrung gemacht haben, dass das Wissen oder das Gespür dafür, dass es im Hintergrund irgendwelche Bedingungen gibt, die noch mit eine Rolle gespielt haben, dass es oft nicht so stark ausgeprägt ist wie es vielleicht ausgeprägt sein sollte. Im Vergleich jetzt zum Reason kann man einfach sagen es ist natürlich Reason sehr stark mit Barrieren - der Fokus ist sehr stark auf die Barrieren ausgerichtet. Das ist extrem wichtig gerade im Gesundheitswesen, weil man sich da sehr oft auf Barrieren verlässt, die noch relativ schwach sind und die in der Realität eigentlich kaum eine Bedeutung haben. Das stösst auch ein bisschen auf das Verhalten von den Mitarbeitenden - sagen wir mal von der Beurteilung vom Verhalten. Das ist auch was ich schon vorhin gesagt habe mit der Just Culture das man oft das Gefühl hat mit irgendeiner Doppelkontrolle oder mit irgend einem Standard ist das Problem bewältigt und wenn es dann doch schief geht dann ist es einfach mehr oder weniger den Mitarbeitenden anzulasten. Das ist glaube ich ganz wichtig, dass man schon einen ganz starken Fokus auf die Barrieren macht. Wo wir noch ein bisschen mehr den Fokus oder den Blick lenken wollen sind eben genau die Hintergrundfaktoren. Das ist ja mehr oder weniger das stark vereinfachte Modell von Reason dann.

51 **MOD:** [1:00:43.1] Ja hier sollte der Fokus vor allem sein - vielleicht habe ich das zu wenig gut erwähnt - dass das menschliche Abweichen immer passieren kann. Und hier war der Ansatz, dass man sagt es gibt beispielsweise gewisse Checklisten oder so, die

man mal ins das Leben gerufen hat. Beispielsweise wie dosiere und verabreiche ich ein Hochrisikomedikament et cetera aber es gibt ja natürlich im Verlauf Veränderungen. Es gibt zum Beispiel Spritzen, die eingeführt werden und dass man dies nie ganz so anpasst. Deshalb würde es darum gehen dass man da anschaut - ja der Mensch in seinem Verhalten, das kann immer eine Veränderung geben aber wir müssen wirklich noch einmal spezifisch den Blick darauf richten bei dem Ereignis, was passiert ist ob die Checklisten, Kabel oder was auch immer es dann ist noch genügend gut sind.

52 **IP1:** [1:01:41.6] Ja. Also das möchte ich auch gar nicht in Frage stellen. Das ist extrem wichtig und genau wie Sie es eben ausgedrückt haben ist es natürlich dann auch wichtig für die Ableitung von den Konsequenzen. Dass man sich wirklich Gedanken darüber macht, wie stabil die Sicherheitsbarrieren sind - ob das ein reines Fantasiegebilde ist oder ob das dann auch wirklich in der Praxis so verhebt oder ja das Ereignis hätte verhindern können.

53 **MOD:** [1:02:06.5] Okey wunderbar. Dann gehen wir mal weiter. Der Konzeptvorschlag 2 orientiert sich am SEIPS Modell. Die Herleitung ist hier dass es nicht einzelne Dinge gibt, die eine Lücke haben - also zum Beispiel nicht nur die Checkliste und die medizinischen Materialien, die es gibt, sondern dass ein ganzer Prozess Lücken haben kann. Und auch da würde zuerst wieder das Ereignis rekonstruiert werden. Das habe ich jetzt immer hineingenommen, einfach das man eine kurze Übersicht erhält, was grob passiert ist. Danach würde man mithilfe von der AcciMap - die haben Sie ja auch schon kurz angesprochen - eine Ursachenanalyse gemacht werden. Auch da ist der Vorteil, dass sie relativ simpel ist und so wird im Arbeitssystem und den Prozessen nach dem Fehler gesucht. Und dass man dann aber noch einmal sagt man untersucht spezifisch noch einmal die Prozesse innerhalb des Arbeitssystems anhand einer Prozessanalyse, weil halt oftmals auch mehrere Personen an einem Prozess beteiligt sind und daher beispielsweise auch ein ganzer Prozess Lücken aufweisen kann. Die AcciMap umfasst ja diese Prozesse auch schon - sie sind dort aufgelistet - aber hier wäre der Ansatz, dass man das spezifisch noch einmal herausnimmt und den Fokus darauf setzt.

54 **IP1:** [1:03:36.4] Ja, das finde ich gut. Dies entspricht auch sehr weit dem, was wir im ERA-Kurs machen. Wo wir oft dann eben das Problem haben und da schlichtweg aus Zeit- und Ressourcenproblemen muss ich dann da oft ein bisschen abbremsen, dass die nachfolgenden Analysen oft zeitlich gar nicht drin sind. Wir würden aber gerne - das ist immer noch bei uns im Hinterkopf - so eine Art Vertiefungskurs anbieten, in dem man dann eben wirklich eine vertiefte Analyse macht und in dem man sagen kann das ist vielleicht jetzt gar nicht so sehr auf ein Ereignis angewiesen sondern das kann man auch einfach mal so machen. Dass man eine Prozess- oder eine Systemanalyse - dass man einfach irgendetwas mal genauer anschaut dann. Vielleicht noch ein kleiner Input mit dem Modell - die Erfinder bitten drum, dass man SIEPS ausspricht.

55 **MOD:** [1:04:39.9] Oh, okey, SIEPS, okey.

56 **IP1:** [1:04:42.0] Ja und zwar das wusste ich nämlich auch nicht. Das war nämlich ganz lustig als wir angefangen haben uns mit dem zu befassen und auch für uns zu verwenden gab es die unterschiedlichsten Aussprachen von SÄÄIPS, SIBBE, SÄÄBS UND SIPS und alles mögliche. Ich habe dann einmal einen internationalen Online-Workshop mitgemacht, wo dann aus allen möglichen englischsprachigen Ländern Beteiligte dabei waren und die haben es auch in sämtliche Himmelsrichtungen ausgesprochen. Dann waren da mit die Entwickler dabei - unter anderem Carayon et cetera aus dem Team - und die haben dann drum gebeten und gesagt sie hätten gerne, dass man SIEPS ausspricht. Ich habe es mir dann auch angewöhnt.

- 57 **MOD:** [1:05:28.4] Das nehme ich gerne mit für meine nächsten Interviews dann, genau. Und würden Sie aber sagen dass es realistisch ist wenn man so vorgeht, dass das Personen durchführen, die grundsätzlich nicht sehr vertraut sind mit Ereignisanalysen?
- 58 **IP1:** [1:05:47.5] Ja und das ist meiner Meinung nach mit der Vorteil, vor allem vom SEIPS Modell, weil das einfach sehr schnell und einfach zu erklären ist. Und sagen wir einmal für alle Leute, die irgendwo im Gesundheitswesen tätig sind, man es auch sehr schnell auf die Weise darstellen kann. Ich weiss nicht, haben sie schon mal auch mit dem SEIPS Modell noch ein bisschen tiefer gebohrt? Da gibt es ja auch noch so ganz einfache Darstellungen, dass man einfach mal ein Viereck macht - was das Arbeitssystem sein soll - dann ein Dreieck - das sind die Prozesse - und dann ein hinten ein Kreis. Das wurde auch in dem internationalen Workshop, den ich besucht habe, so vermittelt und die haben gesagt "das SEIPS Modell muss so einfach sein, dass man es auch einmal schnell an einem Flipchart den Leuten schnell anzeichnen kann und sagt damit arbeiten wir". Das ist mit der Vorteil meiner Meinung nach vom SEIPS Modell. Was übrigens - vielleicht wenn Sie die AcciMap schon einmal mit ansprechen - für uns ein wichtiger Punkt war. Wenn Sie ein, zwei Folien noch einmal zurückgehen, genau zu dem. Wenn Sie da jetzt bei den Co-Faktoren mit reinschauen, das ist gar nicht so einfach, die voneinander zu trennen. Das ist aber auch Praxiserfahrung. Die Co-Faktoren, die da aufgeführt sind, sind manchmal schwer voneinander abgrenzbar. Deswegen haben wir, als wir uns einerseits mit SEIPS, andererseits mit AcciMap dann befasst haben gesagt, dass wenn wir bei der AcciMap dann verschiedene Kategorien einteilen müssen, dann übernehmen wir das was im SEIPS steht 1:1 in die AcciMap. Weil dann ist es nämlich auch für die Beteiligten nachvollziehbar und zieht sich dann wie ein roter Faden hindurch, also die verschiedenen Punkte, die wir haben. Arbeit und Arbeitsauftrag, internal Environment und so weiter. Das ist dann ein roter Faden, der Sie durchzieht. Dann hat man nicht praktisch einerseits das System erklärt und kurz darauf macht man dann ganz andere Kategorien, sondern das zieht sich dann wirklich für die Teilnehmenden erkennbar und verständlich durch dann auch.
- 59 **MOD:** [1:08:10.0] Okey. Und würden Sie dann auch sagen, dass es Nachteile am SEIPS Modell gibt, wenn man es so aufarbeitet?
- 60 **IP1:** [1:08:20.1] Ja ein. Ich meine natürlich es gibt bei allen diesen Arten von Einteilungen oder Modellen irgendwo Nachteile. Ich glaube was man beim SEIPS immer miterklären muss ist dass es sehr dynamisch ist - das praktisch das, was man so darstellt, wirklich auch den Leuten plastisch erklären muss, dass das nicht so festgemeisselt ist, wie es drinsteht sondern dass es sich jede Sekunde auch noch verändern kann. Es verändert sich auch durch unterschiedliche Faktoren. Wenn Sie nur zum Beispiel das Element Task anschauen - ein anderer Task kann das Ganze von der Gewichtung her komplett verschieben. Als die Felder können grösser und kleiner, die Pfeile dicker und dünner werden. Und was mir persönlich bei dem klassischen SEIPS Modell, was man hier sieht, nicht so gut gefällt ist dass die externen Einflüsse fehlen. Also es gibt eine Anpassung, ich glaube die Schotten haben dies gemacht. Die haben da drüber noch so die external (unverständlich) Influences mitdazugesetzt - und das ist glaube ich sehr wichtig, weil die spielen echt eine Rolle. Gerade wenn man dann SEIPS jetzt einmal von einem einzelnen Ereignis ein bisschen abkoppelt. Es ist zum Beispiel schon wichtig dass man dann auch sieht, was jetzt der externe Einfluss gewesen ist. Wir haben zum Beispiel jetzt auch bei einem fiktiven Ereignis, das wir im Kurs immer analysieren lassen, gibt es einen semi-wichtigen Einflussfaktor. Zum Beispiel einen ungünstig gestaltetes Ampullenetikett, das schon in der Realität mehrfach zu Fehlern geführt hat. Und hier ist zwar klar, dass das mehr oder weniger über die Arbeitsmittel geht - die Ampulle ist ja ein Arbeitsmittel in dem Sinn - aber dass dieses Etikett so gestaltet war, das ist ein externer Einfluss. Und deswegen würde ich

	<p>dann den externen Einfluss auf jeden Fall mit reinnehmen und ich glaube wenn Sie bei der Bildersuche mal googeln oder so - wie gesagt ich bin mir fast sicher, dass die Schotten als erstes damit angefangen haben - dann finden Sie auch den externen Faktor mit dabei. Also das haben auch schon andere mit dazu genommen dann.</p>
61	<p>MOD: [1:10:39.2] Okey, sehr spannend, ja. Da werde ich dann sicherlich auch noch nachschauen gehen.</p>
62	<p>IP1: [1:10:43.9] Weil es hat ja vor allem dann auch Konsequenzen, wenn Sie etwas verändern wollen. Bei den externen Faktoren ist dann die Frage, wo man überhaupt ansetzen kann, auch kann man überhaupt ansetzen. Zum Beispiel beim Ampullenetikett ging es noch über Swissmedic et cetera aber manche externe Einflüsse sind einfach so dass man sagen muss "da kann man gar nichts machen und da macht es auch keinen Sinn wenn man da zu sehr uns darauf verkopfen". Man muss auch irgendwann mal sagen, dass man es gar nicht im Griff hat etwas selbst zu verbessern oder etwas zu verändern aber dass es uns immer wieder auf die Füsse fallen kann.</p>
63	<p>MOD: [1:11:19.0] Das ist aber eigentlich sehr zermürend, wenn man sieht dass etwas von aussen, das man nicht ändern kann oder wo es extrem viel brauchen würde, etwas ins Rollen zu bringen für das es dann vielleicht gemacht wird wenn das dazu führt, dass ein Ereignis immer wieder vorkommt und es dann schlussendlich doch das Spital betrifft und auch Kosten generiert und so.</p>
64	<p>IP1: [1:11:36.4] Man muss es vielleicht anders herum sehen wenn man sagt das ist jetzt ein externer Faktor den man selbst nicht im Griff hat dann ist es, glaube ich, auch eine wichtige Aussage dass man sagt es kommt immer wieder vor und wir müssen uns darauf einstellen, dass es uns betrifft. Also das soll nicht die Kapitulation bedeuten dass man sagt "okey, da sind wir raus, da können wir gar nichts tun" sondern natürlich dass man weiss man kann nichts gegen den externen Einfluss tun aber man kann natürlich irgendwas dagegen machen, damit der externe Einfluss auf irgendeiner von diesen Faktoren vom SEIPS Modell sich dann wirklich auswirkt. Oder dass einer von diesen Elementen vom SEIPS Modell sich dann wirklich ändern muss, um diesen externen Einfluss abzufangen dann.</p>
65	<p>MOD: [1:12:17.9] Spannend, ja. Nehme ich sehr gerne mit so. Dann würde ich vorschlagen, dass wir noch zum letzten kommen. Hier ist die Orientierung am Drift to Danger Modell beziehungsweise Work as imagined, work as done. Die Herleitung hierzu ist eigentlich, dass es einen Handlungsspielraum benötigt. Das ist auch ziemlich direkt aus der Literatur gegriffen. Ein Handlungsspielraum in der Wahl der Mittel und Methoden wird zwingend benötigt, um ein produktives Ereignis zu erzielen und es kann nicht eine 1:1 Vorgabe geben, wie eine Aufgabe genau gelöst werden muss, um zum Ziel zu kommen. Darum wäre es hier bei dieser Art von Konzept so, dass man den Fokus auf die verschiedenen Handlungsabweichungsmöglichkeiten legt und diese dann analysiert. Auch da beim Analysevorgang; zuerst würde man wieder eine Ereignisrekonstruktion machen, da sage ich nichts mehr gross dazu, dann wäre auch hier angedacht, dass man wieder eine Rückwärtsanalyse machen kann. Dass man so schaut, was ist so grundsätzlich - vielleicht auch mit organisationalen Faktoren - das Problem oder was hat zum Ereignis geführt. Aber dass man dann noch einmal eine vertiefte Untersuchung der Handlungsabweichungsmöglichkeiten einer Person machen würde. Und hier wäre jetzt gedacht, dass man dies zum Beispiel mit einer Simulation oder auch mit Virtual Reality machen würde. Einfach dass man da sieht, welche Möglichkeiten es gibt und wo man dann danach etwas optimieren könnte. Was würden Sie da sagen sind Vor- und Nachteile?</p>
66	<p>IP1: [1:13:53.7] Das halte ich für grundsätzlich sehr wichtig und was mir hier vor allem gefällt ist der dritte Punkt eben mit dieser Handlungsabweichungsmöglichkeit. Das man</p>

das dann auch wirklich in der Realität einmal hinterfragt und prüft, weil ich habe oft festgestellt, dass oftmals davon ausgegangen wird dass so, wie es zum Beispiel im Standard oder in irgendwelchen Regeln festgelegt ist, so muss es sein, Punkt, und dass man es letzten Endes gar nicht irgendwie hinterfragt. Da haben wir ja vorhin schon darüber geredet. Und da ist natürlich für die Mitarbeitenden oder dann für die Zukunft schon interessant oder wichtig, dass man das wirklich auch mal genauer anschaut, welche Möglichkeiten die Personen den tatsächlich gehabt hätten. Und dann vielleicht auch nicht nur die einzelnen Person, die am Ereignis beteiligt war sondern die Kolleginnen zum Beispiel. Welche Möglichkeiten hätten die denn eigentlich tatsächlich gehabt, um dieses Ereignis oder diese Abweichung so zu behandeln, dass eben nichts passiert. Von daher ist das ein sehr sehr wichtiger Punkt eben, glaube ich. Und das ist eben ganz gut, wenn man da den Abgleich zwischen Work as imagined und work as done macht. Das ist ja, einerseits wird das im Gesundheitswesen sehr gerne gehört, andererseits haben manche auch regelrecht Angst, dass man das miteinander abgleicht. Von daher ist es sicherlich ein Punkt, der einiges trifft, was sehr wichtig ist.

- 67 **MOD:** [1:15:30.5] Okey. Und jetzt das mit der Simulation oder dass man das möglicherweise sogar würde versuchen mit VR nachzustellen oder einfach wirklich im grösseren Kontext schauen, wie die Handlungsspielräume sind. Würden Sie sagen ist das für ein Spital möglich oder würde das den Rahmen sprengen und man müsste es irgendwie kleiner halten?
- 68 **IP1:** [1:15:52.3] Das hängt eigentlich davon ab, wie gut das Spital aufgestellt ist mit Simulation et cetera und wie gut man auch letztendlich die bestimmte Konstellation nachstellen kann. Manche Betriebe sind meiner Meinung nach auf einem Level, das so niedrig ist, dass man wirklich sagen kann dass dies eine Simulation eigentlich schon gar nicht mehr nachstellen kann, so banal ist es. Wo ich eigentlich gute Erfahrung gemacht habe ist oft einfach Teamgespräche durchzuführen. Wo da wirklich ganz klar einfach irgendetwas benannt wird wo man dann wirklich sagt so ist die Vorgabe und jetzt mal ganz ehrlich, unter uns, katholische Gebetsschwestern - könnt ihr überhaupt so arbeiten oder arbeitet ihr wirklich auch in der Realität so? Und wenn man dann wirklich eine gewisse Teamdynamik auslösen kann und dann auch sagen wir einmal einen gewissen Vertrauensspielraum hat dann kommt meistens relativ gut an Rückmeldungen von den erfahrenen Mitarbeitenden, die dann auch oft sagen "nein, geht gar nicht. Das schaffen wir gar nicht". Da kann man natürlich auch ein bisschen tiefer bohren und kann dann natürlich auch sagen "warum nicht, was sind die Gründe, die euch daran hindern?". Manchmal hat man schlichtweg die Aussage, dass es zu lange dauert. (Unverständlich) auf jeden Fall als Warnhinweis wahrnehmen, dass die Mitarbeitenden dann sagen "dauert es zu lange, dafür haben wir keine Zeit oder die Zeit wollen wir uns gar nicht nehmen" - auch das hört man manchmal. Dass man dann vielleicht auch ein bisschen auf die Kultur zurückschliesst und sagt "okey, die Gefahren sind dann bei den Mitarbeitenden vielleicht gar nicht so im Fokus sondern es geht eher darum, dass man mehr oder weniger den Auftrag erledigt". Gleichzeitig aber auch gibt es dann ganz reelle oder realistische Punkte, bei denen man dann hört und die einem klar machen, dass es in der Realität gar nicht so funktionieren kann. (Unverständlich) Prozent der Fälle spricht irgendetwas dagegen, dass man sich wirklich gemäss den Vorgaben oder dem aufgezeichneten Flussdiagramm verhält. Also, wie gesagt, Simulation et cetera oder Simulation oder VR oder sonst irgendwas; sicherlich clever und cool und sicherlich für einige Situationen auch ganz gut geeignet. Das wird ja auch immer bei Flugunfallversuchen gemacht, dass man dann zum Beispiel irgendwie mal schaut, wie ein Pilot auf die und die Situation reagiert und welche Handlungsmöglichkeiten er in welchem Zeitraum hat. Oder wie reagiert in Anführungszeichen der Durchschnittsmitarbeitende oder die Durchschnittsmitarbeitende auf die Situation. Aber ich fürchte, dass die meisten Dinge

vom Fehlerlevel so banal sind, dass es sich schon fast nicht mehr lohnen würde. Aber ich würde es deswegen noch lange nicht komplett aussenvor lassen sondern denke das wäre dann sicher für bestimmte Ereignisse, die dann vielleicht auch wirklich sagen wir einmal von übergeordneter Bedeutung sind - also die man vielleicht auch mal national publizieren könnte oder so - wären die sicherlich toll. Also ich könnte mir vorstellen - ich bin mir gerade noch so ein bisschen am überlegen wie zum Beispiel, wenn man zum Beispiel 10 Anästhesisten oder 10 Anästhesieteams mit dem selben Geräteproblem konfrontiert - während der Narkoseeinleitung oder während der Geräteanwendung - wenn man dann bei 10 beobachten kann, wie sie sich verhalten haben, dass man dann auch wirklich ganz klar sagen muss "also sorry aber wenn sich acht von zehn Teams auf die und die Weise verhalten, dann kann der Weg, der vorgegeben ist, entweder nicht bekannt genug sein oder er kann nicht richtig sein oder kann vielleicht zu wenig bekannt sein oder sonst irgendetwas". Also da gibt es einige Möglichkeiten oder Schlussfolgerungen, die man dann da herausziehen kann.

- 69 **MOD:** [1:20:08.5] Okey, okey. Ja in diesem Fall nehme ich mit zu diesem Konzept, dass dies noch so ein bisschen eine Wunschvorstellung ist und dass es vielleicht noch ein wenig Zeit braucht, bis es dann realisierbar wäre.
- 70 **IP1:** [1:20:23.2] Aber meine Meinung ist wenn man es nie macht dann kommt es nie vor oder wird nie irgendwo etabliert und deswegen muss man manchmal auch mal Sachen machen, auch wenn andere irgendwie so **Geschwärzt** den Kopf schütteln. Trotzdem muss man es mal machen. Also das soll nicht unbedingt der Grund sein, dass man es dann nicht macht oder dass man darauf verzichtet.
- 71 **MOD:** [1:20:50.7] Prima, sehr spannend. Ja ich wäre soweit eigentlich durch mit den Konzept und somit auch mit den Fragen. Gibt es noch etwas, das ich bisher noch nicht angesprochen habe, das Ihnen aber sehr wichtig wäre oder bei dem sie noch einmal eine Ausführung machen wollen würden? Oder gibt es von Ihrer Seite her noch etwas zum Abschluss?
- 72 **IP1:** [1:21:09.6] Vielleicht noch eine Anmerkung zum Ganzen. Also wenn Sie das mit viel Aufwand und mit viel Mühe machen - und es sieht ja danach aus, dass das wirklich ein gutes Konzept wird und auch werden soll natürlich, dann würde ich mir bindend schon während der Analyse immer den Gedanken oder auch die Frage stellen "Wem erkläre ich es wie?". Weil das ist, glaube ich das Entscheidende und wenn Sie sich da die Literatur mal anschauen zu Ereignisanalysen dann können sie feststellen, das speziell im Gesundheitswesen vordergründig an der Methode gerüttelt wird aber letzten Endes ist die Methode nicht das Problem ist sondern mehr oder weniger das, was man daraus gemacht hat - die Ableitung von Konsequenzen. Und daran scheitert sehr sehr viel. Das heisst, Sie müssen einerseits überlegen wie bringt man die Ergebnisse von der Analyse dann in irgendwelche Massnahmen rüber, wie kann man das überleiten - das ist der eine Punkt. Und der andere Punkt ist dann eben auch dass man sich die Frage stellt "Wie erkläre ich das welchen Personen?". Also Sie müssen ja auf verschiedenen Ebenen dann auch kommunizieren, beispielsweise die Ergebnisse. Eben zum Beispiel in der Klinik, ich weiss nicht zum Beispiel in der Anästhesie oder in der Geburtshilfe - auf jeden Fall in der eigenen Klinik präsentierten. Oder auch mal in der Direktion darstellen. Und da ist glaube ich auch ganz wichtig, dass Sie mit ganz wenigen, prägnanten Informationen sofort Aufmerksamkeit erzielen. Weil das ist eben das Problem, dass ich persönlich dann eben auch festgestellt habe; die Leute, denen man es erzählt, die haben eine Aufmerksamkeitsspanne wie eine Fruchtfliege und wenn die an einer Direktionssitzung irgendetwas präsentiert bekommen und man die nicht wirklich innerhalb von wenigen Sekunden dafür interessiert hat, dann fangen die sofort an, in ihren Notebooks Mails zu beantworten und warten bis das Traktandum durch ist. Da ist, glaube ich, noch ziemlich viel Bedarf vorhanden, dass man das

wirklich gleich wie bei der Analyse sich eben überlegt, wie man das darstellt und wie man bei den Leuten dann auch wirklich das auslösen kann, was man auslösen will - nämlich dass die dann auch sagen, dass man da etwas machen muss und das dann wirklich auch da die Konsequenzen folgen können.

- 73 **MOD:** [1:23:34.3] Okey. Das ist war auch ein sehr wertvoller Input. Vielen herzlichen Dank, dass Sie mir wirklich so umschweifend Einblick in Ihr Gebiet gegeben haben und das ich da von Ihren Erfahrungen profitieren durfte, die Sie gemacht haben. Das hat wirklich sehr geholfen.
- 74 **IP1:** [1:24:29.7] Gerne, ja. Ich bin sehr gespannt darauf und gespannt auf das Resultat. Wenn zwischendurch etwas ist, dann dürfen Sie sich sehr gerne melden.
- 75 **MOD:** [1:24:47.2] Das ist sehr lieb, vielen herzlichen Dank. Dann werde ich jetzt die Aufnahme stoppen.

Interview 2

Die demografischen Angaben zu Beginn des Interviews wurden aus Datenschutzgründen aus dem Transkript gelöscht.

- 5 **MOD:** [0:04:11.3] Sehr spannend. Ja genau, okey. Somit wäre die erste Frage des ersten Teils auch schon so ein bisschen beantwortet worden - wo Ihre Berührungspunkte mit Never Events im beruflichen Alltag sind - und somit gehen wir doch gerade einmal weiter. Wie relevant würden Sie die Trennbarkeit zwischen schwerwiegenden medizinischen Ereignissen und Never Events für den Betrieb, für den Spitalkontext einschätzen?
- 6 **IP2:** [0:04:32.1] Mit der Frage habe ein bisschen Mühe. Vielleicht könnten Sie - oder darf ich du sagen?
- 7 **MOD:** [0:04:37.6] Ja natürlich, absolut.
- 8 **IP2:** [0:04:39.6] Gut, **Geschwärzt** in dem Fall. Wie würdest du denn den Unterschied definieren?
- 9 **MOD:** [0:04:44.3] Ich habe da - ich weiss nicht ob du es gesehen hast - ganz unten am Blatt noch die Definition eingefügt, genau. Einfach dass die Never Events halt durch Prävention vermeidbar gewesen wären und bei den schwerwiegenden medizinischen Ereignissen bleibt immer noch so ein Restrisiko, das man nie voraussehen kann.
- 10 **IP2:** [0:05:00.9] Ja. An und für sich glaube ich halte ich das nicht für zwingend notwendig, dass man das so klar trennen kann. Da kommen wir auch später noch einmal dazu. Der Unterschied auch - finde ich persönlich - zwischen sagen wir einmal Hochrisikobetrieben wie jetzt zum Beispiel ein Atomkraftwerk oder ähnliche Sachen oder die Luftfahrt, die haben die entsprechenden Daten, um das auch so exakt sage ich einmal aussagen zu können. Also wäre das vermeidbar gewesen, war das ganz klar ein systemischer Kontext - und das ist eine Sache, die haben wir nicht. Also deswegen finde ich auch, also ich habe zum Beispiel jetzt auch gemerkt wenn man jetzt so eine Risiko-Ursachenanalyse machen möchte oder so, das lässt sich mit entsprechenden Datengrundlagen, die es dann da in den anderen Bereichen einfach gibt lässt sich das sehr schön darstellen. Aber den Luxus haben wir einfach in der Medizin nicht. Wir verlassen uns ja meistens sage ich einmal initial mal auf

Vermutungen, auf einzelne CIRS Meldungen, die wir zu dem Kontext bekommen und machen uns ja dann auch ein Bild eigentlich aus dem Erfahrungsschatz einzelner Leute. Aber wirklich empirisch messen tue ich das ja eigentlich nicht. Ich sage mal so, was wir hauptsächlich hier machen ist dann Stichprobenanalysen, dass ich dann zum Beispiel einmal ein Aktenaudit mache zu einem bestimmten Tag, der dann einfach mal zwei bis drei Stationen betrifft oder ich mache dann eine Begehung oder so. Also das sind dann ja auch keine akkuraten Mengen. Also ich kann dann zum Beispiel nur sagen das Ereignis ist zehnmal passiert, aber ich kann nicht sagen das waren jetzt zehn Mal von achtzig Versuchen oder sowas. Dadurch, dass das so ein bisschen fehlt ist für mich die Trennbarkeit A schwierig zu erreichen oder zu definieren und B nicht so relevant. Weil ich finde da ist immer die Frage, wie die Diskussion dann weitergeht. Letztendlich könnte man meiner Meinung nach fast alles irgendwie so systemisch verändern, damit es vermeidbar gewesen wäre. Also da wird auch bei uns nicht so ein grosser Wert darauf gelegt, es wird aber unter Never Events dokumentiert.

- 11 **MOD:** [0:06:54.3] Okey, sehr spannend, okey. Und ja das geht auch ein bisschen über in die nächste Frage. Es gibt ja diese Kategorisierung der Stiftung Patientensicherheit Schweiz, bei der man die obersten vier Kategorien nimmt - das sind F bis I und sagt F ist vorübergehend, G ein dauerhafter Schaden, H lebensrettende Massnahmen und I der Patient ist verstorben. Und da ist auch die Frage wie wichtig das es ist, das Ereignis, was passiert ist so einer Kategorie zuzuordnen. Vielleicht auch im Hinblick auf nachher die Analyse, die stattfindet.
- 12 **IP2:** [0:07:27.6] Das eine, was mir dazu einfällt ist die Kategorien an sich finde ich sinnvoll. Sie ergeben die Dringlichkeit aber automatisch. Wenn es zu einem Tod des Patienten führt oder eben diese Eskalationsstufen durchgeht sorgt das automatisch dafür, dass das eine gewisse Lautstärke auch in den Geschäftsleitungen und eben in den einzelnen Bereichen dann erzeugt und dann auch mit der entsprechenden Dringlichkeit bearbeitet wird. Also ich denke mal so gerade zum Beispiel Tod des Patienten, dass das Kategorie I ist, das interessiert dann in dem Moment fast keinen mehr sondern das ist dann auch meistens sofort aufzuklären und sofort auch aufzuarbeiten und dort werden mir auch dann recht schnell sehr viele Ressourcen zur Verfügung gestellt das Ganze dann aufzuarbeiten. Also insofern - ich finde es ein gutes Tool, es ist auch gut vielleicht im retrospektiv sich mal seine Analyse anzuschauen. Meines Wissens benutzen wir aber die Kategorisierung an sich nicht. Weil es sind nicht so viele Never Events bei uns das wir jetzt sagen würden das müsste man jetzt kategorisieren, um da eine Aufteilung dazu zu haben.
- 13 **MOD:** [0:08:30.6] Okey, spannend. Und kannst du mir sagen, wie der Bearbeitungsprozess von Never Events realistischerweise aussieht?
- 14 **IP2:** [0:08:41.5] Puh. Initial ist es meistens so, dass ich erstmal allein losgehe. Das ich mir vom Ganzen so eine grobe Einschätzung hole, wer alles beteiligt ist. Ich mache Interviews mit den einzelnen Personen - auch eben in Anlehnung an das, was im ERA Kurs, beziehungsweise im London Protokoll auch drinsteht. Ich versuche zuerst einmal überhaupt eine Sachkenntnis zu erwerben über den gesamten Prozess und die beteiligten Parteien. Das Ganze stelle ich dann initial dem CIRS Ausschuss vor. Man muss dazu sagen im CIRS Ausschuss ist in jedem Departement eine Pflegeperson und eine ärztliche Person vertreten plus der gesamte Pflegekader und die Geschäftsleitung wird über den Bericht informiert. Und dann ist es meistens so, dass ich eine kurze Präsentation zum Fall mache. Ich stelle dann den Prozess vor, stelle die Lücken vor, die ich gefunden habe - oder die Vermutungen - und dann wird erst einmal ur diskutiert, ob sich die Erfahrungsschätze mit dem decken, das ich gefunden habe. Also sind die Systemschwächen schon einmal aufgetaucht, finden die Leute, dass es repräsentativ ist, was sie aus dem beruflichen Alltag kennen - weil die

sind ja auch den ganzen Tag in diesen Teams unterwegs. Wenn sich das bewahrheitet, dann wird das Ganze dann vom CIRS Ausschuss auch ausgelöst, dass wir dann tatsächlich eine tiefgründigere Risikoanalyse machen. Dann mache ich mir eigentlich überhaupt erst die Mühe wirklich das Ganze mit der AcciMap aufzulegen, das mit den Interviews wird meistens dann auch noch einmal wiederholt - dass man sich auch mehrere Parteien gemeinsam zu einem Interview dazu holt - und dann geht man eigentlich wirklich erst ins Detail. Was ich dann auch mache ist wenn sich dann gewisse Sachen manifestieren, die wir auch aus KISIM ablesen können - also unserem Software-Tool, mit dem wir dokumentieren - dann habe ich die Möglichkeit, auf unsere Datenanalysten zurückzugreifen, die mir dann gewisse Auswertung geben können. Also ich habe jetzt zum Beispiel dann beim Thema Kostform sehen können, dass der Nutritional Risk Score nur zu 63% ausgefüllt worden ist, zum Beispiel, und bei einem Wert von über drei hätte eigentlich die Ernährungsberatung involviert werden müssen und die ist nur zu 36% überhaupt involviert oder verordnet worden. Und das sind dann so Tatsachen, die wir versuchen zu schaffen als Diskussionsgrundlage, wie man das System ändern kann.

15 **MOD:** [0:10:49.7] Okey, okey spannend. Und dann höre ich jetzt auch ein bisschen heraus, dass vor allem eine Person - also vor allem du - einfach involviert bist in diesen Analyseprozess und dass es nicht ein ganzes Team umfasst von mehreren Leuten. Ist das korrekt?

16 **IP2:** [0:11:02.2] Ja, genau. Also das Team an sich sind halt die Personen, die im Ausschuss drinsitzen oder auch die beteiligten Personen aus der Führungsebene. Aber es ist schon so, ich bin eigentlich der, der das Ganze moderiert und dafür sorgt, dass die richtigen Leute zur richtigen Zeit befragt werden. Dass einfach nicht immer alle dabei sind, auch wenn es sie nicht involviert, aber ich versuche wie das Gesamtbild im Auge zu behalten.

17 **MOD:** [0:11:23.3] Okey. Kennst du es dann auch anders - vielleicht aus früherer Erfahrung - dass es nicht so gemacht wurde? Also dass du beispielsweise auch Teil eines Analyseteams mit verschiedenen Fachbereichen warst?

18 **IP2:** [0:11:35.0] Also es gab ein Fall, wo es halt zum Tod des Patienten geführt hat. Da war es dann einfach auf Grund der medialen Aufmerksamkeit und so das sehr viele auch Chefs und Leitungspersonen darin involviert waren, die dann mitdiskutiert haben. Die Erfahrung, die ich einfach gemacht habe oder die auch das gesamte CIRS Team gemacht hat ist, dass meistens dann nur eine sehr hitzige Diskussion ausgelöst wird aber es fühlt sich wie keiner mehr Verantwortlich, das Ganze dann auch zu Ende zu gehen. Also wenn man das ja auch sieht vom London Protokoll als Beispiel jetzt wieder - weil du es auch so oft erwähnt hattest - es fordert ja einen sehr akribischen Ablauf. Also auch eben gerade die ganzen wertfreien Interviews am Anfang; das kann ein Chef nicht. Die sind einfach sowieso schon in dem Thema drin und heiss. Und ich als Stabsstelle habe halt die Möglichkeit es kann mir A keiner was und B bin ich auch neutral, weil es mich ja nicht betrifft. Also ich kann wirklich auch, sage ich einmal, repräsentativ für einen Patienten auch dort dranstehen und auch neutrale Fragen stellen. Insofern haben wir eigentlich gesagt, mache hauptsächlich ich eigentlich das, genau.

19 **MOD:** [0:12:40.0] Okey, spannend. Und siehst du gewisse Aspekte aus der Praxis, die im Umgang an einen Never Event der passiert ist einfach typischerweise immer wieder negativ den Prozess beeinflussen?

20 **IP2:** [0:12:57.1] Also du meinst jetzt Systemfehler, die immer wieder auftauchen?

- 21 **MOD:** [0:13:03.7] Ja, nicht unbedingt Systemfehler. Einfach wenn man davon ausgeht okay, es ist ein Ereignis passiert, es ist da, wir müssen es analysieren und jetzt in diesem ganzen Kreis oder Vorgang von A bis Z einfach etwas, das jedes Mal wieder wenn so ein Ereignis passiert auffällt. So hey, das geht immer schlecht oder es beeinflusst immer etwas wieder negativ.
- 22 **IP2:** [0:13:23.1] Also es geht nicht darum, wer beeinflusst die Analyse negativ sondern was sind eigentlich so Standardfehler, die immer wieder bei allen gleichzeitig kommen?
- 23 **MOD:** [0:13:30.4] Ja, genau.
- 24 **IP2:** [0:13:34.2] Also erstaunlicherweise ein Aspekt ist immer wieder das Thema Medienwechsel. Also die meisten gravierenden Sachen, wo einfach wichtige Informationen verloren gehen und dann halt enorme schwerwiegende Konsequenzen auch auslösen ist einfach, wenn zum Beispiel gewisse Programme nicht miteinander konsolidiert werden können oder wenn zwischen zwei Programmen dann in Papierform mündliche Konversation benutzt wird und dann hat der eine das nicht verstanden oder nicht gehört und dann geht wieder etwas verloren. Das ist ein enorm grosser Faktor, den ich mitkriege. Dann das andere ist wenn, sage ich mal, zum Beispiel fünf Parteien involviert sind; es geht immer der andere davon aus, dass der Nächste es gemacht hat. Also dieses Schubladendenken, das ist meine Zone und das ist deine Zone. Und jetzt nur schon auch beim Meldewesen sieht man es sehr sehr gut: Materiovigilanzmeldung, da passiert etwas am Patienten, dann merkt man die Dokumentation dazu ist meistens Müll, weil der Arzt ist eigentlich Erstanwender, der hätte es melden sollen - der macht es aber nicht - der geht davon aus, dass die Pflege es macht. Die Pflege denkt aber der Art ist ja verantwortlich, also macht er es. Und dann hast du immer wieder diese Kaskade, wo keiner mitkriegt, das eigentlich der Andere zuständig gewesen ist. Und dann merkt man am Ende, das irgendetwas verpasst worden ist, weil keiner nachgefragt hat und daraus ist glaube ich auch so dieses ganze Thema SpeakUp ja damals auch aufgekommen, weil viele sehen es ja eigentlich aber sie reagieren dann nicht. Genau. Das ist so ein Punkt, den ich auch noch häufig sehe. Und - das war auch mal Thema in einem Vortrag, den ich letztens gesehen habe wieder - wir sind der einzige Hochrisikobetrieb heutzutage, der immer noch Hierarchiegesteuert ist. Also fast alle andern Hochrisikobetriebe orientieren sich am Prozess oder an dem zentralen Element, um was es geht. Bei uns wäre es jetzt, sage ich mal, der Patient. Und man sieht das Prozessmanagement zeigt eigentlich alles auf, wie der Kernprozess laufen soll. Es ist auch ganz klar, Ärzte, Pflegende sind an dem Kernprozess beteiligt, dann gibt es auch Medizintechnik, Informatik - so die ganzen Begleitprozesse. Aber weil wir immer noch darauf bestehen, dass der Arzt die Oberhoheit hat, entstehen einfach gravierende Sachen. Also ich habe wirklich zwei, drei Fälle, die echt schwerwiegend waren. Die sind zwar nicht unter Never Events bei uns kategorisiert worden, aber da hat man einfach auch gemerkt hätten wir nicht diese Vorgabe, dass der Oberarzt entscheiden darf, wann was passiert oder wann er auf Visite kommen möchte oder wann er diese Information preisgeben möchte, wäre es nicht passiert. Es ist ganz oft. Und es gibt auch bei uns verschiedenste Projekte, die eigentlich da schon ein bisschen gegenarbeiten, aber ich glaube das wird noch ein paar Jahre dauern, bis die Ärzte sich dazu eigentlich auch bereit erklären können und weil sie dann auch sehen, dass es dadurch besser wird. Genau.
- 25 **MOD:** [0:16:16.6] Okay, okay spannend. Und gibt es dann auch im Gegenteil etwas, dass jeweils positiv läuft. Wo man wie sieht "ah ja, da kann man eigentlich darauf zählen, das funktioniert".
- 26 **IP2:** [0:16:27.5] Das ist glaube ich sehr spitalabhängig. Bei uns, sage ich einmal, ist ein sehr positives und familiäres Zusammenarbeiten eigentlich. Also wir haben hier

wenig zu (unverständlich) **Geschwärzt**, sage ich einmal. Also wenn man zum Beispiel bei uns ins Haus kommt; ob man jetzt in der Pneumologie, Orthopädie oder sonst irgendwo ist - die sind alle nett miteinander. Also wir können alle miteinander, es wird miteinander gesprochen. Wenn man jetzt beispielsweise zum **Geschwärzt** geht und sich dort das mal anschaut, das ist wie jedes Fachgebiet ist sein eigenes Königreich. Da wird nicht miteinander gesprochen. Die haben auch teilweise ihren eigenen Qualitätsmanager für einen Bereich und der andere hat seinen Bereich und die erzählen sich auch nichts. Also da wird nichts geteilt. Und im **Geschwärzt** merkt man wenn jemand jetzt, sage ich mal, eine gute Lösung gefunden hat für ein Problem - das wird auch gleich mitgeteilt hier. Das geht entweder beim CIRS Ausschuss oder es gibt dann halt eine kurze Weiterbildung für die Pflege oder die Ärzte oder beide zusammen, wo dann alle teilnehmen können. Und dadurch profitiert man sehr schnell voneinander. Also ich finde wenn man mal eine Schwäche entdeckt hat, die wird sehr gut und sehr schnell dann aufbereitet in anderen Fachbereichen.

27 **MOD:** [0:17:39.3] Okey, tiptop. Und gibt es bestimmte Techniken, die beispielsweise aus der Literatur vorgeschlagen werden, die du in der Praxis kennst und die sich auch besonders bewährt haben für die Aufarbeitung von Never Events? Wie beispielsweise die Ereignisbaumanalyse, das Fischgrätendiagramm oder andere.

28 **IP2:** [0:17:59.4] Ist so ein bisschen abhängig davon, was für ein Ereignis wir besprechen. Ob es um einzelne Prozessaspekte ging oder ob es um kommunikative Themen ging oder Unternehmenskultur ging. Ich habe bis jetzt - in den letzten fünf bis sechs Monaten - auf diese AcciMap geschaltet und die eigentlich verwendet, weil diese ja auch in der Powerpoint Präsentation sehr gut darstellen lässt, dass man auch die Ebenen von oben nach unten hochrollt. Und dadurch kann man wie alle mit abholen, dass sie verstehen, um was es eigentlich konkret geht oder was die Einflussfaktoren auch zueinander sind - weil das geht wahnsinnig oft verloren. Und - vielleicht kann ich das an der Stelle als Beispiel präsentieren - ich habe sehr viel positives Feedback erstaunlicherweise bekommen, als ich diese Stelle angetreten habe im Vergleich zu dem, was meine Vorgängerin gemacht hat. Der Hauptunterschied war eigentlich das man mir gesagt hat, ich würde sehr viel Pragmatismus ranbringen und dies auch probieren, so spannend wie möglich zu erzählen. Also dass man ein bisschen Storytelling auch drin hat. Weil was mir auffällt jetzt, auch wenn ich mit anderen klinischen Risikomanagern hier in der Schweiz spreche oder in Deutschland spreche; es kommt teilweise gar nicht so das Kernthema raus, was es denn eigentlich besser machen könnte oder wo der Fehler denn eigentlich liegt. Also wenn ich es Vergleichen müsste als Metapher; sagen wir, wir gehen Angeln. Und es geht mir darum, Fische rauszuholen - jeder Fisch ist ein Risiko. Wenn du dann einen klinischen Risikomanager in der Schweiz fragst; der kann dir sagen, wie das Wetter ist, wie die Temperatur vom Wasser ist, wie viele Fische im Wasser sind - aber er kann dir nicht sagen, wie mehr Fische rauskommen. Und das ist das, was ich mir momentan wirklich versuche herauszufinden. Wie kann man das angehen, dass man sich mehr darauf fokussiert als auf die gesamte Darstellung der Risiken oder eben Einflussfaktoren und so weiter. Ich finde diese AcciMap ist einfach gut weil sie ist kurz und prägnant. Wir verstehen alle, wovon wir da reden und man kann über die AcciMap sehr gute Diskussionen einfach auch anfangen mit den Leuten oder über den Bericht das gut darstellen und deswegen habe ich das eigentlich für mich sehr früh jetzt eigentlich schon übernommen und bin auch dabei geblieben.

29 **MOD:** [0:20:12.6] Okey, perfekt. Ja dann wäre der erste Teil eigentlich schon durch und dann kommen wir zum Soll-Zustand - zum zweiten Teil im ersten Block. Hier ist das London Protokoll jetzt gerade mal ein bisschen im Fokus. Das sollte ja eigentlich eine fertige Methode für ein Spital bieten, das man hinzuziehen und für die Analyse gebrauchen kann. Es wird jedoch auch immer wieder so ein bisschen beschrieben,

dass es nicht verwendet wird - oder nicht gänzlich - und jetzt einfach wie die Frage "was müsste man dann grundsätzlich ändern, damit es besser auf Never Events adaptierbar wäre"? Oder grundsätzlich damit man es hürdefreier auf die Praxis übertragen kann.

- 30 **IP2:** [0:20:57.6] Also steht da in der Studie oder was das da ist auch drin, was so die Gründe waren, warum Leute das nicht benutzt haben?
- 31 **MOD:** [0:21:05.3] Ja, es gibt verschiedene Literatur zu dem. Das eine ist zum Beispiel, das es einfach zu viele Schritte umfasst oder das es zu linear ist, das die Leute nicht wissen, was sie genau machen müssen, weil es zu wenig beschrieben ist von der Anleitung her. Also ich konnte jetzt nicht herauslesen, dass es einen spezifischen Grund gibt und ich bin eben ein bisschen auf der Suche nach dem noch.
- 32 **IP2:** [0:21:27.9] Also das eine ist eben es ist sehr linear und kann teilweise auch einen sehr hohen Aufwand haben. Und ich finde ein Grund der ich mir vorstellen kann oder was ich eben auch bei meiner Vorgängerin oder auch bei anderen Kollegen teilweise sehe; sie sind dann zu fokussiert diesen Plan durchzugehen und verstehen zu wenig davon, mit wem sie da reden. Also es ist ein riesen Unterschied, ob ich da mit einem Arzt rede, ob ich mit einer von der Hotellerie rede, die vielleicht nicht aus der Schweiz kommt und schlecht Deutsch spricht und die dann denkt sie ist schuld oder es geht um irgendwas. Also das kennst du wahrscheinlich selbst; da spielen so viele verschiedene psychologische Kontextfaktoren mit. Ich glaube es muss auch hier wieder mehr der Fokus darauf kommen dass wenn diejenigen, die das anwenden oder moderieren sollen verstehen, was die einzelnen Abschnitte oder Ziele des London Protokolls sind. Dann muss man einfach in der Situation in der Lage sein zu sagen "okey, das lasse ich jetzt. Diese Information kriege ich nicht, also versuche ich sie auch gar nicht aus demjenigen herauszusaugen, aber mir ist wichtig, dass ich das belegen kann". Also wenn ich dann meine Berichte und Belege an meine Chefin abgebe, steht dann auch immer drin, ob ich gewisse Kontextfaktoren gar nicht herausfinden oder äussern konnte aber wo ich vermute dass sie liegen. Und damit wäre mein Bericht dann trotzdem vollständig aber die Durchdringungstiefe von dem, was eigentlich im London Protokoll gefragt ist, erreiche ich nicht unbedingt. Das Ziel ist ja eigentlich immer von diesen Analysen, dass man versteht, ob Handlungsbedarf besteht und wenn Handlungsbedarf besteht, welche Faktoren man denn angehen sollte. Und das ist eine Sache, die lässt sich gar nicht so schwarz weiss bei uns sagen, weil ich glaube diese Denkweise kommt, glaube ich, ja auch aus der Industrie und da ist dann so "okey, die Maschine ruckelt immer nach 100 Schokoladenstückchen, also müssen wir jetzt irgendetwas da machen". Da weiss ich ganz genau, wann dass das ist. Und das Spannende ist einfach - ich habe jetzt noch eine andere Studie letztens wieder gesehen. Ehm es ist nicht eine Studie, sondern eine Organisation aus Australien, die haben das quasi mal aufgezeigt, auch welche Methoden oftmals gesucht werden. Also das Gesundheitssystem sucht sich zu 85% immer Schulungen und Arbeitsanweisung aus. Und das sind die schwächsten Methoden, um überhaupt Risiken zu beheben. Und ich glaube das London Protokoll ist eine gute Basis, muss aber nicht so konkret ausgefüllt werden, weil das Ziel ist eigentlich dass sie dann aufzeigen soll an die Risikoträger, die es dann betrifft "hey Leute, aus meiner Sicht sind das die Sachen, wo Handlungsbedarf besteht - basierend auf denen und denen Interviews oder auf denen und denen Fakten, die ich finden konnte aus denen mir zur Verfügung stehenden Daten". Und danach geht es überhaupt erst darum "was machen wir denn, um das systematisch zu bearbeiten". So lange die Analyse das erreicht, muss eigentlich die Vollständigkeit vom London Protokoll meiner Ansicht nach nicht gegeben sein. Ich glaube, die Experten, die es dann benutzen, denen sollte das klar sein. Also mir oder meinen Kollegen sollte das klar sein. Ich glaube wenn man das besser rüberbringen könnte, dann würden die

Leute auch verstehen "okey, ich muss es nicht immer so ausführlich machen". Weil auch wieder wenn wir da oben die Kategorien sehen; ich finde wenn es zum Tod kommt, dann gehe ich der Sache aber sowas von akribisch nach und dann sind es meistens auch 10 oder 20 Leute, mit denen ich das dann machen kann - dann habe ich auch die Ressourcen dazu. Aber die meisten Leute, die diese Analysen im Spital machen, das sind Teams von vielleicht einer Person bis vielleicht sechs, Maximum. Und die können sich auch nicht mit allem gleichzeitig beschäftigen und da muss man einfach ein bisschen Pragmatismus reinbringen.

33 **MOD:** [0:24:57.7] Okey. Dann wurde wahrscheinlich die zweite Frage schon ein bisschen angeschnitten aber ich stelle sie jetzt trotzdem noch einmal. Wo hast du das Gefühl, sollte man bei der Aufarbeitung wirklich auch den Schwerpunkt darauf setzen in Zukunft?

34 **IP2:** [0:25:12.9] Zum einen eben das, was ich eben schon teilweise angeschnitten habe aber vielleicht noch einmal in kürzer; ich glaube der Schwerpunkt sollte darauf gelegt werden A herauszufinden, was man genauer noch analysieren sollte und B welche Aspekte das grösstmögliche Potential für Veränderungen haben. Also ich sage jetzt einmal so, wenn das Kleberchen vorhin rot war und wir diskutieren jetzt, ob es mit gelb besser sichtbar wäre, das sind so Sachen, das macht vielleicht 2% Verbesserung. Aber wenn wir sehen okey, wenn die Verantwortung klar zugeteilt dem Assistenzarzt obliegt und er muss es visiert bekommen durch den Oberarzt, so Sachen, oder sogenannte forced functions, das sind ja auch wie ich persönlich finde immer die besten Sachen dass man auch schaut ob es technische Änderungen, die das ganze überhaupt gar nicht mehr möglich machen, dass eine falsche Auswahl getroffen werden kann. Oder Sachen wie Team Timeout und so Sachen, das ist ja viel interessanter zu wissen, ob es da einen weiteren Weg gibt als das man sagt "das Problem sieht genau so aus". Ich habe das von **Geschwärtz** gehört, dass wenn man dann so ein bisschen sagt "wenn es schon so ungefähr aussieht wie ein Tiger, ist mir egal wie viel Streifen der hat - ich weiss es ist ein Tiger". Also so ein bisschen in die Richtung zu denken.

35 **MOD:** [0:26:22.4] Okey, okey spannend. Und was würdest du für eine Anforderung an eine Meldedefunktion für Never Events stellen? Wenn es einfach darum geht das etwas passiert, das gemeldet werden muss. Es gibt ja das CIRS aber das ist nicht primär dafür gedacht. Was würdest du sagen braucht es für die Zukunft, damit Never Events gut gemeldet werden können - für den ersten Schritt der Analyse, der danach eingeleitet wird?

36 **IP2:** [0:26:52.5] Ich glaube der Führungsperson ab Oberarzt, ab Stationsleitung muss einfach klar sein, wer der Spezialist dafür ist und wer das macht. Also das muss einfach präsent sein oder geschult sein, weil ich glaube nicht, dass wir den ganzen Stab auch angesichts des Personalwechsels dazu kriegen werden, dass denen das klar ist. Das die Erfasserinnen das schaffen werden. Weil das sieht man jetzt schon im CIRS - das ist wie das Sammelbecken für alles. Ich meine CIRS ist ja eigentlich auch nur bei Beinahe-Ereignisse, dort wird aber von "ich möchte über meinen Kollegen motzen" bis hin zu es sind absolute Böcke geschossen worden alles drin. Ich glaube es reicht schon wenn die Leute wüssten, an wen das geht. Also ich sage mal ich bin auch noch nicht super etabliert bei allen aber ich weiss von grob der Hälfte der Geschäftsleitung dass wenn denen ein Never Event passiert ist das Erste, was die machen, mich und die legal compliance anzurufen. Das sind so die zwei Adressen, wo es sofort hinget. Und das reicht eigentlich schon.

37 **MOD:** [0:27:53.2] Okey, wunderbar. Dann bräuchte es gar nicht so ein spezifisches Tool oder so, wo man das eingeben könnte?

- 38 **IP2:** [0:28:00.8] Die Mitarbeitenden haben inzwischen schon so viele - zwanzig-, dreissigtausend Tools - die wissen schon gar nicht mehr, wie die alle heissen. Wichtiger ist, dass man ein unspezifisches Tool hat wo alles landet, so wie es die IT letztendlich auch macht. Die IT macht ja auch nur Tickets. Du kannst auf dem Service Desk ein Ticket eröffnen und dann legst du es raus und dann hat es einen Bearbeiter der dahinter sitzt und sagt "ah okey, das ist jetzt Marketing, das ist jetzt IT Solutions, was weiss ich". Und dann wird es verteilt. Ich glaube damit kommt man viel viel besser hin. Weil das Empfindliche ist, dass wenn sich ein Mitarbeiter das schon traut überhaupt zu sagen oder wenn man endlich mal einen Bericht bekommt von jemandem, wenn der dann danach eine negative Erfahrung hat, dass er etwas gemeldet hat dann macht er dies nicht noch einmal. Und das ist ja das, was eigentlich schade ist. Dann lieber die Leute kriegen und auch nett sein im initialen Kontakt. Das muss auch ein bisschen geübt sein. Jetzt im Moment mache ich das und ich werde bald eine Assistentin kriegen, die das für mich übernimmt. Aber generell ist das einfach so viel Wert. Weil auch gerade die Information für Never Events ist ja auch immer ein riesen Problem. Wenn das dann zu lange dauert, bis das alles dann mal aufgearbeitet wird - die Leute wissen nicht mehr alles so genau. Und wenn ich die Möglichkeit habe, zeitnah ranzugehen, dann kann ich auch das Ganze schnell und ausführlich auch mit dem bearbeiten und dann weiss jeder auch noch die Details, die vielleicht wichtig sind oder die im Kontext mit anderen Bereichen auftauchen.
- 39 **MOD:** [0:29:22.2] Okey, prima. Die nächste Frage ist jetzt vielleicht für dich nicht so relevant. Aber in der Literatur wird oftmals besprochen, dass es meistens ein Team gibt. Dann wäre die Frage, wo du die Anforderungen sehen würdest - vor allem so an die berufliche Vorbildung an das Team. Wie sollte es aus deinem Blick zusammengestellt werden?
- 40 **IP2:** [0:29:46.0] Auch da wieder. Also ich finde es müsste auf jeden Fall irgendeine Vorbildung im medizinischen Kontext haben und auch in der Institution, in der du arbeitest. Also der, der entweder diese Risikobewertung macht oder sich damit auseinandersetzt mit dem klinischen Risikomanagement sollte entweder aus dem Spital kommen, wenn er auch im Spital arbeitet oder wenn er aus der Reha kommt, mit der Reha zu tun hat. Weil es ist schon noch einmal eine speziellere Arbeitsweise und auch ein speziellerer Kontext. Was aber viel wichtiger für mich ist als die berufliche Vorbildung, ist, dass diese Person in irgendeiner Form - auch vielleicht beruflich - in der Institution tätig war. Also ich habe jetzt fünf verschiedene Spitäler in der Schweiz besucht, einfach um dann auch einen Austausch mit Kollegen zu haben; jedes Spital tickt ein bisschen anders. Das ist einfach ein anderer Stil, andere Kultur. Das muss man ganz anders angehen. Der Unterschied zu meiner Vorgängerin - ich habe jetzt auch letzthin ein Gespräch mit der Geschäftsleitung gehabt - da hat mich einer auch gefragt, wieso mir das jetzt denn so viel schneller und besser gelingt als meiner Vorgängerin. Nicht böse gemeint. Aber der Unterschied ist einfach, dass ich vorher schon **Geschwärzt** gearbeitet habe. Dadurch kenne ich Leute persönlich aus dem technischen Dienst, aus der IT, aus den leitenden Ärzten - da sind ein paar dabei, mit denen gehe ich auch mal was trinken oder die waren mal bei mir in Behandlung. Wenn du das Unternehmen kennst, dann ist das eine ganz andere Tiefe. Jetzt nur zum Beispiel, hatte ich dann einen Zwischenfall mit **Geschwärzt**, was nicht entfernt werden konnte. Das war ein riesen Mist aber da wussten dann Leute aus der Medizintechnik Bescheid. Meine Chefin, die wusste gar nicht einmal, wo die Medizintechnik sitzt. Und ich so "ja, da ist übrigens der **Geschwärzt** zuständig, das ist der **Geschwärzt** Stock da drüben. Wir gehen mal kurz zu ihm hin. Ja **Geschwärzt**, kriegen wir kurz einen Kaffee und erzähle mir das mal kurz". Wenn du *die* Ebene erreichst, mit einer Person, die dort auch zuständig ist, dann geht es auch los. Wenn du da ankommst als Fachfremder, am besten noch mit dem Hemd - also ich ziehe

auch ein Hemd an aber nicht, wenn ich mit den Leuten da rede - die sagen dann einfach: "Ja, **Geschwärzt**. Das ist so und so." und dann fertig. Wenn du aber dann da sitzt und ihm sagst "**Geschwärzt**" und du kennst ihn - dann sagt er dir "so **Geschwärzt**, also das war so und so und der Arzt war dann auch noch da und da zuständig". Weisst du, dann kriegst du was mit. Und ich glaube da ist eine viel grössere Stärke drin. Weil eben beruflich brauchst du da nichts für. Du musst ein gutes Verständnis von Qualitätsmanagement und Risikobewertung, -Einschätzung haben. Es gibt Leute, die merken das. Die **Geschwärzt** ist zum Beispiel auch so jemand. Die hat ein Feeling dafür, die versteht, wie etwas hätte sein müssen, wenn man hätte fragen müssen und wie das kommen muss. Weisst du, dass kann man beruflich glaube ich schwer beibringen.

41 **MOD:** [0:32:39.9] Okey, spannend. Und jetzt so abschliessend zu dem Block; was würdest du sagen ist dein dringendste Wunsch oder die dringendste Anforderung für das in Schweizer Akutspitälern besser oder adäquater mit Never Events umgegangen werden kann?

42 **IP2:** [0:32:59.0] Also das Eine ist - dass wird aber bei uns schon gemacht - ist, dass die Person, die dafür zuständig ist so im Spital auch positioniert ist, dass es auch ein bisschen Push hat. Also die Tatsache, dass ich halt in der Geschäftsleitung angebunden bin ermöglicht mir sehr viel auch Einfluss zu üben. Also dass auch die Leute das Ernst nehmen müssen. Weil was mich am meisten immer auch ärgert ist, bei so Never Events kommt immer dann die Ausrede "man hätte es gar nicht vermeiden können" oder "es wäre gar nicht vorhersehbar gewesen" oder auch "zukünftig kann das jederzeit wieder passieren". Das kommt ja immer sehr salopp - vor allem auch von den Leitungspersonen, die dafür verantwortlich sind, weil die sich natürlich auch ein bisschen rausreden wollen aus dieser Situation. Und das ärgert mich immer sehr, wenn dann da auch nicht der Push kommt von der Seite der Geschäftsleitung oder von der Seite der Machtposition. Das man sagt "hey, nein das ist jetzt ernst zu nehmen und das muss jetzt aufgearbeitet werden und erzähl". Also wenn man beispielsweise **Geschwärzt** nimmt, da weiss ich von einem Kollegen, die machen einfach zu. Die sagen "du bist kein Arzt, wir verraten dir nichts - das klären wir unter uns". Und dann passiert nichts mehr. Sehr schade, wenn das Potenzial von so Never Events einfach nicht genutzt werden kann.

43 **MOD:** [0:34:09.8] Okey, spannend. In dem Fall mehr Offenheit in diesem Thema. Okey, wunderbar. Das wäre somit der erste Block gewesen und ich probiere jetzt meinen Bildschirm kurz zu teilen. Ja jetzt würden wir zum zweiten Block, zu den Konzepten kommen. Ich habe mal versucht, die anhand der Literatur zu erarbeiten. Sie sind sehr stark daran orientiert und es ist deshalb auch möglich, dass du vielleicht nicht so Parallelen mit der Praxis siehst aber ich möchte sie einfach mal vorstellen. Und eben hier geht es jetzt so ein bisschen drum, Vor- und Nachteile dazu zu diskutieren. Das erste Konzept lehnt sich an das Organisational Accident Causation Model von Reason an und ist eigentlich auch wie das London Protokoll. Die Herleitung wäre von mir jetzt, das Never Events ja eigentlich hätten durch Systemdesign oder Präventionsmassnahmen verhindert werden können. Die Herleitung wäre, dass man einen besonderen Fokus auf die sogenannten Barrieren legen müsste, die in diesem Modell erwähnt werden. Einfach aus dem Hintergrund, weil ich mir vorstellen kann, dass es so schnell vorwärtsgehen kann in einem Spital, dass es beispielsweise immer mal wieder neue Medizinprodukte gibt, die kommen oder neue Anforderungen und dass dies nicht ganz immer angepasst wird und dass man dann vielleicht rundherum weiterarbeitet, ohne da mal genau hinzuschauen "hey, passt zum Beispiel die Checkliste, die ich habe immer noch auf den Vorgang, den ich machen muss". Dann wäre der Analysevorgang, dass man sagt man macht grundsätzlich eine Rekonstruktion des Ereignisses - das hast Du ja vorhin auch schon

erwähnt - dass es einfach recht schnell darum gehen muss, mal das Erste abzudecken, damit es sich nicht verläuft oder vergessen geht. Das würde mit Interviews, Vor-Ort Ansicht, Fotos et cetera gemacht werden und man würde es dann beispielsweise mit einem Zeit-Personen-Diagramm darstellen. Das man dann auch - eben wie beim London Protokoll - eine Rückwärtsanalyse macht, schauen geht, was die Ursachen auf das ganze System ausgerichtet sein könnten aber dass man dann noch einmal zurück geht zu diesen bestehenden Vorgaben - eben seien es diese Checklisten oder medizinisches Material - und dort noch einmal schaut, ob es etwas gibt, dass wir übersehen haben. Da wäre jetzt die Frage an dich - du wirst natürlich hier ein bisschen in das kalte Wasser geschmissen - aber was würdest du sagen; siehst du gerade irgendwelche Vor- und Nachteile bei diesem Konzept, bezogen auf die Praxis?

- 44 **IP2:** [0:37:48.7] An sich gut. Also das trifft auf jeden Fall das Thema eben dass Barrieren eigentlich den höchstmöglichen Veränderungsprozess für solche Systemfehler dann auch bringen. Man sagt ja auch man möchte eigentlich, dass falsche Handlungen die Arbeit erschweren und richtige Handlungen die Arbeit erleichtern. Wenn du das hinkriegst, dass Barrieren so aufgebaut sind, dann funktioniert das. Das Problem mit Barrieren ist, dass die Barriere, die für eine Sache gut ist, für eine andere Sache schlecht ist. Ich sage mal so, wir haben zum Beispiel elektronische Medikamentenschränke. Super Sache. Es öffnet sich nur, wenn du das richtige Medikament ausgewählt hast. Tolle Barriere. Super Scheisse, wenn du auf der IDIS bist, es ist ein Notfall, du brauchst jetzt Adrenalin und du kommst nicht an den blöden Schrank, weil der sich nicht öffnen lässt. Das Problem ist - ich müsste es gerade noch einmal für dich herausuchen - das habe ich wie gesagt jetzt aus 2020 war das im British Journal of Medicine veröffentlicht worden. Da hat man das auch noch einmal mit den Kontextfaktoren für Barrieren und forced functions und so weiter aufgestellt. Da kannst du dich vielleicht auch noch einmal daran orientieren. Die haben quasi auch noch einmal den Aspekt reingebracht in die Darstellung, dass das eine eher menschlich abhängige Faktoren sind und das andere eher systemabhängige Faktoren sind. Und dass Barrieren, die systemabhängig sind, viel viel schwieriger abzuändern sind aber dafür viel viel wirkungsvoller sind. Also irgendwie sowas würde ich vielleicht noch mit reinbringen. Weil sonst - ich würde mal behaupten wenn wir uns da eine Stunde hinsetzen, könnte ich so die ganzen contributory factors so ein bisschen auseinandernehmen, das du Sachen dabei haben wirst, die in keine oder in drei der Kategorien passen. Und das ist auch so das Schwierige bei dieser Risikoanalyse; es lässt sich gar nicht so fest in eines reinpacken. Ich habe jetzt zum Beispiel diese Paarvergleichsanalyse gemacht und dort hatte ich dann 580 CIRS-Fälle und habe versucht, diese in Risiken einzusortieren. Und dann merkst du ganz schnell das eine Risiko ist super zum Thema falsche Dosierung. Aber es war nicht nur falsche Dosierung sondern die Person hat auch ihre Kompetenz überschritten. Also ist es jetzt das Risiko der Kompetenzüberschreitung oder ist es das Risiko der falschen Dosierung?. Und dann lässt es sich das nicht so gradlinig darstellen, wie du es dort dann hast. Also das geht ja auch so ein bisschen in dieses Schweizer-Käse Modell. Letztendlich will man ja nur versuchen, dass es möglichst wenige Eintrittsfaktoren gibt. Das es nicht darum geht, nur die perfekte Lösung zu finden, dass nichts mehr passiert - weil das wird nicht gehen. Wenn du Lösung A einsetzt, entsteht Fehler B. Da würde ich vielleicht noch schauen, dass du einen Faktor reinbringst, der dieses menschlichen und systemische noch so ein bisschen auseinander nimmt.
- 45 **MOD:** [0:40:53.3] Dann würde ich vorschlagen gehen wir gerade zum nächsten. Ich glaube da wird das ein bisschen mehr auch noch abgezeichnet. Das orientiert sich am SEIPS Modell und hier ist die Herleitung, dass nicht nur die Barrieren Lücken

aufweisen können und es deshalb zu einem Ereignis kommt, sondern dass wie der ganze Prozess Lücken im System aufweisen kann. Und hier ist der Vorgang auch wieder als erstes die Rekonstruktion, dann dass man auch mit dieser AcciMap - die du schon erwähnt hast - Untersuchungen, also eine Ursachenanalyse macht und einfach alles miteinbezieht. Jetzt beim SEIPS Modell sind ja das Arbeitssystem und die Prozesse schon separat aufgestellt im Gegensatz zum Modell von Reason. Und dass man aber auch da dann noch einmal sagt in einem dritten Schritt, dass die Prozesse so wichtig sein können, dass man diese noch einmal spezifischer anschaut und zum Beispiel eine Prozessanalyse macht - eine Workflowanalyse oder so zu den Arbeitsabläufen. Was siehst du da für Vor- oder Nachteile?

- 46 **IP2:** [0:42:23.4] Das Problem ist da dann halt, dass das sehr schnell sehr unorganisiert aussehen kann oder dass es sehr schwer zu strukturieren ist, weil du so viele Wechselwirkungen versuchst gleichzeitig darzustellen. Ich habe jetzt auch gemerkt, wenn du so etwas machst, bräuchtest du wahrscheinlich auch ein Team, die sich das anschauen. Weil es gibt einfach Leute die - je nachdem wie du auch selbst tickst - bist du eher auf diese organisatorischen Faktoren aus oder dich interessiert mehr so das ganze Technische und die Tools, die du ändern kannst. Wenn du mehr ein Peoples-Person bist, dann interessiert dich vielleicht auch mehr das ganze Thema Environment. Es ist sehr schwer, einen gleichmässigen Fokus auf alle Aspekte hier zu bringen.
- 47 **MOD:** [0:43:07.9] Okey. Also würdest du sagen dieses Konzept ist nicht so realistisch oder so würdest du nicht unbedingt vorgehen, wenn du eine Analyse machen müsstest.
- 48 **IP2:** [0:43:15.5] Nein. Also ich glaube du würdest halt nicht zu dem Ziel kommen, was du dir am Anfang wünschst. Wie gesagt, ich bin sehr fokussiert darauf, was das Ziel ist. Wie man dahin kommt ist mir fast egal aber es muss dahin kommen. Das siehst du ja auch an der Darstellung, das hat kein Ziel. Es geht irgendwie da nach rechts, da sind dann auch noch drei Unterpunkte. Weisst es ist wie schwierig zu sagen, "was ist dann fertig". Weil du könntest ja sonst auch eine Doktorarbeit daraus machen und würdest diesen einen Fall bis zur Vergasung durchanalysieren. Wir würden glaube ich wochenlang Sachen finden.
- 49 **MOD:** [0:43:50.4] Okey. Also den Fokus auf Prozesse, an denen mehrere beteiligt sind, ist in dem Fall schwieriger, nehme ich daraus mit.
- 50 **IP2:** [0:43:57.6] Ja.
- 51 **MOD:** [0:43:58.5] Okey. Spannend, spannend. Dann kommen wir noch zum dritten Konzeptvorschlag. Dieses lehnt sich an das Drift to Danger oder Work As Imagined, Work As Done Modell. Hier geht es eher um den Handlungsspielraum. Die Literatur schlägt eigentlich vor, dass es die Wahl der Mittel und der Methoden für Personen eigentlich zwingend notwendig ist, um ein produktives Ereignis zu erzielen. Das heisst mit anderen Worten, dass es eigentlich Handlungsspielraum braucht und es kann wie nicht eine 1:1 Vorgabe geben dass man sagt "du hast genau so diese Aufgabe zu erledigen". Hier ist der Analysevorgang wieder gleich mit der Ereignisrekonstruktion. Dann auch hier wäre wieder gedacht, eine Rückwärtsanalyse zu machen und zu schauen, wo im System die Fehler sein könnte. Dann würde man aber noch einmal bei den Handlungsabweichungsmöglichkeiten einer Person schauen. Und hier ist es vielleicht ein bisschen utopisch aber der Vorschlag wäre, dass man beispielsweise eine Simulation machen könnte und auch möglicherweise VR hinzuziehen - einfach um schauen zu gehen, welche Handlungsmöglichkeiten gibt es überhaupt und wo könnten daraus Fehler entstehen. Dann wäre auch hier wieder die Frage an dich; "Siehst du Vor- und Nachteile dabei, ist es realistisch?"

- 52 **IP2:** [0:45:28.6] Ja, auch nicht verkehrt. Es hat einfach das Problem dass wenn man sich zu sehr auf diese Rückwärtsanalyse verlässt - das klingt ja immer gut, Root Cause Analysis - ich weiss nicht, hast du von der Stiftung Patientensicherheit diese Folien gesehen mit Fehleranalysen?
- 53 **MOD:** [0:45:46.4] Ich glaube nicht, nein.
- 54 **IP2:** [0:45:48.6] Kann ich mal schauen, ob ich das gleich finde. Die haben das quasi auch sehr schön gezeigt, dass wenn das dein Ereignis ist - es gibt ja verschiedene Wege, wie du zu diesem Ereignis gekommen bist. Wenn ich jetzt eine Root Cause Analyse mache, dann gehe ich ja nur diese einzelnen Wahrscheinlichkeiten rückwärts von einem Thema. Das heisst aber nicht, dass wenn ich das jetzt so löse, dass dieser Weg nie mehr funktionieren kann. Dass alle anderen fünf, die es noch gab, die auch dahin geführt hätten, dadurch behoben sind. Die sind ja auch noch da. Das heisst wenn du das so rum machst, dann kommst du teilweise dann in den falschen Hafen dass du denkst du hast es gefunden, es ist alles gut und eigentlich hast du es noch nicht gefunden. Weil dann passiert es einen Monat, zwei, später direkt noch einmal und alle sind dann total schockiert "wieso, wir haben doch so eine genaue Analyse gemacht, wochenlang das Ganze angeschaut und es hat immer noch nicht dazu geführt, dass das fertig ist". Ich habe so für mich einfach gemerkt, die Analyse an sich ist schon mal sehr gut aufgebaut mit eben - so wie du es jetzt zum Beispiel im Konzeptvorschlag 1 gemacht hast, den fand ich bisher am besten - das man sagt das ist ungefähr die Dynamik, das sind die Teilschritte, die wir anschauen wollen, wir wollen am Ende dorthin kommen das wir sagen können ungefähr dort ist Handlungsbedarf oder dort sind die grössten Schwächen und dann muss die Diskussion auch folgen mit "ja, was machen wir denn?".
- 55 **MOD:** [0:47:14.1] Spannend. Ja, das nehme ich sehr gerne so mit. Dann wären wir eigentlich hiermit schon am Ende der Konzepte und haben ja noch ein bisschen Zeit. Ich hätte jetzt noch eine Frage. Was hältst du davon das wenn ein Ereignis passiert, das sehr schwerwiegend ist, zum Beispiel das eine Person gestorben ist. Siehst du da Bedarf dass man auch sagt man muss dieses auch zwingend von extern analysieren lassen, einfach das sich das Spital auch da rausnehmen kann? Einfach das man am Schluss nicht sagen kann, die haben noch etwas vertuscht. Auch mit Hinblick auf vielleicht juristische Folgen.
- 56 **IP2:** [0:47:49.6] Ja gut, da werden ja meistens sowieso die Juristen involviert. Der Staatsanwalt kommt ja sowieso auch ins Haus, wenn jemand stirbt in diesem Kontext und dann wird das ja sowieso meistens weggenommen. Ich glaube das sind wie so zwei Sachen. Das eine ist dann die rechtliche Abklärung aber da wird sowieso sofort dann von juristischer Seite abgeblockt und das zweite ist dann aber auch, dass das Haus an sich selbst möchte, dass man den Fehler nicht mehr bekommt. **Geschwärzt**, da ist jemand an **Geschwärzt** auf der Privatstation gestorben. **Geschwärzt**, man hat es nicht gesehen mit dem Thema Kostform und so weiter und das war dann auch mit Anklage an die Pflegenden und allem drum und dran. Das ist dann alles passiert aber im Nachhinein wurde trotzdem noch ein recht intensive Aufarbeitung durch Hotellerie, durch Pflege und so weiter dann gemacht. Also das ist dann ein Fehlerprozess, der an sich nicht extern gemacht werden muss. Das müssen die Leute verstehen, die im Haus sind. Die Leute sind meistens auch sehr gewillt, dies zu machen weil keiner will so etwas wiederholen. Es geht ja niemanden in den Spital mit der Intention, dem anderen weh zu tun. Das heisst es gibt eigentlich keinen Grund, das von extern machen zu lassen. Das geht meistens sogar - finde ich persönlich - eher in die Hose. Weil wenn von extern jemand kommt, das sehe ich mit unseren Unternehmensberatern, die kommen dann immer an und meinen sie wissen jetzt, wie es geht. Und dann machen sie einen Vorschlag und entweder sind wir zu schlecht,

den Vorschlag umzusetzen oder wir sind zu blöd, den Vorschlag auszuarbeiten. Du gewinnst nicht - du kommst auch wieder nicht ans Ziel, dass das danach nicht noch einmal passiert.

57 **MOD:** [0:49:27.5] Spannend. Das heisst in dem Fall auch so eine Behörde, wie es in der Luftsicherheit beispielsweise die SUST gibt, würde aus deiner Sicht nichts bringen?

58 **IP2:** [0:49:36.6] Nein.

59 **MOD:** [0:49:44.9] Dann wären wir am Ende des Interviews. Gibt es abschliessend noch eine Sache, die dir noch auf der Zunge brennt, die du wichtig findest und noch loswerden möchtest oder etwas, dass du noch nicht gesagt hast?

60 **IP2:** [0:50:43.3] Meine Chefin hat mich damals abgeworben, weil sie gesagt hat, dass ich zwar keine Ausbildung in diesem Thema habe - ich habe inzwischen aber von der **Geschwärtz** auch eine Grundausbildung in Risikomanagement gemacht und ich mache **Geschwärtz**. Darüber habe ich jetzt sehr viele Aspekte zu diesem Thema gelernt und ich merke auch dass es eigentlich gar nicht so schlecht ist, wenn man nicht aus dem Fach selbst kommt. Also man muss kein Pflegender oder Arzt sein, um das gut zu verstehen. Aber ich merke, dass dieses zielorientierte Denken noch nicht so ganz angekommen ist in diesem Risikomanagement.

61 **MOD:** [0:51:32.5] **Interviewperson zeigt mir hier anschliessend noch einen Foliensatz mit der Art, wie bei dieser Person im Spital für eine Analyse vorgegangen wird**

62 **IP2:** Also das ist dann so ein typisches Protokoll. Ich mache meistens am Anfang einen kleinen Input. Das eine Thema ist die Ursachenerkennung, das ist auch von der Stiftung für Patientensicherheit dargestellt, das einfach noch einmal schön aufzeigen soll - mit deinen Barrieren siehst du das ja auch noch einmal vom Baum her - ich kann zwar eine Barriere irgendwo platzieren aber es hat meistens einfach andere Ursachen. Die eine Barriere schafft es vielleicht, vier Ursachen zu beseitigen - andere Barrieren sind einfach nur Barrieren hinter Barrieren, die bringen eigentlich keine Verbesserung. Da muss man sich einfach so ein bisschen davon lösen. Es gibt nicht die perfekte Lösung - das ist eine Sache, die vielleicht in der Industrie oder in der Luftfahrt funktioniert, weil man so akribisch einfach auch protokollieren und messen kann. Der Wahnsinn ist ja bei der Luftfahrt; die wissen ja alles. Die haben Daten zu "wie oft hat sich der Reifen bei der Landung gedreht" bis zu "wie viel Stosskraft war mit so und so viel Gepäck". Das haben wir nicht. Das war auch ein Beispiel wo ich versucht habe, die Leute im CIRS Ausschuss zu schulen. Die Ursache, dass eine falsche Dosierung war, ist, dass die Stationsleitung eine falsche Menge ausgegeben hat. Wenn ich jetzt eine RCA mache dann sehe ich "okey, sie war abgelenkt am Arbeitsort, hat die Schachteln verwechselt, wir haben eine reduzierte Konzentration et cetera". Wir haben dann eine tolle Massnahme gemacht und eine Sicherheitsbarriere in Form von diesem medizinischen Patientenschrank eingebaut. Toller Erfolg aber hat nicht zu einer Verringerung unserer Meldungen geführt. Weil wir haben zwar die drei beseitigt aber wir haben auch noch die vielen anderen Einflussfaktoren, die sich auf die anderen Ursachen auswirken können. Der Arzt verordnet eine falsche Dosis, ein Umrechnungsfehler ist da oder es gibt eine doppelte Gabe der richtigen Dosis. Und auch das führt alles zu einer falschen Dosierung. Bei dieser Analyse geht es nicht darum zu sagen "okey, wo stopfen wir jetzt alle Löcher" sondern eigentlich geht es ja darum, dass wir auf jeder Ebene fixen - auf persönlicher, kultureller, systemischer, technischer - es gibt so viele verschiedene Möglichkeiten. Je mehr Löcher wir verringern, desto geringer ist dann auch am Ende die Wahrscheinlichkeit, dass das Risiko durchkommt. Viele versuchen immer, das Risiko zu fangen. Aber das kriegst du nicht, weil manchmal ist es auch nicht so ganz fassbar. Das war das eine, was ich

dir zeigen wollte. Beim anderen, da ging es jetzt zum Beispiel um Patientenidentifikation. Da sind Patienten in der **Geschwärtz** gelandet und haben eine **Geschwärtz** bekommen und da hat man dann einfach auch gemerkt "ah, das war der Anton Müller und nicht der Hans Müller" und der hat dann eine Untersuchung bekommen. Dann gibt es eben zwei Möglichkeiten - das sind jetzt nicht Never Events sondern CIRS aber das geht in die gleiche Richtung vom Denken her. Es gibt die Varianten, dass entweder Daten falsch gehen oder dass eine Intervention an den falschen Patienten geht. Dann liste ich meistens auf, welche Ursachen es gegeben hat und wo das wir alles gesehen haben, dass es so passieren kann. Und dann stelle ich vor allem auch immer in dieser Analyse die Folgen dar, das ist für mich auch ein wichtiger Aspekt, der immer verloren geht. Meistens habe ich bei den Never Events den Fall, dass ich schon weiss, was passiert ist. Aber manchmal ist es auch noch einmal praktisch darüber nachzudenken, ob noch etwas schlimmeres hätte passieren können. Weil dann kommt man meistens auf die Idee "mist, wenn wir das verpasst haben, dann hätten wir vielleicht in einer anderen Situation auch das verpasst". Wenn ich jetzt zum Beispiel sage, dass wir Allergien verfassen, dann verpassen wir vielleicht auch Intoleranzen. Oder wir verpassen vielleicht verschiedene Schluckstörungen. Und dann fangen die Leute an zu denken und merken plötzlich "ah, das sind Sachen, die wir auch noch anschauen müssten". Und dann wird die Barriere plötzlich viel weiter, weil man sich nicht mehr nur diese eine Ursache anschaut. **Nun geht der Fokus wieder auf das British Medical Journal, Ausgabe Juni 2020**. Da ging es eben darum, dass Wissens- und Kompetenzvermittlung ein super Schritt ist, um den Leuten erst einmal beizubringen, was Sache ist. Aber es ist die schwächste Massnahme der Risikovermeidung. Gesundheitseinrichtungen verlassen sich wahnsinnig stark auf Schulung und Anweisung und die besten Impacts haben eigentlich Strategien, die Fehler erschweren und korrektes Verhalten erleichtern. Daneben hat man dieses Modell. Das zeigt, dass diese unteren Massnahmen, die man macht oder die Ursachen und Systeme, die man sich anschaut meistens sehr schwach sind, weil es menschliche Faktoren sind. Der menschliche Faktor wird immer Mist sein. Das Wichtige ist eigentlich oben; System Reliability zu erzeugen. Das eine hattest du zum Beispiel auch schön drin, das ist letztendlich einfach forcing functions - ich kann nur Handlung A ausführen, wenn ich Handlung B abgeschlossen habe oder umgekehrt. Dann aber auch so Sachen wie Standardisierung; dass ich nur noch drei verschiedene Dosierungen habe und nicht 20 verschiedene. Dann erkennt man die Fehler auch schneller. Das gewisse Redundancies da sind - also dass ich auch ein Vieraugen-Prinzip habe, dass ich mich mit Leuten absprechen muss oder dass man immer ein Team-Timeout hat, solche Sachen. Das sind solche Sachen, die ich in dein Konzept einbauen würde. Am Ende ist für mich immer dieser Aufbau wichtig von der Stiftung für Patientensicherheit. Das man immer allen klar macht; "For a guy with a hammer, everything looks like a nail." Die Leute fokussieren sich meistens immer auch eine Sache - meistens immer ein technisches Thema. Es hat aber auch organisatorische Kriterien, menschliche Kriterien - und auch das muss bei Never Events sauber angeschaut werden. Weil ich kann dir sagen, je schlimmer das Ereignis ist, desto eher kommen die Leute an - das kann ich dir auch von Kollegen sagen. Da kommt dann teilweise der CEO rein und sagt: "Wen muss ich jetzt feuern?". Allein das ist schon der Fehler, weil es geht nicht darum, die Person zu feuern. Es geht darum zu verstehen, was da passiert ist und warum. Wenn du den Mindset hinkriegst, dann kannst du es auch lösen. Wie gesagt; mir ist es wichtiger dass man ans Ziel kommt, als dass man versucht, das super akribisch aufzubauen - wobei der Ansatz an sich ja gut ist. Man muss, finde ich, aber nur eine Tiefe durchdringen, dass du in der Lage sein kannst - so vergleiche ich es jedenfalls - dass ich mich vierteljährlich vor die Geschäftsleitung stellen kann und sagen kann "so und so ist es, anhand von denen und denen Massnahmen". Und da muss man dann manchmal auch den Ball still halten und sagen "zu denen und denen Sachen kann ich

nur eine Vermutung anstellen, ich habe keine Daten, die das belegen können". Dann ist das so und damit müssen die Entscheidungsträger dann leben und müssen damit dann was machen. Viel wichtiger ist, dass das auch an Entscheidungsträger angebracht wird - dass die damit etwas machen müssen. Und dass das danach auch irgendwer verfolgt, ob dann auch wirklich etwas passiert oder ob das einfach nur ein toller 40-seitiger Bericht ist, der in der Schublade landet.

- 63 **MOD:** [1:00:04.1] Spannend. Vielen Dank für diesen Einblick und den Hinweis noch einmal auf die Quelle. Ich nehme sehr vieles mit aus diesem Gespräch und muss sicher noch einmal über die Bücher. Es war ein guter Input und ich habe gesehen, dass das, was in der Literatur gezeigt wird, nicht zwingend heisst, dass es dann in der Praxis realistisch ist. Da kann man mit noch so vielen Modellen kommen, die noch so schön aussehen und einem das Blaue vom Himmel versprechen aber es muss ja am Schluss auch sinnvoll sein und man muss am Schluss zum Ziel kommen. Das ist - glaube ich - etwas, dass ich ganz gross aus diesem Gespräch mitnehme.
- 64 **IP2:** [1:00:38.4] Sehr gut, ja.

Interview 3

Die demografischen Angaben zu Beginn des Interviews wurden aus Datenschutzgründen aus dem Transkript gelöscht.

- 7 **MOD:** [0:01:19.2] Können Sie mir erzählen, wo Ihre Berührungspunkte mit Never Events in Ihrem beruflichen Alltag sind?
- 8 **IP3:** [0:01:30.9] Es ist so; Wir haben das CIRS so aufgebaut, dass unerwünschte Todesfälle oder unvorhersehbare Todesfälle und schwerwiegende medizinische Ereignisse nicht per se im CIRS gemeldet werden. Man kann es im CIRS melden, aber es wird sicher nachher nicht im CIRS aufgearbeitet. Nichtsdestotrotz gibt es Meldungen, die man als Never Event einstufen müsste und diese werden dann aufgenommen. Wir haben bei uns in der Fachstelle auch noch den Standard für M und M erarbeitet, also Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen - und würden es nachher dann auf diesem Weg aufarbeiten. Dann werden wir manchmal auch direkt konfrontiert, wenn es ein solches Ereignis gegeben hat - mit der Bitte um Unterstützung bei der Aufarbeitung.
- 9 **MOD:** [0:02:23.7] Wie relevant würden Sie sagen mit Ihrer Praxiserfahrung ist die Trennbarkeit zwischen einem schwerwiegenden medizinischen Ereignis und einem Never Event?
- 10 **IP3:** [0:02:34.4] Ich denke es wäre einerseits für die Aufarbeitung und ein Stück weit für die Kategorisierung wünschenswert aber meine Erfahrung aus der Praxis ist, dass es schwierig ist, so eine klare Trennung zu machen und in vielem auch nicht so sinnvoll, das ganz eine klare Trennung passiert. Wir machen die Trennung eher in Bezug auf wenn es dann Regressforderungen gibt - also wenn es Haftpflichtforderungen gibt. Dort gibt es nachher eine ganz klare Trennung. Aber im Bereich der Schädigung, dort ist es eher fliessend.
- 11 **MOD:** [0:03:14.9] Okey. Die Stiftung Patientensicherheit Schweiz hat ein Stufensystem herausgegeben, bei dem man schauen kann, was es für verschiedene Kategorien gibt. Als schwerwiegende medizinische Ereignisse und somit auch als Never Events zählen die Kategorien F bis I. Also von Kategorie F mit einem vorübergehenden Schaden am Patienten bis Kategorie I, wo der Patient verstorben

	ist. Wie wichtig ist es aus betrieblicher Sicht, dass man ein Ereignis einer dieser vier Kategorien zuordnet? Oder wird dies vielleicht auch gar nicht gemacht?
12	IP3: [0:03:58.8] Wir von der Fachstelle kategorisieren nach NCC MERP. Also wo man das Risiko, greifende Sicherheitsbarrieren und ob es den Patienten erreicht hat oder nicht kategorisiert. Schon das finde ich recht anspruchsvoll. Diese Graduierung, die die Stiftung gewählt hat finde ich wirklich sehr sehr anspruchsvoll im Alltag anzuwenden. Ich denke, da ist auch ein grosser Ermessensspielraum dahinter - je nach Blickrichtung.
13	MOD: [0:04:27.6] Kann es dann auch so 1:1 zugeordnet werden oder ist es eventuell auch möglich, dass zum Beispiel noch ein zeitlicher Abstand dazwischen ist? Also dass man gar nicht so genau sagen kann "jetzt ist das Ereignis passiert und genau das ist es" sondern dass sich vielleicht etwas entwickelt und erst drei Wochen später oder so kann man erst abschliessend sagen, was es eigentlich gewesen wäre.
14	IP3: [0:04:49.4] Das ist sicher richtig. Häufig kann man es im Moment noch gar nicht sagen, wie sich das auswirken wird. Ich hatte auch gerade ein Ereignis bei Geschwärtzt , wo man gar nicht wusste, wie sich das auf ihre Entwicklung noch auswirken wird. Von dem her ist der Zeitpunkt, zu dem man die Einschätzung macht, sicher auch noch entscheidend oder vielleicht müsste man auch mehrere Zeitpunkte wählen. Das ist sicher richtig.
15	MOD: [0:05:13.7] Okey, spannend. Also dass man es gar nicht so auf einmal bezieht sondern dass man immer wieder schauen müsste, was ist es jetzt - welchen Stand haben wir jetzt. Dass es so ein bisschen dynamischer wird in dem Fall.
16	IP3: [0:05:26.9] Ja, genau.
17	MOD: [0:05:30.6] Wenn es jetzt einen Never Event gegeben hat - das Ereignis ist passiert und jetzt geht es darum, dieses zu erarbeiten. Wie läuft der Bearbeitungsprozess aus Ihrer Erfahrung realistischerweise ab? Was wird gemacht?
18	IP3: [0:05:46.7] Also ich kann es anhand eines Beispiels bei uns schildern. Bei uns ist es leider - muss ich sagen - noch nicht so, dass wir das systematisch erfassen, dass es beispielsweise auch bei uns würde gemeldet werden. Wir haben leider kein einheitliches Register. Es ist alles im Ermessensspielraum der einzelnen Kliniken - Geschwärtzt . Und in dem Sinne auch Geschwärtzt verschiedene Arten, wie man so ein Event überhaupt definiert - also was man als Never Event annimmt - wie man das erfasst, wie man es nachher auch aufarbeitet und allenfalls auch meldet. Das CIRS ist eine Möglichkeit - das haben wir durchaus auch, dass hier gemeldet wird und dann werden wir sicher aktiv. Dass wir dann auf dieses CIRS Team zurückgehen, dass wir je nachdem auf den Klinikdirektor oder die Klinikdirektorin zugehen und fragen, wie es aufgearbeitet wurde oder wie es aufgearbeitet wird. Wir bieten auch unsere Unterstützung an; beispielsweise in einer M&M den Fall aufzuarbeiten oder zu moderieren. Das ist ja häufig auch sehr sehr schwierig, mit der Betroffenheit von Einzelpersonen oder mehreren Personen - dass man da auch sehr gut damit umgehen kann. Das man nicht in ein Blaming kommt, sondern dass man mit einem gewissen Abstand nüchtern darauf schauen kann und nachher wirklich etwas daraus lernen kann.
19	MOD: [0:07:19.5] Sie haben jetzt auch von "wir" gesprochen. Was kann ich mir vorstellen, welche Personen sind denn da in einen solchen Analyseprozess involviert?
20	IP3: [0:07:28.4] Wenn wir von der Fachstelle involviert werden, dann ist sicher jemand von der Leitung dabei. Geschwärtzt . Wir haben einen Oberarzt dabei, der einen medizinischen Hintergrund hat und viel dann auch die Moderation übernimmt. Und

häufig dann auch ich vom CIRS. Das ist häufig dann so ein dreier Package, das involviert sein kann. Häufig ist es so; wir haben in jeder Klinik eine CIRS Verantwortliche, also ein CIRS Team. Da ist ärztlich und pflegerisch meistens - ausser im Laborbereich natürlich nicht - aber dass es so interprofessionell zusammengestellt ist. Da haben wir in jeder Klinik auch eine M&M Verantwortliche oder Verantwortlicher und die sind sicher auch federführend darin diese Themen dann aufzunehmen, aufzugreifen und dann auch aufzuarbeiten. In der Regel sind das dann auch die Teams, die wir unterstützend würden und zu denen wir auch Kontakte haben.

- 21 **MOD:** [0:08:31.7] Werden auch Personen in die Analyse involviert, die vielleicht im ganzen Fall des Ereignisses auch betroffen waren? Oder wird dies separat gehalten?
- 22 **IP3:** [0:08:45.2] Es wird vereinzelt gemacht. Ich habe auch schon M&M's erlebt, wo man im ersten Teil ganz nüchtern eine Analyse gemacht hat und im zweiten Teil Betroffene dazu kamen. Es wird noch eher wenig gewählt oder das vielleicht noch ein bisschen separat gemacht. Im Vorfeld der Analyse oder wenn dann die M&M abgeschlossen wurde, dass man wie ein Gespräch dann nochmal mit ihnen sucht. Aber es wird nicht routinemässig gemacht.
- 23 **MOD:** [0:09:20.9] Und gibt es Aspekte aus der Praxis, die einfach im Umgang mit Never Events jedes Mal auffallen, dass sie den Aufarbeitungsprozess typischerweise negativ beeinflussen? Oder wie etwas, bei dem man einfach merkt, dass das nie funktioniert oder dass wir da anstehen.
- 24 **IP3:** [0:09:43.1] Was sicher halt jedes Mal ein Thema ist, ist die Frage nach der eigenen Betroffenheit. Das ein Fehler passiert ist, der einer Person - oder vielleicht einem kleinen Personenkreis zuordenbar ist - dass da wie so eine Zurückhaltung ist auch hinzuschauen und das auszubreiten. Und dann ist sicher auch eine grosse Frage der Kultur, die in den einzelnen Kliniken vorherrscht. Die ist relativ unterschiedlich; es gibt Kliniken, die vielleicht mehr auf Augenhöhe sind, bei denen vielleicht schon so ein Lernklima da ist und wo man transparenter über Dinge sprechen kann. Dann gibt es Kliniken, bei denen eine grosse Competition da ist; bei denen man Operationen vorweisen muss und so ein Ereignis ist dann ein Stückweit auch Ruf- und Karriereschädigend, wenn das publik wird und im grossen Kreis aufgearbeitet wird.
- 25 **MOD:** [0:10:46.2] Vieles mit Kultur, dass da auch reinspielt.
- 26 **IP3:** [0:10:52.3] Ja, genau. Fehler- oder Sicherheitskultur, je nachdem wie man es dann nennen würde. Just Culture Thema. Das ist sicher ein grosser Aspekt, der in die Aufarbeitung reinspielt.
- 27 **MOD:** [0:11:06.1] Gibt es dann auf der anderen Seite auch Aspekte aus der Praxis, die bei der Aufarbeitung gut laufen und diesen positiv beeinflussen?
- 28 **IP3:** [0:11:16.9] Ich glaube das ist der eigene Berufsethos und auch die Motivation. Ich glaube wir haben sehr motivierte Behandlungsteams, die wirklich auch daran sind, die Medizin aber auch den eigenen Standard immer weiterzutreiben. Von dem her denke ich ist da auch eine sehr grosse Motivation, zu lernen und gerade auch aus solchen Ereignissen zu lernen. Ich denke gerade auch den Standard, den wir gemacht haben - der ist nicht auf Never Events ausgerichtet - aber auf diese M&M Konferenzen. Und ich glaube damit konnten wir eine Basis legen - rein auch durch das Teaching - wie man analysieren, moderieren kann. Ich glaube wenn man auch Tools an die Hand bekommt, um solch ein Ereignis aufzuarbeiten oder zu moderieren, dann ist das sicher auch hilfreich. Und wenn man es auch einige Male schon durchspielen konnte.

- 29 **MOD:** [0:12:08.5] Das bringt mich auch gerade zu der nächsten Frage. Gibt es in diesem Fall schon so bestimmte Tool oder Techniken, die in der Literatur vorgeschlagen werden, die Ihnen bekannt sind und die sich auch bereits für die Aufarbeitung von Never Events bewährt haben?
- 30 **IP3:** [0:12:23.1] Ja für die Analyse ist es das London Protokoll, dass wir aufnehmen und schulen. Wir stellen jetzt das SEIPS Modell auch zur Verfügung, dass man anhand dessen etwas aufnehmen können. Wir haben auch das Fishbone als ganz praktisches Modell, bei dem man sich an einer einfachen Vorlage entlang hangeln kann und so auf die verschiedenen beitragenden Faktoren kommt. Ich glaube was wirklich wichtig ist, ist dass wir von diesem Sharp End wegkommen und den Fokus auch noch auf andere systemische Faktoren erweitern.
- 31 **MOD:** [0:13:05.0] Dann wären wir jetzt mit dem ersten Teil durch und dann kommen wir zum zweiten, wo es um den Soll-Zustand gehen soll. Also das, was jetzt vielleicht noch nicht ganz ist aber in Zukunft gerne noch werden soll. Hier bezieht sich die erste Frage auch auf das London Protokoll. Und zwar gibt es ja dieses eigentlich von Vincent und Kollegen, die das gemacht haben für die Aufarbeitung von Ereignissen im Spitalkontext. Und dies sollte eigentlich eine fixfertige Methode bieten, wie man dies aufarbeiten kann oder woran man sich orientieren kann. In der Literatur wird jedoch besprochen, dass dies nicht wirklich ganz genutzt wird oder das auch Nachteile besprochen werden und ich frage mich ein wenig, weshalb das so ist. Sie haben jetzt vorhin angesprochen, dass Sie sich bereits auf das London Protokoll beziehen. Aber gibt es vielleicht grundsätzlich etwas, das man verändern müsste, damit die Übertragung von der Theorie auf die Praxis oder die Anwendung vom London Protokoll auf die Praxis noch hürdenfreier möglich ist?
- 32 **IP3:** [0:14:08.3] Ich glaube ein grosser Faktor ist halt der Zeitfaktor oder der Ressourcenfaktor. Es gibt nichts definiertes dass man sagen kann, ein Assistenzarzt oder ein Oberarzt hat von seinem Budget auch noch so viel zu gute für Qualitätsarbeit. Das wird meistens vom Weiterbildungs- oder Forschungsbudget abgeschränkt. Also die Ressourcenfrage ist sicher eine grosse und wichtige Frage. Das bedingt halt häufig, dass man wie so ein bisschen Abstriche bei den Vorlagen, bei den Modellen macht, und vielleicht so eine schlankere Variante wählt und dann nicht ganz so in die Tiefe geht mit der Analyse.
- 33 **MOD:** [0:14:47.9] Okey, sehr spannend. Wenn man jetzt sagt, man nimmt eine schlankere Version; wo sollte man aus Ihrer Sicht in Zukunft dann noch besonders den Schwerpunkt darauf legen können? Was ist wirklich sehr wichtig bei der Aufarbeitung von Never Events?
- 34 **IP3:** [0:15:08.3] Das Wichtigste ist sicher, dass man davon wegkommt, dass man sich auf diese Person fixiert, welche die letzte in dieser langen Kette war, bei der der Fehler passiert ist. Dass man davon wegkommt, einen oder eine Schuldige zu suchen. Ich glaube dieser Reflex haben wir alle in uns, dass wir schauen, in welcher Abteilung und wem es passiert ist. Das man diesen Reflex aber probiert zu unterbinden und weiter aufmacht. Das man schaut, was eigentlich noch dazu beigetragen hat - die verschiedenen Faktoren kennen Sie auch - und noch einen Schritt, zwei zurückgeht und schaut, welche Entscheidungen auch vom Management dazu geführt haben, dass man so Entscheidungen treffen musste oder das diese Situation auftauchen konnte. Also ich denke es ist wichtig, dass man so eine Auslegeordnung machen kann. Und dann denke ich ist es wirklich auch wichtig, dass diese Kultur weitergeht. Und ich denke auch da geht es über das eigene Unternehmen darüber hinaus - dass auch da mit der ganzen Haftungsfrage fair umgegangen wird. Das diese Transparenz und die transparente Aufarbeitung auch honoriert wird und nicht noch in ein strafrechtliches Verfahren mündet.

- 35 **MOD:** [0:16:34.5] Okey. Vorhin haben wir auch kurz über CIRS gesprochen. Sie haben gesagt, dass Meldungen von Never Events auch über CIRS gemacht werden und dann einfach nicht dort aufgearbeitet werden. Grundsätzlich eine Frage dazu; was wären die Anforderungen an eine Meldefunktion für Never Events?
- 36 **IP3:** [0:17:03.9] Ich denke es wäre als erstes schon einmal wichtig, dass die einzelnen Betreibe etwas für sich definieren würden. Ich glaube dann müssten wir bei uns gesprochen ganz vorne anfangen und schauen, wie man überhaupt so ein Never Event definiert. Auch da kursieren ja verschiedene Listen; Deutschland hat etwas, England hat etwas und auch die Schweiz hat jetzt etwas erarbeitet, das nicht deckungsgleich ist. Das man sich da für etwas entscheidet und dass man das auch für die eigene Klinik definiert. Und man müsste auch verbindlich und ehrlich schauen, das wenn etwas passiert, das man auch Buch führt. Also das man auch eine Statistik darüber hat, wie häufig uns das passiert. Ein nationales Melderegister wäre wünschenswert. Aus meiner Sicht müsste das wahrscheinlich einfach noch relativ stark anonym sein. Das man vielleicht auf Ebene Universitätsspital oder Spitalgrösse melden könnte und das man da so eine Übersicht hat von wie vielen Events man da spricht und vor allem auch in welchen Bereichen man da Häufungen hat.
- 37 **MOD:** [0:18:13.8] Also da wäre wie gemeint, dass man dann national Studien machen kann um zu schauen, wo oder wie häufig dann allgemein Never Events auftreten. Habe ich das richtig verstanden?
- 38 **IP3:** [0:18:29.5] Ja. Also ich denke es bräuchte wie so beides. Es bräuchte lokal griffige Massnahmen und ich denke es wäre wie auch wünschenswert, wenn man nationale Aussagen über die ganze Schweiz machen könnte, das man wie so Vergleichswerte hätte.
- 39 **MOD:** [0:18:48.2] Okey. Wir haben vorhin auch kurz darüber gesprochen - im Hinblick an das Team, das solche Never Events untersucht. Sie haben mir vom Stand erzählt, wie es jetzt ist. Gibt es aus Ihrer Sicht noch eine Anforderung an ein Team, wie es aussehen sollte, damit es nachher wirklich reibungslos untersucht werden kann? Auch im Hinblick auf die berufliche Anforderung, welche die Leute mitbringen.
- 40 **IP3:** [0:19:25.7] Aus unserer Erfahrung aus dem Team mit dem Know-how der Arbeits- und Organisationspsychologie oder einfach aus dieser Richtung, das finde ich eine sehr wertvolle Ergänzung zum medizinischen Grundwissen. Ich denke idealerweise - das merke ich jetzt für meine CIRS Arbeit - ist das eigentlich eine gute Ergänzung, mit dem medizinischen Background, den ich auch habe. Ich bin wie ein Stückweit in den Schuhen der klinisch Tätigen schon gegangen. Ich glaube ich weiss auch ein Stückweit, wie sich das anfühlt. Ich habe aber auch durch das Wissen der A&O-Psychologie die Möglichkeit, ein Stück zurückzugehen und das aus der Metaebene zu analysieren. Ich denke, dass das eigentlich keine schlechte Voraussetzung ist, um so ein Ereignis anzuschauen. Ich denke es könnte so in diese Richtung gehen, dass Teams vielleicht noch dazu kommen oder das man die Expertise so noch in das Team abholen kann.
- 41 **MOD:** [0:20:26.5] Wie wäre Ihre Meinung dazu dass man sagt man macht es gleich wie in der Luftbranche. Das es eine externe Behörde gibt, die bei gewissen Ereignissen analysieren kommt. Also dass das nicht Personen spitalintern machen dürfen - bei dem Spital, das auch betroffen ist - sondern dass man es nach extern gibt.
- 42 **IP3:** [0:20:49.6] Ja, ja. Grundsätzlich wieso nicht. Vielleicht könnte man da noch ein wenig in einem breiteren Kontext schauen. Grundsätzlich denke ich ist es gut, wenn man das vielleicht noch aus so einer Perspektive anschauen könnte.

- 43 **MOD:** [0:21:11.8] Noch die letzte Frage zu diesem Teil wäre abschliessend zum Soll-Zustand. Gibt es einen dringenden Wunsch, den Sie mit Ihrer Praxiserfahrung und Ihrem Fachwissen für die Zukunft haben, damit in Schweizer Akutspitalern noch besser mit Never Events umgegangen werden kann?
- 44 **IP3:** [0:21:36.9] Ich glaube am wünschenswertesten wäre tatsächlich, dass jedes Spital das für sich definiert. Das es auch so ein bisschen etabliert ist, wie man das CIRS jetzt etablieren konnte. Das man analog auch noch etwas für Never Events etabliert. Also das man es für sich definiert und das man ein gewisses Reporting macht, zu welchen Themen man Meldungen und wo Häufungen hat. Ich glaube das wäre wie ein erster Schritt. Und das man sich überlegt, wie man so Aufarbeiten macht.
- 45 **MOD:** [0:22:55.0] Wunderbar. Wir würden jetzt eben zu diesen Konzeptgrundlagen kommen. Ich habe versucht, die Literatur herbeizuziehen und anhand dieser Ereignisentstehungsmodelle die es gibt ein sehr grobes Konzept aufzusetzen. Die Ziel ist es jetzt auch durch die Verbindung der Theorie und der Praxis herauszufinden, ob diese realistisch sind. Beim Konzept 1 liegt der Fokus auf den Fehlern in der Barriere. Das Konzept orientiert sich am Organisational Accident Causation Model, eben auch so ein wenig wie das London Protokoll. Die Herleitung hier ist, dass Never Events ja eigentlich durch Systemdesign oder Präventionsmassnahmen hätten verhindert werden sollen. Wenn man sich wieder auf das Modell bezieht dann hatte es einfach Lücken in den Sicherheitsbarrieren. Der Vorschlag hier wäre auch sehr angelehnt an das London Protokoll auch, dass man sicher im ersten Schritt eine Rekonstruktion des Ereignisses macht. Das man Interviews mit Beteiligten durchführt, Fotos und Beweissicherung macht und es sich Vor-Ort anschauen geht. Dann das man es auch darstellt - beispielsweise in einem Zeit-Personen-Diagramm. Dann das man in einem zweiten Beispiel eine Rückwärtsanalyse macht und schauen geht, wo der Fehler im System war und das man auch versucht, die Ursache zu analysieren. Also das man eine RCA macht. Der Abweichende Punkt vom London Protokoll oder vor allem einer, der nochmals hervorgehoben werden soll ist das man sagt "okey, man macht noch einmal - aber jetzt eine vertiefte Untersuchung - von diesen Vorgaben". Gemeint damit sind zum Beispiel Checklisten oder medizinisches Material, das kommt dann natürlich immer sehr darauf an, was das Ereignis war. Einfach mit dem Hintergrund weil ich mir vorstellen kann, dass es auch Neuerungen im Spital gibt. Das man zum Beispiel mal vor drei Jahren eine Checkliste entwickelt hat, wie man bei einer Medikamentenabgabe vorgehen soll aber dass es über die Jahre diverse Veränderungen gegeben hat. Man würde dann noch einmal spezifischen nachsehen, ob das wirklich noch so ist, wie es sein sollte oder ob es in Zwischenzeit auch Veränderungen gegeben hat, die zu diesem Ereignis führen konnten. Auf den ersten Blick mit Ihrer Erfahrung; Würden Sie sagen, dass das realistisch ist?
- 46 **IP3:** [0:26:49.8] Es ist so das, was wir ein bisschen in unserer Ereignisanalyse schulen und ich denke das ist ein sehr gutes Modell, beispielsweise um einen CIRS Fall zu analysieren, da wird es häufig eingesetzt. Das ist halt häufig das, was so in einer schlanken Version eingesetzt wird. Aber rein vom Gedankengang her ist es diesem Modell entlang gegangen. Ich denke das ist sehr ein gutes Modell um ein Ereignis zu analysieren, das innerhalb der eigenen Klinik passiert ist und wo man wie so die Möglichkeit hat, Prozesse zu definieren. Wo man die Prozesse auch kennt und diese verändern kann. Ich denke wenn da innerhalb der Klinik etwas vorgefallen ist, dann ist dies sicher sehr effizient um zu analysieren aber sicher andererseits nachher auch Massnahmen definieren zu können. Mir gefällt das auch noch gut wo man nachher die Barrieren anschaut im Sinne von was hätte greifen sollen und was hat es aber nicht gemacht. Das finde ich einen sehr wichtigen Schritt. Was aber die Schwäche des Modells ist - und ich glaube gerade in der Komplexität, **Geschwärtzt.**

Kliniken - viele Sachen passieren durch Interaktionen, die man gar nie definiert hat. Also die einfach passieren, weil man eine Versorgung so machen muss und weil neue Prozesse gemacht werden. Ich denke da wäre dieses Modell ein bisschen schwierig. Wenn es jetzt an so einer Schnittstelle zwischen zwei Kliniken passieren würde - dort merken wir kommen wir auch an die Grenze der Analysierbarkeit mit diesem Modell.

47 **MOD:** [0:28:42.6] Das ist ein sehr spannender Punkt. Das ist auch etwas, das in der Literatur nicht so hervorgehoben wird. Es kann ja schon sein, dass so ein Fall nicht nur ein Spital betrifft sondern dass es auch übergreifend sein kann und das finde ich auch sehr spannend, das Sie das angesprochen haben, dass das wirklich auch ein Punkt sein kann, der einem das Leben in der Aufarbeitung sehr schwer machen kann, wenn man sich an so ein Modell hält im Grunde genommen. Dann würde ich sagen gehen wir zum Konzeptvorschlag 2 über. Sie haben es auch schon kurz angesprochen. Dieser würde sich am SEIPS Modell orientieren. Hier wäre die Herleitung, das nicht nur einzelne Barrieren Lücken aufweisen können sondern ein ganzes System und das es einen ganzen Prozess betreffen kann. Der Analysevorgang ist hier gleich wie schon vorhin, dass man das Ereignis zuerst rekonstruiert, das man im zweiten Schritt nachher auf die Suche nach Fehler im System und den Prozessen geht. Da könnte man beispielsweise eine Ursachenanalyse anhand der AcciMap machen. Und das man dann im dritten Schritt aber auch noch einmal sagt, man untersucht die Prozesse im Arbeitssystem wirklich noch einmal genau. Das man beispielsweise eine Prozessanalyse oder eine Workflowanalyse zu den Arbeitsabläufen macht. Dies einfach mit dem Hintergrund, dass es mehr betrifft und auch verschiedene Personen und ganze Prozesse, die es eigentlich geben würde. Was würden Sie hier sagen? Denken Sie, dass das realistisch für die Praxis ist? Und sehen Sie Vor- und Nachteile bei dieser Art?

48 **IP3:** [0:31:23.9] Realistisch für die Praxis - ich denke das wird sehr schwierig. Wir sind jetzt dabei, so Patientenpfade zu definieren und ich merke, dass das wirklich sehr aufwendig und auch sehr komplex ist. Weil man sieht, dass es so viele verschiedene Patientenpfade gibt. Dann ist das eine, dass man so eine Landschaft der Patientenpfade hat aber dann gibt es so viele Abweichungen. Wenn man eine Landschaft der Patientenpfade hat - so das Work As Imagined - das man wirklich wüsste "so würde es gehen", dann wäre das sicherlich dann ein gutes Modell wenn man sehen würde dort und dort hat es Abweichungen gegeben. Das probiert man ja schon ein bisschen zu deichen. Wenn man so einen Patientenpfad definiert versucht man immer, Abweichungen zu antizipieren und schauen, wie man diese auch verhindern kann - so die schlechten Abweichungen. Und ich denke wenn man dann so eine Landschaftskarte hat, wäre das sicher ein sehr wertvolles Modell. Und sicher auch besser anwendbar - losgelöster von der einzelnen Klinik. Und sicher auch besser nutzbar für die Prozesse, die sich von verschiedenen Berufsgruppen überschneiden. Wenn jetzt jemand beispielsweise einen Eingriff hat oder wenn es zu Verlegungen kommt.

49 **MOD:** [0:33:01.0] Spannend. Dann gehen wir noch zum dritten über. Hier wäre die Orientierung am Drift to Danger Modell und auch - Sie haben es vorhin gesagt - an Work As Imagined, Work As Done. Hier wäre die Herleitung, dass zu wenig Handlungsspielraum vorhanden gewesen ist, den die Menschen aber brauchen. Das kommt auch ziemlich direkt aus der Literatur in der vermittelt wird, dass der Handlungsspielraum vor allem in der Wahl der Mittel und der Methoden zwingend benötigt wird, um ein produktives Ereignis zu erzielen. Es kann keine 1:1 Vorgabe geben, wie eine Aufgabe erledigt werden soll und darum wäre es in dieser Konzeptidee bei der Aufarbeitung zentral, die verschiedenen Handlungsabweichungsmöglichkeiten zu kennen und zu analysieren. Auch hier wieder die Rekonstruktion, wie bei den beiden anderen. Dann im zweiten Schritt eine

Rückwärtsanalyse, das man das ganze System miteinbezieht und wieder auf die Suche nach den Fehlern im System geht und versucht, die Ursache anhand einer RCA zu identifizieren. Im dritten Schritt sagt man aber man macht noch einmal eine vertiefte Untersuchung auf diese Handlungsabweichungsmöglichkeiten von Personen. Da wäre die Idee - das ist vielleicht noch ein bisschen utopisch - dass man dies anhand einer Simulation machen könnte oder auch Stichwort Virtual Reality, das ein wenig aufkommt und das man immer wieder mal hört. Einfach zum schauen, was es überhaupt für Handlungsspielraum gibt und wie viel den Mitarbeitenden auch zusteht. Das man hier vielleicht auch herausfinden kann, wie es zu diesem Ereignis kommen konnte. Jetzt wäre auch hier wieder die Frage; Ist das realistisch für die Praxis oder sehen Sie hier Vor- und Nachteile dazu?

- 50 **IP3:** [0:35:07.6] Was mir an diesem Modell sehr gut gefällt, ist, dass es etwas dynamisches hat, also das es nicht so statisch ist. Ich denke gerade auf ärztlicher aber auch auf pflegerischer Seite ist es wichtig, dynamisch und situativ handeln zu können, wenn so Notfallsituationen kommen. Weil meistens ist eine ja nicht gleich wie die andere also es braucht wie so Standards an denen man sich entlanghangeln kann, um nachher Entscheidungen in der Situation zu treffen. Ich denke die Simulation ist etwas wichtiges, das bei uns auch sehr viel angewendet wird und einerseits ein gewisses miteinander zusammenarbeiten trainiert wird, Handlungsabläufe trainiert werden und wo aber auch ganz fest die Kommunikation und Haltung des Einzelnen trainiert. Und ich glaube um das ginge es auch ein bisschen; das man die Aufmerksamkeit - oder Awareness, wie man sagt - trainiert aber einfach auch die Haltung des Erkennens von so unsicheren Momenten. Ich denke das ist ein wichtiges Modell. Ich denke mit statischen Modellen hinkt man immer ein Stück der Realität hinten nach, weil die Gesundheitsversorgung einfach so dynamisch ist. Von dem her, denke ich, müssten wir ein Modell finden, das beim Mensch beginnt und auch diese Fähigkeiten trainiert.
- 51 **MOD:** [0:36:53.1] Okey, sehr sehr spannend. Bei der Simulation, das könnte ja beispielsweise auch so ein bisschen eine Frage sein nach den Ressourcen, die zur Verfügung stehen oder auch einen Kostenpunkt. Hier habe ich mir die Frage gestellt, ob dies für ein Spital realistisch ist und man sich nachher auch die Zeit nimmt und man vielleicht sogar sagt dass es ein Programm gibt, mit dem man die Simulation versucht herzustellen. Oder das man es vielleicht auch mit Personen durchspielt. Im Hinblick auf die Ressourcen, würden Sie sagen, dass es realistisch ist, dass man das so durchführt?
- 52 **IP3:** [0:37:29.4] Ja. Wir haben Teams, die sehr viele Simulationen machen. Auf der Intensivstation ist das sehr etabliert. Wir hatten jetzt auch die Möglichkeit mit dem Bezug vom Flughafen, als wir einen ganzen Stock neu bezogen und ganze Prozesse neu definiert haben, dies ein Stückweit zu simulieren. Das war sehr hilfreich. Es gibt aber auch andere Kliniken, von denen ich höre, die sagen wir bringen es einfach nicht zusammen dass die Ärzte und Pflegen sich einen halben Tag freinehmen können. Dort weiss ich nicht, ob es eine planerische Frage ist oder ob es mehr auch eine Kulturfrage ist, weil so gewisse Vorbehalte dieser Methode gegenüber sind. Persönlich finde ich ist es eine sehr gute Möglichkeit, ja.
- 53 **MOD:** [0:38:18.8] Vielen Dank, das wäre das zu den Konzepten gewesen. Gibt es noch eine abschliessende Bemerkung oder etwas, das Ihnen noch auf der Zunge brennt, das Sie gerne noch loswerden möchten? Oder denken Sie, Sie haben alles gesagt, dass Sie gerne dazu beitragen möchten?
- 54 **IP3:** [0:39:43.1] Nein ich konnte zu diesen Fragen alles sagen.

Interview 4

Die demografischen Angaben zu Beginn des Interviews wurden aus Datenschutzgründen aus dem Transkript gelöscht.

- 9 **MOD:** [0:01:14.5] Wunderbar. Dann würden wir direkt zum ersten Block kommen und da ist meine Einstiegsfrage; Wo sind Ihre Berührungspunkte mit Never Events in Ihrem beruflichen Alltag?
- 10 **IP4:** [0:01:24.9] Da ich das Thema CIRS mitbetreue, ist das der grösste Berührungspunkt. Klar, im CIRS kann man alles abschicken - also kann, sollte nicht aber kann - und da landen auch Never Events, klar. Das ist eigentlich mein grösster Berührungspunkt würde ich sagen.
- 11 **MOD:** [0:01:43.0] Was würden Sie sagen, wie relevant ist aus Ihrer Praxiserfahrung die Trennung zwischen schwerwiegenden medizinischen Ereignissen und Never Events?
- 12 **IP4:** [0:01:53.6] Ich würde halt sagen bei einem Never Events ist es nicht so richtig klar, ob es jetzt wirklich schwerwiegend ist. Ich glaube wenn eine Magensonde falsch liegt kann es schwerwiegend sein aber muss halt nicht. Das ist genau so ja ein Strahlenergebnis kann schwerwiegend sein aber muss halt eben auch nicht. Aber es ist klar, es ist vermeidbar. Es ist unbedingt vermeidbar und man hätte wahnsinnig viele Tools, es zu vermeiden. Und man muss sich dann fragen, warum wir diese nicht alle angewendet haben oder warum die nicht wirksam waren. Und dementsprechend würde ich sagen der überschneidende Teil von Never Events und schwerwiegenden medizinischen Ereignissen ist der dass man sagt "pass auf Spital, du musst deine ganzen Ressourcen maximal dafür einsetzen, dass entweder das eine nicht passiert - weil vermeidbar - oder das andere nicht passiert - weil unglaublich schlimm für die, die mit dabei sind. Ob es jetzt Mitarbeiter oder Patienten sind". So würde ich das sehen.
- 13 **MOD:** [0:02:45.9] Es gibt ja eine Definition der Stiftung für Patientensicherheit Schweiz, die ein Kategoriensystem herausgebracht hat. Die obersten vier sind eigentlich die schwerwiegenden medizinischen Ereignisse und somit auch die Never Events. Kategorie F wäre dann einen vorübergehenden Schaden am Patienten und es geht bis zu Kategorie I, Tod des Patienten. Wie wichtig ist es für die Untersuchung aus betrieblicher Sicht, dass man das Ereignis einer dieser vier Kategorien zuordnet?
- 14 **IP4:** [0:03:14.5] Es ist wichtig in der Hinsicht dass man sagen muss, eben, man hat nicht 100% Ressource für alles. Wie eben auch für CIRS oder so. Es kann mal sein, dass darunter ein Never Event ist. Man muss wirklich bei diesen Ereignissen sagen "pass auf, maximale Ressource darauf. Das darf uns nicht noch einmal passieren oder wir wollen alles dafür tun, dass es nicht noch einmal passiert. Also maximalen Ressourceneinsatz". Das würde ich jetzt unterscheiden. Weil man muss ja auch sagen bei einem CIRS, dass der wichtig ist. Man kann nicht sagen, dass der unwichtig ist aber man kann schon sagen "woah, hier haben wir einen Never Event. Stopp. Das müssen wir bearbeiten". Für mich ist das eigentlich eine Form von Priorisierung. Ich würde sagen, was im Spital einfach dort hilft ist, wenn man sieht, das man ist in der Kategorie F bis I ist, dann kann man nicht mal sagen "schauen wir einmal", sondern dann muss man auch wirklich etwas machen. Und dann kann es auch sein, dass wenn ich etwas gemacht habe, dies nicht wirksam war und dann muss man auch noch einmal sagen "okey, jetzt gehe ich dem noch einmal nach". Weil wir können bei CIRS vielleicht auch von Verschwendung und Ineffizienz sprechen. Wenn ich etwas ineffizient mache, dann ist es vielleicht für eine Wartezeit schlimm oder so oder vielleicht auch für das Outcome beim (unverständlich). Aber bei einem Event beim

Patienten ist es vielleicht etwas, das nicht reversibel ist und so und das ist meiner Meinung nach halt einfach eine andere Flughöhe. Und dementsprechend auch; ich kann eine Fluggesellschaft sehr defizitär betreiben - ja pff, schade - aber wenn halt die Lines abstürzen und die Leute sterben, dann ist es noch einmal etwas anderes. Dann lieber ineffizient als sowas. So sehe ich das ein bisschen. Also ganz klar, wenn ich in den oberen Kategorien bin, dann muss ich schauen, dass ich etwas dagegen tu. Unbedingt!

15 **MOD:** [0:04:58.6] Okey. Und dann spielt es in dem Fall auch nicht so eine Rolle ob es jetzt einen vorübergehenden Schaden gegeben hat oder ob der Patient gestorben ist? So vom Aufwand der Analyse her.

16 **IP4:** [0:05:10.1] Ich würde sagen vom Aufwand her von der Analyse sicher nicht. Aber jetzt bin ich auch ganz ehrlich, es ist sicher so - man ist ja nicht das selbstlose Spital schlechthin. Ich sehe es auch noch einmal so. Wenn ich bei so einem Fall mit dabei war als Mitarbeiter macht es einen Unterschied, ob jemand verstorben ist oder nicht. Und ich finde auch bei einem Never Event könnte man ja auch noch sagen "am Ende ist kein Tod dabei rausgekommen, ja super". Aber auch da würde ich sagen, hätte passieren können, und schlussendlich da auch; wenn es da dann passiert kann es eben sein, dass ich vielleicht eine erfahrene Pflegekraft oder einen Arzt, der seit 25 Jahren im Beruf perfekt performt aus dem Beruf rausdränge, weil er halt sagt "kann ich nicht mehr. Es ist vorbei". Und das ist meiner Meinung nach auch eine Katastrophe. Also dementsprechend würde ich es wirklich so sehen; einerseits eine Ressource und ja vielleicht ist die jetzt von der Kategorie F oder I. Das kann schon einen Unterschied machen. Das kann auch einen Unterschied bei der Reputation machen, da gibt es einfach dann Unterschiede. Also es ist natürlich so, ich lese in der Zeitung "falsche Kostform"; ist er dann daran verstorben? Oder falsche Kostform, ist daran verstorben. Das ist ein Unterschied und das muss man ganz klar so sagen.

17 **MOD:** [0:06:21.6] Jetzt gehen wir mal davon aus, dass es wirklich einen Never Event gegeben hat - es hätte nicht passieren dürfen, ist aber trotzdem. Wie sieht ein Bearbeitungsprozess von einem Never Event aus Ihrer Erfahrung in der Praxis aus?

18 **IP4:** [0:06:39.1] Das ist natürlich eine schwierige Frage. Ich würde sagen dass das sehr sehr heterogen - sehr unterschiedlich - ist. Das hat auch sehr viel mit Kultur zu tun. Es kommt darauf an, in welchem Bereich das ist. Ich kann schon einmal sagen dass das im Intensivbereich tagtägliches Geschäft ist. Und dann muss man auch mit diesen Sachen umgehen, dann gibt es Debriefings und so, da ist es relativ klar. Wenn das jetzt in einem normalen stationären Ablauf ist dann würde ich sagen ist das nicht der Normalfall das jemand, der 20 Jahre alt ist in der Kardiologie verstirbt oder so. Und dann sieht so eine Fallbearbeitung ganz anders aus. Das heisst es ist wirklich wichtig, in welchem Bereich ich gerade bin. Und das zweite eben ja; was habe ich da für eine Kultur? Wie sieht es da aus? Gibt es da einen Chef, der beispielsweise eine Konferenz führt, bei der man über seine eigenen Fehler spricht oder so - das ist dann natürlich ganz etwas anderes als wenn ich einen Bereich reingehe und bestraft werde, wenn ich einen Fehler mache. Das sieht sehr sehr unterschiedlich aus. Ich glaube die Herangehensweise, um dies zu identifizieren - da ist man schon mit dem London Protokoll zumindest sehr nahe dran, was das angeht, dass ich niemanden schuldigen suche sondern versuche herauszufinden, woran es denn gelegen hat. Und mit Interviews versuche wenigstens an den Kern zu kommen, bei Leuten, die eigentlich ein Trauma hinter sich haben und sagen "wow, ich habe vielleicht jemanden umgebracht". Ich weiss nicht, wie auskunftsfähig Sie da sind, wenn Sie das so haben. Ich auch nicht - also da würde ich nicht sofort sagen "da bin ich super transparent" sondern da muss man sich manchmal fast auch vor sich selbst schützen und irgendwie in gewisser Weise sagen, dass man darüber nicht sprechen kann. Und da

habe ich das Gefühl, gibt einem das London Protokoll zumindest so einen guten Anhaltspunkt, wie man überhaupt denn an solche Informationen kommen könnte. Also dementsprechend habe ich gemerkt bei solchen krassen Fällen ist das Setting vom London Protokoll wahnsinnig aufwendig, hat auch einige Nachteile, finde ich - aber ist wenigstens irgendwie eine Strategie, um an wichtige Informationen für den Fall zu kommen. So würde ich das einschätzen.

19 **MOD:** [0:08:47.2] Okey, spannend. Ja das London Protokoll wird dann nachher auch noch einmal Thema sein. Wir gehen doch mal weiter. Welche Personen sind aus Ihrer Erfahrung heraus meistens in einen Analyseprozess für Never Events involviert? Gibt es da irgendwelche Personengruppen oder mit beruflichem Hintergrund speziell?

20 **IP4:** [0:09:11.2] Also meinen Sie jetzt Pflege und Ärzte oder ob es so ist, dass jemand, der einen betriebswissenschaftlichen Hintergrund hat involviert ist? Also worauf läuft es hinaus?

21 **MOD:** [0:09:22.1] Ja genau. Also in der Literatur wird oftmals besprochen, dass es oftmals ein Team aus Personen gibt und dann ist die Frage, wie das in der Praxis aussieht - falls es ein Team gibt. Welche Personen dass dann darin involviert sind.

22 **IP4:** [0:09:39.5] Also es sind sicher - und das ist vielleicht manchmal der Nachteil - der behandelnde Arzt, der ist da sicher mit dabei. Es ist häufig auch die oberste Führungsriege mit dabei - also so Chefärztinnen und -Ärzte. Dann auch genau so Leitungen von der Pflege und dann zum Teil eben die unmittelbar Betroffenen. Was ich manchmal auch nicht so gut finde, muss ich sagen. Aber das ist häufig der Fall. Jetzt im Intensivbereich wird da auch dann schon scharf getrennt, da versucht man dann auch schon zu sagen "okey, jetzt trifft sich mal das betroffene Team und spricht vielleicht darüber - jetzt machen wir wirklich mal so ein Debriefing und hören zu". Aber ich würde schon sagen, dass es auch häufig so ist, dass die, die am Fall beteiligt waren häufig auch mit in der Untersuchung drin sind. Und nicht nur aus Auskunftgeber, sondern tatsächlich auch als Inputgeber zum Teil auch und vielleicht auch als "ja jetzt können wir ja die Massnahme umsetzen" oder so. Es kommt sehr darauf an. So würde ich es ein bisschen beschreiben.

23 **MOD:** [0:10:37.3] Okey. Mit Personen, die unmittelbar betroffen sind, sind da unter Umständen auch der Patient oder die Patientin gemeint oder die Angehörigen? Oder das nicht zwingend?

24 **IP4:** [0:10:46.5] Doch, gibt es sicher auch, dass wenn ein Never Event stattgefunden hat und jemand gelähmt ist, dann ist es sicher so, dass der informiert wird "du, da hat etwas stattgefunden - wir wissen noch nicht genau, woran es liegt". Das ist ja auch immer so etwas; man muss ja auch immer sehr vorsichtig sein. Man kann nicht gleich sagen "ja, das war die ärztliche Behandlung oder das hat etwas mit der Pflege zu tun". Da gibt es sehr sehr viele Möglichkeiten. Aber das jemand erstmal informiert wird "hey, hier war ein Event", das findet eigentlich schon in der Regel statt. Das der Patient zumindest in der Hinsicht informiert wird, dass es hier ein Ereignis gab. Angehörige genauso. Ich meine wenn jemand eine Nervenlähmung oder so etwas hat und nicht mehr richtig sprechen kann, dann werden sicher die Angehörigen auch informiert "pass auf, da war etwas". Und eben auch wenn man sehr (unverständlich) "was war genau?" dann kann man das noch nicht sagen sondern muss dann auch recherchieren und auch schauen, woran es dann gelegen hat. Aber ich würde sagen, dass das so abläuft. Aber ist eine gute Frage.

25 **MOD:** [0:11:43.5] Gehen wir doch noch weiter. Gibt es typische Aspekte, die den Umgang mit Never Events negativ beeinflussen? Also es hat ein Ereignis stattgefunden, es geht darum dieses aufzuarbeiten und jetzt etwas, das man immer

wieder merkt "ach, da stehen wir einfach jedes Mal an" oder da gibt es einfach eine negative Beeinflussung durch irgendetwas. Gibt es das in der Praxis?

- 26 **IP4:** [0:12:06.9] Ja, sicher. Also ich würde ja sagen, das Setting, das ich jetzt besprochen habe ist ja so ein Bisschen in diesem Bereich. Und klar, jetzt könnte man sagen, "Ist es nicht bereichsübergreifend? Hat das nicht mit allen Bereichen zu tun? Ist das mit der Medikation wirklich nur bei euch oder ist das auch bei anderen?" Und das ist halt auch so ein bisschen das Schwierige daran. Ich möchte ja schon mit dem London Protokoll so einen geschützten Rahmen führen. Und dann auf einmal sage ich "und jetzt free for all" und alle können daran profitieren. Ich kann Ihnen nur ein Beispiel sagen; ich habe einmal so ein London Protokoll durchgeführt und man macht ja dann etwas, was eigentlich am Anfang ziemlich cool klingt. Man sagt nämlich, dass man alles, was man aus den Interviews bekommen hat vernichtet und hier habe ich jetzt die Massnahmen. Und das ist die erste Frage; "Wieso machen wir das?" Und dann muss ich sagen "Ja, ist halt geheim - in den Interviews haben wir halt ein paar Findings gehabt." - "Ja, was sind das für welche?" - "Darf ich nicht darüber reden." - "Ja, was war das jetzt genau?" - "Ja kann ich nicht sagen." - "Ja, das muss ich doch aber wissen in dem speziellen Fall, sonst mache ich das doch nicht einfach." - "Jäh es hat sich eben gezeigt, dass das wichtig wäre in solchen Fällen." Und da wird es halt schwierig in solchen Fällen. Weil die Ärzte und Pflegenden sind halt kritische Geister, verstehe ich auch, und die wollen schon auch einen Grund hören. Und den kann man Ihnen schon so skizzenweise nennen aber wenn sie das nicht direkt am Fall sehen, dann ist das halt sehr abstrakt. Und das macht das Ganze manchmal sehr schwierig, weil man dann eben über etwas sehr abstraktes sprechen muss, obwohl der Fall - wenn ich ihnen den nennen würde - sofort klar ist. Und das darf ich mit der Methode halt nicht machen, weil ich sonst nicht an die Infos komme. Das ist irgendwie das Schwierige. Ich muss es irgendwie klein halten und gleichzeitig wäre es halt auch super, wenn ich es ein bisschen grösser machen könnte - so dass alle ein bisschen davon profitieren. Und das sehe ich als Knackpunkt, was nicht ganz so einfach ist. So ist ein bisschen meine Erfahrung mit dem Prozess, würde ich sagen.
- 27 **MOD:** [0:13:57.1] Okey. Gibt es dann auf der anderen Seite etwas, das den Umgang mit Never Events positiv beeinflusst? Wo man merkt "ah doch, das läuft eigentlich gut. Da können wir sicher sein, dass das verhebt"?
- 28 **IP4:** [0:14:07.1] Ich habe das Gefühl das wenn da tatsächlich Leute involviert sind die sagen "pass auf, ich will, dass das niemandem anders passiert" dann ist das schon einmal eine recht gute Einstellung. Es gibt auch Leute, die melden das aktiv von sich aus und sagen "du, ist mir passiert. Ich möchte nicht, dass das einem Kollegen noch einmal passiert". Und allein schon diese Einstellung, da merkt man auch, dass das eine andere Herangehensweise ist. Und ich glaube auch wenn man den Fehler so preisgibt, gibt es dann andere Kollegen die entweder sagen "Trottel" oder die sagen "mega gut, dass das mal jemand gesagt hat, weil letzten Dienstag ist mir auch etwas passiert". Und das hat auch sehr mit Kultur zu tun. Aber man muss sich das so vorstellen; wenn ich jetzt einen Fehler mache, dann habe ich vielleicht ein Excel-Sheet falsch ausgeführt. Wenn jemand an einem Patienten einen Fehler macht, dann ist es halt meistens einfach nicht nur das Excel-Sheet und dementsprechend ist es auch wahnsinnig schwierig, da mal so offen freiherzig darüber zu sprechen. Da muss man charakterlich halt sehr fest sein, so etwas tun zu können und das Schlimmste ist eben noch - behaupte ich - passieren weil man vielleicht auch unerfahren ist. Dann ist man noch sehr jung - das ging mir auch so in der Ausbildung. Wer hat dann den Stand dass er sich in den Raum stellt und sagt "hey, ich habe einen Fehler gemacht". Das ist schon ein sehr hoher Anspruch und da kenne ich ein paar Leute, die das machen aber ja - drei von tausend vielleicht. Das sehe ich als sehr positiv. Es gibt wirklich Leute, wenn die in diesem Bereich sind und das ein paar Mal machen dann

strahlt es auf die anderen aus und dann hat man wirklich das Gefühl "okey, jetzt sage ich aber auch Mal was, weil das wäre mir auch fast passiert" oder man sagt auch mal was bei einem anderen Event, wo andere davon profitieren.

29 **MOD:** [0:15:46.2] Und gibt es bestimmte Techniken aus der Literatur oder aus Kursen, die sie über die Jahre mitbekommen haben, die Ihnen bekannt sind und die sich in der Praxis für die Aufarbeitung von Never Events bereits besonders bewährt haben? Wie zum Beispiel die Ereignisanalyse, das Fischgräten-Diagramm et cetera.

30 **IP4:** [0:16:04.5] Ja. Diese fehlerbeeinflussenden Faktoren, das habe ich auch gesehen. Es gibt diese Tabelle zum Beispiel beim London Protokoll, die finde ich extrem hilfreich, weil sie halt zumindest so ein paar Felder aufmacht, wo man einmal schauen könnte. Ich habe neulich jetzt einmal über diese AcciMap geschaut. Ich weiss nicht, ob Sie die kennen? Die ist eben auch bei der Stiftung für Patientensicherheit mit dabei. Die habe ich jetzt noch nicht so ausgeführt aber ich finde das kann man mal so machen, das kann man mal ausprobieren. Dann das SEIPS Modell, was sie da mit drin haben. Das habe ich noch nicht ausgeführt aber habe es mir auch schon einmal überlegt. Am Ende ist es ja so; Ich glaube methodisch muss man immer vorsichtig sein. Es gibt beispielsweise auch Events, da muss man erst einmal messen, ob die gemeldet werden. Nur als Beispiel. Ich kann ja sagen methodisch habe ich alle Events im Griff aber ich messe halt vielleicht nicht alle. Das ist das Problem. Und dann mag es sein, dass ich die **Geschwärzt** Events, die wir im Haus haben, super analysiert habe aber wenn man es sich statistisch ansieht muss man sagen bei **Geschwärzt** stationierten Fällen sind halt **Geschwärzt** ein bisschen wenig. Also merke ich dann, dass ich ein Messproblem habe. Ich habe die Erfahrung gemacht, dass man auch mit so einem Prozessmodell relativ gut herangehen kann und sagen kann, wie der Input, die Bearbeitung, der Output und die Risiken aussehen und was man für Ressourcen für den Prozess hat. Es ist irgendwie immer wieder dasselbe. Und wenn ich jetzt den Prozess eben nenne, wie Bearbeitung eines schwerwiegenden medizinischen Ereignisses oder Bearbeitung eines Never Events, dann kann ich eigentlich schon anhand der Prozesskonfiguration relativ gut sagen, ob das läuft oder nicht. Und ich kann schon mal sagen wenn ich von Anfang an weiss, dass ich da zu wenig Input habe, dann kann ich zwischendrin einen mega guten Prozess haben und einen super Ablauf aber wenn da halt nichts reinkommt, ist es halt auf dem Papier. Und das habe ich häufig gemerkt; es kommt häufig nichts rein. Und warum kommt häufig nichts rein? Weil eben vielleicht dann die Kultur nicht da ist, der Bereich anders arbeitet und so weiter. Oder weil es auch zu wenig solcher Events gibt und man dann sagt: "Ja pff, kommt halt mal alle 10'000 Fälle vor - ist halt so. Das ist ein Risiko, das wir versichern.". Ich habe das Gefühl, wenn man mit so einem Prozessmodell herangeht und erst einmal die Zuständigkeiten klärt, wer dafür verantwortlich ist, wer welche Massnahmen macht und diese dann ausführt - dann ist man schonmal weiter als "ja läuft, machen wir schon".

31 **MOD:** [0:18:44.8] Sehr spannend. Es ist auch lustig - ich habe jetzt schon ein paar Interviews geführt und es werden wirklich immer wieder die gleichen Punkte genannt, die lustigerweise in der Literatur nicht so diskutiert werden. Aber die Sicherheitskultur scheint wirklich ein sehr grosser Punkt zu sein, das habe ich jetzt schon ein paar Mal gehört.

32 **IP4:** [0:19:04.0] Ja. Es hat viel mit Vorbildern zu tun, das muss ich ganz klar sagen. Und man mag das Chefärztinnen und Chefarztmodell immer sehr kritisieren. Aber ich würde eben sagen wenn man das Glück hat, dort oben jemanden stehen zu haben, der das so lebt oder auch so einfordert und verlangt, dann ist man schon mal ziemlich weit. Weil man sagt ja dann immer so dass wenn es dort oben nicht richtig funktioniert, dass es dann überall nicht richtig funktioniert. Das stimmt. Aber wenn es

dann eben oben funktioniert, dann funktioniert es auch sehr gut unten und dementsprechend sehe ich das sowohl als positiv als auch als negativ. Ich habe das Gefühl, dass man das zum Teil an Personen festmachen kann, ob das funktioniert oder nicht. So schlimm es klingen mag.

33 **MOD:** [0:19:41.7] Ja. Aber das ist, glaube ich, eine wichtige Erkenntnis, dass man da weiterhin noch ansetzen muss. Dann würden wir zum zweiten Teil kommen, hier soll es um dem den Soll-Zustand gehen, also das, was noch nicht optimal ist oder wo noch ein bisschen Luft nach oben ist. Jetzt kommen wir eben noch einmal auf das London Protokoll zu sprechen. Das gibt es ja eigentlich von Vincent und Kollegen, die haben das für die Aufarbeitung von Ereignissen im Spitalkontext erstellt - das man eben mal etwas anderes hat als die Modelle oder Methoden, die sich für die Luftfahrtbranche geeignet haben. In der Literatur liest man jedoch oftmals, dass diese Methode nicht überall eingesetzt wird oder dass es auch da noch ein bisschen Luft nach oben gibt. Und ich frage mich ein bisschen, wieso. Und da wäre jetzt meine Frage an Sie; Was müsste dann aus Ihrer praktischen Sicht geändert werden, damit die Aufarbeitung von Never Events mit dieser Methode hürdenfreier auf die Praxis übertragen werden kann?

34 **IP4:** [0:20:53.7] Ja. Ich habe zwei solcher Bearbeitungen gemacht - also wirklich durchgängig gemacht. Und sie ist wirklich wahnsinnig aufwendig und ich habe gemerkt durch diese Methode mit der Vernichtung; die führt halt auch zu einer schlechten Compliance. Es ist leider so. Wenn ich nicht genau sagen kann, wieso ich das mache, dann verstehe ich auch den anderen, der dann sagt "vergiss es". Wie soll man das lösen? Einerseits soll man die Information schützen und andererseits soll man auch irgendwie erklären, weshalb wir das machen und das könnte man generisch ja, aber das ist sehr schwierig. Dementsprechend finde ich, das ist eindeutig (unverständlich) und ich glaube, der ist das eine. Das Andere ist immer so Zeitressource, da bin ich immer vorsichtig. Ich finde ja auch, dass es eine Überforderung und sehr schwierig ist, so etwas zu machen. Das braucht Erfahrung und jetzt nehme ich einmal mich da zum Beispiel - ich habe zwei solcher Analysen gemacht und vielleicht bin ich jetzt sogar einer der wenigen, der sagen kann, dass er zwei wirklich volle Analysen gemacht hat. Vielleicht gibt es auch andere Kollegen, die sagen, dass sie jedes Jahr zehn machen. Da bin ich dann aber auch gespannt, ob das wirklich zehn vollständig durchgeführte Analysen waren. Es mangelt auch an Leuten und man hat es in der Gesundheit ja auch noch mit einem hierarchischen Modell zu tun. Das ist Wahnsinn, das ist Steinzeit im Vergleich zu anderen Bereichen. Das muss ich offen und ehrlich sagen. Aber es wundert mich auch nicht so, weil sich auch das Rechtssystem nicht so wahnsinnig verändert hat. Also wenn jemand zugibt, dass er einen Fehler gemacht hat, dann kommt die Versicherung und peng und hier und da. Also man wird auch wahnsinnig sanktioniert. Und ich sehe das schon alleine am CIRS. Ich meine das ist irrsinnig. Wir müssen den Leuten sagen, dass sie bitte nichts reinschreiben sollen, bei dem wirklich etwas passiert ist, weil sie ansonsten bestraft werden. Aber jetzt ist das CIRS irgendwie ein gutes System, um genau solche Fälle zu bearbeiten. Und was machen die Leute? Sie geben es sogar noch preis und ich muss dann sagen, dass wir das jetzt irgendwie abändern müssen und das sie das irgendwo anders bearbeiten müssen und nicht im CIRS. Das ist ja irrsinnig. Also muss ich auch sagen, dass einige Randbedingungen noch nicht geklärt sind. Darf man auch etwas zugeben? Darf man auch an einem Tag sagen "pass auf, ich habe schlecht geschlafen - ich kann jetzt nicht operieren". Das können Piloten. Die können dann sagen "pass auf, ich habe schlecht geschlafen, ich kann heute nicht fliegen". Ich weiss zwar auch nicht, wie viele Piloten das machen. Das muss ich auch ehrlich sagen. Und dann habe ich mal eine legendäre Untersuchung gesehen. Das war so, dass man seine Arbeitsfähigkeit oder sein Flow einschätzen sollte anhand der

Stunden, die man gearbeitet hat. Da gibt es so eine Kurve. Wenn ich die Kurve schematisch aufzeigen würde, dann ist es so, dass es bei den Piloten und Busfahrern schön runtergegangen ist. Ich würde sagen exponentiell. Und die Chirurgen haben gesagt, dass es nach 11 Stunden so richtig anfängt. Die haben dann wirklich gesagt, dass sie da in den Flow kommen und dann richtig oben sind. Aber das ist quatsch, sorry. Rein biologisch kann man halt sagen, dass das einfach nicht stimmt. Dementsprechend merke ich daran dann auch, dass eine gewisse Hybris da ist. Die hat aber auch etwas damit zu tun, dass man natürlich durch die harten Arbeitsbedingungen genau solche Leute herausfischt, das verstehe ich auch. Ich meine wer stellt sich sechs Stunden an den OP-Tisch und danach noch einmal vier Stunden und dann hat er noch Nachtdienst und dann geht er noch auf den Notfall und ist noch dozierender Professor und muss noch so und soviel Publikationen herausbringen. Ich weiss auch nicht; wie viel Druck kann man auf einen Menschen ausüben, dass der so performt? Da muss man dann halt Abstriche machen, weil im Regelfall sind halt nicht alle so, dass die dann trotzdem noch Performance bringen können. Da gibt es auch wieder einer unter 10'000, die das halt können und der Rest halt eher nicht. Und dann nimmt man das von den Rahmenbedingungen her faktisch schon in Kauf. Das ist jetzt der Arztberuf - ich arbeite nicht im Arztberuf - aber ich merke das immer wieder. Wenn ich einfach nur den Workload höre, dann denke ich mir: "Was soll dabei herauskommen?". Dementsprechend würde ich sagen; hat man Zeit, so etwas zu tun? Hat man auch die Kultur, so etwas zu tun? Kann ich auch noch einmal zurückgehen und sagen "Wie hat der Fall ausgesehen?", "Wie viele Bürotage hat jemand, um sich überhaupt mal Gedanken dazu machen zu können?", "Wie sehr ist der operativ eingesetzt?". Das sind alles so Fragen, wo man sagen muss, dass man sich die halt nehmen müsste. Und ich habe halt so das Gefühl; bei einem Flugzeugabsturz ist es einfach so, dass das eine ganze Gesellschaft niederreißen kann. Dann war es das mit dem Betrieb. Dementsprechend sind natürlich Fluglinien sehr daran interessiert, dass das nicht passiert. Weil die Buchungen wahnsinnig zurückgehen und Leerstand und so. Das ist eine Katastrophe. Da muss ich sagen ist es in der Gesundheit halt noch so ein bisschen eine geschützte Werkstatt. Es ist halt keine Katastrophe, zumindest nicht critical to business. Das ist es halt nun mal nicht. Dementsprechend habe ich schon das Gefühl, dass es manchmal damit zu tun hat. Also; hat man die Zeitressource ist die eine Frage und dann die andere ob es eigentlich auch Konsequenzen hat, wenn man das nicht macht. Und ich finde nicht sanktionierend sondern allgemein, ob dann das System noch läuft. Wenn es da kein Stopp gibt, wenn so etwas passiert dann würde ich eben sagen ist das System nicht gut konstruiert. So ist meine Meinung und die ist sehr persönlich jetzt in dem Fall.

35 **MOD:** [0:26:43.3] Das ist aber sehr spannend. Ich denke die zweite Frage mit dem Schwerpunkt wurde somit auch schon beantwortet. Ich gehe mal weiter zu Punkt drei. Sie haben vorhin angesprochen mit der Meldfunktion von CIRS, dass das auch darüber gemeldet wird und dass man da noch ein bisschen vorsichtig sein muss. Was wäre dann Ihre Anforderung? Was müsste es für ein Portal oder Tool geben oder wie müssten Never Events gemeldet werden können?

36 **IP4:** [0:27:11.4] Das ist ja das Witzige daran. Ich sage Ihnen, dass das überhaupt nichts mit dem Tool zu tun hat. Ja, wieso können wir es eigentlich nicht in CIRS melden? Der ursprüngliche Konflikt ist ja der, weil es dann tatsächlich rechtsrelevant sein kann. Und dann kann ich das auch in ein neues Portal einspeisen, dann ist es immer noch rechtsrelevant. Und dann kann ich von mir aus auch sagen, dass das nur in die Patientenakte kommt. Aber dann ist es auch rechtsrelevant. Alles, was geschrieben ist, ist rechtsrelevant und kann als Beweis verwendet werden. Dementsprechend ist tatsächlich noch der sicherste Weg, das irgendwo in einer Schublade zu verstecken. Aber das Blöde ist halt dann daran, dass das Spital, das

Management das dann halt nicht mitbekommt. Es ist trotzdem noch gut, weil es dann vielleicht von einer gewissen Person noch bearbeitet wird aber es führt ja dann beispielsweise auch nicht dazu, dass ich zum Beispiel vom Riskmanagement aus sagen kann "aha, da habe ich ein Risiko". Das sehe ich nur, wenn ich eine Verdichtung habe. Und wenn das halt in verschiedenen Schreibtischschubladen landet, dann sehe ich dies halt nicht. Also würde ich eben sagen, dass es nicht um eine Software geht, wo ich das melden kann, sondern es geht darum, dass es einen Modus gibt wo ich sagen kann man ist nie rechtsfrei oder rechtssicher oder es kann einem nie etwas passieren. Aber es muss schon so sein, dass ich finde, dass man aus der Justiz einen ganz wichtigen Grund haben muss, das man darauf zugreifen kann. Der muss so geschützt sein - ähnlich wie dass ich nicht einfach jemanden verknacken darf - sondern da muss ein Richter schauen. Das muss wirklich ganz ganz klar geregelt sein, ab wann jemand dort reinschauen darf. Nur bei einem absoluten Must darf der da reinschauen und sonst eben nicht. Da gab es ja eben eine Motion zu CIRS, dass man das eben so machen könnte - vielleicht nicht in der Art - aber dass das halt einfach geregelt werden müsste, weil sonst die Leute halt keine CIRS mehr schreiben. Ich glaube, dass das geregelt sein muss. Und dann kann man sich darüber unterhalten, dass das ein eigenes Gefäss sein muss. Das eigene Gefäss sehe ich eigentlich nur so, dass das wichtig wäre vielleicht in der Hinsicht, dass man dann halt zu Never Events noch einmal eine eigene Statistik machen kann und schauen kann, wie es denn eigentlich aussieht. Ob man Eingriffsverwechslungen hat. Das ist interessant. Das könnte man auch in einem CIRS Portal machen, das macht keinen Unterschied. Also meiner Meinung nach müsste der Rechtsrahmen sehr klar geregelt sein und auch klar sein, dass die Leute, die diese Fallbearbeitung machen nicht einfach nur eine London Protokoll Schulung bekommen. Sondern die müssen sehr gut ausgebildet sein, die müssen moderieren können, Mediation. Die müssen irgendwie schon hunderte Debriefings gemacht haben - weiss ich nicht, von einem Flugzeugabsturz oder von einem Bahnunglück oder so. Das sind Leute, die wir meiner Meinung nach suchen. Die sowas handeln können. Ich würde sagen mit meiner eigenen CV wahrscheinlich nicht. Das habe ich noch nicht gemacht. Ich glaube man müsste eher solche Leute suchen. Aber wo findet man die?

37 **MOD:** [0:29:55.7] Okey. Das bringt mich auch gerade zu der nächsten Frage. Es geht wieder um das Team, das nachher für die Aufarbeitung zuständig ist. Welche Anforderungen gibt es da und vor allem vielleicht auch mit dem Hinblick darauf, was ist Ihre Meinung; Würde es Sinn machen, wenn man auch wie in der Luftfahrtbranche sagt es gibt für die Art von Fällen - beispielsweise Kategorie H und I, wirklich die sehr schwerwiegenden Fälle - muss das einfach zwingenderweise jemand von extern machen. Dass diese Aufarbeitung nicht Spitalintern passieren darf. Oder was wären da Ihre Anforderungen an die Zukunft?

38 **IP4:** [0:30:34.8] Ich weiss nicht, ob das unbedingt Spitalextern sein muss. Da muss man auch sehr vorsichtig sein. Jetzt stelle ich mir mal vor, dass jemand von einem anderen Spital kommt. Dann kann ich Ihnen nur sagen, nur im Bereich scho - wenn jemand von der Neurologie von einem anderen Spital in unseres oder umgekehrt komm, dann geht es schon los mit "ja, der will uns unsere Fälle abziehen" - was weiss ich. Also schon da gibt es wahnsinnige Befindlichkeiten. Jetzt stelle ich mir vor es kommt jemanden, der aus einem ganz anderen Bereich ist. "Der hat doch keine Ahnung", was weiss ich. Ich glaube, wenn man jemanden abwehren will, dann ist es sogar egal, ob der aus dem eigenen Spital ist oder eben nicht. Ich glaube sogar, dass eine Person aus dem eigenen Spital zumindest einen Nachweis für sein Standing bringen kann. Weil man den täglich sieht und weil man vielleicht mit dem schon mal zu tun hatte in einer Fallbearbeitung. Aber genau diese Leute müssen halt meiner Meinung nach sehr aufpassen. Die dürfen sich nicht mal einen flapsigen Spruch

leisten oder mal über irgendjemanden reden. Das ist wahnsinnig schwierig in dieser Rolle im Spital aufzutreten. Das muss wirklich jemanden sein, dem man absolut vertraut - wie einem Pfarrer, dem Beichtstuhl. Und ich muss sagen, das muss dann auch jemand sein, der absolut geschützt ist von der Hierarchie. So stelle ich mir das vor. Keine Stabstelle vom CEO sondern wirklich abseits von dem Ganzen muss der irgendwie geschützt sein. Und das andere ist eben, ja, das sind dann auch so spezielle Persönlichkeiten, die dann auch so ein Standing ausstrahlen. Da kann ich mir gar kein Assessment vorstellen. Ich würde es eher so sehen, dass ich diese Person sehe und schon das Gefühl habe, die hat etwas. Deswegen kann ich Ihnen gar nicht beschreiben, woran das liegt. Aber es gibt einfach so Männer und Frauen, die das Ausstrahlen. Und ich glaube die müsste man haben. Also man muss sich sehr genau überlegen, wen man dort hinsetzt. Da kommt es nicht nur auf die Analysefähigkeit an, sondern wirklich so auf die Persönlichkeit; was hat jemand für ein Standing, was hat jemand für ein Selbstverständnis? Ist er positiv oder negativ? Das sind wirklich sehr sehr soziale Fakten. Also wenn ich jetzt aussuchen dürfte - es gibt so Ratings zu sozialer Intelligenz - dann müsste die Person einen ganz hohen IQ haben.

39 **MOD:** [0:32:39.7] Das heisst es geht aus Ihrer Sicht nicht darum, dass man sagt es bräuchte beispielsweise zwingend einen A&O Psychologen, es bräuchte zwingend einen Arzt oder zwingend jemand aus dem Juristenwesen, um ein perfektes Team zusammenzustellen?

40 **IP4:** [0:32:54.5] Ich glaube es ist schon so - also man braucht diese Expertise. Auch diese Person jetzt beispielsweise, die kann ja nicht diese ganzen Expertisen bringen. Also es braucht jemanden, wenn es jetzt von der Intensiv ein Fall ist oder so. Aber es wie bei einem Projekt so einen Manager, der zumindest die alle so redigiert, dirigiert und orchestriert. Und ich glaube diese Person muss eine sehr hohe soziale Intelligenz haben. Ich habe zum Beispiel Seelsorger kennengelernt, die so etwas mitbringen. Ich meine Seelsorger; der hat Theologie studiert. Dann sagt man auch "Theologie, sorry, evidenzbasiert und so". Aber der kann das und der macht das. Und der macht ethische Fallbesprechungen und so. Und dann würde ich sagen, dass die genau in die Richtung gehen. Der kommt sogar dann an solche Informationen, wo man dann auf einmal merkt "das ist der Knackpunkt bei diesem Fall, das müssen wir bearbeiten". Und der hat eine ethische Fallbesprechung gemacht. Da geht es jetzt nicht um Never Events oder so. Da geht es um andere Themen. Aber ich merke halt, der kommt trotzdem an so ganz kritische Informationen. Wie macht der das? Das könnte man sich auch mal fragen. Und ich glaube eben, dass der wahrscheinlich eine extrem hohe soziale Intelligenz gehabt hat - eine sehr hohe Form von Empathie. Ich kann es nicht genau beschreiben. Aber dem hätte ich auch alles erzählt, das muss ich schon sagen. Also wir brauchen mehr Pfarrer.

41 **MOD:** [0:34:09.4] Das ist jetzt auch wieder etwas, was ich bis jetzt so noch nie gehört habe und dass man in der Literatur so einfach auch nicht findet. Deshalb ist es einfach so wertvoll, wenn man diese Praxiserfahrung auch noch mitbekommt.

42 **IP4:** [0:34:22.3] Sie dürfen es auch nicht falsch verstehen. Ich kenne die Literatur nicht wahnsinnig gut, aber ich habe mich da sicher auch ein bisschen schlau gemacht und ich kenne auch ein paar Sachen, wo schon auch gut sind. Also eben auch im London Protokoll sind einige Sachen meiner Meinung nach schon extrem gut. Ich frage mich aber auch manchmal - und sie haben es ja auch angesprochen - wieso das Zeugs nicht benutzt wird. An sich hat es immer etwas mit Geld zu tun. Aber am Ende glaube ich nicht, dass das der treibende Faktor ist. Viel mit Angst, viel mit Reglementierung, viel mit Sanktionen und so - es hat viel auch damit zu tun. Und eben auch mit Kultur; wo bin ich gerade.

- 43 **MOD:** [0:34:57.9] Dann würden wir noch zu der letzten Frage kommen in diesem Teil. Wenn wir jetzt noch einmal über alles hinwegschaut; was wäre der dringendste Wunsch aus Ihrer Sicht für die Zukunft? Was bräuchte es wirklich unbedingt, damit in Schweizer Akutspitälern besser mit Never Events umgegangen werden kann? Oder vor allem eben auch wieder mit Hinblick auf die Aufarbeitung.
- 44 **IP4:** [0:35:17.5] Es ist eigentlich relativ langweilig. Man braucht Ressourcen. Da kann man reden, was man will. Wenn ich Leute habe, die Fälle aufarbeiten, die nicht mal einen Bürotag haben, das ist einfach Quatsch. Und dann muss man nicht Betriebswirtschaftler sein oder so sondern da muss man sich ehrlich machen und Geld in die Hand nehmen. Aber, da bin ich sehr vorsichtig, das reicht eben nicht. Es reicht nicht nur Geld, sondern es müssen dann auch Leute sein, die bereit dazu sind und müssen dann diese Kultur reinbringen. Das ist dann Seite eben hier Kultur im Spital, das müssen wir schaffen. Also man kann nicht nur sagen Ressourcen, sondern auch arbeiten an der Kultur. Das ist sicher unser Part, den könnten wir schon machen. Da braucht es keine Ressourcen für sondern da muss man sich wirklich überlegen, wie man ein Klima schafft, dass das möglich ist.
- 45 **MOD:** [0:36:18.7] Wunderbar. Ja dann wären wir mit dem ersten Block durch. Der erste Vorschlag haltet sich auch sehr stark am London Protokoll. Es orientiert sich am Organisational Accident Causation Model nach Reason und die Herleitung hier jetzt, wieso ich auf diesen Konzeptvorschlag gekommen bin ist, Never Events hätten eigentlich durch Systemdesign oder Präventionsmassnahmen verhindert werden können. Jetzt würde man den Fokus noch einmal speziell auf die Barrieren legen, die ja auch beschrieben werden. Es hat vielleicht einmal eine Checkliste gegeben, wie man das macht, wenn man ein Hochrisikomedikament verabreichen möchte. Und dann hat man mal gesagt es gibt dieses Medikament und man geht so und so vor. Aber über die Jahre gibt es vielleicht Neuerungen, es kommen vielleicht auch neue medizinische Materialien dazu, dass alles ist vielleicht dadurch nicht mehr so aktuell und man hat dies vielleicht nie so ganz angepasst. Dann würde man sagen, dass man zum Schluss den Fokus noch einmal darauf legt. Man würde zuerst das Ereignis rekonstruieren, damit man mal einen ersten Überblick hat. Da wären auch Interviews angedacht, Fotos, Vor-Ort Besichtigungen et cetera. Dies stellt man dann dar - beispielsweise mit einem Zeit-Personen-Diagramm. Das man dann eine Rückwärtsanalyse macht und sagt man geht auf die Suche nach Fehlern im System und probiert auch die Ursachen zu identifizieren. Das würde man beispielsweise mit einer RCA machen. Aber dass man dann in einem dritten Schritt noch einmal sagt "okey, egal was wir jetzt herausgefunden haben, wir schauen wirklich spezifisch auf den Fall, den es gegeben hat noch einmal, ob diese Barrieren noch aktuell sind oder ob man da etwas ändern muss". Ist das realistisch für die Praxis? Und sehen Sie Vor- oder Nachteile, wenn man so vorgehen würde?
- 46 **IP4:** [0:40:09.1] Also das Lustige ist ja, ich würde einen Schritt zuvor gehen. Das hier ist alles relativ klar und da kann man die Leute auch relativ gut schulen. Das ist nicht das Problem. Aber das kennen die Leute ja alles schon. Das kennen sie schon und es findet trotzdem nicht statt. Da würde ich eben sagen da kommt dann "ja wir haben eben keine Ressourcen", was weiss ich. Das kommt sicher immer. Aber es muss ja irgendeinen Grund geben, warum das eben nicht stattfindet. Und ich muss ganz ehrlich sagen das Gute an diesem Bild ist eben - ich finde es nicht schlecht. Es bezieht zwar low-tech aus, mag sein, aber es ist relativ klar oder. Man kann es sich sofort vorstellen und das haben wir immer wieder. Aber wenn man dann mal in die Praxis geht, dann ist es halt häufig sehr sehr komplex. Ich kann Ihnen nur ein Beispiel sagen. Man könnte zum Beispiel auch sagen das Management hat entschieden, dass das und das Medizinalprodukt benutzt wird. Das würde in dem Team eingesetzt, das Team hat es ein bisschen schlecht miteinander, die verstehen sich nicht so gut,

anscheinend hat es dann ein bisschen Probleme gegeben - also Fehlentscheidungen - man hat eben das falsche jetzt sogar noch verwendet vom Produkt und dann ist es eben an den Patienten gegangen. Und nochmal kurz vor dem Check an dem Patienten hat man nicht auf den OP Plan geschaut. Das wäre genau so eine Beschreibung. Und dann könnte ich für jedes dieser Kompartimente finden "aha, da hat der Fehler stattgefunden". Und im besten Falle merke ich schon da oben beim Management bei der Decision, was nicht gut ist. Jetzt würde ich sagen "ja okay, aber bei der Management Decision; waren da alle Informationen so vorhanden? Konnten die so entscheiden? Und beim nächsten Mal; werden sie wieder diese Informationen haben, um so entscheiden zu können?". Und dann kommt raus, es gibt noch vor dem Management eine Statistik oder irgendwie Gesetze oder Normen - wie können wir diese verändern, die sind international. Also ich habe immer wieder gemerkt, dass das Einzige, was man wirklich beeinflussen kann, die Fences oder Barriers sind. Und die führen halt zu Vieraugenprinzip, 6-R-Regeln - Sachen, die am Menschen orientiert sind. Wo man am Menschen was ändern kann. Und ich würde jetzt behaupten, weil immer der Flugverkehr so genommen wird; ja wieso sind die so sicher geworden? Ja, weil vieles maschinell geworden ist. Fertig oder. Also ich meine es gibt dann ausgleichende Flugkontrollen, es gibt irgendwie Avionik und was weiss ich. Man hat den Menschen da sehr rausgedrängt. Man hat statistische Prozesskontrollen und so. Das sind alles Sachen, die ich beim Menschen nicht machen kann oder die sehr schwer umzusetzen sind. Dementsprechend würde ich jetzt sagen dass wenn man diese gleichen Erfolge haben will wie six sigma und eins zu einer Million haben wir mal einen Fehler oder so, dann muss man Menschen rausdrängen. Das muss man leider einfach deutlich so sagen. Dementsprechend würde ich jetzt behaupten in diesem Modell, wenn ich das idealisiert anwenden würde, dann müsste als Input schon reinkommen "ich habe auch eine Hierarchie, ein Management und eben auch eine Kultur, die das zulässt". Und wenn ich die nicht als Input habe, kann ich das vergessen. Das ist eben das Blöde dran. Weil ich finde eben auch, es gibt alles her, was man da machen könnte, um an das Ganze heranzukommen. Es sieht auch, dass das alles latente Fehler sind, die vorher schon passieren und so. Das stimmt alles. Aber wenn ich nicht den Input und die Ressourcen dafür habe, dann kann ich es vergessen. Und ich merke es immer wieder schon, dass es an diesem Input hakt. Das ist ja eigentlich das Lustige an der RCA - ich kann schon sagen, dass wenn der Input nicht stimmt, das ich dann eigentlich schon aufhören kann. Ich müsste genau da etwas ändern. Und wenn ich das nicht ändere, dann kann ich das beste Modell haben, dann passiert nichts.

- 47 **MOD:** [0:43:38.5] Spannend, ja. Wir gehen mal weiter zu Konzeptvorschlag 2. Hier wäre der Fokus auf der Prozessuntersuchung. Sie haben vorhin schon gesagt, dass der Mensch auch ein wichtiger Teil ist. Das würde hier auch mehr berücksichtigt werden. Hier wäre die Herleitung, dass potenziell ein ganzes System Lücken aufweisen kann und nicht nur einzelne Barrieren und dass es zu schwach wäre, wenn man den Fokus nur darauf legen würde. Hier wäre auch wieder als erstes die Rekonstruktion des Ereignisses. Dann würde man aber auf die Suche nach Fehlern im Arbeitssystem und in den Prozessen gehen - das ist in diesem SEIPS Modell eigentlich schon inkludiert. Das würde man auch mit einer Ursachenanalyse machen oder beziehungsweise eben mit dieser AcciMap. Und dann würde aber auch hier noch einmal sagen "egal, wir haben jetzt das ganze Arbeitssystem und die Prozesse einmal untersucht aber das wird eher so darstellend präsentiert mit der AcciMap und wir legen jetzt den Fokus wirklich noch einmal auf die Prozesse, in denen die Menschen involviert sind". Also so ein bisschen den Mensch und Technik -Aspekt. Das man den integriert und dass man da eine Prozessanalyse macht. Jetzt wäre wieder die Frage an Sie; ist das realistisch für die Praxis? Und sehen Sie Vor- und Nachteile, wenn man so vorgeht?

- 48 **IP4:** [0:45:26.2] Es hört sich gut an und ich finde die Nähe am Patienten super. Da ist es nicht nur so Fehler am Patienten sondern da ist es wirklich der Prozess am Patienten, der Mensch am Patienten sehr direkt. Dann von mir aus das Produkt, was ich bestellt habe, das Management. Das finde ich sehr gut, weil das manchmal in diesem Barrierenmodell verloren geht. Aber da kann man auch sagen "ja wir schauen uns jetzt nur einmal den Prozess an, wie bestellt jemand irgendwas" oder so. Das kann auch schon mal eine Möglichkeit sein - ansonsten landet man häufig im Nirvana. Also wenn man immer mit dem Management finde ich auch, ja, pff, wir können dann irgendwelche Regelwerke aufsetzen und so aber vielleicht reicht es auch schon mal in dem Prozess drinzubleiben und dort eine Farbkodierung zu ändern oder so. Das kann auch schon hilfreich sein. Also das finde ich gut an dem, dass man dann auch nochmal priorisiert; wo gehe ich jetzt wirklich an. Dort habe ich dasselbe ein bisschen mit dem Input. Es muss Rahmenbedingungen für einen Prozess geben. Wenn ich die habe, dann kann ich das auch machen - das ist hier ähnlich. Aber mir gefällt schon besser und es ist mehr grafisch orientiert, versucht auch ein bisschen Wechselwirkungen zu zeigen, nicht wie das Fischgrätenmodell, wo man es sich einfach nach verschiedenen Hüten mal ansieht. Hütemodell ist ja auch eine Möglichkeit. Ich finde das Fischgrätenmodell ist eher das Hütemodell meiner Meinung nach. Das hat mit Mensch-Maschine und so weiter zu tun. Also ich kann mir das hier als plastischer vorstellen aber der Input muss halt auch gut sein.
- 49 **MOD:** [0:46:49.1] Spannend. Dann würden wir auch hier noch eines weiter gehen und zum letzten Konzeptvorschlag kommen. Das würde sich jetzt noch auf den Handlungsspielraum beziehen. Und das wurde auch relativ 1:1 aus der Literatur übertragen, dass dort gesagt wird, dass es zwingend Handlungsspielraum braucht. Und zwar in der Wahl der Mittel und Methoden. Also wie die Leute nachher arbeiten, um ein produktives Ereignis zu erzielen. Und es kann wie keine 1:1 Vorgabe geben, dass es genau diese Aufgabe gibt, die man genau so erledigen muss, sondern es braucht diesen Handlungsspielraum. Aber das kann halt auch dazu führen, dass es potenziell zu Fehlern kommt. Hier wäre jetzt die Herleitung das es möglicherweise aus Druck vom Management zu wenig Handlungsspielraum gibt und dass man da sicher noch einmal den Fokus darauf legen müsste. Das heisst auch hier wäre der Analysevorgang im ersten Schritt gleich, wie bei den anderen, dass man eine Rekonstruktion macht. Dann würde man auch hier wieder eine Rückwärtsanalyse machen. Man würde gleich wie beim London Protokoll im System auf die Suche nach Fehlern gehen und versuchen, diese zu identifizieren. Man würde aber dann noch einmal sagen, dass man eine Untersuchung der Handlungsabweichungsmöglichkeiten von Personen macht. Und das darf auch gerne ein bisschen utopisch sein - beispielsweise mit einer Simulation oder sogar auch einen Schritt weiter mit Virtual Reality. Das man dort ansetzt, um dies zu untersuchen und analysiert, wie es überhaupt zu diesem Fehler kommen konnte. Jetzt wäre auch hier wieder die Frage an Sie; Ist das realistisch für die Praxis? Und sehen Sie Vor- und Nachteile bei dieser Art?
- 50 **IP4:** [0:48:39.4] Ich finde die Denkweise schon mal super; also was habe ich für einen Handlungsspielraum. Weil ich finde eben auch wenn ich im OP bin und der behandelnde Arzt sagt "jetzt mache ich aber den Schnitt hier" - kann ich dem dann das Skalpell aus der Hand hauen? Sicher nicht oder. Aber bin ich in so einem Raum in dem ich sagen kann "stopp, falscher Patient". Kann ich das? Und dementsprechend würde ich schon sagen; sehr interessant auch hierarchische Strukturen, wie ist mein Handlungsspielraum. Dann auch, ob ich ein anderes Produkt verwenden kann. Was ist denn, wenn ich mal sage "pass auf, das Produkt ist nicht gut" - wird darauf reagiert? Wie ist mein Handlungsspielraum? Was darf ich entscheiden, was nicht? Also das finde ich eine gute Herangehensweise, um noch einmal zu überlegen; selbst

wenn jemand noch einmal gerne stopp gesagt hätte - hätte ich die Möglichkeit? Kann ich im Prozess nochmal etwas ändern? Ist es vielleicht so reglementiert, dass ich vielleicht gar keine andere Möglichkeit habe um zu sagen "ja, jetzt fahre ich da durch"? Das finde ich als Denkweise sehr sehr gut. Als Qualitätsmanager würde ich wiederum sagen "was, da gibt es Handlungsspielraum, das kann ja nicht sein. Das muss standardisiert sein, das muss klar sein". Da würde ich dann sagen "nein, das ist falsch" - schlecht gemacht oder so. Nein, ich finde eben auch, dass das vielleicht eine grosse Stärke vom Menschen ist. Und wir sehen das ja auch immer mal wieder. Ich kann Ihnen nur ein Beispiel sagen; **Geschwärzt**. Und ich will nur sagen dieser Handlungsspielraum finde ich zumindest eine gute Überlegung, um zum Beispiel bei dem OCAM Modell nochmal zu überlegen, wo dieser Fehler stattgefunden hat und wie der Handlungsspielraum von demjenigen war. Hat der auch die Möglichkeit, eine Abweichung zu machen oder hat der überhaupt die Möglichkeit gehabt, sich die Standards durchzulesen. Weil wir eben ein schlechtes Dokumentenmanagementsystem haben und da geht halt alles unter und ich kann gar kein Standard nachlesen, weil ich da zwei Stunden bräuchte, bis ich den gefunden habe. Nur als Beispiel. Dann würde ich eben auch sagen ist der Handlungsspielraum sehr eng begrenzt, obwohl ich ein supertolles Qualitätsmanagementsystem habe und mir das jeden Tag zertifiziert wird. Also ja, ich finde die Denkweise sehr gut bei dem Modell. Ich finde fast, da könnte man sich überlegen, ob man das dann eben auch noch mal mit dem ersten Modell kombiniert und sagt "ja, jetzt gehen wir aber nochmals kurz vor den Fehler und schauen, wie denn der Handlungsspielraum von dieser individuellen Person aussieht. Was hätte sie machen können?". Das wäre auch spannend dann in einer Fallbesprechung noch einmal zu sagen "ja, du hast schon noch andere Möglichkeiten. Du kannst dich nochmal referenzieren, nochmal den Arzt fragen" - was weiss ich.

51 **MOD:** [0:51:49.1] Absolut. Ja der Hintergrund bei diesem Konzeptvorschlag wäre auch so ein bisschen gewesen, dass man in der Aufarbeitung nicht mit dem Finger auf Menschen zeigen sollte und sagt "aha, du hast das und das gemacht". Sondern dass man daran hingeht und schon sagt "ja, es gibt verschiedene Arten, wie man eine Aufgabe bewältigen kann. Uns ist auch bewusst, dass es Druck von jeglicher Seite geben kann und das man dann irgendwann auch gezwungen ist, Abstriche zu machen in der Art, wie man vorgeht." Und das man das aber auch berücksichtigt. Das Konzept ist jetzt vor allem auch gedacht in der Prävention, das man sich dort bewusst ist, wieso es dazu führen konnte. Die Methode wäre mehr auf der Seite Mensch noch als die anderen vorher.

52 **IP4:** [0:52:37.1] Und beim anderen muss man tatsächlich sagen, es ist eher etwas maschinelles und man muss sich wirklich überlegen, ob man da auch den Menschen bei gewissen Sachen rausdrängt. Also das muss ich ganz ehrlich sagen. Wenn man merkt, dass man bei OP's vielleicht die Fehlerrate auf 1:1'000 minimieren könnte, da muss ich mich auch fragen, ob es dann nicht besser wäre, etwas maschinelles einzuführen. Also da bin ich auch ganz ehrlich. Und der Pilot wird irgendwann auch automatisiert, das ist klar. Dann wird es dort noch weniger Fehler geben. Das muss uns allen klar sein. Dann werden wir halt alles Künstler und Dichter - was weiss ich. Wir haben jetzt auch gesehen, dass ChatGPT das nicht schlecht macht. Da muss man immer vorsichtig sein. Aber ich möchte nur sagen; wenn man sich dann ehrlich machen will, wer es dann am besten und am funktionellsten bearbeiten kann, dann kann ich Ihnen nur sagen, dass Sie auch immer wieder im Kollegium Leute finden, die sogar besser sind als Sie. Und es wäre ehrlicher zu sagen "mach es lieber du und ich mache es nicht". Aber wo passiert das? Wo passiert das, dass man dann mal so selbst sagt "hey, der kann das viel besser als ich, mach du es bitte". Da muss man schon sehr stark über sein Ego steigen. Und auch hier; ich würde es schon gut finden,

wenn wir noch ein bisschen Kontakt zu den Patienten haben aber sehe es auch selbstkritisch. Es wäre schon gut, sich ehrlich zu machen und dann zu sagen "hat es einen Preis". Und wenn es den Preis mit der Komplikation hat, wie gehen wir damit um und so weiter. Das ist auch nochmal ein Fass, das möchte ich gar nicht mehr aufmachen.

53 **MOD:** [0:53:52.1] Super wunderbar, vielen Dank. Gibt es bei Ihnen noch etwas, das noch auf der Zunge brennt, das Sie noch loswerden möchten? Oder denken Sie, dass Sie zu diesem Thema alles gesagt haben, was sie sagen möchten?

54 **IP4:** [0:54:45.5] Ich möchte nur sagen, dass ich jetzt sehr von der Zunge geredet habe. Also es ist sicher nicht so dass ich jetzt sagen würde, dass ich da der absolute Experte bin. Sondern ich sehe es ein bisschen so, was habe ich für Erfahrungen gemacht. Und ich denke schon, da braucht es Expertise und da braucht es auch Leute, die vom Fach sind. Das ist keine Frage. Nur wenn Sie mich jetzt darauf ansprechen würden, was der Kern ist, dann habe ich eben das Gefühl es menschelt, dann ist eben der Kern "ja, es menschelt". Das habe ich halt jetzt immer wieder kennengelernt. Das versucht das London Protokoll ja auch immer wieder einzufangen, dass es sehr menschelt. Und darauf muss man eingehen. Ob es jetzt mit einer Methode ist oder mit einer Person. Mal sehen.

55 **MOD:** [0:55:21.5] Das ist ein schönes Schlusswort. Vielen Dank.

Interview 6

Die demografischen Angaben zu Beginn des Interviews wurden aus Datenschutzgründen aus dem Transkript gelöscht.

9 **MOD:** [0:01:44.4] Dann würden wir gerade zum ersten Block und zum ersten Teil darin kommen. Können Sie mir erzählen, wie Ihre Berührungspunkte mit Never Events in Ihrem beruflichen Alltag sind?

10 **IP6:** [0:02:09.5] Berührungspunkte sind, dass Never Events halt im beruflichen Alltag stattfinden - auch wenn es selten ist. Aber es findet statt. Berührungspunkte insofern, dass man halt oft nicht gerne darüber spricht und das macht es dann schwierig, diese analysieren zu können, offen darüber zu sprechen und Massnahmen zu ergreifen. Es hängt natürlich immer auch mit dem Reputé des Spitals zusammen und auch intern. Das ist alles sehr mit viel Schamgefühl behaftet und das muss man berücksichtigen.

11 **MOD:** [0:02:52.6] Es gibt ja die Einteilung von schwerwiegenden medizinischen Ereignissen und Never Events. Es wird nicht ganz als gleiches angesehen. Wie relevant ist aus Ihrer Praxiserfahrung die Trennung? Das man sagt "dies ist ein schwerwiegender Fall und dies ist ein Never Event". Spielt das aus Ihrer Sicht eine Rolle für die Praxis?

12 **IP6:** [0:03:17.4] Für ein Spital oder auch politisch spielt es eine Rolle das man sagt, was man als Never Events definiert. Aber das ist ja nur eine Definitionsfrage. Also das man sagt "das ist für uns ein Never Event, wir machen alles, damit es nicht stattfindet". Aber Never Events sind ja auch schwerwiegende Ereignisse. Und ich würde diese nicht separat erfassen sondern ich würde sicher alles in einen Topf geben und nachher kann man dann immer noch schauen. Dann muss jemand, der das analysiert dann schauen, ob das jetzt einer dieser Never Events ist, von dem wir gesagt haben, dass sie absolut nicht vorkommen. Dann muss man dies bei der Analyse und den Massnahmen auch entsprechend berücksichtigen.

- 13 **MOD:** [0:04:09.2] Können Sie aus Erfahrung auch sagen; es gibt ja diese Never Event Liste in der Schweiz, die Stand jetzt 12 verschiedene Einteilungen von Never Events, die passieren können, aufzeigt. Wird aus Ihrer praktischen Sicht sich in der Praxis auch daran orientiert? Oder ist dies eher nicht vordergründig, dass man diese Liste hinzuzieht und nachschauen geht?
- 14 **IP6:** [0:04:32.7] Also ich denke so eine Liste ist sicher wichtig. Für das gibt es ja auch eine nationale Organisation, die wissenschaftlich vorgeht und auch schaut, was es in anderen Ländern gibt, was der wissenschaftliche Stand ist. Also bei Never Events hängt es sehr damit zusammen, ob man alles Wissen hat, wie man es vermeiden kann und ob man Massnahmen hat, die auch evidenzbasiert sind. So eine Liste ist ja relativ lange. Und ich denke sie ist insofern wichtig das man als Spital schaut, wo man schon seine Massnahmen hat und was man schon als Never Event definiert hat. Aber es geht dann noch weiter. Und für die Liste, da kann man nicht sagen "das ist jetzt alles Never Events". Da muss man ja dann auch überlegen als Spital, was das jetzt heisst und wo wir beginnen. Meine Erfahrung hat gezeigt, dass weniger mehr ist. Also dass man sich wirklich auf etwas konzentriert und sagt "wir fangen jetzt bei dieser Liste mit dem an und das ist jetzt tatsächlich ein Never Event und wir machen alles, damit das nie bei uns passiert". Und wenn man dann alles umgesetzt hat, dann kann man das Nächste nehmen. Wenn man überall ein bisschen macht, wird es dann eben trotzdem passieren. Weil das ist nicht so einfach, ein Never Event so zu machen, dass es eben wirklich ein Never Event ist.
- 15 **MOD:** [0:05:58.1] Spannend. Gemäss der Stiftung Patientensicherheit gibt es ja auch diese Kategorien. Von F bis I sind ja eigentlich die schwerwiegenden Fälle und somit auch die Never Events. F mit einem vorübergehenden Schaden am Patienten und I wo der Patient gestorben ist. Wie relevant ist die Einteilung in eine der Kategorien nach der Entstehung des Ereignisses aus betrieblicher Sicht? Macht es einen Unterschied für den Betrieb, wie man an die Aufarbeitung herangeht?
- 16 **IP6:** [0:06:37.5] Ich würde es kategorisieren aber für die Aufarbeitung hat es insofern einen Einfluss, dass es rechtlich und von der Haftpflicht eine andere Relevanz hat. Auch von den Angehörigen und der Kommunikation her. Das hat natürlich Einfluss. Aber von der Analyse her und vom Gewinn, den man als Unternehmen bekommen kann und das bei einer Analyse (unverständlich) dass in Zukunft nicht mehr passiert spielt es keine Rolle. Mir können auch CIRS Fälle, die dann in diesen anderen Kategorien sind - Hinweise geben "oh, da haben wir aber bei den Massnahmen für die Never Events trotzdem noch eine Lücke". Da muss man dann nachschauen an was es liegt, dass etwas vielleicht nicht umgesetzt wurde oder jemand so und so reagiert hat.
- 17 **MOD:** [0:07:40.8] Also wenn wir jetzt noch mal zurückgehen und sagen es ist wirklich ein schwerwiegender Fall passiert, gemäss dieser Kategorisierung - auch wenn es zum Beispiel Kategorie F wäre - dann würden Sie sagen gibt es in der Aufarbeitung keinen Unterscheid, ob es einen dauerhaften Schaden war oder ob der Patient verstorben ist. Also es wird alles als gleich behandelt nachher?
- 18 **IP6:** [0:08:05.1] Ja aber da kommen wir natürlich zu einem Problem. Ein grosses Spital hat immer - also es passieren ja Fehler. Und welche analysiert man wirklich? Da muss man sich schon überlegen, die Fehler vielleicht mal zusammennehmen. Also ich sehe das jetzt; wir sind ein kleines Team und so eine Analyse macht man nicht in fünf Minuten, wenn es etwas bringen soll. Das ist ein Punkt, weshalb es nicht einfach ist, das nachher auch umzusetzen. Theoretisch ist klar. Man kann aus allen Fehlern lernen und ich finde jetzt unabhängig - nicht von der Tragik her, also nicht dass Sie mich falsch verstehen - aber vom lernen kann ich je nachdem von einem Fall, der nur

einen kleinen Schaden gegeben hat aber vielleicht anders hätte herauskommen können genauso lernen.

19 **MOD:** [0:09:14.9] Wenn wir jetzt davon ausgehen, dass wirklich etwas schlimmes passiert ist. Es hat einen Never Event gegeben, der auch schon gemeldet wurde und jetzt geht es wirklich darum, dass wir das aufarbeiten müssen. Wir wollen schauen, was passiert ist. Wie kann ich mir das vorstellen? Was wird gemacht und was ist der Prozess von A-Z, um an einen Never Event heranzugehen und diesen aufzuarbeiten?

20 **IP6:** [0:09:41.9] Also der erste Punkt ist, dass man alle Informationen rund um den Fall sichert. Das alle ein Gedächtnisprotokoll machen. Das ist das eine. Das man auch technische Sachen - also das man einfach alles gesichert hat, dass man dann für die Analyse benötigt. Dann geht es um Kommunikation und Begleitung, bevor man überhaupt die Analyse macht. Das heisst Kommunikation mit den Mitarbeitenden, um zu schauen, wie man die Patienten informiert und begleitet. Das ist, denke ich, ganz wichtig das man das macht, bevor man überhaupt mit der Analyse beginnt. Weil das muss ja irgend ein Boden sein, den man nachher dann analysieren kann. Danach muss man sich überlegen, wen man alles miteinbeziehen kann. Wenn es gut ist dann hat ein Spital eben auch so ein Konzept, wie man da vorgeht, das man auch an alles gedacht hat. Es ist dann auch nicht so, dass schon alle Mitarbeitenden schon einmal an einer Analyse mitgemacht haben. Dann ist es ganz wichtig, dass man ihnen erklärt um was es geht und dass sie immer wissen, dass sie auch sonst begleitet werden können, wenn es um andere Sachen - um Gefühle oder so - geht. Das hat oftmals mit viel Scham zu tun im Sinne von "wie konnte mir das passieren". Und das sind ganz starke Gefühle und das muss man ernst nehmen. Weil die können ja dann auch eine Analyse stören oder ich kann dann nicht mehr gleich denken.

21 **MOD:** [0:12:10.4] Das bringt mich auch gerade zum nächsten Punkt. Können Sie mir sagen, welche Leute typischerweise in so einem Analyseprozess involviert sind?

22 **IP6:** [0:12:25.3] Es muss sicher die Leitung dabei sein - also muss das okay geben für die Analyse. Die müssen informiert sein, wer wie einbezogen wird. Dann vom Analyseteam ist es natürlich gut, wenn es interprofessionell ist. Bei schwerwiegenden Ereignissen müssen es Leute sein, die Erfahrung haben und schon eine Analyse gemacht haben. Die auch mit heiklen Situationen von der Kommunikation her umgehen können. Aber auch sicher interprofessionell. Und ich denke bei schwerwiegenden Ereignissen ist es gut, wenn es nicht jemand aus dem Team macht. Bei einem CIRS oder bei etwas, das nicht so schwerwiegend ist, das könnte auch jemand vom Team anschauen. Aber bei einem schwerwiegenden Ereignis finde ich ist es ideal wenn ein Spital ein Analyseteam hat, wenn man es intern macht oder dann vorn extern jemanden holt.

23 **MOD:** [0:13:27.6] Spannend. Dazu hat es dann auch noch einmal eine Frage im zweiten Block - ich werde gerne darauf zurückkommen. Gibt es Aspekte, die Sie aus der Praxis sehen, die im Umgang respektive bei der Aufarbeitung mit Never Events den Prozess typischerweise negativ beeinflussen? Also etwas, bei dem man wie so merkt "ach, das ist einfach jedes Mal eine Hürde, wenn es um die Aufarbeitung geht"?

24 **IP6:** [0:13:57.7] Da gibt es ein paar. Das Erste ist - da komme ich jetzt nochmal auf das Gesetzliche zurück. In der Flugsicherheit und im Atomkraftwerk da ist der ganzen Bevölkerung klar, dass das Hochrisikogebiete sind. Man geht aber nicht in ein Spital mit dem Gedanken, dass man sich jetzt in ein Hochrisikogebiet behandeln lassen geht. Das heisst nicht, dass sie schlechte Arbeit machen. Ich meine in der Luftfahrt - da gehen ja auch alle fliegen. Aber es ist wie ein anderes Bewusstsein dem gegenüber. Und das prägt alles. Ein Spital kann nicht sagen "jetzt analysieren wir das" also man versteckt es ja immer, dass etwas passiert ist. Und inwieweit sagt man

dem Patienten auch, dass es eben gefährlich ist? Und dort ist auch immer die Angst, dass der Patient dann kein Vertrauen mehr hat. Wenn man das richtig macht ist das nicht so. Zum Beispiel bei der sicheren Chirurgie da sind Eingriffsverwechslungen auch ein Never Event. Und dort hat man dann mit der chirurgischen Checkliste verschiedene Punkte definiert, wo man was fragt. Und dann wurde zu Beginn gemeint, dass man das den Patienten nicht jedes Mal fragen kann, weil der sich dann verunsichert fühlt und denkt das man nicht weiss, worum es geht. Und dann habe ich immer gesagt "nein, im Flugverkehr ist es ja nicht so. Dort wird ja auch gefragt.". Ich habe gerade vorgestern jemanden gefragt der dann gesagt hat, dass sie dies dann übrigens immer gemacht haben. Und dann habe ich die Person gefragt, wie es für sie war. Und sie hat gemeint, dass ihr das Sicherheit gegeben hat. Aber das ist ein Grundthema, das immer noch besteht. Sowohl im Gesundheitswesen und das prägt dann eine Analyse. Weil wie offen können wir darüber reden? Was ist normal, dass man darüber spricht? Das wäre jetzt die Kultur. Haben wir eine Kultur, in der man darüber redet. Wird man auch begleitet? Begleiten wir als Team unsere Kollegen und sprechen darüber, wenn etwas passiert ist? Und das wird nicht überall gemacht. Es gibt Teams, in denen darüber gesprochen wird, wenn etwas passiert ist, aber es ist nicht die Norm. Und solange das so ist, ist das etwas, das man immer wieder sorgfältig angehen und erklären muss. Dann ist ein Fehler, den man in der Analyse in der Kommunikation macht, kann dann sehr schnell ungute Gefühle und Skepsis auslösen. Das ist das eine. Das andere ist das, was ich gesagt habe, dass man die Ressourcen nicht hat. Und dann will man es trotzdem schlank und schnell machen und dann passieren einem selbst dann auch eher Fehler eben in diesen Schritten oder in der Kommunikation. Also ich denke, dass es vor allem mit Kommunikation, Vertrauen und der Grundeinstellung, das Fehler passieren, zu tun hat. Was es braucht ist Leadership.

- 25 **MOD:** Sehr spannend. Ich habe jetzt schon ein paar Interviews geführt und muss sagen, dass der Punkt mit der Sicherheitskultur immer wieder kommt. Es ist immer genau das - das scheint schon wirklich sehr relevant zu sein in der Praxis. Gibt es dann auf der anderen Seite Aspekte, die positiv laufen? Oder die den Umgang mit Never Events positiv beeinflussen?
- 26 **IP6:** [0:17:45.7] Ja ich denke wenn man das gut analysieren kann, dann kann man auch sensibilisieren. Jede Analyse hat Chancen, die Leute zu sensibilisieren und auch kulturell zu zeigen, dass man etwas aus einem Ereignis für das System und die Zukunft lernen kann. Das man lernen kann, dass es nicht um Vergangenheitsbewältigung geht. Weil in einer Analyse geht es ja darum, dass man das System für die Zukunft verbessern kann. Je mehr man dies macht und je mehr das zur Norm wird - das ist ein Punkt, wie man Kultur auch verändern kann. Und es weist wirklich darauf hin, weil man eben Lücken hat. Chirurgen haben dann oftmals gesagt, dass ihnen das nicht passiert. Aber das hat man dann vielleicht einfach das Gefühl. Und die Never Events sind ja zum Glück eher selten. Aber es kann jedem passieren.
- 27 **MOD:** [0:18:59.5] Gibt es bestimmte vorgeschlagene Techniken, die sie beispielsweise auch aus der Literatur oder aus Kursen kennen, die Ihnen bekannt sind und die sich für die Aufarbeitung von Never Events auch schon bewährt haben?
- 28 **IP6:** [0:19:22.3] Also was ich für die Verarbeitung wichtig finde ist, dass man einen gemeinsamen Spruch hat und für das braucht es ein Modell. Die anderen, das Fischgräte-Diagramm, das ist für mich eher ein Instrument, das man brauchen kann. Dort, denke ich, entsprechen verschiedene Instrumente gewissen Menschen mehr oder weniger. Aber was ich wichtig finde, ist, dass man ein gemeinsames Modell und einen gemeinsamen Spruch hat. Und damit die Analyse dann immer darauf aufbaut.

Das andere ist das Modell. Ein Modell ist ja immer eine Vereinfachung von etwas. Und im Gesundheitswesen sind ja dann immer so viele Leute betroffen, die aber nicht Psychologie oder systemisches Denken studiert haben. Und es muss so einfach sein, dass es der Sache gerecht wird aber gleichzeitig verständlich ist. Das ist der Grund, weshalb ich das London Protokoll gut finde. Weil meine Erfahrung ist, dass die Leute das nachvollziehen können und man damit dann arbeiten kann. Und man kann es dann für verschiedene Sachen brauchen. Also nicht nur für die schwerwiegenden Ereignisse sondern das kann man auch in der CIRS Gruppe verwenden. Die Sprache ist, denke ich, ganz wichtig, dass es dann nachhaltig ist und sich verbreiten kann. Man kann natürlich diskutieren, ob das London Protokoll dann das richtige Modell ist. Wenn jetzt eine Institution vom Bund beauftragt wird, diese Analyse zu machen, dann hätten wir Spezialisten, die das machen und da kann man dann schon andere Verfahren - vielleicht ausgeklügeltere Modelle - brauchen. Aber man muss ja immer das machen, wo man auch ist. Also von der Organisationsentwicklung oder von einem System her. Und wir müssen zuerst mal eine Sprache und ein Verständnis haben, dass es auf Systemebene angegangen werden muss.

- 29 **MOD:** [0:21:51.1] Sehr sehr wichtiger Punkt. Das kann ich sehr gut nachvollziehen. Und das London Protokoll ist auch noch gerade einmal im Fokus und ich würde vorschlagen, dass wir in den zweiten Teil übergehen, wo es um den Soll-Zustand geht. Also was Ihre Anforderungen an die Zukunft sind. Das London Protokoll gibt es ja eigentlich von Vincent und Kollegen und die haben das ja für die Aufarbeitung von Ereignissen im Spitalkontext gemacht. Und es sollte ja eigentlich auch eine fixfertige Methode bieten, an der man sich als Spital orientieren kann. Zumindest in der Literatur wird doch auch diskutiert, dass es nicht überall konsequent verwendet wird und ich frage mich ein wenig, weshalb. Sie haben schon kurz angetönt, dass Sie gerne mit dem London Protokoll arbeiten, wenn ich das richtig verstanden habe. Trotzdem ist wäre meine Frage auch hier, was man vielleicht noch verändern könnte. Oder wo könnte man noch ansetzen, damit es noch hürdenfreier von der Theorie auf die Praxis übertragbar ist?
- 30 **IP6:** [0:23:01.5] Ich denke es hängt weniger vom Modell ab. Und die, die es kritisieren, da ist es häufig dann fachlich. Also wenn sie sagen, dass es zu einfach ist und dem systemischen nicht gerecht wird oder nur rückwirkend ist. Aber es gibt ja nicht nur rückwirkende. Ich kann ja nur mit dem Wissen von früher auch Verbesserungen in die Zukunft machen. Wenn ich keine Ahnung habe, wie es früher war, kann ich in Zukunft nicht sicher gestalten. Und auch das, was ich gesagt habe; die Ressourcen und die Akzeptanz, dass man das in den Spitälern macht. Das ist das, was Kraft benötigt. Und für so eine Analyse kann man nicht einfach ein Paper lesen und nachher machen. Also es gibt vielleicht Leute, die das können. Aber nicht alle und ich denke es ist gut, wenn man sich damit auseinandersetzt, sich Zeit nimmt und diskutiert. Und das braucht alles Zeit. Wenn man so eine Analyse macht, muss man sich darin vertiefen, sonst kann man es nicht richtig machen. Oder sich mit Leuten zusammentun, die Erfahrung haben. Aber das braucht Ressourcen. Und diese Ressourcen da muss die Leitung sagen, dass ihnen diese wichtig sind und dass man dies in die Hand nimmt. Und wir haben jetzt überall im Gesundheitswesen andere Diskussionen mit Personalstopp und so. Ich habe auch mit Leuten gesprochen, die den Kurs gemacht haben oder die ich jetzt wieder **Geschwärtzt** getroffen habe. Also wir haben drei interne Kurse gegeben früher und dann habe ich eben solche getroffen, die das gemacht haben. Und die haben dann gesagt, dass sie das schon benutzt haben und auch bei den CIRS und so aber dass ihnen die Zeit fehlt. Das habe ich letzthin auch selbst erlebt. Ich habe es schlank und schnell gemacht und habe dann gemerkt, dass die Zeit nicht reicht. Und das ist dann frustrierend. In der Luftfahrt ist es

	selbstverständlich dass man sich Zeit nimmt und dass man Ressourcen für die Sicherheit spricht.
31	MOD: [0:25:38.6] Auch ein wichtiger Punkt. Es ist, glaube ich, gut, wenn man das mal so sagt und wenn es auch an die Oberfläche kommt. Wo sollte dann bei der Aufarbeitung in Zukunft noch den Schwerpunkt gelegt werden? Gibt es etwas bei dem man wirklich findet - also wir haben auch schon besprochen wegen den Ressourcen - es ist alles knapp, man hat nicht viel Zeit. Aber gibt es etwas, bei dem Sie sagen würden, dass das sehr wichtig ist, dass man da gut darauf schaut, das man in Zukunft sicher so beibehalten oder sogar noch ausbessern müsste?
32	IP6: [0:26:19.0] Ja also man kann ja nicht jedes Ereignis analysieren. Das liegt im Alltag absolut nicht drin und die Frage ist als Unternehmen oder auch national, auf was man sich fokussiert. Die Stiftung Patientensicherheit Schweiz hat ja dort auch lanciert, dass es ein Netzwerk gibt und das sie auch eine Analyse begleiten würde. Ich denke es wäre auch noch gut, wenn es so ein Netzwerk gibt, bei dem man auch Wissen teilt. Wir haben ja noch kein Auftrag von einem Gesetz her aber das man dies so nützen würde das man ein Netzwerk macht und im Sinne von peer-review Analyseteams aufbaut, die auch in den Spitälern sind. Weil dann würden die Spitäler auch jedes Mal davon profitieren. Weil bei jeder Analyse, die man selbst macht, ist es enorm, was man lernt. Und ich denke wenn man das so als Netzwerk machen würde, würde man auch immer voneinander profitieren. Das braucht einfach total klare Regeln und Vertraulichkeit. Das ist jetzt einfach so eine Idee. Ich weiss nicht, ob man das dann so aufbauen kann.
33	MOD: [0:27:46.8] Das ist super, ich nehme jede Idee sehr gerne mit. Wir kommen zu der nächsten Frage, dort geht es um die Meldfunktion von Never Events. Es gibt ja das CIRS System, das aber eigentlich grundsätzlich nicht für schwerwiegende Fälle entwickelt wurde. Jetzt ist meine Frage; es ist auch wieder ein schwerwiegendes Ereignis passiert - es hätte zwar nicht passieren dürfen aber ist trotzdem. Jetzt geht es wie darum, wie oder wem man das meldet. Und da wäre meine Frage an Sie; Was würden sie für eine Anforderung an so eine Meldfunktion stellen? Würden Sie sagen man kann dies beispielsweise auch in das CIRS integrieren oder würden Sie sagen, dass das gar nicht geht und man unbedingt über Formulare oder per 1:1 Kontakt mit anderen Personen gehen müsste. Was würden Sie sagen ist hier die Anforderung, damit es vielleicht noch besser möglich ist oder gemacht wird?
34	IP6: [0:28:39.0] Also ich denke das Vorgehen und der Prozess sind anders. Man muss aus die Mitarbeitenden schulen. Ein schwerwiegendes Ereignis ist etwas, das auch in die Hierarchie gehört. Die Vorgesetzten müssen informiert werden und es braucht ein separates Meldesystem, weil das anders gehandhabt werden muss. Das gibt einen Haftpflichtfall. Also das würde ich auf jeden Fall separat und das man es verpflichtend melden muss. Beim CIRS haben wir ja Freiwilligkeit, aber dieses müsste man dann melden.
35	MOD: [0:29:21.1] Aber Sie würden in dem Fall sagen besser nicht über CIRS? Also wenn man dort beispielsweise eine Filterfunktion einstellt, dass man auch sagt, solche Fälle könnten über das CIRS eingegeben werden und würden dann erkannt werden, dass sie schwerwiegend sind und dann würde es beispielsweise bei der medizinischen Direktion einen Alarm auslösen. Das man einfach sagt "alles über das gleiche Portal" das fänden Sie in dem Fall nicht so geeignet?
36	IP6: [0:29:52.7] Nein. Also für die Mitarbeitenden ist es manchmal schwierig zu wissen, was sie jetzt wo melden müssen. Wir haben ja nicht nur CIRS oder schwerwiegende medizinische Ereignisse oder aussergewöhnliche Todesfälle. Man muss auch Materiovigilanz und Pharmavigilanz melden - wir haben so verschiedene

Vigilanzsysteme. Bei uns wurde auch diskutiert, ob man nicht etwas machen könnte, bei dem man die Mitarbeitenden mit Fragen durchleitet, damit sie dann zum richtigen Ort kommen. Also das man wie ein Meldesystem hat oder weiss "ah, das sollte ich eigentlich melden, aber wo muss ich jetzt das?", dass man da nicht im Intranet suchen muss, wo man das jetzt melden muss sondern das man dann als Mitarbeitende geleitet wird. Das man weiss, dass es jetzt ein paar Filterfragen gibt und man dann in das richtige Meldesystem kommt.

37 **MOD:** [0:31:00.3] Wir haben vorhin schon schnell über das Team gesprochen, das Never Events untersucht. Von Ihnen wurde auch das Stichwort Interdisziplinarität genannt oder wenn man es intern macht, vielleicht für die leichteren Fälle. Würden Sie sagen - im Hinblick darauf das es in der Luftsicherheit eine externe Behörde macht, dass dies für das Gesundheitswesen auch notwendig sein kann? Oder würden Sie sagen, dass es trotzdem jedes Spital selbst machen kann? Und da wäre die Frage, welche Komposition an Personen bräuchte es dann aus Ihrer Sicht?

38 **IP6:** [0:31:49.2] Ich fände es besser, wenn man so etwas wie in der Flugsicherheit hätte. Das wie ganz klar ist, welche Ereignisse auch von aussen analysiert würden, damit das Wissen auch national zur Verfügung steht. Aber das braucht natürlich gesetzliche Grundlagen, es braucht Schutz für die Leute - es tönt jetzt ganz einfach aber ich denke es ist kein Zufall, dass wir das nicht haben. Es braucht einfach auch intern klare Regeln. Und bei intern bleibt es halt dann auch einfach intern. Man weiss ja dann nicht, was das andere Spital macht und dann denkt man "ja, dann machen wir es auch nicht". Also das hat ja dann auch wieder mit Kultur zu tun. Ja nicht zeigen, ja.

39 **MOD:** [0:32:46.3] Und wenn wir jetzt so denken, wir würden ein Analyseteam zusammenstellen. Jetzt gesehen auf die berufliche Vorbildung; was würden Sie sagen, welche Leute braucht es zwingend? Beispielsweise einen Arzt, A&O Psychologen oder Leute aus dem Rechtswesen? Was würden Sie sagen wäre sinnvoll für so ein Team?

40 **IP6:** [0:33:09.8] Je interprofessioneller, desto besser. Das heisst nicht, dass alle die Analyse dann machen müssen. Also Ärzte und Pflege finde ich halt gut. Aber je nach Fall braucht es auch die Spitalapotheke oder Leute aus dem Rechtswesen. Aber die werden auch jetzt schon involviert. Ich denke es muss ein Team sein, das definiert ist und einen klaren Auftrag aufgrund der Direktion hat. Und es muss in einem Konzept sein, wie man damit umgeht. Es kann aber auch jemand von der Arbeitspsychologie sein. Es ist ja immer so ein bisschen die Diskussion das wenn ein Fall in der Anästhesie ist, dass das nur ein Anästhesist machen kann. Das habe ich den Kursen auch immer diskutiert. Ein Anästhesist in diesem Kurs hatte zuerst diese Meinung. Aber dafür machen wir ja dann Interviews. Man kann nicht etwas am Schreibtisch analysieren. Dafür braucht es eben Interviews und das Fachwissen kommt dann von ihnen. Manchmal hilft es auch, eine andere Brille zu haben, weil man dann so dumme Fragen stellt, die man aus Fachblindheit nicht stellen würde.

41 **MOD:** [0:34:49.4] In diesem Fall am besten verschiedene Personen. Spannend.

42 **IP6:** [0:34:56.4] Das ist zwingend, finde ich. Das finde ich auch noch wichtig; ich kann nicht sagen, dass wir einen Fall analysieren aber die Ärzte sagen dass sie keine Zeit haben. Und man nachher die Interviews mit anderen Fachpersonen macht - seien es Pflegepersonen oder Therapeuten. Aber wenn es irgendwo bei den Ärzten auch involviert war - oder in der Radiologie - dann ist eine Analyse nicht vollständig. Dann habe ich eben dieses System nicht angeschaut.

43 **MOD:** [0:35:26.8] Wichtiger Punkt. Den nehme ich auf jeden Fall auch so mit. Dann würden wir noch zu der letzten Frage in diesem ersten Block kommen. Das soll jetzt

wie noch einmal so ein Schritt zurück sein und noch einmal über alles sehen. Was ist Ihr dringendster Wunsch für die Zukunft, damit in Spitälern besser oder adäquat mit Never Events umgegangen werden kann?

44 **IP6:** [0:35:54.8] Das Ernstnehmen der Sicherheit, die Notwendigkeit des Umgangs mit der Sicherheit im Spital im gesamten. Sowohl intern in den Spitälern sowie auch extern.

45 **MOD:** [0:36:14.9] Das ist doch ein gutes Statement. Dann wären wir mit dem ersten Block durch und würden zu den Konzepten kommen. Das Konzept 1 orientiert sich am Organisational Accident Causation Model nach Reason und worauf auch das London Protokoll basiert. Die Herleitung, wie ich dazu gekommen bin ist so; eigentlich hätten ja Never Events durch Präventionsmassnahmen oder Systemdesign verhindert werden können. Hier wäre die Idee, dass man sich wirklich noch einmal auf die Fehler in den Barrieren konzentriert. Als erstes würde man so vorgehen, dass man eine Rekonstruktion des Ereignisses macht. Das wurde ja von Ihnen auch schon angesprochen, dass man kurz nachdem das Ereignis passiert ist Interviews mit Beteiligten macht, dann Beweise sammelt, Fotos und eine Vor-Ort Ansicht macht und das Ganze dann beispielsweise mit einem Zeit-Personen-Diagramm darstellt, um einen ersten Überblick zu erhalten. Dann würde man eine Rückwärtsanalyse machen bei der man auf die Suche nach den Fehlern im System geht und auch versucht, die Ursache zu identifizieren - mit einer RCA und sehr angelehnt an das London Protokoll. Aber dass man dann in einem dritten Schritt den Fokus noch einmal auf die Barrieren legt, die es geben sollte - beispielsweise die Checklisten, die im Ereignis involviert waren - und schaut abgesehen davon was man vorhin alles schon einmal untersucht hat noch einmal auf das. Ist das noch aktuell oder gibt es etwas, das wir übersehen haben? Würden Sie sagen, dass es realistisch ist, dass man in der Praxis so vorgehen würde? Oder sehen sie Vor- und Nachteile bei dieser Methode?

46 **IP6:** [0:41:26.7] Also es ist sicher realistisch. Ich habe einfach ein, zwei Inputs, die mir noch gerade auffallen. Beim Modell haben Sie den blauen Rahmen rundum gezeichnet, dort wo Rückwärtsanalyse steht. Eigentlich zeigt das ursprüngliche Modell auch die beeinflussenden Faktoren von extern. Man ist ja als Spital eingebettet - das wären die regulatorischen, Kultur, von extern Ausbildungskonzepte und so weiter. Das fällt mir einfach gerade auf. Ich finde RCA hat auch eine andere Sprache als das London Protokoll - auch wenn es sehr ähnlich ist. Und was mir beim London Protokoll sehr gefällt ist, dass ich nicht von Ursache spreche sondern von beeinflussenden Faktoren. Weil das ist rückwirkend sowieso auch ganz schwierig zu sagen "was hat jetzt was, wo, wie". Das sind alles so Hypothesen, die man stellt, ob dann das einen Einfluss hatte. Und Ursache hat dann wie so etwas sehr lineares bei dem man weiss "das ist es". Das finde ich vom Denken her anders. Also eben; die Rekonstruktion des Ereignisses, dann rückwärts zu schauen vom Fehler und dann von diesen beeinflussenden Faktoren, wie ich sagen würde. Und die beeinflussenden Faktoren haben ja dann vielleicht auch noch eine Interaktion. Und das andere, die Vertiefte Untersuchung der bestehenden Vorgaben, da bin ich jetzt gerade ein bisschen verwirrt. Also meistens kommen diese Sachen ja auch schon bei der Rekonstruktion. Ein Beispiel; wir haben damals bei einer Analyse mal gemerkt, dass die Pflege eine SOP hatte und die hatte sich zum Teil mit den Ärzten widersprochen. Und das haben wir dann in der Analyse gemerkt. Aber ich finde das jetzt noch eine gute Idee, das noch einmal als Check zu nehmen um sicher zu sein, ob man alles angeschaut hat. Aber ich würde das eigentlich auch schon in die Interviews miteinbeziehen. Das ist ja auch so beim London Protokoll. Ich versuche zuerst den Fall zu verstehen, in dem ich alle Informationen schon mal zusammenstelle. Aber eigentlich gehe ich alle diese Schritte ja dann noch einmal durch mit den Personen die ich interviewe durch, damit sie das auch sagen können. Grundsätzlich finde ich das gut. Ich denke schon, dass

man so analysieren kann. Jetzt haben wir den Fokus sehr auf Fehler gelegt. Aber so eine Analyse kann uns sagen "okey, aber diese Barriere funktioniert". Es kann uns auch eine Bestätigung geben, was funktioniert und wo nicht. Und wenn etwas nicht funktioniert ist es dann spannend herauszufinden - und das auch wieder mit den Interviews - warum jemand ein SAP nicht angewendet hat oder eine Kontrolle nicht gemacht hat, die eigentlich vorgesehen gewesen wäre. Also was hat dazu geführt. Weil das gibt uns dann auch wieder Informationen - eben das, was Sie gesagt haben - wichtig ist zu schauen, ob diese Barrieren überhaupt noch stimmen und wir die richtig gewählt haben.

- 47 **MOD:** [0:45:49.6] Wir gehen mal weiter zum zweiten Vorschlag. Dieser orientiert sich am SEIPS Modell. Hier wäre die Herleitung konträr zu dem vorher, bei dem man nur auf die Barrieren geschaut hat. Hier sagt man, dass auch ein ganzer Prozess Lücken haben könnte und das eben nicht nur die Barrieren sind. Der Analysevorgang startet gleich wie vorher mit der Rekonstruktion, dann würde man im Arbeitssystem und in den Prozessen auf die Suche nach dem Fehler gehen - das ist ja angelehnt an das SEIPS Modell dort schon involviert. Da würde man eine Ursachenanalyse machen - beispielsweise mit einer AcciMap. Aber dann würde man in einem dritten Schritt noch einmal sagen, dass man eine Vertiefte Untersuchung der Prozesse macht und dann beispielsweise noch eine Prozessanalyse macht. Der Gedanke, wieso das man spezifisch noch einmal auf die Prozesse eingeht, ist so, weil es bei der AcciMap vor allem darum geht, einen Überblick zu geben, welche Ereignisse alles eine Rolle gespielt haben. Aber es geht unter Umständen nicht genauer darauf ein. Der Mensch hat ja aber vielleicht auch einen Anteil und nicht nur die Barrieren, deshalb würde man hier noch einmal den ganzen Prozess anschauen. Würden Sie sagen, dass das realistisch für die Praxis ist und sehen sie Vor- und Nachteile, wenn man so vorgehen würde?
- 48 **IP6:** [0:48:02.7] Also das ist ja das Modell, das die Stiftung Patientensicherheit jetzt in der Deutschschweiz für ERA Kurse anwendet. Diesen habe ich jetzt auch gemacht. Also eben, grundsätzlich finde ich dieses Modell gut; so viel anders als das London Protokoll ist es für mich vom Resultat her nicht. Aber ich finde es zum verstehen komplexer. Was Kritik ist - und auch berechtigt - aber man muss es beim London Protokoll nicht so sehen, ist, dass man zu wenig vom Prozess her geht. Aber ich gehe schon vom Prozess her, also das ist im London Protokoll sehr wohl drin. Wir haben ja die beeinflussenden Faktoren, da sind die Prozesse ja auch drin. Also ich schaue diesen Prozess auch an. Also ich schaue im London Protokoll nicht nur die Barrieren an. Das ist ein Teil. Das Ganze hinten ist ja so wichtig und das gehe ich mit den Leuten durch. Von dem her finde ich - aus meiner ganz persönlichen Sicht - bringt das Modell keinen Mehrwert in der Praxis. Vielleicht ist auch das, was ich vorhin beim London Protokoll sagen wollte, bei dem Sie gesagt haben, dass wir nur die Barrieren anschauen. Aber man muss beim Modell von Reason auch sehen, dass dort hinten die Prozesse sind. Und das gehört zu den beeinflussenden Faktoren und diese muss ich ja auch bei der Analyse schauen, ob ich dort Massnahmen ergreifen muss. Ein Ergebnis der Analyse kann sein, dass man den Prozess noch einmal analysieren muss. Also das muss ich jetzt ehrlich sagen; ich habe echt Mühe damit, dass man ein neues Modell braucht, das nicht wirklich einen Mehrwert hat. Weil wenn man eine gemeinsame Sprache im Gesundheitswesen will, dann erreichen wir das nicht, wenn wir alle 10 Jahre ein neues Modell bringen. Weil ob jetzt das Modell alles umfasst oder nicht; das wird von der Wirkung her nichts verändern. Aber wenn man will, dass es im Alltag benutzt wird, dann müssen wir wenn schon damit arbeiten, wo wir mit der Sprache angefangen haben und das dann vielleicht dort anpassen. Und für mich ist es jetzt ein bisschen ein Gemisch. Und der grosse Vorteil vom London Protokoll ist, dass es sehr systematisch vorgeht. Und genau das ist das Problem; das die Leute in

der Praxis mit wenig Zeit gerade auf das Ereignis und die Lösung losgehen. Wenn ich es nach London Protokoll mache, muss ich das systematisch durchgehen. Und das hilft mir bei den Interviews, das gibt mir einen guten Rahmen.

49 **MOD:** [0:51:24.5] Das nehme ich auf jeden Fall auch mit und das ist sehr spannend zu hören. Das wurde bisher so noch nicht erwähnt, aber ich denke, dass diese Sprache auch ein wichtiger Punkt ist. Es ist wirklich nicht von Vorteil, wenn jeder etwas anderes macht und es alle 10 Jahre wieder ein neues Modell gibt bei dem man findet jetzt muss man sich unbedingt darauf fokussieren.

50 **IP6:** [0:51:47.0] Ja und es ist gar nicht so viel anders, muss ich jetzt ehrlich sagen, sorry.

51 **MOD:** [0:51:57.1] Ich würde noch sagen, dass wir zum letzten Konzeptvorschlag gehen. Hier wäre die Orientierung am Drift to Danger Modell oder Work As Imagined, Work As Done. Der Fokus liegt hier auf dem Handlungsspielraum. Das kommt eigentlich auch relativ direkt aus der Literatur. Es wird genannt, dass der Handlungsspielraum in der Wahr der Mittel und Methode zwingend benötigt wird, um ein produktives Ergebnis zu erzielen. Es sollte keine 1:1 Vorgabe geben, wie eine Aufgabe zu erledigen ist und deshalb ist bei der Aufarbeitung zentral, dass man die verschiedenen Handlungsabweichungsmöglichkeiten kennt und analysiert. Einfach auch mit dem Hintergrund vielleicht dass es Einflussfaktoren gibt, die einen Menschen vielleicht auch zwingen beispielsweise Abkürzungen zu machen oder anders vorzugehen als das er sich es gewohnt war. Und das potenziell kann zu einem Fehler führen. Auch hier der Vorgang wieder die Rekonstruktion, dann auch hier wie angelehnt an das erste Konzept, dass man wieder eine Rückwärtsanalyse macht - dass man auf die Suche nach Fehlern im System geht und die versucht zu identifizieren - und dass man dann in einem dritten Schritt noch sagt "es gibt diesen Handlungsspielraum, den wir uns anschauen müssen" und schauen müssen, was für Möglichkeiten die Personen überhaupt hatten oder wie es zu diesem Ereignis kommen konnte. Hier anhand beispielsweise von einer Simulation - oder man kann sogar noch einen Schritt weitergehen und es noch ein bisschen utopischer machen in dem man sagt man macht es anhand von Virtual Reality. Dass man dies so zu rekonstruieren versucht. Auch hier wäre wieder die Frage; ist dies realistisch für die Praxis? Und gibt es Vor- und Nachteile, wenn man so vorgehen würde?

52 **IP6:** [0:54:02.5] Also das muss ich jetzt ehrlich sagen kenne ich nicht. Das habe ich selbst noch nie gemacht. Ich finde es spannend. Wir agieren ja unter der Handlungsmöglichkeit und was haben wir für einen Spielraum. So treffe ich ja auch Entscheidungen und setze Prioritäten. Und dann lerne ich auch mehr über das System, bei dem es auch wieder Abweichungen geben kann. Aber manchmal braucht es auch - also das ist ja das, was wir im Gesundheitswesen haben - es braucht Standards aber ich muss trotzdem ganz klar von diesen Standards abweichen können, damit ich Sicherheit gewährleisten kann. Das auf dieser Ebene mal anzuschauen finde ich spannend. Ich kann einfach nicht sagen, wie das dann funktioniert, weil ich es noch nie gemacht habe. Und wenn ich jetzt noch einmal auf die drei Konzepte gehen kann; wenn ich jetzt das in die Hand nehmen könnte... Wir haben uns damals für das London Protokoll entschieden aber meine Erfahrung ist wirklich in diesen Kursen - und dass man das auch in der ganzen Schweiz, ich weiss nämlich auch gar nicht, ob die Welschen und das Tessin umsteigen werden. Man hat eine Generation von Leuten, die das gemacht haben. Und jetzt wieder zu wechseln finde ich eben nicht gut. Gleichzeitig kann man ja auch Sachen kombinieren oder ergänzen oder von anderen Verfahren ergänzen. Also Sie haben ja zum Beispiel diese AcciMap erwähnt. Und das finde ich jetzt zum Beispiel ein gutes Instrument. Das hat mir noch recht entsprochen. Aber ich habe das auch zusammen mit dem

London Protokoll benutzt. Für das muss ich nicht das SEIPS Modell brauchen. Und ich frage mich, wieso man alles neu machen muss. Man muss auch unterscheiden, welches Modell man hat, welche Sprache man hat und welche Instrumente man braucht. Und man kann diese Instrumente ergänzen, man kann auch sagen, das es einem im Analyseverfahren oder im London Protokoll noch wichtig ist, das und das zu machen. Oder ich kann mir auch vorstellen, das man je nach Fall die Prozessanalyse machen muss oder vielleicht eben so eine Möglichkeit genauer analysieren. Also ich würde das nicht getrennt betrachten. Ich würde das Reason Modell nehmen, die Systematik des London Protokolls - das gibt ja vor allem die Systematik von Punkt 1 und 2, damit ich wirklich die beeinflussenden Faktoren 1:1 durchlaufe, bevor ich irgendeine Massnahme definiere - und daraus kann man dann sagen, dass man noch einmal entscheiden muss, ob es für etwas noch eine vertiefte Analyse benötigt. Man hat Handlungsabweichungsmöglichkeit, Prozessanalyse - braucht es noch etwas, damit wir noch mehr Wert haben? Das ist ja auch immer eine Zeitfrage. Nachher zieht man daraus die Schlüsse und die Massnahmenvorschläge. Dieser Punkt fehlt jetzt auch. Das finde ich muss rein - das haben wir vorher vielleicht nicht diskutiert, aber daran scheitert es auch. Oder dann hat man so ein Analyseteam, die finden Sachen heraus, erarbeiten vielleicht sogar auch noch Massnahmenvorschläge und die Gefahr, dass es dann dabei bleibt ist enorm. Ich muss ja nachher noch Kraft und Energie in das System einbringen, damit die Massnahmen umgesetzt werden. Das heisst es muss dann auch wieder von der Leitung einen Auftrag an eine Person oder an eine Gruppe kommen, damit die Massnahmen umgesetzt werden. Und das muss dann auch wieder kontrolliert werden, ob dieses umgesetzt worden ist und ob sich dann auch etwas verändert hat. Dort bleibt man oft stehen. Aber dass es dann auch eine Wirkung hat, müssen die anderen Schritte auch drin sein.

53 **MOD:** [0:58:38.1] Das ist ein wahnsinnig schönes Schlusswort. Das werde ich sehr gerne für die Erstellung des Gesamtkonzeptes beachten. Somit wären wir mit dem Interview am Ende. Ich darf mich recht herzlich bei Ihnen bedanken. Es hat mir einen sehr grossen Einblick gegeben und ich konnte sehr profitieren. Da wurden sehr wertvolle Sachen genannt. Gibt es abschliessend noch etwas, das Ihnen noch sehr auf der Zunge brennt, dass noch nicht genannt wurde und Sie noch sagen möchten?

54 **IP6:** [1:00:13.1] Nein, ist gut so.

Interview 7

Die demografischen Angaben zu Beginn des Interviews wurden aus Datenschutzgründen aus dem Transkript gelöscht.

9 **MOD:** [0:01:21.8] Wunderbar, vielen Dank. Dann würden wir schon zum ersten Teil im ersten Block kommen. Hier soll es so ein bisschen um den Ist-Zustand gehen, eben so wie jetzt die Situation rund um die Thematik mit den Never Events ist. Können Sie mir erzählen, wo Ihre Berührungspunkte in Ihrem beruflichen Alltag mit Never Events sind?

10 **IP7:** [0:01:40.3] Einerseits gerade die **Geschwärzt** schwerwiegenderen Ereignisse, die wir in **Geschwärzt** - und zusätzlich laufen im Qualitätsmanagement bei uns auch Beschwerden und Haftpflichtfälle in unserem Bereich zusammen. Also da haben wir dann auch Kontakt mit der Berufshaftpflichtversicherung von unseren Mitarbeitenden. Dort gab es natürlich schon diverse Haftpflichtfälle, die unter anderem der Never Events Liste der Stiftung Patientensicherheit Schweiz entsprechen. Es gab aber auch

andere kritische medizinische Ereignisse, die aber jetzt nicht unbedingt auf dieser Kriterienliste darauf sind.

- 11 **MOD:** [0:02:29.7] Das ist ein gutes Stichwort, da können wir gerade zu der nächsten Frage übergehen. Wie relevant ist aus Ihrer Praxiserfahrung die Trennung zwischen schwerwiegenden medizinischen Fällen und den Never Events? Eben auch mit dem Hinblick darauf, dass das von der Stiftung Patientensicherheit Schweiz getrennt wird.
- 12 **IP7:** [0:02:50.8] Relevant ist es für mich in der Praxis überhaupt nicht, weil alles immer ein schwerwiegendes medizinisches Ereignis ist. Die Trennung ist dort vielleicht interessant - ich weiss nicht, ob das das richtige Wort ist - wie man etwas vermeiden kann. Ein Punkt sind zum Beispiel vergessene Tücher oder Instrumente bei der Operation. Das ist natürlich etwas, das man mit geeigneten Sicherheitsmassnahmen sehr einfach vermeiden kann. Aber eine Komplikation - eine Reaktion auf irgendetwas - kann ein schwerwiegendes medizinisches Ereignis sein, das dann nicht so einfach zu vermeiden ist und es nicht so eindeutige Lösungen oder Ansätze gibt, wie man diesem begegnen könnte. Insofern denke ich ist es vielleicht relevanter, wenn es um die Fehlerbehebung oder um Sicherheitsbarrieren geht. Aber zum Arbeiten im Alltag ist alles schwerwiegend medizinisch und man muss danach situativ schauen, wie man in der Situation damit umgeht, was die Lessons Learned daraus sind und wie man verhindern kann, dass das ein zweites Mal passiert. Aber die Trennung ist für mich in der Praxis nicht so relevant. Mehr einfach, wenn man es kategorisieren möchte - eben so, wie es die Stiftung für Patientensicherheit gemacht hat.
- 13 **MOD:** [0:04:19.7] Okey. Auch das bringt mich gerade zu der nächsten Frage. Vorhin ging es darum zu Unterschieden zwischen schwerwiegenden medizinischen Ereignissen und Never Events. Jetzt wenn man sagt die oberste Stufe, die vier Kategorien, welche die Stiftung gemacht hat mit der Kategorie F als vorübergehender Schaden am Patient bis Kategorie I, bei der der Patient verstorben ist; Wie wichtig ist dann das jetzt aus betrieblicher Sicht, dass man ein Ereignis zuordnet? Hat das überhaupt eine Wichtigkeit?
- 14 **IP7:** [0:04:55.8] Ja, das hat sicher eine sehr grosse Wichtigkeit im Sinne der Schadenregulierung nachher. Wenn etwas passiert ist, das darauf zurückzuführen ist, dass wir in der Behandlung eine Sorgfaltsverletzung gemacht haben dann ist es natürlich sehr relevant - auch finanziell oder auch vom Umgang oder der Kommunikation mit dem Patienten her. Ob es nur etwas ist, das vorübergehend ist und vielleicht zu einem längeren Aufenthalt führte aber sich nachher wieder vollständig zurückbildet. Oder einen dauerhaften Schaden oder Invalidität oder sogar den Tod. Also das ist sicher für die Schadenregulierung oder für den Umgang danach sehr relevant. Aber vielleicht auch eher Versicherungstechnisch als jetzt für uns medizinisch.
- 15 **MOD:** [0:05:44.0] Okey. Jetzt gehen wir davon aus, dass wirklich so ein Ereignis passiert ist. Es hat einen Never Event gegeben - es hätte nicht passieren dürfen aber ist trotzdem vorgekommen. Wie kann ich mir jetzt vorstellen, dass man in der Praxis vorgeht? Was ist der Bearbeitungsprozess realerweise zum jetzigen Zeitpunkt?
- 16 **IP7:** [0:06:02.8] Ja, das ist ein wenig unterschiedlich. Es kommt in der Bearbeitung sicher darauf an, ob das eine sehr unerfahrene Person ist. Jemand, der sehr unerfahren ist hat dort vielleicht weniger Ideen oder Ahnung, wie man so etwas macht, als eine Kaderperson oder so, die dort schon mehr Erfahrung hat. Ich habe ja geschrieben, dass wir auch noch gerade an dieser Stelle sind, aus diesen Inputs der Stiftung für Patientensicherheit und den ERA-Kursen etwas zu lernen. Als Sofortmassnahme gilt sicherlich den Patienten zu informieren, Sofortmassnahmen zu treffen, dann sicherlich Vorgesetzte informieren. Nachher muss man schauen, wie

man mit der Kommunikation umgeht. Das ist die Ebene oder Linienfunktion Patienten und Vorgesetzte. In den **Geschwärzt** Fällen, die wir in **Geschwärzt** hatten haben wir sicher gemerkt, dass das erste Debriefing nicht gut funktioniert hat. Wir haben dann schon erste Massnahmen eingeleitet und ein paar Richtlinien festgehalten, wie man so ein Debriefing machen würde und was nachher als zweites kommt; die Ereignisanalyse entweder mit Interviews oder noch einmal in einer gemeinsamen Sitzung. Also es ist sehr situativ abhängig. Aber wir haben sicher gemerkt, dass man bei der ersten Sofortmassnahme und dann für den weiteren Ablauf Spielregeln und Kriterien festlegen muss, wer dabei ist, wie so etwas abläuft - und wie zeitnah - und wer es moderiert und macht. Das ist aber noch eher am Entstehen und es gibt noch keine Richtlinie, dass man etwas hervorheben könnte und sagt "okey, jetzt ist etwas passiert, jetzt müssen wir genau das und das und das machen".

- 17 **MOD:** [0:08:46.6] Okey. Das ist auch eine Antwort, ja. Sie haben schon kurz angesprochen dass man dann schauen muss, welches Team man zusammenstellt. Wie kann ich mir das vorstellen; Welche Personen werden aus Ihrer Erfahrung oftmals in so einen Analyseprozess involviert?
- 18 **IP7:** [0:09:07.4] Also in einem Debriefing im ganz unmittelbaren Sinn sind sicher die am Ereignis beteiligten Personen dabei. Bei der Ereignisanalyse ist dann die Frage - da geht es sicher noch einmal darum, Facts aufzuarbeiten - aber danach auch zu schauen, wie man das zukünftig verhindern kann. Da sind unter Umständen alle beteiligten oder nur einen Teil dabei - entweder in einer Gruppe oder individuell. Dann manchmal Vorgesetzte, manchmal vielleicht Leute aus dem selben Bereich, die noch eine andere Sicht geben könnten wenn es darum geht, was man verbessern könnte und es nicht mehr darum geht, was genau passiert ist. Einfach um dort noch ein bisschen den Horizont zu öffnen. Das ist sehr individuell, was dann das Thema ist, was entstanden ist oder wie schlimm der Vorfall ist. Und bei einem Tod des Patienten ist dann natürlich die Staatsanwaltschaft und die Polizei mit im Spiel. Dann hat es natürlich nachher noch ein bisschen Behördenauflagen.
- 19 **MOD:** [0:10:18.0] Und welche Aspekte sehen Sie aus der Praxis, die den Umgang mit Never Events aktuell typischerweise negativ beeinflussen? Etwas, bei dem man einfach sagt "ah, das ist etwas, das immer wieder auffällt und einfach noch nicht so funktioniert".
- 20 **IP7:** [0:10:33.3] Schuldzuweisung und Fehleranerkennung, also sprich dass man eine Analyse möglichst offen, ehrlich und transparent machen kann. Also in erster Linie sollte das Debriefing so sein, dass man einfach erzählen kann und das es keine Second Victims daraus gibt. Deshalb wollen wir dort auch keine Vorgesetzten oder so; es sollen wirklich nur Personen dabei sein, die unmittelbar am Ereignis beteiligt waren. Und dort geht es einfach um persönliche Gefühle oder Erlebnisse. Eine Analyse ist dann sicher ein wenig strukturierter. Grundsätzlich sollte es eigentlich nie - aber das geht es halt trotzdem immer wieder ein bisschen - um Fehlereingeständnisse, um Schuldzuweisungen und so weiter. Auch die Angst, zu sagen, dass man einen Fehler gemacht hat - das sind, glaube ich, so die typischen Themen in einem hierarchisch geführten Umfeld, so wie es das Spital halt ist.
- 21 **MOD:** [0:11:35.9] Und gibt es dann auf der anderen Seite auch Aspekte, die bis jetzt gut laufen, die den Umgang mit Never Events positiv beeinflussen?
- 22 **IP7:** [0:11:43.4] Ja das erste Debriefing **Geschwärzt** ist sicher sehr viel besser gelaufen als das **Geschwärzt**. Das hat bei den Beteiligten sehr viel Boden gut gemacht, dass eben noch ein anderer Weg gäbe als einfach gerade zu sagen "ja, das ist doch klar, du hättest in dieser Situation so oder so handeln sollen und du bist einfach der Löli". Das hat sicherlich aufgezeigt, wie man zukünftig damit umgehen

könnte oder sollte und es nicht so gemacht wird, wie es vielleicht bisher gemacht wurde. So ein Ereignis macht dann ein wenig zuversichtlicher für ein nächstes Debriefing. Dass es wirklich um ein Auslegen von Empfinden, von Gefühlen und von Erlebnissen geht und man nicht schon Angst haben muss, dass man sanktioniert wird, wenn man einen Fehler gemacht hat.

- 23 **MOD:** [0:12:44.7] Okey. Und gibt es bestimmte vorgeschlagene Techniken - sei es aus der Literatur oder aus Kursen - die Ihnen bekannt sind und die sich für die Aufarbeitung eines Never Events auch schon bewährt haben?
- 24 **IP7:** [0:13:03.3] Also das Fischgräten-Diagramm eignet sich sicher. Wir haben es beim letzten Mal nicht so gemacht; wir haben es beim letzten Mal nach den Methoden gemacht, die wir beim ERA Kurs der Stiftung für Patientensicherheit gemacht haben. Wir haben damals mit einer Person der Stiftung dieses Ereignis aufgearbeitet und haben dann auch diese AcciMap noch verwendet. Grundsätzlich geht es, glaube ich, immer am Anfang darum, das Erlebte darzulegen - ob man jetzt das Fischgräte-Diagramm oder die 7 Why Fragen oder die verschiedenen Hüte braucht, da gibt es ja sehr viele Methoden. In der Ereignisanalyse sind es ja dann auch das Umfeld, positiv und negativ beeinflussende Faktoren und so weiter, die man hinzuzieht. Da brauchen sicher die unterschiedlichen Leute, die dies leiten, moderieren oder machen auch unterschiedliche Methoden. Aber das Fischgräten-Diagramm ist sicherlich vielen Leuten bei uns im Haus einen Begriff, würde ich sagen.
- 25 **MOD:** [0:14:06.1] Spannend. Super, dann würden wir auch schon zum zweiten Teil in diesem ersten Block kommen. Jetzt soll ein bisschen um den Soll-Zustand gehen. Also das, was vielleicht noch nicht so optimal ist oder sicher noch Verbesserungspotential für die Zukunft hat. Es gibt ja das London Protokoll, das Vincent und Kollegen für die Aufarbeitung von Ereignissen im Spitalkontext erstellt haben. Dies sollte eigentlich eine fixfertige Methode bieten, die verwendet werden kann und woran sich das Spital orientieren könnte. Jetzt ist es jedoch so, das in der Literatur trotzdem auch besprochen wird, das diese Methode nicht immer so konsequent genutzt wird und ich frage mich ein bisschen wieso. Meine Frage wäre, was aus Ihrer Sicht grundsätzlich geändert werden müsste, damit dies für die Aufarbeitung von Never Events hürdenfreier in die Praxis übertragen werden kann? Gibt es da eine Anforderung von Ihnen?
- 26 **IP7:** [0:15:17.0] Also ich denke, dass das nicht eine Konzeptfrage ist, sondern dass das eine grundsätzliche Frage ist, ob es in der Führungsetage so gewollt ist, dass man das macht. Und das dafür auch Zeit zur Verfügung steht. Aber häufig passieren solche Ereignisse halt auch im OP's-Umfeld. Und dann geht es weiter; die nächste OP's steht an, die Personen, die Schicht hatten sind am nächsten Tag nicht mehr da, weil sie frei haben oder eine andere Schicht und so weiter. Also ich glaube das ist eher ein Arbeitsorganisationsthema oder ein Führungs- und Commitmentthema und nichts so sehr ein Methodenthema. Ob man jetzt das London Protokoll braucht oder eine andere - nach Lauterburg oder was auch immer - ich glaube das hat mit der Methode nichts zu tun. Das ist Führung und wie durchdringt es im Haus von oben nach unten ist. Auch der Stellenwert oder die Gewichtung, die man diesem beimisst und wie man vorgeht. Da habe ich nicht das Gefühl, dass es ein Methodenthema ist. Also natürlich, wenn man gar keine Methode und keine Ahnung hat, dann ist es sicherlich gut, so einen Leitfaden und so eine Hilfestellung zu haben aber grundsätzlich geht es aus meiner Sicht eher darum, ob man dem Gewicht und einen Stellenwert gibt; dass man das will, dass man das erwartet und dass klar ist, dass das bei so einem Ereignis immer passiert. Dann spielt auch nicht so eine Rolle, ob das ein informatives, konventionelles Zusammenkommen in einem Pausenraum ist, dass nur 5-10 Minuten dauert, bei dem alle etwas dazu sagen können oder ob es sehr

strukturiert ist - in einem ersten Sinn. Eine Analyse ist nachher sicher etwas, das ein wenig mehr Struktur braucht. Aber da habe ich eigentlich nicht das Gefühl, dass es da Hinderungsgründe gäbe, das Protokoll nicht anzuwenden. Ich glaube es ist wirklich eher eine Führungsfrage.

27 **MOD:** [0:17:05.9] Sehr interessant okay. Das habe ich jetzt so aus diesem Aspekt heraus noch nie gehört, aber das macht absolut Sinn. Auch in Zukunft; Wo sollte man aus Ihrer Sicht den Schwerpunkt bei der Aufarbeitung von Never Events legen? Was könnte noch optimiert werden und wo könnte man sagen "hey, hier müssen wir auch in Zukunft sehr gut darauf schauen"?

28 **IP7:** [0:17:31.6] Ja, das ist wieder ein bisschen das Gleiche, das ich schon gesagt habe. Man muss von oben schauen, dass man das macht und überhaupt dazu steht, dass man Never Events und schwerwiegende medizinische Ereignisse hat, die man schuldzuweisungsfrei analysieren möchte und etwas daraus lernen will. Und das man an Fehlern interessiert ist, etwas daraus zu lernen und die nicht unter den Teppich kehrt und verharmlost. Und danach braucht es sicher einen strukturierten Ablauf. Das quasi jeder, der etwas zu diesem Thema sucht wüsste, wie man vorgehen muss und an welche Stellen man sich wenden könnte, wenn man Fragen hätte - wenn es einem nicht gut geht und es einen belastet, was passiert ist. Solche Themen eigentlich.

29 **MOD:** [0:18:21.1] Und wir gehen jetzt auch wieder davon aus, dass ein Ereignis passiert ist. Es wird gemeldet - also die Personen, denen es passiert ist, wären dazu bereit, es mitzuteilen. Und jetzt ist die Frage hier, was es überhaupt für Anforderungen an so eine Meldefunktion gibt. Es gibt ja das CIRS aber das ist eigentlich nicht unbedingt dafür gedacht, solche schwerwiegenden Fälle zu melden. Was bräuchte es aus Ihrer Sicht, damit man damit in Zukunft besser umgehen kann oder dies schon im ersten Schritt schön sortieren könnte?

30 **IP7:** [0:18:54.6] Also Meldefunktion, das Wort Funktion verstehe ich nicht. Also das ist ja im Haus sehr unterschiedlich geregelt. Bei uns wurde festgelegt, dass man im CIRS schon Sachen melden kann aber das es ursprünglich nicht so dafür gedacht wäre und das sicher wenn ein Schaden passiert ist, die Vorgesetzten involviert werden müssen. **Geschwärzt** - das ist ganz unterschiedlich, wie das im Hause geregelt wird. Hauptsache es ist irgendwie geregelt. Aber ob man das in einem Tool erfasst, eine Mail macht oder anruft - ich denke das kann man nicht verallgemeinern. Vielleicht ist die Frage, ob es national etwas geben müsste, damit man anonymisiert - wie CIRNET oder so - das melden könnte, was überhaupt passiert. Das ist ja die Idee der Stiftung Patientensicherheit, so etwas ins Leben zu rufen. Aber da hätte ich jetzt das Gefühl das ist sehr individuell. Und rechtliche Begebenheiten; CIRS ist ja nicht geschützt in der Schweiz, Stand heute, sprich die Vertraulichkeit ist in einem Haftpflichtfall nicht gegeben - was im Gegensatz zu Deutschland und Österreich schon so ist. Das ist in der Schweiz nicht so. Da ist schon eine Motion gelaufen worden. Das Resultat ist auch, klar, dass man das schützen will, soviel mir ist. Aber es wurde noch nicht umgesetzt. Diese Motion wurde von Ruth Humbel schon vor längerer Zeit gestellt. Im letzten Jahr ist damit etwas gegangen aber ich bin gerade nicht auf dem aktuellen Stand oder ich kann mich gerade nicht erinnern.

31 **MOD:** [0:20:48.9] Vorhin haben wir auch schon kurz über das Team gesprochen. Ich habe Sie gefragt, welche Personen normalerweise involviert sind. Diese Frage würde sich jetzt auch noch einmal auf die berufliche Vorbildung beziehen aber ich glaube das haben wir schon diskutiert. Ich würde eher noch fragen, wie Ihre Meinung zu einer anderen Sache ist. Wenn wirklich etwas sehr schwerwiegendes passiert ist, dürfte man das spitalintern analysieren oder würden Sie auch sagen, dass es wie in der Luftsicherheitsbranche eine Behörde von extern braucht, die das macht, damit es sauber voneinander getrennt ist?

- 32 **IP7:** [0:21:27.1] Das ist eine schwierige Frage. Also ich denke das wenn es wirklich ganz schlimm ist, wie bei einem aussergewöhnlichen Todesfall, dann kommt ja die Behörde. Und alles vorher, da denke ich bräuchte es eigentlich... Also es gibt ja so IQM oder so, die so peer-reviews machen. Das könnte sicher eine Idee sein aber ob das in dieser Grösse umsetzbar ist, das zweifle ich an. Ich habe eher das Gefühl, dass es vielleicht verpflichtende Richtlinien oder Auflagen geben sollte, dass man so etwas untersuchen muss und das es nicht freiwillig ist. Aber ich denke, dass es spitalintern viel effizienter ist - vielleicht nicht von derselben Klinik. Aber ich denke wir sind weit davon weg, so etwas umzusetzen. Ich denke, das ist ein bisschen Utopie und Traumvorstellung. Ich denke eher, dass man Hürden abbauen müsste und sich dazu bekennt, dass man sich solche Ereignisse analysieren will, weil man selbst etwas daraus lernen will und etwas machen will. Wieder das Führungsthema eigentlich. Bei der Luftfahrtbehörde hört man dann ja eigentlich, nur das die kommt, wenn es einen Absturz gab. Das wäre ja wie beim Spital, wenn es einen Todesfall gegeben hat. Und dann kommen ja die Behörden schon - dann ist die Staatsanwaltschaft mit dem aussergewöhnlichen Todesfall im Spiel. Deshalb hätte es dort eigentlich schon einen Behördenteil. Und beim ganzen Resten vorher ist es dann wahrscheinlich schwierig zu kategorisieren, wann die Behörde kommen soll und wann nicht. Und immer kann sie nicht kommen, das wäre unmöglich. Deshalb weiss ich nicht, ob ich dort einen Gewinn sehe, dass es von aussen kommt. Vielleicht eher, dass es verbindliche Auflagen gibt oder was man erwartet, was denn ein Spital selbst intern macht.
- 33 **MOD:** [0:23:14.0] Sehr sehr interessant. Dann noch die letzte Frage in diesem ersten Block. Wenn wir jetzt nochmal einen Schritt zurücktreten und das Ganze von aussen betrachten; was wäre abschliessend gesehen Ihr dringendster Wunsch für die Zukunft, damit in Schweizer Akutspitalern besser mit Never Events umgegangen werden kann?
- 34 **IP7:** [0:23:35.8] Ist das selbe, das ich schon gesagt habe. Die Führung. Der Geschäftsleitung muss bewusst sein, dass es wichtig ist, dass man solche Fehler analysieren müsste, um daraus zu lernen. Und dass man nicht immer zurückschaut, wer Schuld ist sondern nach vorne schauen und schauen, was man für die Zukunft daraus lernen kann. Das ist aber ein Change Management Blick oder Offenheit für Veränderungen, für Fehler - für solche Sachen. Ich glaube das ist vielleicht etwas, das mehr in die Ausbildung eingebracht werden müsste - insbesondere bei den MedizinerInnen. Einfach das Fehler schlichtweg passieren und dass man eher lernen müsste, damit besser umzugehen anstatt andauernd zu versuchen, sie zu vermeiden. Also natürlich will man sie vermeiden und nicht zwei oder dreimal denselben Fehler machen. Aber es ist eine Utopie davon auszugehen, dass keine Fehler passieren. Es passieren tagtäglich Fehler. Deshalb müssten man vielleicht ein Gewicht darauf legen, wie man damit umgeht und wie man dem im Alltag begegnen würde, wenn es passiert. Keine Ahnung, ob das aktuell im Curriculum vom Medizinstudium ein Thema ist oder nicht.
- 35 **MOD:** [0:24:52.5] Dann wären wir mit dem ersten Block durch. Der erste Vorschlag wäre, dass man den Fokus auf die Fehler in den Barrieren legt. Das Konzept würde sich am Organisational Accident Causation Model orientieren. Das ist das gleiche wie nach James Reason - worauf auch das London Protokoll zurückgeht. Die Herleitung ist, das Never Events ja eigentlich durch Systemdesign oder Präventionsmassnahmen hätten verhindert werden sollen - sind aber trotzdem passiert. Jetzt würde man mit Hinblick auf das Modell sagen, dass in den Barrieren etwas nicht gut ist. Der Analysevorgang wäre, dass man zuerst eine Rekonstruktion des Ereignisses mit Interviews, Beweissicherung, Fotos, Vor-Ort-Ansicht et cetera macht und dies dann beispielsweise in einem Zeit-Personen-Diagramm darstellt. Im zweiten Schritt würde

man - angelehnt an das London Protokoll - eine Rückwärtsanalyse machen, auf die Suche nach den Fehlern im System gehen und versucht, die Ursache zu identifizieren. Dann würde man aber in einem dritten Schritt noch einmal spezifisch sagen, dass man - abgesehen davon, was man schon herausgefunden hat - noch einmal spezifisch auf die Barrieren schaut, die eigentlich bestehen aber nicht gehalten haben. Und dass man diese noch einmal untersucht. Der Gedanke ist auch, dass es beispielsweise schon bestehende Checklisten gibt, wie man vorgehen soll aber dass es über den Verlauf der Zeit beispielsweise neues medizinisches Material gegeben hat und deshalb diese Checklisten vielleicht gar nicht mehr so aktuell sind. Dann würde man bei diesem Konzept sagen das wenn etwas passiert ist, man sicherlich noch einmal überprüfen müsste, ob diese Barrieren noch aktuell sind oder ob es etwas gibt, das man übersehen hat. Was würden Sie sagen, ist es für die Praxis realistisch, wenn man so vorgehen würde? Und sehen Sie Vor- und Nachteile bei dieser Methode?

- 36 **IP7:** [0:28:14.2] Also je nachdem welches Modell man wählt; man würde ja immer das Ereignis analysieren und nachher schauen, was man besser machen kann. Das ist sicher realistisch. Zeitmässig ist es absolut unrealistisch, aber da ist immer die Frage, wer sich darum kümmert, wie schwerwiegend das Ereignis ist, wo man im Vorhinein einstuft, bei welchem Ereignis man das macht und bei welchem nicht. Bei sehr schwerwiegenden Ereignissen ist es sicher ein Modell zum Vorgehen, dass man diese Sicherheitsbarrieren untersucht. Es ist häufig halt auch ein Kommunikations-, ein unter Zeitdruck arbeiten oder ein Missverständnis Problem. Da ist es dann schwierig, diese Barrieren auszumachen. Es ist häufig nicht eine Warnung, die man in einem Computerprogramm übersehen hat und das daraus dann etwas passiert. Meistens sind es ja dann ganz viele Barrieren und häufig ist es ein Kommunikationsthema und da wird es dann wahrscheinlich schwierig, diese Barrieren ausfindig zu machen.
- 37 **MOD:** [0:29:44.7] Das ist gut, dass Sie das sagen. Das bringt mich gerade zum zweiten Konzeptvorschlag. Hier liegt der Fokus auf den Prozessen. Der Hintergrund hier war, dass es dann vielleicht zu einfach ist, wenn man wie in Konzept 1 den Vorschlag nur auf die Barrieren legt. Das es vielleicht mehr inkludiert und halt auch den Prozess mit Mensch und Technik. Dieser Konzeptvorschlag orientiert sich am SEIPS Modell. Der Analysevorgang wäre im ersten Schritt auch wieder die Rekonstruktion. Im zweiten Schritt würde man auf die Suchen nach den Fehlern im Arbeitssystem und den Prozessen gehen - das würde dieses Modell auch schon vorschlagen, das ist dort integriert - und dieses in einer Ursachenanalyse beispielsweise mit einer AcciMap zu machen. In einem dritten Schritt würde man aber auch hier noch einmal sagen, dass man den Fokus noch einmal auf die Untersuchung der Prozesse in einem Arbeitssystem legt. Welche Menschen da mitgewirkt haben und auch mit den Barrieren, die eigentlich hätten halten sollen. Da würde man dann eine Prozessanalyse machen. Die AcciMap ist halt eher beschreibend und gibt einen Überblick, was in diesem Ereignis eine Rolle hätte spielen können. Aber sie geht unter Umständen nicht noch einmal genauer darauf ein und deshalb würde man dann die Prozesse noch einmal separat untersuchen. Auch hier wäre jetzt die Frage; Ist das realistisch für die Praxis? Und sehen Sie Vor- und Nachteile bei dieser Methode?
- 38 **IP7:** [0:31:22.5] Das ist sicherlich der viel modernere Ansatz als das Konzept 1. Ich denke das erste Konzept war die klassische Patientensicherheitsthematik vom letzten Jahrhundert. Ich denke heute ist man sicherlich vielmehr Prozess- und Schnittstellenorientiert und nicht unbedingt Barrieren. Aber es ist vielleicht eine Kombination von beidem, die dann schlussendlich zum Erfolg führt. Die AcciMap ist sicher sehr ausführlich. Wenn man Cluster bilden kann und sieht, wo mehrere Punkte zusammenkommen und wo ein Teil der Ursache liegen könnte - dann müsste man

dort auch noch einmal ein bisschen forschen, wo mehrere Punkte sind, die zusammengehören und die man analysieren müsste. Welche sind die grössten Bausteine oder die grössten Themen. Vielleicht müsste man sich auch entscheiden - oder, man kann mehrere Themen - aber was kann man unmittelbar beeinflussen, das man dann auch unmittelbar einen Gewinn hat. Aber für mich ist es schwierig zu trennen nur so oder nur so. Das passiert in Realität eigentlich nie. Es ist eigentlich immer eine Kombination.

- 39 **MOD:** [0:32:48.5] Sehr gute Erkenntnis. Dann gehen wir zum dritten Konzeptvorschlag. Das orientiert sich am Drift to Danger Modell oder Work As Imagined, Work As Done. Hier liegt der Fokus auf dem Handlungsspielraum und es kommt auch relativ direkt aus der Literatur in der gesagt wird dass der Handlungsspielraum - vor allem in der Wahl der Mittel und Methoden - zwingend benötigt wird, um ein produktives Ereignis zu erzielen und das es keine 1:1 Vorgabe geben kann, wie die Aufgabe zu erledigen ist. Bei der Aufarbeitung sollte es dann besonders zentral sein, die verschiedenen Handlungsabweichungsmöglichkeiten zu kennen und zu analysieren. Der Analysevorgang ist im ersten Schritt auch wieder gleich wie bei den beiden anderen Konzepten; im ersten Schritt würde eine Rekonstruktion des Ereignisses gemacht werden. Im zweiten Schritt würde man auch wieder mit einer Rückwärtsanalyse untersuchen und im dritten Schritt würde man dann die Handlungsabweichungsmöglichkeiten der Personen anschauen. Dies mit dem Hintergrund, dass Personen beispielsweise Abkürzungen in der Art, wie sie die Aufgabe erledigen, nehmen müssen. Weil dies beispielsweise durch Stress verursacht wurde. Bei diesem Modell würde man ein bisschen den Druck wegnehmen, nicht so sehr mit dem Finger auf die Menschen zeigen und nicht sagen "hey, du hast einen Fehler gemacht". Sondern dass man auch schaut, was die Person überhaupt für Möglichkeiten hatte und wie das alles nachher zu diesem Ereignis führen konnte. Dies würde man beispielsweise mit einer Simulation machen - oder wenn man einen Schritt weiter geht sogar mit Virtual Reality. Das ist sehr modern gedacht aber auch hier die Frage; Denken Sie, dass das realistisch für die Praxis ist? Und sehen Sie Vor- und Nachteile bei dieser Methode, wenn man so vorgehen würde?
- 40 **IP7:** [0:35:09.8] Da habe ich noch nicht ganz begriffen, worauf das abzielt. Also jemand sollte zu viele Aufgaben haben pro das, was er kann und dadurch sollte ein Fehler passieren? Oder wie ist da die Idee dahinter?
- 41 **MOD:** [0:35:28.0] Eine Person hat ja meistens eine gewisse Routine oder eine Art, wie sie eine Aufgabe erledigt. Aber es kann ja auch sein, dass der Druck von Seiten des Managements kommt und gesagt wird "hey, ihr müsst schneller arbeiten". Und dass man dann Abstriche macht in der Art, wie man vorgeht. Und das wiederum führt dazu, dass man weniger Handlungsspielraum hat und dann ist der Gap plötzlich kleiner, bis es dann zu einem Fehler kommen kann.
- 42 **IP7:** [0:35:54.5] Aber ist das nicht eine Kombination aus dem Konzept 1. Wenn man zum Beispiel etwas nicht mehr desinfiziert, dass man desinfizieren sollte oder etwas nicht mehr doppelkontrolliert, dass man doppelkontrollieren sollte. Das ist ja dann eigentlich wie eine Barriere, die man ausser Acht lässt. Ich sehe hier jetzt noch gerade nicht so die Idee, dass das ein eigenständiges Modell sein sollte. Also quasi eine Ursachenanalyse, dass jemand eine Abkürzung genommen hat, die er nicht dürfen hätte. Ich sehe darin jetzt nicht eine Möglichkeit, wie man damit ein Ereignis analysieren könnte. Also ich sehe keinen Unterschied von dem zum eins, muss ich sagen.

- 43 **MOD:** [0:36:36.6] Ja beim eins wäre halt wirklich mehr gedacht, dass man den Fokus nur auf die Barrieren setzt und nicht auf den Menschen. Und hier ist es mehr auf den Menschen bezogen.
- 44 **IP7:** [0:36:45.4] Aha. Ja eben, für mich ist sowieso alles eine Kombination. Für mich kommt kein einzelnes Konzept in Frage. Deswegen finde ich weder das Konzept 1 noch das Konzept 3 umsetzbar. Das geht gar nicht. Man kann ein Ereignis nicht nur auf Barrieren, nur auf den Menschen oder nur auf den Prozess analysieren. Das finde ich utopisch oder sinnlos.
- 45 **MOD:** [0:37:07.4] Sehr spannend. Ich muss auch sagen, dass es in der Literatur auch immer sehr beschönigt wird und es in der Theorie alles immer sehr blumig aussieht.
- 46 **IP7:** [0:37:19.1] Man muss ja sicher von einem Modell ausgehen, das ist ja klar. Aber ich denke die Kunst wird dann auch ein bisschen sein sehr schnell herauszufinden, ob das Ereignis jetzt mehr auf menschlicher Thematik, auf Prozessthematik oder auf Verletzung von Vorschriften zu kategorisieren ist. Nicht dass man es schon schubladisiert - aber dann müsste man dann die geeignete Methode finden, die auf dieses Ereignis passt. Ich hab nicht das Gefühl, dass man jedes Never Event Ereignis oder jedes medizinische Ereignis gleich analysieren kann.
- 47 **MOD:** [0:37:57.2] Eben, eingesetzt würde es sicher bei den sehr schwerwiegenden Ereignissen - das wäre bei allen drei Konzepten so, weil das der Vordergrund für diese Bachelor-Thesis ist. Aber das ist ein sehr guter Input und das habe ich auch schon durch die vorangegangenen Interviews gemerkt; in der Praxis sieht es noch einmal ganz anders aus. Das wäre es eigentlich gewesen. Ich werde durch alle die Aussagen, die ich habe, versuchen das Ganze zu verschmelzen. Das waren jetzt sehr banale Konzepte aber ich werde dann schauen, was dabei herauskommt und dann hoffentlich zu einem zusammensetzen - das wäre das Ziel.
- 48 **IP7:** [0:38:44.4] Ich glaube rein aus der Diskussion oder auch mit anderen Häusern wäre es sehr nötig oder super, wenn es so eine Richtlinie, Anleitung oder Handlungsanweisungen geben würde. Alle schauen noch ein bisschen selbst und pröbeln herum. Von dem her gesehen ist die Not oder der Bedarf an so etwas sicher sehr gross und könnte sicher sehr gebraucht werden. Es ist dann sicher die Frage, wie man dann solche theoretische Modelle überhaupt in den Praxisalltag integrieren kann. Aber wenn man schon von im Voraus sagt, dass es nicht geht, dann probiert man es ja gar nicht und dann geht es sowieso nicht. Deshalb muss man sich bei schwerwiegenden Ereignissen sicher die Zeit nehmen, etwas daraus zu machen oder zu lernen und zu analysieren, weshalb es soweit gekommen ist und was man für die Zukunft verhindern kann. Deshalb ist es sicher super, wenn es dann so etwas gibt.
- 49 **MOD:** [0:39:52.6] Genau. Dann wären wir am Ende. Gibt es noch etwas, das Ihnen auf der Zunge brennt und das Sie unbedingt noch loswerden möchten, weil es noch nicht angesprochen wurde?
- 50 **IP7:** [0:40:05.8] Nein.

Interview 8

Die demografischen Angaben zu Beginn des Interviews wurden aus Datenschutzgründen aus dem Transkript gelöscht.

- 9 **MOD:** [0:09:36.8] Dann würden wir zum ersten Block kommen. Können Sie mir als Einstieg erzählen, wo Ihre Berührungspunkte mit Never Events in Ihrem beruflichen Alltag sind?
- 10 **IP8:** [0:09:50.0] Es ist zur Kultur und zur stehenden Regel geworden, dass kritische unerwartete Ereignisse mit erwartetem Schadenpotenzial vorsorglich zum Teil Riskmanagement über ein Meldesystem angemeldet werden. Es könnten daraus Haftpflichtforderungen für das Spital entstehen und deswegen ist mit den Kliniken vereinbart, dass sie vorsorgliche Anmeldungen machen. Also wenn ein Schaden schon klar ist dann müssen sie es sowieso schon anmelden. Aber in der Erstsituation weiss man ja oft nicht, ob es wirklich eine Sorgfaltspflichtsverletzung des Mitarbeitenden war oder ob es im Rahmen einer Komplikation der Erkrankung zu sehen ist. Dann wäre ja keine Haftung da. Da man das am Anfang oft nicht so klar separieren kann, gilt für die Klinik, dass sie alle besonderen kritischen Ereignissen - sei es ein grösserer Schaden, sei es ein Tod des Patienten - anmelden müssen. Dann kommt im Team Personen und Sachschaden-Abwicklung eine Rückmeldung. Entweder rufe ich den Meldenden wieder an und spreche mit Ihm über das Ereignis. Und darin liegt schon oft die Basis zu entscheiden, ob das ein Ereignis ist wie beispielsweise typische Medikamentenverwechslung, 100 Fach zu hohe Morphindosis und der Patient ist tot und so weiter. Das sind für mich klare Kriterien zu sagen, dass wir da tiefer nachsehen müssen, wie das entstanden ist. Wir haben da eine Vorlage, wir haben ein Konzept dazu geschrieben und wir haben einen Vorgehensablauf, wie diese Ereignisanalyse nach London Protokoll abläuft.
- 11 **MOD:** [0:12:45.8] Okey, sehr spannend. Ich würde dies gerne noch hinten anstellen - es gibt dann später noch eine Frage zum Bearbeitungsprozess. Ich würde mal zu der zweiten Frage kommen. Es gibt ja auch von der Stiftung Patientensicherheit Schweiz die Einteilung oder die Unterscheidung zwischen einem schwerwiegenden medizinischen Ereignis und einem Never Event. Dies einfach mit der Zusatzdefinition, dass ein Never Event verhinderbar gewesen wäre. Er war zwar schwerwiegend aber es hätte nicht passieren dürfen. Wie relevant ist aus Ihrer Praxiserfahrung die Trennung, dass man unterscheidet?
- 12 **IP8:** [0:13:29.7] Wir machen die Unterscheidung nicht. Mir sind diese Never Event Listen sehr bewusst und bekannt. Seit zig Jahren habe ich die realisiert. (Unverständlich) kommen ja aus dem englischsprachigen Bereich. Also ich glaube NHS hat schon lange - 10 Jahre mehr oder was - diese Listen veröffentlicht. Da habe ich immer reingeschaut und Beispiele gesucht, was da an Never Events passiert. Aber konkret für den Alltag, glaube ich, hat das auch nicht eine Konsequenz. Ob jetzt eine Medikamentenverwechslung aufgrund des Aussehens des Medikaments passiert oder eine Patientenverwechslung - alle diese Ereignisse, die auf der Never Event Liste stehen - ob das jetzt darauf ist oder nicht, da schaue ich nicht erst immer nach der Kategorisierung. Es gibt so viele unterschiedliche Ereignisse. Ich schaue nach dem Potenzial der Systemlücke. Sie kennen sicher das London Protokoll. Dort wird ja sehr davon ausgegangen, dass kritische Ereignisse in der Regel nicht individuell bedingt sind, sondern durch Systemlücken entstehen. Wenn Sie das mit dem Swiss Cheese Model of System Failure von Reason vergleichen - die Lücken in den Käsescheiben sind genau die Systemlücken, die wir suchen. Die müssen Sie schliessen, damit der Never Event nicht durchläuft. Da ist das London Protokoll sehr

hilfreich, diese ganz einfache Einteilung wenden wir sehr an. Fehlerbegünstigende Faktoren und fehlerhafte Vorgänge. Zu den fehlerbegünstigen Faktoren sage ich immer Rahmenbedingungen. Das sind Zeitdruck, dunkle Räume, schlechte Sortierungen et cetera. Die anderen sind die fehlerhaften Vorgänge - wirklich eine fehlerhafte Aktivität, die Beteiligte machen. Oder Unterlassung; sie hätten eine 4-Augen-Kontrolle machen sollen aber die wurde nicht gemacht. Dann ist das ein fehlerhafter Vorgang. Das ist unsere wesentliche Suche, diese Systemlücken auf fehlerhafte Vorgänge und Rahmenbedingungen pro Fall zu analysieren. Wir machen dann ganz nach London Protokoll Interviews mit den Beteiligten. Das sind, wenn es sein muss, mehrere Gespräche. Zweimal, dreimal eine Stunde oder anderthalb. Die Ergebnisse dieser Interviews werden zusammengezogen, systematisch auf die fehlerhaften Vorgänge sowie fehlerbegünstigenden Faktoren bezogen und als Verkettung wird dann jeweils dargestellt, welche Lücke welches Voranschreiten des Fehlers ermöglicht hat. Das ist meines Erachtens überhaupt keine Hexerei, dieses ganze Konzept. Das ist sehr einfach und wenn man das sehr reduziert anwendet - wenn man weiss, was man sucht - dann ist das extrem erfolgreich. Ich würde jeden Event immer wieder nach einem London Protokoll evaluieren. Das hat ganz erstaunliche tiefe Ergebnisse. Das sagt ja Vincent auch - es wird nach einem kritischen Ereignis viel zu häufig oberflächlich geurteilt "ja, das war deswegen und jenes". Es wird oft in der Person gesucht, welche einen dummen Fehler gemacht hat. Aber - ich weiss nicht - zu 90% ist das überhaupt nicht der Fall. Die Person ist gewissen Systemlücken aufgesessen und hat es überhaupt nicht realisiert, dass irgend ein Faktum falsch war.

- 13 **MOD:** [0:19:28.4] Sehr spannend. Es gibt ja - auch von der Stiftung Patientensicherheit Schweiz - dieses Kategoriensystem, bei welchem die obersten vier Fälle schwerwiegende medizinische Ereignisse und somit auch Never Events sind. Kategorie F ist ein vorübergehender Schaden am Patienten und Kategorie I wäre dann der Tod des Patienten. Ich frage mich, wie wichtig es aus betrieblicher Sicht ist, dass man ein Ereignis einer dieser vier Kategorien zuordnet.
- 14 **IP8:** [0:20:12.3] Ich habe keine Statistik über die Ereignisse und deswegen habe ich auch keine Kategorisierung. Der stattgefunden Fall ist das entscheidende Ergebnis, das zu untersuchen ist. Am Ende des London Protokolls steht der Massnahmenplan - der ist alles entscheidend. Ohne den verbessern Sie nichts, ohne den ändern Sie nichts. Über Never Events und kritische Ereignisse haben wir keinen statistischen Nachweis.
- 15 **MOD:** [0:21:04.3] Also Sie würden in diesem Fall sagen, dass es für die Wahl der Analyse keine Rolle spielt, ob das Ereignis sehr schwerwiegend war oder nicht. Sie würden immer mit dem London Protokoll vorgehen und dies in jedem Fall anwenden?
- 16 **IP8:** [0:21:19.5] Genau. Das London Protokoll selbst ist sehr aufwändig - also sehr aufwändig ist relativ. Wenn ich mich eine Stunde mit Beteiligten zusammensetze und danach sagen "das und das waren die Fehler" dann ist eine Stunde auch nicht viel, so gesehen. Aber wenn Sie die Zeit betrachten; wir machen in mehreren Runden diese Interviews aber zwischen den Interviews diskutieren wir im QM Team die Aussagen, die die Beteiligten für uns gemacht haben. Also wir machen Zwischenrunden, um weitere tiefgehende Fragen stellen zu können, wo gegenüber dem Standard System, das existiert, die Lücke ist. Da sitzen sie manchmal anderthalb, zwei Stunden mit drei Leuten an Themen und sind das am vertiefen und vorbereiten für die nächste Fragerunde. Und dann machen wir wieder die nächste Fragerunde und dann reden wir mit den leitenden Personen in der Klinik, ob diese das nachvollziehen können und so weiter. Von daher; das können wir nicht für 1'200 CIRS Fälle machen. Das ist schon die Triage, die insbesondere ich mache. Also wenn wir drei, vier solcher

Analysen pro Jahr machen dann sage ich, vier ist auch viel. Das können sie nicht ständig. Dann müsste ich ein eigenes Risk-Team haben, das wäre super. So à la Flugzeugabsturz. Ich habe immer viel Parallelen zwischen den Analysemethoden der Flugbranche. Wenn Sie das sehen, wenn Flugzeugabstürze irgendwo waren, was wird da alles in Bewegung gesetzt? Bis hin zu ganze Schiffe und Tauchcomputer, die alles analysieren - da sind ja riesen Teams dran. Davon würde ich träumen, im Spital solche Ressourcen einsetzen zu können. Das wäre richtig! Nicht nur immer weil 50 oder 100 Personen abgestürzt sind muss man es genauer untersuchen, als wenn ein Patient tot ist. Aber das haben Sie am Anfang klar gesagt; das ist ein riesen, riesen Unterschied zur Flugzeuguntersuchung. Dass es kein Amt gibt, das dort diese Untersuchungen auch verantwortlich durchführt. Das ist eine Krux. Natürlich; wenn sie ein Bundesamt dahinter haben, können im Endeffekt auch Schuldige für diese Systemlücken gefunden werden. Das endet im Strafverfahren und das ist ein ganz grosses, schwieriges Hindernisthema. Das treibt mich heute noch um. **Geschwärzt**, bei dem auch noch nicht klar ist, ob dort ein Strafverfahren eröffnet wird. Das ist ein ganz grosses Ding. Der Patient ist tot und dadurch ist es immer ein Offizialdelikt. Dann ist die Staatsanwaltschaft dabei. Und wenn Angehörige oder wer auch immer eine Strafanzeige machen, dann wird ein Ermittlungsverfahren in Gang gesetzt. Und in diesen Ermittlungsverfahren können Staatsanwälte alles tun und ergreifen, um diesen Todesfall aufzuklären. Das heisst in letzter Konsequenz können sie auch meine Unterlagen - meine London Protokoll Analyse - beschlagnahmen und für ihre Ermittlungen benutzen. Damit wendet sich die ganze Analyse gegen die Mitarbeiter des Spitals. Denn wir analysieren es so tief und so schonungslos - uns interessieren ja die Personen nicht. Uns ist es egal, ob der Assistent oder der Chef oder wer auch immer letztendlich einen Fehler gemacht hat. Für mich ist das überhaupt nicht entscheidend. Ich suche die Systemlücken. Aber die Staatsanwaltschaft sucht eben schuldige. Deswegen ist das so krass gegenläufig. Das ist ein Dilemma in Ihrer Arbeit, dort ein Konzept zur Analyse von kritischen Ereignissen machen zu wollen und insbesondere die schweren mit schweren Schäden bis hin zum Tod. Die Ermittlungstätigkeit von der Staatsanwaltschaft ist ein grosses Problem für mich. Können Sie das nachvollziehen? Haben Sie das in Ihren Interviews schon einmal gehört?

17 **MOD:** [0:27:55.8] Nicht so direkt und nicht so ausführlich, wie es gerade von Ihnen genannt wurde. Es wurde auch schon kurz angetönt, dass die Staatsanwaltschaft vor allem bei einem Tod dann plötzlich an der Tür anklopft und auch dasteht. Aber es ist sehr eindrücklich wie Sie erzählen, dass diese Analyse - mit der man eigentlich einfach nur etwas Gutes machen und diesen Fall aufarbeiten will - so gegen einen verwendet werden kann. Das wurde mir bis jetzt nicht so eindrücklich berichtet.

18 **IP8:** [0:28:29.7] Das ist krass. **Geschwärzt**. Aber das war genau das, was so krass gegenläufig ist. Wenn Sie die Systemanalyse - völlig ohne Hintergrund, wer die Köpfe sind - machen, können Sie in einem Strafverfahren gezwungen werden, diese Unterlagen herauszugeben. Und glauben Sie; wenn das einmal passiert - ein einziges Mal - dann geht das wie ein Lauffeuer durch die Schweiz und durch die Deutschen Spitäler. Dann wird keiner von den Mitarbeitenden mehr an der Auflösung, an der Analyse von Ereignissen mitmachen. Wenn sie nachher selbst mit Vorwürfen konfrontiert werden, ist ja klar. Und die besten Personen, die etwas zur Analyse beitragen können, sind ja die direkt Betroffenen. Das ist wirklich ein Dilemma. **Geschwärzt**. Und alles, was sie verbessert haben, ist ja umgekehrt Anlass anzunehmen, dass dies eine Lücke gewesen ist - dass es vorher schlecht war und eben genau zum Tod des Patienten beigetragen hat. Es ist ja so rum. **Geschwärzt**. Es könnte jeden Tag auch wieder ähnliches passieren. Das ist bei jedem Konzept und

gerade bei den Never Events, gerade bei den schweren kritischen Ereignissen die grösste Herausforderung in der Realität, an diesen Fällen zu arbeiten.

- 19 **MOD:** [0:33:14.1] Das bringt mich auch zu der nächsten Frage. Es ist jetzt ein paar Mal das Wort "wir" gefallen. Was kann ich mir vorstellen; welche Personen sind in so eine Aufarbeitung oder in einen Analyseprozess von Never Events involviert?
- 20 **IP8:** [0:33:30.5] Das QM Team sind fünf Personen. Diese werden nach und nach alle ausgebildet; das erste Mal macht man eine London Protokoll Analyse mit jemandem aus dem Team, der es bereits gemacht hat. "See one, do one, teach one". Das man da Erfahrung drin bekommt. Und das sind alles Qualitäts- und Riskmanager, die nach unserem Konzept - aber letztendlich ist es das London Protokoll - diese Analysen durchführen.
- 21 **MOD:** [0:34:20.7] Sehen Sie Aspekte in der Praxis, die den Umgang mit Never Events typischerweise negativ beeinflussen? Nicht das, was wir schon besprochen haben mit der Staatsanwaltschaft. Sondern wirklich im Prozess des London Protokolls in Ihrem Fall; einfach Sachen, bei denen man merkt, dass wir jedes Mal anstehen und bei denen es immer wieder Probleme gibt.
- 22 **IP8:** [0:34:49.5] Ich sage mal so, das sind die Grundsatzprobleme. Die sind eher psychologischer Natur; wenn das QM kommt und ein Ereignis aufarbeiten will, dann ist das für die Person belastend und es betrifft sie selbst, diese Fehler die da gemacht worden sind. Damit muss man sehr gut umgehen. Wir steigen immer damit ein - aber das ist auch alles London Protokoll - dass wir sagen wir suchen keine Schuldigen. Es gibt keine Sanktionen für die Mitarbeitenden wenn sie uns sagen, dass sie dieses und jenes übersehen haben. Sanktionsfreiheit ist ein klarer Punkt, den man immer deponieren muss. Es hängt aber auch sehr stark damit zusammen, dass die Leitenden des **Geschwärtz** wissen, dass ich eine London Protokoll Analyse durchführe. Und sie wird immer im konkreten Fall in Abstimmung und Entscheidung mit den Kadern durchgeführt. Ich komme nicht als Kontrolletti, stehe plötzlich im Türrahmen und sage "jetzt will ich alles wissen". Das gibt es gar nicht. Es gibt eine stehende Kultur und es gibt ein stehendes Instrument, das die heiklen Punkte berücksichtigt. Dadurch muss ich sagen haben wir nicht wirkliche Probleme, diese Gespräche durchzuführen. Es ist natürlich auch - das muss ich schon auch sagen - dadurch, dass es mit dem Haftpflichtmanagement verbunden ist; wenn es Ereignisse sind, die auch von der Staatsanwaltschaft untersucht werden, dann ist es so, dass wir die Mitarbeitenden in den Strafverfahren mit juristischer Begleitung begleiten. Wir suchen Anwälte aus. Für die Verteidigung des Mitarbeitenden ist die Information, wie so ein Fall abgelaufen ist, enorm wichtig, dass sie genau wissen, was derjenige denn überhaupt gemacht hat. Es tritt auch viel Entlastendes zutage. Die Beteiligten sind dann eher sogar froh, dass man diese Ereignisse sehr sehr tief analysiert. Und deswegen machen sie auch sehr gut mit. Das ist aber auch eine lange Tradition. Ich habe Ihnen gesagt, dass wir über **Geschwärtz** solcher Analysen gemacht haben. **Geschwärtz** habe ich das London Protokoll auch als Instrument eingeführt. Ich habe immer auf die Hürden, die da entstehen können, Rücksicht genommen. Und das Eine ist ganz sicher, dass sie über die Leitungen und Kader gehen müssen und die Entscheidung fällen müssen, ob man die London Protokoll Analyse machen kann und ob sie einverstanden sind. Ich glaube ich habe noch keinen Chef erlebt, der gesagt hat, dass er das nicht möchte. Sie sind immer in der Verantwortung, solche kritischen Analysen auch machen zu müssen, damit es nicht wieder passiert. Also die Chefs sind auch sehr daran interessiert aber sie sind auch daran interessiert, dass wir nicht alle verrückt machen, vor den Kopf stossen, schlecht über die Leute reden oder nachher in der Cafeteria nachher über solche Ereignisse redet. Da gibt es X

	Stolpersteine, die man einfach beachten muss und dann kann man das London Protokoll auch sehr gut anwenden.
23	MOD: [0:39:37.0] Meine Anschlussfrage hier wäre gewesen, wie es dann auf der andern Seite aussieht; welche Aspekte den Umgang mit Never Events positiv beeinflussen. Ich glaube diese Frage wurde bereits relativ beantwortet aber ich frage trotzdem noch einmal; gibt es noch etwas, dass Ihnen dazu in den Sinn kommt?
24	IP8: [0:40:08.6] Also meinen Sie dadurch das wir die Analyse durchführen, was dadurch positives erreicht wird? Habe ich das richtig verstanden?
25	MOD: [0:40:20.7] Nein eigentlich sind wir noch bei der Analyse. Wenn Sie das London Protokoll durchführen; vorhin war die Frage, welche negativen Aspekte es gibt und jetzt ist die Frage, was aber wirklich sehr positiv ist.
26	IP8: [0:40:37.4] Also eins ist - das steht auch im London Protokoll drin - dass es ein berechenbares Verfahren ist. Man kann den Beteiligten vorher erklären, dass wir Rahmenbedingungen suchen, unter denen das stattgefunden hat, und dass wir aktive Handlungen oder Unterlassungen suchen, die das Ereignis ermöglicht haben. In diesem Verfahren ist es nicht ein strukturloses Interview, bei dem ich einfach mal frage, was denn passiert ist. Wir haben ja Ziele, die wir verfolgen. Eben, wir suchen fehlerhafte Vorgänge und Rahmenbedingungen. Das glaube ich, ist sehr positiv für die Befragten, das sie wissen, was auf sie zukommt. Das ist auch sehr positiv, weil ich gesagt habe, dass man vorher die Sanktionsfreiheit klar macht, dass wir keine Schuldigen suchen, dass wir mit den Vorgesetzten vorher gesprochen haben und um Erlaubnis gefragt werden muss. Das sind verschiedenste Punkte, die man zum London Protokoll einhalten muss.
27	MOD: [0:42:03.8] Abgesehen vom London Protokoll oder grundsätzlich; Gibt es vorgeschlagene Techniken wie zum Beispiel die Ereignisbaumanalyse oder das Fischgräten-Diagramm, die Ihnen bekannt sind und die sich für die Aufarbeitung von Never Events auch schon bewährt haben?
28	IP8: [0:42:36.2] Ich mache auf einer Flipchart fehlerhafte Vorgänge, erkläre das den Leuten und der zweite Teil sind Rahmenbedingungen. Ich bleibe bei dem. Klar, Fischgrätenmodell und dann was ist technisch bedingt, was ist menschlich und so weiter; das machen wir nicht, das mache ich nicht, weil wir uns recht stark an das London Protokoll anlehnen. Das London Protokoll hat für die fehlerbegünstigenden Faktoren eine Liste. Da sind Teamfaktoren und auch Technik... Letztendlich gehen wir diese Liste bezüglich Rahmenbedingungen durch und schauen, was auf den Fall passt. Das ist unsere Checkliste, die wir da benutzen. Es gibt ja im London Protokoll das Personen-Zeit-Diagramm; also welche Person ist beteiligt und im Verlauf Person, Zeit. Das machen wir auch. Das ist ja schon ein Instrument. Der abgelaufene Prozess des kritischen Ereignisses im Verhältnis welche Person zu welchem Zeitpunkt beteiligt war.
29	MOD: [0:44:40.2] Sie haben vom London Protokoll gesprochen und dass Sie das wirklich 1:1 so anwenden. In der Literatur wird oft besprochen, dass es nicht so konsequent benutzt wird eigentlich sollte es eine fixfertige Methode für das Spital bieten, dass sie das anwenden können, um ein Ereignis zu analysieren. Und ich frage mich, wieso es trotzdem nicht so ganz gemacht wird. Vielleicht ist das bei Ihnen ein bisschen ungünstig, da Sie es einsetzen und wahrscheinlich auch gut finden. Gibt es trotzdem etwas, bei dem Sie sagen würden, dass Sie das am London Protokoll kritisieren und das man für die Zukunft noch verbessern könnte?
30	IP8: [0:46:16.9] Der Hauptpunkt, der eine Grenze für die Anwendung des London Protokolls darstellt, ist der Aufwand. Der Aufwand ist bedeutend. Sie machen

wochenlang da rum und sind nicht in drei Tagen fertig. Die Beteiligten haben nicht ständig Zeit, mit Ihnen zwei Stunden da zu diskutieren. Der Aufwand ist meines Erachtens das grösste Argument gegen ein London Protokoll. Aber ich würde jedes Ereignis - egal in welchem Spital - mit diesem Vorgehen und mit diesem Konzept dahinter analysieren. Das ist derart tiefgehend. Sie können auf der Ebene wie RCA immer fragen, wie das passiert ist, warum und so weiter. Ich kenne die Gegenargumente nicht, weshalb das nicht funktioniert. Dann sind die Leute einfach nicht konsequent in der Anwendung. Man muss schon einen langen Atem haben. Es ist natürlich so, die fehlerhaften Vorgänge und Rahmenbedingungen herauszufinden. Sie müssen ja mit den Beteiligten erstmals Konsens darstellen, ob das die Lücken gewesen sind, die dieses Ereignis auch verursacht haben. Das ist gar nicht so easy. Wenn Sie diese Bestätigung haben, dann kommt ja erst einmal die nächste Phase, welche Massnahme die Lücke verhindern würde. Das müssen Sie ja auch erst einmal entwickeln. Was ist das denn? Das haben Sie oft nicht einfach so zur Verfügung. Also müssen Sie wieder mit den Beteiligten zu diskutieren anfangen zu diskutieren, was das dann verhindern kann, wenn sie so und so und so... Und dann sind das zum teil sehr aufwändige Massnahmen. Je nach Lücke, die sie finden. Systemlücken ist eben keine Kleinigkeit. Also müssen Sie eine Massnahme erarbeiten und dann haben sie erst einmal die theoretische Massnahme. Jetzt setzen sie einmal eine Massnahme in einer Klinik mit **Geschwärzt** Leuten um! Das ist auch nicht mit einer Schulung mal in einer halben Stunde, Stunde getan. Dann glaube ich gerne; bis Sie wirklich die Umsetzung und die Systemveränderung geschafft haben - da bleiben X auf der Strecke und dann versendet das und dann will keiner mehr etwas davon wissen. Das glaube ich sofort. **Geschwärzt**; ich war auch an kritischen Events beteiligt und ich kann mir das sehr gut vorstellen, wie man Systemlücken abstellen kann. Da muss man aber sehr grundsätzlich Systeme erstellen, damit Menschen das auch tun. Der Mensch ist da auch ein extremes Hindernis. Die besten Massnahmen sind die Massnahmen, die der Mensch gar nicht selbst beeinflussen kann. Das Schlechteste ist, wenn man an etwas denken muss. Da ändern Sie überhaupt nichts mit. Da verändert sich kein System, wenn Sie an etwas denken müssen. Der Mensch muss vor Grenzen gestellt werden im Sinne von dass er nicht durch die Tür gehen kann, weil hinter der Tür ein MR mit magnetischem Feld ist, also kommt man da mit Metall gar nicht rein. Sie können nicht nur ein "Bitte nicht eintreten"-Schild machen; es würden von 100 Leuten trotzdem ein paar versuchen, die Tür aufzumachen. Die Tür muss verschlossen sein und sich nur mit Badge oder für Radiologie Personal öffnen lassen. Das sind die besten Massnahmen, wo der Mensch selbst gar nicht darüber kommt. Dann passiert es nicht. Sie müssen immer denken; wenn sie eine Handlung 1'000 mal machen, dann machen sie sie 998 mal sicher, aber zweimal halt eben nicht. Wie wollen Sie das verhindern? Solche Massnahmen herauszufinden und zu entwickeln ist aufwendig und das wird nicht bis zum Schluss gemacht, das glaube ich. Aber die anderen glauben auch nur, dass wenn sie irgendeine Anweisung machen im Sinne von "jetzt machen wir einen neuen Standard, eine neue Regel"... Das ist keine Systemänderung. Dann ist schon sehr die Frage, wie erfolgreich die eine oder andere Methode ist. Man muss es natürlich auch entsprechend umsetzen.

- 31 **MOD:** [0:51:50.1] Sehr spannend. Das ist tatsächlich auch etwas, das zum Teil auch erwähnt wird. Eben einfach dass dieses London Protokoll auch sehr viele Schritte umfasst. Es ist auch spannend von Ihnen zu hören, dass Sie sagen - auch wenn Sie es selbst anwenden - dass es einen langen Atem benötigt. Meine weitere Frage wäre; wo sollte in Zukunft noch der Schwerpunkt bei der Aufarbeitung von Never Events gelegt werden? Gibt es etwas, bei dem Sie sehen, dass es sich über die Jahre entwickelt hat und wo man auch in Zukunft sehr darauf achten muss, dass das möglichst von allen eingehalten wird?

- 32 **IP8:** [0:52:33.7] Ich bin extrem froh über die vorsorglichen Meldungen, die die Kliniken machen müssen. Weil dann kommt der kritische Event zu einem ganz frühen Zeitpunkt zu mir in die QM/RM Abteilung. Wenn das nicht installiert ist, dann bleibt das im klinischen Bereich und in den Teams. Dann müssen nur zwei, drei Leute von irgendeinem Ereignis erfahren und dann wird selbst individuell irgendetwas gemacht oder so. Ich rede ja dann auch mit denen, die die vorsorgliche Meldung gemacht haben und da kann ich dann auch sehr früh dieses Potential entdecken "oh, das ist eine Sache, die müssen wir untersuchen - oder eben nicht". Ohne den frühen Meldeweg würde ich gar nicht zu diesen kritischen Ereignissen kommen. Sie müssen ja erstmal den Auftrag haben, solche Ereignisse zu analysieren. Da ist natürlich schon heikel; die Mitarbeitenden melden das natürlich nicht einfach so. Sondern wenn etwas passiert, dann gehen sie zu ihrem Chef. Das ist so, das ist der Weg. Aber wenn der Chef in ein QM/RM System eingebettet ist, bei dem man weiss, wie es weitergeht, dann ist dieses System vorbestehend. Die Analyse wird in diesem Moment nicht individuell ausgelöst, sondern es gibt erst einmal diese vorsorgliche Meldung. Dann können wir als Experten - wir kennen ja diese Analyseverfahren sehr gut - entscheiden, ob das geeignet ist. Sie brauchen ein Verfahren, dass es zu der Analyse eines Ereignisses kommt. Es muss ein vorgefertigtes Verfahren sein.
- 33 **MOD:** [0:55:25.5] Okey. Ich denke damit wurde die nächste Frage auch schon ein bisschen beantwortet. Es gibt ja das CIRS System, in dem man eigentlich Einträge machen könnte. Dies war aber eigentlich nicht dafür gedacht, dass man das bei schwerwiegenden Fällen macht sondern bei Near Misses. Meine Frage wäre hier was es dann braucht, damit diese Meldungen wirklich gemacht werden. Oder welche Anforderungen würde es an so ein Meldeportal geben. Aber von Ihnen wurde genannt, dass die Leute direkt zum Chef gehen würden. Habe ich das richtig verstanden?
- 34 **IP8:** [0:56:00.8] Die gehen zum Chef, ja. Aber der Chef muss dann sagen "melde es da und da". Aber es gehört nicht ins CIRS, das muss ich betonen. Wir haben getrennte Meldewege. Da muss man auch klar die Grenzen ziehen. CIRS hat bei den schwerwiegenden Ereignissen, die im Sinne von Verletzung oder Tod ausgehen, nichts zu suchen. Das geht nicht. Aber sie brauchen einen anderen Meldeweg für diese Ereignisse. Und Sie brauchen ein Konzept dazu, das von der Spitalleitung beauftragt werden muss. Nur so ein Meldesystem funktioniert nicht. Die Regeln, was mit den Meldungen passiert, was analysiert wird und dass man die Chefs um Freigabe bitten muss - das ist ja ein Konzept, das ist ein Weg. Der muss auch von oberster Stelle entschieden sein. Da braucht es fixe Regeln.
- 35 **MOD:** [0:57:24.2] Sehr interessant. Als ich mir diese Frage aufgeschrieben habe bin ich ganz anders daran gegangen. Eben, es gibt ja dieses CIRS schon und eigentlich ist es nicht für die schwerwiegenden Fälle gedacht aber damit diese Personen nicht an 1'000 verschiedene Sachen denken müssen und sich erinnern müssen, für welches Ereignis sie wo welche Meldung machen müssen. Einfach dass man es implementieren und alles in das CIRS integrieren könnte. Aber ja, es macht natürlich Sinn wenn man sagt, dass das vertrauliche Sachen sind und dass man nicht alles in den gleichen Topf werfen kann. Oder dass es vor allem einfach ein Konzept dahinter braucht, wie man das macht.
- 36 **IP8:** [0:58:06.9] Ja, exakt. Das ist auch jedem Mitarbeiter hier bei uns klar. Ich meine wir haben **Geschwärtzt** Mitarbeiter - das ist kein kleiner Laden. Und da so Regeln zu implementieren... Aber das funktioniert völlig reibungslos, dass keine Schadenfälle im CIRS landen. Das ist völlige Klarheit - sie landen als vorsorgliche Haftpflichtanmeldungen. Damit sind die Töpfe, die Meldewege sind klar getrennt und es sind andere Regeln. Bei CIRS haben sie Anonymität. Und die Anonymität

funktioniert in solchen kritischen Ereignissen nicht. Sie müssen mit den Beteiligten reden. Also es sind schon diese anderen Regeln, die diesen beiden Systeme dann mit sich bringen.

37 **MOD:** [0:59:07.2] Ja, auch die Anonymität ist ein sehr guter Punkt. Das wurde bis jetzt noch nie gemeldet, aber ich denke das macht sehr Sinn, das man die dann nicht wahren kann, weil man ja mit den Leuten sprechen muss. Wir haben vorher über Teams gesprochen. Ich habe Sie gefragt, wie die Teams meistens zusammengestellt sind. Meine Frage wäre auch noch, ob es aus Ihrer Sicht Sinn macht - wenn man zurück denkt an die Luftsicherheitsbranche; dort kommt ja eine externe Behörde für die Analyse. Ich habe mich gefragt, ob das für das Spital oder für den Gesundheitsbereich auch sinnvoll wäre, wenn man sagt, dass man die Analyse bei gewissen sehr schwerwiegenden Fällen zwingend nach extern geben muss und sie nicht intern analysieren darf. Nicht mit dem Hinblick auf die Staatsanwaltschaft, die dann sowieso kommt, sondern dass man sagt, das man sich als Spital abgrenzt und diese Analyse nach aussen gibt. Würden Sie sagen, dass das Sinn macht?

38 **IP8:** [1:00:17.8] Ich glaube externe, nicht bekannte Personen hätten ein ganz grosses Problem mit der Compliance - mit dem vertrauten Umgang - mit den Personen, denen so ein Ereignis geschehen ist. Da ist es eben doch jemand externes; wer kommt da? Ein Kontrolleur, eine Behörde... Je stärker man nicht weiss, was nachher mit diesen Informationen passiert, desto weniger werden die Beteiligten tief in die Ereignisanalyse einsteigen - weil sie immer Bedenken haben, wo ihre Information hingeht. Das glaube ich ist mein grosser Vorteil. Ich bin natürlich **Geschwärtzt** hier bekannt, habe dieses System mitgebracht und entsprechend auch implementiert. Dieses Vertrauen, das die Mitarbeitenden uns gegenüber bringen, ermöglicht auch diese engen Gespräche. Ich glaube der Erfolg für die Ergebnisse ist grösser, wenn Sie interne Teams haben, die aber professionell sind. Sie müssen ihr Instrument, das London Protokoll, kennen. Das müssen sie beherrschen. Das sind nicht irgendwelche, die mal ein Gespräch führen. Die Regeln auch anwenden und die Hinweise "keine Sanktionen" und so weiter. Ich glaube das unser System sehr erfolgreich ist, weil es auf Vertrauensbasis auch funktioniert. Da hätte der Externe grössere Mühe, glaube ich.

39 **MOD:** [1:02:55.6] Sehr spannend, okey. Macht auch Sinn. Dann wäre noch die letzte Frage; gibt es abschliessend noch irgendeinen dringenden Wunsch den Sie hätten, damit in Zukunft in Schweizer Akutspitälern noch besser oder adäquater mit Never Events umgegangen werden kann? Oder einfach etwas, das Sie bis jetzt noch nicht gesagt haben aber das sehr wichtig ist?

40 **IP8:** [1:03:16.7] Was ich mir aus all den Jahren viel mehr gewünscht habe ist, dass... Ich sage mal ein klassisches Beispiel. Kalium-IV Gabe. Kalium-IV ist mit einer Ampulle tödlich für den Patienten. Für dieses Ereignis, da gibt es allgemeingültige Regeln, um solche Ereignisse zu verhindern. Das geht so ein bisschen in die Richtung Quick Alerts von der Stiftung für Patientensicherheit. Was ist die Best Practice Methode für einen bestimmten Never Event? Diese Best Practice Methode müsste, wenn einer schon tot ist, von den 180 oder 200 Spitälern, die wir in der Schweiz haben, innerhalb der nächsten drei Monate - oder von mir aus im nächsten Jahr - umgesetzt werden. Sie fangen aber in jedem Spital - und wenn Sie Pech haben in jeder Klinik - wieder neu die Diskussionen an, "Muss das so sein", "Muss das dieses sein", "Ist das die Farbe?", "Ist das die Regel?", "Nein, das ist mir zu umständlich". Jeder meint da irgendwie immer mitreden zu können. Dabei gibt es die Best Practice Methode, die gibt es! Und da geht wahnsinnig viel Aufwand und Energie verloren, das jeder Qualitäts- und Riskmanager wieder neu anfängt, diese Diskussionen zu führen und die Instrumente zu entwickeln. Wir fragen immer, was denn die beste

Massnahme ist, das zu verhindern. Sie fangen immer wieder an - das ist so Sisyphus. Und das finde ich frustrierend. Es kann sein, dass wir eine Methode umsetzen, um zum Beispiel Kalium-IV zu verhindern. **Geschwärzt** oder sonst wo passiert genau das gleiche Ereignis und alle sind dann so "woah, ganz schlimm und furchtbar". Wieso schaffen wir das nicht, diese Ereignisse mit ihren Verbesserungsmethoden so rüberzubringen? Bern Insel, USZ - das sind riesen Spitäler. **Geschwärzt**. Da passieren genau die gleichen Sachen. Und da würde ich mir eben manchmal auch eine externe Behörde wünschen, die klar sagt: "So, und bei diesen Never Events - zum Beispiel Kalium-IV oder Patientenverwechslung, oder, oder, oder - wird nicht diskutiert, da wird jetzt umgesetzt. Ein Spital wird verpflichtet, die und die Methode, und das muss so gemacht werden, weil das ist die Regel.". Das wird in der Flugzeugindustrie auch gemacht. Die Reaktion, wenn so ein Flugzeug abstürzt ist, dass hunderte Flugzeuge in der Welt plötzlich stehen bleiben müssen, weil der Fehler ja da sein könnte. Im Spital machen wir das nicht. Wir müssten ja auch sagen "bei der und der Handlung ist das und das passiert, jetzt dürfen die 200 Spitäler das nicht mehr machen". Machen wir aber nicht. Wir hüllen uns in Schweigen "oh es ist einer gestorben" aber es führt dazu, dass es an allen Spitälern weiter passiert. Best Practice umzusetzen und zwar nicht nach JeKaMi-Methode, sondern "das ist der Weg". Ich habe lange Zeit - deswegen komme ich auf Kalium - dafür gekämpft, das Kalium von den Stationen wegholt. Wenn man die Ampullen nicht mehr auf der Stationen hat, dann können sie auch nicht mehr verwechselt werden. Englische und amerikanische Spitäler machen das viel mehr. **Geschwärzt**. "Wir brauchen dieses Kalium und deswegen und dieses und nein, das ist viel zu umständlich". Und die Apotheke hat dann auch nicht mitgemacht, "weil die Apotheke müsste immer diese Infusionen machen"... Sie können sich nicht vorstellen, was man da für Palaber macht. Aber im Endeffekt stirbt nächste Woche in Zürich einer, weil wieder eine arme Pflegende - die tun mir extrem leid, weil die müssen so viele Medikamente geben und die sind immer die Armen, die dann den Fehler machen. Und die kommen dran von der Staatsanwaltschaft. Es ist nicht der Eine, der den Fehler macht. Es ist das falsche System. Kalium gehört nicht auf die Station. Und so eine Regel muss schweizweit umgesetzt werden, Punkt.

- 41 **MOD:** [1:09:10.5] Und das ist ein extrem schönes Schlusswort. Ein schönes Statement, dass es diese Best Practice bräuchte und es nachher keine Diskussionen gibt.
- 42 **IP8:** [1:09:25.6] Ja. Wenn Sie das dick als Fazit unten mit reinnehmen würden, dann wäre das sehr sinnvoll. Ich weiss nicht, wer das umsetzen soll, weil es diese Autorität leider nicht gibt. Es ist immer auf Compliance bezogen; interessiere ich mich als Spital für Best Practice? Dann suche ich das und sage "ja, die **Geschwärzt** machen das auch, dann machen wir das auch". Es ist immer so auf Goodwill. Aber in der heutigen Zeit ohne Ressourcen - Geld ist schwierig, Personal wird schwierig - da machen Sie keine Sachen freiwillig. In der Autoindustrie, in der chemischen Industrie - irgendwo - da macht das auch keiner freiwillig. Da gibt es die Behörde die sagt "zack, das ist die Regel und das ist technisch und da sind schon so und so viel bei zu Tode gekommen und deshalb wird es gemacht, Schluss aus".

Interview 9

Die demografischen Angaben zu Beginn des Interviews wurden aus Datenschutzgründen aus dem Transkript gelöscht.

- 9 **MOD:** [0:01:23.2] Wunderbar, vielen Dank. Dann würden wir zum ersten Teil im ersten Block kommen. Hier wäre meine Einstiegsfrage, ob Sie mir erzählen können, wie Ihre Berührungspunkte mit Never Events in Ihrem beruflichen Alltag sind?
- 10 **IP9:** [0:01:35.2] 1:1 jeden Tag immer wieder - als ich vor **Geschwärzt** angefangen habe, war der Auftrag bei mir, ein Meldesystem einzuführen, das nicht nur Critical Incident Report aufnimmt, sondern auch effektive Zwischenfälle am Patienten. **Geschwärzt**. Ich bewirtschaftete das Tool weiterhin; ich begleite einerseits wie man es bewirtschaftet, wie man mit einem Fall umgeht, aber andererseits auch dann, wenn etwas schwerwiegendes passiert. Dann rapportiert man mir aus der Klinik und meiner Vorgesetzten aus der Konzernleitung, was man dann effektiv daraus gemacht hat.
- 11 **MOD:** [0:02:38.2] Okey. Es gibt ja die Trennung der Stiftung für Patientensicherheit Schweiz. Da wird unterschieden zwischen schwerwiegenden medizinischen Ereignissen und Never Events. Wie relevant ist diese Trennung aus Ihrer Erfahrung?
- 12 **IP9:** [0:02:56.8] Das ist eine ganz schwierige Frage, weil es ist ganz schwierig, das zu trennen. Am Schluss, für mich persönlich unterscheide ich einen Never Event in dem Sinne, dass man den vollständig hätte verhindern können. Es ist ein schwerwiegendes Ereignis, das man vollständig hätte verhindern können, weil die Barrieren da gewesen wären. Hätte man nach Standard Operation Procedure gearbeitet wäre es nicht dazu gekommen. Es gibt aber schwerwiegende Zwischenfälle, die nicht in diese Kategorie reinpassen, weil sie halt auch - vom Kollektiv, vom Patienten selbst - beitragende Faktoren mitbringen, die das begünstigt haben. Und da können wir nicht von einem Never Event sprechen.
- 13 **MOD:** [0:03:37.8] Okey. Es geht noch einen Schritt weiter. Die schwerwiegenden medizinischen Ereignisse werden dann auch noch einmal in vier Kategorien unterteilt; von Kategorie F mit einem vorübergehenden Schaden am Patienten bis zu Kategorie I, in der der Patient verstorben ist. Ist es jetzt da aus betrieblicher Sicht wichtig, dass man das Ereignis einer dieser vier Kategorien zuteilt? Vielleicht auch für die Art der Aufarbeitung, die man danach macht?
- 14 **IP9:** [0:04:02.9] Nein. Ich persönlich fände es gefährlich, wenn man in diese Kategorisierung hineingeht. Klar machen wir auch eine Kategorisierung, aber sie hat für die Bearbeitung im Hintergrund nachher kein grosses Gewicht. Ich finde ein schwerwiegender Zwischenfall oder ein Tod muss genau gleich angeschaut werden und man kann den genau gleichen Prozess anwenden. Es ist relevant, dass man es macht. Zusätzlicher Aufwand betreiben, um das nachher in klare Kategorien einzuteilen ist extrem schwierig. Dann sind verschiedene Personen, verschiedene Köpfe und verschiedene Köpfe interpretieren das anders, auch wenn man es noch so präzise formulieren kann. Genau diese Diskussion hatten wir im Projekt. Es wird sehr schwierig. Am Schluss ist es in den Daten attraktiv zu sagen, dass so und so viele Fälle in der und der Kategorie sind aber es macht uns qualitativ nicht besser.
- 15 **MOD:** [0:04:57.2] Also wird davon ausgegangen, dass wenn es schwerwiegend ist sowieso eine Analyse gemacht wird, egal wie. Spannend. Und wie kann ich mir das vorstellen; es ist ein Ereignis passiert, ein Never Event. Es hätte nicht vorkommen dürfen aber es ist trotzdem vorgekommen. Jetzt stehen wir vor dem Problem wie vorgehen. Wie kann ich mir das vorstellen; wie ist der Bearbeitungsprozess?

- 16 **IP9:** [0:05:21.6] Das wird über das Meldesystem getriggert. Jegliche Mitarbeitende am Patienten, die etwas miterlebt, beeinflusst oder beobachtet haben, können eine neutrale Meldung über die Situation machen. Wir machen keine anonyme Meldung, das kann man aber. Wir zwingen niemanden dazu. Dann kommt es in so eine Triage rein. Das ist im Qualitätsmanagement in der Klinik angesiedelt. Die beurteilen das es ein schwerwiegender Fall oder ein Never Event ist und dann geht es Schritt für Schritt weiter im Prozess. Dann machen sie im Bereich, in dem es passiert ist eine Anfrage und fordern Informationen an. Was war geplant, was ist dann effektiv passiert - wo liegt die Differenz, was lernen wir daraus und was nehmen wir für die Zukunft mit. Und zwar im Bereich selbst. Wir wollen die Leute vor Ort abholen, wir möchten nicht in einem Management drin die Fälle bearbeiten sondern wir möchten die kreative Lösungen des Bereichs abholen. Die Leute sollen sich damit auseinandersetzen. Wir haben ein einfaches Formular mit fünf Fragen, bei dem wir erwarten, dass es zurückkommt. Wenn das zurückkommt geht es in den nächsten Schritt rein. Dann wird beurteilt, ob das Ereignis schwerwiegend oder nicht schwerwiegend ist. Aber das machen wenige Personen, denn je weniger Personen desto weniger Varianzen. Dann wird ein Analyseteam zusammengestellt. Die einzige Vorgabe, die ich mache ist, dass jemand dabei ist, der sich mit der Struktur des London Protokolls auskennt, damit man das anhand von dem durchführen kann. Aber das ist dann nachher, was noch weiter dazukommt sehr abhängig vom Fall selbst. Brauche ich jetzt noch ein Pharmazeut, weil es ein Medikament betrifft, oder brauche ich ihn nicht, weil es überhaupt nicht pharmazierelevant ist? Und dann stellt man so eine Fachgruppe zusammen. Neutrale Personen, nicht vom Fall betroffen. Im besten Fall habe ich mindestens eine Person aus dem Management dabei, die die Kompetenz hat zu entscheiden. Und vielfach Personen, die zu der Gesamtsituation eine Analyse bieten können. Das sind bei kleineren Sachen (unverständlich) zwei Personen. Es sind aber so zwischen zwei bis fünf, eher drei bis vier.
- 17 **MOD:** [0:07:49.8] Spannend. Somit wäre die nächste Frage auch schon ein wenig beantwortet, eben welche Personen involviert werden. Aber wenn ich das richtig verstanden habe wird das Team erst zusammengestellt, sobald der Fall eingetroffen ist? Also es gibt kein fixes Team, auf das immer wieder zurückgegriffen wird?
- 18 **IP9:** [0:08:06.6] Nein. Das haben wir mal diskutiert. Es ist nicht vom Tisch. Es ist eine Option, dass wir vom Corporate Office ein Team zur Verfügung stellen, wo immer wieder das gleiche Team kommt. Aber im Moment finden wir es sinnvoller, dass die Analyse in den Kliniken mit ihrem Fachkräften selbst passiert, weil das nachher am nachhaltigsten ist mit den Massnahmen. Die Leute kennen ihre Prozesse und können den Gesamtkontext besser verstehen. Was sie nachher an Massnahmen definieren wissen sie auch, dass es bei ihnen funktioniert. Das würde anders aussehen, wenn ein externes Analyseteam kommen würde.
- 19 **MOD:** [0:08:46.6] Sehr spannend. Welche Aspekte sehen Sie, die den Umgang oder die Aufarbeitung von Never Events typischerweise negativ beeinflussen? Diese Frage ist darauf ausgelegt das wenn man an der Aufarbeitung von Never Events ist, dass es etwas gibt, bei dem man jedes Mal merkt "ah, das ist uns immer einen Stein im Weg, das ist immer ein Stolperstein oder das funktioniert nie richtig gut". Gibt es da etwas?
- 20 **IP9:** [0:09:14.7] Ja spannenderweise ist es die Just Culture, die in der Schweiz einfach noch nicht da ist. Ich kämpfe an vielen Fronten mit dieser Einstellung. Weil mir sagen die Leute "aber wenn doch etwas falsch passiert ist, dann muss ich dieser Person sagen, dass es falsch war". Aber wenn man von diesem Ansatz her in eine Analyse geht dann hat man die Leute verloren. Im Gegenteil; ich finde die sind so gestraft, dass es Second Victims sind. Diese abholen und sie anhören ohne ein Blame in der Formulierung und in der Haltung ist so viel zielführender, um nachher

eine gute Analyse zu machen. Es ist die Kultur. Und in der Schweiz sind wir noch nicht so weit - ich habe den Vergleich mit Middle East und Südafrika. Und die sind Meilen weiter als wir.

- 21 **MOD:** [0:10:00.0] Sehr spannend. Das ist wirklich eine Frage, bei der fast immer die gleiche Antwort kommt. Ich habe jetzt acht Interviews geführt und jedes Mal wird die Kultur erwähnt, das ist schon noch interessant. Gibt es dann auf der anderen Seite auch etwas, das den Umgang oder die Aufarbeitung mit Never Events positiv beeinflusst? Bei dem man sagen kann "doch Stand jetzt das verhebt"?
- 22 **IP9:** [0:10:21.5] Der Feedback-Loop. Wir haben X beliebige Mitarbeitende. Die dürfen und sollen alle melden und sie machen es auch. Und das wir dann auch sagen "danke vielmal. Aufgrund deiner Meldung haben wir das gelernt und das für die Zukunft angepasst". Das ist das Wichtigste, weil darüber wird dann auch wieder gesprochen. Jeder einzelne Mitarbeitende erhält eine Rückmeldung und merkt, dass er etwas aktives beigetragen hat für eine sicherere Welt. Man spricht darüber und sagt, dass das nicht einfach einen Datenfriedhof ist, wenn man es meldet sondern es wird erzählt, dass man ein Feedback erhalten hat und dass die dann effektiv etwas daraus gemacht haben. Das finde ich elementar. Weiter finde ich auch extrem wichtig; am Schluss einer Bearbeitung möchten wir einen Massnahmenplan haben. Wir möchten Massnahmen haben, damit wir so etwas eliminieren oder reduzieren können, dass es so noch einmal auftritt. Dort sehe ich eine grosse Herausforderung, dass die Leute komplexe, schwierige, teure Massnahmen formulieren und dann daran scheitern, weil das nicht machbar ist. Oft lese ich auch, dass man eine Schulung macht und die Leute sensibilisiert. Das hat eine Halbwertszeit von drei Wochen und danach ist das Wissen weg. Ich sage immer, dass wir Systembarrieren machen müssen. Wir müssen im System denken; was kann ich verhindern, dass es nicht mehr passiert? Ich nehme immer das Beispiel des Bankomats; mein Geld erhalte ich erst, nachdem ich die Karte gezogen habe. Die Karte muss ich aus dem Automaten nehmen und erst dann kommt das Geld. Das war früher anders, da konnte man das Geld rausnehmen und gehen und deshalb sind die Karten immer liegen geblieben. Genau das sind Lösungen. Solche Massnahmen möchte ich in den Massnahmenplänen lesen, die simpel und einfach sind. Medikamente richten ist so etwas; man wird gestört beim Medikamente richten. Man hat Pamir, man hat störungsfreie Zeiten definiert, man hat Leuchtwesten an - alles super Massnahmen aber es funktioniert trotzdem nicht. Dann schliesst doch einfach den Raum ab - es kann niemand mehr stören, es hat kein Telefon drin - das ist eine Systembarriere. Wir müssen viel mehr so denken, dann sind wir gut.
- 23 **MOD:** [0:12:50.5] Okey, sehr spannend. Wenn wir nachher zu den Konzepten kommen wird das wahrscheinlich auch noch einmal ein Punkt sein. Ich würde mal weitergehen mit der Frage hier. Gibt es bestimmte vorgeschlagene Techniken, beispielsweise aus der Literatur oder aus Kursen, die Sie kennen und die sich bereits für die Aufarbeitung von Never Events bewährt haben?
- 24 **IP9:** [0:13:17.9] Wir haben in unserem Zwischenfallmeldesystem verschiedene Tools, weil wir nicht sagen "das ist das Tool, dass ihr anwenden müsst". Wir sagen, dass sie ein London Protokoll machen sollen und auch darin kann man dann frei wählen, welche Tools man anwenden will. Wir haben das Fischgräte-Modell drin, das finde ich auch immer sehr hilfreich, um eine Ursache-Wirkungs-Analyse zu machen. Wir haben auch die RCA drin, mit der man der Ursache - wir wollen die Ursache wissen. Und womit wir sehr stark arbeiten sind die beitragenden Faktoren. Wir sagen "was hat das alles beeinflusst" und das ist auch ein Teil des London Protokolls. Weil es ist nicht immer nur ein Faktor. Ich glaube ich habe noch selten einen Fall gesehen, bei dem nur ein Faktor schuld war, der dazu geführt hat. Daher finde ich das strukturierte und

standardisierte Bearbeiten anhand des London Protokolls immer noch die beste Variante.

25 **MOD:** [0:14:14.4] Spannend. Ich glaube das bringt mich auch gerade zu der nächsten Frage. Jetzt wären wir im zweiten Teil, bei dem es um den Soll-Zustand gehen soll. Gerade auch beim London Protokoll liest man in der Literatur immer mal wieder, dass es nicht so konsequent eingesetzt wird. Aber eigentlich wurde es ja extra für die Aufarbeitung von Ereignissen im Spital erstellt und es sollte eigentlich auch eine fixfertige Methode bieten, an der man sich orientieren kann. Ich frage mich daher, wieso es nicht so genutzt wird, wenn es ja eigentlich so eine Methode gibt. Bei Ihnen ist es jetzt in dem Fall so, dass es eingesetzt und verwendet wird. Sehen Sie trotzdem noch Verbesserungspotential? Etwas, das man doch noch ändern könnte damit es doch noch hürdenfreier in die Praxis übertragbar ist?

26 **IP9:** [0:15:12.7] Es wird immer gefordert, dass es nicht aufwendig sein darf und dass es einfach werden muss. Ich kann das bedingt verstehen aber ich sage immer es geht um Patientensicherheit, da sprechen wir nicht von Zeit einsparen. Wenn ich eine Barriere einschalte wie eine Safe Searchery Checkliste, dann ist das ein zusätzlicher Aufwand? Es ist keine Minute - ich habe es mehrfach gestoppt. Aber Sie müssen innehalten, sie müssen die Checkliste durchführen und es ist eine bewusste Hürde. Wir müssen aufhören damit zu sagen, dass wir den Arbeitsalltag erleichtern müssen. Im Endeffekt - nachhaltig und in die Zukunft gerichtet - werden wir weniger Zwischenfälle haben, wir werden effizienter durch die kontinuierliche Verbesserung der Zwischenfälle und es wird sich dann schon auszahlen. Aber im Moment selbst müssen wir Hürden und Barrieren gestalten, damit es eben nicht so weit kommt. Unser Mindset muss sich da anpassen. Wenn die Leute beginnen, damit zu arbeiten... Was wir eben auch so als Gedanken haben ist, das Ganze auf die Basis herunterzubringen. Ich muss nicht auf der Management-Ebene ein London Protokoll durchführen und dann Entscheide treffen und das Gefühl haben, dass es jetzt in jeder Abteilung meiner Klinik genau so gut funktioniert. Vielleicht habe ich eine ganz andere Ausrichtung von der Infrastruktur her. Ich habe ein ganz anderes Kollektiv, das kann für mich einfach nicht funktionieren. Wir müssen den Mut haben zu sagen "auf dieser Abteilung haben wir ein massives Problem mit Stürzen". "Ja klar, es ist das Kollektiv, aber wir haben ja schon alles gemacht.", "Nein. Habt ihr wirklich für jedes individuelle, habt ihr angeschaut, was es gibt?". Das kostet das Team fünf Minuten am Tag. Aber am Schluss gewinnen Sie mehr Zeit, weil der Patient nämlich nicht stört. Aber ich kann ihnen nicht aufgrund einer Statistik zeigen, wie viel Zeit und Kosten wir einsparen. Diese Daten habe ich nicht. Ich glaube die Einfachheit, wie man die Fälle in der Zukunft lösen will - da müssen wir hinkommen.

27 **MOD:** [0:17:26.1] Und wo sollte man in der Zukunft bei der Aufarbeitung von Never Events vielleicht noch ein bisschen den Schwerpunkt legen aus Ihrer Sicht? Vielleicht etwas, das allgemein - auch national - noch nicht wirklich so gemacht wird aber bei dem Sie finden, dass man da in Zukunft auch sehr gut darauf achten müsste.

28 **IP9:** [0:17:48.8] Ich glaube, um die Kultur zu fördern fände ich es schon attraktiv, eine Behörde zu haben, bei der man einerseits melden muss. Ich fände es auch attraktiv wenn eine Behörde in das Haus kommt und eine Fallaufarbeitung begleiten oder selbst durchführen würde. Aber ich finde die Fallaufarbeitung im Team in der Klinik muss stattfinden. Das können wir niemandem abnehmen. Weil mit dem Auseinandersetzen mit diesen Zwischenfällen passiert so viel, das ich in keiner Schulung jemandem beibringen kann. Das muss passieren, man muss sich mit den Fällen auseinandersetzen. Aber schweizweit darüber reden, es thematisieren, es kontinuierlich offenlegen wo man steht, das fände ich für die Sensibilisierung der Just Culture schon attraktiv.

- 29 **MOD:** [0:18:36.2] Bei meiner nächsten Frage wäre es darum gegangen, welche beruflichen Anforderungen es im Hinblick auf die Personen gäbe, die im Team sind, welches Never Events aufarbeitet. Diese Frage hat sich herausgestellt ist ein bisschen redundant, weil die meisten schon ein Team haben und dieses auch aus verschiedenen Berufsrichtungen zusammengesetzt ist. Trotzdem würde ich gerne noch einmal fragen; was würden Sie sehen, was bräuchte es? Bräuchte es beispielsweise einen Arzt, bräuchte es A&O Psychologen, bräuchte es Personen aus dem Juristenwesen, um so ein perfektes Team zusammenzustellen?
- 30 **IP9:** [0:19:17.9] Das perfekte Team nimmt Rücksicht auf das Ereignis selbst. Wer ist betroffen und um was geht es. Geht es um Medikamente, dann brauche ich einen Pharmazeuten. Sehr oft muss ich persönlich auch in unserer Rechtsabteilung nachfragen, weil ich finde das wir in einen juristischen Bereich gehen, bei dem ich selbst Beratung brauche, weil ich es nicht weiss. Es ist immer sehr hilfreich, wenn wir Medlaw Absolventen haben, die dort ein Fachwissen haben - oder dann eben unsere Rechtsabteilung. Aber ich kann nicht sagen, dass es das immer braucht. Wenn ein Patient stürzt brauche ich keine Rechtsabteilung. Dann brauche ich versierte Pflegepersonen, die genau wissen, was man alles machen kann. Kreative Köpfe; ich brauche Leute im Team die bereit sind, sich auf etwas Neues einzulassen.
- 31 **MOD:** [0:20:07.9] Also geht es auch hier wieder sehr stark darum, was der Fall ist und nicht dass man einfach ein fixes Team hat.
- 32 **IP9:** [0:20:13.8] Ich finde es zielführender, wenn man das Team je nach Fall zusammenstellt und nicht ein fixes Team hat. Ja.
- 33 **MOD:** [0:20:24.5] Und was würden Sie sagen; die Personen, die im Ereignis involviert waren - macht das Sinn, wenn man die in das Aufarbeitungsteam integriert?
- 34 **IP9:** [0:20:34.5] Nein, das ist definitiv ein Nein. Ich finde man sollte die Person unbedingt involvieren aber sie soll nicht im Team sein, das an einer Lösung arbeitet. Was ich spannend finde ist wenn man betroffene Personen fragt - oder man muss es nicht einmal fragen. Die sagen dann "hätte ich doch" oder "wieso habe ich nicht" und das sind genau die Informationen, die wir brauchen. Hätte ich doch und wieso habe ich nicht helfen herauszufinden, wie es dann trotzdem dazu gekommen ist, obwohl man wusste, dass es nicht richtig ist. Das sind die Punkte, bei denen man nachher recherchieren muss. Und das soll nicht die betroffene Person selbst machen. Aber Abholen ist auch quasi ein Heilungsprozess, damit sie aus dieser Schuldgefühl-Spirale rauskommen. Dass sie für die Zukunft für weitere Fälle aktiv einen Anteil nehmen können, damit es eben nicht mehr passiert.
- 35 **MOD:** [0:21:28.5] Sehr ein wichtiger Punkt, glaube ich. Und wenn wir jetzt auch noch einmal darüber nachdenken, dass es vielleicht wirklich ein sehr schwerwiegender Fall war, bei dem jemand verstorben ist. Ich frage mich auch dort, ob es sinnvoll oder vielleicht sogar auch gefährlich ist für ein Spital wenn man sagt, dass man die Aufarbeitung mit Personen des betroffenen Spitals macht. Würden Sie auch sagen - Sie haben es vorher schon kurz angetönt mit der externen Behörde - dass es vielleicht gar nicht so schlecht wäre. Aber dass man es so oder so nach draussen an ein externes Team gibt, beispielsweise auch an Leute von einem anderen Spital. Was wäre da Ihre Meinung dazu?
- 36 **IP9:** [0:22:11.6] Also ich würde nicht jemanden aus einem anderen Spital nehmen. Ich würde niemanden, der nicht aus **Geschwärzt** kommt, bei mir im Spital haben wollen. Wenn es eine öffentliche Behörde ist, so wie eine ISO-Zertifizierung zum Beispiel, da kommen auch Leute aus anderen Spitälern zum Beispiel und sind dann ISO-

	Auditoren. Aber dann haben wir eine andere Rechtssituation. Wenn dann ein sehr klar definiertes Gremium von der Behörde gestellt, ansonsten nicht.
37	MOD: [0:22:40.0] Also es müsste wirklich eine neutrale Behörde sein.
38	IP9: [0:22:43.2] Ja, sehr neutral.
39	MOD: [0:22:47.1] Okey. Und in diesem Teil wäre jetzt noch die letzte Frage; wenn wir noch einmal einen Schritt zurücktreten und das Ganze von aussen betrachten. Was wäre ihr dringendster Wunsch oder Ihre Anforderung an die Zukunft, damit in Schweizer Akutspitälern besser mit Never Events umgegangen werden kann?
40	IP9: [0:23:04.8] Gute Gesetzeslage in der Schweiz. Ich hätte gerne ein Schutz unserer Lernsysteme, 100%iger Schutz. Weil die Problematik ist die, das wenn jemand im Spital verstorben ist wir die Staatsanwaltschaft im Hause haben. Dann rate ich ganz klar; führt kein London Protokoll, macht kein Meldesystem - lasst das blank. Lasst den Fall aufarbeiten und wenn wir dann noch Kapazität haben und die Zeit nach dem Zwischenfall nicht zu lange gewesen ist, dann können wir immer noch ein London Protokoll machen. Wir dokumentieren gut und ausführlich aber wir involvieren auch klare Personen. Und das müssen wir trennen. Also ein 100% Schutz unserer Lernsysteme und jegliche klinikspezifischen Bearbeitungen eines Zwischenfalls müssen geschützt werden.
41	MOD: [0:23:54.4] Ich habe diesen Punkt auch schon gehört, das die Staatsanwaltschaft einem dann auf gut Deutsch einen Strich durch die Rechnung machen kann. Oder das man eigentlich das Gute will, diesen Fall aufarbeiten möchte und dann kommen die, beschlagnahmen Dokumente und am Schluss wird es gegen einen verwendet. Das ist auch etwas, das ich in meiner Recherche nicht gefunden habe aber das doch ein sehr zentraler Punkt zu sein scheint. Das hat mich ein wenig erschüttert, als ich das das erste Mal gehört habe und jetzt höre ich es wieder. Das scheint wirklich ein Problem zu sein.
42	IP9: [0:24:25.5] Der Bund hat ein Gutachten beauftragt, das gemacht worden ist. Und es gibt die Motion Humbel. Also es gibt eine Motion; Ständerat und Nationalrat haben diese Motion angenommen und jetzt ist der Bund eigentlich im Zugzwang, eine Gesetzesänderung zu machen. Aber bis jetzt ist nichts passiert.
43	MOD: [0:24:49.6] Dann gibt es hier noch vieles, um für die Zukunft zu verbessern.
44	IP9: [0:24:54.5] Das ist der wichtigste Faktor. Wir können nicht eine Behörde einsetzen, die Never Events recherchiert und auf der anderen Seite haben wir keinen Schutz unserer Lernsysteme. Das geht nicht, das beisst sich. Entweder das Eine oder das Andere.
45	MOD: [0:25:09.2] Das ist auch ein guter Punkt für mich, um nachher so ein Konzept zu erstellen oder das man das einfach wirklich im Hinterkopf hat. Man kann sich wahrscheinlich auch da noch so viel Mühe geben und das Konzept kann noch so perfekt sein aber wenn es am Schluss nachher gegen einen verwendet wird, dann war alles umsonst. Also ist sicher wichtig, dass das auch vermerkt und beachtet wird. Dann wären wir mit dem ersten Block durch und würden zum Zweiten kommen. Der erste Vorschlag wäre, dass man den Fokus auf die Fehler in den Barrieren legt. Das Konzept würde sich am Organisational Accident Causation Model orientieren. Das ist das gleiche wie nach James Reason - worauf auch das London Protokoll zurückgeht. Die Herleitung ist, das Never Events ja eigentlich durch Systemdesign oder Präventionsmassnahmen hätten verhindert werden sollen - sind aber trotzdem passiert. Jetzt würde man mit Hinblick auf das Modell sagen, dass in den Barrieren etwas nicht gut ist. Der Analysevorgang wäre, dass man zuerst eine Rekonstruktion

des Ereignisses mit Interviews, Beweissicherung, Fotos, Vor-Ort-Ansicht et cetera macht und dies dann beispielsweise in einem Zeit-Personen-Diagramm darstellt. Im zweiten Schritt würde man - angelehnt an das London Protokoll - eine Rückwärtsanalyse machen, auf die Suche nach den Fehlern im System gehen und versucht, die Ursache zu identifizieren. Dann würde man aber in einem dritten Schritt noch einmal spezifisch sagen, dass man - abgesehen davon, was man schon herausgefunden hat - noch einmal spezifisch auf die Barrieren schaut, die eigentlich bestehen aber nicht gehalten haben. Und dass man diese noch einmal untersucht. Der Gedanke ist auch, dass es beispielsweise schon bestehende Checklisten gibt, wie man vorgehen soll aber dass es über den Verlauf der Zeit beispielsweise neues medizinisches Material gegeben hat und deshalb diese Checklisten vielleicht gar nicht mehr so aktuell sind. Dann würde man bei diesem Konzept sagen das wenn etwas passiert ist, man sicherlich noch einmal überprüfen müsste, ob diese Barrieren noch aktuell sind oder ob es etwas gibt, das man übersehen hat. Was würden Sie sagen, ist es für die Praxis realistisch, wenn man so vorgehen würde? Und sehen Sie Vor- und Nachteile bei dieser Methode?

- 46 **IP9:** [0:28:59.5] Ich sehe es absolut als realistisch. Das ist ziemlich stark so, wie wir heute arbeiten. Nur der Fokus auf die bestehenden Barrieren zu legen fände ich schade. Das schränkt einen ein, um kreativ weiterzudenken, was es denn noch bräuchte. Da muss man wirklich einfach auch zwei Schritte zurückstehen, um das anzuschauen. Die Leute haben gar nicht so Mut, mal etwas ganz anderes auszudenken. Es sind die sehr kreativen Ideen, die nachher zielführend sind. Was ich halt einfach merke, je länger ich mich mit Patientensicherheit beschäftige; die beitragenden Faktoren, wie es da in der Spalte contributory factors sind, die finde ich sind elementar. Man muss schauen, welche Faktoren dazu geführt haben. Und auf diese Faktoren muss man spezifisch eine Barriere machen.
- 47 **MOD:** [0:29:48.5] In dem Fall würden Sie sagen ist es zu wenig, wenn man den Fokus wirklich nur auf Checklisten, auf medizinisches Material und so weiter legt?
- 48 **IP9:** [0:29:57.9] Ja. Wir müssen uns hinterfragen, ob die Barriere die richtige Barriere ist, um das zu verhindern, was wir verhindern möchten. Vielleicht ist es die falsche Barriere.
- 49 **MOD:** [0:30:10.0] Okey. Wenn wir jetzt trotzdem noch einmal zurückgehen und sagen, dass wir den Fokus auf die Barrieren legen. Würden Sie sagen, dass das vom Aufwand - von den Ressourcen und der Zeit, die aufgewendet werden muss - vertretbar?
- 50 **IP9:** Ich glaube es ist schwierig, dies an einer zeitlichen Ressource festzumachen. Ich sagen meinen Leuten zum Beispiel auch - auch wenn wir nicht einen so schwerwiegenden Fall haben - aber der kann doch einfach immer wieder genau so auftreten. Dann ist es doch genau so wichtig, dass man das analysiert. Für das brauche ich kein Team, da muss ich keine Interviews führen. Da kann ich einfach mal für mich im Büro überlegen, was ich für eine Organisation habe und was ich für beitragende Faktoren habe. Also eigentlich das genau gleiche Prinzip durchmachen und ich bin je nach Fall zwischen einer halben Stunde und zwei Stunden fertig und habe ein Bild für mich selbst, wo ich dann weiss "okey, jetzt brauche ich vielleicht doch noch diese Person, die mir weitere Informationen geben kann" oder wenn ich jetzt in diese Richtung Verbesserungen machen möchte, dann brauche ich unter Umständen noch eine Herstellerfirma eines medizinischen Geräts.
- 51 **MOD:** [0:31:25.8] Sehr spannend. Ich würde sagen wir gehen mal weiter zum zweiten Konzeptvorschlag. Hier liegt der Fokus auf den Prozessen. Der Hintergrund hier war, dass es dann vielleicht zu einfach ist, wenn man wie in Konzept 1 den Vorschlag nur

auf die Barrieren legt. Das es vielleicht mehr inkludiert und halt auch den Prozess mit Mensch und Technik. Dieser Konzeptvorschlag orientiert sich am SEIPS Modell. Der Analysevorgang wäre im ersten Schritt auch wieder die Rekonstruktion. Im zweiten Schritt würde man auf die Suchen nach den Fehlern im Arbeitssystem und den Prozessen gehen - das würde dieses Modell auch schon vorschlagen, das ist dort integriert - und dieses in einer Ursachenanalyse beispielsweise mit einer AcciMap zu machen. In einem dritten Schritt würde man aber auch hier noch einmal sagen, dass man den Fokus noch einmal auf die Untersuchung der Prozesse in einem Arbeitssystem legt. Welche Menschen da mitgewirkt haben und auch mit den Barrieren, die eigentlich hätten halten sollen. Da würde man dann eine Prozessanalyse machen. Die AcciMap ist halt eher beschreibend und gibt einen Überblick, was in diesem Ereignis eine Rolle hätte spielen können. Aber sie geht unter Umständen nicht noch einmal genauer darauf ein und deshalb würde man dann die Prozesse noch einmal separat untersuchen. Auch hier wäre jetzt die Frage; Ist das realistisch für die Praxis? Und sehen Sie Vor- und Nachteile bei dieser Methode?

- 52 **IP9:** [0:33:13.3] Was meinen Sie unter Punkt zwei mit Suche nach Fehler im Arbeitssystem und Prozesse?
- 53 **MOD:** [0:33:19.9] Das bezieht sich auf das Modell. Das wäre eigentlich das Arbeitsmodell, das sie vom SEIPS Modell so betiteln. Es gibt wie zugehörig dazu die AcciMap, die man verwenden kann, die eine Auflistung macht. Es gibt dann wie so einen Überblick, was alles dazu beigetragen hat, dass es zu diesem Ereignis gekommen ist. Aber es geht eben unter Umständen nicht genauer darauf ein sondern es ist eher deskriptiv.
- 54 **IP9:** [0:33:58.1] Womit ich mich schwertue ist die Darstellung mit diesen verschiedenen Verbindungen untereinander und andererseits der Prozess isoliert. Weil ich denke, dass es der Prozess ist, der in diesem Umfeld steht. Also der Prozesskontext ist relevant. Und dann würde ich sagen wäre das schon spannend aber das man sagt man schaut einerseits den Prozess an, aber man schaut eben auch die Schnittstellen an, die einen Einfluss auf den Prozess haben. Weil nur die Prozessperspektive ist mir wieder zu isoliert.
- 55 **MOD:** [0:34:34.0] Okey. Also dann müsste man es eigentlich verbinden und ein bisschen gesamtheitlicher machen - wie Sie gerade gesagt haben die Barrieren und den Prozess und nicht nur entweder oder.
- 56 **IP9:** [0:34:51.0] Genau. Ich habe ein Beispiel. Wir hatten **Geschwärzt** Never Events mit einem **Geschwärzt** und in **Geschwärzt** Situationen war der Never Event, das die Führung in den Körper reingerutscht ist. Das hat niemand gemerkt und man hat die Fehlkontrolle nicht gemacht. Kurze oder lange Zeit später war dem Patienten nicht gut und man hat dann festgestellt, dass etwas im Körper zurückgeblieben ist. Wir können noch so Systembarrieren machen - Zählungen und so weiter - aber wieso kann man nicht viel früher ansetzen und mit dem Hersteller dieses Produkts reden und sagen: "Könnt ihr das Produkt nicht so designen, dass das gar nicht in den Körper reinrutscht?". Weil sonst habe ich wunderbare Systeme bei mir und es passiert trotzdem. Das meine ich mit wir müssen viel weiter denken aber trotzdem einfach bleiben.
- 57 **MOD:** [0:35:49.4] Also das man sogar auch externe Faktoren miteinbezieht.
- 58 **IP9:** [0:35:54.3] Ja. Wir sind auf den Hersteller zugegangen und stehen in Diskussion mit ihm, weil wir genau das verhindern möchten. Das sehe ich nicht, wenn ich nur den Prozess anschau. Was kann ich dafür tun. Wieso muss nur ich etwas dafür tun, wenn ich doch denke, dass es auch noch anders gehen könnte?

- 59 **MOD:** [0:36:11.7] Absolut, ja. Lassen sich dann die externen Faktoren dann auch verändern oder ist der Hersteller dann auch nachgiebig und sagt "ja okay, wir sehen das Problem" oder stösst man dann doch oftmals wieder auf eine Wand und auf Ablehnung?
- 60 **IP9:** [0:36:30.9] Das ist unterschiedlich. Es gibt sehr kooperative, offene Hersteller, die finden "hey, spannender Ansatz, ja voll". Wir hätten auch schon einmal eine Etikette von einem Desinfektionsmittel gewollt, bei dem ein oranger Vermerk darauf gemacht wird "Achtung, nur zur äusserlichen Anwendung". Dort sind wir gescheitert und haben diese Etikette dann halt selbst gemacht. Als das Produkt geliefert wurde haben wir es dann auf die Flasche gedruckt. Es gibt beides. Aber ich finde es soll uns nicht daran hindern, dann auch mit Herstellern ins Gespräch zu kommen. Oder eben mit anderen - das was im linken Bild ist - mit Technologie, mit Organisation, mit Personen, mit Infrastruktur.
- 61 **MOD:** [0:37:13.8] Ja. Ich würde sagen, dass wir noch zum letzten Konzeptvorschlag kommen. Der orientiert sich am Drift to Danger Modell oder Work As Imagined, Work As Done. Hier liegt der Fokus auf dem Handlungsspielraum und es kommt auch relativ direkt aus der Literatur in der gesagt wird dass der Handlungsspielraum - vor allem in der Wahl der Mittel und Methoden - zwingend benötigt wird, um ein produktives Ereignis zu erzielen und das es keine 1:1 Vorgabe geben kann, wie die Aufgabe zu erledigen ist. Bei der Aufarbeitung sollte es dann besonders zentral sein, die verschiedenen Handlungsabweichungsmöglichkeiten zu kennen und zu analysieren. Der Analysevorgang ist im ersten Schritt auch wieder gleich wie bei den beiden anderen Konzepten; im ersten Schritt würde eine Rekonstruktion des Ereignisses gemacht werden. Im zweiten Schritt würde man auch wieder mit einer Rückwärtsanalyse untersuchen und im dritten Schritt würde man dann die Handlungsabweichungsmöglichkeiten der Personen anschauen. Dies mit dem Hintergrund, dass Personen beispielsweise Abkürzungen in der Art, wie sie die Aufgabe erledigen, nehmen müssen. Weil dies beispielsweise durch Stress verursacht wurde. Bei diesem Modell würde man ein bisschen den Druck wegnehmen, nicht so sehr mit dem Finger auf die Menschen zeigen, sie nicht blossstellen und nicht sagen "hey, du hast einen Fehler gemacht". Sondern dass man auch schaut, was die Person überhaupt für Möglichkeiten hatte und wie das alles nachher zu diesem Ereignis führen konnte. Dies würde man beispielsweise mit einer Simulation machen - oder wenn man einen Schritt weiter geht sogar mit Virtual Reality. Das ist sehr modern gedacht aber auch hier die Frage; Denken Sie, dass das realistisch für die Praxis ist? Und sehen Sie Vor- und Nachteile bei dieser Methode, wenn man so vorgehen würde?
- 62 **IP9:** [0:39:31.1] Ich finde das einen absolut realistischen Ansatz und er gefällt mir. Weil die Frage, "Haben wir zu wenig Handlungsspielraum?" da glaube ich, dass das so ist. Wir kappen uns mit unseren Strukturen selbst unsere Kompetenzen. Es ist wie auch quasi eine Haltung "Management, ich habe ein Problem, gib mir eine Lösung" aber die Lösung sind die Leute, die es machen. Und das lese ich ein bisschen aus diesem Modell heraus. Wie das, was ich Ihnen bereits gesagt habe. Wenn viele Stürze auf einer Abteilung passieren muss ich nicht für die gesamte Klinik eine Lösung schaffen sondern ich muss für die Abteilung eine Lösung schaffen. Das kann dort wunderbar funktionieren, muss aber bei den anderen nicht zwingend auch funktionieren. Die Leute vor Ort sollen abgeholt, befähigt, unterstützt, empowered werden und es soll mit gutem Vorbild vorangegangen werden. Das lese ich da raus. Was ich mir jetzt so überlege bei diesen drei Konzepten; jedes Konzept hat so ein bisschen seine Richtigkeit. Das Zweite ist für mich zum Beispiel, wie ich ISO-Auditoren. Das ist dieser Ansatz. Da schaue ich genau so ein bisschen anhand dieser Struktur und diesem Muster. Aber es kann genau so auch wichtig sein für den

Zwischenfall. Ich glaube auch da; wir dürfen uns nicht einengen in dem wir sagen "das Konzept ist das Richtige", sondern es gibt die Möglichkeiten. Und je nach Situation ist es zielführender, wenn man in die eine oder andere Richtung geht. Der Mut darf und muss man auch haben zu sagen "Ups, ich glaube das war nicht das richtige Modell. Jetzt machen wir einen Stopp und fangen mit einem anderen Modell noch einmal an.". Das Ziel müssen wir haben. Das Ziel muss sein, Patientensicherheit zu verbessern.

- 63 **MOD:** [0:41:19.0] Das ist auch sehr ein spannender Punkt. Nachdem ich alle die Interviews geführt habe und auch das Feedback oder die Meinungen zu den Konzept erhalten habe ist bei mir wahrscheinlich auch ein bisschen verloren gegangen - aber ich finde gerade spannend, dass Sie das ansprechen - ich bin so fest davon ausgegangen, dass es ein standardisiertes Analysekonzept geben muss. Das man wirklich eines nimmt und dass auf alle Fälle projiziert, so dass es nachher kein Durcheinander gibt im Sinne von das man nicht weiss, wann man was macht und wann man wie vorgeht. Aber dass es vielleicht eben gar nicht so darauf ankommt, was die Schritte sind, sondern dass einfach das Rundherum geklärt ist - dass man einfach gut anfangen kann. Aber dass die Art, wie man nachher vorgeht vielleicht ein bisschen offener und lockerer sein muss.
- 64 **IP9:** [0:42:01.3] Und ich finde genau das bietet das London Protokoll. Es bietet nur eine Struktur. Eine standardisierte Struktur. Und wenn ich stur anhand dieser Struktur vorgehe, habe ich alle drei Konzepte durchgemacht. Da kann man sagen; auf dieser Stufe des London Protokolls kann man diese und diese Instrumente verwenden. Das ist viel zielführender. Und dann gibt es Leute, die mit dem einen besser arbeiten können. Ich empfehle das Fischgrätenmodell sehr oft aber arbeite selbst nicht gerne damit. Dann bin ich auch nicht so gut wie andere, die das eher mal anwenden.
- 65 **MOD:** [0:42:43.5] Sehr sehr spannend. Ich durfte sehr viel mitnehmen, herzlichen Dank. Wir wären somit mit den Fragen durch. Gibt es noch etwas, dass Sie noch nicht loswerden konnten, dass Ihnen noch auf der Zunge brennt und das noch wichtig zu ergänzen wäre?
- 66 **IP9:** [0:43:05.6] Nein, es wurden genau die wichtigen Punkte angesprochen. Ich glaube wir können noch lange diskutieren. **Geschwärzt** mit genau diesen Fragen geleitet. Aber wir müssen uns auf den Weg machen, und das ist das Wichtigste.

Interview 10

Die demografischen Angaben zu Beginn des Interviews wurden aus Datenschutzgründen aus dem Transkript gelöscht.

- 11 **MOD:** [0:05:03.5] Wunderbar. Dann würden wir zum ersten Teil im ersten Block kommen. Können Sie mir als Einstiegsfrage einmal erzählen, wo Ihre Berührungspunkte mit Never Events in Ihrem beruflichen Alltag sind?
- 12 **IP10:** [0:05:37.4] Man muss es vielleicht auseinandernehmen. Never Events ist ja ein Begriff, der noch gar nicht so lange publiziert wurde. Der ist ja entstanden, um einfach alle die Ereignisse, die in einem Spital stattfinden irgendwie zu katalogisieren. Also zuzuordnen, was es überhaupt an Möglichkeiten gibt. CIRS ist eher der geläufigere Name im Spital, wo man sich halt nicht nur auf die 10 Never Events beruft sondern wir sprechen hier im Hause von den kritischen Fällen, die wir haben. Wir haben die Haftpflichtfälle, wir haben die schwerwiegenden medizinischen Ereignisse, wir haben Medizinproduktfälle aufgrund von Materiovigilance - also Medizinprodukte, die beim

Einsatz zu schwerwiegenden Ereignissen geführt haben. Das Gleiche läuft auch für Pharmakovigilance und für Blutkonserven oder Blutanalysen. Also es gibt ein Potpourri. Die Never Events sind also nur ein Teil von den Gesamtrisiken, die einem in einem Spital passieren können, wenn man hier zur Tür reinkommt. Dann hat es ja auch noch die Ereignisse, wenn Sie mehrfach gestochen werden oder wenn sie eine Harnleiterinfektion bekommen. Also alle die Folgen des Aufenthalts, die auch entstehen können. Wir erheben über alle Bereiche im CIRS und das ist gegliedert nach Standorten, nach Fachdisziplinen und nach Verantwortlichkeiten. Und da gibt es immer eine Doppelverantwortlichkeit. Wenn wir von der Pflege sprechen ist es immer der Mitarbeiter in der Pflege und der ärztliche Dienst. Die Meldungen, die anonymisiert oder nicht-anonymisiert erfasst werden, gehen an die betroffene Stelle und dann wird der Fall bearbeitet. Und wir sortieren die dann nicht nach Never Events sondern nach einer Kategorisierung, die wir mal eingeführt haben und die auch einigermaßen statistisch auszuwerten ist. Was ist denn interessant am Fall? Was es für einer ist oder wie er entstanden ist? Und die Entstehungsgeschichte ist die interessante. Wo startet das Problem und läuft nahtlos ungefiltert im Rahmen dieser ganzen fragmentierten Tätigkeit durch. Da sortieren oder kategorisieren wir die Fälle dann eben - beispielsweise danach, ob es ein Ablaufproblem ist, weil die Kommunikation gefehlt hat oder ob es ein technisches Problem ist, weil die Medikamentenübertragung nicht stattgefunden hat und der Patient statt 1mg 10mg erhalten hat. Deswegen wir der Umgang mit der Liste und die Zuordnung bei uns im Spital nicht umgesetzt. Weil wir eben, wie gesagt, die Analyse des Ereignisses durchführen und das aufgrund der Entstehung kategorisieren. Und nicht danach, was dann am Ende dabei herausgekommen ist. Diese ganze Retourgeschichte, um das prospektiv zu verbessern, kategorisieren wir da entsprechend.

- 13 **MOD:** [0:09:41.5] Dann habe ich das in dem Fall richtig verstanden - darauf würde sich die Frage drei beziehen - Es gibt ja die Einteilung der Stiftung Patientensicherheit Schweiz mit der Kategorie F vorübergehender Schaden am Patienten weiter bis zur Kategorie I, Tod des Patienten. Aus Ihrer betrieblichen oder praktischen Sicht ist es in dem Fall nicht wichtig, das so zuzuordnen sondern die Entstehung zuzuordnen?
- 14 **IP10:** [0:10:07.2] Genau. Für das System, für das ich zuständig bin und wo ich miteingebunden bin ist es in dem Moment nicht wichtig. Die Frage ist, wie viele schwerwiegende Ereignisse man wirklich hat und wie viele Fehler hat man, die so passieren und die irgendwann zu einem schwerwiegenden Ereignis führen, weil sie sich kumulieren. Wie gesagt, wir erfassen alle kritischen Fälle im Tagesablauf, ordnen die zu, werten Sie aus, führen Sitzungen dazu und machen Schulungen, um das Ganze zu verbessern. Ja aber wenn Sie jetzt zum Beispiel eine rechte Hüfte operiert haben anstatt eine linke, dann ist es gerade ein Haftpflichtfall. Dann ist es dann schon über dem Never Event Ereignis ein Spitalthema. Dann landet das beim Juristen, wird angemeldet bei der Versicherung und da sind auch dann schon sehr viele daran beteiligt.
- 15 **MOD:** [0:11:29.0] Zu dieser Frage komme ich dann später gerne noch einmal zurück. Vorher noch die Frage; wie kann ich mir das vorstellen - wir gehen davon aus, dass wirklich ein schwerwiegendes medizinisches Ereignis passiert ist. Wie geht jetzt dieser ganze Bearbeitungsprozess? Das Ereignis wurde beispielsweise schon gemeldet, aber man steht jetzt vor der Sache, das man das aufarbeiten will - aber wie? Wie sieht das realistischerweise aus?
- 16 **IP10:** [0:11:54.0] Jetzt haben wir ein schwerwiegendes Ereignis. Dann würden wir eine Rückmeldung bekommen, dass das eingetroffen ist, und dann würde man als erstes damit anfangen, die Unterlagen zu prüfen. Also man schaut im Clinical, was es für Untersuchungen gegeben hat. Ich schaue dann meistens auch mit dem Kodierer

die Unterlagen an, wie die Befunde sind, ob das dort alles beschrieben wurde. Wir hatten letzthin einen Fall, bei dem ein Patient schwer geschädigt wurde. Und dann hat man die ganze Kette aufgedrösel; wo ist es passiert und was hat auch im Rahmen seiner Multimorbidität, die das ganze verstärkt, wo hat man sich dazu entschieden, ihn noch zu retten und dann **Geschwärzt**. Da schaut man, ob es lückenlos dokumentiert ist. Das ist das Erste. Hat es die Gespräche mit dem Patienten gegeben, wurde er auch ausreichend darüber informiert. Also die lückenlose Dokumentation ist heute glaube ich das Erste, das man prüft. Dann hat man mit dem Patienten das Gespräch geführt, **Geschwärzt**. Wir im Qualitätsmanagement versuchen eher wenig den inhaltlichen Teil zu lösen sondern eher den formalen Prozess, um diese Unabhängigkeit, Gleichbehandlung und Unparteilichkeit sicherzustellen. Wir versuchen, dass der Prozess sichergestellt ist, dass die Verantwortlichen, die Betroffenen, die Dokumentation - dass das alles vorliegt. Aber die Entscheidungsträger, was dann gemacht wird und wo dann proaktiv oder prospektiv für den nächsten angesetzt wird, das ist in der Verantwortung der Linie. Das muss man gerade auch wenn man mit Never Events und das Qualitätsmanagement auseinandernehmen, wer welche Verantwortung hat. Das ist wie die FINMA bei der Credit Suisse. Das ist die Kontrollbehörde ohne Zähne. Und das ist genau so auch das Qualitätsmanagement, zu dem am Ende jeder kommt und sagt "ihr seit ja dann die Verantwortlichen". Aber wir haben keine Kompetenz, Einfluss zu nehmen und zu Verordnen. Wenn es gesetzlich geregelt ist, ist es am einfachsten. Wenn es gesetzlich geregelt ist wie mit den Heilmittelgesetz oder mit der Medizinprodukteverordnung dann ist klar, da gibt es eine Doppelpflicht in der Meldung und dann kann man sagen aufgrund dessen habt ihr das zu tun. Wo können wir unterstützen? Aber bei allem anderen ist das Qualitätsmanagement immer nur im formalen Teil. Also ich kann nicht anregen und sagen "jetzt müsst ihr einfach wieder korrekt dokumentieren" und "hier habt ihr etwas falsch hinterlegt". Das ist nicht in unserem Auftrag. Wir schauen das wirklich der formale Prozess gemacht wird, regen das an, unterstützen bei Schulungen und schauen, dass es niederschwellig einfach im Prozess ist. Aber in der Umsetzung trennen wir uns dann von der Verantwortung und die ist bei den Ärzten. Wer das Medikament vergibt, es verordnet oder wer die Schere oder das Messer in die Hand nimmt, trägt die Verantwortung. Und dort muss das geweckt sein. Das Thema der Grundsätzlichkeit ist, dass die Einen das tun und die Anderen das aufräumen müssen oder sollen. Da beisst man sich in den Schwanz. Qualitätskontrolle heisst nicht, den anderen ihre Probleme zu lösen, sondern zu sagen "was brauchen wir für Tools, was brauchen wir für Schulung, was brauchen wir für Abläufe, damit wir erst einmal einen Überblick über unsere Fehler und die Entstehung dieser Fehler haben und was müssen wir an Bedingungen kreieren, damit wir sie reduzieren oder gegen Null runterbekommen. Und wo können wir unsere eigenen Fehler auch klassifizieren". Never Events sind ja vielleicht auch nicht für jedes Haus die Liste sondern man muss ja auch mal schauen, was man in dem Haus hat. Das ist auch so ein bisschen speziell, wie der Gusto des Hauses oder wie das Angebot des Hauses ist.

- 17 **MOD:** [0:17:07.8] Okey. Und wenn ich es richtig herausgehört habe, dann ist aus Ihrer Erfahrung heraus das Qualitätsmanagement involviert, wenn es um einen solchen Analyseprozess geht. Gibt es auch andere Personen, die aus dem Hause beispielsweise involviert sind? Oder würden Sie sagen, dass es vor allem die Leute aus dem Qualitätsmanagement sind?
- 18 **IP10:** [0:17:28.8] Also die Leute aus dem Qualitätsmanagement, denen wird oft das CIRS angehängen. Das ist aber nicht so, dass nicht bei der Ausbildung in der Klinik Fehler diskutiert und besprochen werden. Das passiert aber dann im Rahmen von dieser ganzen medizinischen oder chirurgischen Betreuung, wo man an den

Rapporten die Themen bespricht, wenn es Reklamationen gegeben hat, Unzufriedenheiten entstanden sind oder auch Fehler. Also gerade der interdisziplinäre Kontext. Wenn die dann ein Thema haben, das passiert ist. Das wird dann dort besprochen. Aber auch CIRS Ereignisse interdisziplinär werden an den Rapporten besprochen. Und da ist eben halt die Schwierigkeit der Dokumentation. Wie kriegt man die Information dann wieder retour. Und viele Fälle - gerade auch im CIRS - die werden erst erhoben, wenn schon Massnahmen getroffen sind. Ich habe ein falsches Medikament, habe es gerade gemerkt und schon eine Gegenmassnahme getroffen. Das ist ja auch gut so. Ganz viele dieser fast-kritischen Fehler sind schon mit Massnahmen hinterlegt, so dass das dann im Grunde nur noch genutzt wird, um zu schauen, ob es dokumentiert ist, ob man es am Rapport diskutiert, ob man vielleicht noch eine Arbeitsanweisung anpasst oder (unverständlich) Zuständigen informiert, ob er vielleicht noch etwas umprogrammieren kann. Es sind oft auch solche Sachen. Aber eben der Rückschluss, die Massnahmen, das ist auch immer das, was ich am Audit auseinander nehmen muss. Eben viele sind wie gesagt auch schon mit Massnahmen. Wenn man 500 Ereignisse hat, dann sind 350 schon mit Massnahmen getroffen worden, wenn es CIRS Fälle waren.

- 19 **MOD:** [0:19:46.9] Okey. Und sehen Sie einen Aspekt aus der Praxis, der den Umgang mit Never Events typischerweise negativ beeinflusst? Etwas, bei dem man immer findet, nachdem es ein schwerwiegendes Ereignis gegeben hat, dass es einfach nicht funktioniert und bei dem man jedes Mal wieder mit Problemen ansteht.
- 20 **IP10:** [0:20:05.2] Ja das gibt es natürlich in der ganzen Arbeitskette von der Vorbereitung bis zum Austritt. Es ist einfach die Kette, die der Patient durchläuft, wenn er in ein Spital eintritt. Die Häufigkeit von Fehlern geht einher mit dem Wechsel der Disziplin, mit der vielleicht im Voraus nicht genügend gut abgeklärten Situation und manchmal auch mit dem Krankheitsbild. Das sind die Dinge, die das Ganze auch beeinflussen können.
- 21 **MOD:** [0:20:54.8] Gibt es dann auf der anderen Seite positive Aspekte, bei denen man findet, dass diese heutzutage gut laufen und wo man gut drin ist? Auch wieder in Bezug auf die Aufarbeitung von schwerwiegenden Fällen.
- 22 **IP10:** [0:21:07.5] Also grundsätzlich ist das System etabliert. Was für mich in der letzten Mitarbeiterbefragung auch sehr spannend war, wo es darum ging, ob wir eine Fehlerkultur haben, ist, dass sich das deutlich verbessert hat in den letzten zwei Jahren. **Geschwärzt** noch eine Befragung zu Anonymität versus Nicht-Anonymität. Wir haben immer weniger anonymisierte Fälle. Mitarbeitende haben keine Sorgen, ihren Namen zu hinterlegen, weil sie gerne einen Beitrag dazu leisten wollen, wenn es Rückfragen gibt. Und das zeigt, dass das System im Alltag angekommen ist. Und dann ist es halt so, dass Abteilungen, die sehr aktiv damit arbeiten, die das auch als Instrument für sich nutzen - und dann gibt es Abteilungen, die das in ihren Protokollen verfassen. Da hätten wir absolut Potenzial, wenn wir es schaffen würden, das Ganze noch mehr zu konkretisieren oder zusammenzufügen. Aber in einem Spital mit verschiedenen Disziplinen macht es halt jeder ein bisschen anders in der Umsetzung. Und man hat dann halt auch unterschiedliche Fälle. Der Mediziner mit schwer chronischen Patienten hat andere Ereignisse als der Operateur, der Normalgesunden die Hüfte wechselt oder eine Knieprothese einbaut. Das ist ja dann halt auch, dass es unterschiedlich gehandhabt wird.
- 23 **MOD:** [0:23:07.8] Spannende Antwort. Gibt es bestimmte vorgeschlagene Techniken, beispielsweise aus der Literatur oder aus Kursen, die Ihnen bekannt sind und die sich in der Praxis bereits bewährt haben?

- 24 **IP10:** [0:23:29.2] Das Käsemodell, das ich auch immer schule. Wir haben aber auch vom **Geschwärtzt** her den Kriterienkatalog, der hinterlegt ist, den wir umsetzen müssen. Dann die Auswertung, die Kategorisierung der Auswertung. Es ist natürlich auch gewünscht, dass man auch Fallbesprechungen macht. Das ist einfach auch eine Frage der Zeit. Das ist eine Frage, unter der die Spitäler zurzeit ein bisschen leiden. Wenn man das Spital mit der Luftfahrt vergleicht, dann sind wir eigentlich ein Hochrisikobereich, weil die Hierarchisierung und die Disziplinarität und alle die Strukturen sind manchmal nicht unterstützend bei Fehleranalysen.
- 25 **MOD:** [0:25:10.8] Dann würden wir zum zweiten Teil kommen, zum Soll-Zustand und was vielleicht in Zukunft noch besser werden könnte oder was auch Ihre Anforderungen an die Zukunft sind. Es gibt ja eigentlich das London Protokoll, welches für die Aufarbeitung von Ereignissen im Spitalkontext eine fertige Methode bieten sollte, an die sich das Spital daran orientieren kann. Zumindest in der Literatur wird zum Teil darüber gesprochen, dass dies aber nicht so konsequent umgesetzt oder verwendet wird. Und ich frage mich ein bisschen, wieso. Gibt es etwas aus Ihrer Sicht, bei dem Sie finden, dass man es grundsätzlich ändern müsste, damit das London Protokoll hürdenfreier auf die Praxis übertragen werden kann?
- 26 **IP10:** [0:25:59.9] Aus meiner Sicht ist das Problem, dass es jeder machen soll aber dass es eine gesetzliche Vorgabe geben müsste, damit es auch getan wird. Wenn ich unseren Betrieb anschau, habe ich das Gefühl, dass wir viel Potential noch hätten, mehr Übersicht zu bekommen. Und dass jeder seine Daten ein Stückweit hütet ist vielleicht auch ein Thema dieses Vertrauens oder dieser Sorge oder was auch immer. Die ist gross. Das passt auch zu dieser Medizin, die immer so vollkommen, unproblematisch, unkompliziert und fehlerlos sein will. Es sind auch die Erwartungen, die man hat. Keiner will im Spital Fehler machen und doch passieren sie. Und das ist eine hoch emotionale Seite - bei den Ärzten noch mehr als bei Pflegenden oder andern Berufsgruppen. Und vor allem bei der alten Garde Ärzte, bei den Chefärzten. Da ist eine hohe Betroffenheit. Weil die Arbeiten so viel, machen so viel und sind so engagiert - die können damit fast nicht umgehen.
- 27 **MOD:** [0:27:37.3] Gibt es etwas in Zukunft, bei dem Sie finden, dass man das jetzt noch ein bisschen zu wenig macht aber wo man auch noch den Schwerpunkt darauf legen sollte, wenn es um die Aufarbeitung von schwerwiegenden Fällen geht?
- 28 **IP10:** [0:27:50.2] Wenn man Spitäler natürlich zu Leistungsträgern verkauft, werden sie keine Zeit dafür haben. Es muss einfach Zeiteinheiten geben, die irgendeiner bezahlt, damit das gemacht wird. Aber man kann nicht sagen, dass zu all dem, was schon dokumentiert, passiert, gemacht wird noch das CIRS oder das Never Event Platz hat. Deswegen ist es ja auch immer so schnell ausgelagert beim QM, weil man das Gefühl hat, dass die dann dafür Zeit haben oder nur dieses machen und so weiter. Es müsste gesetzlich verankert sein und es müssten Zeitressourcen dafür zur Verfügung gestellt werden. Und die müsste irgendjemand bezahlen. Patientensicherheit müsste in Zeit und Geld ausgewiesen werden können. Nach dem Motto das wenn ich eine Behandlung von drei Stunden habe, dann müsste ich 20 Minuten haben, um zu schauen, ob der Durchlauf des Patienten sichergestellt gewesen ist, ob Lücken im Ablauf gewesen sind oder ob ein Problem aufgetaucht ist - und das Ganze dann auch analysieren. Im Grunde machen Sie jetzt eine Arbeit in einer kritischen Situation. Alle die Themen, die wir haben, und dieser Druck, der entsteht, der führt noch mehr dazu, das Ganze zu befeuern und führt auch zu Fehlern. Das sind so Banalitäten bis hin zu schwerwiegenden Erfahrungen, die man als Patient macht.
- 29 **MOD:** [0:29:41.0] Sie haben gesagt, dass bei Ihnen im Haus alle Meldungen über das CIRS gemacht werden. Eigentlich wurde das CIRS ja aber für Near Misses entwickelt,

also wenn der Schaden noch nicht zum Patienten gekommen ist. Ich frage mich auch dort; welche Anforderungen hätten Sie an so eine Meldefunktion bei den schwerwiegenden Fällen? Ist es aus Ihrer Sicht realistisch, dass man das weiterhin über das CIRS macht oder bräuchte es eigentlich etwas Separates?

- 30 **IP10:** [0:30:12.7] Also ich habe ja gesagt, dass wir das CIRS eingeführt haben und pflegen mit der Software. Aber es gibt Abteilungen, die das in der Umsetzung anders handhaben. Da passiert das in diesen Abteilungsrapporten oder in Besprechungen und wird irgendwo in einer Exceltabelle hinterlegt, wo ich keinen Einfluss habe. Aber zum Beispiel alle Beschwerden, die über den Kundendienst oder die Beschwerdenmanagement-Stelle kommen, da haben wir jetzt auch ein Softwaretool integriert - einfach um die Prozesse nahtlos zu haben und den Überblick und eine schnelle Auswertung zu machen. Das CIRS ist schon dafür da, die Near Misses und die Fast-Fehler oder so Ereignisse, wo man sagt, dass sie grenzwertig sind. Manchmal, wenn ich die lese, denke ich, dass die wirklich grenzwertig in der Ergebung sind. Also wahrscheinlich könnte man auch bei einem Teil sagen, dass die dort nicht mehr reingehören. Aber weil man nichts anderes hat und die Sorge. Die Sorge der Kliniker, dass man irgendwo Daten erhebt, die irgendwer dann nutzen könnte, falls mal was wäre. Das ist die grösste Sorge, warum es wahrscheinlich keine Datenbank gibt, wo einfach alles formlos erhoben wird.
- 31 **MOD:** [0:31:49.7] Spüre ich das richtig heraus; zielt das auch auf Missbrauch der Daten ab? Also dass sie vielleicht einfach irgendwo landen, heikel sind und man dann nicht genau weiss, was damit ist?
- 32 **IP10:** [0:31:59.5] Genau. Das ist die grosse Sorge der Kliniker. Dass sie das Gefühl haben, dass sie da wahrscheinlich etwas aus der Hand geben, das sie nicht managen können.
- 33 **MOD:** [0:33:23.2] Gibt es von Ihrer Seite her Anforderungen an das Team? Wir haben vorhin schon kurz besprochen, dass es bei Ihnen im Hause gemacht wird. Aber ich habe mich auch gefragt, ob es für das Spital von Vorteil wäre, wenn etwas sehr Schlimmes passiert ist und ein Patient beispielsweise auch verstorben ist - dass man dann sagt, das man den Fall so oder so nach extern gibt, um das Spital zu schützen. Ist das realistisch aus Ihrer Seite?
- 34 **IP10:** [0:33:51.9] Nein. Ich finde wir sind mit der Umsetzung des CIRS gut und machen wirklich viel. In der Rezertifizierung letztes Jahr bin ich gefragt worden, wie viele Fehler wir uns denn leisten können zu erheben. Wir erheben ja immer auch nur das, was wir erheben. Wir reden nicht von einer Dunkelziffer. Wollen wir ein Spital sein mit 2'000 Ereignissen? Und vielleicht haben wir von den 2'000 Ereignissen 1'500 mit Massnahmen. Und dann? Dann sind wir auch noch nicht weiter, dann sind wir auch nur formal.
- 35 **MOD:** [0:34:48.2] Wenn wir jetzt nochmal einen Schritt zurücktreten, abschliessend zu diesem zweiten Block gesehen; Was ist Ihre dringendste Anforderung für die Zukunft, damit allgemein in Schweizer Akutspitalern besser oder adäquater mit Never Events umgegangen werden kann?
- 36 **IP10:** [0:35:05.8] Ja, da sind wir wieder bei Zeit und Geld. Es ist immer wieder das Gleiche. Viele Leute drehen sich um die Themen aber es bräuchte wie auch eine Konsequenz. Ein Entscheid, dass es der Gesellschaft wichtig ist, dass man dafür auch etwas bezahlt und dass man dafür auch Zeit zur Verfügung stellt. Es ist so wie mit allen Projekten; Sie können in der Klinik sehr viel machen, wenn Sie es für sie machen.

- 37 **MOD:** [0:36:00.7] Das ist doch ein schönes Statement, das nehme ich sehr gerne so aus diesem ersten Block mit. Dann würden wir noch schnell zu den Konzepten kommen. Der erste Vorschlag wäre, dass man den Fokus auf die Fehler in den Barrieren legt. Das Konzept würde sich am Organisational Accident Causation Model orientieren. Das ist das gleiche wie nach James Reason - worauf auch das London Protokoll zurückgeht. Die Herleitung ist, dass Never Events ja eigentlich durch Systemdesign oder Präventionsmassnahmen hätten verhindert werden sollen - sind aber trotzdem passiert. Jetzt würde man mit Hinblick auf das Modell sagen, dass in den Barrieren etwas nicht gut ist. Der Analysevorgang wäre, dass man zuerst eine Rekonstruktion des Ereignisses mit Interviews, Beweissicherung, Fotos, Vor-Ort-Ansicht et cetera macht und dies dann beispielsweise in einem Zeit-Personen-Diagramm darstellt. Im zweiten Schritt würde man - angelehnt an das London Protokoll - eine Rückwärtsanalyse machen, auf die Suche nach den Fehlern im System gehen und versucht, die Ursache zu identifizieren. Dann würde man aber in einem dritten Schritt noch einmal spezifisch sagen, dass man - abgesehen davon, was man schon herausgefunden hat - noch einmal spezifisch auf die Barrieren schaut, die eigentlich bestehen aber nicht gehalten haben. Und dass man diese noch einmal untersucht. Der Gedanke ist auch, dass es beispielsweise schon bestehende Checklisten gibt, wie man vorgehen soll aber dass es über den Verlauf der Zeit beispielsweise neues medizinisches Material gegeben hat und deshalb diese Checklisten vielleicht gar nicht mehr so aktuell sind. Dann würde man bei diesem Konzept sagen das wenn etwas passiert ist, man sicherlich noch einmal überprüfen müsste, ob diese Barrieren noch aktuell sind oder ob es etwas gibt, das man übersehen hat. Was würden Sie sagen, ist es für die Praxis realistisch, wenn man so vorgehen würde? Und sehen Sie Vor- und Nachteile bei dieser Methode?
- 38 **IP10:** [0:38:26.0] Ich könnte noch etwas ergänzen. Es reicht wahrscheinlich nicht nur die Checklisten zu prüfen. Die meisten Themen oder die meisten Fehler entstehen, weil die Checklisten nicht eingehalten werden. Das ist das Thema. Es ist vieles dokumentiert, wir haben Listen über Listen. Wenn ich anschau, was wir an Checklisten und an Dokumenten haben! Aber wenn das nicht eingehalten wird, das ist das Thema. Wenn sich nicht an die Vorgaben gehalten wird. Und da ist uns die Luftfahrtbranche weit voraus.
- 39 **MOD:** [0:39:09.2] Spannend, dass Sie das ansprechen. Dann würde ich sagen gehen wir direkt zum zweiten Konzeptvorschlag, weil dort sollte das mehr abgefangen sein. Hier liegt der Fokus auf den Prozessen. Der Hintergrund hier war, dass es dann vielleicht zu einfach ist, wenn man wie in Konzept 1 den Vorschlag nur auf die Barrieren legt. Das es vielleicht mehr inkludiert und halt auch den Prozess mit Mensch und Technik. Dieser Konzeptvorschlag orientiert sich am SEIPS Modell. Der Analysevorgang wäre im ersten Schritt auch wieder die Rekonstruktion. Im zweiten Schritt würde man auf die Suchen nach den Fehlern im Arbeitssystem und den Prozessen gehen - das würde dieses Modell auch schon vorschlagen, das ist dort integriert - und dieses in einer Ursachenanalyse beispielsweise mit einer AcciMap zu machen. In einem dritten Schritt würde man aber auch hier noch einmal sagen, dass man den Fokus noch einmal auf die Untersuchung der Prozesse in einem Arbeitssystem legt. Welche Menschen da mitgewirkt haben und auch mit den Barrieren, die eigentlich hätten halten sollen. Da würde man dann eine Prozessanalyse machen. Die AcciMap ist halt eher beschreibend und gibt einen Überblick, was in diesem Ereignis eine Rolle hätte spielen können. Aber sie geht unter Umständen nicht noch einmal genauer darauf ein und deshalb würde man dann die Prozesse noch einmal separat untersuchen. Auch hier wäre jetzt die Frage; Ist das realistisch für die Praxis? Und sehen Sie Vor- und Nachteile bei dieser Methode?

- 40 **IP10:** [0:40:05.4] Da könnte ich auch noch etwas ergänzen, dass wir bei der Erhebung machen. Und zwar, dass wir auch Begleitumstände mit erfassen. Also; "War ich allein auf der Abteilung?", "Bin ich nicht eingeführt worden?", "War zu viel los?", "Habe ich schon 10 Stunden gearbeitet?" Und so weiter. Auch in den Schulungen verweise ich auf das MTO Modell und auch auf die psychischen Faktoren. Ein Team, das nicht fähig ist, zusammen zu arbeiten, ist auch ein Risiko. Schwierige Vorgesetztsituationen, interdisziplinäre Probleme und so weiter führen auch dazu, dass Fehler gemacht werden. Die Leute müssen auch wissen, dass wenn sich Begleitumstände ändern oder verstärken oder wenn sie Mühe haben mit Kollegen dann hat das auch Einfluss auf meine Arbeit und auf die Sicherheit des Patienten.
- 41 **MOD:** [0:41:39.8] Trotzdem nochmals die Nachfrage; würden Sie sagen, dass es für einen Betrieb realistisch ist, wenn man die Analyse so macht und den Fokus noch einmal auf die Prozesse legt? Also habe ich das richtig verstanden; Sie würden sagen es ist besser im Vergleich zum Konzept 1, wenn man ein bisschen mehr analysiert als nur die Barrieren.
- 42 **IP10:** [0:42:00.3] Also die Barriere ist ja so das eine, zu überlegen, wo man schliesst, was das System nicht auflöst. Der Druck kann ja woanders hingehen. Also man muss es schon im gesamten Kontext anschauen.
- 43 **MOD:** [0:42:14.6] Spannend. Dann gehen wir noch zum dritten Konzeptvorschlag. Der orientiert sich am Drift to Danger Modell oder Work As Imagined, Work As Done. Hier liegt der Fokus auf dem Handlungsspielraum und es kommt auch relativ direkt aus der Literatur in der gesagt wird dass der Handlungsspielraum - vor allem in der Wahl der Mittel und Methoden - zwingend benötigt wird, um ein produktives Ereignis zu erzielen und das es keine 1:1 Vorgabe geben kann, wie die Aufgabe zu erledigen ist. Bei der Aufarbeitung sollte es dann besonders zentral sein, die verschiedenen Handlungsabweichungsmöglichkeiten zu kennen und zu analysieren. Der Analysevorgang ist im ersten Schritt auch wieder gleich wie bei den beiden anderen Konzepten; im ersten Schritt würde eine Rekonstruktion des Ereignisses gemacht werden. Im zweiten Schritt würde man auch wieder mit einer Rückwärtsanalyse untersuchen und im dritten Schritt würde man dann die Handlungsabweichungsmöglichkeiten der Personen anschauen. Dies mit dem Hintergrund, dass Personen beispielsweise Abkürzungen in der Art, wie sie die Aufgabe erledigen, nehmen müssen. Weil dies beispielsweise durch Stress verursacht wurde. Dies würde man beispielsweise mit einer Simulation machen - oder wenn man einen Schritt weiter geht sogar mit Virtual Reality. Das ist sehr modern gedacht aber auch hier die Frage; Denken Sie, dass das realistisch für die Praxis ist? Und sehen Sie Vor- und Nachteile bei dieser Methode, wenn man so vorgehen würde?
- 44 **IP10:** [0:42:58.0] Der Handlungsspielraum ist ja im Kompetenzrahmen jedes Mitarbeiters im Spital geregelt. Und alles andere sind die Prozesse und die Abläufe, wo beschrieben ist, wer was macht und wer was darf. Da geht es nicht darum, Handlungsspielraum zu erweitern. Also ich bin eher für das System 2. Das Ganze Modell anschauen und nicht nur schauen, wo es die Lücke gegeben hat und der Fehler durchgerasselt ist. Sondern auch zu schauen, was die Begleitumstände des Fehlers waren und das auch zu analysieren; zu schauen, wieso es bei diesem Team passiert.
- 45 **MOD:** [0:43:42.9] Der Gedanke bei diesem Modell war, dass man ein bisschen den Druck wegnehmen und würde, nicht so sehr mit dem Finger auf die Menschen zeigt, sie nicht blossstellt und nicht sagt "hey, du hast einen Fehler gemacht". Sondern dass man auch schaut, was die Person überhaupt für Möglichkeiten hatte und wie das alles nachher zu diesem Ereignis führen konnte. Das man auch schaut, was man für die

Zukunft verbessern könnte oder wie man den Handlungsspielraum einer Person wieder vergrößern könnte.

- 46 **IP10:** [0:44:15.5] Diese Diskussionen haben wir zu Zeiten des Fachkräftemangels - dass es zu wenig HF Absolventen gibt und dafür halt mehr Pflegeassistenten und so weiter. Und dann diskutiert man, ob man denn jetzt den anderen den Spielraum erweitern kann. Nicht den finanziellen aber den im Alltag. Und ja, wer hält dann jetzt den Kopf hin? Ich finde nein, weil das ist nicht gelöst damit. Wir verschieben nur die Probleme. Im Flieger sitzt dann auch nicht die Stewardess, wenn der Pilot sagt, dass er ein Schläfchen benötigt. Dann geht sie auch nicht und fliegt mal eine Stunde. Ich finde das Problem im System ist immer, wenn es Übergriffligkeiten gibt. Wenn die Rollen nicht gelebt werden und wenn die Kompetenzen ständig verschoben sind. Weil jeder macht das, wofür er eingesetzt wird. Da haben wir kein Problem.
- 47 **MOD:** [0:45:27.0] Dann habe ich das richtig verstanden; aus Ihrer Sicht gibt es in diesem Fall keinen Vorteil, die Analyse so anzugehen?
- 48 **IP10:** [0:45:33.7] Nein. Also ich finde auch nicht, dass der Assistenzarzt dann die Arbeit des Oberarztes machen sollte. Das macht es nicht sicher.
- 49 **MOD:** [0:46:00.7] Das ist spannend und das nehmen ich gerne so mit. Dann wären wir am Ende des Interviews angelangt. Dann wäre meine Frage an Sie, ob es noch etwas gibt, das Sie bisher noch nicht erwähnt haben aber das Sie unbedingt noch loswerden möchten?
- 50 **IP10:** [0:47:06.3] Das Spital hat eine Komplexität, die nicht unbedingt Sicherheit fördert. Wir haben letztens mal unser Ökosystem aufgebaut, mit wem wir alles in irgendeiner Beziehung stehen. Früher hat man zwei Kunden gehabt; der Patient und der Zuweiser. Heute ist man eingebettet in den ganzen Dreischichtrahmen um sich herum. Man muss mit allen irgendwie interagieren und das macht das Ganze halt noch komplexer. Lieber die Bagatellen bearbeiten. Weil wenn wir dort stark sind, dann kommen wir vielleicht nicht in diese schwerwiegenden Ereignisse.
- 51 **MOD:** [0:49:23.0] Und das wäre doch wünschenswert.
- 52 **IP10:** [0:49:25.4] Unbedingt, genau.

10.4 Anhang D

Codebuch aus MAXQDA mit dem erstellten Kategoriensystem

Codebuch MAXQDA

Experteninterviews Patientensicherheit.mx22

Codesystem

1 Auftreten von Ereignissen	8
2 Klassifikation von Ereignissen	30
2.1 Definierbarkeit von Never Events	15
2.2 Klassifikationsrelevanz für Analyseumfang	16
3 Analyseteam	35
3.1 Zusammensetzung des Analyseteams	22
3.2 Vor- und Nachteile internes Analyseteam	7
3.3 Vor- und Nachteile externes Analyseteam / Behörde	12
4 Meldung von Ereignissen	18
4.1 Probleme bei der Informationsweitergabe	3
4.2 CIRS	10
5 Analyseprozess nach dem Ereignis	33
5.1 Typischer Analyseablauf	16
5.2 Hindernisse in der Aufarbeitung	5
5.3 Lerneffekt aus dem Ereignis	4
6 Analysemethoden	45
6.1 London Protokoll	30
6.2 Andere Analysemethoden	17
7 Rechtslage	20
8 Ansprüche an ein Konzept	31
8.1 Analysemethode je nach Ereignis	15
8.2 Anspruch an Meldefunktion	10
8.3 Massnahmen, Präventionsvorschläge und Systemdesign	16
9 Konzepte	31
9.1 Konzeptvorschlag 1 (OACM)	8
9.2 Konzeptvorschlag 2 (SEIPS)	10
9.3 Konzeptvorschlag 3 (WAI, WAD)	12
10 Blumen am Wegesrand	48
10.1 Unzuordenbar	10
10.2 Nationale Unterschiede in den Spitälern	10

10.3 Unterschied Hochrisikoindustrie und Gesundheitswesen	15
10.4 Organisationskultur	20
11 Zitierfähige Textstellen	52
12 Sonstiges	30
12.1 Irrelevant für Beantwortung der Forschungsfrage	32
13 Schwärzen	92

1 Auftreten von Ereignissen

Diese Hauptkategorie umfasst alle Aussagen, die sich auf die Erläuterungen berufen, wie es im Spital zu einem Ereignis kommen kann und welche Faktoren dazu beitragen.

Da diese Kategorie nur zu Teilen wichtig ist, um die Fragestellung beantworten zu können, wird auf die Bildung von Subkategorien verzichtet. Trotzdem hat die Kategorie ihre Daseinsberechtigung, da sie hilft zu verstehen, wie oder wodurch es überhaupt zu Ereignissen kommt und dadurch einen Anstoss gibt, wie man die Analyse gestalten könnte.

2 Klassifikation von Ereignissen

Diese Hauptkategorie umfasst alle Aussagen, die sich auf die Definition und Einteilung von Ereignissen und Never Events beziehen. Aussagen zur Abgrenzung von Never Events zu anderen Arten von Ereignissen wie schwerwiegenden medizinischen Ereignissen, CIRS Fälle oder Haftpflichtfälle sind ebenfalls Teil dieser Kategorie.

2.1 Definierbarkeit von Never Events

Dieser Code wird vergeben, wenn über die Trennung oder die Möglichkeit zur Abgrenzung von Never Events zu anderen Ereignissen bei der klinischen Behandlung gesprochen wird. Aussagen zu der praktischen Relevanz für die Unterscheidung von schwerwiegenden medizinischen Ereignissen und Never Events werden ebenfalls in dieser Subkategorie verortet.

Ankerbeispiel:

Ich glaube der Hauptunterschied zwischen schwerwiegenden Ereignissen und Never Events muss man darin sehen, dass Never Events sehr gut definierbar sind, dass es auch nur Beispiele sind und dass man mit denen leichter erfassen kann weil wir einfach noch davon ausgehen müssen - und das wird wahrscheinlich noch sehr sehr lange so sein - dass wir keine Möglichkeiten haben wie wir alle die schwerwiegenden Ereignisse irgendwie sicher erfassen (Interview1, Pos. 14)

2.2 Klassifikationsrelevanz für Analyseumfang

Dieser Code wird vergeben, wenn über die Relevanz zur Einteilung der Never Events gesprochen wird. Dies kann sich dabei auf die grundsätzliche Einteilungsrelevanz beziehen oder auf die für das Spital vorhandene Wichtigkeit für die anschließende Wahl der Analysestrategie / des Analyseumfangs.

Ankerbeispiel:

Ich würde es kategorisieren aber für die Aufarbeitung hat es insofern einen Einfluss, dass es rechtlich und von der Haftpflicht eine andere Relevanz hat. Auch von den Angehörigen und der Kommunikation her. Das hat natürlich Einfluss. Aber von der Analyse her und vom Gewinn, den man als Unternehmen bekommen kann und das bei einer Analyse (unverständlich) dass in Zukunft nicht mehr passiert spielt es keine Rolle. (Interview6, Pos. 16)

3 Analyseteam

Diese Hauptkategorie umfasst alle Aussagen, die sich rund um bestehende Analyseteams oder die Anforderungen an Analyseteams drehen. Codiert werden in dieser Kategorie ebenfalls Angaben zu den beruflichen Hintergründen der Personen, welche an der Aufarbeitung beteiligt sind, sowie besprochene Vor- und Nachteile zu internen/externen Analyseteams.

3.1 Zusammensetzung des Analyseteams

Dieser Code wird vergeben, wenn Erläuterungen darüber gemacht werden, wie ein Analyseteam für die Aufarbeitung von Never Events realistischerweise aussieht, oder wie es idealerweise aussehen sollte und welche Personen teil davon wären. In dieser Kategorie wird der Ist- sowie der Soll-Zustand codiert. Der Grund, weshalb sich diese Subkategorie nicht unter der Hauptkategorie "Ansprüche an ein Konzept" befindet, ist, weil das Analyseteam nicht ein direkter Teil des Konzepts ausmacht.

Ankerbeispiel:

Je interprofessioneller, desto besser. Das heisst nicht, dass alle die Analyse dann machen müssen. Also Ärzte und Pflege finde ich halt gut. Aber je nach Fall braucht es auch die Spitalapotheke oder Leute aus dem Rechtswesen. Aber die werden auch jetzt schon involviert. Ich denke es muss ein Team sein, das definiert ist und einen klaren Auftrag aufgrund der Direktion hat. Und es muss in einem Konzept sein, wie man damit umgeht. Es kann aber auch jemand von der Arbeitspsychologie sein. Es ist ja immer so ein bisschen die Diskussion das wenn ein Fall in der Anästhesie ist, dass das nur ein Anästhesist machen kann. Das habe ich den Kursen auch immer diskutiert. Ein Anästhesist in diesem Kurs hatte zuerst diese Meinung. Aber dafür machen wir ja dann Interviews. Man kann nicht etwas am Schreibtisch analysieren. Dafür braucht es eben Interviews und das Fachwissen kommt dann von ihnen. Manchmal hilft es auch, eine andere Brille zu haben, weil man dann so dumme Fragen stellt, die man aus Fachblindheit nicht stellen würde. (Interview6, Pos. 40)

3.2 Vor- und Nachteile internes Analyseteam

Dieser Code wird vergeben, wenn Vor- und Nachteile genannt werden, die sich auf das spitalinterne Analyseteam beziehen. Gemeint sind damit alle Benefits und Hürden, die auftauchen, wenn eigene Personen aus dem Spital für die Analyse mobilisiert werden.

Ankerbeispiel:

Ich glaube sogar, dass eine Person aus dem eigenen Spital zumindest einen Nachweis für sein Standing bringen kann. Weil man den täglich sieht und weil man vielleicht mit dem schon mal zu tun hatte in einer Fallbearbeitung. Aber genau diese Leute müssen halt meiner Meinung nach sehr aufpassen. Die dürfen sich nicht mal einen flapsigen Spruch leisten oder mal über irgendjemanden reden. Das ist wahnsinnig schwierig in dieser Rolle im Spital aufzutreten. Das muss wirklich jemanden sein, dem man absolut vertraut - wie einem Pfarrer, dem Beichtstuhl. Und ich muss sagen, dass muss dann auch jemand sein, der absolut geschützt ist von der Hierarchie. So stelle ich mir das vor. Keine Stabstelle vom CEO sondern wirklich abseits von dem Ganzen muss der irgendwie geschützt sein. (Interview4, Pos. 38)

3.3 Vor- und Nachteile externes Analyseteam / Behörde

Dieser Code wird vergeben, wenn Vor- und Nachteile zu der Idee eines externen Analyseteams oder der Hinzuziehung einer staatlichen Behörde zur Aufarbeitung von Never Events geäußert werden. Ebenfalls in dieser Subkategorie werden die Wünsche, eine externe Kraft zu haben, verortet.

Ankerbeispiel:

Ich glaube externe, nicht bekannte Personen hätten ein ganz grosses Problem mit der Compliance - mit dem vertrauten Umgang - mit den Personen, denen so ein Ereignis geschehen ist. Da ist es eben doch jemand externes; wer kommt da? Ein Kontrolleur, eine Behörde... Je stärker man nicht weiss, was nachher mit diesen Informationen passiert, desto weniger werden die Beteiligten tief in die Ereignisanalyse einsteigen - weil sie immer Bedenken haben, wo ihre Information hingeht. (Interview8, Pos. 38)

4 Meldung von Ereignissen

Diese Hauptkategorie umfasst alle Aussagen, die sich auf den Ist-Zustand in den Spitälern bezüglich der Meldung von Ereignissen und den bestehenden Meldewege/Funktionen/Tools beziehen. Dabei werden auch alle Aussagen codiert, welche sich auf positive Aspekte oder Hürden durch die aktuelle Situation beziehen.

Nicht codiert werden in dieser Kategorie Anforderungen, die an eine Meldfunktion oder grundsätzlich an die Meldung von Ereignissen gestellt werden. Diese Aussagen finden sich in der Subkategorie "Anspruch an Meldfunktion" wieder.

4.1 Probleme bei der Informationsweitergabe

Dieser Code wird vergeben, wenn über die Hürden der Weitergabe von Informationen nach dem Auftritt eines Ereignisses gesprochen wird. Die Probleme beziehen sich dabei auf den Ist-Zustand.

Ankerbeispiel:

Dann das andere ist wenn, sage ich mal, zum Beispiel fünf Parteien involviert sind; es geht immer der andere davon aus, dass der Nächste es gemacht hat. Also dieses Schubladendenken, das ist meine Zone und das ist deine Zone. Und jetzt nur schon auch beim Meldewesen sieht man es sehr gut: Materiovigilanzmeldung, da passiert etwas am Patienten, dann merkt man die Dokumentation dazu ist meistens Müll, weil der Arzt ist eigentlich Erstanwender, der hätte es melden sollen - der macht es aber nicht - der geht davon aus, dass die Pflege es macht. Die Pflege denkt aber der Arzt ist ja verantwortlich, also macht er es. Und dann hast du immer wieder diese Kaskade, wo keiner mitkriegt, dass eigentlich der Andere zuständig gewesen ist. Und dann merkt man am Ende, dass irgendetwas verpasst worden ist, weil keiner nachgefragt hat (Interview2, Pos. 24)

4.2 CIRS

Dieser Code wird vergeben, wenn über das Critical Incident Reporting System (CIRS) gesprochen wird. Dabei können Vor- und Nachteile des CIRS erwähnt werden oder allgemein Aussagen dazu wie; Definition, Einsatzmöglichkeiten, eigene Handhabung im Spital.

Ankerbeispiel:

Weil das sieht man jetzt schon im CIRS - das ist wie das Sammelbecken für alles. Ich meine CIRS ist ja eigentlich auch nur bei Beinahe-Ereignisse, dort wird aber von "ich möchte über meinen Kollegen motzen" bis hin zu es sind absolute Böcke geschossen worden alles drin. (Interview2, Pos. 36)

5 Analyseprozess nach dem Ereignis

Diese Hauptkategorie umfasst alle Aussagen, die sich im Ist-Zustand auf den Analyseprozess nach einem Ereignis beziehen. Codiert wird alles, das genannt wird, das in der Analyse passiert oder zum Prozess von A-Z dazugehört. Nicht codiert werden in dieser Kategorie Aussagen zu spezifischen verwendeten Methoden oder Instrumenten wie das London Protokoll, die AcciMap, das Fischgräte-Diagramm und so weiter. Die Aussagen *dazu* werden in der Kategorie "Analysemethoden" codiert.

5.1 Typischer Analyseablauf

Dieser Code wird vergeben, wenn Aussagen darüber gemacht werden, wie die Expert*innen bei der Analyse nach einem Never Event spezifisch vorgehen. Dabei kann der gesamte Prozess von A-Z sehr detailliert oder lediglich oberflächlich beschrieben werden.

Ankerbeispiel:

Initial ist es meistens so, dass ich erstmal allein losgehe. Das ich mir vom Ganzen so eine grobe Einschätzung hole, wer alles beteiligt ist. Ich mache Interviews mit den einzelnen Personen - auch eben in Anlehnung an das, was im ERA Kurs, beziehungsweise im London Protokoll auch drinsteht. Ich versuche zuerst einmal überhaupt eine Sachkenntnis zu erwerben über den gesamten Prozess und die beteiligten Parteien. Das Ganze stelle ich dann initial dem CIRS Ausschuss vor. Man muss dazu sagen im CIRS Ausschuss ist in jedem Departement eine Pflegeperson und eine ärztliche Person vertreten plus der gesamte Pflegekader und die Geschäftsleitung wird über den Bericht informiert. Und dann ist es meistens so, dass ich eine kurze Präsentation zum Fall mache. Ich stelle dann den Prozess vor, stelle die Lücken vor, die ich gefunden habe - oder die Vermutungen - und dann wird erst einmal nur diskutiert, ob sich die Erfahrungsschätze mit dem Decken, das ich gefunden habe. (Interview2, Pos. 14)

5.2 Hindernisse in der Aufarbeitung

Dieser Code wird vergeben, wenn Aussagen darüber gemacht werden, welche Hürden während des Analyseprozesses von A-Z auftreten. Es muss sich dabei auf den Ist-Zustand beziehen - das heisst, es geht um aktuelle Probleme, mit denen die Expert*innen konfrontiert sind.

Ankerbeispiel:

Das andere ist das, was ich gesagt habe, dass man die Ressourcen nicht hat. Und dann will man es trotzdem schlank und schnell machen und dann passieren einem selbst dann auch eher Fehler eben in diesen Schritten oder in der Kommunikation. (Interview6, Pos. 24)

5.3 Lerneffekt aus dem Ereignis

Dieser Code wird vergeben, wenn darüber gesprochen wird, welche Lerneffekte sich aus dem Analyseprozess ergeben. Weiter werden Aussagen dieser Subkategorie zugeteilt, wenn erzählt wird, wie oder was man aus einer Analyse an neuen Erkenntnissen herausfiltern kann.

Ankerbeispiel:

Jetzt haben wir den Fokus sehr auf Fehler gelegt. Aber so eine Analyse kann uns sagen "okey, aber diese Barriere funktioniert". Es kann uns auch eine Bestätigung geben, was funktioniert und wo nicht. Und wenn etwas nicht funktioniert ist es dann spannend herauszufinden - und das auch wieder mit den Interviews - warum jemand ein SAP nicht angewendet hat oder eine Kontrolle nicht gemacht hat, die eigentlich vorgesehen gewesen wäre. Also was hat dazu geführt. Weil das gibt uns dann auch wieder Informationen - eben das, was Sie gesagt haben - wichtig ist zu schauen, ob diese Barrieren überhaupt noch stimmen und wir die richtig gewählt haben. (Interview6, Pos. 46)

6 Analysemethoden

Diese Hauptkategorie umfasst alle Aussagen, die Analysemethoden thematisieren, welche zum jetzigen Zeitpunkt eingesetzt und verwendet werden. Dabei können Definitionen gemacht werden, Vor- und Nachteile der einzelnen Methoden besprochen werden oder allgemeine Aussagen darüber erläutert werden.

Nicht codiert werden in dieser Kategorie Ansprüche oder Wünsche an Analysemethoden und was für die Zukunft noch gewünscht wäre.

6.1 London Protokoll

Dieser Code wird vergeben, wenn spezifisch über das London Protokoll nach Vincent und Kollegen (2000) gesprochen wird. Möglich sind die Nennung von Vor- und Nachteilen der Methode, Hürden in der Übertragbarkeit von der Theorie auf die Praxis, Verbesserungsvorschläge sowie allgemeine Aussagen zur Verwendung.

Ankerbeispiel:

Diese fehlerbeeinflussenden Faktoren, das habe ich auch gesehen. Es gibt diese Tabelle zum Beispiel beim London Protokoll, die finde ich extrem hilfreich, weil sie halt zumindest so ein paar Felder aufmacht, wo man einmal schauen könnte. (Interview4, Pos. 30)

6.2 Andere Analysemethoden

Dieser Code wird vergeben, wenn Aussagen darüber gemacht werden, welche Analysemethoden AUSSER das London Protokoll nach Vincent und Kollegen (2000) zum jetzigen Zeitpunkt eingesetzt und verwendet werden. Unter Methoden wird alles verstanden, dass in der Praxis direkte Anwendung findet. Im Code enthalten sind Äusserungen zu der Root Cause Analyse (RCA), AcciMap oder SEIPS.

Ankerbeispiel:

Ich habe neulich jetzt einmal über diese AcciMap geschaut. Ich weiss nicht, ob Sie die kennen. Die ist eben auch bei der Stiftung für Patientensicherheit mit dabei. Die habe ich jetzt noch nicht so ausgeführt, aber ich finde das kann man mal so machen, das kann man mal ausprobieren. (Interview4, Pos. 30)

7 Rechtslage

Diese Hauptkategorie umfasst alle Aussagen, die einen Bezug auf die Rechtslage in Bezug zu Never Events in der Schweiz oder international herstellen.

Da diese Kategorie nur zu Teilen wichtig ist, um die Fragestellung beantworten zu können, wird auf die Bildung von Subkategorien verzichtet. Trotzdem hat die Kategorie ihre Daseinsberechtigung, da es durch die Rechtslage in der Schweiz eine Rolle spielt, wie detailliert ein Spital seine Analyse / Dokumentation macht.

Mögliche Gründe, für eine Einteilung in diese Kategorie:

- *Gesetzliche Vorgabe, was nach einem unvorhergesehenen Patiententod durch die klinische Behandlung passiert
- *Probleme, die durch Fallübernahme durch die Staatsanwaltschaft im Spital auftauchen
- *Nicht-vorhandener Schutz der während der Analyse angefertigten Dokumente
- *Nicht-vorhandene gesetzliche Bestimmung, was nach einem Never Event passiert (auch Vergleich CH/international)
- *Nicht-vorhandene gesetzliche Bestimmung, das oder wie ein Ereignis durch das betroffene Spital zu analysieren ist
- *Ansprüche an eine gesetzliche Bestimmung in der Schweiz oder grundsätzlicher Wunsch einer Regelung

8 Ansprüche an ein Konzept

Diese Hauptkategorie umfasst alle Aussagen, die sich an Anforderungen und Wünsche an ein funktionierendes und praxistaugliches Analysekonzept für die Aufarbeitung von Never Events richten. Dabei steht der Soll-Zustand explizit im Vordergrund.

Nicht codiert werden in dieser Kategorie Aussagen zu der jetzigen Situation. Diese werden in der Kategorie "Analyseprozess nach dem Ereignis" verortet.

8.1 Analysemethode je nach Ereignis

Dieser Code wird vergeben, wenn Aussagen genannt werden, die darauf abzielen, dass es nötig ist, flexibel an das Ereignis heranzutreten und dass es keine fixe Methode oder Modell geben soll, sondern dass man das für jeden Fall einzeln festhalten muss. Ebenfalls werden in dieser Subkategorie Aussagen darin verortet, die darüber gemacht werden, dass es in der Wahl der Methode individuelle Präferenzen gibt und geben soll.

Ankerbeispiel:

Man muss ja sicher von einem Modell ausgehen, das ist ja klar. Aber ich denke die Kunst wird dann auch ein bisschen sein sehr schnell herauszufinden, ob das Ereignis jetzt mehr auf menschlicher Thematik, auf Prozessthematik oder auf Verletzung von Vorschriften zu kategorisieren ist. Nicht dass man es schon schubladisiert - aber dann müsste man dann die geeignete Methode finden, die auf dieses Ereignis passt. Ich hab nicht das Gefühl, dass man jedes Never Event Ereignis oder jedes medizinische Ereignis gleich analysieren kann. (Interview7, Pos. 46)

8.2 Anspruch an Meldefunktion

Dieser Code wird vergeben, wenn Ansprüche an eine Meldefunktion für Never Events gemacht werden. Die Ansprüche können dabei grundsätzlicher Natur sein oder sich an ein spezifisches Tool richten. Ebenfalls generelle Aussage zu der Meldung von Never Events für die darauffolgende Aufarbeitung finden hier Platz.

Ankerbeispiel:

Also das man wie ein Meldesystem hat oder weiss "ah, das sollte ich eigentlich melden, aber wo muss ich jetzt das?", dass man da nicht im Intranet suchen muss, wo man das jetzt melden muss sondern dass man dann als Mitarbeitende geleitet wird. Das man weiss, dass es jetzt ein paar Filterfragen gibt und man dann in das richtige Meldesystem kommt. (Interview6, Pos. 36)

8.3 Massnahmen, Präventionsvorschläge und Systemdesign

Dieser Code wird vergeben, wenn Aussagen darüber gemacht werden, welche Massnahmen oder Präventionen das Konzept ermöglichen sollte und wie im Anschluss an die Analyse durch die neuen Erkenntnisse daraus das System angepasst werden soll.

*Diese Subkategorie beinhaltet sehr subjektive Meinungen und Wünsche der Expert*innen und darf daher für die Beantwortung der Fragestellung nicht zu hoch gewichtet werden.*

Ankerbeispiel:

Dass es nicht darum geht, nur die perfekte Lösung zu finden, dass nichts mehr passiert - weil das wird nicht gehen. Wenn du Lösung A einsetzt, entsteht Fehler B. (Interview2, Pos. 44)

9 Konzepte

Diese Hauptkategorie umfasst alle Aussagen, die von den Expert*innen zu den besprochenen Konzeptgrundlagen während des Interviews getätigt werden. Diese Hauptkategorie dient nicht primär der Beantwortung der Fragestellung, hat jedoch ihre Daseinsberechtigung darin, weil es wichtig ist, diese Aussagen von den anderen zu trennen. Grund dafür ist, dass es die Konzeptgrundlagen so in der Praxis nicht gibt. Damit keine falschen Interpretationen gemacht werden oder Aussagen vermischt werden, wird dafür eine separate Hauptkategorie definiert.

9.1 Konzeptvorschlag 1 (OACM)

Dieser Code wird vergeben, wenn die Expert*innen aufgefordert werden, sich zum Konzeptvorschlag 1 (OACM Modell / Fokus auf Systembarrieren) zu äussern. Dabei wird jeweils der ganze Absatz codiert, auch wenn Aussagen enthalten sind, die vom Konzeptvorschlag 1 abweichen. Mit dieser Vorgehensweise soll verhindert werden können, dass uneindeutige Aussagen versehentlich falsch interpretiert werden. Mit uneindeutigen Aussagen gemeint sind Erläuterungen, die sich zum einen auf den Konzeptvorschlag 1 beziehen aber mit denen ebenfalls eine Verknüpfung zu bereits vorhandenen Methoden und Vorgehensweisen hergestellt wird.

Ankerbeispiel:

Es ist einerseits realistisch - basiert ja auf Reason und genau das findet sich ja auch im Original London Protokoll so wieder. Wir haben versucht, dies ein bisschen verständlicher darzustellen und dann auch versucht, den Fokus was man wie beachten und anschauen kann ein bisschen anders zu setzen. Also vielmals ist es ja oft das Problem, dass wir den Leuten, die sich noch nie damit befasst haben, dass möglichst einfach und gut erklären können und da insbesondere auch den Leuten gut demonstrieren können anschliessend, wie man so einen Fehler oder wie man ein Ereignis anschaut. Wir haben das vom Reason bisschen vereinfacht. Wir haben gesagt hier haben wir den eigentlichen Fehler, hier haben wir den Zwischenfall und dies sind die Sicherheitsbarrieren also praktisch die berühmten Käsescheiben und hier haben wir die Co-Faktoren. [...] (Interview1, Pos. 50)

9.2 Konzeptvorschlag 2 (SEIPS)

Dieser Code wird vergeben, wenn die Expert*innen aufgefordert werden, sich zum Konzeptvorschlag 2 (SEIPS Modell / Fokus auf Prozessuntersuchung) zu äussern. Dabei wird jeweils der ganze Absatz codiert, auch wenn Aussagen enthalten sind, die vom Konzeptvorschlag 2 abweichen. Mit dieser Vorgehensweise soll verhindert werden können, dass uneindeutige Aussagen versehentlich falsch interpretiert werden. Mit uneindeutigen Aussagen gemeint sind Erläuterungen, die sich zum einen auf den Konzeptvorschlag 2 beziehen aber mit denen ebenfalls eine Verknüpfung zu bereits vorhandenen Methoden und Vorgehensweisen hergestellt wird.

Ankerbeispiel:

Das Problem ist da dann halt, dass das sehr schnell sehr unorganisiert aussehen kann oder dass es sehr schwer zu strukturieren ist, weil du so viele Wechselwirkungen versuchst gleichzeitig darzustellen. Ich habe jetzt auch gemerkt, wenn du so etwas machst, bräuchtest du wahrscheinlich auch ein Team, die sich das anschauen. Weil es gibt einfach Leute die - je nachdem wie du auch selbst tickst - bist du eher auf diese organisatorischen Faktoren aus oder dich interessiert mehr so das ganze Technische und die Tools, die du ändern kannst. Wenn du mehr ein Peoples-Person bist, dann interessiert dich vielleicht auch mehr das ganze Thema Environment. Es ist sehr schwer, einen gleichmässigen Fokus auf alle Aspekte hier zu bringen. (Interview2, Pos. 46)

9.3 Konzeptvorschlag 3 (WAI, WAD)

Dieser Code wird vergeben, wenn die Expert*innen aufgefordert werden, sich zum Konzeptvorschlag 3 (Work As Imagined vs. Work As Done Modell / Fokus auf Handlungsspielraum) zu äussern. Dabei wird jeweils der ganze Absatz codiert, auch wenn Aussagen enthalten sind, die vom Konzeptvorschlag 3 abweichen. Mit dieser Vorgehensweise soll verhindert werden können, dass uneindeutige Aussagen versehentlich falsch interpretiert werden. Mit uneindeutigen Aussagen gemeint sind Erläuterungen, die sich zum einen auf den Konzeptvorschlag 3 beziehen aber mit denen ebenfalls eine Verknüpfung zu bereits vorhandenen Methoden und Vorgehensweisen hergestellt wird.

Ankerbeispiel:

Wir haben Teams, die sehr viele Simulationen machen. Auf der Intensivstation ist das sehr etabliert. [...] Es gibt aber auch andere Kliniken, von denen ich höre, die sagen wir bringen es einfach nicht zusammen dass die Ärzte und Pflegen sich einen halben Tag freinehmen können. Dort weiss ich nicht, ob es eine planerische Frage ist oder ob es mehr auch eine Kulturfrage ist, weil so gewisse Vorbehalte dieser Methode gegenüber sind. Persönlich finde ich ist es eine sehr gute Möglichkeit, ja. (Interview3, Pos. 52)

10 Blumen am Wegesrand

Dieser Kategorie werden alle Aussagen zugeteilt, die sich während der Interviews als spannend oder wichtig herausgestellt haben, die jedoch in erster Linie nicht dabei helfen, ein Analysekonzept für die soH zu erstellen sondern die lediglich als sekundäre Kontextfaktoren im Hinterkopf zu behalten sind.

Gründe, weshalb sie nicht direkt verwendet werden können:

- * Gehören nicht zu einem Analysekonzept an sich --> z.B. Organisationskultur
- * Nicht mittelbar beeinflussbare oder veränderbare Faktoren --> z.B. gesetzliche Vorschriften
- * Trifft nicht auf die soH zu
- * Sind interessante Aussagen, für die sich eine eigene Kategorie jedoch nicht lohnt

10.1 Unzuordenbar

Dieser Code wird vergeben, wenn Aussagen getroffen werden, die nicht per se unwichtig oder uninteressant sind, für die aber dennoch keine Dringlichkeit besteht, eine separate Haupt- oder Subkategorie zu erstellen und die auch nicht einem bereits bestehenden Code zugeordnet werden können. Ein weiterer Grund kann auch sein, dass die Aussage nur von einer der 10 Interviewpersonen getroffen wurde und sich deshalb das Erstellen einer Haupt- oder Subkategorie nicht lohnt, auch wenn die Aussage relevant zur Beantwortung der Fragestellung wäre.

Diese Subkategorie umfasst aus diesem Grund ein Potpourri an Erläuterungen zu diversen Themen.

Ankerbeispiel:

Also das muss ich jetzt ehrlich sagen; ich habe echt Mühe damit, dass man ein neues Modell braucht, das nicht wirklich einen Mehrwert hat. Weil wenn man eine gemeinsame Sprache im Gesundheitswesen will, dann erreichen wir das nicht, wenn wir alle 10 Jahre ein neues Modell bringen. Weil ob jetzt das Modell alles umfasst oder nicht; das wird von der Wirkung her nichts verändern. Aber wenn man will, dass es im Alltag benutzt wird, dann müssen wir wenn schon damit arbeiten, wo wir mit der Sprache angefangen haben und das dann vielleicht dort anpassen. Und für mich ist es jetzt ein bisschen ein Gemisch. (Interview6, Pos. 48)

10.2 Nationale Unterschiede in den Spitälern

Dieser Code wird vergeben, wenn Aussagen zu den nationalen Unterschieden in den Schweizer Spitälern getroffen werden. Die Aussagen können sich dabei auf den Ist- oder den Soll-Zustand beziehen und Probleme, Forderungen sowie auch Anregungen zum Thema thematisieren oder ganz allgemeine Aussagen zu der unterschiedlichen Handhabung in Bezug auf Never Events beinhalten.

Ankerbeispiel:

Ich glaube am wünschenswertesten wäre tatsächlich, dass jedes Spital, das für sich definiert. Das es auch so ein bisschen etabliert ist, wie man das CIRS jetzt etablieren konnte. Das man analog auch noch etwas für Never Events etabliert. Also dass man es für sich definiert und dass man ein gewisses Reporting macht, zu welchen Themen man Meldungen und wo Häufungen hat. Ich glaube das wäre wie ein erster Schritt. Und dass man sich überlegt, wie man so Aufarbeiten macht. (Interview3, Pos. 44)

10.3 Unterschied Hochrisikoindustrie und Gesundheitswesen

Dieser Code wird vergeben, wenn Vergleiche zu anderen Branchen wie der Luft- und Raumfahrt oder der Nuklearindustrie hergestellt werden. Aussagen, die mit diesem Code versehen werden, thematisieren grundsätzliche Unterschiede, Vor- und Nachteile der einen oder anderen Branche, Forderungen, die aus der Luft- und Raumfahrt oder der Nuklearindustrie in das Gesundheitswesen übernommen werden sollten oder allgemeine Aussagen, wie es in anderen Risikobranchen aussieht.

Ankerbeispiel:

Die meisten Themen oder die meisten Fehler entstehen, weil die Checklisten nicht eingehalten werden. Das ist das Thema. Es ist vieles dokumentiert, wir haben Listen über Listen. Wenn ich anschau, was wir an Checklisten und an Dokumenten haben! Aber wenn das nicht eingehalten wird, das ist das Thema. Wenn sich nicht an die Vorgaben gehalten wird. Und da ist uns die Luftfahrtbranche weit voraus. (Interview10, Pos. 38)

10.4 Organisationskultur

Dieser Code wird vergeben, wenn Aussagen zu der Organisations- und Sicherheitskultur im Gesundheitswesen oder zum bestehenden Problem der Schuldigensuche gemacht werden. Aussagen, die sich darauf beziehen, dass im Gesundheitswesen nicht nach Schuldigen gesucht werden soll, werden ebenfalls hier verortet.

Theoretisch würden diese Aussagen zu der Hauptkategorie "Ansprüche an ein Konzept" passen. Der Grund, weshalb es nicht gemacht wird ist, weil die genannten Faktoren zwar wichtig sind, damit ein Konzept überhaupt funktionieren kann aber nicht als direkt beeinflussbar gelten, weil dazu grundsätzlich ein Umdenken im Gesundheitswesen auf übergeordneter Ebene stattfinden müsste, das sich nicht mit oder in einem Analysekonzept verwirklichen lässt.

Ankerbeispiel:

Also es fängt schon damit an, dass einfach oftmals die Fehlerkultur nicht gut ausgeprägt ist oder nicht so ausgeprägt ist wie sie eigentlich sein sollte. (Interview1, Pos. 26)

11 Zitierfähige Textstellen

Dieser Hauptkategorie werden alle Aussagen zugeordnet, die sich in ihrer inhaltlichen Wichtigkeit von anderen genannten Aussagen abheben und für die Beantwortung der Forschungsfrage von besonderer Bedeutung sind. Dabei müssen sie von der Satzformulierung genügend ästhetisch sein und ein ausreichendes Alleinstellungsmerkmal aufweisen, um daraus ein Direktzitat für die Arbeit machen zu können.

12 Sonstiges

Diese Hauptkategorie umfasst alle Aussagen, die für die Beantwortung der Forschungsfrage gänzlich unwichtig sind.

12.1 Irrelevant für Beantwortung der Forschungsfrage

Dieser Code wird vergeben, wenn Aussagen gemacht werden, die für die Beantwortung der Forschungsfrage gänzlich unwichtig sind und auch sonst keinen Mehrwert bieten.

Mögliche Gründe, für eine Einteilung in diese Subkategorie:

- * Die getätigte Aussage hat nichts mit dem Forschungsthema zu tun - auch nicht im erweiterten Sinn
- * Die getätigte Aussage bezieht sich zwar auf das Forschungsthema oder eine konkrete Frage, bringt aber keinen Mehrwert
- * Die getätigte Aussage kann inhaltlich nicht nachvollzogen werden

Ankerbeispiel:

Aber die Entscheidungsträger, was dann gemacht wird und wo dann proaktiv oder prospektiv für den nächsten angesetzt wird, das ist in der Verantwortung der Linie. Das muss man gerade auch wenn man mit Never Events und das Qualitätsmanagement auseinandernehmen, wer welche Verantwortung hat. Das ist wie die FINMA bei der Credit Suisse. Das ist die Kontrollbehörde ohne Zähne. Und das ist genau so auch das Qualitätsmanagement, zu dem am Ende jeder kommt und sagt "ihr seid ja dann die Verantwortlichen". Aber wir haben keine Kompetenz, Einfluss zu nehmen und zu Verordnen. (Interview10, Pos. 16)

13 Schwärzen

Dieser Hauptkategorie werden alle Aussagen zugeordnet, die für die Transkripte, welche in den Anhang der schriftlichen Arbeit kommen, geschwärzt werden müssen. Aussagen, die mit diesem Code versehen werden sind aus Gründen des Datenschutzes zu heikel.