



Empfehlungen zur Unterstützung einer Just Culture und einer Patientensicherheitskultur im Schweizer Gesundheitswesen

Basierend auf der *Machbarkeitsstudie Just Culture im Schweizer Gesundheitswesen* der Stiftung Patientensicherheit Schweiz (2024)

Inhalt

1	Just Culture	3
2	Massnahmenempfehlungen auf der Makroebene	4
2.1	Rechtsgrundlagen schaffen	4
2.1.1	Schutz von Personen, die Fehler und unerwünschte Ereignisse melden.....	5
2.1.2	Unterstützung von geschädigten Betroffenen	5
2.1.3	Stärkung der Patientensicherheit in Gesundheitsorganisationen	5
2.1.4	Stärkung von Lernsystemen.....	6
2.2	Definition von Konzepten und Standards	6
2.2.1	Allgemeine Konzepte und Standards	6
2.2.2	Messungen von Indikatoren	6
2.2.3	Lernen aus Fehlern	6
2.2.4	Beratungs- und Unterstützungsprogramme von First und Second Victims	7
2.3	Einrichtung einer nationalen Koordinationsstelle	7
2.4	Verankerung in der Aus-, Fort- und Weiterbildung	7
2.5	Förderung der Forschung	8
2.6	Umsetzung von Just Culture durch Behörden	8
3	Massnahmenempfehlungen auf der Mesoebene.....	9
3.1	Berufsverbände und Fachgesellschaften	9
3.2	Haftpflicht-Versicherer/Versicherungsverbände: Förder- und Anreizsysteme	9
3.3	Patientenorganisationen, Patientinnen, Patienten und Angehörige	10
3.4	Bildungsinstitutionen	10
3.4.1	Forschung, Aus-, Fort- und Weiterbildung	10
3.4.2	Just Culture in Bildungsinstitution vorleben	10
3.5	Nationale Koordinationsstelle Patientensicherheit	11
3.5.1	Generierung von Wissen und Expertise	11
3.5.2	Anwendung und Implementierung von Wissen und Expertise.....	11
3.5.3	Vernetzung und Diffusion von Wissen und Expertise	11
4	Massnahmenempfehlungen auf der Mikroebene.....	13
4.1	Management-Support sicherstellen	13

4.2	Ausgangslage einschätzen und Voraussetzungen für eine Just Culture prüfen	14
4.2.1	Voraussetzungen für eine Just Culture prüfen	14
4.2.2	Messung und Reifegradeinschätzung	15
4.3	Einsetzen einer «Just Culture» Arbeitsgruppe	15
4.4	Aktionsplan zur Umsetzung einer Just Culture erarbeiten	15
4.5	Verbreitung von Just Culture in der Organisation	16
4.6	Stärkung der Melde- und Lernkultur	16
4.6.1	Die Just Culture unterstützen	16
4.6.2	Die flexible Kultur fördern	16
4.6.3	Die Meldekultur unterstützen.....	16
4.6.4	Die informierte Kultur fördern	17
4.6.5	Die Lernkultur unterstützen	17
4.7	Nachhaltige Verankerung in der Organisation.....	18
	Literatur	19

1 Just Culture

Eine Just Culture (JC) erkennt an, dass auch kompetente Fachpersonen Fehler machen, Abkürzungen und Umgehungen verwenden und gegen Routinen verstossen. Solche Abweichungen weisen auf Schwachstellen auf der Systemebene hin und müssen analysiert werden, damit man daraus lernen kann. Es ist wichtig, dass eine Vertrauensatmosphäre in einer Organisation herrscht, in der die Mitarbeitenden frei über Ideen, Fehler oder Bedenken sprechen können, ohne dass daraus negative Konsequenzen erwachsen. Die einzelnen Stakeholder tragen unterschiedliche Verantwortung in der Organisation. Fehlverhalten aufgrund von rücksichtslosem Verhalten wird auch in einer Just Culture nicht toleriert [1]. Die restorative Just Culture erweitert den Begriff und fokussiert auf den entstandenen Schaden bei allen Betroffenen sowie darauf, wie dieser Schaden behoben und Vertrauen und Beziehungen untereinander wieder aufgebaut werden können [2]. Auf diese Weise sollen ähnliche Ereignisse in Zukunft vermieden werden. Da eine Just Culture eng verbunden ist mit der Patientensicherheitskultur (PSC) und der Patientensicherheit ganz allgemein und sich die Bereiche gegenseitig beeinflussen oder bedingen, werden alle Bereiche in die Empfehlungen aufgenommen. Die Massnahmenempfehlungen richten sich an die Makro-, Meso- und Mikroebene des Schweizer Gesundheitswesens. Für jede Ebene sind Themengebiete und konkrete Massnahmen beschrieben, um eine Just Culture nachhaltig zu unterstützen und voranzutreiben.

Weiterführende Informationen sind im Bericht zur [Machbarkeitsstudie Just Culture im Schweizer Gesundheitswesen der Stiftung Patientensicherheit Schweiz \(SPS\) von 2024](#) zu finden, auf dem die in diesem Dokument beschriebenen Empfehlungen basieren. In den vorliegenden Empfehlungen werden ausserdem Hinweise auf die Anhänge des genannten Berichts gegeben, die bei bestimmten Themen zur vertieften Information hilfreich sein können.

2 Massnahmenempfehlungen auf der Makroebene

Auf der Makroebene¹ wurden die folgenden sechs Schwerpunktbereiche für Massnahmen zur nachhaltigen Unterstützung einer JC/PSC identifiziert (s. Abb. 1). Die einzelnen Schwerpunkte werden nachfolgend genauer beschrieben.

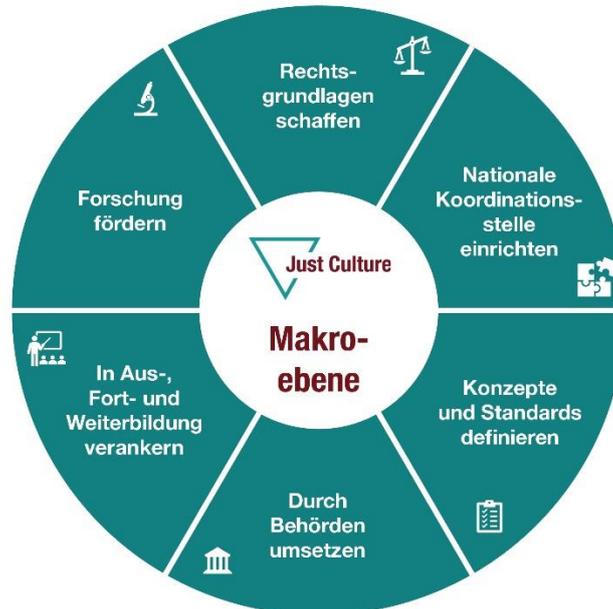


Abbildung 1 Überblick über Massnahmen zur Unterstützung einer nachhaltigen Just Culture (JC) / Patient Safety Culture (PSC) auf der Makroebene.

2.1 Rechtsgrundlagen schaffen für einen gerechten Umgang mit allen an einem Ereignis Betroffenen

Das Konzept der JC im Gesundheitswesen ist relativ neu und die Bedeutung des Konzepts für die Justiz noch unklar. Es braucht Zeit und Bemühungen, um Ängste, Unsicherheiten und Zweifel bei den Beteiligten von Justiz- und Gesundheitssystemen zu beseitigen. Kommunikation und gegenseitiges Verständnis der Rollen und Verantwortlichkeiten des anderen Bereichs sind dabei von zentraler Bedeutung. Gemeinsame Ausbildungen zum Thema JC und ein offener Dialog zwischen Justiz und Fachpersonen im Bereich Patientensicherheit bringen das Thema voran [3]. Mit dem Ziel gemeinsame Rechtsgrundlagen zu schaffen, sollten im Rahmen von Fallstudien aus der Praxis folgende Fragestellungen interprofessionell bearbeitet werden [3]:

- (1) Wer im Staat, in einer einzelnen Organisation oder in der Gesellschaft zieht die Grenze zwischen akzeptablem und inakzeptablem Verhalten?
Je mehr klare, strukturelle Regelungen auf Bundesebene darüber existieren, wer die Grenze ziehen darf, desto vorhersehbarer sind die rechtlichen Folgen eines Ereignisses. Gesundheitsfachpersonen werden weniger Angst und Unsicherheit darüber haben, was nach einem Ereignis passieren könnte, da eindeutige Regelungen vorhanden sind.
- (2) Wie soll die Rolle des betroffenen Fachbereichs sein bei der Einschätzung von akzeptablem/inakzeptablem Verhalten und wie soll dieser einbezogen werden?
Je stärker das Fachwissen des betroffenen Fachbereichs zur Unterstützung der gemeinsamen Grenzziehung mit der Justiz einbezogen wird, desto geringer ist die Wahrscheinlichkeit, dass Gesundheitsfachpersonen ungerechten oder unangemessenen Gerichtsverfahren ausgesetzt werden.

¹ Makroebene: Bund und Kantone

- (3) Wie werden die Sicherheitsdaten (z.B. Daten aus CIRS, von Ereignisuntersuchungen etc.) vor gerichtlichen Eingriffen geschützt?

Je besser die Sicherheitsdaten vor gerichtlichen Eingriffen geschützt sind, desto wahrscheinlicher ist es, dass Gesundheitsfachpersonen sich in einem Staat sicher fühlen und Ereignismeldungen machen. Der Schutz dieser Sicherheitsdaten hängt damit zusammen, wie der Staat die Fragen (1) und (2) löst [3].

- (4) Wie können Patientinnen, Patienten und Angehörige (zivilrechtlich) für entstandene Schädigungen entschädigt werden, ohne dass ein juristischer Prozess geführt und eine Person als schuldig verurteilt werden muss?

Auf Grundlage dieser Diskussionen können die folgenden Punkte in Gesetzen und Verordnungen geregelt werden.

2.1.1 Schutz von Personen, die Fehler und unerwünschte Ereignisse melden

Es sollten rechtliche Rahmenbedingungen und Vorgaben zur Förderung einer offenen und gerechten Sicherheitskultur geschaffen werden. Darin sollten Mechanismen verankert sein, die helfen, aus Fehlern zu lernen und patientenschädigenden Ereignissen vorzubeugen (statt der blossen Sammlung von Ereignissen und Daten). Zudem sollte eine nationale Standardisierung von Patientensicherheitsdaten erfolgen, um die Vergleichbarkeit zu verbessern. Dazu gehört auch die Definition gemeinsamer Begrifflichkeiten. Die Gesetzgebung in den Bereichen Vertraulichkeit, Privatheit und Datenschutz muss so gestaltet sein, dass Daten zu Lernzwecken ausgetauscht werden können [4]:

- Einführung und Umsetzung von Verwaltungs- und Rechtsschutzmassnahmen für Personen, die unerwünschte Ereignisse melden oder Bedenken hinsichtlich der Sicherheit von Leistungen äussern [5].
- Schutz von Gesundheitspersonen bei der Meldung von Ereignissen innerhalb der Gesundheitsorganisationen.
- Abgrenzung und Unterscheidung zwischen medizinischen Fehlern und medizinischer Fahrlässigkeit, um eine JC zu schaffen und angemessene Korrekturmassnahmen zu erleichtern (inkl. Festlegung, durch wen und auf welche Weise die Grenze definiert wird).

2.1.2 Unterstützung von geschädigten Betroffenen

Offenlegungspflicht von Fehlern und unerwünschten Ereignissen gegenüber den Betroffenen (Patientinnen, Patienten und Angehörigen)

- Vorgaben für eine Pflicht zur zeitnahen, wahrheitsgemässen und vollständigen Offenlegung und zum Eingeständnis von Fehlern und unerwünschten Ereignissen gegenüber Betroffenen, ohne dass dies als Schuldgeständnis verwendet werden kann.
- Schaffen von einheitlichen Offenlegungsrichtlinien von Fehlern, basierend auf internationaler Forschung und bestehenden Richtlinien [6,7].
- Möglichkeit der Entschuldigung von Fehlverhalten gegenüber Betroffenen, ohne dass dies als Schuldgeständnis verwendet werden kann.

Stärkung der Patientenrechte

- Einführung von Gesetzen/Vorschriften über die Unterstützung von Beschwerden gegen das Gesundheitswesen von behördlicher Seite (Ombudsstellen, Schlichtungsverfahren, kostenlose Beratung/Gutachten etc.).
- Einführung eines Patientenentschädigungsgesetzes mit einem Kompensationssystem bei Patientenschädigung (z.B. Kompensation von Patientenschädigungen ohne Schuldzuweisung an Personen durch einen gesetzlichen Patientenfond).

2.1.3 Stärkung der Patientensicherheit in Gesundheitsorganisationen

Eine Stärkung der Patientensicherheit kann auch als Teil der Stärkung der Arbeitssicherheit und des Gesundheitsschutzes gesehen werden, da unerwünschte Ereignisse bei den beteiligten Gesundheitsfachpersonen gesundheitliche Probleme wie Schlaflosigkeit, Depressionen oder posttraumatischen Belastungsstörungen auslösen können. Dies wiederum kann sich auf die Leistungsfähigkeit und

Fehleranfälligkeit bei der Arbeit auswirken. Gesetze und Richtlinien zur Stärkung der Patientensicherheit können sich an Arbeitssicherheitsbestimmungen orientieren [8] und sollten folgende Punkte beinhalten:

- Stärkung der Patientensicherheit in Gesundheitsorganisationen, indem Vorgaben zu Sicherheitssystemen gemacht oder Hilfsmittel zur Umsetzung vorgelegt werden (analog dem Beispiel Arbeitssicherheit und Gesundheitsschutz [«ASA-Sicherheitssystem: 10 Elemente für Arbeitssicherheit und Gesundheitsschutz»](#) [9] und [«Sicherheit und Gesundheitsschutz. Handbuch zur Umsetzung der EKAS-Richtlinie 6508»](#) (2012) [10] der Eidgenössischen Kommission für Arbeitssicherheit und Gesundheitsschutz EKAS).
- Stärkung der Funktion von Patientensicherheitsbeauftragten, indem ein klares Kompetenz- und Ausbildungsprofil definiert wird analog zu Fachpersonen in der Arbeitssicherheit ([«822.116 Verordnung über die Eignung der Spezialistinnen und Spezialisten der Arbeitssicherheit»](#) [11]) oder festgelegt wird, wann Patientensicherheitsbeauftragte einbezogen werden müssen ([«Richtlinie über den Beizug von Arbeitsärzten und anderen Spezialisten der Arbeitssicherheit \(ASA-Richtlinie\)»](#) [12]).

2.1.4 Stärkung von Lernsystemen

- Stärkung einer Lern- und Feedbackkultur, indem Vorgaben gemacht werden zur Einführung von Lernsystemen in Gesundheitsorganisationen sowie zur Ableitung und Umsetzung von Massnahmen.
- Einführung einer Meldepflicht von Never Events² an eine nationale Koordinationsstelle (s. Punkt 2.3) und Festlegung, welche Ereignisse dies sind.
- Einführung einer allgemeinen Meldepflicht von Fehlern und Ereignissen innerhalb von Gesundheitsorganisationen. Dabei muss die rechtliche Situation bedacht und ggf. angepasst werden: Es sollte keine Verletzung des Nemo-tenetur-Prinzips³ erfolgen und der Schutz von meldenden Personen muss gewährleistet sein.
- Einführung einer Untersuchungspflicht von (Beinahe-)Ereignissen, inklusive Suizid(versuchen), die möglicherweise von Gesundheitsdienstleistenden hätten verhindert werden können.

2.2 Definition von Konzepten und Standards für eine Just Culture/Patient Safety Culture

Die Entwicklung einer Sicherheitskultur ist von zentraler Bedeutung für nachhaltige Bemühungen zur Verbesserung der Patientensicherheit. Politische und legislative Massnahmen können ein günstiges Umfeld für eine florierende Sicherheitskultur schaffen [5, 13]. Gesundheitspolitische Massnahmen können sein:

2.2.1 Allgemeine Konzepte und Standards

- Bundeseinheitliche Standards zu Begrifflichkeiten und Themen der PSC und JC festlegen.
- Verankerung einer PSC und damit von Elementen einer JC in Qualitätsverbesserungsmassnahmen/Qualitätsverträgen [13].
- Einbezug der Perspektive von Patientinnen und Patienten bei der Entwicklung von Vorgaben und Konzepten zur Verbesserung der Sicherheitskultur [14].

2.2.2 Messungen von Indikatoren zu Just Culture/Patient Safety Culture

Im Rahmen von regelmässigen Messungen zu Patientensicherheitsindikatoren auf nationaler Ebene sollten Indikatoren für PSC und JC erfasst werden. Dabei sollten für die jeweiligen Indikatoren Mindeststandards definiert werden. Indikatoren für eine PSC können sein: Commitment, Verhalten, Awareness, Anpassungsfähigkeit, Information und Gerechtigkeit ([ECAST](#) [15]). PSC und JC sollten in regelmässigen Abständen auditiert werden [13].

Für Frameworks s. Anhang 2, für Messinstrumente s. Anhang 3 der Machbarkeitsstudie Just Culture im Schweizer Gesundheitswesen (SPS, 2024).

² Never events: Bestimmte schwerwiegende Ereignisse, bei denen Patientinnen und Patienten zu Schaden gekommen sind, und die als vermeidbar gelten, wie z.B. die Seitenverwechslung bei einer Operation.

³ Nemo tenetur se ipsum accusare – niemand darf dazu gezwungen werden, sich selbst zu belasten.

2.2.3 Lernen aus Fehlern

- Vorgaben und Hilfsmittel für das Vorgehen nach unerwünschten Ereignissen und Ereignisuntersuchungen entwickeln und bereitstellen [16].
- Vorgaben und Hilfsmittel zur Offenlegung eines unerwünschten Ereignisses entwickeln und bereitstellen [7,16,17].

2.2.4 Beratungs- und Unterstützungsprogramme von First⁴ und Second Victims⁵

Ein wichtiger Aspekt einer JC ist die Wiederherstellung/Wiedergutmachung. Sie unterstützt die emotionale Heilung aller an einem Patientensicherheitsereignis Beteiligten, indem sie alle Betroffenen einbezieht. Es ist von entscheidender Bedeutung für die Genesung der Betroffenen und die Wiederherstellung ihres Vertrauens in das Gesundheitswesen, dass sie Unterstützung erhalten. Patientinnen, Patienten und ihre Angehörigen sind «first victims». Die am Ereignis beteiligten Mitarbeitenden des Gesundheitswesens sind als «second victims» betroffen. Möglicherweise gibt es noch weitere Mitglieder der Gemeinschaft, die z.B. ein Ereignis beobachtet haben und ebenfalls berücksichtigt werden müssen. Unterstützende Massnahmen sind:

- Einführung und Finanzierung systematischer Beratungs- und Unterstützungsprogramme auf nationaler Ebene für Patientinnen, Patienten und Angehörige [6].
- Einführung und Finanzierung systematischer Beratungs- und Unterstützungsprogramme auf nationaler Ebene für Mitarbeitende, die von unerwünschten Ereignissen betroffen sind, inklusive Sensibilisierungsmassnahmen [6,18].
- Vorgaben und Hilfsmittel zum Umgang mit First und Second Victims entwickeln und bereitstellen.

2.3 Einrichtung einer nationalen Koordinationsstelle für Just Culture/Patient Safety Culture/Patientensicherheit

Die Koordinationsstelle sollte eine unabhängige nationale Einrichtung sein, die gleichzeitig nah an Gesundheitsdienstleistenden sowie an Patientinnen und Patienten ist, nicht sanktionierend wirkt und kontinuierlich das Lernen verbessert. Die Einrichtung einer nationalen Koordinationsstelle für JC/PSC/Patientensicherheit erfordert:

- Die Ernennung (und damit die Finanzierung) einer unabhängigen Organisation für die Entgegennahme, Analyse, Zusammenfassung und öffentliche Berichterstattung von Informationen über die Sicherheit der Gesundheitsversorgung des Landes und das Monitoring der Fortschritte. Gemäss WHO ist eine solche Stelle eine Voraussetzung für den Aufbau hochzuverlässiger Gesundheitssysteme und -organisationen.
- Die Festlegung von Aufgaben und Funktionen dieser Stelle.
- Die Festlegung des Handlungsspielraums und der Kompetenzen dieser Stelle.
- Die Stärkung bestehender Mechanismen zur Ereignismeldung im Bereich der Patientensicherheit und Verbesserung bestehender Systeme.

Das Aufgabenprofil der Koordinationsstelle ist unter Punkt 3.5 aufgeführt.

2.4 Verankerung von Patient Safety Culture und Just Culture in der Aus-, Fort- und Weiterbildung von Gesundheitsfachpersonen und an Schnittstellen

- Zusammen mit Berufsverbänden, Fachgesellschaften und Fachpersonen für Patientensicherheit und Pädagogik/Andragogik sollten Kompetenzen zu PSC/JC festgelegt werden. Auf Basis dieser Kompetenzprofile sollten Vorgaben für die Curriculumsentwicklung für alle Gesundheitsberufe gemacht werden, um PSC und JC in der Aus-, Fort- und Weiterbildung aller Gesundheitsberufe zu verankern. Hilfreich können hier folgende Quellen sein: [Patient Safety Curriculum Guide Multi-professional Edition](#) der WHO [19], [The Safety Competencies](#) [20], [From knowledge to action - A framework for building quality and safety capability in the New Zealand health system](#) [21], Lernzielkatalog des Aktionsbündnisses Patientensicherheit [22].
- Zusätzlich sollten auch für Behörden, Justizapparat und andere mögliche Schnittstellen Schulungen zu PSC/JC angeboten werden.

⁴ First Victim: durch ein Patientensicherheitsereignis geschädigte Patientinnen, Patienten (und Angehörige)

⁵ Second Victims: durch ein Patientensicherheitsereignis geschädigte Fachpersonen

2.5 Förderung der Forschung zu Patientensicherheitskultur und Just Culture

Die Ziele der Patientensicherheitsforschung bestehen darin, neue Erkenntnisse zu gewinnen, die die Fähigkeit der Gesundheitssysteme sowie der Gesundheitsorganisationen und der in ihnen tätigen Personen verbessern, um mit der Gesundheitsversorgung verbundene Schäden zu verringern [5,13]. Deshalb ist die Förderung der Forschung durch nationale Gelder auf dem Gebiet der Patientensicherheit und insbesondere zu PSC /JC wichtig.

2.6 Umsetzung von Just Culture durch Behörden

Eine nachhaltige Implementierung und Regulierung der PSC/JC sollte im Einklang mit der zunehmenden Tendenz zur funktionsbasierten Regulierung stehen. Dabei erhalten Gesundheitsdienstleistende die Möglichkeit, ein eigenes Vorgehen zur Einhaltung von Vorschriften zu entwickeln und zu definieren, z.B. durch die Entwicklung von Sicherheitsmanagementsystemen und/oder Massnahmen zur Verbesserung ihrer Sicherheitskultur, die ihrer Situation und ihren Bedürfnissen (z. B. Geschichte, Personal, Kultur, Kompetenz, Ressourcen) entsprechen. Behörden sollten also darauf fokussieren, geeignete Grundlagen und Beratungsangebote zur Verfügung zu stellen und die regulatorischen Aktivitäten auf die Prüfung der Qualität der implementierten Systeme und Prozesse zur kontinuierlichen Verbesserung [13] zu begrenzen. Konkrete Ansatzpunkte für Gesundheitsbehörden zur Unterstützung einer PSC/JC können sein:

- Diskussionen und Risikobewertungen von Gefahren der Patientensicherheit mit Führungskräften und Beschäftigten in Gesundheitsorganisationen.
- PSC und JC sollten explizit als Schwerpunktthemen in allen nationalen Initiativen im Gesundheitsbereich benannt werden (z.B. in Jahreszielen).
- Die Einrichtung einheitlicher Lern- und Fehlermeldesysteme, die ressourcenschonend betrieben werden können und die Schnittstellen zu einem übergeordneten Meldesystem bieten, sollte unterstützt werden.
- Beratungsangebote für Gesundheitsorganisationen zum Aufbau, zur Implementierung und Regulierung der Sicherheitskultur anbieten.
- Entwicklung von Leitlinien und Merkblättern [23] und Schulungsprogrammen [24,25]; Gestaltung und/oder Unterstützung von Interventionen [26,27].
- Regelmässige Audits [28] zur Prüfung der Sicherheitsmanagementsysteme der Gesundheitsorganisation und Prozesse zur Risikominimierung; Ergreifen von Massnahmen, falls Mängel festgestellt werden.
- Einheitliche Prozesse und Strukturen etablieren und bekannt machen, um Patientinnen, Patienten und Angehörigen die Möglichkeit zu geben, entdeckte Auffälligkeiten und Fehlerquellen in der Versorgung zu melden.

3 Massnahmenempfehlungen auf der Mesoebene

Die folgenden fünf Akteure wurden auf der Mesoebene⁶ zur nachhaltigen Unterstützung einer JC/PSC identifiziert (s. Abb. 2). Die einzelnen Massnahmenswerpunkte der Akteure werden nachfolgend genauer beschrieben.

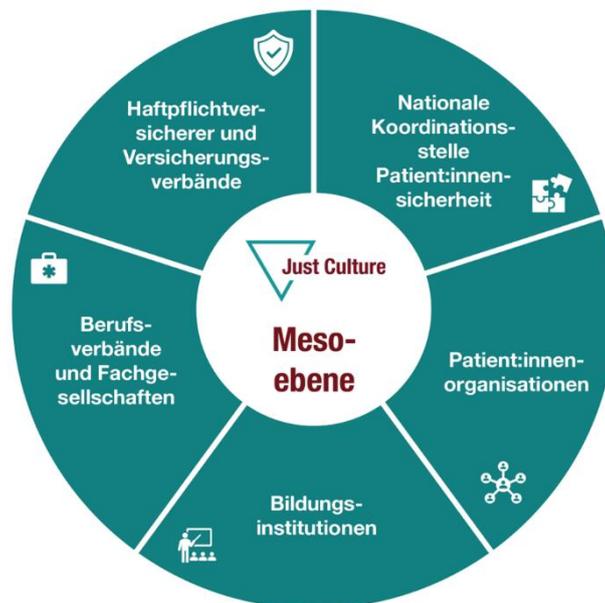


Abbildung 2 Überblick über Akteure auf der Mesoebene, die zur Unterstützung einer nachhaltigen Just Culture (JC) / Patient Safety Culture (PSC) beitragen können.

3.1 Berufsverbände und Fachgesellschaften

Berufsverbänden und Fachgesellschaften sollten sich dafür einsetzen, dass JC/PSC in Lehrplänen der Grundausbildung sowie in postgradualen Programmen verankert und die Vermittlung und Bewertung von Patientensicherheitskompetenzen ein obligatorischer Bestandteil der Lehrpläne werden.

Konkrete Aktivitäten von Berufsverbänden und Fachgesellschaften können sein:

- Erarbeitung von Kompetenzprofilen und Definition von Mindeststandards im Bereich JC/PSC für die Arbeit der einzelnen Berufsgruppen.
- Integration von JC/PSC in bestehende Lehrpläne und -mittel [29].
- Einsetzen von Beobachtungs- und Simulationstrainings als wertvolle Instrumente für die interprofessionelle Ausbildung sowohl im Lern- als auch im Arbeitsumfeld [29].
- Entwicklung von Tools und Best Practice Inventaren zu JC/PSC für Lehrinstitutionen und Lernende [29].
- Anpassung von etablierten Instrumenten (wie z.B. CIRS, Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen), sodass der Schwerpunkt auf Fehlererkennung, -minderung und -prävention gelegt wird [29].

3.2 Haftpflicht-Versicherer/Versicherungsverbände: Förder- und Anreizsysteme

Anreizsysteme können von den gesetzlichen Versicherungsträgern als Präventionsmittel eingesetzt werden, um Betriebe zu besonderen Präventionsanstrengungen zu motivieren. Dies kann auch bei der Umsetzung einer JC/PSC eingesetzt werden.

Eine finanzielle Unterstützung der Leistungserbringer durch die Versicherer kann die Motivation erhöhen und insbesondere für Leistungserbringer mit geringen Ressourcen eine wichtige Massnahme sein [30]. Insgesamt sollte die Steuerung und die Finanzierung der Versorgung auf ihre Wirkung auf die

⁶ Mesoebene: Organisationen, Berufsverbände und Fachgesellschaften, Versicherer, Bildungsinstitutionen

Patientensicherheit analysiert werden und so ausgerichtet sein, dass die Patientensicherheit gefördert wird.

Konkrete Ansatzpunkte können sein:

- Qualitätsverträge beinhalten Elemente von PSC/JC. Diese Elemente werden als verbindlich deklariert.
- Beitragszuschläge oder -nachlässe (in Abhängigkeit von der Durchführung bestimmter Präventionsaktivitäten und/oder Realisierung eines bestimmten Sicherheitsniveaus) gewähren.
- Prämien (als Sonderzahlungen) für Präventionsmassnahmen im Bereich JC/PSC.
- Prüfen, ob Anreize und Motivationsprogramme wie z.B. pay-for-performance Möglichkeiten zur Verbesserung der PSC/JC sind.
- Unterstützung/Anbieten spezifischer Trainingsprogramme, die auf systemische oder individuelle Veränderungen abzielen. Beispiele dafür sind Simulationstrainings in der Anästhesie, der Geburtshilfe [31–35] oder der Chirurgie [36,37].
- Anerkennungen und Auszeichnungen für besondere Präventionsaktivitäten anbieten (Urkunden, öffentlichkeitswirksame Belobigungen, Gütesiegel).

3.3 Patientenorganisationen, Patientinnen, Patienten und Angehörige

Patientenorganisationen, Patientinnen, Patienten und Angehörige werden oftmals erst dann involviert, wenn ein Fehler passiert ist und Schadensersatzansprüche geltend gemacht werden. Sie können aber auch präventiv einbezogen werden, z.B. beim Aufbau einer PSC/JC [5], bei der Fehler- und Risikorekennung und bei der Beteiligung an Diskussionen zur Bedeutung von Gerechtigkeit und Verantwortlichkeit von Gesundheitsdienstleistenden. Nicht alle Patientinnen, Patienten und Angehörigen werden einem JC-Ansatz folgen wollen/können, aber es gibt Hinweise darauf, dass viele direkt Betroffene daran interessiert sind, dass Fehler aufgearbeitet und in Zukunft verhindert werden. Patientinnen, Patienten und Angehörige erwarten nach einem kritischen Ereignis eine Offenlegung des Ereignisses. Ein wichtiger Grund für die Einleitung rechtlicher Schritte ist das Fehlen zuverlässiger Informationen und das Gefühl, nicht respektiert und im Stich gelassen zu werden [7,16,38]. Dem sollte mit einer JC entgegen gewirkt werden.

Die folgenden Massnahmen können diesbezüglich ergriffen werden:

- Meldemöglichkeiten zu Patientensicherheitsthemen für Betroffene schaffen, sodass diese selbst melden und aus öffentlich gemeldeten Sicherheitsdaten gelernt werden kann [5].
- Patientenorganisationen können Patientinnen, Patienten und Angehörige mit Schulungen, Informationskampagnen und Austauschplattformen dabei unterstützen, Wissen über PSC und JC aufzubauen, damit sie sicherheitsrelevante Bedenken gegenüber den Gesundheitsdienstleistenden äussern (Speak-up). Ausserdem kann ihnen vermittelt werden, warum eine JC wichtig ist und wie sie selbst diese unterstützen können ([HCQA-Patient](#)) [39].
- Gemeinsam mit Behörden und Gesundheitsdienstleistenden an den Themen Patientensicherheit, PSC und JC arbeiten.

3.4 Bildungsinstitutionen

Die Qualität und Sicherheit der Patientenversorgung hängen nicht nur davon ab, was im klinischen Alltag geschieht, sondern auch vom Umgang mit PSC/JC in den Bildungsinstitutionen. Dies betrifft sowohl die Ausbildung der Gesundheitsberufe in PSC/JC, die Forschung dazu sowie auch die Vorbildfunktion der Lehranstalten. Die folgenden Massnahmen können eine PSC/JC unterstützen.

3.4.1 Forschung, Aus-, Fort- und Weiterbildung

- Forschung im Bereich PSC/JC betreiben mit Fokus auf Einflussfaktoren, Massnahmenentwicklung, Effektivität von Massnahmen, nachhaltige Umsetzung, Kosten-/Nutzenanalysen.
- Angebote schaffen für die Aus- und Weiterbildung im Bereich Patientensicherheit: z.B. zu PSC und JC; Human Factors; Systemdesign und Patientensicherheit [40–42].

3.4.2 Just Culture in Bildungsinstitution vorleben

- Entwicklung und Bekanntmachung eines JC-Prozess innerhalb der Bildungsinstitution ([HCQA-Education](#)) [43].

- Offene Thematisierung von früheren Patientensicherheitsereignissen ([HCQA-Education](#)) [43].
- Aktive Unterstützung von Mitarbeitenden und Studierenden, die in ein Patientensicherheitsereignis verwickelt sind/waren (Gespräche; Vermittlung von Unterstützung durch Peers oder professionelle Fachpersonen ([HCQA-Education](#)) [43].

3.5 Nationale Koordinationsstelle Patientensicherheit

Für eine national koordinierte, systematische und nachhaltige Bündelung und Umsetzung von Aktivitäten zur Etablierung von JC/PSC sollte eine nationale Koordinationsstelle eingesetzt werden. Diese sollte Wissen und Expertise im Bereich JC/PSC generieren, Instrumente zur Anwendung und Implementierung dieses Wissens erarbeiten und die Erkenntnisse verbreiten. Wichtig ist dabei der direkte Bezug zur Praxis und der Einbezug von Gesundheitsdienstleistenden und Expertinnen und Experten aus anderen Bereichen/Ländern. Eine solche nationale Koordinationsstelle sollte im Hinblick auf die Etablierung von JC/PSC folgende Massnahmen umsetzen.

3.5.1 Generierung von Wissen und Expertise zum Thema JC/PSC

- Durchführung von Machbarkeitsstudien zur Adaptation/Umsetzung von etablierten oder neuen JC/PSC Konzepten im schweizerischen Gesundheitswesen.
- Umsetzung von Nationalen Implementierungsprogrammen (NIP) im Bereich JC/PSC, die zum Ziel haben, eine nachhaltige Qualitätsentwicklung durch konsequente und systematische Verankerung spezifischer Praktiken zu erreichen. Mit den NIP werden Leistungserbringer im Veränderungsprozess begleitet und unterstützt, diese Praktiken erfolgreich in die Routine zu integrieren.
- Bewirtschaftung einer Meldestelle für Fehler und unerwünschte Ereignisse auf nationaler Ebene. Aus Basis derer Identifikation von überregional relevanten Problemfeldern, Entwicklung von Verbesserungsempfehlungen und Sensibilisierung für klinische Risiken. Aktuell übernimmt das CIRRN-ET (Critical Incident Reporting & Reacting NETwork) diese Aufgabe.
- Bewirtschaftung einer Meldestelle für Never Events auf nationaler Ebene.
- Ableiten von nationalen Risiken für die Patientensicherheit und Empfehlung von Massnahmen zu Patientensicherheit/PSC/JC auf nationaler Ebene.
- Durchführung/Begleitung von Fehleranalysen und Erarbeiten von individuellen Empfehlungen an die Betroffenen, ohne Schuld- und Haftungszuweisungen. Untersuchungen sollten im Dialog mit allen Beteiligten durchgeführt werden, d.h. mit Mitarbeitenden im Gesundheitswesen, Patientinnen, Patienten und Angehörigen. Bei Ereignisuntersuchungen müssen die Prinzipien von PSC und JC berücksichtigt werden [13].
- Veröffentlichung von Analyseberichten zu Lernzwecken unter Wahrung des Datenschutzes und der Vertraulichkeit.

3.5.2 Anwendung und Implementierung von Wissen und Expertise zum Thema Just Culture/Patient Safety Culture

- Entwicklung und Bereitstellung von Informations- und Anwendungsmaterialien (z.B. Leitlinien für Lernsysteme) und Instrumenten zu JC/PSC [44] für die verschiedenen Anspruchsgruppen im Gesundheitswesen (Leistungserbringer, Fachverbände-/organisationen, Behörden, Patientinnen und Patienten etc.)
- Entwicklung von Schulungsangeboten, z.B. in den Bereichen Fehler- und Risikoanalyse, Human Factors, Systemdenken etc. für Individuen, Gruppen und Organisationen [44].
- Zur Verfügungstellung eines multidisziplinären Expertenteams für Organisationen des Gesundheitswesens, die ungewöhnliche Fehlermuster aufweisen, um ihnen zu helfen, die Ursachen zu verstehen und Lösungen zu finden. Damit wird die derzeitige Lücke im System geschlossen, in dem die meisten Gesundheitsorganisationen nicht über eigene Ressourcen und Expertise in diesem Bereich verfügen.

3.5.3 Vernetzung und Diffusion von Wissen und Expertise im Bereich JC/PSC

- Beratung und Unterstützung bei der Implementierung von geeigneten Massnahmen im Bereich JC/PSC.
- Anbieten von Kursen, Tagungen und Lehrveranstaltungen im Bereich JC/PSC.
- Veröffentlichung von Berichten zu Erkenntnissen aus übergeordneten Lernsystemen [44].

- Bereitstellung von Diskussions- und Austauschplattformen zum Austausch von Best Practices, Herausforderungen und Chancen zwischen Gesundheitsfachpersonen und Expertinnen und Experten im Bereich JC/PSC.
- Zusammenarbeit mit Fachexpertinnen und -experten aus dem In- und Ausland, die in den Themen PSC und JC bereits Best Practice Erfahrungen gemacht haben.

4 Massnahmenempfehlungen auf der Mikroebene

Zur nachhaltigen Unterstützung einer JC/PSC auf der Mikroebene⁷ wurden die folgenden sieben Schwerpunkte identifiziert (s. Abb. 3). Die einzelnen Schwerpunkte werden nachfolgend genauer beschrieben.



Abbildung 3 Überblick über Massnahmen zur Unterstützung einer nachhaltigen Just Culture (JC) / Patient Safety Culture (PSC) auf der Mikroebene

4.1 Management-Support sicherstellen

Die oberste Führungsebene kann die Voraussetzungen für eine JC und Lernen schaffen, denn auf dieser Ebene werden strategische, finanzielle, personelle und risikorelevante Entscheidungen getroffen [45–47]. Um eine nachhaltige Sicherheitskultur zu fördern, muss die Leitungsebene zeigen, dass Sicherheit für eine Organisation die oberste Priorität hat, und muss als Vorbild fungieren. Sie muss ihr Engagement persönlich unter Beweis stellen, der Sicherheit Priorität einräumen und Ressourcen dafür zur Verfügung stellen. Dies muss auch dann geschehen, wenn innerhalb der Organisation oder von der Aussenwelt, wie z.B. von Medien oder Aufsichtsbehörden, kritische Fragen gestellt werden (s. auch HQCA-senior Leaders [48]).

Die operative Führungsebene ist die wichtigste Botschafterin der Sicherheitskultur. Zur operativen Führungsebene gehören Gruppen-, Team-, Abteilungsleitung, leitendes medizinisches Personal und leitende Angestellte in der Gesundheitsorganisation. Diese Führungskräfte können zu einer Abteilungskultur beitragen, die von offener Kommunikation geprägt ist und offene Gespräche, Intervention und Feedback-Momente ermöglichen [46]. Nach unerwünschten Ereignissen sollten die Mitarbeitenden Unterstützung von den Vorgesetzten bekommen. Die Konzentration auf die Ermittlung von Systemfaktoren, die die Handlungen der Person beeinflusst haben, signalisiert die Überzeugung, dass Fehler oft ein Symptom dafür sind, dass etwas mit dem System nicht stimmt, und dass die Verbesserung des Systems der wirksamste Weg ist, um die Wahrscheinlichkeit künftiger Fehler zu verringern [49] (s. auch HQCA-Managers [50]).

⁷ Mikroebene: Gesundheitsorganisationen und Gesundheitsdienstleistende

4.2 Ausgangslage einschätzen und Voraussetzungen für eine Just Culture prüfen

4.2.1 Voraussetzungen für eine Just Culture prüfen

Um eine JC erfolgreich implementieren zu können, müssen gewisse Voraussetzungen erfüllt sein. Deshalb ist es sinnvoll, dass eine Organisation in einem ersten Schritt eine realistische Einschätzung ihrer IST Situation macht (Kriterien s. Tab. 1).

Tabelle 1 Voraussetzungen, die erfüllt sein müssen, um eine Sicherheitskultur und eine Just Culture aufzubauen (in Anlehnung an [51] mit Ergänzungen [52])

Kriterium	Erklärung
1. Psychologische Sicherheit: Wohlwollen und eine Haltung der Offenheit, des Vertrauens und der Fairness	Die Mitarbeitenden vertrauen ihrer Organisation und ihren Vorgesetzten und sprechen offen über Fehler und Bedenken. Dies ist wichtig, um verstehen zu können, wie die Dinge in der Organisation funktionieren und warum dies so ist.
2. Es herrschen flache Hierarchien und Hierarchiedenken wird vermieden	Hierarchiedenken ist für Patientensicherheit/PSC/JC schädlich, da es Vertrauen, Speak-up, Fehlermeldungen etc. behindert.
3. Management Commitment	Veränderungen müssen vom gesamten Management unterstützt werden. Es gibt eine schriftliche Verpflichtung zu Patientensicherheit. Die Verantwortung dafür liegt beim Management und kann nicht an die Mitarbeitenden delegiert werden.
4. Führung	Die Führung wird als steuernder Faktor für die Entwicklung der Sicherheitskultur geschätzt. Führungskräfte passen sich an und wechseln zwischen zielorientierten und transformatorischen Führungsstilen.
5. Klare Zuständigkeiten und Verantwortlichkeiten aller Managementbereiche für die Sicherheit sind beschrieben.	Führungspersonen sind verantwortlich für System- oder Organisationsveränderungen/-verbesserungen, die aufgrund von Erfahrungen und wissenschaftlicher Evidenz gemacht werden. Jede Person ist für die eigenen Verhaltensentscheidungen verantwortlich [53–59], auch dann, wenn sie wesentlich Sicherheitsverfahren oder -richtlinien nicht befolgt, unabhängig von der hierarchischen Position innerhalb einer Organisation [53].
6. Sicherheitsabteilung	Eine Sicherheitsabteilung mit sichtbarer Verantwortung und Rechenschaftspflicht für die Sicherheitsplanung ist vorhanden.
7. Einbezug der Mitarbeitenden	Die Unternehmen binden ihre Mitarbeitenden in die Planung, Überwachung und Verbesserung der Sicherheit ein. Eine breite Repräsentativität der Belegschaft minimiert die Machtdistanz. Ein Bottom-up-Ansatz bei der Entscheidungsfindung wird bevorzugt.
8. Einbezug von Patientinnen, Patienten und Angehörigen	Der Einbezug von Patientinnen, Patienten und Angehörigen in die Planung und Umsetzung von patientensicherheitsrelevanten Massnahmen/Aktivitäten ermöglicht eine bessere individuelle Betreuung und verhindert Fehler. Diese Beteiligung stärkt das Vertrauen, erhöht die Gesundheitskompetenz und betont die gemeinsame Verantwortung von Patientinnen, Patienten sowie Angehörigen und Gesundheitsdienstleistenden für die Versorgungsqualität.
9. Man verlässt sich nicht auf vergangenen Erfolg	Sicherheit wird als iterativer und repetitiver Prozess angesehen, der nie abgeschlossen ist.
10. Risikomanagement Policy	Entscheidungen über Änderungen und Pläne beruhen auf einer Risikomanagement-Strategie, die auf die einzelnen Entscheidungsebenen zugeschnitten ist.
11. Puffer planen	Neben der Optimierung der finanziellen und personellen Ressourcen bei der Planung gibt es auch Kapazitäten, um Unerwartetes bewältigen zu können (z.B. zusätzliche iterative Schleifen im JC-Implementierungsprozess). Dies wird nicht als Ressourcenverschwendung angesehen.

12. Sicherheitsinitiativen belohnen	Aktive und aussergewöhnliche Beiträge zur Sicherheit, wie z.B. neue Ideen, Meldung von Risiken usw., werden belohnt.
13. Interne Kommunikation	Es herrscht eine offene Kommunikationskultur (z.B. offene Information über Fehler und Ereignisse, Überprüfungsprozesse und Empfehlungen) und es gibt Richtlinien für ein wirksames Konfliktmanagement.
14. Externe Kommunikation	Kommunikationskanäle mit der Gesellschaft, Behörden und anderen Sektoren sind etabliert und werden gepflegt, um Sicherheitsthemen zu besprechen und Haltungen bezüglich einer JC zu klären.

4.2.2 Messung einer Just Culture/ Patient Safety Culture und Reifegradeinschätzung

Instrumente zur Messung oder Selbsteinschätzung von JC/PSC können helfen, den aktuellen Entwicklungsstand einer Organisation zu erfassen. Ein Jahr nach der formellen Umsetzung sollte eine weitere Bewertung mit demselben Instrument durchgeführt werden, damit die Ergebnisse verglichen werden können. Für schwach beurteilte Bereiche können dann weitere Massnahmen ausgearbeitet werden. Zur Einschätzung können Befragungstools und Reifegradmodelle eingesetzt werden.

Für Messinstrumente s. Anhang 3, für Reifegradmodelle s. Anhang 4 der Machbarkeitsstudie Just Culture im Schweizer Gesundheitswesen (SPS, 2024).

4.3 Einsetzen einer «Just Culture» Arbeitsgruppe

Die oberste Leitung setzt ein spezielles Expertenteam ein, das für die Umsetzung, Aufrechterhaltung und Verbesserung der JC-Grundsätze innerhalb der Organisation verantwortlich ist. Bei der Umsetzung einer JC ist das Engagement der Interessensvertretenden (einschliesslich der Führungskräfte) der Schlüssel für die nachhaltige Verfolgung einer JC. Die Entwicklung von Prozessen und Materialien hängt von der Zusammensetzung dieses Teams ab. Die folgenden Punkte sollen deshalb bei der Auswahl der Arbeitsteammitglieder berücksichtigt werden (weitere Informationen im [Just Culture Toolkit ASHP](#), [60]):

- Einbezug von Führungskräften sowie Personen mit Arbeitserfahrung auf allen Ebenen, Abteilungen und Diensten (interdisziplinär und interprofessionell).
- Die Teammitglieder sollten ein breites Spektrum an Fähigkeiten und Erfahrung repräsentieren und von den Mitarbeitenden geschätzt und anerkannt werden.
- Standorte mit einzigartigen Prozessen und/oder Personengruppen innerhalb der Organisation sollten identifiziert und mit Personen aus diesen Bereichen repräsentiert werden.
- Die Co-Leitung der Arbeitsgruppe erfolgt idealerweise durch eine Patientensicherheitsfachperson und eine Organisationsentwicklungsfachperson.

Die Entwicklung einer JC ist ein iterativer Prozess. Die Teammitglieder sollten sich engagieren und für regelmässige Treffen zur Verfügung stehen und es zu einer ihrer Prioritäten machen, Feedback aus ihren Arbeitsbereichen einzuholen.

Die Mitglieder der Arbeitsgruppe werden im Thema JC geschult und haben damit einen gemeinsamen «Common Ground», von dem aus sie arbeiten können. Die Arbeit der Gruppe wird auch nach der Implementierung in regelmässigen Sitzungen und Aktivitäten mit dem Ziel der Erhaltung der JC weitergeführt.

4.4 Aktionsplan zur Umsetzung einer Just Culture erarbeiten

Anhand der Kulturmessung und/oder Reifegradeinschätzung arbeitet die Arbeitsgruppe in Zusammenarbeit mit Vertretungen von Arbeitnehmenden, Patientinnen und Patienten sowie der Unternehmensleitung einen Aktionsplan für eine JC aus. Dieser Aktionsplan umfasst Aspekte wie z.B. die Anpassung von Rahmenbedingungen, die Entwicklung einer Just Culture Policy (Beispiel: [Just Culture Principles](#), Alberta Health Services [61]), ein Just Culture Konzept oder ein Vorgehen für die Aufarbeitung von unerwünschten Ereignissen mit Patientenschädigung. Ein restaurativer Aufarbeitungsprozess berücksichtigt die Bedürfnisse aller betroffener Stakeholder und legt den Fokus auf Wiedergutmachung, Wiederherstellung und zukunftsgerichtetes Lernen.

Die Arbeitsgruppe legt fest, wie Mitarbeitende einbezogen und informiert werden und wie JC in den bestehenden Dokumenten und Prozessen der Organisation verankert werden kann. Sie sucht nach

Tools zur Unterstützung einer JC/PSC, die abgestimmt sind auf den Entwicklungsstand der eigenen Gesundheitsorganisation.

Für Frameworks s. Anhang 2, für praktische Tools s. Anhang 5 der Machbarkeitsstudie Just Culture im Schweizer Gesundheitswesen (SPS, 2024).

4.5 Verbreitung von Just Culture in der Organisation

Die Mitarbeitenden sollten von der Organisation so früh wie möglich in eine nachhaltige Implementierung einbezogen werden [62,63]. Sie sind die wichtigste Quelle für Informationen über Gefahren, gefährliche Situationen, Fehler und Zwischenfälle. Nach der Genehmigung durch die Geschäftsleitung wird der Aktionsplan allen Mitarbeitenden vorgestellt, um das JC-Konzept, seine Kernprinzipien und seine Auswirkungen auf die Organisation vorzustellen. Die Grundausbildung und Weiterbildung im Thema JC ist für die nachhaltige Umsetzung einer JC sehr wichtig [59,64].

- Ausbildung und kontinuierliche Weiterbildung in JC (z.B. 30- bis 60-minütige JC-Schulungen als Online-Lernmodule zum Selbststudium).
- Mitarbeiterforen im Online-Format, um möglichst viele Mitarbeitende zu erreichen (Aufzeichnung für Personen im Schichtbetrieb) [65].
- Verbindliche Zeitfenster für Besprechungen/Austauschmöglichkeiten (z. B. regelmässige Teambesprechungen, Fallbesprechungen).
- Spezifische Schulung von Führungskräften in JC-Themen.
- Zeit für Kommunikation in den Arbeitsteams der Organisation über die Umsetzung einer JC im eigenen Bereich [53,56,59].
- Zeit für die Aufarbeitung von Ereignissen in den Arbeitsteams der Organisation, um daraus zu lernen [56,57,64] und die von Gesundheitsfachpersonen übernommene Verantwortung in einer JC zu betonen [46,64,66].
- Förderung einer zielgerichteten, positiven Kommunikations- und Feedbackkultur durch Bereitstellung von Tools zur Unterstützung der Kommunikation.

4.6 Stärkung der Melde- und Lernkultur

Um die Melde- und Lernkultur zu stärken, müssen verschiedene Elemente einer Sicherheitskultur verändert werden, die in Abhängigkeit zueinander stehen.

4.6.1 Die Just Culture unterstützen

- Vorgesetzte geben Rückmeldungen zu Sicherheitsbedenken, fördern Rückmeldungen und nutzen kritische Ereignisse als Lernimpulse.
- Die psychologische Sicherheit kann durch die Schulung von Führungspersonen in Coaching-Verhalten und von Teammitgliedern in Rede- und Durchsetzungsverhalten erhöht werden. Diese Elemente sind typischerweise in der Ausbildung zum Crew Resource Management (CRM) enthalten.

4.6.2 Die flexible Kultur fördern

- Eine Kultur der Veränderungsbereitschaft wird aktiv gefördert und von der Führung vorgelebt; Die Entwicklung und Stärkung der JC/PSC wird partizipativ gestaltet und bezieht alle am Versorgungsprozess Beteiligten mit ein; Rückmeldungen von Mitarbeitenden, Patientinnen, Patienten und Angehörigen werden wertgeschätzt und aktiv eingefordert.
- Das Sicherheitsdenken fördern, indem man «über den Tellerrand hinaus zuschaut» und umfassendere Ereignisszenarien entwickelt [67].
- Abteilungs- und Bereichsleitungen führen Führungs- und Sicherheitsbegehungen durch, in denen nach Gefahren gesucht wird. Sicherheitsbedenken oder Problembereiche werden durch die Mitarbeitenden direkt an vorgesetzte Personen weitergegeben.

4.6.3 Die Meldekultur unterstützen

- Berichts- und Lernsysteme werden zur Verfügung gestellt und ihre Anwendung wird positiv verstärkt.
- Ein Critical Incident Reporting System (CIRS) ist mit den entsprechenden personellen und finanziellen Ressourcen auszustatten, damit es effektiv sein kann.

- Ein internes CIRS sollte es erlauben, nicht nur anonym, sondern auch vertraulich – durch Nennung des Namens – zu berichten und einen zunehmend offeneren Umgang mit Fehlern, Beinahe-Schäden und kritischen Ereignissen einzuüben. Dadurch können Schwachstellen effizienter behoben werden und auch Rückmeldungen sind gezielter möglich.
- Schulungen zu Berichts- und Lernsystemen werden für alle Beteiligten – speziell für Führungskräfte – ermöglicht und gefördert.

4.6.4 Die informierte Kultur fördern

Personen, die das Meldesystem verwalten und betreiben, verfügen über aktuelles Wissen über die menschlichen, technischen, organisatorischen und umweltbezogenen Faktoren, die die Sicherheit des Systems als Ganzes bestimmen [68]. Gemäss Turner et al. [69] soll ein Ereignisüberprüfungsteam

- ein solides Fundament an Fachwissen zur Ereignisüberprüfung und Human Factors haben,
- Instrumente einsetzen, die helfen können, Komplexität zu verstehen, wie z. B. das SEIPS Modell (Systems Engineering Initiative for Patient Safety, ein sozio-technischer Systemansatz für Patientensicherheit) [70–72] und lineare Lernansätze vermeiden,
- Möglichkeiten einplanen, damit Patientinnen, Patienten und Angehörige sich in den Überprüfungsprozess einbringen können, um ein umfassendes Verständnis für die vielen Perspektiven eines Ereignisses zu gewinnen,
- eine Reihe von klinischen Ereignissen (*kleinere* Fehler, Beinahe-Ereignisse, Gruppen von Ereignissen) überprüfen, anstatt sich auf eine kleine Gruppe von schwerwiegenden Ereignissen zu konzentrieren [73],
- Führungspersonen direkt in die Überprüfung einbeziehen, damit Unterschiede zwischen *work-as-imagined* und *work-as-done* direkt aufgezeigt werden können.

4.6.5 Die Lernkultur unterstützen

Eine Organisation muss nach Reason [68] die Bereitschaft und Kompetenz besitzen, die richtigen Schlüsse aus ihrem Sicherheitsinformationssystem zu ziehen, und den Willen haben, wichtige Reformen durchzuführen. Deshalb sind die folgenden Punkte wichtig:

- Risiken, Fehler sowie kritische und unerwünschte Ereignisse werden nicht tabuisiert, sondern lösungsorientiert formuliert und aufgearbeitet, Präventionsstrategien entwickelt und entsprechende Massnahmen umgesetzt.
- Die Prozesse, die mit der Bearbeitung von Ereignismeldungen aus dem Meldesystem verbunden sind, sollten geprüft werden. Angestrebt werden sollten zeitnahe Rückmeldungen zu den Ereignismeldungen und Massnahmen, die Problemen auf der Systemebene begegnen [5]. Dieses Feedback ist wichtig, da es das Commitment der Organisation mit dem Thema Sicherheit aufzeigt und das Vertrauen in die Unterstützung durch die Organisation bei den Mitarbeitenden stärkt [74]. Ebenso sollten auch Ergebnisse von Patientensicherheitsmessungen an die Mitarbeitenden rückgemeldet werden.
- Vorrasschauendes Handeln wird gefördert. Sowohl retrospektive als auch prospektive systematische Untersuchungen von Schwachstellen und deren Analyse werden als Potenziale zur Verbesserung der Patientenversorgung genutzt.
- Abläufe, die trotz hoher immanenter Risiken gut bewältigt wurden, werden auf ihre Erfolgsfaktoren hin untersucht und die daraus gewonnenen Erkenntnisse werden für weitere Verbesserungsprozesse genutzt (Safety-II).
- Instrumente werden eingesetzt, die eine verbesserte Qualität und Stärke von Massnahmen-Empfehlungen unterstützen, wie z. B. Systemdenken (Denken in vernetzten Strukturen, Systemstrukturen, Systeminnovationen und Zukunftsfähigkeit, komplexe Systeme, Aufspüren komplexer Wechselwirkungen, Perspektivwechsel usw.).
- Eingeführte Fehlerpräventionsmassnahmen werden auf ihre Wirksamkeit hin evaluiert und anhand der gewonnenen Erkenntnisse fortentwickelt.
- Erkenntnisse werden mit Blick auf ihr Lernpotenzial für andere (auch über den eigenen Arbeitsbereich/ die eigene Organisation etc. hinaus) zur Verfügung gestellt.
- Wissen und Handlungsmöglichkeiten über Patientensicherheit werden nachhaltig verankert.

Die Überprüfung eines unerwünschten Ereignisses garantiert nicht, dass die aus diesem Vorfall gezogenen Lehren zu einer wirksamen Systemverbesserung und zur Verhinderung ähnlicher Schäden führen werden. Häufig sind die Empfehlungen zur Systemverbesserung schwach, was bedeutet, dass sie wahrscheinlich nicht zu einer echten Sicherheitsverbesserung führen [75]. Personenbezogene Ansätze zur Verhaltensänderung (die sich auf die Aufmerksamkeit und Wachsamkeit der Einzelnen stützen) werden als schwächer eingestuft als solche, die auf die Systemebene abzielen. Kulturelle Veränderungen und Zwangsfunktionen haben eine grössere und länger anhaltende Wirkung als Bildung und neue Richtlinien, aber sie erfordern auch einen viel grösseren Aufwand, um sie zu erreichen [76]. Das Augenmerk sollte auf die Festlegung möglichst starker Massnahmen gelegt werden, die wenig vom Verhalten von Menschen abhängig sind.

4.7 Nachhaltige Verankerung in der Organisation

Um die Nachhaltigkeit der Implementierung einer JC sicherzustellen, sollten die JC-Grundsätze breit verankert und über die Implementierung hinausgehende Massnahmen geplant werden.

- Einführung einer JC als Organisationsentwicklungsprozess: Die nachhaltige Implementierung einer JC entspricht einem Organisationsentwicklungs- und Changemanagement-Prozess. Dazu gehören die Entwicklung einer Sicherheitsvision für die Organisation, Ziele sowie strategische und operative Pläne, Richtlinien und Massnahmen zur Umsetzung einer JC. Spezifische Rollen und Verantwortlichkeiten in einer JC sollen auf allen Ebenen festgelegt werden. Es ist ratsam, mit den Organisations- und Personalentwicklungsexpertinnen und -experten des Human Resource Managements (HRM) [47] zusammenzuarbeiten, um eine JC in allen Prozessen, Vorgaben und Dokumenten einer Organisation zu verankern, sodass sie im Alltag gelebt wird [1,77].
- Informationsveranstaltungen und Schulungen: Die Entwicklung und Verwaltung von Informationsveranstaltungen und Schulungen sollten ebenfalls gemeinsam mit dem HRM erfolgen, damit fortlaufend Schulungen im Thema JC gewährleistet sind. Führungspersonen benötigen Ansprechpersonen bei schwierigen Situationen nach einem unerwünschten Ereignis und sollten vom HRM dementsprechend gecoacht werden.

Synergien nutzen: In einer Organisation beschäftigen sich unterschiedliche Bereiche mit ähnlichen Themen. JC ist ein Thema, das auch in Bezug auf die Arbeitssicherheit wichtig ist. Die Zusammenarbeit mit Fachpersonen aus Arbeitssicherheit, Gesundheitsschutz und Patientensicherheit kann das Thema Sicherheit in einer Organisation stärken [8,78].

Literatur

- 1 Dekker S. *Just Culture: Balancing Safety and Accountability*. Aldershot: Ashgate 2007.
- 2 Dekker S. *Just Culture: Restoring Trust and Accountability in your Organization*. Third Edition. Boca Raton, Florida: CRC Press, Taylor & Francis 2016.
- 3 Pont R. Managing a pragmatic Just Culture implementation. <https://skybrary.aero/sites/default/files/bookshelf/6141.pdf>. 2019.
- 4 Milligan C, Allin S, Farr M, *et al*. Mandatory reporting legislation in Canada: Improving systems for patient safety? *Health Econ Policy Law*. 2021;16:355–70.
- 5 WHO. Global Patient Safety Action Plan 2021-2030: Towards eliminating avoidable harm in health care. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/343477/9789240032705-eng.pdf?sequence=1>. 2020.
- 6 Vincent C, Staines A. Enhancing the Quality and Safety of Swiss healthcare. https://www.researchgate.net/profile/Anthony-Staines-2/publication/337415481_ENHANCING_THE_QUALITY_AND_SAFETY_OF_SWISS_HEALTHCARE/links/5dd66724458515cd48b08fbd/ENHANCING-THE-QUALITY-AND-SAFETY-OF-SWISS-HEALTHCARE.pdf. 2019.
- 7 O'Connor E, Coates HM, Yardley IE, *et al*. Disclosure of patient safety incidents: A comprehensive review. *International Journal for Quality in Health Care*. 2010;22:371–9.
- 8 De Bienassis K, Klazinga NS. Developing international benchmarks of patient safety culture in hospital care: Findings of the OECD patient safety culture pilot data collection and considerations for future work. *OECD Health Working Papers*. Published Online First: 2022. doi: 10.1787/95ae65a3-en
- 9 Eidgenössische Koordinationskommission für Arbeitssicherheit EKAS. ASA-Sicherheitsystem : 10 Elemente für Arbeitssicherheit und Gesundheitsschutz. <https://www.ekas.ch/download.php?id=3642>. 2012.
- 10 Eidgenössische Koordinationskommission für Arbeitssicherheit EKAS. Sicherheit und Gesundheitsschutz Handbuch zur Umsetzung der EKAS-Richtlinie 6508. <https://archiv.llv.li/files/avw/pdf/llv-avw-ekas-handbuch.pdf>. 2012.
- 11 Schweizer Bundesrat. 822.116 Verordnung über die Eignung der Spezialistinnen und Spezialisten der Arbeitssicherheit. https://www.fedlex.admin.ch/eli/cc/1996/3121_3121_3121/de. 1996.
- 12 Eidgenössische Koordinationskommission für Arbeitssicherheit EKAS. EKAS Richtlinie Nr. 6508 Richtlinie über den Beizug von Arbeitsärzten und anderen Spezialisten der Arbeitssicherheit (ASA-Richtlinie). <https://www.ekas.admin.ch/download.php?id=6943>. 2022.
- 13 Nævestad TO, Storesund Hesjevoll I, Elvik R. How can regulatory authorities improve safety in organizations by influencing safety culture? A conceptual model of the relationships and a discussion of implications. *Accid Anal Prev*. 2021;159:106228.
- 14 Diverse. Enhancing the quality and safety of Swiss healthcare. Swiss National Report on Quality and Safety in Healthcare-Short Reports. <https://www.bag.admin.ch/dam/bag/de/dokumente/kuv-leistungen/qualitaetssicherung/short-reports.pdf.download.pdf/Short%20Reports-DE.pdf>. 2019.
- 15 Piers M&, Balk. Safety Management System and Safety Culture Working Group Safety Management System and Safety Culture Working Group (SMS WG) SAFETY CULTURE FRAMEWORK FOR THE ECAST SMS-WG. 2009.
- 16 Manser T. Managing the aftermath of critical incidents: Meeting the needs of health-care providers and patients. *Best Pract Res Clin Anaesthesiol*. 2011;25:169–79. <https://doi.org/10.1016/j.bpa.2011.02.004>
- 17 Clinical Excellence Commission NSW. STARS@ TOOL FOR CLINICIAN DISCLOSURE. https://www.cec.health.nsw.gov.au/__data/assets/pdf_file/0007/259009/stars-tool-for-clinician-disclosure.pdf. 2011.
- 18 Schröder K, Lamont RF, Jørgensen JS, *et al*. Second victims need emotional support after adverse events: even in a just safety culture. *BJOG*. 2019;126:440–2. <https://doi.org/10.1111/1471-0528.15529>
- 19 WHO. Patient Safety Curriculum Guide Multi-professional Edition. https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/44641/9789241501958_eng.pdf?sequence=1. 2011.
- 20 Canadian Patient Safety Institute. The Safety Competencies Enhancing Patient Safety Across the Health Professions. https://www.patientsafetyinstitute.ca/en/toolsResources/safetyCompetencies/Documents/CPSI-SafetyCompetencies_EN_Digital.pdf%23search=Competencies. 2020.

- 21 Health Quality & Safety Commission New Zealand. From knowledge to action A framework for building quality and safety capability in the New Zealand health system. <https://www.hqsc.govt.nz/assets/Our-work/Leadership-and-capability/Building-leadership-and-capability/Publications-resources/From-knowledge-to-action-Oct-2016.pdf>. 2016.
- 22 Aktionsbündnis Patientensicherheit. Wege zur Patientensicherheit Katalog für Kompetenzen in der Patientensicherheit. https://www.aps-ev.de/wp-content/uploads/2022/05/2022_APS_Lernzielkatalog.pdf. 2022.
- 23 Murray W, Ison S, Gallemore P, *et al.* Effective occupational road safety programs: A case study of wolsley. *Transp Res Rec.* 2009;55–64.
- 24 Patankar MS. Maintenance Resource Management for Technical Operations. *Crew Resource Management.* 2019;357–405.
- 25 Goettee, David, Spiegel, *et al.* Overview of Federal Motor Carrier Safety Administration Safety Training Research for New Entrant Motor Carriers. 2015.
- 26 Zuschlag M, Ranney JM, Coplen M. Evaluation of a safety culture intervention for Union Pacific shows improved safety and safety culture. *Saf Sci.* 2016;83:59–73.
- 27 AMTRAK Office of Inspector General. SAFETY AND SECURITY: Opportunities Exist to Improve the Safe-2-Safer Program. 2015. www.amtrakoig.gov/reading-room
- 28 Naevestad T-O, Phillips R. The relevance of safety culture as a regulatory concept and management strategy in professional transport Comparing the experiences of regulators and companies from four sectors. 2018.
- 29 Harris KA, Frank JR. Competence by Design: Reshaping Canadian Medical Education Competence by Design. 2014.
- 30 Mello MM, Studdert DM, Thomas EJ, *et al.* Who Pays for Medical Errors? An Analysis of Adverse Event Costs, the Medical Liability System, and Incentives for Patient Safety Improvement. 2007.
- 31 Pettker CM, Thung SF, Lipkind HS, *et al.* A comprehensive obstetric patient safety program reduces liability claims and payments. *Am J Obstet Gynecol.* 2014;211:319–25. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2014.04.038>
- 32 Grunebaum A, Chervenak F, Skupski D. Effect of a comprehensive obstetric patient safety program on compensation payments and sentinel events. *Am J Obstet Gynecol.* 2011;204:97–105.
- 33 Simpson KR, Kortz CC, Knox GE. A Comprehensive Perinatal Patient Safety Program to Reduce Preventable Adverse Outcomes and Costs of Liability Claims. *The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety.* 2009;35:565–74.
- 34 Clark SL, Belfort MA, Byrum SL, *et al.* Improved outcomes, fewer cesarean deliveries, and reduced litigation: results of a new paradigm in patient safety. *Am J Obstet Gynecol.* 2008;199:105.e1-105.e7.
- 35 Hanscom R. Medical Simulation from an Insurer's Perspective. Published Online First: 2008. doi: 10.1111/j.1553-2712.2008.00255.x
- 36 Stevens LM, Cooper JB, Raemer DB, *et al.* Educational program in crisis management for cardiac surgery teams including high realism simulation. *Journal of Thoracic and Cardiovascular Surgery.* 2012;144:17–24.
- 37 Anderson J. Test required for laparoscopy privileges in Boston. *Ob Gyn News.* 2008;36.
- 38 Sahlström M, Partanen P, Turunen H. Patient-reported experiences of patient safety incidents need to be utilized more systematically in promoting safe care. *International Journal for Quality in Health Care.* 2018;30:778–85.
- 39 Health Quality Council of Alberta. Why a just culture is important for patients and families. <https://justculture.hqca.ca/information-for-patients-and-families/>. 2024.
- 40 McCreight M, Hughes AM, Franklin Edwards III G, *et al.* Designing healthcare for human use: Human factors and practical considerations for the translational process. Published Online First: 2023. doi: 10.3389/frhs.2022.981450
- 41 Carayon P, Xie A, Kianfar S. Human factors and ergonomics as a patient safety practice. *BMJ Qual Saf.* 2014;23:196–205.
- 42 Cafazzo JA, St-Cyr O. From discovery to design: the evolution of human factors in healthcare. *Healthc Q.* 2012;15 Spec No:24–9.

- 43 Health and Quality Council Alberta. Why educators and student role models are important to a just culture. <https://justculture.hqca.ca/information-for-health-profession-educators/>. 2024.
- 44 Nævestad TO. Evaluating a safety culture campaign: Some lessons from a Norwegian case. *Saf Sci*. 2010;48:651–9.
- 45 Parker D. Manchester Patient Safety Framework (MaPSaF) - Acute. <https://webarchive.nationalarchives.gov.uk/ukgwa/20171030124256/http://www.nrls.npsa.nhs.uk/resources/?EntryId45=59796>. 2006.
- 46 van Baarle E, Hartman L, Rooijackers S, *et al*. Fostering a just culture in healthcare organizations: experiences in practice. *BMC Health Serv Res*. 2022;22. doi: 10.1186/s12913-022-08418-z
- 47 Khatri N, Brown GD, Hicks LL. From a blame culture to a just culture in health care. *Health Care Manage.Rev*. 2009;34:312–22.
- 48 Health Quality Council of Alberta. Why senior leaders are important to a just culture. <https://justculture.hqca.ca/information-for-senior-leaders/>. 2024.
- 49 Mersey Care NHS. Just and learning culture central to improving care Mersey Care NHS Foundation Trust. <http://citou.com/wp/wp-content/uploads/2021/09/Merseycarejustculture.pdf>. 2019.
- 50 Health Quality Council Alberta. Why managers are important to a just culture. <https://justculture.hqca.ca/information-for-managers/>. 2024.
- 51 Karanikas N, Soltani P, de Boer RJ, *et al*. Safety culture development: The gap between industry guidelines and literature, and the differences amongst industry sectors. *Advances in Intelligent Systems and Computing*. Springer Verlag 2016:53–63. https://doi.org/10.1007/978-3-319-41929-9_7
- 52 Groeneweg J, Ter Mors E, Van Leeuwen E, *et al*. The long and winding road to a just culture. *Society of Petroleum Engineers - SPE International Conference and Exhibition on Health, Safety, Security, Environment, and Social Responsibility 2018*. Society of Petroleum Engineers 2018. <https://doi.org/10.2118/190594-ms>
- 53 Fendl JL, Willoughby C, Jackson K. Just Culture: The Foundation of Staff Safety in the Perioperative Environment. *AORN J*. 2021;113:329–36.
- 54 David D. The Association Between Organizational Culture and the Ability to Benefit from Just Culture Training. *J Patient Safety*. 2019;15:2–7.
- 55 Marx D. Patient Safety and the Just Culture. *Obstet Gynecol Clin North Am*. 2019;46:239–45.
- 56 Paradiso L; Sweeney N. Just Culture more than policy. *Nurs Manage*. 2019;39–45.
- 57 Edwards MT. An Assessment of the Impact of Just Culture on Quality and Safety in US Hospitals. *American Journal of Medical Quality*. 2018;33.
- 58 Rogers E, Griffin E, Carnie W, *et al*. A Just Culture Approach to Managing Medication Errors. *Hosp Pharm*. 2017;52:308–15.
- 59 Freemann M, Morrow L, Cameron M, *et al*. Implementing a Just Culture: Perceptions of Nurse Managers of Required Knowledge, Skills and Attitudes. *Nurs Leadersh*. 2016;29:35–45.
- 60 American Society of Health-System Pharmacists. Just Culture Toolkit. http://12.53.28.72/-/media/assets/pharmacy-practice/resource-centers/patient-safety/Just-Culture-Toolkit_Final.pdf. 2021.
- 61 Alberta Health Services. Just Culture Guiding Principles. <https://www.albertahealthservices.ca/assets/info/hp/ps/if-hp-ps-ahs-just-culture-principles.pdf>.
- 62 Shabel W, Dennis J. Missouri's Just Culture collaborative. *J Healthy Risk Manag*. 2012;32:38–43.
- 63 Miller R, Griffith S, Vogelsmeier A. A statewide approach to a Just Culture for patient safety: The Missouri Story. *J Nurs Regul*. 2010;1:52–7.
- 64 Barkell NP, Stockton Snyder S. Just Culture in healthcare: An integrative review. *Nurs Forum*. 2021;56:103–11.
- 65 Cunningham L. A Tool Kit for Improving Communication in Your Healthcare Organization. *Front Health Serv Manage*. 2019;36:3–13.
- 66 van Marum S, Verhoeven D, de Rooy D. The Barriers and Enhancers to Trust in a Just Culture in Hospital Settings: A Systematic Review. *J Patient Safety*. 2022;18:1067–75.
- 67 Pidgeon N, O'leary M. Man-made disasters: why technology and organizations (sometimes) fail. *Saf Sci*. 2000;34:15–30.

- 68 Reason J. *Managing the Risk of Organisational Accidents*. London: Ashgate 1997.
- 69 Turner K, Stapelberg NJC, Svetlicic J, *et al*. Inconvenient truths in suicide prevention: Why a Restorative Just Culture should be implemented alongside a Zero Suicide Framework. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*. 2020;54:571–81. <https://doi.org/10.1177/0004867420918659>
- 70 Carayon P, Woolldridge A, Hoonakker P, *et al*. SEIPS 3.0: Human-centered design of the patient journey for patient safety. *Appl Ergon*. 2020;84:103033.
- 71 Carayon P, Hundt S, Karsh B-T, *et al*. Work system design for patient safety: the SEIPS model. *Qual Saf Health Care*. 2006;15:50–8.
- 72 Holden RJ, Professor A, Carayon P, *et al*. SEIPS 2.0: A human factors framework for studying and improving the work of healthcare professionals and patients NIH Public Access. *Ergonomics*. 2013;56. doi: 10.1080/00140139.2013.838643
- 73 Machen S. Thematic reviews of patient safety incidents as a tool for systems thinking: a quality improvement report Quality improvement report. *BMJ Open Qual*. 2023;12:2020.
- 74 Wallace LM, Spurgeon P, Benn J, *et al*. Improving patient safety incident reporting systems by focusing upon feedback - Lessons from English and Welsh trusts. *Health Serv Manage Res*. 2009;22:129–35.
- 75 Hibbert PD, Thomas MJW, Deakin A, *et al*. Are root cause analyses recommendations effective and sustainable? An observational study. *International Journal for Quality in Health Care*. 2018;30:124–31.
- 76 Trbovich P, Shojania KG. Root-cause analysis: swatting at mosquitoes versus draining the swamp. *BMJ Qual Saf*. 2017;26:350–3.
- 77 Page A. Making Just Culture a Reality. <https://psnet.ahrq.gov/perspective/making-just-culture-reality-one-organizations-approach>. 2007.
- 78 Safer Healthcare Biosafety Network. Patient And Healthcare Worker Safety-Two Sides Of The Same Coin. <https://shbn.org.uk/wp-content/uploads/2021/10/Safety-for-All-White-Paper-FINAL.pdf>. 2021.