



patientensicherheit schweiz  
sécurité des patients suisse  
sicurezza dei pazienti svizzera

Zürich, März 2024

---

# Machbarkeitsstudie Just Culture im Schweizer Gesundheitswesen

---

Zu Handen der Eidgenössischen Qualitätskommission

Andrea Leibold (Projektleiterin, wissenschaftliche Mitarbeiterin SPS)

Dr. Annemarie Fridrich (Geschäftsleiterin SPS)

Stiftung Patientensicherheit Schweiz (SPS)

Nordstrasse 31

8006 Zürich

[info@patientensicherheit.ch](mailto:info@patientensicherheit.ch)

## Inhalt

Management Summary - Deutsch .....	6
Management Summary - français.....	8
Management Summary - italiano.....	10
1 Ausganglage und Auftrag .....	12
2 Methodisches Vorgehen .....	13
2.1 Schritte und Methoden .....	13
2.2 Hinweise zum Lesen des Berichts.....	13
3 Einordnung Just Culture .....	14
3.1 Sichtweise auf menschliche Fehler .....	14
3.2 Just Culture als Teil der Sicherheitskultur .....	15
3.3 Weiterentwicklung der Just Culture zur Restorative Just.....	17
3.3.1 Umsetzungsbeispiele einer Restorative Just Culture (RJC) .....	18
3.4 Wirksamkeit einer Just Culture.....	21
3.4.1 Wirksamkeit von Just Culture Entscheidungstools .....	22
3.4.2 Wirksamkeit einer Restorative Just Culture .....	22
4 Just Culture in der Organisation fördern .....	24
4.1 Kompetenzen, die in einer Organisation für die Entwicklung einer Just Culture nötig sind .....	24
4.2 Faktoren, die eine Just Culture und ihre Umsetzung unterstützen können .....	25
4.3 Faktoren, die eine Just Culture behindern können .....	25
5 Warum es eine Just Culture möglicherweise schwer hat.....	27
5.1 Just Culture Domänen.....	27
5.2 Psychologische Erklärungen .....	27
5.2.1 Schuldzuweisung an einen Sündenbock .....	27
5.2.2 Wahrnehmungsverzerrungen und Urteilsfehler .....	28
5.3 Unterschiedliche Einschätzungen durch Mitarbeitende .....	28
5.4 Unterschiedliche Konzepte von Gerechtigkeit .....	29
6 Definition einer Just Culture im Gesundheitswesen der Schweiz .....	31
6.1 Delphi-Befragung.....	31
6.1.1 Methode.....	31
6.1.2 Teilnehmende.....	31
6.1.3 Delphi 1 Befragung.....	31
6.1.4 Delphi 2 Befragung .....	32
6.2 Definition Just Culture im Schweizer Gesundheitswesen.....	32
7 Internationale Aktivitäten zu Just Culture/Patient Safety Culture .....	34
7.1 Just Culture und Sicherheitskultur in unterschiedlichen Branchen .....	34
7.2 OECD-Vergleich von Patient Safety Culture im Spital.....	34
7.3 Rechtsvorschriften zu Just Culture im internationalen Umfeld .....	35
7.3.1 Incidence Reporting und Gesetzgebung in Europa .....	37
7.4 Zusammenfassung von Aktivitäten und Best Practice-Erfahrungen im internationalen Umfeld .....	37
7.4.1 Internationale Aktivitäten im Bereich Just Culture auf der Makroebene.....	37
7.4.2 Internationale Aktivitäten im Bereich Just Culture auf der Mesoebene.....	38
7.4.3 Internationale Aktivitäten im Bereich Just Culture auf der Mikroebene.....	38

8	Just Culture und Sicherheitskultur in der Schweiz .....	45
8.1	Gesundheitswesen .....	45
8.1.1	Gesundheitswesen Makroebene .....	45
8.1.2	Gesundheitswesen Mesoebene.....	47
8.1.3	Gesundheitswesen Mikroebene.....	48
8.1.4	Erfolgsfaktoren für den Aufbau einer Just Culture in Organisationen des Gesundheitswesens ....	48
8.2	Andere Bereiche.....	49
8.2.1	Andere Bereiche: Makroebene .....	49
8.2.2	Andere Bereiche: Mesoebene .....	50
8.2.3	Andere Bereiche: Mikroebene .....	50
8.2.4	Erfolgsfaktoren für den Aufbau einer Just Culture aus unterschiedlichen Branchen .....	51
9	Tools Just Culture/Patient Safety Culture .....	53
9.1	Messung von Just Culture/Patient Safety Culture .....	53
9.2	Einschätzung von Just Culture/Patient Safety Culture anhand von Reifegradmodellen.....	53
9.3	Entscheidungshilfen .....	55
9.3.1	Überblick Entscheidungsalgorithmen.....	55
9.3.2	Kritik an Entscheidungsbäumen .....	55
9.4	Unterstützung einer Just Culture/Patient Safety Culture anhand von Frameworks .....	56
9.5	Tools zur Unterstützung einer Just Culture/Patient Safety Culture auf der Mikroebene .....	56
9.5.1	Beispiele für Tools zur Unterstützung einer Just Culture/Patient Safety Culture .....	57
10	Massnahmenempfehlungen auf der Makro-, Meso- und Mikroebene .....	60
10.1	Massnahmenempfehlungen auf der Makroebene .....	61
10.1.1	Rechtsgrundlagen schaffen für mehr Gerechtigkeit für alle an einem Ereignis Betroffenen ....	61
10.1.2	Definition von Konzepten und Standards für eine Just Culture/Patient Safety Culture .....	61
10.1.3	Einrichtung einer nationalen Koordinationsstelle für Patientensicherheit.....	62
10.1.4	Verankerung in der Aus-, Fort- und Weiterbildung von Gesundheitsfachpersonen .....	62
10.1.5	Förderung der Forschung zu Patient Safety Culture und Just Culture .....	62
10.1.6	Umsetzung von Just Culture durch Behörden.....	62
10.2	Massnahmenempfehlungen auf der Mesoebene.....	64
10.2.1	Berufsverbände und Fachgesellschaften .....	64
10.2.2	Haftpflicht-Versicherer/Versicherungsverbände: Förder- und Anreizsysteme.....	64
10.2.3	Patientenorganisationen, Patientinnen und Patienten und Angehörige .....	65
10.2.4	Bildungsinstitutionen .....	65
10.2.5	Nationale Koordinationsstelle Patientensicherheit .....	65
10.3	Massnahmenempfehlungen auf der Mikroebene.....	66
10.3.1	Management-Support sicherstellen .....	66
10.3.2	Ausgangslage einschätzen und günstige Voraussetzungen schaffen .....	67
10.3.3	Einsetzen einer «Just Culture» Arbeitsgruppe .....	67
10.3.4	Aktionsplan zur Umsetzung einer Just Culture erarbeiten .....	68
10.3.5	Verbreitung einer Just Culture in der Organisation .....	69
10.3.6	Stärkung der Melde- und Lernkultur.....	69
10.3.7	Nachhaltige Verankerung in der Organisation .....	71
	Literatur .....	72

## Abbildungsverzeichnis

<b>Abbildung 1</b>	Überblick über die politischen Aktivitäten in der Schweiz zum Thema Lernkultur/Just Culture.....	45
<b>Abbildung 2</b>	Überblick über Massnahmen zur Unterstützung einer nachhaltigen Just Culture / Patient Safety Culture auf der Makroebene.....	61
<b>Abbildung 3</b>	Überblick über Akteure, die eine nachhaltige Just Culture/Patient Safety Culture auf der Mesoebene unterstützen können .....	64
<b>Abbildung 4</b>	Überblick über Massnahmen zur Unterstützung einer nachhaltigen Just Culture/Patient Safety Culture auf der Mikroebene .....	66

## Tabellenverzeichnis

<b>Tabelle 1</b>	Entwicklung von Blame Culture zu Just Culture.....	15
<b>Tabelle 2</b>	Fragen, die im Zentrum einer retributiven oder restaurativen Gerechtigkeit stehen. ....	17
<b>Tabelle 3</b>	Internationale Rechtsvorschriften zu Just Culture. ....	35
<b>Tabelle 4</b>	Erfahrungen beim Aufbau einer Just Culture aus den USA. ....	39
<b>Tabelle 5</b>	Leitlinie für den Aufbau einer Restorative Just and Learning Culture in Australien. ....	39
<b>Tabelle 6</b>	Erfahrungen beim Aufbau einer Restorativen Just Culture in Australien. ....	40
<b>Tabelle 7</b>	Erfahrungen beim Aufbau einer Restorativen Just Culture in England .....	41
<b>Tabelle 8</b>	Erfolgsfaktoren für den Einsatz einer Restorativen Just Culture in Neuseeland.....	42
<b>Tabelle 9</b>	Erfolgsfaktoren für den Aufbau einer Just Culture aus unterschiedlichen Branchen. ....	52
<b>Tabelle 10</b>	Restorative Just Culture Framework: Beispiele für die Fragen .....	68

## **Abkürzungsverzeichnis**

<b>JC</b>	Just Culture
<b>RJC</b>	Restorative Just Culture
<b>PSC</b>	Patient Safety Culture
<b>CIRS</b>	Critical Incident Reporting System
<b>CIRRNET</b>	Critical Incident Reporting & Reacting Network
<b>SPS</b>	Stiftung Patientensicherheit Schweiz

## Management Summary - Deutsch

In der Schweiz gibt es auf nationaler Ebene aktuell keine Verankerung von Just Culture in Gesetzen, Richtlinien oder anderen Vorgaben, die das Gesundheitssystem betreffen. Ziel des vorliegenden Berichtes ist es, zu beschreiben, ob und wie eine Just Culture im Schweizer Gesundheitswesen umgesetzt werden kann.

*Der Begriff Just Culture (JC).* Es gibt keine einheitliche Definition oder Beschreibung von JC im Gesundheitswesen. In manchen Publikationen wird sie als Teil [1,2] oder Verhaltensmanifestation einer Sicherheitskultur [3,4] betrachtet, in anderen als Voraussetzung für eine Sicherheitskultur [5].

Anfänglich stand im Fokus der JC-Thematik die Abgrenzung, ob Fehlverhalten von Mitarbeitenden aufgrund von unbeabsichtigten Fehlern oder von absichtlichem Fehlverhalten entstanden ist [2,6]. Diese Grenze sollte durch die Nutzung von Entscheidungsbäumen objektiv nachvollziehbar gemacht werden und absichtliches Fehlverhalten sollte eine Sanktion zur Folge haben. Die Weiterentwicklung von JC führte zum Fokus auf eine Kultur der wiederherstellenden Gerechtigkeit, der sogenannten Restorativen Just Culture (RJC) [7]. Diese besagt, dass Schädigungen, die durch ein Ereignis entstanden sind, überprüft und behoben werden sollen. Die RJC fragt nach den Bedürfnissen der unterschiedlichen Betroffenen und fordert ihr Engagement zur Verbesserung ein. Auf diese Weise wirkt sie Schuldzuweisung entgegen und fördert die Offenheit für Lernen und Entwicklung [8]. Die Konzepte von JC und RJC wurden bis anhin nicht empirisch untersucht. Die einzelnen Elemente sind nicht trennscharf voneinander abzugrenzen und zur Wirksamkeit von (R)JC gibt es bisher wenig Belege; aktuelle Informationen beruhen auf Erfahrungsberichten aus unterschiedlichen Disziplinen. Zu den Faktoren, die eine JC/RJC fördern, gehören die Bereitschaft, aus Fehlern zu lernen und Systemanpassungen vorzunehmen, das Engagement der Führungskräfte, die Priorisierung der Sicherheit, ausreichende Ressourcen, Zusammenhalt im Team sowie Kommunikation und Feedback zu Fehlermeldungen. Externe Faktoren wie Gesetzgebung, Justiz und Medien können eine JC sowohl positiv als auch negativ beeinflussen.

*Internationale Aktivitäten.* Messungen zu Patient Safety Culture im internationalen Kontext deuten darauf hin, dass JC in vielen Ländern noch nicht umfassend umgesetzt wurde. Allerdings gibt es Länder, die JC gesetzlich verankert haben. So darf es z.B. in Dänemark, Norwegen und Schweden weder von Arbeitgebenden noch von behördlicher oder Justizseite zu Sanktionen gegen die meldende Person kommen. International gibt es auf der Makroebene bereits folgende Aktivitäten: (1) die Bereitstellung von Tools zur Unterstützung einer JC, (2) die Benennung nationaler JC-Fachstellen, (3) die Entwicklung einer JC als nationale strategische Priorität und (4) die Aus-, Fort- und Weiterbildung von Gesundheitspersonal in PSC/JC. Relevante internationale Aktivitäten auf der Mesoebene umfassen (1) die Verankerung von Patientensicherheitsthemen in der Grundausbildung der Gesundheitsberufe durch die Ausbildungsinstitutionen, (2) das Zurverfügungstellen von Leitlinien, Tools und Online-Seminaren von Organisationen, die sich für Patientensicherheit einsetzen und (3) das Engagement von Berufsverbänden und Fachgesellschaften, die sich für Ausbildung, Leitlinien und Tools im Bereich Patientensicherheit engagieren. Auf der Mikroebene liegt der Schwerpunkt der internationalen Aktivitäten darauf, (1) ein förderliches Umfeld und eine unterstützende Organisationsatmosphäre zu schaffen, (2) Top-Management, Vorstand, Führungspersonen und Mitarbeitende einzubeziehen und (3) ausreichend Ressourcen zur Verfügung zu stellen.

*Nationale Aktivitäten.* Auf der Makroebene des Gesundheitswesens wurde auf Bundesebene zur Qualitätsentwicklung und -strategie das Ziel kommuniziert, eine JC im Gesundheitswesen umzusetzen; konkrete Ansätze gibt es noch nicht. Auch die kantonalen Erlasse und Beschlüsse enthalten bislang keine genauen Angaben dazu, inwiefern z.B. im Rahmen eines Critical Incident Reporting System (CIRS) eine JC zu implementieren ist. Einzelne Kantone (Zürich, Wallis, Zug) haben aber bereits erste Massnahmen zur Umsetzung einer JC eingeleitet. Auf der Mesoebene konnten nur vereinzelt Aktivitäten in der Schweiz identifiziert werden (z.B. die Erstellung und Implementierung eines Entscheidungsbaums im Kanton Waadt). Zudem gibt es einzelne Zertifizierungen, in denen Anforderungen zu Sanktionsfreiheit und PSC definiert sind. Auf der Mikroebene gibt es wenig Aktivität im Bereich JC. Abgesehen von der Romandie gibt es in den Gesundheitsinstitutionen kein offizielles Commitment zu JC. Es fehlen Vorgaben, es wird bisher nicht mit spezifischen Tools gearbeitet und die Führungskräfte und Mitarbeitenden werden nicht im Thema ausgebildet.

Zusammen mit 30 Expertinnen und Experten aus unterschiedlichen Bereichen des Schweizer Gesundheitswesens wurde im Rahmen dieses Projekts in einem Delphi-Verfahren eine Definition für JC im Schweizer Gesundheitswesen erarbeitet.

*Aktivitäten in anderen Branchen in der Schweiz.* Auf der Makro- und Mesoebene ist JC vor allem in der Luftfahrt stark etabliert. Best Practice Beispiele auf der Mikroebene kommen ebenfalls vor allem aus der Flugbranche: Hier gibt es eine JC Policy, JC-Tools werden eingesetzt und Führungskräfte und Mitarbeitende werden in JC-Themen ausgebildet.

*Tools.* Es gibt nur wenige Tools, die sich konkret mit JC befassen; jedoch gibt es einige Tools, die eine Patient Safety Culture (PSC) unterstützen und auch Elemente einer JC beinhalten. Es stehen (1) Instrumente zur Messung einer JC/PSC zur Verfügung, (2) Reifegradmodelle, die zur Beurteilung und Verbesserung einer JC/PSC dienen können, (3) Leitlinien, die den Aufbau und die Implementierung einer JC/PSC unterstützen können und (4) Tools, die Elemente und Voraussetzungen einer JC unterstützen, wie z.B. die offene Kommunikation, psychologische Sicherheit, Teamtraining.

Auf Basis der Analysen zum nationalen und internationalen Stand im Bereich JC, werden folgende Massnahmen für die Umsetzung einer JC in der Schweiz empfohlen:

*Massnahmenempfehlungen auf der Makroebene.* (1) Rechtsgrundlagen schaffen für einen gerechten Umgang mit allen an einem Ereignis Betroffenen, (2) Konzepte und Standards für eine JC/PSC festlegen, (3) Schaffen einer nationalen Koordinationsstelle für Patientensicherheit, PSC und JC, (4) Verankerung von Patientensicherheit, PSC und JC in der Aus-, Fort- und Weiterbildung von Gesundheitsfachpersonen, (5) Förderung der Forschung auf dem Gebiet der Patientensicherheit, PSC und JC und (6) Umsetzung von JC durch Behörden.

*Massnahmenempfehlungen auf der Mesoebene.* (1) Berufsverbände und Fachgesellschaften legen Mindeststandards und Kompetenzen für Patientensicherheit, PSC und JC fest, (2) Förder- und Anreizsysteme im Gesundheitssystem unterstützen Patientensicherheit, PSC und JC durch Prämiennachlässe bei sicherheitsbedachten Gesundheitsdienstleistern und fördern die Patientensicherheit durch Forschung und Training, (3) Patientenorganisationen, Patientinnen/Patienten und Angehörige unterstützen Gesundheitsdienstleister bei der Fehler- und Risikoerkennung und bei der Umsetzung einer JC, (4) Universitäten, Hochschulen und Berufsschulen forschen zu Patientensicherheit, PSC und JC und bilden Gesundheitsfachpersonen in diesen Themen aus und (5) die nationale Koordinationsstelle ist nationale Meldestelle für Fehler und Ereignisse, führt Analysen durch und leitet davon Massnahmenempfehlungen ab.

*Massnahmenempfehlungen auf der Mikroebene.* (1) Management Support für eine JC sicherstellen, (2) Die Ausgangslage in der eigenen Organisation einschätzen und günstige Voraussetzungen für eine JC schaffen, (3) Einsetzen einer Arbeitsgruppe «Just Culture», die für die Planung, Einführung und nachhaltige Umsetzung verantwortlich ist, (4) Ausarbeitung eines Aktionsplans für die Umsetzung einer JC, (5) JC in der Organisation bekannt machen und aufleben lassen, (6) Die Meldekultur stärken und aus Fehlern lernen und (7) JC nachhaltig in der ganzen Organisation verankern.

Der vorliegende Bericht zeigt auf, dass sich das schweizerische Gesundheitswesen im Hinblick auf JC noch in einem sehr frühen Entwicklungsstadium befindet. Um die JC effektiv und nachhaltig zu implementieren, bedarf es der gleichzeitigen Umsetzung verschiedener Massnahmen auf Makro-, Meso- und Mikroebene.

## Management Summary - français

En Suisse, la *Just Culture* (culture juste/équitable en français) n'est à ce jour inscrite dans aucune loi, directive ou autre consigne à l'échelle nationale concernant le système de santé. Le présent rapport vise à décrire si, et comment, une *Just Culture* peut être mise en œuvre au sein du système de santé suisse.

*La notion de Just Culture (JC).* Il n'existe pas de définition unique de la JC dans le système de santé suisse. Certaines publications la considèrent comme une partie [1,2] ou une manifestation du comportement d'une culture de la sécurité [3,4]; d'autres comme un préalable à une culture de la sécurité [5].

Initialement, la thématique de la JC portait une attention particulière à la délimitation entre les comportements fautifs des personnels résultant d'erreurs involontaires et les comportements fautifs volontaires [2,6]. L'utilisation d'arbres de décision devait permettre de comprendre objectivement cette limite, et un comportement fautif volontaire devait être suivi d'une sanction. Le développement de la JC a porté l'attention sur une culture de la justice restaurative, ladite Restorative Just Culture (RJC) [7]. Selon cette approche, les dommages résultant d'un incident doivent être examinés et corrigés. La RJC s'enquiert des besoins des différentes personnes concernées et exige leur engagement en faveur d'une amélioration. Ce faisant, elle prévient une accusation et favorise l'ouverture à l'apprentissage et au développement [8]. À ce jour, les concepts de JC et de RJC n'ont pas fait l'objet d'études empiriques. Les différents éléments ne peuvent être strictement délimités et peu de preuves établissent l'efficacité de la (R)JC ; les informations actuelles reposent sur les rapports d'expériences provenant de différentes disciplines.

Font partie des facteurs favorisant une JC/RJC : la volonté d'apprendre des erreurs et de procéder à des adaptations du système, l'engagement des cadres, la priorisation de la sécurité, des ressources en suffisance, la cohésion au sein de l'équipe, ainsi que la communication et le feedback sur les déclarations d'erreurs. Les facteurs externes, comme le droit, la justice et les médias peuvent avoir sur la JC une influence tant positive que négative.

*Activités internationales.* Des mesures de la culture de la sécurité des patients dans le contexte international indiquent que dans de nombreux pays la JC n'a pas encore été mise en œuvre à grande échelle. Certains pays ont toutefois inscrit la JC dans la loi. Ainsi, au Danemark, en Norvège et en Suède par exemple, ni l'employeur ni les autorités ou la justice ne peuvent prononcer de sanctions contre la personne à l'origine du signalement. Au niveau macro, les activités suivantes existent déjà sur le plan international : (1) la mise à disposition d'outils pour soutenir une JC, (2) la désignation de services spécialisés nationaux pour la JC, (3) le développement d'une JC en tant que priorité stratégique nationale et (4) la formation initiale, postgraduée et continue du personnel de santé à la culture de la sécurité des patients/JC. Font partie des activités internationales au niveau meso : (1) la formation au thème de la sécurité des patients lors de la formation initiale des professions de santé par les établissements de formation, (2) la mise à disposition de directives, outils et séminaires en ligne par des organisations qui s'engagent pour la sécurité des patients, et (3) l'implication des associations professionnelles et des sociétés spécialisées qui s'engagent pour la formation, les directives et les outils dans le domaine de la sécurité des patients. Au niveau micro, l'accent des activités internationales est mis sur (1) la création d'un environnement favorable et d'une ambiance organisationnelle de soutien, (2) l'inclusion des cadres de direction, du comité, des cadres et du personnel et (3) la mise à disposition de ressources en suffisance.

*Activités nationales.* S'agissant du niveau macro du système de santé, la mise-en-œuvre d'une JC dans le système de santé a été communiquée à l'échelle de la Confédération comme objectif en matière de développement et de stratégie en matière de qualité; il n'y a pas encore d'approches concrètes. Il en va de même pour les décrets et les décisions cantonales qui ne comportent à ce jour aucune indication précise dans quelle mesure il convient de mettre en œuvre une JC, p. ex. dans le cadre d'un Critical Incident Reporting System (CIRS). Certains cantons (Zurich, Valais, Zoug) ont toutefois déjà pris les premières mesures pour la mise-en-œuvre d'une JC. Seules des activités isolées ont pu être identifiées au niveau meso en Suisse (p. ex. l'élaboration et l'application d'un arbre de décision dans le Canton de Vaud). Il existe par ailleurs des certifications individuelles qui définissent des exigences relatives à l'effet libérateur de toute sanction et à la culture de la sécurité des patients. Peu d'activités existent au niveau micro dans le domaine de la JC. À l'exception de la Suisse romande, il n'y a pas d'engagement officiel

des établissements de santé en faveur de la JC. Les lignes directrices font défaut, à ce jour aucun outil spécifique n'est utilisé, et les cadres et le personnel ne sont pas formés à ce thème.

Dans ce projet, une définition de la JC dans le système de santé suisse a été élaborée conjointement avec 30 expertes et experts des différents secteurs du système de santé suisse selon la méthode Delphi.

*Activités dans d'autres branches en Suisse.* Au niveau macro et meso, la JC est avant tout bien établie dans le domaine de l'aviation. Les exemples de bonnes pratiques au niveau micro proviennent également surtout du domaine de l'aviation : celle-ci possède une politique de la JC, des outils de JC sont utilisés et les cadres et le personnel sont formés aux thèmes de la JC.

*Outils.* Peu d'outils traitent concrètement de la JC; il existe toutefois quelques outils qui appuient une Patient Safety Culture (PSC) et comprennent également des éléments d'une JC. Sont disponibles : (1) des instruments de mesure d'une JC/PSC, (2) des modèles de maturité pouvant servir à l'évaluation et à l'amélioration d'une JC/PSC, (3) des lignes directrices qui peuvent soutenir la mise en place et la mise-en-œuvre d'une JC/PSC, et (4) des outils qui soutiennent les éléments et les préalables d'une JC, comme la communication transparente, la sécurité psychologique, l'entraînement en équipe.

Sur la base des analyses de l'état national et international dans le domaine de la JC, les mesures de mise-en-œuvre suivantes pour une JC en Suisse sont recommandées :

*Recommandations de mesures au niveau macro.* (1) Créer des bases légales pour un traitement juste de toutes les personnes concernées par un événement, (2) définir des concepts et des normes pour une JC/PSC, (3) créer un centre national de coordination pour la sécurité des patients, la PSC et la JC, (4) inscrire la sécurité des patients, la PSC et la JC dans la formation initiale, postgrade et continue des professionnels de la santé, (5) promouvoir la recherche dans le domaine de la sécurité des patients, de la PSC et de la JC, (6) mettre en œuvre une JC par les autorités.

*Recommandations de mesures au niveau meso.* (1) Les associations professionnelles et les sociétés spécialisées définissent des exigences minimales et des compétences pour la sécurité des patients, la PSC et la JC, (2) dans le système de santé, des systèmes d'encouragement et d'incitation soutiennent la sécurité des patients, la PSC et la JC par des remises sur les primes auprès de fournisseurs de soins de santé attentifs à la sécurité et favorisent la sécurité des patients grâce à la recherche et à l'entraînement, (3) les organisations de patients, les patientes et les patients et leurs proches soutiennent les fournisseurs de soins de santé lors de l'identification des erreurs et des risques ainsi que lors de la mise-en-œuvre d'une JC, (4) les universités, les hautes-écoles et les écoles professionnelles mènent des travaux de recherche sur la sécurité des patients, la PSC et la JC, et forment les professionnels de la santé à ces thèmes, et (5) le centre de coordination nationale est le bureau de notification des erreurs et des événements, il réalise les analyses et en déduit des recommandations de mesures.

*Recommandations de mesures au niveau micro.* (1) Assurer le soutien de la direction d'un JC, (2) Évaluer la situation initiale au sein de sa propre organisation et créer des préalables favorables pour une JC, (3) instituer un groupe de travail «Just Culture» responsable de la planification, de l'introduction et de la mise-en-œuvre pérenne, (4) élaboration d'un plan d'action pour la mise en œuvre d'une JC, (5) faire connaître et faire vivre JC au sein de l'organisation, et (6) intégrer durablement la JC dans toute l'organisation.

Le présent rapport met en évidence que le système de santé suisse se trouve encore à un stade de développement précoce en matière de JC. L'implantation efficace et durable de la JC requiert la mise-en-œuvre concomitante de diverses mesures au niveau macro, meso et micro.

## Management Summary - italiano

In Svizzera, il concetto di *just culture* (cultura giusta) non è ancora radicato nelle leggi, nelle direttive o in altre disposizioni riguardanti il sistema sanitario. L'obiettivo del presente rapporto è descrivere se e come implementare tale approccio nella sanità elvetica.

*Il concetto di just culture (JC):* nel settore sanitario non c'è una definizione o una descrizione uniforme della JC. In alcune pubblicazioni è considerata una parte [1,2] o una manifestazione di una cultura della sicurezza [3,4], in altre un requisito per l'implementazione di una cultura della sicurezza [5].

All'inizio, si trattava di distinguere tra gli errori involontari e i comportamenti intenzionali delle collaboratrici e dei collaboratori [2,6]. A tale scopo, ci si avvaleva di alberi decisionali per giungere a una conclusione oggettiva e i comportamenti intenzionali erano soggetti a sanzioni. Il perfezionamento della JC ha spostato l'attenzione sulla cosiddetta *restorative just culture* (RJC), la cultura rigenerativa [7], secondo la quale i danni procurati da un evento devono essere verificati ed eliminati. L'RJC sonda le esigenze delle parti in causa ed esige il loro impegno per ottenere un miglioramento. Essa si oppone quindi all'assegnazione di colpe e promuove l'apertura all'apprendimento e allo sviluppo [8]. Finora, i concetti di JC ed RJC non sono stati approfonditi in modo empirico. I singoli elementi non sono nettamente delimitati tra loro e l'efficacia della (R)JC è ancora insufficientemente attestata. Le informazioni attuali poggiano su resoconti di esperienze fatte in svariate discipline. Tra i fattori che favoriscono una JC/RJC vi sono la disponibilità a imparare dagli errori e ad adeguare i sistemi, l'impegno dei quadri, la prioritizzazione della sicurezza, risorse sufficienti, la coesione in seno al team, nonché la comunicazione e il riscontro sulle segnalazioni di errori. Elementi esterni come la legislazione, la giustizia e gli organi di informazione possono avere un'influenza positiva o negativa su una JC.

*Attività internazionali:* da rilevamenti nel campo della cultura della sicurezza dei pazienti nel contesto internazionale emerge che in molti paesi la JC non è ancora stata pienamente implementata. Vi sono tuttavia Stati in cui è stata invece ancorata a livello legislativo: in Danimarca, in Norvegia e in Svezia, per esempio, la persona segnalante non può incorrere in sanzioni da parte del datore di lavoro, delle autorità o della giustizia. A livello macro, sono inoltre in corso le attività seguenti: (1) messa a disposizione di strumenti a sostegno di una JC; (2) costituzione di enti nazionali per la JC; (3) sviluppo di una JC quale priorità strategica nazionale; (4) formazione e perfezionamento del personale sanitario nella cultura della sicurezza dei pazienti/JC. Attività internazionali rilevanti a livello meso comprendono invece (1) la formazione sul tema della sicurezza dei pazienti nel corso di base delle professioni sanitarie, (2) la messa a disposizione di linee guida, strumenti e seminari online di organizzazioni che si impegnano a favore della sicurezza dei pazienti e (3) l'impegno delle associazioni professionali e specialistiche in materia di formazione, linee guida e strumenti nel campo della sicurezza dei pazienti. A livello micro, infine, l'attenzione delle attività internazionali è focalizzata (1) sulla creazione di un contesto favorevole e di un'atmosfera propizia, (2) sul coinvolgimento dei top manager, della direzione, dei quadri e del personale, e (3) sulla messa a disposizione di risorse sufficienti.

*Attività nazionali:* insieme a trenta esperte ed esperti provenienti da diversi campi del settore sanitario svizzero, mediante una procedura Delphi è stata elaborata nel contesto di questo progetto, una definizione della JC nella sanità elvetica. A livello macro, per quanto riguarda lo sviluppo della qualità e della strategia su un piano nazionale è stato comunicato l'obiettivo di implementare una JC nel settore sanitario, senza però avere approcci concreti. Neppure i messaggi e le decisioni cantonali contengono indicazioni precise, per esempio sull'introduzione di una JC nell'ambito di un Critical Incident Reporting System (CIRS). Alcuni Cantoni (Zurigo, Vallese, Zugo) hanno però già adottato le prime misure. A livello meso, è stato possibile individuare solo attività sporadiche in Svizzera (p.es. l'allestimento e l'implementazione di un albero decisionale nel Canton Vaud). Vi sono inoltre singole certificazioni nelle quali sono definiti requisiti legati alla rinuncia a sanzioni e alla cultura della sicurezza dei pazienti. A livello micro, infine, le attività sono scarse. Con l'eccezione della Romandia, negli istituti sanitari non c'è un impegno ufficiale all'attuazione di una JC. Mancano direttive, non si lavora con strumenti specifici, i quadri e il personale non vengono formati sul tema.

*Attività in altri settori in Svizzera:* ai livelli macro e meso, la JC è ormai affermata nell'aviazione, e anche a livello micro gli esempi di buone pratiche giungono soprattutto da questo ambito. È stata varata una politica in materia, vengono utilizzati strumenti specifici, i quadri e il personale vengono formati sul tema.

*Strumenti:* sono pochi gli strumenti che trattano concretamente l'argomento della JC. Ve ne sono però alcuni che sostengono una cultura della sicurezza dei pazienti e che contengono elementi della JC. Sono per esempio disponibili (1) strumenti per il rilevamento della JC/cultura della sicurezza dei pazienti, (2) modelli volti alla valutazione e al miglioramento della JC/cultura della sicurezza dei pazienti, (3) linee guida a sostegno della creazione e dell'implementazione della JC/cultura della sicurezza dei pazienti e (4) strumenti che sostengono elementi e requisiti di una JC, per esempio la comunicazione aperta, la sicurezza psicologica e le esercitazioni per i team.

Sulla base di analisi sulla situazione nazionale e internazionale, vengono raccomandate le misure seguenti per l'attuazione di una JC in Svizzera.

*Misure a livello macro:* (1) creare basi giuridiche per un approccio corretto a tutte le persone coinvolte in un evento, (2) redigere concetti e stabilire standard per una JC/cultura della sicurezza dei pazienti, (3) creare un ufficio di coordinamento nazionale per la sicurezza dei pazienti, la cultura della sicurezza dei pazienti e la JC, (4) ancorare la sicurezza dei pazienti, la cultura della sicurezza dei pazienti e la JC nella formazione e nel perfezionamento del personale sanitario, (5) favorire la ricerca nel campo della sicurezza dei pazienti, della cultura della sicurezza dei pazienti e della JC, e (6) attuare una JC a livello di amministrazione/autorità.

*Misure a livello meso:* (1) le associazioni professionali e specialistiche fissano standard minimi e competenze per la sicurezza dei pazienti, la cultura della sicurezza dei pazienti e la JC, (2) sistemi di promovimento e di incentivazione nel settore sanitario sostengono la sicurezza dei pazienti, la cultura della sicurezza dei pazienti e la JC mediante sconti sui premi per fornitori di prestazioni attenti alla sicurezza, e favoriscono la sicurezza dei pazienti attraverso la ricerca e le esercitazioni, (3) organizzazioni dei pazienti, pazienti e familiari sostengono i fornitori di prestazioni nell'individuazione di errori e rischi e nell'attuazione di una JC, (4) università, scuole universitarie e scuole professionali effettuano ricerche sulla sicurezza dei pazienti, la cultura della sicurezza dei pazienti e la JC, e formano specialiste e specialisti in materia, e (5) l'ufficio di coordinamento nazionale raccoglie le segnalazioni di errori ed eventi, svolge analisi e ne deduce raccomandazioni.

*Misure a livello micro:* (1) Garantire il supporto a livello manageriale per una JC, (2) valutare la situazione di partenza nella propria organizzazione e creare condizioni propizie per una JC, (3) costituire un gruppo di lavoro «Just culture» responsabile della pianificazione, dell'introduzione e dell'attuazione a lungo termine, (4) elaborare strumenti e processi commisurati alle esigenze della propria organizzazione per l'implementazione di una JC, (5) promuovere e vivere la JC all'interno dell'organizzazione, (6) apprendere dagli errori e migliorare costantemente il sistema, e (7) ancorare progressivamente la JC nell'intera organizzazione.

Il presente rapporto dimostra che nel settore sanitario svizzero l'introduzione di una JC si trova ancora allo stadio embrionale. Per un'implementazione efficace a lungo termine, vanno adottate contemporaneamente diverse misure ai livelli macro, meso e micro.

## 1 Ausgangslage und Auftrag

In der Schweiz gibt es auf nationaler Ebene aktuell keine Verankerung der Just Culture (JC) (auch als Gerechtigkeits- oder Redlichkeitskultur bezeichnet) in Gesetzen, Richtlinien oder anderen Vorgaben, die das Gesundheitssystem betreffen. Das primäre Ziel der JC liegt gemäss Reason [2] und Dekker [9] darin, innerhalb einer Organisation oder einer ganzen Branche eine Kultur zu schaffen, die die Implementierung eines effektiven Systems zur Meldung sicherheitsrelevanter Vorkommnisse ermöglicht. Ereignisse können anhand dieser Meldungen analysiert und ähnliche Störungen, Fehler und Unfälle können zukünftig vermieden werden. Die JC garantiert den Meldenden, dass sie keine Repressalien befürchten müssen, wenn sie eigene Fehler, die sie ohne Absicht begangen haben, melden. In einer JC-Umgebung wird systemisch gedacht und gearbeitet. Die Organisation übernimmt die Verantwortung für die Systeme, die sie aufgebaut hat, und nicht das Individuum. Die Wichtigkeit der Verankerung einer JC für eine Verbesserung der Qualität im Gesundheitssystem und der Patientensicherheit wird auch im Globalen Aktionsplan für Patientensicherheit 2021-2030 der WHO beschrieben [10]. In der Schweiz wurde das Thema in den Zielen des Bundesrates zur Qualitätsentwicklung für die Jahre 2022–2024 aufgenommen. Bis im Jahr 2024 soll die Errichtung einer JC in der Schweiz vorangeschritten sein. Zudem sollen die Prinzipien der JC in Qualitätsverträgen und -messungen von Qualitätsvertragspartnern eingeschlossen werden.

Die Stiftung Patientensicherheit Schweiz (SPS) erhielt den Auftrag, eine Machbarkeitsstudie durchzuführen und zu untersuchen, ob und mit welchem Fokus Projekte zur Stärkung der Just Culture im Gesundheitssystem der Schweiz umgesetzt werden können.

## 2 Methodisches Vorgehen

### 2.1 Schritte und Methoden

#### *Definition und Abgrenzung des Begriffs Just Culture für das Gesundheitssystem der Schweiz*

Es wurde in der internationalen Fachliteratur und in Veröffentlichungen von internationalen Expertenorganisationen nach Hinweisen zu einer JC gesucht. Daraus wurde eine mögliche Definition abgeleitet und mit Schweizer Expertinnen und Experten aus verschiedenen Bereichen des Gesundheitssystems sowie aus verschiedenen Sprachregionen in einer Delphi-Studie in zwei Runden abgeglichen. Die daraus abgeleitete Definition wurde in die Landessprachen (D, F, I) übersetzt.

#### *Standortbestimmung zur Implementierung von Just Culture im Gesundheitssystem der Schweiz und Vergleich mit anderen Ländern*

Auf nationaler Ebene wurde eine Literatur- und Dokumentenanalyse durchgeführt, welche die unterschiedlichen Ebenen des Schweizerischen Gesundheitssystems (Bund, Kantone, Regionen/Organisationen, Gesetze/Richtlinien etc.) abdeckt. Die Recherche wurde durch Interviews mit Expertinnen und Experten aus dem Gesundheitswesen und anderen Industrien ergänzt.

#### *Suche nach und Beurteilung von Methoden (Best Practice) und Instrumenten zur nachhaltigen Implementierung von Just Culture in Gesundheitssystemen*

Es wurde eine Literatur- und Dokumentenanalyse im Gesundheitssystem der Schweiz sowie in anderen Ländern durchgeführt und nach Instrumenten und Interventionen zur erfolgreichen Implementierung von Just Culture gesucht. Diese Instrumente wurden hinsichtlich ihrer Vor- und Nachteile sowie ihrer Eignung für das schweizerische Gesundheitswesen bewertet. Auf Basis dessen wurden Methoden, Vorgehensweisen und Interventionen ausgewählt, die den Aufbau einer Just Culture im Schweizer Gesundheitswesen unterstützen können.

#### *Ableitung von Empfehlungen, um die Implementierung einer Just Culture im Gesundheitssystem der Schweiz zu unterstützen*

Aus den Erkenntnissen der Literatur- und Dokumentenanalysen sowie den Interviews und deren integrierter Bewertung wurden konkrete Empfehlungen zum weiteren Vorgehen auf der Makro-, Meso- und Mikroebene abgeleitet.

### 2.2 Hinweise zum Lesen des Berichts

Die einzelnen Kapitel des Berichts fassen die Ergebnisse der o.g. Recherchen zusammen. Am Ende jedes Hauptkapitels ist eine kurze Zusammenfassung der Hauptideen zu finden (dargestellt als Box). Detaillierte Ergebnisse und weiterführende Informationen sind in den folgenden Anhängen und dem Zusatzdokument Massnahmenempfehlungen zu finden:

- *Anhang 1* Definition Just Culture im schweizerischen Gesundheitswesen (Deutsch, Französisch und Italienisch)
- *Anhang 2* Frameworks Just Culture
- *Anhang 3* Messinstrumente Just Culture / Patient Safety Culture
- *Anhang 4* Reifegradmodelle zur Beurteilung einer Just Culture
- *Anhang 5* Praktische Tools zur Unterstützung einer Just Culture auf der Mikroebene

#### [Zusatzdokument Massnahmenempfehlungen](#)

Dieses Dokument enthält erweiterte Empfehlungen zur Unterstützung und Umsetzung einer Just Culture im Gesundheitswesen auf der Makro-, Meso- und Mikroebene.

### 3 Einordnung Just Culture

Die Just Culture (JC) oder Gerechtigkeitskultur war in den letzten Jahren Gegenstand zahlreicher Debatten in unterschiedlichen Kontexten. Manchmal wird die JC aus Gründen der politischen oder internationalen Sensibilität aus dem Framework der Sicherheitskultur herausgelöst; teilweise auch, weil es schwierig ist, die rechtlichen Aspekte einer JC zu beeinflussen. Das rechtliche Umfeld ausserhalb einer Organisation ist nicht Teil ihrer Sicherheitskultur, kann aber für ihre Sicherheitskultur von grosser Bedeutung sein. Eine JC beschreibt in erster Linie keine rechtlichen Aspekte, sondern stellt eine Einstellung und Haltung dar. Bei der JC geht es gleichzeitig um die Erhöhung der Sicherheit und um die Förderung eines konstruktiven Umfelds, in dem alle Beteiligten ihre Erfahrungen einbringen können. JC kann auf diese Weise ein Mittel sein, um Prozesse, Haltungen etc. aufzuzeigen, die normalerweise verborgen sind. Im Folgenden werden auch Erkenntnisse aus der Literaturrecherche zum Thema JC berücksichtigt, die nicht trennscharf von Sicherheitskultur abgrenzbar sind, da JC oft als ein Element der Sicherheitskultur gesehen wird [2]. Als Quellen wurden sowohl wissenschaftliche als auch praxisorientierte Publikationen einbezogen. Die folgenden Hauptthemen wurden untersucht:

- Definitionen von JC und Sicherheitskultur
- Kriterien und Indikatoren zur Bewertung einer JC/Sicherheitskultur
- Instrumente zur Bewertung und Messung einer JC/Sicherheitskultur
- Untersuchung von Ereignissen
- Leitlinien und Normen für den Aufbau einer JC/Sicherheitskultur
- Best Practice zur Unterstützung einer JC/Sicherheitskultur
- Nationale Aktivitäten zu JC in unterschiedlichen Branchen
- Internationale Aktivitäten zu JC in unterschiedlichen Branchen

#### 3.1 Sichtweise auf menschliche Fehler

Sydney Dekker [11] beschreibt unterschiedliche Sichtweisen auf menschliche Fehler (s. Tab. 1). In der alten Sichtweise (*Blame Culture*) werden Menschen, die ein unerwünschtes Ereignis verursacht haben, dafür verantwortlich gemacht (*bad people in safe systems*). Gemäss dieser Sicht sind komplexe Systeme im Allgemeinen gut konzipiert und sicher. Auslöser für Ereignisse sind die Fehler von Menschen, die sich unsicher oder unvernünftig verhalten. In der Folge konzentriert sich die alte Sichtweise auf die Minimierung des Fehlverhaltens dieser Menschen. Die Sicherheit soll durch die Einführung von zusätzlichen Vorschriften, Schulungen oder Bestrafung (Abschreckung) verbessert werden, um eine Wiederholung zu verhindern.

Der Ansatz der *No-Blame Culture* entstand, um den Mitarbeitenden die Sorge vor negativen Konsequenzen bei Offenlegen von Fehlern zu nehmen und aus den erkannten Fehlern lernen zu können [11]. Die versprochene Straffreiheit stellte sich jedoch nicht immer als umsetzbar heraus. Wenn in der Praxis Fehlverhalten entgegen der Ankündigung doch abgestraft wurde, führte dies zu Enttäuschungen und Vertrauensverlust. Dies wiederum verschlechterte die Fehlerkultur.

Die neue Sichtweise (*Just Culture*) sieht menschliches Fehlverhalten nicht als Ursache für unerwünschte Ereignisse, sondern als ein Symptom für tiefer liegende Probleme innerhalb der Organisation an (*well-intentioned people in imperfect systems*) [11]. Unerwünschte Ereignisse werden als Gesamtbild betrachtet. Es wird anerkannt, dass in hochkomplexen Systemen das Verhalten stark vom Umfeld bestimmt wird, das fast immer dynamisch und häufig mehrdeutig oder widersprüchlich ist. Systeme sind nicht grundsätzlich sicher. Menschen müssen Sicherheit schaffen trotz eines Systems, das andere (manchmal widersprüchliche) Erwartungen und Anforderungen an sie stellt. Für Fehler ist meist nicht die Einzelperson, sondern das System verantwortlich (siehe auch eine [Lektion in Just Culture](#) [12]). Absichtliches Fehlverhalten und Fahrlässigkeit von Individuen werden aber nicht toleriert.

**Tabelle 1** Entwicklung von Blame Culture zu Just Culture (in Anlehnung an [11]).

<b>Alte Sichtweise &gt; Blame Culture</b>	<b>Zwischenstufe (90er Jahre) &gt; No-Blame Culture</b>	<b>Neue Sichtweise &gt; Just Culture</b>
<p>Eine Kultur, in der, wenn etwas schief geht, die primäre Reaktion darin besteht, Schuld an eine oder mehrere Personen zuzuweisen und Sanktionen zu verhängen.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– In vielen Fällen ist nicht die Einzelperson die eigentliche Ursache des Problems, sie ist lediglich die offensichtlichste.</li> <li>– Menschen werden entmutigt, Vorfälle und Beinaheunfälle zu melden; daher gibt es keine Grundlage für organisatorisches Lernen.</li> </ul>	<p>Eine Kultur, in der Einzelpersonen von Disziplinarmaßnahmen ausgenommen werden, wenn sie ihre Fehler melden und bei Untersuchungen kooperieren.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Kann zu Straffreiheit für rücksichtsloses oder böswilliges Verhalten von Personen führen.</li> <li>– Es werden keine Konsequenzen für Handlungen ergriffen.</li> <li>– Es gibt keinen Grund, Verantwortung zu übernehmen.</li> <li>– Schuldzuweisungsreflexe sind sehr widerstandsfähig.</li> </ul>	<p>Eine Kultur, in der die Mitarbeitenden nicht für ihre Handlungen, Unterlassungen oder Entscheidungen bestraft werden, die sie entsprechend ihrer Erfahrung und Ausbildung getroffen haben, in der aber grobe Fahrlässigkeit, vorsätzliche Verstösse und destruktive Handlungen nicht toleriert werden.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Erfordert Anstrengung, den Schuldzuweisungsreflex zu überwinden.</li> <li>– Es kann schwierig sein, die Grenzen zwischen akzeptablem und inakzeptablem Verhalten zu ziehen.</li> <li>– Erfordert ein gut entwickeltes Verständnis für menschliches Verhalten / menschliches Versagen.</li> <li>– Personen tragen Verantwortung für ihre Handlungen, nicht aber für systemische Fehler.</li> </ul>

Khatri et al. [13] fanden in einem Review zu Blame/Just Culture, dass (a) eine Kultur der Schuldzuweisung eher in Organisationen des Gesundheitswesens vorkommt, die sich vorwiegend auf hierarchische, auf der Einhaltung von Vorschriften basierende funktionale Managementsysteme stützen, (b) eine gerechte oder lernende Kultur eher in Organisationen des Gesundheitswesens vorkommt, die eine stärkere Beteiligung der Mitarbeitenden an der Entscheidungsfindung ermöglichen; und (c) die Fähigkeiten des Personalmanagements eine wichtige Rolle beim Übergang von einer Kultur der Schuldzuweisung zu einer JC spielen. Eine Just Culture setzt gemäss Reason [2] folgende Grundannahmen voraus:

- Das Management ist dafür verantwortlich, die Systeme und Strukturen bereitzustellen, damit die Mitarbeitenden ihre Arbeit erledigen können.
- Management und Mitarbeitende kommen mit unterschiedlichen Werten und Erwartungen in das Arbeitsumfeld. Die Führungskräfte erwarten, dass die Mitarbeitenden Leistung erbringen, und die Mitarbeitenden erwarten, dass die Systeme ihre Leistung unterstützen.
- Es wird davon ausgegangen, dass die Mitarbeitenden gute Absichten haben, aber sie können gelegentlich von den Standards der Praxis abweichen. Wenn Fehler entdeckt werden, können sie als menschliche Fehler, Risikoverhalten oder rücksichtsloses Verhalten kategorisiert werden.
- Menschliche Fehler und risikoreiches Verhalten liefern oft wichtige Hinweise auf Möglichkeiten zur Verbesserung des Systems. Wenn sich die Mitarbeitenden sicher fühlen, Feststellungen zu melden, die diese Verbesserungsmöglichkeiten aufzeigen, kann die Organisation Probleme schnell lösen, Wiederholungen verhindern und die Leistung steigern.

### 3.2 Just Culture als Teil der Sicherheitskultur

JC beschreibt eine Kultur, in der unerwünschte Ereignisse fair beurteilt werden und Menschen nur dann bestraft werden, wenn sie eine andere Person mit Absicht schädigen oder wissentlich grosse Risiken eingehen. In der Literatur über Sicherheitskultur wird deutlich, dass die gerechte Behandlung von in ein unerwünschtes Ereignis involvierten Personen eine unverzichtbare Komponente der Sicherheitskultur ist [1]. Eine angemessene Sicherheitskultur wiederum ist ohne ein angemessenes Mass an Gerechtigkeit nicht möglich. Um eine Sicherheitskultur aufbauen zu können, müssen in einer Organisation nach

Reason [2] fünf wichtige kulturelle Elemente organisiert sein: Informationskultur, Meldekultur, Just Culture, Flexibilitätskultur und Lernkultur. Eine Organisation muss gemäss Reason [2] demnach

- über ein Sicherheitsinformationssystem verfügen, das Informationen aus Vorfällen und Beinaheunfällen sowie aus regelmässigen proaktiven Kontrollen des Systems sammelt, analysiert und verbreitet (*Informed Culture*);
- eine Meldekultur haben, in der die Mitarbeitenden bereit sind, ihre Fehler, Irrtümer und Verstösse zu melden, damit mögliche Ursachen von Fehlern und Ereignissen verstanden und in Zukunft verhindert werden können (*Reporting Culture*);
- eine Vertrauenskultur haben, in der die Mitarbeitenden ermutigt und sogar belohnt werden, wichtige sicherheitsrelevante Informationen zu geben, in der aber auch klar ist, dass eine Grenze zwischen akzeptablem und inakzeptablem Verhalten gezogen wird (*Just Culture*);
- flexibel, d.h. in der Lage sein, die Organisationsstruktur angesichts eines dynamischen, komplexen und anspruchsvollen Aufgabenumfelds umzugestalten (*Flexible Culture*);
- die Bereitschaft und Kompetenz besitzen, die richtigen Schlüsse aus dem eigenen Sicherheitssystem zu ziehen, und bereit sein, Reformen durchzuführen, wenn diese erforderlich sind. Eine sorgfältige Untersuchung von Ereignissen und Massnahmenableitung sind Schlüssel für eine effektive Lernkultur (*Learning Culture*).

Karanikas et al. [5] priorisieren die Elemente bei der Entwicklung von Sicherheitskultur in der folgenden Reihenfolge: (1) Generelle Voraussetzungen, (2) Just Culture, (3) Flexible Kultur, (4) Meldekultur, (5) Informationskultur und (6) Lernkultur. Begründet wird dies folgendermassen:

- Die JC entspricht einem betrieblichen Umfeld, in dem die Mitarbeitenden fair behandelt und unerwünschte Ereignisse anhand von vordefinierten und vereinbarten Grenzbereichen und nicht nur nach der Schwere der Folgen beurteilt werden.
- Besteht eine JC, kann eine flexible Kultur geschaffen werden. Die unvermeidbare Variabilität der Arbeitsbedingungen und der menschlichen Leistung wird darin anerkannt. Die Verfahren werden überprüft, wenn sich Planungsannahmen als ungültig erweisen und/oder wiederholt widersprüchliche Ziele auftauchen.
- Flexible Kultur und JC können nicht nur zu einer Steigerung der Anzahl von freiwilligen Meldungen führen, sondern auch die Qualität und Nachvollziehbarkeit solcher Meldungen erhöhen. Zusätzlich zu Gefahren werden die Mitarbeitenden auch ihre eigenen Fehler und Erfahrungen mitteilen, die sich aus der Konfrontation mit konkurrierenden Zielen und unzureichenden Arbeitsbedingungen ergeben.
- Wenn eine Meldekultur systematisch wird, erhält man ein breites Spektrum an lokalen Sicherheitsinformationen, die zusätzlich zu den aus anderen Quellen (z. B. Audits, Sicherheitsüberprüfungen, Sicherheitsuntersuchungen) gewonnenen Informationen in der gesamten Organisation genutzt werden können.
- Ein konsistenter und effektiver Austausch von sicherheitsrelevanten Informationen erhöht die Möglichkeiten einer Organisation, daraus zu lernen und gezielte und fundierte Veränderungen vorzunehmen.

Als Grundlage für eine JC ist es wichtig, zwischen akzeptablem und inakzeptablem Verhalten zu unterscheiden. Reason [2] entwickelte deshalb einen Entscheidungsbaum zur Bestimmung der Schuldfähigkeit bei unsicheren Handlungen. Die Idee ist dabei, bei der Einschätzung von akzeptablem und inakzeptablem Verhalten einem fixen Ablauf zu folgen und Mitarbeitende vor einem voreiligen und subjektiven Urteil und einer Schuldzuweisung zu schützen. Für Reason [2] liegt inakzeptables Verhalten, das streng sanktioniert werden muss, vor bei Sabotage, vorsätzlicher Schädigung und Suizid von Schutzbefohlenen. Eine Grauzone, in der sorgfältige Abwägung erforderlich ist, besteht bei Substanzmissbrauch mit Milderung und möglichem fahrlässigen Irrtum. Schuldloses Verhalten liegt vor bei systembedingtem Fehler und schuldlosem Fehler.

Marx [6] hat die Annahmen von Reason erweitert und explizit auf das Gesundheitswesen angewendet. Auch er arbeitet mit Entscheidungsbäumen, um individuelles Fehlverhalten einzuschätzen. Zusätzlich zu menschlichen Fehlern (unbeabsichtigtes Fehlverhalten) unterscheidet er zwischen riskantem Verhalten (man entscheidet sich beispielsweise, gegen eine Vorschrift zu handeln und überzeugt sich

selbst, dass dies in Ordnung ist) und rücksichtslosem Verhalten (man entscheidet sich dafür, jemanden in Gefahr zu bringen).

### 3.3 Weiterentwicklung der Just Culture zur Restorative Just

Dekker & Breakey [7] prägten als Weiterentwicklung der JC den Begriff *Restorative Just Culture* (RJC). Gemäss der RJC sind Entscheidungsbäume wenig zielführend, da mit diesen eher Ungerechtigkeit abgebildet, denn es handelt es sich um eine rückwärts gerichtete Rechenschaftspflicht, bei der verhältnismässige Sanktionen gegen eine für schuldig befundene Person verhängt werden (Retributive Justice). Nach Einschätzung der Autoren [7] kann es keine objektiv richtige Linie zwischen akzeptablem und inakzeptablem Verhalten geben, sondern nur Menschen, die eine subjektive Linie ziehen. Entscheidungshilfen zur Festlegung von Verantwortlichkeit und Schuld tragen deshalb ihrer Meinung nach nicht zur Wahrnehmung von Ungerechtigkeit bei, sondern führen dazu, dass Fehler, Risiken und Ereignisse nicht mehr benannt, sondern verschwiegen werden. In einer **Restorative Just Culture liegt der Schwerpunkt daher nicht auf der Feststellung, ob ein Verhalten richtig oder falsch ist, sondern auf der Reparatur (Wiederherstellung) und dem Lernen** [7, 14]. Das Gespräch zwischen den ein Ereignis auslösenden Personen und den vom Ereignis betroffenen Menschen ist somit zukunftsorientiert. Das Ziel ist, zu verstehen, was passiert ist, und Erkenntnisse über den Kontext, das System und den Teil der Organisation zu gewinnen, der betroffen ist. In einem weiteren Schritt wird miteinander besprochen, was als Nächstes zu tun ist, damit es den Betroffenen besser geht und eine Wiederholung des Ereignisses vermieden werden kann. Das bedeutet nicht, dass die Kultur der Wiedergutmachung alle Menschen *ungestraft* davonkommen lässt. Die involvierten Personen werden, falls zutreffend, nach wie vor zur Rechenschaft gezogen. Anstatt sich auf die von einer unparteiischen Stelle verhängte Strafe zu konzentrieren, die im Falle schwerer Ereignisse und Verbrechen für die Opfer fast nie zufriedenstellend ist [15], konzentriert sich die RJC auf das, was getan werden muss, um Vertrauen und Beziehungen wiederherzustellen. Durch die Einbeziehung aller von einem Ereignis Betroffenen wird dies zu einem Prozess auf breiter Basis. Die Forschung zeigt, dass selbst bei grösseren Ereignissen wie Sabotage oder bösartigen Verbrechen der wiederherstellende Ansatz für die Opfer, die Täter und die Gemeinschaft befriedigendere Ergebnisse bringt als der vergeltende Ansatz [15]. Restorative Justice im Justizsystem kann eine höhere Zufriedenheit der Opfer bewirken und auch die Rückfälligkeit von Straftätern senken [16, 17]. In England wird das Konzept auch an der Polizeischule gelehrt [18].

Tabelle 2 zeigt die unterschiedlichen Fragen auf, die im Zentrum einer retributiven resp. restorativen Gerechtigkeit stehen. Dekker erklärt dies auch in einem anschaulichen [Videobeitrag](#) [19].

**Tabelle 2** Fragen, die im Zentrum einer retributiven oder restorativen Gerechtigkeit stehen [7].

<b>Retributive Justice (Vergeltungsgerechtigkeit)</b>	<b>Restorative Justice (opferorientierte / wiederherstellende Gerechtigkeit)</b>
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Welche Regel/Vorgabe wurde gebrochen?</li> <li>2. Wer hat es getan?</li> <li>3. Wie schlimm ist der Verstoss und welche Strafe ist verdient?</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Wer ist betroffen und wurde geschädigt?</li> <li>2. Was sind die Bedürfnisse der Geschädigten?</li> <li>3. Wessen Verpflichtung ist es, diese Bedürfnisse zu erfüllen?</li> </ol>

Dekker hat eine [RJC-Checkliste](#) [20] zum Aufarbeitungsprozess nach einem unerwünschten Ereignis erstellt. Anhand der Checkliste können die geschädigten Parteien ihre Bedürfnisse und die ihnen oder anderen auferlegten Verpflichtungen ermitteln.

Gerechtigkeit wird über die Reaktion auf Vorfälle und Fehler geschaffen. Sie kann nicht auferlegt, sondern nur ausgehandelt werden. Dazu ist es wichtig, die folgenden Punkte zu beachten:

- *Fragen, was für das Ereignis verantwortlich war, nicht wer:* Die Handlungen und Einschätzungen anderer Menschen machen Sinn, wenn die entscheidenden Merkmale ihrer Arbeitswelt verstanden werden.
- *Verknüpfen der Detailkenntnisse mit der Schaffung von Gerechtigkeit:* Personen, die an der Aufarbeitung eines Ereignisses beteiligt sind, sollen die Details und Umstände kennen und in den Augen der anderen Beteiligten glaubwürdig sein.
- *Das Potenzial einer RJC erkunden:* RJC erkennt an, dass es mehrere Sichtweisen darüber gibt, wie und warum Prozesse schiefgelaufen sind (und wie sie normalerweise richtig laufen). RJC fördert

den Dialog zwischen den Akteuren und dem Umfeld (z. B. den Peers), anstatt Beziehungen durch Sanktionen und Bestrafung zu sanktionieren.

- *Von der rückwärtsgewandten zur vorwärts gerichteten Verantwortlichkeit übergehen*: Eine rückwärtsgerichtete Verantwortlichkeit bedeutet, Menschen für ihre Fehler zu tadeln. Man macht jemanden für etwas verantwortlich, was bereits geschehen ist. Eine zukunftsorientierte Verantwortlichkeit stellt hingegen folgende Fragen: Was sollte gegen das Problem unternommen werden, und wer sollte für die Umsetzung dieser Änderungen und die Bewertung ihrer Wirksamkeit verantwortlich sein? Vorausschauende Verantwortlichkeit steht im Einklang mit einer neuen Art von Sicherheitsdenken: Menschen sind kein Problem, das es zu beherrschen, sondern eine Lösung, die es zu nutzen gilt.
- *Unterstützung für Second Victims*: Gerechtigkeit entsteht hier, indem anerkannt wird, dass auch die an einem Vorfall beteiligte Person ein Opfer ist – ein Second Victim. Organisatorische Unterstützungssysteme für Second Victims (psychologische Erste Hilfe, Nachbesprechungen, Follow-up) haben sich als wichtig erwiesen, um die negativen Folgen (insbesondere posttraumatischen Stress in all seinen Formen) einzudämmen.

Dekker & Breakey [7] beschreiben neben der Restorative Justice zwei weitere Aspekte von Gerechtigkeit, die in einer RJC gegeben sein sollten: **Substantive Justice** (inhaltliche Gerechtigkeit) und **Procedural Justice** (Verfahrensgerechtigkeit).

**Substantive Justice** (inhaltliche Gerechtigkeit) bezieht sich auf die Moral und Legitimität eines Regelinhalts [7]. Viele Regeln werden aus Sicht einer Person verfasst, die sich von denen der Mitarbeitenden, deren Arbeit sie leiten soll, unterscheidet (*work-as-imagined* vs. *work-as-done*). Um die Arbeit unter den gegebenen Umständen (z.B. Zeitdruck, komplexe Situationen) erledigen zu können, werden Regelabweichungen oder sogenannte *Workarounds* (Behelfslösungen) vorgenommen. Wenn eine grosse Mehrheit der Mitarbeitenden routinemässig bestimmte Regeln vermeidet, signalisiert dies, dass die Regeln nicht im Hinblick auf ihre legitimen Interessen und ihr Wissen geschrieben wurden oder in Unkenntnis der Ressourcenbeschränkungen, welche die eigentliche Arbeit bestimmen. Ein möglicher Ansatzpunkt, um Probleme mit effektiven Regeln und Vorgaben zu minimieren, ist es, die Mitarbeitenden bei der Entwicklung zu involvieren. Die Einbindung der Mitarbeitenden erhöht die Legitimität von Vorgaben, stärkt das Gefühl von Eigenverantwortung bei den Mitarbeitenden und stellt sicher, dass die Regeln mit der Realität in Einklang stehen [7]. Zudem kann explizites Wissen zu Workarounds für die Verbesserung des Arbeitssystems genutzt werden [21].

**Procedural Justice** (Verfahrensgerechtigkeit) legt legitime Verfahren zur Feststellung von Regelverstössen fest, bietet Schutz für die Beschuldigten und regelt, wer solche Feststellungen treffen soll [7]. Der Gerechtigkeitsgedanke sollte eine Person daran hindern, über einen Fall zu entscheiden, an dem sie möglicherweise selbst beteiligt ist. So sollte eine vorgesetzte Person keine Beurteilung vornehmen, da die Möglichkeit besteht, dass sie bei der Beurteilung eines Fehlers oder Verstosses, der unter ihrer Aufsicht passiert ist, in einen Interessenskonflikt gerät (z.B. aufgrund der Befürchtung, dass der eigene Ruf/die eigene Laufbahn betroffen sein könnte). Die Unabhängigkeit der beurteilenden Person ist also eine entscheidende Verfahrensbestimmung, ebenso wie ein umfangreiches Wissen über die Arbeitstätigkeit, bei der ein Fehler passiert ist. Um eine beurteilende Person zu finden, die sowohl unabhängig ist als auch über umfassende Kenntnisse darüber verfügt, wie die Arbeit tatsächlich erledigt wird, kann auf Personen in anderen Abteilungen oder anderen Organisationen zurückgegriffen werden. Zu einem ordnungsgemässen Verfahren gehören eine Benachrichtigung an die involvierte(n) Person(en) über den gegen jemanden erhobenen Fall (inkl. Details, worum es in dem Fall geht), eine faire Gelegenheit für diese Person(en), sich zu dem Fall zu äussern und das Recht auf Berufung.

### 3.3.1 Umsetzungsbeispiele einer Restorative Just Culture (RJC)

Wie eine Restorative Just Culture in der Praxis umgesetzt werden kann und welche Auswirkungen dies in der Praxis hat, zeigen die folgenden Beispiele aus der Strafverfolgung, der Luftfahrt und dem Gesundheitswesen.

### 3.3.1.1 RJC in der Luftfahrt in den Niederlanden

#### Eine Alternative zur Strafverfolgung in der Luftfahrt

Im Sommer 2019 [22] befand sich ein Flugzeug im geraden Landeanflug auf einem unkontrollierten Flugplatz in den Niederlanden, während ein Flugschüler mit seinem Fluglehrer auf der Landebahn war. Ein Zusammenstoss wurde nur knapp vermieden und schliesslich bei der Luftfahrtbehörde angezeigt. Nach der strafrechtlichen Untersuchung war der Staatsanwalt zunächst der Ansicht, dass es sich um einen klaren Fall von grober Fahrlässigkeit handelte, der eine gerichtliche Antwort erforderte. Die Staatsanwaltschaft forderte den Piloten, der den Anflug geflogen war, auf, sich zunächst mit dem anderen Piloten in Verbindung zu setzen. Die Piloten führten ein Gespräch, in dem der Pilot, der den Landeanflug durchgeführt hatte, sein aufrichtiges Bedauern ausdrückte und als Geste der Wiedergutmachung einen Einweisungsflug für den anderen Piloten finanzierte, dessen Selbstvertrauen gelitten hatte. Der Staatsanwalt bot ebenfalls eine Alternative zur Bestrafung an: Die Erfahrungen sollten im eigenen Aero-club in einem Vortrag geteilt werden, und das Verfahren würde abgewiesen. Vor allem zu Beginn fühlten sich die Piloten für ein Ergebnis kriminalisiert, das weder gewählt noch gewünscht war. Im weiteren Verlauf der Prozesse, bei informellen Anhörungen mit dem Staatsanwalt, erfuhren die Piloten jedoch Empathie und Respekt. Es war für sie eine Erleichterung, ihre Geschichte jemandem erklären zu können, der sie verstand und sie nicht in Frage stellte. Zunächst befürchteten die Piloten Kritik, wenn sie eigene Erfahrungen zu einem realen Ereignis mit Kolleginnen und Kollegen teilen und offenlegen. Dies war jedoch nicht der Fall: Die Piloten wurden von ihren Kollegen und Kolleginnen dafür gelobt, dass sie ihre Erfahrungen mitteilten, und andere berichteten, dass sie sich bereits in ähnlichen Situationen befunden hatten. Die Mitarbeitenden der niederländischen Staatsanwaltschaft empfanden die Bearbeitung dieser Fälle als positiv und wesentlich lohnender als die Verhängung einer Geldstrafe oder weitere Gerichtsverfahren.

Dieses Beispiel zeigt die Bedeutung von Reue und Vergebung in der JC auf. Der Pilot, dessen Selbstvertrauen unter dem oben beschriebenen Vorfall gelitten hatte, änderte seine Meinung über den anderen Piloten von *dieser Pilot verdient eine Geldstrafe und ein heftiges Gespräch* zu *für mich ist dieses Problem unter Piloten gelöst worden*. Des Weiteren zeigen die Erfahrungen der Piloten, dass eine respektvolle, verständnisvolle und mitfühlende Behandlung von entscheidender Bedeutung war, um sie zur Teilnahme an Wiedergutmachungsverfahren zu motivieren. Die Piloten fühlten sich als Fachleute behandelt, die einen schwerwiegenden, aber unbeabsichtigten Fehler begangen hatten und denen die Möglichkeit gegeben wurde, diesen Fehler zu beheben und dazu beizutragen, eine Wiederholung zu verhindern. Das Beispiel zeigt zudem, dass auch die Justiz mit einer Restorative Just Culture arbeiten kann und wie damit die Zufriedenheit aller Beteiligten gesteigert werden kann.

#### RJC bei der Königlichen Niederländischen Luftwaffe

Bei einem Trainingseinsatz in Übersee traf Pilot X in drei verschiedenen Situationen Entscheidungen, die seine Vorgesetzten an seinen Fähigkeiten zweifeln liessen [23]. Der Kommandant der Staffel besprach die Situation mit seiner eigenen Befehlskette und bat um das Vertrauen, die Angelegenheit selbst zu regeln. Der Kommandant beschloss, den Piloten zu repatriieren. Im Einklang mit den Grundsätzen der wiederherstellenden Gerechtigkeitskultur setzten sich der Kommandant und andere Vorgesetzte mit Pilot X zusammen, brachten ihre Sicherheitsbedenken vor und forderten ihn auf, seine Sicht der Dinge darzulegen. Seine Vorgesetzten waren mit den Erklärungen, der Reue und dem Verantwortungsbewusstsein von Pilot X zufrieden, und er erhielt keine offizielle Verwarnung.

In den folgenden Monaten stellte Pilot X fest, dass über seine Rückführung hinter seinem Rücken geredet wurde. Der Kommandant bemerkte, dass die Gemeinschaft unsicher war, ob die Rückführung eine Strafe war oder nicht. Der Kommandant beschloss, zusammen mit Pilot X eine Sicherheitsbesprechung abzuhalten, um Klarheit darüber zu schaffen, wie die Vorfälle gehandhabt worden waren. Ziel der eintägigen Sicherheitsbesprechung war es, im Einklang mit einer JC aus den Ereignissen zu lernen und gleichzeitig eine metaphorische Grenze zwischen akzeptablem und inakzeptablem Verhalten zu ziehen. Um diese Sicherheitsbesprechung für Pilot X weniger konfrontativ zu gestalten, wurde ein Vortrag über ein anderes Ereignis, in das ein Besatzungsmitglied verwickelt war, hinzugefügt. Beide Redner berichteten über ihre Ereignisse, und die übrigen Luftfahrtteilnehmenden konnten Fragen stellen. Der erste Redner stellte das Ereignis sehr technisch in einer Präsentation dar. Er wurde von den Teilnehmenden als Schuldiger behandelt und fühlte sich nach dem Vortrag sehr schlecht. Pilot X erzählte eine Stunde lang frei vom Ereignis, von seinem Fehlverhalten und seinen eigenen Gefühlen. Die Teilnehmenden zeigten grosses Verständnis und dankten ihm für seine Offenheit. Pilot X hatte das Gefühl,

dass seine negativen Erfahrungen für die anderen Personen lehrreich waren. Seine Arbeitskollegen und -kolleginnen gewannen ihr Vertrauen in ihn und seine Fähigkeiten zurück. Diese Fallstudie zeigt vier kritische Aspekte bei der Umsetzung einer restaurativen JC in einem bisher eher retributiven Umfeld auf:

#### *Notwendigkeit von Verletzlichkeit*

Vor Gleichgesinnten zu stehen und seine Fehler einzugestehen, macht die berichtende Person verletzlich. Je nach Kultur in der Gruppe können abfällige und verletzende Bemerkungen gemacht werden. Das offene Zeigen der Verletzlichkeit unterstützt eine restaurative Reaktion, ist aber im retributiven Klima schwer zu zeigen.

#### *Zivilcourage der Führungskräfte*

Es braucht Zivilcourage von Führungskräften innerhalb der gesamten Befehlskette, restaurativ zu handeln und dem Druck zur Bestrafung und der Angst um die eigene Karriere zu widerstehen, wenn man von einer strafenden Reaktion absieht.

#### *Lösung des Spannungsverhältnisses zwischen Lernen und Bestrafen*

Das Berichten von Fehlverhalten vor einer Zuhörerschaft kann als eine Form von Bestrafung angesehen werden. Bestrafung und Schuldzuweisung sind der Offenheit abträglich.

#### *Verhindern einer hybriden Form der (un)gerechten Kultur*

Wenn in einem retributiven Kontext restaurative Just Culture Massnahmen ergriffen werden, kommt es zu einer hybriden Form von JC. Dies passiert z.B., wenn neben der restaurativen Massnahmen trotzdem eine Untersuchungskommission eingesetzt wird, die Strafmassnahmen verhängt. Dies kann sich für die Mitarbeitenden unsicher und verwirrend anfühlen und zu vermindertem Vertrauen führen.

### 3.3.1.2 RJC im Gesundheitswesen

#### [Gold Coast Hospital and Health Services Australia](#)

Gold Coast Mental Health and Specialist Services (GCMHSS) bietet integrierte Dienstleistungen für psychische Gesundheit sowie Drogen- und Alkoholhilfe für alle Altersgruppen für eine geschätzte Bevölkerung von 600.000 Menschen an. Da die Mitarbeitenden zum Teil starke Schuldgefühle bei Suiziden von Patientinnen und Patienten entwickelten und sich belastet fühlten, initiierte die Pflegedirektion zusammen mit der medizinischen Direktion ein Projekt zur Unterstützung der Mitarbeitenden in belastenden Situationen und bei unerwünschten Ereignissen. Neben der Unterstützung von Second Victims wurde auch der [Gold Coast Clinical Incident Response Framework](#) (GC-CIRF) entwickelt [24], in dem folgende Fragen gestellt werden: *Wer ist betroffen? Was brauchen diese Personen? Wessen Aufgabe ist es, diese Bedürfnisse zu stillen? Wie können in Zukunft solche Ereignisse verhindert werden?* Für die einzelnen Betroffenen wurden konkrete Massnahmen zur Unterstützung vorgeschlagen. Um die Wirksamkeit der Massnahmen zu prüfen, wurden ausserdem Evaluationsmethoden festgelegt und Evaluationen durchgeführt (z.B. Mitarbeitendenbefragung, Beurteilung der Qualität des Review-Prozesses, Qualität der Massnahmenempfehlungen). Die Ergebnisse zeigten viele positive Veränderungen, wie z.B. eine verbesserte Unterstützung von *second victims* sowie eine breitere Auswertung von Ereignissen und Beinahe-Ereignissen.

#### [NHS England: Mersey Care](#)

Im Jahr 2016 begann der Mersey Care NHS Foundation Trust mit der Einführung einer *Just and Learning Culture* [25]. Diese Kultur veränderte die Art und Weise, wie auf Zwischenfälle, Patientenschäden und Beschwerden gegen Mitarbeitende reagiert wurde, grundlegend. Nachdem der Trust die Vorteile in seiner eigenen Organisation erkannt hatte, ging er eine Partnerschaft mit der Northumbria University ein, um ein Schulungspaket für gerechtes und wiederherstellendes Lernen zu entwickeln, das andere Organisationen übernehmen können [25]. Untersuchungen, die der Trust in Auftrag gab, zeigten, dass sich die Mitarbeitenden engagierter, offener und fähiger fühlen, ihre Meinung zu sagen [25,26]. Die Arbeitsmoral, die Arbeitszufriedenheit sowie die Motivation des Personals sind gestiegen und das Engagement der leitenden Angestellten nahm zu. Die Untersuchung ergab, dass die Mitarbeitenden zunehmend das Gefühl hatten, in einem offenen und entgegenkommenden Arbeitsumfeld zu arbeiten, das Ehrlichkeit und Lernen fördert. Der Trust bewertet weiterhin den wirtschaftlichen Nutzen einer Just and Learning Culture (schätzungsweise ein Prozent des Umsatzes) und untersucht die Auswirkungen auf Frauen, auf schwarze, asiatische und ethnische Minderheiten und auf andere unterrepräsentierte Gruppen.

## Neuseeland: RJC beim Umgang von Patientenschädigungen durch die Einlage von chirurgischen Netzen

Chirurgisches Netzmaterial ist ein Medizinprodukt, das zur Reparatur und Stützung von geschwächtem Gewebe verwendet wird. Es wird bei urologischen, gynäkologischen Eingriffen und Leistenbrüchen eingesetzt. Seine Verwendung steht seit einigen Jahren weltweit in Kritik. Im Jahr 2019 haben das Gesundheitsministerium, die Interessengruppe Mesh Down Under und das Te Ngāpara Centre for Restorative Practice gemeinsam einen restaurativen Ansatz für Schäden durch chirurgische Netze entwickelt, der darauf abzielt, Wohlbefinden, Beziehungen und Vertrauen wiederherzustellen und Probleme anzugehen [27]. Im Rahmen des restaurativen Prozesses berichteten mehr als 600 Neuseeländerinnen und Neuseeländer, hauptsächlich aber Frauen, ihre Geschichte über die Schädigungen, die sie aufgrund von Komplikationen durch chirurgische Netze erlitten hatten - entweder in einem der 32 Hörkreisforen oder in einer Online-Geschichtsdatenbank. Viele litten unter chronischen, lähmenden Schmerzen und Infektionen und waren nicht mehr in der Lage, ohne Hilfe zu gehen, Geschlechtsverkehr zu haben oder Sport zu treiben. Einige versuchten daraufhin, sich das Leben zu nehmen. Die Betroffenen äusserten einen Vertrauensverlust in Gesundheitsdienstleistende und Institutionen. Sie berichteten, dass ihr Leiden durch die kontradiktorischen Verfahren, mit denen das Gesundheitssystem auf den entstandenen Schaden reagiert, noch verschlimmert wurde. Betroffene und Angehörige der Gesundheitsberufe nannten mehrere Hauptbedürfnisse, um Schäden durch chirurgische Netze zu bekämpfen. Daraufhin wurden Massnahmen entwickelt, um diese Bedürfnisse zu erfüllen [27]. Das Ministerium verpflichtete sich, mit anderen Behörden zusammenzuarbeiten, um die Massnahmen voranzutreiben, die Betroffenen zu unterstützen und zukünftige Schädigungen zu minimieren. Die Auswertung des restaurativen Ansatzes ergab Folgendes:

- Eine wiederherstellende Reaktion wurde als bestätigend und würdevoll erlebt; verschiedene Methoden des Geschichtenerzählens sorgten für ein sicheres und unterstützendes Umfeld für die meisten Menschen.
- Die direkte Anhörung der Betroffenen inspirierte die für den Wandel Verantwortlichen zur Zusammenarbeit und zur Ergreifung von Massnahmen zur Behebung und Vermeidung von Problemen.
- **Die Betroffenen sahen zu wenig schnell, dass Veränderungen eingeleitet werden.**

Der Erfolg des restaurativen Ansatzes bei der Untersuchung des chirurgischen Netzes zeigt, dass ein zwischenmenschlicher Ansatz ein grosses Potenzial hat, um Schädigungen im Gesundheitswesen zu beheben (siehe auch die Webinare von Patient Safety Canada aus dem Jahr 2020: [New Zealand's approach to healing after harm from surgical mesh](#) , [Reimagining healing after healthcare harm: the potential for restorative practices](#)) [28]. Wailling et al. [29] plädieren daher für einen neuen Ansatz bei der Reaktion auf unerwünschte Ereignisse, um die Zahl der Schädigungen zu verringern und eine heilende Erfahrung für alle Beteiligten zu ermöglichen sowie den Umfang und das Ausmass des Lernens zu verbessern. Trotz der sich abzeichnenden Evidenz für restaurative Ansätze im Gesundheitswesen bleiben jedoch viele Fragen und Evidenzlücken bestehen. Die Voraussetzungen und Mechanismen, die den Erfolg in globalen Gesundheitssystemen und rechtlichen Kontexten ermöglichen, müssen identifiziert werden, wenn ihr nachgewiesenes Potenzial in grösserem Umfang genutzt werden soll.

### 3.4 Wirksamkeit einer Just Culture

Dekker [30] erklärt, dass JC notwendig ist, wenn man die Sicherheit eines Betriebs überwachen, sich ein Bild von der Leistungsfähigkeit der Menschen oder der Organisation machen und die Probleme, die auf einen zukommen, effektiv bewältigen möchte. Das Fehlen einer JC kann schwerwiegende Auswirkungen auf die Sicherheit haben: Die Meldung von Vorfällen kann behindert werden und durch eine Kultur der Schuldzuweisungen werden Ereignisse als etwas Schlechtes und nicht als Gelegenheit zum Lernen angesehen. Stress und Isolation können dazu führen, dass Praktikerinnen und Praktiker ihre Arbeit schlechter ausführen und Gesundheitspersonal abwandert. Eine JC soll Führungspersonen erkennen lassen, dass Ereignisse unvermeidlich sind. Die Qualität der eigenen Verhaltensentscheidungen soll die Verantwortlichkeit bestimmen, nicht das Fehlverhalten selbst oder die Schwere des Ergebnisses. Eine JC scheint demnach viele Vorteile aufzuweisen, ihre Wirksamkeit bzw. die Wirksamkeit der einzelnen JC Mechanismen ist bislang aber noch nicht ausreichend empirisch untersucht worden.

### 3.4.1 Wirksamkeit von Just Culture Entscheidungstools

Wie wirksam die Einführung einer JC ist, ist schwer zu belegen. Edwards [31]) hat die *Auswirkungen einer Just Culture auf die Qualität und Sicherheit in US-Spitälern* (n=270) untersucht. Ein Grossteil der Befragten gab an, dass ihr Spital eine JC eingeführt hat. Mehr als die Hälfte war der Meinung, dass sie sich positiv ausgewirkt hat. Diese subjektive Einschätzung konnte mit objektiven Messungen der Spitalleistung nicht bestätigt werden. Die weit verbreitete Einführung von JC hatte weder die Zurückhaltung bei der Meldung von Fehlern noch die Kultur der Schuldzuweisung, auf die sie abzielt, verändert.

### 3.4.2 Wirksamkeit einer Restorative Just Culture

Zur Wirksamkeit einer RJC gibt es inzwischen etwas mehr Evidenz. So fanden z.B. Kaur et al. [26], dass die *Einführung einer RJC in Mersey Care* viele Verbesserungen mit sich brachte, wie z.B. weniger Entlassungen und Freistellungen, ein Anstieg von Ereignismeldungen, ein Anstieg von Mitarbeitenden, die nach einem Ereignis Unterstützung in Anspruch nahmen und weniger Krankheitsabsenzen. Auch die Personalbindung wurde verbessert. Jährliche Folgeuntersuchungen zeigten, dass dieser Trend über die Jahre stabil war und sich einige Parameter weiter verbesserten [25]. Der wirtschaftliche Nutzen der RJC schien erheblich zu sein: Nach Abzug anderer Faktoren, die auf die Veränderungen einen Einfluss gehabt haben könnten, wurde der gesamte wirtschaftliche Nutzen der RJC auf etwa 2,5 Millionen £ oder etwa 1% der Gesamtkosten und 2% der Arbeitskosten geschätzt [26]. Dieser setzt sich zusammen aus (1) einer Senkung der Suspendierungen um 95% und der disziplinarischen Untersuchungen um 85% seit 2014 sowie (2) einer Zunahme der Meldungen von unerwünschten Ereignissen, (3) einer Zunahme der Mitarbeitenden, die sich ermutigt fühlten, Unterstützung zu suchen und (4) einer Zunahme der Mitarbeitenden, die sich in der Lage fühlten, Bedenken über Sicherheit und inakzeptables Verhalten zu äussern. Aktuell läuft in England eine grosse Studie der Northumbria University mit dem Thema [Restorative Just Culture interventions: implementation and effectiveness in NHS Trusts](#) [32]. Die Ergebnisse liegen zum Zeitpunkt dieses Berichts noch nicht vor.

In Neuseeland wurde die Wirksamkeit eines restorativen Vorgehens nach Patientinnen- und Patientenschädigungen durch die Einlage von chirurgischen Netzen untersucht [27]. Betroffene, Angehörige der Gesundheitsberufe und Vertreter der zuständigen Behörden wurden zur Teilnahme an der Evaluation der durchgeführten Massnahmen eingeladen. Diese Untersuchung ist besonders, da hier auch die geschädigten Personen in eine Evaluation einbezogen wurden. Zu den in diesem Projekt angewandten Praktiken gehörten Gesprächszirkel, moderierte Treffen zwischen Einzelpersonen und wiederherstellende Gespräche. Dieses Vorgehen förderte das Erzählen von Geschichten, Empathie, Verantwortlichkeit, Zusammenarbeit, den Ausdruck von Gefühlen und Gedanken sowie Ideen zur Problemlösung. Die Evaluation ergab, dass die Phase des Zuhörens und Verstehens im Projekt den psychologischen und verfahrenstechnischen Bedürfnissen der Teilnehmenden in hohem Masse entsprach. Das massive Ausmass der durch chirurgische Netze verursachten Schäden wurde eindringlich dargestellt, und die Verantwortlichen wurden zur Zusammenarbeit und zur Durchführung von Massnahmen zur Abhilfe und Prävention angeregt. Die Evaluation ergab, dass die Betroffenen weitgehend nicht wussten, welche Fortschritte bei den in der Planungs- und Aktionsphase des Projekts vereinbarten Massnahmen erzielt worden waren, und sich eine schnellere Reaktion wünschten. Aus diesen Gründen waren viele Personen unsicher, ob ihre wesentlichen Bedürfnisse erfüllt werden würden und ob es in Zukunft eine sicherere Gesundheitsversorgung geben würde.

Turner et al. [24] untersuchten nach der Einführung des *Gold Coast Incident Frameworks* in den *Gold Coast Mental Health and Specialist Services* die Veränderungen in der Organisation. Sie stellten fest, dass (1) sich die Einschätzungen einer JC bei den Mitarbeitenden verbessert hat, (2) sich die Second Victims besser verstanden und betreut fühlen, (3) ein viel grösseres Spektrum an Ereignissen geprüft wurde, (4) ein tieferes Verständnis dessen, was gut läuft, vorhanden ist, (5) die Einbeziehung der Interessenvertretenden verbessert wurde und (6) die Anzahl, die Stärke und die Qualität der Massnahmenempfehlungen zugenommen haben. Dies geschah u.a. in Zusammenhang mit mehr Einbezug des Behandlungsteams und nach der Einführung eines Unterstützungsprogramms für das Personal [33]. Ein Fokus auf Wiederherstellung und Lernen führt sowohl quantitativ als auch qualitativ zu reichhaltigeren Informationen, um Beinaheunfälle, Systemlösungen und einen sichereren Arbeitsplatz zu erkennen [7,34].

### **Zusammenfassung *Einordnung Just Culture***

In einer JC wird nicht jedes Fehlverhalten von Mitarbeitenden bestraft, sondern es wird unterschieden zwischen unbeabsichtigten Fehlern, aus denen gelernt werden soll, und beabsichtigten Fehlern, die eine Sanktion zur Folge haben. Diese Grenze soll durch die Nutzung von Entscheidungsbäumen objektiver und nachvollziehbarer gemacht werden. JC wird als ein Element der Sicherheitskultur gesehen [2].

Die Weiterentwicklung einer Just Culture ist die Restorative Just Culture (RJC) [7]. Diese *Kultur der wiederherstellenden Gerechtigkeit* ermittelt die Schäden, die durch ein Ereignis entstanden sind, und versucht, diese zu beheben. Sie fragt nach den Auswirkungen, Bedürfnissen und Verpflichtungen für alle Betroffenen und ist zukunftsorientiert. Eine wiederherstellende gerechte Kultur fördert ein psychologisch sicheres Arbeitsumfeld. Sie wirkt einer Kultur der Schuldzuweisung entgegen und bietet einen Rahmen für den Aufbau von Vertrauen unter den Mitarbeitenden, indem sie ein sicheres Umfeld schafft, um offen für Lernen und die Verbesserung der Versorgungssysteme zu sein [8].

Die Konzepte von JC und RJC sowie ihre Wirkmechanismen wurden bislang nicht ausreichend empirisch untersucht. Für die Wirksamkeit einer (R)JC gibt es noch wenig gesicherte Belege, die meisten Erkenntnisse beruhen auf Erfahrungsberichten aus unterschiedlichen Settings.

## 4 Just Culture in der Organisation fördern

Für den Aufbau einer JC in einer Organisation sind gewisse Kompetenzen der Organisation nötig. Ausserdem müssen Faktoren beachtet werden, die eine JC und ihre Umsetzung unterstützen oder behindern können.

### 4.1 Kompetenzen, die in einer Organisation für die Entwicklung einer Just Culture nötig sind

Just Culture ist nach Marx [6] ein *System von Gerechtigkeit* (Disziplinar- und Durchsetzungsmassnahmen), das reflektiert, was über sozio-technisches Systemdesign, menschlichen freien Willen und die unausweichliche menschliche Fehlbarkeit bekannt ist. Eine JC findet die Balance zwischen einer Bestrafungskultur, die alle Abweichungen von einem Standardvorgehen bestraft, und einer straffreien Kultur, in der alle Entscheidungen und Verhaltensweisen vergeben werden. Um diese Balance zu erreichen, fokussiert eine JC auf drei Verhaltensweisen und fünf Kompetenzen [6]. Diese drei Verhaltensweisen sind *menschlicher Fehler*, *riskantes Verhalten* und *fahrlässiges Verhalten*. Ein *menschlicher Fehler* tritt auf, wenn eine Person unbeabsichtigt einen Fehler, Schnitzer oder Patzer macht. *Riskantes Verhalten* hingegen beschreibt eine bewusste Entscheidung für ein riskantes Verhalten. Es tritt auf, wenn eine Person eine Verhaltensentscheidung trifft auf der Basis einer Fehlinterpretation eines Risikos oder in der falschen Annahme, dass es kein Risiko gibt. *Fahrlässiges Verhalten* beinhaltet, dass sich eine Person für eine Verhaltensweise entscheidet, obwohl sie weiss, dass darin ein substanzielles und unleugbares Risiko enthalten ist. Um eine JC aufzubauen, ist es nötig, konsistent zwischen diesen drei Verhaltensweisen zu unterscheiden und entsprechend auf sie zu reagieren. Das Management muss auf menschliches Fehlverhalten mit Unterstützung reagieren, da die Handlung unbeabsichtigt war. Bei riskanten Verhaltensweisen muss das Management die Mitarbeitenden hingegen coachen, denn es ist wichtig sicherzustellen, dass eine Person Risiken bei der Arbeit erkennt und weiss, unter welchen Umständen ein Risiko inakzeptabel hoch ist. Bei fahrlässigem Verhalten muss das Management die Person, die dieses Verhalten gewählt hat, disziplinieren. Diese Reaktion ist notwendig, da die Person wesentlich entschieden hat, die Organisation, ihre Patientinnen und Patienten oder ihr Personal einer möglichen Schädigung auszusetzen. Es ist wichtig, dies unabhängig von der Position der Mitarbeitende umzusetzen. Um eine JC zu implementieren, werden in einer Organisation zudem folgende fünf Kompetenzen benötigt [6]:

1. *Einführen und Leben von Werten und Erwartungen*: Eine Organisation muss Werte festlegen, auf denen Entscheidungen basieren, und sie muss definieren, welche Erwartungen bezüglich des Einhaltens von Vorgaben bestehen.
2. *Systemdesign anpassen*: Wenn sich eine JC entwickelt, werden Systeme aufgebaut, die die richtigen Dinge unterstützen und die falschen Dinge verhindern. Wenn trotzdem Fehler auftreten, werden sie sichtbar gemacht, bevor grosser Schaden entsteht.
3. *Qualität von Verhaltensentscheidungen verbessern*: Die Mitarbeitenden werden darin unterstützt, Risiken zu verstehen und zu erkennen, und deshalb die besten Entscheidungen zu treffen.
4. *Lernsystem entwickeln*: JC sagt Sicherheitsbedrohungen voraus, findet gemeinsame Ursachen heraus und baut proaktiv Kontrollen auf, die auf antizipierten Fehlerraten basieren. Wenn sich Beinahe-Unfälle ereignen, werden sie gemeldet, untersucht, und es werden Handlungen unternommen, um Risiken zu vermindern.
5. *Hinwendung zu Gerechtigkeit und Verantwortlichkeit*: Bei unerwünschten Ereignissen und Abweichungen von erwünschten Vorgehensweisen werden die Mitarbeitenden fair behandelt. D.h. fahrlässige Handlungen werden bestraft, während Fehler und riskante Verhaltensweisen untersucht und Verbesserungsmaßnahmen eingeleitet werden.

Ein Kompetenzmodell auf der Ebene des Gesundheitspersonals ist in Anhang 4, Punkt 5 [Kompetenzmodell für Gesundheitspersonal](#) [35] beschrieben.

## 4.2 Faktoren, die eine Just Culture und ihre Umsetzung unterstützen können

Bisbey et al. [3] und Kilcullen et al. [36] erstellten ein Rahmenwerk, in dem sie Faktoren beschreiben, die eine JC oder ihre Umsetzung fördern. Hierfür untersuchten sie 360 Publikationen zu Sicherheitskultur und Sicherheitsklima aus unterschiedlichen Branchen. Die von ihnen beschriebenen Faktoren, die eine Sicherheitskultur begünstigen, sind (das ganze Rahmenwerk und Hinweise, wie einzelne Faktoren gestärkt werden können, ist in Anhang 2 zu finden):

- Engagement der Führungskräfte und Priorisierung der Sicherheit
- Policy & Ressourcen für die Sicherheit
- Zusammenhalt
- Psychologische Sicherheit
- Wissen & Fähigkeiten im Bereich Sicherheit
- Kontrollüberzeugung
- Individuelles Engagement & Priorisierung von Sicherheit

Die Wichtigkeit einer starken Unterstützung durch Führungspersonen im Gesundheitssystem untersuchten Draganovic und Offermanns [37]. Sie stellten in einer Untersuchung der Patient Safety Culture (PSC) in Österreich fest, dass es einen starken positiven Zusammenhang zwischen dem Management Support und dem Niveau der Patientensicherheit gab. Das Patientensicherheitsniveau und die abteilungsübergreifende Zusammenarbeit, die offene Kommunikation, Feedback und Kommunikation über Fehler und die Meldehäufigkeit hatten einen mittleren positiven Zusammenhang. Ree & Wiig [38] fanden, dass transformationale Führung einen signifikanten Einfluss auf die PSC und das Arbeitsengagement in häuslichen Pflegediensten hat. Führungskräfte müssen sich stark für die Schaffung einer JC engagieren, indem sie sichtbar, zugänglich und ansprechbar sind und sich für die Bereitstellung der erforderlichen Unterstützung und Ressourcen einsetzen [39–42]. Entscheidend für die Umsetzung der Grundsätze, Verhaltensweisen und Praktiken der JC ist, dass die Führungskräfte klare Verhaltenserwartungen, Leistungskriterien und Kompetenzen festlegen [40,43,44]. Beobachtbare Handlungen, die eine JC fördern, sind notwendig, um Engagement sichtbar zu machen. Wenn Führungskräfte Fehler machen, sollten sie daher sichtbar die Verantwortung dafür übernehmen. Ein solches Engagement erhöht die Wahrscheinlichkeit, dass die Mitarbeitenden dasselbe tun und Fehler und Bedenken in Bezug auf die Sicherheit am Arbeitsplatz melden [39,43]. Das Ziel des Managements muss es für den Aufbau einer JC sein, Vertrauen und psychologische Sicherheit unter allen Beschäftigten in der Organisation zu stärken und die Prinzipien einer JC in ihrem Einflussbereich zu vertreten. Psychologische Sicherheit bedeutet in diesem Kontext ein Umfeld zu schaffen, in dem sich niemand scheut, über Fehler zu sprechen oder Bedenken über etwas zu äussern, das die Organisation gefährden könnte [45].

## 4.3 Faktoren, die eine Just Culture behindern können

Die folgenden Faktoren wirken sich ungünstig auf die Entwicklung einer JC aus:

- Konflikte zwischen Gesetzgebung, Justiz, Medien, Unternehmen und Belegschaft [14,46] können zu Verunsicherung und Frustration bei den Mitarbeitenden führen.
- Sehr starke gesetzliche Regulierungen mit einer Meldepflicht und möglicher Sanktionierung von selbst kleinen Vergehen verhindern die Umsetzung einer JC (vgl. [47]).
- Hierarchische Strukturen, die sich vorwiegend auf die Einhaltung von Vorschriften abstützen, führen zu fehlendem Vertrauen, Angst vor Bestrafung und fehlendem Einbezug von Mitarbeitenden [13].
- Mitarbeitende sind zurückhaltend mit der Meldung von Fehlern und Beinahe-Fehlern, wenn sie Strafe und disziplinarische Massnahmen befürchten [48] sowie, wenn sie ihren Vorgesetzten, Kolleginnen und Kollegen nicht zutrauen, mit den Informationen korrekt umzugehen [49–51].
- Mitarbeitende können Widerstand gegen Veränderungen zeigen, wenn sie nicht in den Entwicklungsprozess einer JC involviert wurden und die Vorteile des Ansatzes nicht erkennen [52].
- Das fehlende Engagement der Führungskräfte kann ein grosses Hindernis für die Umsetzung einer JC sein. Wenn Führungskräfte nicht bereit sind, eine Kultur von Transparenz und Verantwortlichkeit aufzubauen, kann eine JC nicht umgesetzt werden [53–55].
- Fehlende Ressourcen für Training, Fehler-Meldesysteme und Personal, das die Fehler und Beinahe-Ereignisse auswertet und Rückmeldungen an die Mitarbeitenden gibt, behindern den Aufbau einer JC.

### **Zusammenfassung *Just Culture in der Organisation fördern***

Um in einer Organisation eine JC einführen zu können, sind gewisse Kompetenzen in einer Organisation zwingend erforderlich, wie z.B. die Bereitschaft, aus Fehlern zu lernen und Systemanpassungen vorzunehmen.

Es gibt verschiedene Faktoren, die den Aufbau einer JC in einer Organisation fördern oder hemmen können. Dazu gehören insbesondere das Engagement der Führungskräfte, die Priorisierung der Sicherheit und die dafür zur Verfügung gestellten Ressourcen sowie auch der Zusammenhalt, das Vertrauen ineinander und Kommunikation und Feedback zu Fehlermeldungen und anderen sicherheitsrelevanten Themen.

## 5 Warum es eine Just Culture möglicherweise schwer hat

In der Literatur [8,31,56] und auch in Interviews mit internationalen Expertinnen und Experten (Australien, NHS England) wurde konsequent darauf hingewiesen, dass der Aufbau und Erhalt einer JC schwierig zu bewerkstelligen ist. Es ist grosse Entschlossenheit, Beharrlichkeit und konsequentes Engagement notwendig, um im Thema voranzukommen. Auch Rückschritte müssen bei der Umsetzung antizipiert werden. Mögliche Erklärungen dafür werden im Folgenden diskutiert.

### 5.1 Just Culture Domänen

Das JC-Klima einer Organisation wird von drei Hauptfaktoren beeinflusst: (1) der Aussenwelt (Gesetze, Vorschriften und Praktiken); (2) der internen Unternehmensstruktur, den Richtlinien und Verfahren einer Organisation; und (3) der Wahrnehmung der Menschen innerhalb der Organisation [57]. Sowohl interne als auch externe Bereiche der JC sind durch nationale oder regionale Kulturen verbunden. Wenn diese drei Domänen nicht den gleichen Blick auf eine JC haben, kann es zu Problemen bei der Umsetzung kommen. Mitarbeitende können dann trotz einer positiven Haltung in ihrem Arbeitsbereich Angst vor Repressalien von externer Seite haben und deshalb die Meldung von Fehlern und Problembereichen zurückhalten. Im Konzept JC zeigen sich die Reibungspunkte zwischen Sicherheitsbestrebungen in einer Branche und den Ansprüchen der Justiz. Aus einer sicherheitsorientierten Sicht ist es wichtig, Fehler und Ereignisse zu melden; nicht um sie zu bestrafen, sondern um von ihnen Kenntnis zu bekommen und sie in Zukunft zu verhindern. Aus Sicht der Justiz geht es um die Bestrafung von Übertretungen und fahrlässigen Handlungen zur Wiedergutmachung und Herstellung von Gerechtigkeit. JC kann hier ein Bindeglied sein, indem unbeabsichtigte Fehler nicht bestraft und nur grobfahrlässige Verhaltensweisen oder Sabotage sanktioniert werden [58].

### 5.2 Psychologische Erklärungen

Psychologische Erklärungen für das Festhalten an einer Blame Culture liegen in der Suche nach einem *Sündenbock* und in Wahrnehmungsverzerrungen und Urteilsfehlern, die bei der Situationseinschätzung auftreten können.

#### 5.2.1 Schuldzuweisung an einen Sündenbock

Das *Dual-Motive Model of Scapegoating* [59] beschreibt zwei psychologische Motive, die dem Sündenbockdenken zugrunde liegen. Sündenbockdenken wird gemäss diesem Model als das Zuschreiben von übermässiger Schuld für ein negatives Ergebnis an eine Zielperson oder -gruppe definiert.

#### Motiv der moralischen Werterhaltung – Schutz des Selbstbilds

Das erste Motiv dient der Aufrechterhaltung des wahrgenommenen persönlichen moralischen Wertes durch Minimierung von Schuldgefühlen über die eigene Verantwortung für ein negatives Ergebnis [59]. Das Sündenbock-Denken entlang dieses Pfades ist eine Reaktion auf ein signifikantes negatives Ergebnis, das zumindest teilweise auf die schädigenden Handlungen der eigenen Person oder der eigenen Gruppe zurückzuführen ist. In dieser Situation empfinden Individuen Schuldgefühle wegen ihrer schädigenden Handlungen und haben den kompensatorischen Wunsch, ihre Schuld zu minimieren. Diese Schuldgefühle basieren zum Teil auf dem Gefühl, dass man selbst oder die eigene Gruppe die Kontrolle über das betreffende negative Ergebnis hat und daher dafür verantwortlich ist. Die Folge ist, dass ein Fehler einer einzelnen Person (Sündenbock) zugeschrieben wird, und nicht nach systemischen Ursachen und Veränderungen gesucht werden muss. Dieser Mechanismus könnte möglicherweise bei Führungskräften stark greifen, da sie für die Gestaltung von Systemen verantwortlich sind. Zum Schutz der Mitarbeitenden und zur Verbesserung der Situation ist es deshalb empfehlenswert, wenn andere Fachexpertinnen und -experten und nicht die Vorgesetzten selbst kritische Vorfälle auswerten.

#### Motiv zur Aufrechterhaltung der wahrgenommenen Kontrolle

Das zweite Motiv beinhaltet die Aufrechterhaltung der wahrgenommenen persönlichen Kontrolle, indem man eine klare Erklärung für ein negatives Ergebnis erhält, das ansonsten unerklärlich erscheint [59]. Das Sündenbock-Denken entlang dieses Pfades ist eine Reaktion auf ein signifikantes negatives Ergebnis, das als durch Faktoren verursacht angesehen wird, die ausserhalb der eigenen Möglichkeiten zur Erklärung oder Kontrolle liegen. In dieser Situation erleben Personen eine verminderte Wahrnehmung der persönlichen Kontrolle, definiert als ein allgemeines Gefühl der persönlichen Wirksamkeit, und einen kompensatorischen Wunsch, die wahrgenommene persönliche Kontrolle wiederherzustellen. Theoretische Unterstützung für diese Darstellung der Kontrolle und Aufrechterhaltung kommt von Allport

[60], der annimmt, dass Sündenbock-Denken dem Individuum helfen kann, die Wahrnehmung aufrechtzuerhalten, dass die Aussenwelt geordnet, stabil und vorhersehbar ist. Wird ein Fehler der systemischen Ebene zugeordnet und nicht behoben, erzeugt dies Ängste, denn derselbe Fehler könnte jedem passieren und kann nicht von der einzelnen Person kontrolliert werden. Zur Aufrechterhaltung einer Kontrollillusion wird stattdessen einer Einzelperson die Schuld am Fehler gegeben. Auf diese Weise scheint man selbst vor demselben Fehler gefeit zu sein.

### 5.2.2 Wahrnehmungsverzerrungen und Urteilsfehler

Die subjektive Wahrnehmung einer Situation wird sowohl von soziokulturellen Faktoren als auch von den eigenen Erfahrungen geprägt. Auf dieser Grundlage werden mentale Abkürzungen entwickelt, die dabei helfen, mit komplexen Informationen und Situationen umzugehen, Lücken zu schliessen, Prioritäten zu setzen und schnell Entscheidungen zu treffen [61]. Obwohl die Ergebnisse dieser mentalen Abkürzungen in der Regel erfolgreich sind, können sie auch zu verzerrten Urteilen und potenziellen Misserfolgen beitragen, wenn sie nicht mit der Realität der Situation übereinstimmen [61,62]. Beispiele für solche kognitiven Verzerrungen sind der *Confirmation Bias* (es wird nach Informationen gesucht, die bestehende Überzeugungen und das eigene Wissen bestätigen) [63] und der *Hindsight Bias* (die Annahme, dass das Wissen, das aktuell zur Verfügung steht, schon in der damaligen Situation bekannt war) [64].

Nach einem Zwischenfall sind es häufig Vorurteile über die Art und Weise, wie die Dinge funktionieren, oder über Mitarbeitende, die dazu beitragen können, zu voreiligen Schlüssen und Schuldzuweisungen zu kommen. Es wurde eine Reihe von Entschärfungsstrategien für Wahrnehmungsverzerrungen entwickelt, mit unterschiedlichem Erfolg [65,66]. Der erste Schritt zum Umgang mit kognitiver Voreingenommenheit ist, sich ihrer Existenz und ihres Einflusses bewusst zu werden [66]. Sich im Untersuchungsprozess eines unerwünschten Ereignisses in die Lage der von dem Ereignis betroffenen Mitarbeitenden zu versetzen, kann eine Möglichkeit sein, Voreingenommenheit abzuschwächen, und sich in die Betroffenen einzufühlen. Weitere Strategien zur Reduktion von kognitiven Verzerrungen sind (vgl. [Safer Care Victoria](#)):

- Offene Fragen verwenden, um den Einfluss der Voreingenommenheit der interviewenden Person auf die Antworten der Befragten zu minimieren.
- Hilfsmittel verwenden, die rationales, kritisches und objektives Denken unterstützen, z.B. alle gesammelten Aspekte in einer Tabelle zusammenstellen, um ausgewogene Aussagen zu den Ergebnissen zu erhalten.
- Zeitdruck und Stress vermeiden, um die Tendenz zu voreiligen Schlüssen zu vermeiden.
- Neugierig sein und fragen, was für die Menschen damals sinnvoll zu tun war, mit dem Wissen, das sie hatten.
- Jemanden mit ähnlicher Erfahrung in einer ähnlichen Situation fragen, ob er oder sie das Gleiche getan hätte (Substitutionstest).
- Zeit für eine Nachbesprechung nach den Interviews einplanen, um sicherzustellen, dass wirksame Befragungsstile eingesetzt werden.
- Die Veröffentlichung vorläufiger Ergebnisse zu Beginn des Prozesses vermeiden (es sei denn, es besteht unmittelbare Gefahr für Personal oder Patientinnen und Patienten), um sicherzustellen, dass zuerst ausreichende Belege gesammelt wurden.
- Gewährleistung der Vielfalt der Mitglieder des Überprüfungsteams, um unterschiedliche Perspektiven zu berücksichtigen und regelmässig neue Gesichtspunkte einzubringen.
- Konzentration auf das Ergebnis vermeiden.
- Entscheidungsalternativen in einem angemessenen Kontext betrachten.
- Ausarbeitung einer gründlichen Fallbeschreibung, die nicht nur die aktuellen und auffälligsten Informationen enthält.
- Anwendung des Systemdenkens, um den Fokus vom Individuum auf den Kontext seiner Aufgaben, Technologien und Umgebung zu verlagern.
- Ermutigung der Beteiligten, sich zu äussern und ihre Sichtweisen mitzuteilen.

### 5.3 Unterschiedliche Einschätzungen durch Mitarbeitende

Es gibt zum Teil deutliche Unterschiede zwischen Management und Frontline-Mitarbeitenden wie auch zwischen verschiedenen Berufsgruppen bei der Einschätzung der PSC/JC. Gambashidze et al. [67]

fanden in einer Untersuchung in zwei deutschen und einem schweizerischen Universitätsspital heraus, dass Personen mit einer Führungsfunktion (Ärztinnen und Ärzte sowie Pflegepersonal mit täglichem Patientenkontakt) die Ausprägung der PSC positiver einschätzten. Ähnliche Resultate wurden auch in anderen Studien berichtet [68–74]. In Organisationen, in denen Führungspersonen eine JC in ihrer Organisation positiver eingeschätzt haben als die Frontline-Mitarbeitenden gibt es weniger Verbesserungen in der Patientensicherheit [71]. Die Organisationen, die bessere Patientensicherheitsergebnisse zeigten, waren die, bei denen die Einschätzungen der Führungspersonen und der Frontline-Mitarbeitenden eng beieinander lagen. Führungspersonen haben einen hohen Einfluss auf die PSC und auch auf eine JC. Schätzen sie die PSC und die JC in ihrer Organisation positiver ein als ihre Mitarbeitenden, kann dies zur Folge haben, dass Führungspersonen sich weniger für eine PSC und auch spezifisch für eine JC einsetzen, da sie diese bereits als gut umgesetzt sehen. Die Zufriedenheit und Sicherheitsmoral der Mitarbeitenden kann aufgrund des fehlenden Engagements der Führungspersonen für diese Themen abnehmen. Die unterschiedliche Einschätzung der PSC kann auch eine Erklärung dafür sein, dass Vorgesetzte eine andere Vorstellung davon haben, wie die Arbeit gemacht wird (*work-as-imagined*), als sie wirklich getan wird (*work-as-done*). Signifikant unterschiedliche Einschätzungen der PSC wurden auch zwischen den Berufsgruppen ärztliches Personal und Pflegepersonal gefunden [67]. Ein solcher Unterschied wird auch in anderen Studien beschrieben [69,70,74–76].

#### 5.4 Unterschiedliche Konzepte von Gerechtigkeit

Unterschiedliche Konzepte von Gerechtigkeit können dazu beitragen, dass eine JC kritisiert wird. Zwei Konzepte seien an dieser Stelle exemplarisch genannt, da sie in den Diskursen über die Patientensicherheit sehr präsent sind [77].

*Gerechtigkeit als Konfrontation mit Sanktionen.* Eine gängige Vorstellung von Gerechtigkeit, die im Zusammenhang mit der Bestrafung von Straftaten weithin akzeptiert wird, ist die *vergeltende* Gerechtigkeit. Dabei handelt es sich um einen korrigierenden Gerechtigkeitsansatz, bei dem von einem Täter oder einer Täterin erwartet wird, dass er bzw. sie für den Schaden, der anderen oder dem sozialen Gefüge zugefügt wurde, eine gewisse Strafe zahlt. Gemäss diesem Konzept ist die Strafe dann gerechtfertigt, wenn sie speziell auf die Personen angewendet wird, die Unrecht begangen haben. Die vergeltende Gerechtigkeit wird von der Rache unterschieden, da erstere massvoll und von persönlichen Emotionen unabhängig ist.

*Gerechtigkeit als Reparatur.* Eine andere Auffassung liegt in der *wiederherstellenden* Sicht der Gerechtigkeit [78]. Wie bei der vergeltenden Gerechtigkeit handelt es sich hierbei um ein korrigierendes Konzept, d. h. es geht darum, *die Dinge in Ordnung zu bringen*. Das Hauptanliegen besteht darin, den Schaden zu beheben, der den Betroffenen durch Versäumnisse entstanden ist, einschliesslich des Schadens am sozialen und moralischen Gefüge, z. B. an Vertrauen und Beziehungen. Wichtig ist hier, dass tatsächliche Anstrengungen unternommen werden, um den Schaden, den die Opfer erlitten haben, zu *reparieren*.

Diese unterschiedlichen Auffassungen von Gerechtigkeit stellen die Umsetzung einer JC vor einige Herausforderungen. Die Kernfrage für alle, die an der Gestaltung und Umsetzung gerechterer Sicherheitsstrategien und -verfahren interessiert sind, besteht darin, herauszufinden, mit welchen Vorstellungen von Gerechtigkeit sie arbeiten. Die hervorgehobenen Werte der unterschiedlichen Gerechtigkeitskonzepte - verhältnismässige Sanktionen, gemeinsames Lernen, Rechenschaftspflicht und Wiedergutmachung von Schäden - sind alle relevant bei der Umsetzung einer JC.

### **Zusammenfassung *Warum es eine Just Culture möglicherweise schwer hat***

Es gibt verschiedene Erklärungen dafür, warum es nicht einfach ist, eine JC umzusetzen. Eine JC wird nicht nur von den internen Faktoren einer Organisation gestaltet, sondern auch von den externen Faktoren (Gesetzgebung, Justiz und Medien) beeinflusst. Neben verschiedenen internen und externen Domänen, die einen Einfluss auf die Umsetzung einer JC in einer Organisation haben, können auch psychologische Phänomene auf Individualebene wie die Tendenz zur Suche nach einem Sündenbock, Wahrnehmungsverzerrungen und Urteilsfehler eine Rolle spielen. Diskrepanzen in der Einschätzung zur Umsetzung von PSC und JC zwischen Personen mit unterschiedlichen hierarchischen Funktionen und aus verschiedenen Berufsgruppen können ebenfalls einen bedeutsamen Einfluss haben. Zudem liegen innerhalb einer Organisation oftmals unterschiedliche Konzepte von Gerechtigkeit vor, die dazu beitragen können, dass eine JC kritisiert und nicht unterstützt wird.

## 6 Definition einer Just Culture im Gesundheitswesen der Schweiz

Im Rahmen einer Delphi-Befragung wurde zusammen mit verschiedenen Fachexpertinnen und -experten eine Definition für JC im Gesundheitswesen der Schweiz entwickelt.

### 6.1 Delphi-Befragung

#### 6.1.1 Methode

Im Bereich der Gesundheitswissenschaften und Medizin haben sich Delphi-Verfahren zur Konsensfindung zwischen Expertinnen und Experten aus Wissenschaft und Praxis durchgesetzt [76][79]. Die Erkenntnisse werden genutzt, um die Evidenz und Akzeptanz geplanter Interventionen sowie notwendiger Standards oder Richtlinien herzustellen und zu verbessern; so wird die Chance für eine erfolgreiche Implementierung in der Praxis erhöht [80]. Bei einem klassischen Delphi-Verfahren werden die Sachverhalte mithilfe eines Fragebogens in einem iterativen und moderierten Prozess durch Expertinnen und Experten beurteilt. Bei jeder erneuten Befragung (sog. Delphi-Runde) werden die ermittelten Gruppenmeinungen der vorherigen Befragung zur Verfügung gestellt, so dass die Expertinnen und Experten auf dieser Basis ihre Einschätzungen überdenken und bei Bedarf revidieren können [81]. Die Experten und Expertinnen bleiben meist anonym. Typischerweise wird der Konsens statistisch über die prozentuale Zustimmung, Mittelwerte oder über die Streuung der Antworten operationalisiert. Häufig wird eine prozentuale Zustimmung von 70 % oder 75 % präferiert, das heisst, wenn mindestens so viele Befragte zustimmen, wird Konsens angenommen [82]. Offen formulierte Begründungen und Argumente der Expertinnen und Experten werden explorativ, thematisch oder inhaltsanalytisch ausgewertet [83].

#### 6.1.2 Teilnehmende

Es wurden 29 Verbände des Gesundheitswesens (Berufs- und Fachverbände sowie weitere wichtige Akteure im Gesundheitswesen) angeschrieben mit der Bitte, Expertinnen und Experten für eine Delphi-Befragung vorzuschlagen. Kriterien, für die Auswahl der Teilnehmenden waren: (1) Arbeit in der stationären, ambulanten oder Langzeitbetreuung und ein Fachabschluss; (2) Unterschiedliche Sprachregionen (Deutsch, Französisch, Italienisch) sind vertreten; (3) es gibt im Arbeitsalltag Berührungspunkte an oder starkes Interesse für Themen wie Qualitätssicherung, Patientensicherheit, Fehlermeldesysteme, Umgang mit Fehlern, Führung etc. Die Suche nach Teilnehmenden gestaltete sich sehr ressourcenintensiv und dauerte länger als geplant. Vor allem aus dem Pflegebereich war es sehr schwierig, Personen zu rekrutieren. Von den 29 angeschriebenen Organisationen des Gesundheitswesens meldeten 14 mögliche Teilnehmende. Weitere Teilnehmende wurden über persönliche Kontakte, frühere Zusammenarbeit und das Netzwerk der SPS rekrutiert. Für die Befragung wurden schliesslich 52 Personen aus unterschiedlichen Bereichen des Gesundheitswesens angeschrieben. Von diesen nahmen 36 Personen an der ersten Runde der Delphi-Befragung teil. Dabei kamen 24 Personen aus der Deutschschweiz, zehn Personen aus der französischsprachigen Schweiz und zwei Personen aus dem Tessin. Die Stichprobe umfasst Berufsgruppen aus Qualitätsmanagement (17), Pflege (7), Medizin (5), Therapien (3), Apotheke (1), Spitalverband (1), Recht (1) und Universität (1).

#### 6.1.3 Delphi 1 Befragung

##### 6.1.3.1 Vorgehen Fragebogen Delphi 1

Für die Erstellung des Fragebogens wurde in der Fachliteratur nach Definitionen und Beschreibungen einer JC gesucht. Dazu wurden die Datenbanken PubMed, Cochrane, AHRQ und Google Scholar genutzt. Suchbegriffe waren *just culture*, *patient safety culture*, *culture of safety*, *safety climate*, *Gerechtigkeitskultur* und *Redlichkeitskultur*. Auch Webseiten von Organisationen, die sich mit Patientensicherheit und Sicherheitskultur beschäftigen, wurden nach Informationen zu JC durchsucht. Auf Basis dieser Informationen wurden 31 Items abgeleitet, die in den Fragebogen der ersten Delphi-Runde aufgenommen wurden. Ausserdem wurde gefragt, ob der Begriff Just Culture (oder einer von drei Alternativvorschlägen) verwendet werden soll. Der Fragebogen wurde intern und extern von jeweils zwei Expertinnen und Experten pilotiert und die Änderungen im Anschluss eingearbeitet. Die deutsche Version wurde von einer bilingualen Person ins Französische übersetzt.

### 6.1.3.2 Auswertung Delphi 1 und 2

Der Konsens wurde statistisch über die prozentuale Zustimmung und über die Streuung der Antworten (Interquartilsabstände) operationalisiert. Es wurde eine prozentuale Zustimmung von  $\geq 85\%$  angestrebt, das heisst, wenn mindestens so viele Befragte zustimmten, wurde Konsens angenommen. Offen formulierte Begründungen und Argumente der Experten und Expertinnen wurden thematisch ausgewertet.

### 6.1.3.3 Ergebnisse Delphi 1

Es gab einen hohen Konsensgrad zu allen Items und keines der Items wurde abgelehnt. Bei 21 Items lag der Konsensgrad zwischen 85% und 100%, bei acht Items war der Konsensgrad zwischen 70% und 84% und bei zwei Items lag der Konsensgrad unter 70%. Den schriftlichen Rückmeldungen konnte entnommen werden, dass Formulierungen zum Teil noch präzisiert oder neue Items aufgenommen werden sollten. Aus gewissen Aussagen liess sich ableiten, dass das Verständnis einer PSC noch nicht sehr ausgereift ist und JC nicht wirklich ein Thema in ihrem Arbeitsalltag ist. Zusätzliche Items, die gemäss der Befragten aufgenommen werden sollten, beschrieben sehr oft nicht eine JC, sondern allgemeine Punkte, die für eine Zusammenarbeit wichtig sind. Bei Item F4 («... hat der Schweregrad der Auswirkungen eines Ereignisses keinen Einfluss auf die Beurteilung») fiel der tiefe Konsensgrad von 69% zusammen mit einer hohen Streuung und vielen Kommentaren auf.

Die Präferenz bzgl. der Begrifflichkeit unterschied sich in der deutsch- und französischsprachigen Schweiz. In der Deutschschweiz wurde der Begriff *Just Culture* (Englisch) bevorzugt, während in der französischen Schweiz die französische Übersetzung *culture juste* präferiert wurde. Es wurden zudem weitere Formulierungen vorgeschlagen.

### 6.1.4 Delphi 2 Befragung

Aufgrund der Einschätzungen in der ersten Delphi-Runde wurden die Items geschärft bzw. zusammengefasst. Es wurden auf Basis der freien Kommentare auch neue Items in den Fragebogen aufgenommen. Insgesamt umfasste der Fragebogen der zweiten Delphi Runde 32 Items. Auch neue Begrifflichkeiten zur Beschreibung von Just Culture wurden aufgenommen (Deutsch: 12; Französisch: 5).

#### 6.1.4.1 Ergebnisse Delphi 2

An der zweiten Delphi-Runde nahmen 30 Personen teil, d.h. es gab einen Dropout von sechs Personen, von denen drei die Rückmeldung zu spät gegeben hatten und diese Rückmeldungen nicht mehr berücksichtigt werden konnten. Die Interquartilsabstände wurden in der zweiten Runde der Befragung enger und zeigten eine Konsensentwicklung auf. Da ein zufriedenstellender Konsens erarbeitet wurde, wurde keine weitere Delphi-Runde durchgeführt.

Die Befragten aus der Deutschschweiz, der Romandie und dem Tessin entschieden sich in der zweiten Runde für die Verwendung des Begriffs *Just Culture* (Englisch). In der zweiten Befragung zeigte sich, dass der Beziehungsaspekt (Organisation – Führung – Mitarbeitende – Patientinnen und Patienten) stark gewichtet wird. Als weiterer wichtiger Punkt wurde die Suche nach Systemfaktoren genannt. Gewisse Einschätzungen der Befragten zur Wichtigkeit von Aspekten für eine JC decken sich nicht mit den Grundsätzen einer JC gemäss Literatur (z.B. im Hinblick auf die Wichtigkeit der Reduktion kognitiver Verzerrungen). Mögliche Erklärungen für diese der Literatur widersprechenden Ergebnisse sind: (1) Das Thema JC ist in den teilnehmenden Institutionen/Bereichen noch wenig bekannt und wird nicht gelebt; (2) Die Befragten konnten sich teilweise nicht von ihrer Institution lösen und neutral die Anforderungen an eine JC beschreiben, sondern haben sich eher am Status Quo in ihrer Institution orientiert, in der eine JC noch nicht gelebt wird; (3) Das Thema JC ist bei den Befragten selbst noch nicht sehr bekannt und verankert, es fehlt Wissen zu Human Factors.

## 6.2 Definition Just Culture im Schweizer Gesundheitswesen

Auf Basis der Ergebnisse der Delphi-Befragung wurde eine Definition zu *Just Culture im Schweizer Gesundheitswesen* erstellt. Die Definition ist in Anhang 1 auf Deutsch, Französisch und Italienisch zu finden.

### **Zusammenfassung *Definition einer Just Culture im Gesundheitswesen der Schweiz***

Zusammen mit 30 Expertinnen und Experten aus unterschiedlichen Bereichen des Schweizer Gesundheitswesens sowie aus allen Sprachregionen wurde in einem Delphi-Verfahren eine Definition für JC im Schweizer Gesundheitswesen erarbeitet. Dafür bewerteten die Experten und Expertinnen in zwei Delphi Runden 31 vorgegebene Elemente einer JC in Bezug auf ihre Wichtigkeit, passten die Formulierungen an und ergänzten diese. Das Delphi Verfahren ergab einen Konsens in allen Sprachregionen zur Verwendung des englischen Begriffs *Just Culture*.

## 7 Internationale Aktivitäten zu Just Culture/Patient Safety Culture

### 7.1 Just Culture und Sicherheitskultur in unterschiedlichen Branchen

Karanikas et al. [5] untersuchten Unterschiede in der Entwicklung von Sicherheitskultur in den Branchen Aviation, Defense, Healthcare, Maritime, Nuclear, Oil & Gaz und Railway anhand der Leitlinien des jeweiligen Industriesektors. Sicherheitskultur wurde dabei in die Bereiche *Allgemeine Voraussetzungen*, *Just Culture*, *Flexible Culture*, *Reporting Kultur*, *Informationskultur* und *Lernkultur* aufgeteilt. Die Analyse der einzelnen Sicherheitssubkulturen und der allgemeinen Voraussetzungen ergab Folgendes:

- Lernkultur weist im Vergleich zu den anderen Elementen die höchsten Werte auf.
- JC ist im Durchschnitt am wenigsten ausgeprägt; im Gesundheitswesen, in der Verteidigung und im Seeverkehr wurden überhaupt keine Hinweise auf eine JC gefunden.
- Insgesamt gibt es mehr Hinweise auf die gemeinsamen organisatorischen Voraussetzungen und eine Informations- und Lernkultur als auf eine gerechte, flexible und berichtende Kultur.
- In der Luftfahrt fanden sich die meisten Hinweise auf Elemente einer Sicherheitskultur, im maritimen Bereich die wenigsten. Der Gesundheitssektor steht im Hinblick auf diese rein quantitative Betrachtung an fünfter Stelle.

Ein Vergleich über unterschiedliche Branchen ist nicht leicht, denn die Herangehensweisen an eine Sicherheitskultur scheinen sehr unterschiedlich. In dieser Untersuchung wurde der Versuch gemacht, anhand von Leitlinien der jeweiligen Branche eine Einschätzung der Sicherheitskultur vorzunehmen, da diese den kleinsten gemeinsamen Nenner zwischen den Branchen darstellten. Es zeigten sich grosse Unterschiede zwischen den einzelnen Sektoren. Es muss jedoch kritisch angemerkt werden, dass die Bewertung möglicherweise durch die Auswahl der verwendeten Leitlinien beeinflusst wurde.

### 7.2 OECD-Vergleich von Patient Safety Culture im Spital

Es gibt inzwischen einige empirische Studien, die den Zusammenhang zwischen PSC und verbesserten Gesundheitsergebnissen belegen. Eine Überprüfung von über 60 Studien, in denen der Zusammenhang zwischen Organisations- und Arbeitsplatzkultur und Patientinnen- und Patientenoutcomes untersucht wurde, ergab, dass über 70% der Studien positive Zusammenhänge oder eine Mischung aus positiven Assoziationen und fehlender Assoziation fanden [84]. Eine Untersuchung der Health Foundation untersuchte Zusammenhänge zwischen Patientenergebnissen und PSC und fand positive Zusammenhänge zwischen einer guten PSC und einer Verringerung von Wiedereinweisungen, Verweildauer und Medikationsfehlern [85].

Darüber hinaus gewinnt die Rolle der Kultur bei der Erhöhung der Sicherheit von Patientinnen und Patienten sowie Mitarbeitenden im Gesundheitswesen zunehmend an Bedeutung. So werden beispielsweise im Aktionsplan für Patientensicherheit der Weltgesundheitsorganisation (WHO) für 2021-2030 [10] die Regierungen dazu aufgefordert, globale Ansätze für die Schaffung einer PSC im gesamten Gesundheitssystem zu verfolgen. Es wird die Entwicklung und Aufrechterhaltung einer Kultur des Respekts, der Offenheit und der Transparenz gefordert, die das Lernen in jeder patientenversorgenden Einrichtung fördert, anstelle von Schuldzuweisungen und Sanktionen [10]. Auf politischer Ebene fordert das European Observatory on Health Systems and Policies, dass die Länder Strategien zur Patientensicherheit aus der Systemperspektive entwickeln sollen [13].

Messungen zum Ausgangszustand der PSC in der Gesundheitsversorgung sind wichtig, um positive Trends zu erkennen und zu stärken. Für die Länder (s. unten), die PSC anhand des Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSPSC) ([AHRQ](#)) einschätzen (oder anhand eines nationalen Instruments, das auf die HSPSC-Bereiche abgebildet werden kann), konnte das OECD-Datenerfassungsteam ein vorläufiges Benchmarking über die 12 Bereiche der HSPSC durchführen. Im Durchschnitt bewertete das Gesundheitspersonal in den OECD-Ländern (Datenerhebung 2020 bis 2021) [86] die Bereiche *Teamarbeit innerhalb von Einheiten*, *Organisatorisches Lernen – kontinuierliche Verbesserung* und *Erwartungen und Massnahmen der Vorgesetzten/des Managements zur Förderung der Patientensicherheit* am höchsten. In jedem dieser drei Bereiche waren durchschnittlich mehr als 60% der Beschäftigten des Gesundheitswesens in den OECD-Ländern der Meinung, dass ihr Arbeitsumfeld förderlich für die Patientensicherheit ist. Trotz guter Leistungen in vielen Bereichen zeigen die Daten auch Potenzial für Verbesserungen. Zu den Bereichen, die am schlechtesten bewertet wurden, gehörten die *Personalausstattung* (40% durchschnittliche positive Antwort), *straffreie Reaktion auf Fehler* (41%), *abteilungsübergreifende Teamarbeit* (46%) sowie *Übergaben und Übergänge* (47%). Domänen wie *straffreie Reaktion auf*

Fehler (41%), Offenheit der Kommunikation (52%) und Häufigkeit von Ereignismeldungen (54%) können als Teile einer JC gewertet werden. Eine positive Einschätzung dieser Themen ist knapp der Hälfte der befragten Personen vorhanden. Eine JC scheint also in grossen Teilen der europäischen Spitäler noch nicht umgesetzt zu sein. Die Einschätzung zum Item *straffreie Reaktion auf Fehler* aus 12 Ländern zeigt, dass sechs Länder (Slowenien, Frankreich, Kanada, Portugal, Saudi-Arabien und Griechenland) Werte unter dem QECD-Durchschnitt von 41% haben und neun Länder darüber liegen (Niederlande, Mexiko, Spanien, Irland, Japan, Schottland und Belgien).

### 7.3 Rechtsvorschriften zu Just Culture im internationalen Umfeld

Tabelle 3 gibt einen Überblick über bereits bestehende Rechtsvorschriften zum Schutz aller an einem Ereignis beteiligten Personen in verschiedenen Ländern. Diese Zusammenstellung basiert auf öffentlich zugänglichen Dokumenten und wurde nicht durch eine Person mit juristischer Expertise geprüft. Die Übersicht hat keinen Anspruch auf Vollständigkeit, gibt aber Hinweise darauf, welche gesetzlichen Vorgaben zum Schutz von an einem unerwünschten Ereignis beteiligten Personen möglich sind.

**Tabelle 3** Internationale Rechtsvorschriften zu Just Culture (kein Anspruch auf Vollständigkeit).

Land	Rechtsvorschriften	Quellen
<b>Canada</b> (Unterschiede in den Provinzen)	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Mandatory Reporting</li> <li>– Mandatory Disclosure</li> <li>– Apology Protection</li> <li>– Quality Assurance Protection</li> <li>– Public Interest Disclosure Act (PIDA)</li> <li>– Schutz von Whistleblowern im Gesundheitswesen (BC)</li> </ul>	<a href="#">Status of Patient Safety Incident Legislation and Best Practices Across Canada (2021)</a>  <a href="#">Policy Communiqué Ministry of Health (2012)</a>
<b>USA</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Patient Safety and Quality Improvement Act (2009): Gesundheitsdienstleistende können dank der Vertraulichkeitsbestimmungen und des rechtlichen Schutzes anonym Informationen zur Patientensicherheit weitergeben, ohne dass die Gefahr einer erhöhten Haftung für ihren Betrieb besteht.</li> </ul>	<a href="#">Departement of Health and Human Services. Patient Safety and Quality Improvement (2005)</a>
<b>Westaustralien</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Health Services (Quality Improvement) Act: ein freiwilliges und anonymes Meldesystem zur Qualitätssicherung in der medizinischen Versorgung. Auf Informationen, die ausschliesslich zu diesem Zweck erhoben worden sind, kann auch im Rahmen eines Gerichtsverfahrens der Zugriff verweigert werden.</li> </ul>	<a href="#">Health Services (Quality Improvement) Act (1994)</a>
<b>Irland</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Mandatory Open Disclosure</li> <li>– Apology &amp; Open Disclosure Protection</li> <li>– Notification of Serious Patient Safety Incidents</li> </ul>	<a href="#">Civil Liability Amendment Act 2017</a>  <a href="#">Patient Safety (Notifiable Patient Safety Incidents) Bill 2019</a>  <a href="#">Exploratory Memorandum Patient Safety Incidents, Bill 2019</a>  <a href="#">Summary Guide to the Patient Safety (Notifiable Patient Safety Incidents) Bill 2019</a>
<b>Deutschland</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V) - Gesetzliche Krankenversicherung - (Artikel 1 des Gesetzes v. 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477), § 135a Verpflichtung der Leistungserbringer zur Qualitätssicherung, Absatz 3: Meldungen und Daten aus einrichtungsinternen und einrichtungsübergreifenden Risikomanagement- und Fehlermeldesystemen dürfen im Rechtsverkehr nicht zum Nachteil des Meldenden verwendet werden. Dies gilt nicht, soweit die Verwendung zur Verfolgung einer Straftat, die im Höchstmass mit mehr als fünf Jahren Freiheitsstrafe bedroht ist und auch im Einzelfall besonders schwer wiegt, erforderlich ist und die Erforschung des Sachverhalts oder die Ermittlung des Aufenthaltsorts des bzw. der Beschuldigten auf andere Weise aussichtslos oder wesentlich erschwert wäre.</li> </ul>	<a href="#">Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V) - Gesetzliche Krankenversicherung - (Artikel 1 des Gesetzes v. 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477), § 135a Verpflichtung der Leistungserbringer zur Qualitätssicherung, Absatz 3 (1988)</a>

<b>Finnland</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Patientenversicherungsgesetz: Recht auf Entschädigung bei Personenschäden</li> </ul>	<a href="#">Patientenversicherungsgesetz (2019), 23 §</a>
<b>Norwegen</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Gesetz über die Staatliche Untersuchungskommission für Gesundheits- und Pflegedienste: Verbot von Meldungen schwerwiegender Ereignisse zur Verwendung als Beweismittel im Strafverfahren; Sanktionsverbot für Arbeitgebende.</li> <li>– Patientenentschädigungsgesetz</li> </ul>	<a href="#">Gesetz über die Staatliche Untersuchungskommission für Gesundheits- und Pflegedienste (Prop 68 L, 2016-2017)</a>  <a href="#">Gesetz über die Schadensersatzleistung bei Patientenschädigungen (2001)</a>
<b>Schweden</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Patient Safety Law: <ul style="list-style-type: none"> <li>– schützt die Interessen der Patientinnen und Patienten (Entschädigung)</li> <li>– Pflicht für Organisationen eine Patientenversicherung abzuschliessen</li> <li>– Pflicht der Leistungserbringer zur systematischen Patientensicherheit</li> <li>– Verantwortlichkeiten des Gesundheitspersonals: u.a. sanktionsfreie Meldepflicht von Risiken und Ereignissen</li> </ul> </li> <li>– Social Services Act: Meldepflicht im Sozialwesen (Altenpflege, Betreuung von Menschen mit Beeinträchtigung, Einzel- und Familienversorgung)</li> <li>– Patient Injury Act: Kompensationssystem bei Patientenschädigung (Behandlung von Kunstfehlern ohne Schuldzuweisung)</li> <li>– Gesetz über die Unterstützung von Beschwerden gegen das Gesundheitswesen: Patientenausschüsse in den Gemeinden</li> <li>– Vorschriften und allgemeine Vorgaben des National Board of Health and Welfare zur systematischen Patientensicherheitsarbeit von Gesundheitsdienstleistern: <ul style="list-style-type: none"> <li>– Untersuchungspflicht von (Beinahe-)Ereignissen</li> <li>– Meldepflicht</li> <li>– Ermittlungen im Zusammenhang mit Suizid und Suizidversuch, die möglicherweise von Gesundheitsdienstleistern hätten verhindert werden können.</li> </ul> </li> </ul>	<a href="#">Patient Safety Law (Patientssäkerhetslagen - PSL) (2010:659)</a>  <a href="#">Social Services Act (Socialtjänstlag - SSA) (2001:453)</a>  <a href="#">Patient Injury Act (SFS 1996:799)</a>  <a href="#">Gesetz über die Unterstützung von Beschwerden gegen das Gesundheitswesen (2017:372)</a>  <a href="#">Vorschriften und allgemeine Ratschläge des National Board of Health and Welfare (HSLF-FS 2017:40) zur systematischen Patientensicherheitsarbeit von Gesundheitsdienstleistern</a>
<b>Dänemark</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Health Care Act: sanktionsfreie Meldepflicht</li> <li>– Danish Act on the Right to Complain and Receive Compensation: Jeder Patient und jede Patientin im dänischen Gesundheitssystem, der bzw. die einen Behandlungsschaden erleidet, kann bei der Danish Patient Compensation Association (DPCA) kostenlos einen Schadensersatzanspruch geltend machen.</li> </ul>	<a href="#">Health Care Act (2004)</a>  <a href="#">Danish Act on the Right to Complain and Receive Compensation (2017)</a>
<b>Schottland</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Health (Tobacco, Nicotine etc. and Care) (Scotland): <ul style="list-style-type: none"> <li>– Duty of Candour (Duty of Candour Procedure, Apologies, Reporting and Monitoring)</li> <li>– Eine Entschuldigung oder ein anderer Schritt, der in Übereinstimmung mit dem Verfahren zur Aufrichtigkeitspflicht unternommen wird, stellt an sich kein Eingeständnis einer Fahrlässigkeit oder eines Verstosses gegen eine gesetzliche Pflicht dar.</li> <li>– Umgang mit “Ill-treatment and wilful neglect”</li> </ul> </li> <li>– The Duty of Candour Procedure Regulations</li> </ul>	<a href="#">Health (Tobacco, Nicotine etc. and Care) (Scotland) Act 2016, 2016 asp 14. (2016)</a>  <a href="#">2018 No. 57 NATIONAL HEALTH SERVICE SOCIAL CARE SOCIAL WORK The Duty of Candour Procedure (Scotland) Regulations (2018)</a>

Exemplarisch wird im Folgenden die Bedeutung der Begrifflichkeiten der kanadischen Vorschriften [87] beschrieben. In ähnlicher Weise gelten sie auch in den anderen Ländern, in denen ähnliche Begriffe angeführt werden.

*Mandatory Reporting* beschreibt die Verpflichtung zur Meldung von aufgetretenen Zwischenfällen im Bereich der Patientensicherheit an Dritte (z. B. regionale Gesundheitsbehörden, Regierungen, Akkreditierungsstellen). Die Gesetzgebung zur Meldepflicht legt die Umstände fest, unter denen eine Meldung erfolgen muss, und andere Anforderungen, einschliesslich des Inhalts der Berichte.

*Mandatory Disclosure*: Der Begriff Offenlegung wird im Allgemeinen verwendet, um die Benachrichtigung derjenigen zu beschreiben, die von einem Zwischenfall im Bereich der Patientensicherheit

betroffen sind. Die Gesetzgebung zur Offenlegungspflicht legt die Umstände fest, unter denen eine Offenlegung erfolgen muss, sowie weitere Anforderungen, einschliesslich des Inhalts der Offenlegung.

*Apology Protection*, das Gesetz zum Schutz bei einer Entschuldigung, stellt sicher, dass ganz allgemein eine Entschuldigung nicht als Zugeständnis einer Schuld oder Haftung gewertet werden kann.

*Quality Assurance Protection*, das Gesetz zum Schutz der Qualitätssicherung, verbietet, dass Qualitätssicherungsinformationen als Beweismittel in Gerichtsverfahren verwendet werden.

### 7.3.1 Incidence Reporting und Gesetzgebung in Europa

Einen Hinweis darauf, ob eine JC gesetzlich verankert ist, kann auch die Gesetzeslage bzgl. der Meldepflicht von unerwünschten Ereignissen geben. Besteht eine Meldepflicht, müssten in einer JC die Meldenden geschützt werden. Die Patient Safety and Quality of Care Arbeitsgruppe der Europäischen Kommission hat 2014 [88] eine Überblicksarbeit über [Meldeysteme der Europäischen Staaten und ihre gesetzliche Regelung](#) publiziert. Von 21 Ländern hatten acht eine Meldepflicht für Angehörige von Gesundheitsberufen und vier eine Meldepflicht von Gesundheitsinstitutionen festgelegt. In Dänemark, Norwegen und Schweden könnte man von einer gesetzlichen Verankerung einer JC sprechen, da es weder von Arbeitgebenden noch von behördlicher oder Justizseite zu Sanktionen der meldenden Person kommen darf. Die Meldepflicht von Organisationen betrifft zum Teil auch die Vigilanz von Medizin- und Arzneimittelprodukten.

## 7.4 Zusammenfassung von Aktivitäten und Best Practice-Erfahrungen im internationalen Umfeld

Um Informationen zur Umsetzung einer JC im internationalen Umfeld zu finden, wurden drei Strategien verfolgt: (1) Internetrecherche, (2) schriftliche Befragung (Behörden oder nationale Organisationen aus 20 Ländern wurden angefragt, sechs Länder haben geantwortet) und (3) Interviews ausgewählter Personen (England, Australien, Schweden, Kanada). In den folgenden Ländern wurden Aktivitäten und Best Practice Beispiele im Bereich JC/PSC gefunden: Kanada (insbesondere in den Provinzen British Columbia, Alberta und Ontario), USA (insbesondere in den Bundesstaaten Minnesota, Missouri und North Carolina), Australien (insbesondere in den Bundesstaaten Victoria, New South Wales und Queensland), Neuseeland, England, Schottland, Irland, Finnland, Norwegen, Schweden, Dänemark, Belgien, Deutschland und Österreich.

### 7.4.1 Internationale Aktivitäten im Bereich Just Culture auf der Makroebene

Bei der Recherche zu internationalen Aktivitäten im Bereich JC auf der Makroebene konnten auf den Websites nationaler Organisationen/Behörden Tools zur Unterstützung von Incident Management, psychologischer Sicherheit, Kulturwandel, Patientensicherheit etc. gefunden werden. Explizite JC-Tools konnten auch gefunden werden, allerdings war dies eher selten der Fall. In einigen Ländern gibt es nationale Stellen, die sich mit dem Thema JC beschäftigen, Informationen dazu liefern und Ansprechpartner sind. Gewisse Länder stellen Leitlinien zur Verfügung, die einen engen Bezug zu JC aufweisen (z.B. werden Incident Management, Safe Reporting etc. thematisiert). In fünf der 13 untersuchten Ländern hat JC strategische Priorität. Es gibt auch Länder, die JC in der Aus-, Fort- und Weiterbildung des Gesundheitspersonals verankert haben. Einige Länder führen Messungen zur PSC durch, in denen Dimensionen einer JC abgefragt werden. In einem Fall gehört eine solche Messung zur Akkreditierung durch eine Versicherungsgesellschaft. Es gibt Länder mit einem Peer-Support-Programm für Second Victims und Unterstützungsprogramme für Patientinnen, Patienten und Angehörige. In zwei Ländern gibt es staatliche Untersuchungskommissionen, die unerwünschte Ereignisse untersuchen. Die Evaluation von Massnahmen zur Unterstützung einer JC ist eher selten.

### Kompensationssysteme bei Patientenschäden

In Schweden, Norwegen, Dänemark und Finnland gibt es ein Verfahren zur Behandlung von Kunstfehlern ohne Schuldzuweisungen, das Patientinnen und Patienten für vermeidbare Verletzungen entschädigt. Ähnliche *no-fault* Systeme gibt es auch in Neuseeland [89]. In diesem System hängt eine Kompensation für eine Patientenschädigung nicht vom fahrlässigen Verhalten einer Person ab, sondern davon, dass ein kausaler Zusammenhang zwischen einer medizinischen Versorgung und einer Patientenschädigung besteht. Das System erlaubt, dass ein Patient bzw. eine Patientin entschädigt wird, ohne dass ein fahrlässiges Verhalten oder ein Fehler eines Gesundheitsleistungsanbieters bewiesen werden muss. Auf diese Weise wird das Gesundheitspersonal dazu motiviert, mit dem System

zusammenzuarbeiten, um herauszufinden, was die Schädigung ausgelöst hat. Die Grundidee eines solchen Systems ist es, Fehler oder Schuldzuweisungen aus dem Kompensationssystem zu eliminieren, um die Gerechtigkeit für Patientinnen und Patienten zu erhöhen.

#### 7.4.2 Internationale Aktivitäten im Bereich Just Culture auf der Mesoebene

**Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.** der Mesoebene zeigen sich unterschiedliche Aktivitäten im Bereich JC in den untersuchten Ländern. Oftmals setzen sich unabhängige Organisationen für eine JC ein, indem sie Leitlinien, Tools und Seminare zur Verfügung stellen. Auch Berufsverbände setzen sich für eine JC ein, indem sie Tools anbieten oder sich für eine JC im Gesundheitswesen engagieren. Einige Universitäten bieten Ausbildungsprogramme für eine JC oder verwandte Themen an.

Beispiele für unabhängige Organisationen, die sich für die Patientensicherheit einsetzen:

- Zur Verfügungstellung von Leitlinien, Tools und Online-Seminaren zur Verbesserung der Patientensicherheit und zur Verantwortungsübernahme im Sinne einer JC ([Institute for Healthcare Improvement](#) IHI, USA).
- Die [Dänische Gesellschaft für Patientensicherheit](#) stellt verschiedene Tools zur Verbesserung der Patientensicherheit zur Verfügung und führt auch Projekte durch (DK).

Beispiele für Berufsverbände, die sich für die Patientensicherheit und eine JC einsetzen:

- [Royal College of Physicians and Surgeons of Canada](#) (RCPSC)
- [Canadian Medical Protective Association](#) (CMPA)
- North Carolina Board of Nursing hat den Marx's Just Culture Algorithmus zu einem [Complaint Evaluation Tool](#) umgearbeitet (USA)
- American Nurses Association: [Positionspapier für eine Just Culture](#)
- North Carolina Board of Nursing: [Just Culture in Nursing Regulation. Complaint Evaluation Tool \(CET\) Instruction Booklet](#) (USA)

Beispiele für Universitäten, die sich mit Themen der Patientensicherheit und JC beschäftigen:

- Universität von Missouri beschäftigt sich mit der Second Victim Thematik und bietet unterschiedliche Unterstützungsangebote für Betroffene an (USA)
- Northumbria University: Entwicklung eines akkreditierten Online-Programms [Principles and Practices of Restorative Just Culture](#) (GB)
- Universität Yorkshire & Humber: Ausarbeitung eines [Just Culture Assessment Frameworks](#) (GB)
- Griffith University, Queensland: [Understanding Human Error and Just Culture](#) (AUS)

#### 7.4.3 Internationale Aktivitäten im Bereich Just Culture auf der Mikroebene

Im Folgenden werden Erfahrungen und Empfehlungen zum Aufbau einer JC sowie einer Restorative Just and Learning Culture aufgezeigt.

##### 7.4.3.1 Aufbau einer Just Culture

Konkrete Angaben dazu, wie eine JC in einer Organisation aufgebaut werden kann, geben Beispiele aus den USA (4) (Minnesota [90], Missouri [42,91], North Carolina Just Culture Journey [Part 1](#), [Part 2](#), [Part 3](#)). Als Schwerpunkte zum Aufbau einer JC werden hier eine Basiserhebung für eine PSC, das Commitment und Engagement des Managements, der Aufbau einer Steuerungsgruppe, Zielsetzung und Planung von Massnahmen anhand von Gap-Analysen, der Einbezug von medizinischem Personal, Schulungen und Trainings, Abstimmung der ganzen in der Organisation verwendeten Dokumente auf eine JC und die Information von Patientinnen und Patienten und Angehörigen genannt.

**Tabelle 4** Erfahrungen beim Aufbau einer Just Culture aus den USA (Minnesota [90], Missouri [42,91], North Carolina Just Culture Journey [Part 1](#), [Part 2](#), [Part 3](#)).

Phase	Wichtigste Schritte
Ausgangslage erkunden	Basiserhebung der PSC (z.B. Fragebogenbefragung zu JC/PSC, Reifegradeinschätzungen, Einschätzung der JC anhand von Fallbeispielen) und Analyse der organisatorischen Lücken.
Planung	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Eine Steuerungsgruppe aufbauen.</li> <li>– Die Unterstützung der Führung gewinnen und die gesamte Organisationsleitung einbinden. Ein starkes Commitment der obersten Führung muss deutlich werden.</li> <li>– Unterstützende identifizieren und ein interdisziplinäres Team zusammenstellen.</li> <li>– Anhand der Befragungsergebnisse und der GAP-Analyse werden Ziele und die dazu gehörenden Umsetzungsschritte festgelegt. Dabei werden die Konzepte in der gesamten Organisation in die gängigen Routinen/Praktiken eingebettet.</li> <li>– Festlegen von Erwartungen und Kommunikation derselben in der Organisation.</li> <li>– Bewertung der Fortschritte und Kommunikation derselben in der Organisation.</li> <li>– Prüfen, ob und wie ein Einbezug von Regulierungsbehörden möglich ist.</li> </ul>
Implementierung	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Ärztliches und anderes medizinisches Personal einbeziehen.</li> <li>– Orientierungsschulungen entwickeln für: das Management (inklusive Top-Management), das klinische Personal und für alle anderen Mitarbeitenden.</li> <li>– Schulung von Führungskräften, um sichere Systeme zu entwickeln und Mitarbeitende zu coachen. Ein Mentoring und Coaching der Führungskräfte im Thema JC/PSC ist über längere Zeit nötig, um nicht in alte Muster zurückzufallen.</li> <li>– Schulung von Champions, die als Ansprechpersonen und Unterstützende fungieren.</li> <li>– Schulung von Mitarbeitenden erst nachdem die Führungskräfte geschult wurden und damit beginnen, den Mitarbeitenden die Konzepte der JC durch ihr eigenes Verhalten vorzuleben.</li> <li>– Führungskräfte coachen die Mitarbeitenden bei der Wahl sicherer Verhaltensweisen und lassen sie mitwirken an der Gestaltung sicherer Systeme.</li> <li>– Teamtrainings zu JC/PSC aufbauen.</li> <li>– Eine Plattform zum Austausch und zur Unterstützung der Champions und Führungskräfte aufbauen.</li> <li>– Bewertung der bestehenden Richtlinien und Verfahren auf die Kompatibilität mit einer JC/PSC und Anpassung der Dokumente.</li> <li>– Aufklärung und Kommunikation mit Patientinnen und Patienten und Familien.</li> </ul>
Nachhaltige Entwicklung	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Einführung von Instrumenten zu Feedback-Messungen, damit Veränderungen festgestellt und ggf. Anpassungen vorgenommen werden können.</li> <li>– JC leben: Man muss im Alltag darüber sprechen und die entsprechenden Instrumente einsetzen, damit man JC verstehen und weiterentwickeln kann.</li> </ul>

#### 7.4.3.2 Aufbau einer Restorative Just and Learning Culture (RJLC)

Konkrete Angaben dazu, wie eine RJLC in einer Organisation aufgebaut werden kann, geben Beispiele aus Australien (s. Tabelle 5 und Tabelle 6), England (Tabelle 7), bei denen es um die Mitarbeitenden-seite geht, und Neuseeland (Tabelle 8), wo die Aufarbeitung der Erfahrungen von geschädigten Personen nach einer chirurgischen Bauchintervention beschrieben wird. Schwerpunkte sind ein förderliches Umfeld und eine unterstützende Organisationsatmosphäre, der durchdachte Einbezug von Top-Management, Vorstand, Führungspersonen und Mitarbeitenden, die Verantwortlichkeit und die Reaktion auf die Bedürfnisse der unterschiedlichen Betroffenen und die Analyse und das Lernen aus einem unerwünschten Ereignis.

**Tabelle 5** Leitlinie für den Aufbau einer Restorative Just and Learning Culture (RJLC) in psychiatrisch tätigen Gesundheitsorganisationen in Australien – New South Wales [92].

Phase	Schritte
Voraussetzungen festlegen & beibehalten	Zu den Voraussetzungen gehören ein förderliches Umfeld und eine unterstützende Organisationsatmosphäre, die die gemeinsame Vision der PSC unterstützt. Psychologische Sicherheit, Respekt, Vertrauen, Fürsorge und Unterstützung bilden die Voraussetzungen für eine RJLC.
Gruppenengagement & Gespräche	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Überlegungen, wer wann und wie einbezogen wird (Top-Management, Vorstand, Führungspersonen, Mitarbeitende, ...)</li> <li>– Überlegungen, wie verteilte und kollektive Verantwortung für das Thema Sicherheit erreicht werden kann, auch wenn das Management die strategischen Entscheidungen dafür trifft: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Umsetzung von Respekt, Vertrauen und Engagement zur Verbesserung der Sicherheit und Steigerung der Versorgungsqualität</li> </ul> </li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Engagement und Dialog auf allen Ebenen der Organisation</li> <li>○ Zusammen mit Mitarbeitenden, Patientinnen und Patienten und Familien einen Plan zur Entwicklung der PSC erarbeiten</li> </ul>
Reagieren	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Auf Bedürfnisse von Patientinnen und Patienten und Familien reagieren</li> <li>– Auf Bedürfnisse von Mitarbeitenden reagieren</li> <li>– Auf Bedürfnisse des Teams/der Abteilung und der weiteren Arbeitsumgebung reagieren</li> </ul>
Lernen & Verbessern (Analyse von Ereignissen)	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Analyse von Ereignissen mit Berücksichtigung der Systemkomplexität und der Human Factors</li> <li>– Lernen in Systemverbesserung umsetzen <ul style="list-style-type: none"> <li>○ starke Empfehlungen machen</li> <li>○ Beteiligung von an der Patientenversorgung beteiligten Personen und Teams bei der Überprüfung und Verbesserung von Praktiken und Systemen</li> </ul> </li> </ul>
Lernen & Verbessern (Systemanalyse)	Daten sammeln und analysieren (z.B. Patient Outcome, Patientenerfahrungen, Ergebnisse von Ereignisuntersuchungen, Prozessdaten von Versorgungsabläufen, ...)
Bewertung von Ergebnissen & Erfahrungen	<p>Patientinnen und Patienten, Familienangehörige und Mitarbeitende sollen in der Gesundheitsorganisation sicher sein und sich sicher fühlen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Messung und Bewertung von Patientenergebnissen und -erfahrungen</li> <li>– Dashboards zur psychischen Gesundheit und Sicherheit</li> <li>– Massnahmen zu Kulturentwicklung und Führung, Sicherheits-Governance, Verbesserung von Sicherheitssystemen etc.</li> </ul>

Der Restorative Just and Learning Culture Ansatz fokussiert stark auf die vorwärts gerichtete positive Sicherheitsentwicklung und die Stärkung der Resilienz einer Gesundheitsorganisation. Er bezieht sich auf die Fähigkeit des Systems, unter verschiedenen Bedingungen erfolgreich zu sein [93]. Die Variabilität der Anpassungsleistung des Systems und der darin arbeitenden Personen ermöglicht es, auf eine Vielzahl von Bedingungen zu reagieren. Aus diesem Grund sind die Menschen im System die notwendige Ressource für die Flexibilität und Widerstandsfähigkeit des Systems [93]. Der Lernaspekt wird in diesem Ansatz besonders betont, da man nicht nur aus Fehlern, sondern auch von Leistungen in besonderen Situationen lernen kann.

Wie auch in New South Wales geht der Aufbau einer Restorativen Just Culture in Queensland (Tabelle 6) vom psychiatrischen Versorgungsbereich aus. Ausgangspunkt war der Schutz der Mitarbeitenden bei Suizid von anvertrauten Patientinnen und Patienten. Ein solches Ereignis kann auf die Mitarbeitenden einen starken negativen Einfluss haben von Schuldgefühlen bis hin zu psychischer Erschöpfung oder Erkrankung. Eine Restorative Just Culture sollte in diesem Kontext daher zusammen mit einem *Zero Suicide Framework* umgesetzt werden [8,24].

**Tabelle 6** Erfahrungen beim Aufbau einer Restorativen Just Culture in Australien - Queensland – Gold Coast Hospital und Health Services [24].

Wichtige Aspekte	Erklärungen
Kulturaufbau	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Es ist ein hohes Mass an Vertrauen nötig, um offen aus Ereignissen zu lernen. Das Vertrauen wird durch ein Restorative Just Culture (RJC) Konzept gefördert.</li> <li>– Jede Person ist rechenschaftspflichtig. Das RJC-Konzept fordert das Handeln aller, indem den an einem Ereignis beteiligten Personen Rollen und Verantwortlichkeiten zugewiesen werden. Es ist möglich, mehrere Rollen zu haben, wie z.B. andere Personen zu unterstützen und selbst auch Unterstützung zu brauchen.</li> </ul>
Regeneration	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Die negativen Auswirkungen auf ein Second Victim sind beträchtlich und erfordern eine schnelle Reaktion auf allen Ebenen des Gesundheitssystems.</li> <li>– Regeneration nach einem Ereignis ist für alle Betroffenen ein wichtiger Aspekt: des Gesundheitspersonals, der Patientinnen und Patienten und ihren Angehörigen und der Gemeinschaft.</li> </ul>
Lernen	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Personen, die an der Überprüfung von Ereignissen beteiligt sind, müssen ein solides Grundwissen darüber verfügen wie auch über Human Factors.</li> <li>– Es soll besser ein Spektrum an klinischen Ereignissen als eine kleine Gruppe schwerwiegender Ereignisse überprüft werden. Dazu können Beinaheereignisse oder häufigere, schwerwiegende Ereignisse (z.B. Selbstmordversuche) sowie Analysen einer Häufung von Ereignissen gehören.</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Es sollen Instrumente eingesetzt werden, die zum Verständnis von Komplexität beitragen (z.B. ein <a href="#">Konstellationsdiagramm</a>, S. 84-88), und lineare Lernansätze vermieden werden.</li> <li>– Klinische Teams müssen in den Überprüfungsprozess miteingebunden werden.</li> <li>– Führungspersonen werden in die Überprüfung einbezogen, um Themen wie <i>work-as-imagined</i> und <i>work-as-done</i> bearbeiten zu können.</li> <li>– Patientinnen und Patienten und ihre Angehörigen müssen in den Überprüfungsprozess einbezogen werden, um Verständnis für die unterschiedlichen Perspektiven auf das Ereignis zu erlangen.</li> <li>– Um eine Verbesserung der Qualität und Stärke von Empfehlungen zu erreichen, sollen demensprechende Instrumente eingesetzt werden.</li> </ul>
Sich verbessern	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Eine starke Beteiligung und Eigenverantwortung der klinischen Teams erleichtern die Umsetzung von Massnahmen an ihren Arbeitsplätzen.</li> <li>– Die Rückmeldung von Erkenntnissen und Massnahmenempfehlungen an die direkt Betroffenen, wie auch an das gesamte Personal, verbessert die Möglichkeit zu lernen und sich zu verbessern.</li> </ul>

Der Mersey Care NHS Foundation Trust ist ebenfalls ein psychiatrischer Versorgungsbereich, der auf eine Reihe von Suiziden mit Freistellungen und Entlassungen von Personal reagiert hat. Die Folge davon war eine zunehmend negative Arbeitsatmosphäre und Mitarbeitende, die Angst davor hatten, einen Fehler zuzugeben. Die Personalabteilung des Trusts suchte zusammen mit der Geschäftsleitung nach einer Lösung, anders mit solchen schwierigen Ereignissen umzugehen [25,26,94]. In Zusammenarbeit mit Dekker implementierten sie eine restaurative JC (s. Tabelle 7).

**Tabelle 7** Erfahrungen beim Aufbau einer Restaurativen Just Culture in England – Mersey Care NHS Foundation Trust [94].

Wichtige Aspekte	Erklärungen
<b>Kulturaufbau</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Die organisatorische Agenda wurde dahingehend vorangetrieben, restaurative Gerechtigkeit zu vertreten und zu befürworten und Botschafter über die gesamte Belegschaft hinweg zu rekrutieren.</li> <li>– Ernennung (durch Selbstnominierungen) und Ausbildung von Just-Culture-Botschaftern, die restaurative Gerechtigkeit an den verschiedenen Standorten des Trusts vertreten und sich für sie einsetzen.</li> <li>– Von Untersuchungen gegen mutmassliche Täter oder Täterinnen hin zu restaurativen Gesprächen zwischen allen Betroffenen eines Ereignisses.</li> <li>– Suspendierung nur dann, wenn eine Gefahr bestand.</li> <li>– Wiederbelebung der Mitarbeiterunterstützung durch bessere Werbung (z. B. Werbebanner, wöchentliche CEO-Blogs), psychologische Erste Hilfe, Nachbesprechungen und Nachbereitung. Dazu gehörten 72-Stunden-Überprüfungen (bisher 5 Arbeitstage) und interne Personalberatungsdienste, die es ermöglichten, sich nach einem schwerwiegenden Vorfall Online mit Teams zu treffen und mit ihnen in Kontakt zu treten.</li> <li>– Wertende Formulierungen über die Leistung von Mitarbeitenden in HR-Richtlinien, Vorgaben und Incident-Reviews wurden herausgefiltert. Die Unterlagen wurden auf Klarheit und Notwendigkeit überprüft (alle Mitarbeitenden wurden zu einem Feedback eingeladen) und kritisch eingeschätzt, ob die Unterlagen für die Mitarbeitenden wirklich hilfreich sind.</li> <li>– Fördern, dass eine restaurative JC langsam in den organisatorischen Alltag, einschliesslich Back-Office- und Verwaltungsarbeit, hineinfliesst.</li> </ul>
<b>Kommunikation</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Förderung des Bewusstseins für eine JC durch interne Kommunikation, um zu bekräftigen, dass die Dinge jetzt anders gehandhabt werden.</li> <li>– Frühe und sachliche Information der Mitarbeitenden auch während der Überprüfung von unerwünschten Ereignissen.</li> </ul>
<b>Lernen</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Austausch von Good-Practice-Geschichten (die durch die Ermutigung der Mitarbeitenden gefunden werden, ihre Erfahrungen zu teilen) über eine neue interne Microsite für eine Just and Learning Culture – nicht nur klinische oder operative Erfolge, aber auch Lessons Learned, Geständnisse und Dankbarkeit.</li> <li>– Ausarbeitung eines akkreditierten Online-Trainings <a href="#">Principles and Practice of Restorative Just Culture</a> für alle Mitarbeitenden.</li> </ul>

Das neuseeländische Gesundheitsministerium führte einen restaurativen Ansatz zur Wiedergutmachungsgerechtigkeit ein, um die durch die Verwendung von chirurgischen Netzen in Neuseeland verursachten Schäden zu untersuchen (s. Tabelle 8). Ziel war es, die Geschichten von Patientinnen und Patienten zu hören, die durch chirurgische Netze geschädigt wurden, um die Verantwortung des Ministeriums und des gesamten Gesundheitssektors bei der Bewältigung des Problems zu klären und weitere Massnahmen zu treffen [27,29,95]. Der gewählte Ansatz steht im Einklang mit den Grundsätzen einer resilienten Gesundheitsversorgung und wurde kontinuierlich weiterentwickelt, um sich an neue Bedürfnisse anzupassen.

**Tabelle 8** Erfolgsfaktoren für den Einsatz einer Restaurativen Just Culture in Neuseeland bei geschädigten Personen nach einer chirurgischen Netzeinlage im Bauchbereich [27].

<b>Wichtige Aspekte</b>	<b>Erklärungen</b>
<b>Zusammenarbeit</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Anwendung restaurativer Praktiken zur Festlegung von Gruppennormen und -werten zu Beginn des Gestaltungsprozesses.</li> <li>– Mitgestaltung des Ansatzes von allen betroffenen Parteien und Aufnahme von weiteren Mitgliedern, wenn zusätzliche verantwortliche Parteien identifiziert werden.</li> <li>– Anpassen der Führung und des Ansatzes an die sich ergebenden Bedürfnisse.</li> </ul>
<b>Restorative Kultur</b>	Es ist sicher für die Verantwortlichen, offen und wahrheitsgemäss über ihre Beteiligung an einem unerwünschten Ereignis zu sprechen, das in der Regel unerwartet, unbeabsichtigt und ungeplant ist.
<b>Storytelling</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Es gibt vielfältige Optionen und Möglichkeiten zum Erzählen von Geschichten.</li> <li>– Gleichberechtigter Zugang für alle, z. B. transparentes Kriterium für die Auswahl privater Treffen, Ort der Treffen.</li> <li>– Evtl. brauch es ein Angebot von Gesprächszirkeln, die auf bestimmte Gruppen zugeschnitten sind, z. B. nur Frauen oder nur Männer.</li> </ul>
<b>Listening Circle</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Einsatz unabhängiger und qualifizierter Moderationspersonen.</li> <li>– Unterschiedliche Medien für die Vor- und Nachbereitung der emotionalen Unterstützung, z. B. Telefon, Zoom oder persönlich, sowie schriftliche und internetbasierte Informationen.</li> <li>– Die Teilnehmenden fragen, was sie brauchen, um ein sicheres und unterstützendes Umfeld während der Vorbereitungsphase zu schaffen.</li> <li>– Restorative Fragen stellen.</li> <li>– Mitfühlende, menschliche Reaktionen der verantwortlichen Parteien im Listening Circle.</li> <li>– Möglichkeiten der Nachbesprechung nach dem Listening Circle für die Teilnehmenden und das Betreuungsteam.</li> </ul>
<b>Emotionale Unterstützung</b>	<p>Die Teilnehmenden sollen Zugang haben zu:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Emotionaler Unterstützung durch Begleitpersonen und/oder Fachleute während des Prozesses.</li> <li>2. Psychosozialer Unterstützung nach dem Storytelling, falls erforderlich.</li> <li>3. Unterstützung durch Gruppen und Ressourcen in der Gemeinschaft (z. B. über soziale Medien und die Unterstützung durch andere geschädigte Verbraucherinnen und Verbraucher).</li> <li>4. Unterstützung, um ihre materiellen Bedürfnisse zu befriedigen.</li> </ol> <p>Durchführungsteam und Vertretungen der verantwortlichen Parteien sollen Zugang haben zu:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>5. Professioneller Supervision oder psychologischer Unterstützung.</li> <li>6. Ressourcen zur Schaffung von Kapazitäten im Durchführungsteam, z. B. zusätzliche Vermittlungs- oder Vertretungspersonen.</li> </ol>
<b>Adaptation</b>	Kontinuierliche Anpassung der Verfahren an neue Bedürfnisse bei gleichzeitiger Konzentration auf restaurative Werte, Grundsätze und Ziele.
<b>Kommunikation</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Koordination der öffentlichen Kommunikation zwischen den verantwortlichen Parteien, idealerweise unter Einbeziehung mehrerer Strategien und Medien (z.B. Video, soziale Medien, Zeitungen, Fernsehen, Websites).</li> <li>– Klare Kommunikation, wer dafür verantwortlich ist, dass die Massnahmen von allen beteiligten Bereichen durchgeführt werden, und wann und wie die Menschen informiert werden.</li> <li>– Regelmässige Kommunikation während jeder Phase des Prozesses.</li> <li>– Floskeln und distanzierende Sprache soll vermieden werden und stattdessen soll offen und aus dem Herzen gesprochen werden.</li> </ul>
<b>Reaktion</b>	– Genügend Zeit für die Phasen Zuhören und Verstehen sowie Planen und Handeln einplanen.

	<ul style="list-style-type: none"> <li>– SMART-Massnahmen einsetzen: Massnahmen, die spezifisch, messbar, erreichbar, realistisch und zeitnah sind.</li> <li>– Festlegen des Governance-Ansatzes von Anfang an; Transparenz schaffen, dass Gruppenzugehörigkeiten auf entstehende Bedürfnisse angepasst werden können.</li> <li>– Zusammenarbeit, um eine systemweite Reaktion zu koordinieren.</li> </ul>
<b>Verantwortung übernehmen</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Fokus auf kollektiver Verantwortung.</li> <li>– Eine Entschuldigung, die durch das Eingeständnis der kollektiven Verantwortung für die Bedingungen, die zu dem Schaden beigetragen haben, und durch rasche Massnahmen zur Wiedergutmachung und Prävention gekennzeichnet ist.</li> <li>– Zugang unterstützen zu einem Wiedergutmachungsgespräch mit einzelnen Ärztinnen oder Ärzten, wenn dies gewünscht wird.</li> <li>– Zugang unterstützen zu einer unabhängigen anwaltlichen Person, wenn eine formelle Beschwerde gewünscht wird.</li> </ul>

Der in Tabelle 8 beschriebene Ansatz setzt sich weniger mit JC in der Organisation für Mitarbeitende auseinander als mit dem restaurativen Ansatz für alle an einem Ereignis Beteiligten und in diesem Zusammenhang mit vielen geschädigten Patientinnen und Patienten. Es werden deshalb auch detailliertere Angaben zum Umgang und der Kommunikation mit Betroffenen beschrieben.

#### 7.4.3.3 Lessons learned und Herausforderungen auf der Mikroebene

Aus den Best Practice Beispielen aus Canada (Alberta Health Services; Ontario: Ottawa Hospital), Australien (Gold Coast Hospital and Health Services Queensland) und England (Mersey Care) lassen sich die folgenden Lessons Learned/Herausforderungen zusammenfassen:

- Sicherstellung des Engagements der Führungskräfte auf allen Ebenen: Die Aufrechterhaltung eines Kulturwandels ist schwierig und erfordert das Engagement von Führungskräften auf allen Ebenen, einschliesslich der Geschäftsleitung. Das Management und die Führungskräfte müssen mit gutem Beispiel vorangehen und die Werte einer JC vorleben und in die Tat umsetzen.
- Das Konzept JC muss in der Organisation verankert werden. Dies soll nicht über allgemeine Wissensvermittlung geschehen, sondern an den Erfahrungen und dem Wissen der Mitarbeitenden anknüpfen.
- Schaffen einer Infrastruktur für das Thema JC in der Organisation: Es wird eine verantwortliche Person/Stelle für eine Just and Learning Culture und eine Gruppe von Botschafterinnen und Botschaftern aus der gesamten Organisation benannt. Diese liefern wichtige Informationen, tauschen Informationen aus und helfen bei der Auswahl, Formulierung, Definition und Umsetzung der Unternehmensziele der Organisation.
- Der Aufbau von Vertrauen ist essenziell, damit sich die Mitarbeitenden in der Organisation sicher fühlen. Die Zusammenarbeit mit Personalvertretungen ist deshalb sehr wichtig sowie auch die kontinuierliche Information und der aktive Einbezug der Mitarbeitenden.
- Es braucht Zeit und Anstrengung, um die Grundsätze und Praktiken einer JC in einer Organisation kontinuierlich zu ermitteln, zu stärken und zu verankern. Dafür ist grosses Durchhaltevermögen nötig, denn Kulturveränderungen finden nur langsam statt und in grossen Organisationen braucht es Zeit, um Veränderungen in allen Bereichen zu erreichen.
- Entwicklung und Nutzung der Personalabteilung als Unterstützung für den Wandel hin zu einer JC und einer nachhaltigen Verankerung in der Organisation. Hier sind häufig Organisationsentwicklungsfachpersonen zu finden, die Personalentwicklungen mit Schulungsangeboten ist hier beheimatet, viele Unterlagen werden entworfen und verwaltet und die Selektion und Qualifizierung der Mitarbeitenden werden hier gesteuert.
- Befähigung der Führungskräfte, die Mitarbeitenden zu unterstützen, denn Handlungen beeinflussen die Kultur stärker als Richtlinien und Unternehmensziele.
- Alle Unternehmensrichtlinien, Statements, Mitarbeitendenbeurteilungen etc. sollten eine JC unterstützen, d.h. die Unterlagen müssen geprüft und entsprechend angepasst werden.
- Überprüfung der Sprache: Viele Wörter haben eine negative Konnotation oder implizieren, dass jemand etwas falsch gemacht hat, z.B. Anhörung oder Untersuchung. Der Fokus soll in Richtung Lernen verstärkt werden.
- Der Aufwand für Gespräche (Information, Überprüfung bei Ereignissen, persönliche Unterstützung etc.) ist hoch. Dies muss bei der Ressourcenplanung berücksichtigt werden.

### **Zusammenfassung *Internationale Aktivitäten im Bereich Just Culture/Patient Safety Culture***

Insgesamt wurden die Aktivitäten von 14 Ländern anhand frei zugänglicher Dokumente, Studien, einer schriftlichen Befragung mit sechs Antwortfragebögen und vier Interviews untersucht.

Messungen einer PSC der OECD zeigen, dass wichtige Elemente einer JC wie straffreie Reaktion auf Fehler und Offenheit der Kommunikation insgesamt noch wenig positiv bewertet werden. Dies spricht dafür, dass die Implementierung einer JC in vielen Ländern noch nicht weit fortgeschritten ist.

In manchen Ländern sind bereits gesetzliche Voraussetzungen für eine JC geschaffen worden. So könnte man in Dänemark, Norwegen und Schweden von der gesetzlichen Verankerung einer JC sprechen, da es weder von Arbeitgebenden noch von behördlicher oder Justizseite zu Sanktionen der meldenden Person kommen darf. In anderen Ländern, in denen Lern- und Meldesysteme nicht gesetzlich gegen Strafverfolgung geschützt sind, sind Personen, die ein Fehlverhalten den Betroffenen gegenüber darlegen und sich dafür entschuldigen, zum Teil durch einen *Apology Act* und einen *Open Disclosure Act* vor Strafverfolgung geschützt. Auf diese Weise kann das Bedürfnis der Betroffenen nach Information und einer Entschuldigung befriedigt werden.

Auf der Makroebene konnten in den untersuchten Ländern häufig die folgenden Aktivitäten für eine JC gefunden werden: Zurverfügungstellung von Tools zur Unterstützung der PSC/JC; Benennung nationaler Stellen, die sich mit dem Thema beschäftigen; Entwicklung und zur Verfügungstellung von Leitlinien; Entwicklung einer JC als strategische Priorität; Aus-, Fort- und Weiterbildung von Gesundheitspersonal in PSC/JC; Bereitstellen von Informationen zum Thema; Durchführung von PSC-Messungen und Peer-Support nach Ereignissen.

Internationale Aktivitäten auf der Mesoebene umfassen die Ausbildung zum Thema Patientensicherheit (inkl. PSC und JC) in den Grundausbildungen der Gesundheitsberufe durch die Ausbildungsinstitutionen; Zurverfügungstellung von Leitlinien; Tools und Online-Seminaren von Organisationen, die sich für die Patientensicherheit einsetzen; Engagement von Berufsverbänden, die sich für Ausbildung, Leitlinien und Tools im Bereich Patientensicherheit/PSC/JC einsetzen.

Auf der Mikroebene konnten viele verschiedene Beispiele aus internationalen Gesundheitsorganisationen gefunden werden, die ihre Erfahrungen bei der Implementierung einer JC teilen. Schwerpunkte sind dabei ein förderliches Umfeld und eine unterstützende Organisationsatmosphäre; der durchdachte Einbezug von Top-Management, Vorstand, Führungspersonen und Mitarbeitenden; Zurverfügungstellen von Ressourcen; Verantwortlichkeit und Reaktion auf die Bedürfnisse der unterschiedlichen Betroffenen; Analyse und Lernen aus einem unerwünschten Ereignis.

## 8 Just Culture und Sicherheitskultur in der Schweiz

Auch in der Schweiz gibt es bereits Aktivitäten zur Unterstützung einer JC/Sicherheitskultur. Die folgenden Kapitel beschäftigen sich mit den bereits existierenden Aktivitäten im Gesundheitswesen und in anderen Sektoren, jeweils unterteilt hinsichtlich Makro-, Meso- und Mikroebene.

### 8.1 Gesundheitswesen

#### 8.1.1 Gesundheitswesen Makroebene

Auf politischer Ebene gab es einige Aktivitäten zu den Themen *Schutz von Lernsystemen zur Vermeidung von Fehlern* und einer *Redlichkeitskultur*. Abbildung 1 gibt einen Überblick über die unterschiedlichen Aktivitäten im Zeitverlauf. Die Aktivitäten selbst sind in folgenden Kapiteln genauer beschrieben.



**Abbildung 1** Überblick über die politischen Aktivitäten in der Schweiz zum Thema Lernkultur/Just Culture.

##### 8.1.1.1 Bund

**Motion 18.4210 (Humbel, 2018): Lernsysteme in Spitälern zur Vermeidung von Fehlern müssen geschützt werden**

Um den Schutz eines Critical Incident Reporting Systems (CIRS) und anderen Lernsystemen im Gesundheitswesen zukünftig zu gewährleisten, wurde von Ruth Humbel (Nationalrätin, Kanton AG) eine Motion ([Nr. 18.4210](#)) eingebracht, die am 29.10.2020 im Nationalrat ohne Gegenstimmen angenommen wurde. Der Bundesrat wurde beauftragt, «einen gesetzlichen Vertraulichkeitsschutz für Bericht- und Lernsysteme in Spitälern wie CIRS-Systeme, Peer Reviews, Qualitätszirkel, klinische Audits und MoMo-Konferenzen zu schaffen. Mit einer gesetzlichen Grundlage ist sicherzustellen, dass zu Lernzwecken dokumentierte Ereignisse nicht von Gerichten verwendet werden können. Wichtig ist zudem eine Abgrenzung zur Krankenakte sowie zu einem allfälligen Schadenfallregister, in dem schwerwiegende Zwischenfälle erfasst werden» ([Humbel, 2018](#)). Das Bundesamt für Gesundheit (BAG) hat in diesem Rahmen ein Rechtsgutachten in Auftrag gegeben, das auf der [BAG-Website](#) veröffentlicht worden ist (Gächter et al., 2020 [96]). Die Untersuchung der zivilrechtlichen, strafrechtlichen und öffentlich-rechtlichen Vorgaben zeigt, dass die aktuelle Rechtslage keine eindeutige Antwort gibt auf die Frage, inwiefern Patientinnen und Patienten, Gerichte und Behörden auf CIRS-Daten rechtlich zugreifen dürfen. Diese Rechtsunsicherheit ist sowohl für Patientinnen und Patienten wie auch für das Gesundheitspersonal bzw. die Gesundheitsorganisationen wenig hilfreich. Gächter et al. (2020 [96]) sind der Ansicht, dass unter Berücksichtigung der generellen Patienteninteressen ein gesetzlicher Schutz vor dem Zugriff auf CIRS durch Behörden und Dritten erforderlich ist. Die Stiftung Patientensicherheit Schweiz begrüsst die Inhalte des Gutachtens und hat hierzu [eine Stellungnahme](#) verfasst.

**Postulat 20.3463 (Jositsch, 2020): Redlichkeitskultur im Schweizer Recht**

Der Bundesrat wurde in [Postulat 20.3463](#) beauftragt, «zu prüfen, wie in der Aviatik, im Gesundheitswesen oder in anderen hochsicherheitsrelevanten Bereichen das Prinzip der Redlichkeitskultur («Just Culture», «Fehlerkultur») im Schweizer Recht als generelles Prinzip eingeführt werden kann» (Jositsch, 2020). Das Postulat wurde angenommen und der Bundesrat beauftragte das Bundesamt für Justiz mit der Aufarbeitung des Themas. Aufgabe war es, einen Überblick über die verschiedenen Rechtsgrundlagen und Praktiken zu schaffen, in denen die Idee einer JC in der Schweiz aufgenommen worden ist. Auch sollten die rechtlichen und praktischen Fragestellungen aufgezeigt werden, die sich aus einer Einführung einer JC als generelles Prinzip in das Schweizer Recht ergeben würden. Weiter sollte nach Beispielen gesucht werden, wie in anderen Staaten eine JC umgesetzt wird. Der Auftrag für diese Untersuchungen wurde an die Foundation for Aviation Competence (FFAC) vergeben, die ein *Forschungsstudie zur Just Culture* durchführte (FFAC, 2022 [97]). Auf Basis der Ergebnisse dieser Untersuchungen hat der Bundesrat einen Bericht mit dem Titel [Fehlerkultur: Möglichkeiten und Grenzen ihrer rechtlichen Verankerung](#) (2022) verfasst.

## [Fehlerkultur: Möglichkeiten und Grenzen ihrer rechtlichen Verankerung \(2022\) - Bericht des Bundesrates in Erfüllung des Postulats 20.3463](#)

Die Einführung einer Fehlerkultur kann massgeblich dazu beitragen, die Sicherheit von Systemen in Hochsicherheitsbereichen zu erhöhen, indem offen mit Fehlern umgegangen und aus ihnen gelernt wird. Besonders in den verschiedenen hochsicherheitsrelevanten Bereichen besteht das Bedürfnis, eine JC auf allen Ebenen (auch der gesetzlichen) umzusetzen. Im Bericht wird festgehalten, dass der Bundesrat diese Ansicht teilt, «unter Vorbehalt der folgenden Ausführungen: Aufgrund der bereichsspezifischen Besonderheiten und der unterschiedlichen Regelwerke kann die Idee der Fehlerkultur nicht, wie es das Postulat verlangt, als allgemeines, bereichsübergreifendes Prinzip in das Rechtssystem eingeführt werden» (...) «Vielmehr sollte ein bereichsspezifischer Ansatz verfolgt werden. In Bereichen, in denen ein gesetzgeberischer Handlungsbedarf besteht, muss die Regelung nach Ansicht des Bundesrates den folgenden Leitsätzen Rechnung tragen: (1) Es muss ein Meldeverfahren eingeführt und eine Stelle mit der Entgegennahme und Bearbeitung der Meldungen beauftragt werden. (2) Die Art der meldepflichtigen Ereignisse muss festgelegt werden. (3) Der Verzicht auf die Strafbarkeit der fahrlässigen Tatbegehung ist im Einzelfall vertieft zu prüfen. (4) Der Grundsatz, wonach sich in einem Strafverfahren niemand selbst belasten muss, ist zu beachten. (5) Punktuelle Einschränkungen der Anzeigepflichten der Aufsichtsbehörden sind zu prüfen. (6) Es ist zu regeln, wie die Informationen, die in Meldesystemen enthalten sind, in einem Verwaltungsverfahren von der Aufsichtsbehörde verwendet werden können» ([Fehlerkultur: Möglichkeiten und Grenzen ihrer rechtlichen Verankerung](#), Bundesrat, 2022). Auch wenn neue Lösungen gefunden werden sollen, müssen die Prinzipien des schweizerischen Rechtssystems umgesetzt werden, wie die Wahrung der Interessen von Personen, die durch ein Fehlverhalten geschädigt wurden, die Garantie der gleichmässigen Durchsetzung des staatlichen Strafanspruchs und die Sicherstellung der Gleichbehandlung bei Strafverfolgung.

### [Vierjahresziele zur Qualitätsentwicklung 2022-2024 des Bundesrats](#)

Das Handlungsfeld Kultur (K1) der [Vierjahresziele zur Qualitätsentwicklung 2022-2024](#) des Bundesrats umfasst die Errichtung einer JC in der Schweiz und beschreibt, dass die Gesundheitsorganisationen die Prinzipien einer JC anwenden und damit die Fehlerkultur unterstützen sollen. In Qualitätsverträgen und Qualitätsmessungen durch die Qualitätsvertragspartner sollen die Prinzipien einer JC ebenfalls berücksichtigt und eingeschätzt werden. Um einheitliche Begrifflichkeiten und Standards zu etablieren, soll die EQK den zuständigen Behörden und Verbänden Empfehlungen sowie eine landesweit geltende JC Definition zur Verfügung stellen.

### [Strategie zur Qualitätsentwicklung in der Krankenversicherung \(Qualitätsstrategie\) \(2022\)](#)

In der [Strategie zur Qualitätsentwicklung in der Krankenversicherung](#) von 2022 wird unter dem Punkt Handlungsfelder 6.1 Kultur das Thema JC als Bestandteil einer Safety Culture aufgegriffen. Eine JC soll in den Gesundheitsorganisationen gefördert werden, z.B. durch die Erarbeitung eines JC-Konzepts. Auch der rechtliche Rahmen zur Unterstützung einer JC soll geprüft werden.

#### 8.1.1.2 Kantone

##### [Fehlermeldesysteme und Just Culture](#)

Mehrere Kantone verpflichten ihre Spitäler dazu, ein CIRS zu führen (FFAC, 2022). Der Kanton Graubünden beispielsweise verpflichtet seine Spitäler in der [Spitalliste](#) dazu, ein CIRS einzusetzen und sich am CIRNET (Critical Incident Reporting & Reacting NETwork) der Stiftung Patientensicherheit Schweiz zu beteiligen. Der Kanton St. Gallen hält in den [Spezifikationen zu den jeweiligen Spitallisten](#) unter dem Stichwort Qualitätssicherung fest, dass die Listenspitäler ein spitalweites CIRS zu implementieren haben. Eine vergleichbare Verpflichtung ist in den [Generellen Anforderungen](#) der Spitalliste des Kantons Aarau sowie in den [Weitergehenden generellen Anforderungen](#) und Erläuterungen an die Listenspitäler des Kantons Zürich formuliert. Andere Kantone ordnen die Pflicht zur Einführung eines spitalweiten CIRS auf dem Verordnungsweg an, so der Kanton Basel-Landschaft in § 5 Abs. 2 Bst. b seiner [Verordnung zum Spitalversorgungsgesetz](#) oder der Kanton Solothurn in § 4 Abs. 4 Bst. a der [Verordnung über die Spitalliste](#).

Im Allgemeinen enthalten die kantonalen Erlasse und Beschlüsse aber keine Angaben dazu, inwiefern im Rahmen des CIRS eine JC zu implementieren ist. Entsprechend wird die Einführung und Ausgestaltung einer JC im Bereich des CIRS den Betreibenden der lokalen Meldesysteme überlassen. Es gibt allerdings zwei Ausnahmen:

- **Kanton Zürich:** Der Kanton Zürich erwähnt in seinen [Generellen Anforderungen an die Listenspieler \(2023\)](#), dass das CIRS anonym und vertraulich sowie die betriebsinterne Sanktionsfreiheit der meldenden Person gewährleistet sein muss. Wie genau diese Anforderungen umzusetzen sind, geht aus den Anweisungen des Kantons nicht hervor.
- **Kanton Wallis:** Der Kanton Wallis ist der einzige Kanton, der die Mitarbeitenden der Gesundheitsinstitutionen dazu verpflichtet, Zwischenfälle zu melden. Als Gegengewicht zu dieser gesetzlichen Meldepflicht bestimmt Art. 44 Abs. 4 Satz 2 des [Walliser Gesundheitsgesetzes](#), dass die *disziplinarische Immunität* der meldenden Personen *im Falle eines leichten Zwischenfalls garantiert* ist.

#### Umsetzung einer Just Culture in der Gesundheitsbehörde

Weenink et al. [98] beschäftigten sich mit der Frage, ob sich eine JC in einer Gesundheitsbehörde, die Regulierungs- und Aufsichtsbehörde ist, umsetzen lässt. Sie fanden heraus, dass (1) Fach- und Führungskräfte in Gesundheitsorganisationen die Aufsichtsbehörde als potenziellen Katalysator für Lernprozesse wahrnehmen, z. B. als Anstoss für eine gründliche Untersuchung von unerwünschten Ereignissen, aber auch als potenzielles Hindernis, da ihre Präsenz die Offenheit der Mitarbeitenden einschränkt. (2) Eine JC wird als relational und vielschichtig betrachtet, was bedeutet, dass die Beziehungen zwischen verschiedenen Ebenen innerhalb oder ausserhalb der Organisation eine JC behindern oder fördern können. (3) Um eine JC zu ermöglichen, müssen Behördenvertreter ein Gleichgewicht finden zwischen der Zeit, die Organisationen brauchen, um die Verantwortung für Qualitäts- und Sicherheitsprobleme zu übernehmen, und dem rechtzeitigen Eingreifen der Gesundheitsbehörden, wenn die Gesundheitsdienstleister nicht willens oder in der Lage sind, zu handeln.

Wenn die Gesundheitsbehörden beabsichtigen, die Entwicklung einer JC in Gesundheitsorganisationen zu ermöglichen, müssen sie Regulierungsverfahren einführen, die Reflexion und Lernen innerhalb der Organisationen unterstützen und gegenseitiges Vertrauen als ein wesentliches Regulierungsinstrument betrachten [98].

Exemplarisch wurde die Gesundheitsbehörde eines Schweizer Kantons von der SPS zur Umsetzung einer JC befragt. In dieser Gesundheitsbehörde gelingt gemäss Aussagen der Amtsleitung die Umsetzung einer JC in der Behörde selbst und auch in der Zusammenarbeit mit den Gesundheitsinstitutionen: Die Gesundheitsbehörde gibt in groben Zügen vor, welche Ziele vor oder nach einem unerwünschten Ereignis erfüllt werden müssen. Die Umsetzung hingegen liegt in der Verantwortung der Gesundheitsinstitutionen. Diese sollen über Veränderungsmöglichkeiten zur Verbesserung der Patientensicherheit nachdenken und für sich passende Lösungen suchen und umsetzen. Durch die Auseinandersetzung mit den Themen Patientensicherheit, PSC und JC findet Lernen statt, sodass auch eine nachhaltige Umsetzung besser gewährleistet ist. Die Gesundheitsbehörde hat die Haltung, dass die Gesundheitsinstitutionen die Verantwortung zur Umsetzung übernehmen müssen. Ist dies nicht der Fall oder sind weiterhin Personen in Gefahr, schreitet die Gesundheitsbehörde ein.

### 8.1.2 Gesundheitswesen Mesoebene

#### 8.1.2.1 Fédération des Hopitaux Vaudois (FHV): Culture de la sécurité des patients

Die [Fédération des Hopitaux Vaudois](#) (FHV) hat im Jahr 2010 einen Entscheidungsbaum für die Incident-Liability-Analyse ausgearbeitet. Den Ausschlag dafür gab damals eine erste Umfrage zur PSC. Die Mitarbeitenden der Gesundheitsorganisationen gaben an, dass sie Fehler und Ereignisse in der Versorgung nicht konsequent meldeten, manchmal aus Angst vor Sanktionen. Diese Erkenntnis veranlasste die FHV, eine Arbeitsgruppe zu bilden, die sich mit Meldungen von unerwünschten Ereignissen und dem konstruktiven und respektvollen Ereignismanagement beschäftigte. Es wurde ein Entscheidungsbaum eingeführt, zu dessen Umgang Schulungen stattfanden. Seit der Einführung des Ansatzes und des Entscheidungsbaumes vor 14 Jahren gab es nur in wenigen Institutionen Aktualisierungen. Das Tool ist daher heute teilweise unbekannt.

#### 8.1.2.2 Unimed Suisse: Befragung der Schweizer Universitätsspitäler zur Patient Safety Culture

Vom 15.2. bis zum 15.3.2023 führten die fünf Universitätsspitäler zum ersten Mal eine Mitarbeitendenvollbefragung zur PSC durch. Die Befragung soll aufzeigen, in welchen Bereichen die PSC bereits sehr ausgeprägt ist und in welchen Bereichen sie weiter gestärkt werden kann. Als Befragungsinstrument wurde der Hospital Survey on Patient Safety Culture der AHRQ eingesetzt. Bis anhin wurden nur Daten in den Bereichen *Informationsaustausch bei Verlegungen und Schichtwechsel* und *Personalbestand*

und Arbeitstempo veröffentlicht, die aber wenig Bezug zu JC aufweisen [99]. Bis zum Abschluss dieses Berichts konnten von den Studienverantwortlichen leider keine weiteren Daten zur Verfügung gestellt werden.

### 8.1.2.3 Qualitätsverträge und Zertifizierungen

#### Qualitätsverträge

Die Revision des Krankenversicherungsgesetzes (KVG) *Stärkung der Qualität und Wirtschaftlichkeit* fordert im Art. 58a den Abschluss von gesamtschweizerischen Verträgen über die Qualitätsentwicklung zwischen den Verbänden der Leistungserbringer und der Krankenversicherer (Qualitätsverträge). Bis anhin wurde noch kein Vertrag genehmigt. Der am weitesten fortgeschrittene Vertragsentwurf betrifft den Spitalbereich. Der Vertragsentwurf wurde Anfang 2022 eingereicht. Mitte November 2022 folgte darauf ein Feedback des BAG. Im Dezember 2023 wurde der überarbeitete Vertrag erneut eingereicht. Eine Genehmigung ist noch ausstehend ([H+ Die Spitäler der Schweiz: Qualitätsvertrag – H+ Die Spitäler der Schweiz \(hplus.ch\)](#)).

In Anhang 2 des Vertragsentwurfs *Handlungsfelder mit Mindestanforderungen, Qualitätsmessungen und Umsetzung der Ziele des Bundesrates zur Qualitätsentwicklung* wird das Handlungsfeld Qualitätskultur als «Implementieren von Massnahmen zur Förderung der interdisziplinären und interprofessionellen Lern- und Kommunikationskultur (bspw. JC), die das Qualitäts- und Sicherheitsbewusstsein der Mitarbeitenden auf allen Ebenen des Betriebs stärken» beschrieben. Ziel dieses Handlungsfelds ist das Umsetzen einer Lern- und Kommunikationskultur auf allen Ebenen des Betriebs. Die Mindestanforderungen für Spitäler und Kliniken bestehen im Betreiben eines CIRS und einer zusätzlich anerkannten Qualitätsverbesserungsmassnahme (z.B. Interaktives Lernen im Room of Horrors, Interprofessionelle Peer Reviews). Im Dokument zur Qualitätsverbesserungsmassnahme des CIRS wird Folgendes vorgegeben: «Mitarbeitende sind über die anonyme und sanktionsfreie Möglichkeit einer Meldung informiert und in der Handhabung des Systems geschult».

#### Zertifizierungen

Zertifizierungen bieten eine Möglichkeit nach Aussen aufzuzeigen, dass bestimmte Anforderungen/Standards eingehalten werden – dies kann im Gesundheitsbereich für Patientinnen und Patienten, Krankenversicherer, aber auch für die politischen Behörden und für potenzielle Mitarbeitende interessant sein. Für diesen Bericht wurden exemplarisch die Webseiten unterschiedlicher Zertifizierungsstellen (SanaCert, Swiss Leading Hospitals, Externe Qualitätsförderung in der ambulanten Medizin - Equam, Swiss Care Excellence Certificate, IVR, BS ISO 7101:2023 und European Foundation for Quality Management - EFQM) nach Hinweisen auf eine JC untersucht. Von den sieben untersuchten Zertifizierungsstellen thematisieren zwei Stellen die Sanktionsfreiheit bei Meldungen bzw. eine Atmosphäre, die Straffreiheit fördert. Bei zwei weiteren Zertifizierungen wird PSC thematisiert.

### 8.1.3 Gesundheitswesen Mikroebene

#### 8.1.3.1 Just Culture in der Schweizer Gesundheitsforschung

JC ist in der Schweizer Gesundheitsforschung aktuell noch ein wenig beforschtes Thema. Es gibt aber einige Studientätigkeiten im Bereich PSC, in denen zum Teil auch einzelne Aspekte von JC thematisiert werden.

#### 8.1.3.2 Befragung SPS von Schweizer Gesundheitsorganisationen zur Umsetzung einer Just Culture

Interviews mit sechs Patientensicherheitsverantwortlichen unterschiedlicher Gesundheitsorganisationen in der Schweiz, die mit einem CIRS arbeiten, zeigte, dass das Konzept JC wenig bekannt ist und kaum damit gearbeitet wird. Es gibt kein offizielles Commitment zu einer JC, es fehlen Vorgaben, es wird nicht mit expliziten Tools gearbeitet und die Führungskräfte und Mitarbeitenden werden nicht im Thema ausgebildet. In der Romandie wird teilweise mit einem JC-Tool gearbeitet und die Führungskräfte werden zum Teil in der Anwendung eines JC-Entscheidungsbaums geschult.

#### 8.1.4 Erfolgsfaktoren für den Aufbau einer Just Culture in Organisationen des Gesundheitswesens

Die befragten Personen des Gesundheitswesens auf Makro-, Meso- und Mikroebene haben die folgenden Faktoren als besonders relevant für die Einführung und nachhaltige Umsetzung einer JC im Gesundheitswesen der Schweiz angegeben:

- Die oberste Führungsebene sollte von Massnahmen überzeugt sein, sie mittragen und als Vorbild für die Mitarbeitenden dienen, Führungspersonen müssen geschult werden.
- Bei der Einführung von JC kann Ängsten und Bedenken von Führungskräften begegnet werden, indem sie zuerst in das Thema eingeführt werden und erst nach ihnen alle anderen Mitarbeitenden ausgebildet werden.
- Trennen von Strafdelikten ist nötig.
- Die Alltagstätigkeit sollte durch JC-Massnahmen erleichtert werden. Es sollte kein Zusatzaufwand in der Praxis nötig sein. Dann werden Neuerungen besser angenommen. Beispielsweise könnten Hilfsmittel zur Erleichterung von Betriebsabläufen, der Führungsarbeit, dem Umgang mit Patienten und Patientinnen etc. angeboten werden, die sich Betriebe und Institutionen holen können.
- Basiserhebung der PSC durchführen
  - um zu steuern, wo Massnahmen ergriffen werden sollen,
  - um zu erkennen, ob Massnahmen erfolgreich sind,
  - als Argumentarium, um die höchste Führungsebene von der Notwendigkeit Massnahmen ergreifen zu müssen, zu überzeugen.
- Die Zusammenarbeit von Patientensicherheitsbeauftragten über die Organisationsgrenze hinaus dient der gegenseitigen Unterstützung und dem Austausch von Wissen und Erfahrungen.
- Die Persönlichkeit der Patientensicherheitsbeauftragten spielt eine wichtige Rolle. Überzeugungs-fähigkeit, Positivität, Motivationsfähigkeit und Einfühlungsvermögen sind wichtige Fähigkeiten.

## 8.2 Andere Bereiche

Es wurde in den Bereichen Verkehr, Militär und der Kernenergie zu Aktivitäten im Bereich JC/Sicherheitskultur recherchiert. Die Erkenntnisse basieren auf Internetrecherchen und Interviews.

### 8.2.1 Andere Bereiche: Makroebene

#### 8.2.1.1 Bundesamt für Zivilluftfahrt (BAZL)

Meldungen zu Ereignissen in der Zivilluftfahrt müssen an das zuständige Bundesamt für Zivilluftfahrt (BAZL) gemacht werden. In der [Just Culture Erklärung des Direktorats BAZL](#) (2021) wird beschrieben, dass meldende Personen keine Nachteile auf der Grundlage der Informationen erfahren, die sie dem BAZL im Rahmen des Meldewesens übermittelt haben. Dieser Grundsatz gilt, insofern nicht Vorsatz oder ein gravierender Mangel an beruflicher Sorgfaltspflicht vorliegt.

#### 8.2.1.2 Reporting Office for Just Culture in Civil Aviation (ROJCA)

Die [Meldestelle für Just Culture in der Zivilluftfahrt](#) (Reporting Office for Just Culture in Civil Aviation, ROJCA ) [100] ist eine Meldestelle im UVEK (Eidgenössische Departement für Umwelt, Verkehr, Energie und Kommunikation), die der JC und insbesondere dem Schutz der Informationsquelle einer Ereignismeldung im Bereich der Schweizerischen Zivilluftfahrt dient. Personen, die mutmassliche Verstösse gegen den Schutz der Informationsquelle von Seiten ihrer Behörden, ihres Unternehmens oder ihrer Organisationen beobachten, können die Meldestelle darüber in Kenntnis setzen. Nach Prüfung des Sachverhaltes erlässt die Meldestelle gegebenenfalls Empfehlungen an die zuständigen nationalen Behörden. Die Meldestelle basiert auf der Verordnung ([EU](#)) Nr. 376/2014 Art. 16(12).

#### 8.2.1.3 Sicherheitsuntersuchungen von Zwischenfällen im Verkehrswesen

Die [Schweizerische Sicherheitsuntersuchungsstelle](#) (SUST) ist die staatliche Behörde der Schweizerischen Eidgenossenschaft, die den Auftrag hat, Unfälle und gefährliche Ereignisse von Bahnen, Luftfahrzeugen und Schiffen zu untersuchen. Durch diese Tätigkeit sollen nicht nur die unmittelbaren Ursachen solcher Ereignisse ermittelt, sondern auch deren tieferliegende Gründe und weitere mit ihnen verbundene Risiken gefunden werden. Die Untersuchungen bestehen aus einer unabhängigen Abklärung der technischen, betrieblichen und menschlichen Umstände und Ursachen, die zum Ereignis geführt haben. Die Untersuchungen haben ausschliesslich zum Ziel, die Sicherheit im Verkehrswesen zu verbessern, das heisst, ähnliche Zwischenfälle in der Zukunft zu verhüten. Die Berichte richten sich an Fachleute der betreffenden Branchen und an die interessierte Öffentlichkeit, sie richten sich explizit nicht an Strafverfolgungs- und Administrativbehörden.

Die [742.161 Verordnung über die Sicherheitsuntersuchung von Zwischenfällen im Verkehrswesen](#) beschreibt in Art. 24 Verwendung von Auskünften in Strafverfahren, dass die von einer Person im Rahmen

einer Sicherheitsuntersuchung erteilten Auskünfte in einem Strafverfahren nur mit deren Einverständnis verwendet werden dürfen.

#### 8.2.1.4 Just Culture in der Kernenergie

Die Betreiberinnen der Kernkraftanlagen werden in den Safety Standards der Internationalen Atomenergie Agentur IAEA [101] sowie in den Berichten und Richtlinien des Eidgenössische Nuklearsicherheitsinspektorat ENSI dazu aufgefordert, eine Kultur des Vertrauens zu schaffen. Wie Mitarbeitende ermutigt werden zur Meldung von sicherheitsrelevanten Informationen, ist jeweils im Managementsystem beschrieben. Gewisse Meldepflichten der Bewilligungsinhaberinnen sind in den Gesetzen, Verordnungen und Richtlinien geregelt. Das Kernenergierecht kennt keine Bestimmungen zum Schutz der Meldenden. Das Schweizer Recht steht damit im Konflikt: Die Meldepflichten des Kernenergierechts verstossen gegen den nemo-tenetur-Grundsatz, wenn der oder die Meldende damit rechnen muss, dass aufgrund der Meldung ein Strafverfahren eröffnet wird. Des Weiteren steht die Anzeigepflicht des ENSI an die Bundesanwaltschaft im Widerspruch zur JC, denn das Kernenergierecht kennt keine Relativierung der Anzeigepflicht des ENSI (vorgesehen im Bereich Strahlenschutz, 2024). Das ENSI hat also aktuell keine Möglichkeit, bei der Aufsichtstätigkeit eine JC umzusetzen, da die rechtlichen Vorgaben dies verhindern.

#### 8.2.2 Andere Bereiche: Mesoebene

Es gibt eine [Just Culture Plattform in der Schweiz](#), die sich für die Verankerung der JC im Schweizer Recht einsetzt. Damit soll die Sicherheit in der Aviatik sowie in weiteren sicherheitsrelevanten Bereichen wie der Medizin gefördert werden.

#### 8.2.3 Andere Bereiche: Mikroebene

##### 8.2.3.1 Just Culture in der Schweizer Forschung

Im Jahr 2022 wurde durch die Foundation for Aviation Competence (FFAC) im Auftrag des Bundesamts für Justiz zum Thema JC ein internationaler Rechtsvergleich und eine Stakeholderanalyse in unterschiedlichen Branchen der Schweiz durchgeführt [97]. Für die Stakeholderanalyse wurden 58 ausgewählte Akteurinnen und Akteure aus den Gebieten der Zivil- und Militäraviatik, des Gesundheitswesens, der Eisenbahn, der Seilbahnen und der Kernenergie befragt. Es zeigte sich, dass in Bezug auf die Gesetzesgrundlagen sowie auf die Ausprägung und Verbreitung von internen und externen Meldesystemen grosse Unterschiede bestehen. In der Schweiz ist nicht nur die Zivilaviatik verpflichtet, Fehler zu melden. Auch in den Bereichen der Kernenergie sowie der Eisen- und Seilbahnen bestehen ähnliche Meldepflichten. Das Gesundheitswesen hingegen kennt das freiwillige Meldesystem CIRS und die damit verbundene Plattform CIRNET. Aus Stakeholdersicht ergeben sich vier Handlungsfelder: (1) die Abhängigkeit externer Meldestellen, (2) die Abgrenzung der JC im Strafrecht, (3) die Einordnung von Tatbeständen im Bezug zu den Grenzen der JC und (4) die Finanzierung von Meldesystemen.

##### 8.2.3.2 Just Culture in ausgewählten Organisationen

###### Schweizer Luftwaffe

Eine JC ist für eine lernende Organisation zur Erhöhung der Sicherheit von Flugoperationen wichtig. Voraussetzung ist eine offene Feedback- und Fehlerkultur. Ein internes Meldesystem erlaubt es, Trends und Risiken frühzeitig zu erkennen und Massnahmen in den verschiedensten Bereichen zu treffen. Um ein möglichst umfassendes Bild von der Realität zu erhalten, sind möglichst viele Meldungen erforderlich. Die Bereitschaft zu Meldungen basiert auf einem gelebten Vertrauensverhältnis innerhalb der Organisation sowie der strikten Trennung der Prozesse und Daten von denjenigen der Strafverfolgungsbehörden. Allerdings sind bei schweren Vorfällen oder Unfällen die Daten des Meldesystems nicht vor einem Zugriff der Justiz geschützt. Handlungen mit Verdacht auf kriminelle, mutwillige oder destruktive Hintergründe werden zudem den Linienvorgesetzten oder der Militärjustiz gemeldet. Die Themen Flugsicherheit, Sicherheitskultur und JC werden von der Führung stark unterstützt. Es gibt regelmässige Safety Management System Aus- und Weiterbildungen für die Mitarbeitenden.

Die Schweizer Luftwaffe arbeitet seit 2020 mit einem selbst entwickelten JC-Guide, der zur Flight Safety Policy gehört. Das Tool ist für Vorgesetzte aus dem mittleren Kader als Hilfsmittel gedacht, um mit Mitarbeitenden Gespräche zu führen, wenn ein Ereignis stattgefunden hat. Teilweise wird es im Gespräch zusammen mit Mitarbeitenden eingesetzt, z.B. auch zur Selbsteinschätzung durch die betroffene Person. Die Rückmeldungen zum Umgang mit dem Tool sind vorwiegend positiv. Es bringt eine gewisse

Struktur und Klarheit in die Gespräche und zeigt auf, wo die Grenze gezogen wird zu nicht tolerierbarem Verhalten. Wichtig ist auch, dass der JC-Guide aufzeigt, dass es nur in sehr wenigen Fällen überhaupt zu einer Fehlhandlung kommt, die mit dem Leitfaden bearbeitet werden soll.

### Skyguide

Die Luftfahrtbranche stellt einen hochregulierten Bereich dar, in dem Sicherheit und JC in europäischen Gesetzen, die auch für die Schweiz gelten, vorgeschrieben sind. Dies führt dazu, dass Institutionen gewisse Anstrengungen zu Sicherheit und JC vornehmen, ohne dass über finanzielle Rechtfertigungen für diese Sicherheitsmassnahmen nachgedacht werden muss. Skyguide hat sich nach einem tragischen Ereignis im Jahr 2002 intensiv mit Sicherheitsthemen befasst und es wurde eine Kulturveränderung hin zu einer JC eingeleitet. Seit 2015 gibt es eine JC Policy. Grundannahmen dieser Policy sind, dass die Mitarbeitenden von Skyguide ihre Arbeit nach bestem Wissen und Gewissen durchführen. Fehler können auftreten und werden nicht als persönliches Versagen einer Person angesehen und nicht bestraft. Vielmehr wird gegenseitiges Vertrauen, Offenheit und faires Verhalten gegenüber allen Mitarbeitenden angestrebt und gefördert. Dadurch soll es den Mitarbeitenden leichter fallen, über Fehler und Probleme zu sprechen. Personen, die Vorfälle melden, wie auch Daten und Informationen, werden besonders geschützt. Die Anonymität von Personen ist in internen Richtlinien festgelegt. Im Falle einer externen Untersuchung werden Mitarbeitende unterstützt. Sicherheitsrelevante Daten und Informationen werden genutzt, um daraus zu lernen und sich zu verbessern. Skyguide toleriert weiterhin keine vorsätzlichen Verstösse, Grobfahrlässigkeit oder vorsätzliche Schädigung. Im Falle eines zweifelhaften Verhaltens wird jeder Fall fair und gerecht behandelt. Skyguide arbeitet nicht mit Entscheidungshilfen, sondern verfolgt den Gedanken der RJC [7]. Wenn nicht klar ist, wie das Verhalten von Mitarbeitenden zu deuten ist, wird ein Safety Arbitration-Prozess in Gang gesetzt. In diesem 2016 konzipierten Prozess ziehen drei speziell geschulte Safety Arbitrators (Sicherheits-Schiedsrichter) die Grenze zwischen akzeptiertem und nicht-akzeptiertem Verhalten. Dieser Prozess wird nur in besonderen Situationen initiiert, wenn die Kommunikation zwischen den Parteien nicht möglich oder erfolglos war: (1) Im Falle von Zweifeln an betrieblichen oder technischen Praktiken im Zusammenhang mit der Bereitstellung von sicheren Rahmenbedingungen und Prozessen; (2) Bei Zweifeln am ordnungsgemässen Umgang mit Sicherheitsdaten und -informationen; (3) Bei Zweifeln an der angemessenen Verwendung und Anwendung von internen Sicherheitsprozessen; (4) Darüber hinaus, wenn sich Mitarbeitende durch eine Entscheidung in einem der oben genannten Fälle ungerecht behandelt fühlt. Dabei sieht sich Skyguide mit einer spezifischen Herausforderung konfrontiert: In der Organisation wird eine JC gefördert und gelebt (interne JC), aber ausserhalb der Organisation spiegelt sich dies im schweizerischen Justizsystem und der Medienlandschaft nicht wider (externe JC).

### SBB

Bei den Schweizerischen Bundesbahnen wird der Begriff Just Culture nicht verwendet. Es gibt aber eine unveröffentlichte Fairness Guideline, die Parallelen zu JC-Prinzipien aufweist. Hier handelt es sich um definierte Richtlinien zu den Punkten Fairness, Offenheit, Weiterentwicklung und Achtsamkeit & vorausschauendes Handeln.

#### 8.2.4 Erfolgsfaktoren für den Aufbau einer Just Culture aus unterschiedlichen Branchen

Die befragten Vertreterinnen und Vertreter der unterschiedlichen Branchen auf der Mikroebene haben die gewisse Faktoren als besonders relevant für die Einführung und nachhaltige Umsetzung einer JC benannt (s. Tabelle 9).

**Tabelle 9** Erfolgsfaktoren für den Aufbau einer Just Culture aus unterschiedlichen Branchen.

Schweizer Luftwaffe	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Ein Top down-Ansatz ist zwingend nötig. Die Führungspersonen können durch Kaderanlässe sensibilisiert und geschult werden. Eine Arbeitsgruppe zur JC und ihrer Umsetzung unterstützt, dass die Haltung weitergetragen wird.</li> <li>– Sicherheitsfachpersonen müssen nah bei der Führung sein und der Zugang zur Führung muss niederschwellig sein (Chef Flugsicherheit ist direkt dem Kommandanten der Luftwaffe unterstellt).</li> <li>– Es soll ein internes Netzwerk aufgebaut werden, um Multiplikatorinnen und Multiplikatoren sowie Vertrauenspersonen in der Basis zu haben. Ausserdem wachsen so bereits sicherheitsbewusste Personen evtl. in Kaderpositionen hinein.</li> </ul>
Skyguide	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Ein starkes Motiv, um eine JC einzuführen und nachhaltig umzusetzen. Was ist der wirkliche Treiber? Was möchte man damit erreichen? Was ist das Ziel davon? Ist man wirklich überzeugt davon, dass eine JC zu einer Verbesserung der Sicherheit führt? Kann man damit sowohl soziale als auch ökonomische Effizienz steigern?</li> <li>– Das Commitment und wenn möglich auch die Initiation durch das Top-Management, das eine tiefe internale Überzeugung hat, eine JC umsetzen zu wollen.</li> <li>– Regulatorischer Rahmen und Kontext sollte zur Unterstützung vorhanden sein, z.B. auch moralische Ansätze (<i>es geht um Menschenleben</i>).</li> <li>– Die Ausbildung von Führungskräften im Bereich JC ist sehr wichtig und es braucht immer wieder Refresher und Möglichkeiten, damit das eigene Führungsverhalten in Bezug auf eine JC reflektiert werden kann. Jeder Mensch, auch eine Führungsperson, wird Fehler machen, denn er ist von Wahrnehmungsverzerrungen beeinflusst. Es ist eine regelmässige Auseinandersetzung mit dem Thema nötig.</li> </ul>
SBB	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Man muss wissen, wo man steht und wohin man will und wie man die Lücke überwinden will.</li> <li>– Oberstes Management muss sich für die Sicherheit engagieren, die Vorbildfunktion wahrnehmen und wirklich nicht bestrafen; Glaubwürdigkeit muss vorhanden sein.</li> <li>– Schulungen und Kampagnen sind ebenfalls wichtig.</li> </ul>

**Zusammenfassung *Patient Safety Culture und Just Culture in der Schweiz***

*Gesundheitswesen*

Auf der Makroebene des Gesundheitswesens wird auf Bundesebene in der Qualitätsentwicklung und Qualitätsstrategie eine Entwicklung hin zu einer JC angestrebt. Konkrete Umsetzungspläne und Massnahmen gibt es noch nicht. Einzelne Kantone haben bereits erste Schritte zur Implementierung einer JC unternommen. Es gibt bisher aber noch wenig konkrete Angaben (z.B. dazu, inwiefern im Rahmen eines CIRS eine JC zu implementieren ist).

Bereits bestehende Aktivitäten auf der Mesoebene beschränken sich auf die Erstellung und Implementierung eines Entscheidungsbaums im Kanton Waadt im Jahr 2010. Zudem gibt es einzelne Zertifizierungen, in denen Anforderungen zu Sanktionsfreiheit und PSC definiert sind.

Auf der Mikroebene gibt es wenig Aktivität im Bereich JC. Abgesehen von der Romandie gibt es in den Gesundheitsinstitutionen kein offizielles Commitment zu einer JC. Es fehlen Vorgaben, es wird nicht mit Tools gearbeitet und die Führungskräfte und Mitarbeitenden werden nicht im Thema ausgebildet.

*Andere Branchen*

Auf der Makroebene ist eine JC vor allem in der Luftfahrt stark etabliert. Auch auf der Mesoebene gehen viele Bemühungen zu einer JC von der Aviatik aus. Best Practice Beispiele, die die Mikroebene betreffen, kommen ebenfalls vor allem aus der Luftfahrtbranche. Hier gibt es eine JC Policy; JC-Tools werden eingesetzt und Führungskräfte und Mitarbeitende werden in JC Themen ausgebildet.

## 9 Tools Just Culture/Patient Safety Culture

Vier Datenbanken (PubMed, AHRQ, Cochrane und Google Scholar) wurden nach Studien durchsucht, die sich mit Instrumenten zur Bewertung von JC/PSC befassen haben. Dabei wurde die Suche auf den Publikationszeitraum 2001 bis 2022 begrenzt. Folgender Suchstring wurde eingesetzt: ('acute care' OR 'hospital') AND ('just culture' OR 'safety culture' OR 'culture of safety' OR 'safety climate' OR 'safety attitude') AND ('survey' OR 'questionnaire' OR 'tool' OR 'instrument' OR 'measure\*' OR 'assess\*') AND ('patient safety').

Zusätzlich wurden auch Studien aus den Referenzlisten der eingeschlossenen Studien und aus Google Scholar ermittelt. Die im Internet verfügbare graue Literatur und die Websites von Gesundheitsorganisationen, die sich mit PSC und einer JC beschäftigen, wurden nach zusätzlichen Hinweisen auf Instrumente durchsucht. Um in die Tool-Übersicht zu JC/PSC aufgenommen zu werden, mussten die Dokumente über empirische Forschung, Studien oder Best Practices zu Instrumenten zur Bewertung der JC, PSC oder Patientensicherheitsklima in einer Organisation des Gesundheitswesens berichten. Es wurden Fragebögen zur quantitativen Messung einer JC/PSC, Reifegradmodelle zur qualitativen Einschätzung, Entscheidungshilfen zur qualitativen Bewertung von Verhaltensweisen, Frameworks zur Entwicklung und Einschätzung einer JC und Tools, die wichtige Faktoren einer JC/PSC unterstützen, gefunden.

### 9.1 Messung von Just Culture/Patient Safety Culture

Für die explizite Messung einer JC gibt es einen Fragebogen, das Just Culture Assessment Tool (JCAT) von Petschonek et al. [102]. Der Fragebogen wurde validiert und in einigen wenigen Studien eingesetzt. Er umfasst sechs Dimensionen: balance, trust, openness of communication, quality of the event reporting process, feedback and communication about events, overall goal of continuous improvement. Die einzelnen Items können [hier](#) nachgelesen werden. Das Instrument wurde von Walker et al. [103] für den Bereich Pflegeausbildung weiterentwickelt, validiert und in einigen wenigen Studien eingesetzt.

Da es nur einen expliziten Fragebogen für das Konzept JC gibt, wurde die Suche erweitert nach Instrumenten, die PSC messen und Dimensionen von JC enthalten. Eine Übersicht über die gefundenen Instrumente und ihre psychometrischen Angaben ist in Anhang 3 zu finden.

Churucca et al. führten 2021 [104] einen systematischen Review zum Thema *mixed methods for assessing safety culture in hospitals* durch. Insgesamt wurden 682 Studien eingeschlossen. Die beiden mit Abstand am häufigsten eingesetzten quantitativen Instrumente sind der Hospital Survey on Patient Safety Culture [105] (45.7%) und der Safety Attitudes Questionnaire [106] (30.6%). Beide Fragebögen enthalten Items, die mit JC in Verbindung gebracht werden können (z.B. Response to Error, Communication about Error, Communication Openness, Safety Climate).

### 9.2 Einschätzung von Just Culture/Patient Safety Culture anhand von Reifegradmodellen

Bei Reifegradmodellen werden Reifegradstufen oder -niveaus definiert, die die Vollständigkeit der analysierten Objekte (in der Regel Organisationen oder Prozesse) anhand verschiedener mehrdimensionaler Kriterien bewerten [107–109]. Hudson [110] definiert die Verwendung von Reifegradmodellen in der Sicherheitskultur als ein Kontinuum, das von Organisationen mit unsicheren Kulturen (*pathologische Organisationen*) über solche, die Sicherheit proaktiv managen (*generative Organisationen*), bis hin zu solchen reicht, die sich auf einer Zwischenstufe der Entwicklung befinden (*bürokratische Organisationen*). Es wird davon ausgegangen, dass Organisationen nacheinander diese Stufen durchlaufen, indem sie auf den Stärken aufbauen und die Schwächen der vorherigen Stufen beseitigen [111]. Ein Reifegradmodell ist ein deskriptives Modell, das wesentliche Attribute beschreibt, die eine Organisation auf einer bestimmten Stufe charakterisieren.

Die Anwendung von Reifegradmodellen ist nicht auf einen bestimmten Bereich beschränkt, und Reifegradmodelle können sowohl als Beurteilungsinstrument als auch als Verbesserungsinstrument verwendet werden [112]. Die Bewertung kann anhand einer Matrix oder eines Rasters strukturiert werden. Ein wichtiges Merkmal dieses Reifegradmatrix-Ansatzes ist, dass die Zellen beschreibenden Text für die charakteristischen Merkmale der Leistung auf jeder Stufe enthalten. Basierend auf den Ergebnissen der Analyse können Empfehlungen für Verbesserungsmaßnahmen abgeleitet und priorisiert werden, um höhere Reifegrade zu erreichen [108].

Es gilt zu beachten, dass die Sicherheitskultur einer Organisation sich nicht homogen entwickelt – es gibt immer einzelne Bereiche einer Organisation, in denen sie weiterentwickelt, also *reifer* ist, als in anderen [113]. Ausserdem ist für Mitarbeitende der Zusammenhang zwischen ihrer Organisationskultur

und dem eigenen Verhalten keinesfalls deterministisch: Auch in Organisationen mit pathologischer Sicherheitskultur gibt es Personen, für die Sicherheit oberste Priorität hat.

Filho & Waterson [114] fanden in ihrem Review über Reifegradmodelle und Sicherheitskultur, dass die Verwendung von Reifegradmodellen zur Bewertung der Sicherheitskultur stetig zunimmt, insbesondere in Bereichen wie dem Bauwesen, der Öl- und Gasindustrie und dem Gesundheitswesen. Anekdotische Beispiele lassen vermuten, dass Reifegradmodelle von Organisationen, die einen Einblick in ihre Sicherheitskultur gewinnen wollen, in grossem Umfang genutzt werden. Ein grosser Teil dieser Aktivitäten kann als *Experimentieren* mit Reifegradmodellen bezeichnet werden, insbesondere als Ergebnis enttäuschender Versuche mit anderen Methoden zur Messung der Sicherheitskultur (z.B. niedrige Rücklaufquoten bei Fragebogenuntersuchungen). Viele dieser *Experimente* erscheinen als interne Berichte oder andere Formen des informellen Feedbacks innerhalb einer Organisation und werden daher nicht in Studien veröffentlicht. Filho & Waterson [114] stellten zudem fest, dass sich die meisten Studien auf eine beschreibende Darstellung der Sicherheitskultur unter Verwendung von Reifegradmodellen konzentrieren und nur in begrenztem Umfang versuchen, die Zuverlässigkeit/Gültigkeit der Ergebnisse ihrer Verwendung zu bewerten. Reifegradmodelle konzentrieren sich auf die Prozessaspekte der PSC, und in Übereinstimmung mit anderen Bereichen der Sicherheitswissenschaft besteht ein Bedarf an mehr Fallstudien oder erfahrungsbasierten Berichten darüber, wie sie eingesetzt werden, welche Art von organisatorischen Ergebnissen sich aus ihrem Einsatz ergeben und wie sich diese im Laufe der Zeit verändern und entwickeln können.

Spezifische Reifegradmodelle für das Thema JC konnten nicht gefunden werden. Deshalb wurde die Recherche wiederum auf das Thema PSC ausgeweitet (für detaillierte Ergebnisse s. Anhang 4).

Das *Manchester Patient Safety Framework* [109] ist ein qualitatives Bewertungsinstrument, das Gesundheitsorganisationen und Arbeitsteams dabei unterstützen soll, ihre Fortschritte bezüglich einer PSC einzuschätzen. Er verwendet kritische Dimensionen der Patientensicherheit und beschreibt für jede dieser Dimensionen fünf Stufen einer zunehmend ausgereiften organisatorischen PSC. Es gibt je ein Rahmenwerk für den Akutbereich, den Rettungsdienst, die psychiatrische und die Primär-Versorgung. Die Erstfassung wurde für den Apothekenbereich entworfen [115].

Das *Community Pharmacy Safer Culture Assessment Tool* [116] wurde von der Pharmacy Voice Patient Safety Group entwickelt und baut auf dem MaPSaF auf. Es soll Apothekenteams helfen, ihren Entwicklungsstand in Bezug auf die Patientensicherheit zu verstehen und zu erkennen, dass die Verbesserung der PSC ein Entwicklungsprozess ist, der in mehreren Phasen abläuft. Das Instrument ist nützlich, um Diskussionen innerhalb der Apotheken anzuregen, Unterschiede in der Wahrnehmung des Personals aufzuzeigen und dem Personal zu helfen, zu verstehen, wie eine Gemeinschaftsapotheke mit einer besser etablierten PSC aussehen könnte. Das Instrument eignet sich am besten als teambasierte Selbstreflexions- oder Schulungsübung und ist nicht für das Leistungsmanagement oder für Beurteilungsprozesse gedacht.

Mit der *Frankfurt Patient Safety Matrix* für Hausarztpraxen [117] schätzt das Praxisteam in einem moderierten Teamgespräch die eigene PSC und den eigenen Umgang mit Patientensicherheit ein und bestimmt Massnahmen zur Verbesserung der Patientensicherheit. In regelmässigen Abständen gibt es eine Neueinschätzung mit einer Überprüfung und Anpassung der Massnahmen. Als Ausgangslage dient die Patientensicherheitsmatrix, in der das Arbeitsteam seine Einschätzung direkt eintragen kann.

Das *High Reliability Health Care Maturity Model* [118] unterstützt Gesundheitsinstitutionen dabei, High Reliability mit einer Verminderung von Patientenschädigung zu erreichen. Es beinhaltet drei Hauptdomänen, die eine High Reliability Organisation (HRO) unterstützen: Leadership, PSC und Robust Process Improvement. Diese Domänen und ihre 14 Komponenten beschreiben ein Rahmenwerk, um den Reifegrad einer Organisation aufzuzeigen. Der Reifegrad wird durch die Art und den Umfang der Praktiken bestimmt, die das Krankenhaus anwendet, um sich dem Ziel einer hohen Zuverlässigkeit anzunähern.

Die Clinical Excellence Commission von New South Wales hat ein *Kompetenzmodell für Gesundheitspersonal* [35] erarbeitet, in dem es speziell um die Kompetenzen zur Förderung von Sicherheit und Qualität im Gesundheitswesen geht. Es werden Kompetenzen für die Positionen Expertinnen und Experten, Management, Vorstandsvorsitzende, mittlere Manager und Führungskräfte an vorderster Front und die Mitarbeitenden beschrieben. Die ausführliche Beschreibung der Kompetenzen auf unterschiedlichen Stufen ist hilfreich für das Erzielen von Rollenklarheit. Das Modell kann eingesetzt werden bei

der Personal- und Nachfolgeplanung, bei der Rekrutierung, beim Onboarding und bei der Einführung von neuen Mitarbeitenden. Auf seiner Grundlage können auch Leistungsbeurteilungen durchgeführt werden. Ausserdem kann ein Ausbildungsplan für die Entwicklung von Mitarbeitenden und Führungskräften erstellt werden.

### 9.3 Entscheidungshilfen, um die Grenze zwischen akzeptablem und inakzeptablem Verhalten zu ziehen

In einer JC soll zwischen akzeptablem und inakzeptablem Verhalten unterschieden werden. Dies ist keine leichte Aufgabe. Zur Unterstützung einer solchen Beurteilung und zur Offenlegung des Einschätzungsprozesses kann ein Entscheidungsbaum dienen.

#### 9.3.1 Überblick Entscheidungsalgorithmen

Es gibt verschiedene Algorithmen, die als Leitlinien für die Untersuchung von Ereignissen dienen können [2,6,119,120]. Die Algorithmen bieten eine einheitliche Methodik, um kritische Fragen zu beantworten, die zur Ursache des Problems führen sollen [55]. Sie zeigen einen Rahmen auf, in dem menschliche Verhaltensentscheidungen im Zusammenhang mit dem untersuchten Ereignis bewertet werden können. Der Algorithmus der JC soll Führungskräften ermöglichen, eine vorschnelle Beurteilung und Bestrafung des Einzelnen zu vermeiden und stattdessen das menschliche Verhalten und die mit dem Fehler verbundenen Systemfehler zu ermitteln [6]. Der Gedanke hinter solchen Entscheidungshilfen und -modellen ist, dass Personen, die einen Fehler begehen oder eine Regel brechen, nicht bestraft werden sollen, wenn keine Sabotage oder eine absichtliche Gefährdung vorliegt oder wenn systembedingte Ursachen für einen Fehler bestehen. Der Einsatz eines Algorithmus kann als Katalysator für den Aufbau von Vertrauen zwischen Arbeitnehmenden und Management dienen, da jedes Ereignis anhand einer fairen und objektiven Methode behandelt wird [55]. Zur Unterscheidung zwischen akzeptablem und inakzeptablem Verhalten und zur Offenlegung des Einschätzungsprozesses kann ein Entscheidungsbaum dienen.

#### 9.3.2 Kritik an Entscheidungsbäumen

Ein Entscheidungsbaum schützt nicht vor kognitiven Verzerrungen, da zwar der Prozess, aber nicht zwingend auch die Einschätzung selbst objektiv ist. Viele der untersuchten Entscheidungsbäume gehen vom negativsten Fall aus und nicht bei allen werden Systemfaktoren einbezogen. Personen, deren Verhalten eingeschätzt wird, fühlen sich möglicherweise nicht fair behandelt, da der Algorithmus hauptsächlich nach Verfehlungen der Person sucht. Dekker [121] kritisiert die Art des universellen Ansatzes einer JC durch Algorithmen. Er ist der Meinung, dass diese Art von Gerechtigkeit zwar die Illusion von Objektivität bietet, aber stark voreingenommen ist und als Mittel zur Legitimierung von Ungerechtigkeit verwendet werden kann [121]. Dieser Vorstoss wird von anderen unterstützt, die darauf hinweisen, dass Instrumente zur Bestimmung der Schuld nur dann eingesetzt werden können, wenn die Konzepte von Schuld zuvor innerhalb einer Organisation ausgehandelt wurden [122,123]. Hudson et al. [124] kritisieren, dass weiterhin die Bestrafung der Nichteinhaltung von Vorschriften im Fokus steht und, dass die Verantwortlichkeiten von Führungskräften nach wie vor wenig klar sind. Darüber hinaus behaupten sie, dass eine Top-down-Umsetzung von Entscheidungsmodellen das Vertrauen zwischen Belegschaft und Management beeinträchtigen kann. Bitar et al. [125] und Liao [126] unterstützen diese Meinung und stellen fest, dass die Beurteilung der Schuldfähigkeit völlig subjektiv ist und daher nicht mit den Grundsätzen einer JC übereinstimmt. Sie halten fest, dass nur entsprechend ausgebildete Führungskräfte in den Prozess einbezogen werden sollen. McCall und Pruchnicki [127] argumentieren ausserdem, dass die Verantwortungsbereiche nicht klar sind und erst im Nachhinein festgelegt werden. Zudem können auch die Vielzahl von Disziplinar massnahmen, die den Führungskräften bei ihren Entscheidungen über die Verantwortlichkeit mit Entscheidungsbaum zur Verfügung stehen, hinderlich für eine JC sein. Dabei sollte bedacht werden, dass Disziplinar massnahmen als Reaktion auf freiwillig eingereichte Sicherheitsberichte häufig zu weniger Meldungen führen, wie Erfahrungen aus der Luftfahrt zeigen [128–130]. Um diese Bedenken auszuräumen, legt die Literatur nahe, dass bei Verwendung eines Entscheidungsbaums ein gut ausgearbeiteter Prozess Definitionen von Verhaltensweisen für den Kontext, einen Substitutionstest, einen Plausibilitätstest, einen Effektivitätstest sowie eine Reflexion über die Rolle der Organisation und des Managements bei dem Vorfall umfassen sollte [123,124,131]. Auch wenn ein Entscheidungsbaum den Prozess transparent machen kann und einen Standardansatz für die Untersuchung eines Ereignisses bietet, sollten sich die Nutzerinnen und Nutzer bewusst sein, dass das Instrument Voreingenommenheit und Wahrnehmungsverzerrungen nicht ausschliesst. Die Einbeziehung

eines Ausschusses und die vorherige Aushandlung von Schuldkonzepten verringern die Wahrscheinlichkeit, dass eine Entscheidung voreingenommen getroffen wird [121,122].

#### 9.4 Unterstützung einer Just Culture/Patient Safety Culture anhand von Frameworks

Frameworks können denjenigen eine Orientierung bieten, die an der Gestaltung sicherer, effektiver und effizienter Arbeitssysteme interessiert sind, in denen JC/PSC gedeihen kann. Im Bereich JC selbst gibt es wenige Frameworks, deshalb wurden zusätzlich auch PSC Frameworks bei der Recherche mit einbezogen.

Das *Just Culture Assessment Framework (JCAF)* der Improvement Academy [132] beschreibt vier Hauptdomänen einer JC in einer Organisation: (1) Organisatorisches Engagement für eine JC, qualitativ hochwertige Untersuchungen (mit dem Ziel des Lernens für die Sicherheit); (2) Kritische Überprüfung; (3) Austausch und Umsetzung von Empfehlungen und (4) faire und unterstützende Behandlung von Mitarbeitenden, Patientinnen, Patienten sowie Familien und Betreuenden. Anhand der Beschreibungen dieser Hauptdomänen können sich Organisationen selbst bewerten und Bereiche mit Verbesserungspotenzial ermitteln. Die Beschreibungen können aber auch als Leitlinie zum Aufbau einer JC dienen.

Im *Safer Culture Framework* [3,36] werden eine PSC fördernde Faktoren auf der Ebene Organisation (Engagement der Führungskräfte und Priorisierung von Sicherheit; Policy und Ressourcen für die Sicherheit), auf der Ebene Gruppen (Zusammenhalt; Psychologische Sicherheit) und auf der Ebene des Individuums (Wissen und Fähigkeiten im Bereich Sicherheit; Kontrollüberzeugung; Individuelles Engagement und Priorisierung von Sicherheit) vorgestellt. Es werden ausserdem Faktoren beschrieben, die für die Umsetzung einer PSC wichtig sind (Kommunikation und Informationsaustausch, Teamwork und Zusammenarbeit, Incident Reporting und JC). Diese Faktoren sind breit in der Literatur abgestützt. Das Framework soll Sicherheitsverantwortlichen im Gesundheitswesen eine Ressource zur Verbesserung der Patientensicherheit an die Hand geben.

Der Leitfaden *Leading a Culture of Safety: A Blueprint for Success* des American College of Healthcare Executives [133] soll Führungskräfte bei der Schaffung, Gestaltung und Aufrechterhaltung einer PSC unterstützen. Er wurde von Branchenführenden sowie Expertinnen und Experten aufgestellt, die in ihrer Organisation erfolgreich eine systemweite PSC aufgebaut haben. Der Leitfaden ist in sechs Führungsbereiche (Vision; Vertrauen, Respekt und Einbezug; Board Management; Leadership Development; JC und Verhaltenserwartungen) aufgeteilt, auf die sich der/die CEO konzentrieren und sich darin engagieren muss, um eine PSC in der Organisation zu entwickeln und zu erhalten.

Im *Framework for Safe, Reliable, and Effective Care* von Frankel et al. [134] wird JC nicht explizit erwähnt. Es wird aber die Wichtigkeit der Führung bei der Entwicklung und Aufrechterhaltung einer PSC betont. Ausserdem werden die Themen Psychologische Sicherheit und Accountability aufgegriffen, die wichtig sind für eine JC und in engem Zusammenhang damit stehen. Die Psychologische Sicherheit bedeutet, eine Umgebung zu schaffen, in der sich die Mitarbeitenden wohl fühlen und in der sie die Möglichkeit haben, Bedenken zu äussern oder Fragen zu stellen. Unter dem Thema Accountability wird die Wichtigkeit beschrieben, Menschen für ihre Handlungen in die Verantwortung zu nehmen, nicht aber für Fehler in Prozessen und Systemen. Dies soll auf respektvolle Weise geschehen und den Mitarbeitenden soll das nötige Training und die Unterstützung gegeben werden, um die Verantwortung für ihr Verhalten übernehmen zu können.

Organisationen können das Rahmenwerk als Leitfaden für die Anwendung der darin enthaltenen Grundsätze verwenden oder als Diagnoseinstrument, um festzustellen, wie gut sie verschiedene Komponenten des Rahmenwerks umsetzen.

Der *Guide to Co-developing a Restorative Just and Learning Culture* [92] umfasst sechs Schritte, um eine Restorative and Learning Culture zu entwickeln und implementieren: (1) Den Rahmen festlegen und beibehalten; (2) Gruppenengagement und Gruppengespräche; (3) Reagieren; (4) Lernen und Verbessern (Überprüfung und Analyse von Vorfällen); (5) Lernen und Verbessern (Systemverbesserung) und (6) Bewertung von Ergebnissen und Erfahrungen (Sicherheit und kulturelle Intelligenz). In dieser Kulturentwicklung eingeschlossen sind auch Patientinnen und Patienten und Angehörige.

#### 9.5 Tools zur Unterstützung einer Just Culture/Patient Safety Culture auf der Mikroebene

Es gibt einige Tools, die in der Praxis zur Verbesserung einer PSC eingesetzt werden (und damit auch eine JC beeinflussen können). Einige dieser Instrumente wurden auf ihre Evidenz überprüft, allerdings

gibt es keine Reviews oder Metaanalysen, die die Wirksamkeit von diesen Instrumenten eindeutig belegen. In Anhang 5 werden einige konkrete Instrumente beschrieben, von denen angenommen wird, dass sie einen positiven Einfluss auf eine PSC haben. Die Sammlung der Tools ist nicht abschliessend.

#### 9.5.1 Beispiele für Tools zur Unterstützung einer Just Culture/Patient Safety Culture

*Walk Rounds/Leadership Rounds* sind Mittel für Führungspersonen, ihr eigenes Engagement und Interesse für die Sicherheit zu zeigen. Sie können auf informelle Weise mit den Mitarbeitenden an vorderster Front über Sicherheitsthemen sprechen und ihre Unterstützung für Problembereiche zeigen. Dies kann dazu führen, dass sich das Personal besser wertgeschätzt fühlt, sich psychologisch sicherer fühlt und sein Engagement für die Sicherheit erhöht [135,136]. Wichtig ist es, den Mitarbeitenden nach der Begehung ein Feedback dazu zu geben. Dies kann die PSC und das Engagement der Mitarbeitenden verbessern und Burnout verhindern [137].

*Safety Huddles (Briefings)/Debriefings* dienen dazu, bereits bestehende Pläne zu beurteilen und umzusetzen bzw. ergriffene Massnahmen nachzubesprechen und zu überprüfen. Durch Safety Huddles und Debriefings können Fehler erkannt und vermieden und die Patientensicherheit verbessert werden. Die Besprechungen können auch das Vertrauen in das Team und den gemeinsamen Zusammenhalt positiv beeinflussen [138–140].

*Comprehensive Unit Based Safety Program (CUSP)* ist eine Methode zur Prävention von therapieassoziierten Infektionen (HAI) und anderen Patientenschädigungen. Es werden Verbesserungen der PSC, der Teamarbeit und der Kommunikation mit einer Checkliste evidenzbasierter Praktiken zur Vorbeugung therapieresistenter Infektionen oder Patientenschädigungen kombiniert.

Das *Situation, Background, Assessment und Recommendation (SBAR)* Instrument ist ein standardisiertes Kommunikationswerkzeug. Es dient als Rahmen für Gespräche zwischen Pflegepersonal und ärztlichem Personal in Situationen, die unmittelbare Handlungen erfordern. Es soll die Kommunikation erleichtern zwischen Personen, die mehr oder weniger oft miteinander kommunizieren, dies aber nicht in der gleichen Sprache oder in der gleichen Systematik tun [141]. Dies kann auch Einfluss auf das gegenseitige Vertrauen haben.

*TeamSTEPPS* ist ein Teamtraining, das die Themen Kommunikation, Team Leadership, Situationsmonitoring und gegenseitige Unterstützung beinhaltet. Für die jeweiligen Themen stehen unterschiedliche Instrumente zur Verfügung. In der Schweiz besteht Erfahrung mit TeamSTEPPS in der Romandie, wo auch Trainings durchgeführt werden ([Fédération des Hôpitaux Vaudois \(FHV\)](#)) und die Evidenz auf Entbindungsstationen untersucht wurden [142].

*Crew Ressource Management* ist ein spezielles Simulationstraining für (interdisziplinäre) Teams, in dem konkrete Arbeitssituationen dargestellt werden, die vom Team bearbeitet werden müssen. Das Training kann dazu beitragen, dass Kommunikationsbarrieren abgebaut werden, insbesondere in Fällen von Hierarchie, was zu einer erhöhten Sicherheit führt. Auch werden technische Skills und Abläufe trainiert.

*High Fidelity Simulationen* sind Simulationen mit hoher Realitätsnähe, in denen die Teilnehmenden von einem hohen Mass an Interaktivität und Realismus profitieren und vollständig in die Situation eintauchen können. Beispiele für High Fidelity Simulationen sind virtuelle Trainingsumgebungen oder Trainings mit naturgetreuen Computerpuppen, die eine Reihe menschlicher physiologischer Reaktionen nachbilden können.

*Low Fidelity Simulationen* sind Simulationen, die weniger realitätsgetreu und weniger aufwändig sind und eher einzelne Skills trainieren. Beispiele für Low Fidelity Simulationen sind Rollenspiele, einfache Körpermodelle oder Übungspuppen und der Room of Horrors.

NHS Education for Scotland hat 2023 die *Safety Culture Discussion Cards* [143] entwickelt. Die 45 Karten zur PSC können Gruppendiskussionen unterstützen. Sie enthalten die Themen Leadership, Management und Engagement der Vorgesetzten für die Sicherheit, Ressourcen, JC, Berichterstattung und Lernen, Risikobewusstsein und -management, Teamarbeit und Kommunikation sowie Verantwortung und Mitwirkung.

Die *interdisziplinäre Visite* dient der Planung und Bewertung der Patientenversorgung mit Gesundheitsfachkräften aus verschiedenen Gesundheitsdisziplinen [144,145]. Zu den wichtigsten Aktivitäten

gehören die Zusammenfassung der Gesundheitsdaten des Patienten, Identifizierung von Problemen von Patienten und Angehörigen, die Festlegung von Zielen, Identifizierung von Interventionen, Besprechung der Fortschritte zur Erreichung der Ziele, Überarbeitung der Ziele und Überweisungen, Überprüfung von Entlassungsplänen, Entlassungspläne und Klärung der Verantwortlichkeiten im Zusammenhang mit der Umsetzung des Plans. Interdisziplinäre Visiten haben Einfluss auf die Kommunikation, die Teambildung und die Koordination der unterschiedlichen Gesundheitsberufsgruppen.

In *Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen (M&M)* werden retrospektiv Komplikationen, ungewöhnliche Behandlungsverläufe und unerwartete Todesfälle aufgearbeitet mit dem Ziel, daraus zu lernen und Wiederholungen zu vermeiden [146–148]. Eine gut umgesetzte Morbiditäts- und Mortalitätskonferenz trägt zur Patientensicherheit und Behandlungsqualität bei, indem sie die kontinuierliche Verbesserung der Prozesse und Strukturen vorantreibt. M&M sind ein wesentliches Mittel zur Förderung der PSC im Spital und sollten als ein Instrument zur Verbesserung der Patientensicherheit in das klinische Risikomanagement eingebettet sein. M&M stellen hohe Anforderungen an die sozialen, methodischen und klinischen Kompetenzen aller Beteiligten und sind wichtig für eine PSC.

Durch *Quality Learning Boards* ([CEC](#), 2018) werden Personal, Patientinnen, Patienten, Besucherinnen und Besucher über die Qualitäts- und Sicherheitsaktivitäten in einer klinischen Einheit informiert. Sie können zur Anzeige verwendet werden von Ergebnissen von Sicherheitsindikatoren, Mitarbeitenden- und Patientenerfahrungsdaten und derzeit laufenden Qualitäts- und Sicherheitsaktivitäten. Die öffentlich sichtbaren Informationstafeln tragen dazu bei, dass Verantwortlichkeiten klar werden und das Sicherheitsengagement des Gesundheitspersonals, der Patientinnen und Patienten und der Besucherinnen und Besucher gesteigert wird.

Die *Culture Change Toolbox* des Patient Safety and Quality Councils von British Columbia [149] bietet Führungskräften Unterstützung in Kulturveränderungsprozessen. JC wird darin als eine der Schlüsselkomponenten einer starken Organisationskultur benannt (neben Psychologischer Sicherheit, Vertrauen, Leadership, Arbeitsbedingungen, Teamwork und Kommunikation, Organisationaler Fairness, Transparenz, Sicherheitsklima und kultureller Sicherheit). Es werden die Schritte in einem Veränderungsprozess beschrieben und Umsetzungshilfen gegeben.

*Psychologische Sicherheit* wird durch die Programme [Creating a Safe Space: Healthcare Worker Support Toolkit](#) (Mental Health Commission of Canada, 2020) und [Guarding Minds@Work](#) (Canada Life Assurance Company, 2023) unterstützt. Führungskräfte finden darin Leitlinien zur Einschätzung und Implementierung von psychologischer Sicherheit am Arbeitsplatz und konkrete Hilfsmittel für die Unterstützung von Mitarbeitenden auf unterschiedlichen Ebenen (z.B. Peer Support etc.).

Ein fünftägiges *Restorative Just Culture Training* wird von der Mersey Care NHS Foundation Trust und der Northumbria University angeboten. Der Kurs ist kostenpflichtig. Dieses Programm richtet sich an alle Fachleute sowie Praktikerinnen und Praktiker, die an der Verwaltung und dem Wohlergehen einer Reihe von Interessengruppen (Mitarbeitende, Patientinnen und Patienten, Kundschaft) beteiligt sind, wenn es zu einem negativen Ereignis/Vorfall und/oder einer Angelegenheit im Zusammenhang mit den Mitarbeitendenbeziehungen gekommen ist (einschliesslich Mobbing/Belästigung/Beschwerden/Disziplinarmaßnahmen usw.). Die Teilnehmenden lernen, wie sie diese Probleme auf eine restorative Art und Weise bewältigen können, die die negativen Auswirkungen minimiert, den Lernerfolg maximiert und eine Organisationskultur entwickelt, in der sich die Menschen sicher fühlen und der sie vertrauen können. Für HR-Mitarbeitende hat [Mersey online-Trainingsmodule](#) erarbeitet, die für alle frei zugänglich sind.

*Toolsammlungen* wie [Improving Patient Safety Culture – a practical guide](#) (NHS England, 2023) und [Patient Safety Culture “Bundle” for CEO’s/Senior Leaders](#) (Healthcare Excellence, 2020) stehen Führungskräften zur Verfügung. Darin sind Themen wie Safety Culture, Teamwork und Kommunikation, Just und Restorative Culture, Psychologische Sicherheit, Diversität und Inklusion, Höflichkeit und Massnahmen zur Förderung und zum Lernen enthalten.

### **Zusammenfassung *Tools Just Culture/Patient Safety Culture***

Es gibt nur wenige Tools, die sich explizit auf JC beziehen. Allerdings gibt es einige Tools, die eine PSC unterstützen und auch Elemente einer JC beinhalten. Je nach Reifegrad und Entwicklungsstand einer Organisation kann der Einsatz unterschiedlicher Instrumente sinnvoll sein.

Zur Messung einer JC steht das Just Culture Assessment Tool [102] zur Verfügung. Daneben existieren verschiedene Patient Safety Culture Erhebungsinstrumente (z.B. Patient Safety Surveys der AHRQ [150]; Safety Attitudes Questionnaire [106]).

Zur Beurteilung und Verbesserung des Reifegrads einer Gesundheitsorganisation bezogen auf eine JC/PSC gibt es Reifegradmodelle, die spezifische Reifegradniveaus definieren (z.B. Manchester Patient Safety Framework [109]; Frankfurter Patientensicherheitsmatrix [117]; High Reliability Health Care Maturity Model [151], Kompetenzmodell für Gesundheitspersonal [35]).

Zur Unterstützung des Aufbaus und der Implementierung einer JC/PSC gibt es Frameworks und Leitfäden (z.B. Just Culture Assessment Framework [132], Guide to Co-developing a Restorative and Learning Culture [92], Safer Culture Framework [36], Leitfaden Leading a Culture of Safety [133], Framework for Safe, Reliable and Effective Care [134]).

Die Verwendung von Entscheidungshilfen, um die Grenze zwischen akzeptablem und inakzeptablem Verhalten festzulegen, wird von SPS nicht empfohlen. Die Gefahr, dass ein solches Tool aufgrund seiner augenscheinlichen Einfachheit ohne einen entsprechenden Organisationsentwicklungsprozess eingeführt wird, ist gross. Auch unterliegt ein solcher Einschätzungsprozess menschlichen Urteilsverzerrungen und kann als unfair erlebt werden. Zudem kann der Eindruck vermittelt werden, dass der Fokus auf der Suche nach menschlichen Fehlverhalten liegt und Systemfehler ignoriert werden.

## 10 Massnahmenempfehlungen auf der Makro-, Meso- und Mikroebene

Der ursprüngliche Ansatz der JC [2,6] und der Einsatz von Entscheidungstools birgt die Gefahr, dass man bei der Einschätzung von individuellem Verschulden Urteilsverzerrungen unterliegt und somit die Situation nicht richtig einschätzt und getroffene Entscheidungen möglicherweise sogar unfair sind. Das Gefühl der Ungerechtigkeit könnte damit verstärkt werden und Fehler und Ereignisse könnten verschwiegen werden. Es gibt in der Literatur und in Erfahrungsberichten keine Hinweise darauf, dass durch diese Haltung eine nachhaltige Veränderung hin zu einer JC in Gesundheitsorganisationen erfolgt ist [94].

Die RJC, die Weiterentwicklung der ursprünglichen JC, stellt die Wiederherstellung von Vertrauen und Funktionsfähigkeit aller an einem Ereignis beteiligten Parteien in den Vordergrund sowie auch die Suche nach systemischen Fehlern und dem Lernen daraus [25]. Der Schwerpunkt einer RJC liegt nicht auf der Feststellung von richtig oder falsch, sondern auf der Wiederherstellung und dem Lernen aus einem Vorfall. Dabei werden sowohl Personen, denen ein Fehler unterlaufen ist, als auch die von dem Vorfall betroffenen Menschen zusammengebracht, um gemeinsam an der Aufarbeitung zu arbeiten. Er ermutigt die Menschen, Verantwortung für ihre Handlungen zu übernehmen und entschuldigt schlechtes Verhalten nicht. Es gibt Hinweise in Forschung und Praxis, dass dieser Ansatz zu einer nachhaltigeren Kulturveränderung führen kann [24–27,46].

Die Arbeit an einer JC bedeutet, dass man versucht, wichtige Praktiken, Regeln und Schlüsselbeziehungen zwischen den Beteiligten zu ändern, so dass sich schliesslich langsam eine JC herausbilden kann. Die Betonung liegt hierbei auf *langsam*, denn Kulturveränderungen sind langwierige Organisationsentwicklungsprozesse, die Zeit und Anstrengung bedingen. Eine Kultur kann nicht *entworfen*, *entwickelt* oder *implementiert* werden. Effektiver kultureller Wandel bedeutet, gemeinsame Werte, Überzeugungen, Annahmen und Praktiken zu ändern. Dies ist auf individueller Ebene bereits anspruchsvoll; für eine Organisation mit vielen Individuen ist ein Kulturveränderungsprozess dementsprechend komplexer und langwieriger. Der Begriff der JC hilft Diskussionen über Sicherheit und Gerechtigkeit anzustossen und Massnahmen auf verschiedenen Ebenen anzustossen. Im Folgenden sind Massnahmenempfehlungen für die Makro- Meso- und Mikroebene zusammengefasst. Für eine detaillierte Beschreibung s. Zusatzdokument *Empfehlungen Just Culture für die Makro-, Meso- und Mikroebene*.

## 10.1 Massnahmenempfehlungen auf der Makroebene

Aus Basis des vorliegenden Berichts wurden die folgenden sechs Schwerpunkte zur Unterstützung einer JC und damit verbunden einer PSC für Massnahmen auf der Makroebene definiert (s. Abb. 2).



**Abbildung 2** Überblick über Massnahmen zur Unterstützung einer nachhaltigen Just Culture / Patient Safety Culture auf der Makroebene

Im Folgenden werden die einzelnen Schwerpunkte kurz skizziert. Im Zusatzdokument *Empfehlungen Just Culture für die Makro-, Meso- und Mikroebene* werden konkrete Ansatzpunkte zur Umsetzung beschrieben.

### 10.1.1 Rechtsgrundlagen schaffen für mehr Gerechtigkeit für alle an einem Ereignis Betroffenen

JC ist im Gesundheitswesen noch ein relativ junges Konzept, welches Schnittstellen zu vielen verschiedenen Bereichen aufweist. Insbesondere die Bedeutung des Konzepts für die Justiz sollte gemeinsam mit Vertreterinnen und Vertretern aus Justiz- und Gesundheitssystem diskutiert werden, um Ängste, Unsicherheiten und Zweifel bei allen Beteiligten zu beseitigen sowie klare Rollen und Verantwortlichkeiten zu definieren.

Insbesondere sollte dabei diskutiert und anschliessend gesetzlich verankert werden, wie und durch wen die Grenze zwischen akzeptablem und inakzeptablem Verhalten gezogen wird, wie Sicherheitsdaten (z.B. Daten aus CIRS) und Meldende vor Zugriff durch die Justiz geschützt werden können und wie Betroffene (zivilrechtlich) für entstandene Schädigungen entschädigt werden können, auch ohne, dass die Schuldfrage geklärt ist.

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

Die Entwicklung einer PSC ist von zentraler Bedeutung für alle nachhaltigen Bemühungen zur Verbesserung der Patientensicherheit. Politische und legislative Massnahmen können ein günstiges Umfeld für eine florierende PSC schaffen [10,152]. Eine starke PSC ist nicht nur wichtig für die Verringerung von Patientenschäden, sondern auch für die Schaffung eines sicheren Arbeitsumfeldes für die Beschäftigten im Gesundheitswesen [10]. Gesundheitspolitische Massnahmen können die Entwicklung allgemeiner Konzepte und Standards zu Themen der Patientensicherheit, PSC und JC sein (z.B. die Messung von Indikatoren zu JC/PSC, Lernen aus Fehlern und Unterstützungsprogramm für First und Second Victims). Die Gesundheitsorganisationen befinden sich in unterschiedlichen Stadien, wenn es darum geht, die Kapazitäten und Fähigkeiten zur Verringerung vermeidbarer Patientenschäden in der Gesundheitsversorgung aufzubauen. Es ist deshalb ein breites Unterstützungsangebot nötig, um die unterschiedlichen Reifegrade in den Organisationen erreichen zu können.

### 10.1.3 Einrichtung einer nationalen Koordinationsstelle für Patientensicherheit

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 gegebenenfalls die Kommentierung der Fortschritte ist gemäss WHO [10] eine Voraussetzung für den Aufbau hochzuverlässiger Gesundheitssysteme und -organisationen. Zu den Aufgaben eines Landes gehört nach WHO [10] ausserdem die Sicherstellung von allgemein verfügbaren und bekannten Schutzmassnahmen, die ein Lernen aus Patientensicherheitsvorkommnissen und eine Verbesserung der Arbeitsweise ermöglichen, anstatt einzelne Personen zu bestrafen. Globale Konzepte für die Einführung einer PSC im gesamten Gesundheitssystem, einschliesslich des Aufbaus von Kompetenzen in Bezug auf die für den Kulturwandel erforderlichen Methoden, sind zudem nötig. Bestehende Mechanismen zur Ereignismeldung im Bereich der Patientensicherheit und des Lernens sowohl im öffentlichen als auch im privaten Gesundheitssektor sollen gestärkt werden und gegebenenfalls Systemverbesserungen vorgenommen werden. Basiserhebungen und begleitende Erhebungen von Patientensicherheitsdaten dienen dazu, die Belastung durch Schäden aufgrund unsicherer Arbeitspraktiken zu ermitteln. Die Erarbeitung eines Untersuchungsmechanismus für Fälle von schwerwiegenden Schäden und Sentinel-Ereignissen, die eine eingehende Analyse rechtfertigen, kann das Lernen aus Fehlern weiter unterstützen. Diese Aufgaben könnten von einer nationalen Koordinationsstelle übernommen werden (s. auch Punkt 10.3.3 Nationale Koordinationsstelle auf der Mesoebene).

Die Koordinationsstelle sollte eine unabhängige nationale Einrichtung sein. Sie sollte die Nähe zu Patientinnen und Patienten suchen, nah an der Dienstleistung sein, nicht sanktionierend wirken, ihre Quellen schützen und das Lernen verbessern. Sie sollte gewisse Kompetenzen haben, wie z.B. Gesundheitsorganisationen zur Mitarbeit an Patientensicherheitsthemen verpflichtet zu können.

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

Der Prozess, der zu einer PSC führen soll, erfordert unter anderem Veränderungen in der Ausbildung im Gesundheitswesen [153,154]. Auf der Makroebene sollen Vorgaben zur Curriculumsentwicklung für alle Gesundheitsberufe gemacht werden, um das Thema Patientensicherheit (inklusive PSC, JC, komplexe Systeme, Human Factors) in der Aus-, Fort- und Weiterbildung aller Gesundheitsberufe zu verankern.

Nationale Programme im Bereich der Patientensicherheit, der PSC und der JC sollten ebenfalls Lernmodule zu den einzelnen Themen der Patientensicherheit beinhalten.

Würde eine JC auf nationaler Ebene implementiert, würden auch JC-Schulungen für Behörden, Justizapparat etc. sinnvoll sein.

### 10.1.5 Förderung der Forschung zu Patient Safety Culture und Just Culture

Das Ziel der Patientensicherheitsforschung besteht 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 [10,152].

Beylik & Palteki [155] fanden in einer bibliometrischen Analyse zur Patientensicherheitsforschung von 8298 Studien (seit 2014), dass die Zahl der in den letzten Jahren (2014-2018) durchgeführten Studien stagniert. Den Ergebnissen zufolge wurden die meisten Studien in den USA durchgeführt und auf Englisch veröffentlicht; Patientensicherheit, Pflege, unerwünschte Ereignisse, Qualität und Fehler waren die häufigsten verwendeten Begriffe. In den Jahren 1990-1999 wurden fünf Hauptthemen (Kontrastmittel, unerwünschte Ereignisse, Programm, Sicherheit, Prostataktomie), in den Jahren 2000-2009 vier Hauptthemen (Infektionskontrolle, Krankenhausinfektionen, Unerwünschte Arzneimittelereignisse, Kultur) und in den Jahren 2010-2019 neun Hauptthemen (Patientensicherheit, Ausbildung, Klima, System, Mortalität, Operationssaal, Validität, Burnout, Primärversorgung) ermittelt.

Viele Bereiche der Patientensicherheit sind noch wenig erforscht. So gibt es beispielsweise wenig Nachweise zur nachhaltigen Effektivität von Massnahmen und wenig Evidenzbasierung von Konzepten und Theorien wie z.B. JC.

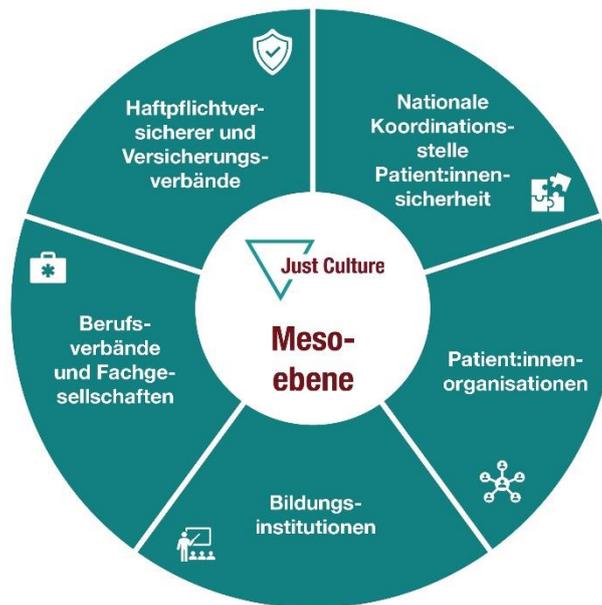
### 10.1.6 Umsetzung von Just Culture durch Behörden

Die Regulierung der PSC/JC sollte im Einklang mit der zunehmenden Tendenz zur funktionsbasierten Regulierung stehen, bei der Gesundheitsdienstleistende die Möglichkeit erhalten, ihre eigenen Wege

zur Einhaltung der Vorschriften zu entwickeln und zu definieren. Dies können z. B. die Entwicklung von Sicherheitsmanagementsystemen und/oder Massnahmen zur Verbesserung ihrer PSC sein, die ihrer Situation (z. B. Geschichte, Personal, Kultur, Kompetenz, Ressourcen), ihren Bedürfnissen usw. entsprechen. In diesem Zusammenhang gibt es keine vordefinierte Art und Weise, wie die Vorschriften einzuhalten sind, da ein wichtiger Punkt darin besteht, Lernprozesse, kontinuierliche Verbesserungen und lebendige Systeme zu schaffen. Deshalb konzentrieren sich die regulatorischen Aktivitäten eher auf die Prüfung der Qualität der Systeme und der Prozesse der kontinuierlichen Verbesserung [152]. Wie Nævestad et al. [156] und Antonsen et al. [157] feststellten, liegt die Hauptstärke des Sicherheitskultur-Ansatzes darin, dass er die Aufmerksamkeit systematisch auf die informellen Aspekte des Sicherheitsmanagements lenkt, d. h. darauf, wie *die Dinge in den Organisationen tatsächlich getan werden*, was oft im Widerspruch zu den formalen Systemen stehen kann, die beschreiben, *wie die Dinge getan werden sollten*. Daher scheint es wichtig zu sein, die Aufsichtsbehörden mit den Perspektiven und Instrumenten auszustatten, um sich systematisch auf informelle Aspekte der Sicherheit zu konzentrieren (s. auch [156]). Ansatzpunkte für Gesundheitsbehörden zur Unterstützung einer PSC und einer JC liegen in der Erleichterung systematischer organisatorischer Selbstentwicklungsprozesse in den Gesundheitsorganisationen. Die Organisationen sollen dabei unterstützt werden, ihre eigene Sicherheitskultur zu verbessern. Geeignete Strategien von Seiten der Behörden zu finden ist eine Herausforderung und muss noch weiter erforscht werden. Nævestad & Phillips [158] stellten fest, dass das grundlegendste Element in diesem Prozess die Institutionalisierung gemeinsamer Diskussionen und Risikobewertungen von Gefahren der Patientensicherheit mit Führungskräften und Beschäftigten in Gesundheitsorganisationen ist.

## 10.2 Massnahmenempfehlungen auf der Mesoebene

Die folgenden fünf Akteurinnen/Akteure der Mesoebene können aktiv zur Unterstützung einer JC und damit verbunden einer PSC beitragen (s. Abb. 3).



**Abbildung 3** Überblick über Akteure, die eine nachhaltige Just Culture/Patient Safety Culture auf der Mesoebene unterstützen können.

Im Folgenden werden die einzelnen Handlungsfelder der Akteurinnen und Akteure kurz skizziert. Im Zusatzdokument *Empfehlungen Just Culture für die Makro-, Meso- und Mikroebene* werden konkrete Ansatzpunkte zur Umsetzung beschrieben.

### 10.2.1 Berufsverbände und Fachgesellschaften

Berufsverbänden und Fachgesellschaften kommt eine wesentliche Rolle zu, wenn es darum geht, die Themen Patientensicherheit, PSC und JC in die Lehrpläne der Grundausbildungen und in postgradualen Programmen aufzunehmen und die Bewertung der Sicherheitskompetenzen als obligatorischen Bestandteil der Ausbildungen zu deklarieren. Aktivitäten von Berufsverbänden können gemäss RCPSC [153] unter anderem sein (1) Die Beschreiben von Kompetenzen, die für die einzelnen Berufsgruppen im Bereich Patientensicherheit nötig sind; (2) Beschreibung von Mindeststandards im Bereich Patientensicherheit für die Arbeit der einzelnen Berufsgruppen; (3) Anbieten von Workshops zu unterschiedlichen Themen der Patientensicherheit und (4) die Entwicklung von Tools und Best Practice Inventaren.

### 10.2.2 Haftpflicht-Versicherer/Versicherungsverbände: Förder- und Anreizsysteme

Förder- und Anreizsysteme sind Präventionsmittel, die die gesetzlichen Unfallversicherungsträger nutzen, um Betriebe zu besonderen Präventionsanstrengungen zu motivieren. Sie sollen eine bereits vorhandene Motivation des Unternehmers verstärken, indem der Nutzen vergrößert und die Kosten reduziert werden, sowie einen Beitrag leisten, hemmende Faktoren abzubauen. Es gibt dabei unterschiedliche Arten von Anreizprogrammen wie Prämiennachlässe oder Beitragszuschläge, Unterstützung der Patientensicherheit durch Ausbildung und Training und Auszeichnungen für besondere Aktivitäten im Bereich Patientensicherheit. In den USA und Belgien beispielsweise gibt es Prämiennachlässe, wenn ein Risikomanagementprogramm oder andere von der Versicherung angebotenen Ausbildungen absolviert wurden [159–161]. In Deutschland wird in eine ähnliche Richtung gearbeitet. Das in einer Gesundheitsorganisation vorhandene Risikomanagement wird eingeschätzt und die Prämien werden daraufhin angepasst [162]. In der Schweiz gibt es noch keine diesbezüglichen Bestrebungen. Eine Studie von Ecoplan [163] in Spitälern und Pflegeheimen stellt fest, dass beim Beispiel nosokomiale Infektionen besonders der Qualitätswettbewerb und die Reputation unter den Schweizer Gesundheitsorganisationen eine wichtige Rolle spielen. Der finanzielle Aspekt blieb dahinter zurück.

### 10.2.3 Patientenorganisationen, Patientinnen und Patienten und Angehörige

Patientenorganisationen werden oftmals erst dann involviert, wenn ein Fehler passiert ist und Schadensersatzansprüche geltend gemacht werden sollen. Sie können aber auch präventiv einbezogen werden und z.B. bei der Unterstützung einer PSC und bei Fehler- und Risikoerkennung mitwirken. Beim restaurativen Ansatz einer JC werden alle Stakeholder stark in den Wiedergutmachungsprozess einbezogen. Das bedeutet für die direkt betroffenen Patientinnen, Patienten und Angehörige, dass sie über das Ereignis und wie sie es erlebt haben und über ihre eigenen Bedürfnisse sprechen können. Sie sollten sich auch die Erlebnisse und Bedürfnisse der anderen beteiligten Personen anhören können und bereit sein, schwierige Situationen anzuerkennen. Nicht alle Patientinnen, Patienten und Angehörigen werden einem JC-Ansatz folgen wollen/können, aber aus der Forschung gibt es Hinweise darauf, dass viele direkt Betroffene daran interessiert sind, dass Fehler aufgearbeitet und in Zukunft verhindert werden. Patientinnen und Patienten und Familienangehörige 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 [164–166]. Dem sollte mit einer JC entgegengewirkt werden.

### 10.2.4 Bildungsinstitutionen

Die Qualität und Sicherheit der Patientenversorgung hängen nicht nur davon ab, was im klinischen Bereich geschieht, sondern auch davon, wie man mit PSC/JC im akademischen Bereich umgeht. Dies betrifft sowohl die Ausbildung der Gesundheitsberufe in Patientensicherheitsthemen und die Forschung dazu als auch die Vorbildfunktion der Lehranstalten im Bereich einer JC selbst. Massnahmen wie das Vorantreiben von Forschung im Bereich Patientensicherheit/PSC/JC, das Schaffen von Angeboten für die Aus-, Fort- und Weiterbildung in Themen der Patientensicherheit und das Vorleben einer JC in den Bildungsinstitutionen selbst können die Patientensicherheit fördern.

### 10.2.5 Nationale Koordinationsstelle Patientensicherheit

Die nationale Koordinationsstelle Patientensicherheit vertritt die spezifischen Perspektiven der Patientensicherheit in Abstimmung mit den Zielen, Strategien und Plänen des Bundes sowie im internationalen Austausch. Ihre Aufgaben und Handlungsspielräume sind beschrieben und beinhalten die Generierung, Anwendung, Implementierung, Vernetzung und Diffusion von Wissen und Expertise.

Die nationale Koordinationsstelle sammelt Informationen, Daten und Erfahrungen zum Thema Patientensicherheit, PSC und JC. Dies beinhaltet sowohl explizites Wissen (dokumentiert und leicht übertragbar) als auch implizites Wissen (Erfahrungen und Fähigkeiten, die schwerer zu formalisieren sind). Sie fördert die Nutzung des vorhandenen Wissens und der Expertise zu Patientensicherheit, PSC und JC in der täglichen Arbeit, bei der Entscheidungsfindung und zur Innovation in den Gesundheitsorganisationen. Dabei setzt die nationale Koordinationsstelle Strategien und Prozesse ein, die dazu beitragen, evidenzbasierte Interventionen im Bereich Patientensicherheit, PSC und JC in die Handlungsroutine der Gesundheitsorganisationen zu integrieren.

### 10.3 Massnahmenempfehlungen auf der Mikroebene

Die folgenden sieben Schwerpunkte zur Unterstützung einer JC und damit verbunden einer PSC wurden für die Massnahmen auf der Mesoebene festgelegt (s. Abb. 4).



**Abbildung 4** Überblick über Massnahmen zur Unterstützung einer nachhaltigen Just Culture/Patient Safety Culture auf der Mikroebene

Im Folgenden werden die einzelnen Schwerpunkte kurz skizziert. Im Zusatzdokument *Empfehlungen Just Culture für die Makro-, Meso- und Mikroebene* werden konkrete Ansatzpunkte zur Umsetzung beschrieben.

#### 10.3.1 Management-Support sicherstellen

Führungskräfte sollten sich stark für die Schaffung einer JC engagieren, indem sie sichtbar, zugänglich und ansprechbar sind und sich für die Bereitstellung der erforderlichen Unterstützung und Ressourcen einsetzen [13,40–44,167]. Die Unterstützung durch Führungspersonen beeinflusst das Patientensicherheitsniveau positiv [37]. Um eine nachhaltige PSC zu fördern, muss der/die CEO zeigen, dass Sicherheit für das Unternehmen oberste Priorität hat und als Vorbild fungieren. Die Geschäftsleitung und der Vorstand einer Gesundheitseinrichtung geben das Patientensicherheitslevel einer Organisation vor und tragen dafür die Verantwortung. Sie sehen Fehler und unerwünschte Ereignisse als Chance, um aus den Schwächen des Systems zu lernen, und stellen dafür Ressourcen zur Verfügung.

Das Ziel des Managements für den Aufbau einer JC muss es sein, Vertrauen und psychologische Sicherheit unter allen Beschäftigten in der Organisation zu stärken und die Prinzipien einer JC in ihrem Einflussbereich zu vertreten [45]. Führungskräfte an vorderer Front schaffen die Grundlage für eine JC in ihrem Bereich, indem sie Berichte von Patientinnen/Patienten und Mitarbeitenden über Patientensicherheitsbedenken und Fehler als Signale für mögliche Systemschwächen (und nicht für Probleme mit den Beschäftigten im Gesundheitswesen) betrachten, die es zu beheben gilt [93]. 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.

Tools zur Unterstützung der Führungstätigkeit wie Walk Rounds/Leadership Rounds, Psychologische Sicherheit und Patient Safety Culture Bundle sind in Anhang 5 zu finden.

Kann die oberste Führungsebene nicht für ein echtes und aktives Engagement für eine JC/PSC gewonnen werden, macht es zu diesem Zeitpunkt keinen Sinn, aktiv an diesen Themen zu arbeiten.

### 10.3.2 Ausgangslage einschätzen und günstige Voraussetzungen schaffen

#### 10.3.2.1 Voraussetzungen für eine Just Culture prüfen

Nicht jede Organisation kann eine JC einführen, denn es müssen gewisse Voraussetzungen erfüllt sein, damit eine JC erfolgreich implementiert werden kann. Dazu gehört die Annahme von Wohlwollen und einer Haltung der Offenheit, des Vertrauens und der Fairness, um verstehen zu können, wie die Dinge funktionieren und warum sie so funktionieren. Auch eine flache Hierarchie ist einer JC dienlich [168,169]. Karanikas et al. [5] beschreiben aufgrund von Erkenntnissen aus der Literatur [167,170–175] allgemeine Voraussetzungen, die innerhalb einer Organisation erfüllt sein müssen, um eine PSC/JC aufbauen zu können.

#### 10.3.2.2 Messung einer Just Culture/Patient Safety Culture und Reifegradeinschätzung

Die Verwendung von konsistenten und evidenzbasierten Messinstrumenten ist wichtig, um einen Kulturwandel gestalten zu können [24,42,91,176]. Quantitative Daten müssen durch qualitative Daten unterstützt werden. Die Messung sollte Feedback geben zu den Ergebnissen, eine Klärung der Antworten durch eine Vertiefung der Themen in Interviews oder Fokusgruppen geben, die Überarbeitung von Richtlinien und Prozessen anstossen und eine Wiederholung der Messung zu einem geeigneten Zeitpunkt angeben [102]. Die Verwendung eines spezifischen Instruments, um eine JC zu messen, ist wichtig. JC ist aber ein Teilbereich der PSC und Aspekte einer JC sind in vielen Instrumenten zur Messung einer PSC enthalten (s. auch Punkt 9.1 Messung von JC/PSC anhand von Fragebogen). Da Befragungen aufwändig sind, ist es möglicherweise sinnvoll, ein breit einsetzbares Tool zu wählen. Auch die Patientenperspektive sollte in die Evaluation der PSC einbezogen werden. Die in Befragungen gesammelten Informationen können dazu verwendet werden, gezielte Massnahmen zur Verbesserung festzulegen. Da nicht klar ist, wie die Elemente einer PSC und einer JC sich beeinflussen oder zusammenhängen, ist es sinnvoll, Massnahmen breit anzulegen. Das Bewusstsein des Personals für Patientensicherheit verbessert sich durch solche Befragungen, Veränderungen der PSC werden sichtbar und die Auswirkungen von Interventionen auf die PSC können analysiert werden.

Es ist wichtig, vor der Ausarbeitung des Konzepts JC eine Messung der PSC/JC durchzuführen und dann in regelmässigen Abständen Messungen mit demselben Tool durchzuführen, um die Implementierung einer JC zu evaluieren. Für schwach eingeschätzte Bereiche können dann weitere Massnahmen ausgearbeitet werden.

#### 10.3.3 Einsetzen einer «Just Culture» Arbeitsgruppe

Die Just Culture Arbeitsgruppe muss einen positiven und proaktiven Ansatz für JC verfolgen und die Meldung von Ereignissen und die PSC unterstützen. Die Arbeit der Gruppe ist nach der Implementierung nicht getan, sondern wird in regelmässigen Sitzungen und Aktivitäten mit dem Ziel der Erhaltung der JC weitergeführt.

Bei der Umsetzung einer JC ist das Engagement der Interessenvertreter (einschliesslich der Führungskräfte) der Schlüssel zum Aufbau eines nachhaltigen und funktionierenden Systems für alle. Die Entwicklung von Materialien und Prozessen hängt von der Zusammenstellung eines Teams ab, das sich aktiv für den Aufbau und die Aufrechterhaltung einer PSC einsetzt. Ein wichtiger erster Schritt besteht deshalb darin, die Hauptakteure in der JC-Landschaft zu identifizieren.

Erfahrungen aus dem Gesundheitsbereich bei der Einführung einer JC [13,25,94] haben gezeigt, dass es sinnvoll ist, folgende Personen am Prozess der JC zu beteiligen (nicht abschliessend). Es können je nach Organisation und Arbeitsplatzkultur weitere Arbeitsgruppenmitglieder nützlich oder erforderlich sein: (1) Pflegebereich inklusive Ausbilderinnen und Ausbildnern, (2) Ärzte und Ärztinnen, (3) Pharmazeuten und Pharmazeutinnen, (4) Führungskräfte unterschiedlicher Ebenen, (5) Human Resources: Organisationsentwicklung, Personalentwicklung, Business Partner, ..., (6) Vertretungen aus Qualität, Sicherheit, Risikomanagement und/oder Akkreditierung und (7) Personal aus unterschiedlichen Bereichen/Abteilungen der Organisation.

Die folgenden Aufgaben werden durch die Arbeitsgruppe Just Culture übernommen oder von ihr delegiert (nicht abschliessend):

- Messungen zu JC/PSC in der Organisation am Anfang des Projekts und in regelmässigen Abständen zur Evaluation der Wirksamkeit der bis dahin durchgeführten Massnahmen.
- Ausarbeitung von Prozessen, Tools und eines Aktionsplans für die Umsetzung einer JC/PSC.

- Verbreitung einer JC/PSC in der ganzen Organisation (Information und Schulung der Belegschaft, Einsetzen von Multiplikatorinnen und Multiplikatoren).
- Feedback zur Umsetzung einer JC/PSC einholen aus den eigenen Arbeitsbereichen und als Multiplikator wirken.
- Erstellung eines Konzepts, wie aus gemeldeten Fehlern im Sinne einer JC gelernt und das System verbessert werden kann.
- Nachhaltige Verankerung der JC in der Organisation (trotz möglicher Rückschläge).

Für ihre Arbeit benötigen die Arbeitsgruppenmitglieder interne und externe Ressourcen. Zu den internen Ressourcen zählen (1) Eigene Zeitressourcen, um sich der Arbeit für eine JC widmen zu können; (2) Zeit und Aufmerksamkeit der wichtigsten Führungskräfte und Verwaltungsmitarbeitenden; (3) Interne Daten über relevante Sicherheitskennzahlen (z.B. die Wiederaufnahmeraten, den Medikamentenverbrauch, nosokomiale Infektionen usw.) und (4) Zugang zu etablierten Meldesystemen und Bewertungsinstrumenten, falls vorhanden. Externe Ressourcen umfassen Erfahrungen von Gesundheitsorganisationen, die bereits einen JC-Prozess eingeführt haben, sowie Tools und Materialien zu Themen von JC/PSC (z.B. Fragebogen, Schulungsmaterialien etc.).

#### 10.3.4 Aktionsplan zur Umsetzung einer Just Culture erarbeiten

Nach einer ersten Patientensicherheitskulturmessung und/oder Reifegradeinschätzung in der Gesundheitsorganisation arbeitet die Arbeitsgruppe zusammen mit Arbeitnehmenden- und Patientenvertretenden und Vertretenden der Unternehmensleitung einen Aktionsplan für eine JC aus. Inhalte sind z.B. die Anpassung von Rahmenbedingungen für eine JC, die Entwicklung einer JC-Policy, ein JC-Konzept (s. Anhang 2) oder ein Vorgehen für die Aufarbeitung von unerwünschten Ereignissen mit Patientenschädigung. Ein restaurativer Aufarbeitungsprozess berücksichtigt die Bedürfnisse aller betroffenen Stakeholder und legt den Fokus auf Wiedergutmachung, Wiederherstellung und zukunftsgerichtetes Lernen (s. Tab. 10). Er stellt eine ungewohnte Haltung dar, da viele Bedürfnisse beachtet werden müssen und alle Stakeholder Verantwortung für den Prozess und daraus folgende Veränderungen übernehmen.

**Tabelle 10** Restorative Just Culture Framework: Beispiele für die Fragen, die man sich für die Aufarbeitung von unerwünschten Ereignissen stellen sollte (in Anlehnung an [8,24,29])

Wer ist geschädigt?	Was wird benötigt?	Wie wollen wir dies umsetzen und wer ist dafür verantwortlich?	Wie kann ein solches Ereignis in Zukunft verhindert werden?
<b>Patientinnen/Patienten &amp; Angehörige</b>	Unterstützung, Wiedergutmachen, Information  Einbezug in Überprüfung & Lernen	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Schulung des Personals in der Offenlegung von Informationen nach unerwünschten Ereignissen</li> <li>– Treffen zur Offenlegung eines unerwünschten Ereignisses mit allen Betroffenen</li> <li>– Einbezug der betroffenen Person &amp; der Familie in den Überprüfungsprozess</li> <li>– Auswertung des Vorgehens mit allen Betroffenen</li> <li>– ...</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Einbezug von Patientinnen/Patienten &amp; Angehörigen in Patientensicherheitsvorgehen</li> <li>– Förderung von Speak-Up</li> <li>– Änderung der Rahmenbedingungen</li> <li>– ...</li> </ul>
<b>Praktisch arbeitendes Personal</b>	Unterstützung, Wiedergutmachen, Lernen	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Entwicklung von Resilienz und reflektierter Praxis vor einem Ereignis</li> <li>– Second Victim Unterstützungsprogramm</li> <li>– Aktive Einbeziehung der betroffenen Mitarbeitenden in den Überprüfungsprozess, wo immer dies möglich ist</li> <li>– Auswahl treffen, welche Ereignisse genauer untersucht werden sollen</li> <li>– Verbreitung von Ergebnissen</li> <li>– ...</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Psychologisch sicheres Umfeld schaffen</li> <li>– Einbezug von klinisch arbeitenden Mitarbeitenden in Patientensicherheitsvorgehen</li> <li>– Förderung von Speak-Up</li> <li>– Einbezug von klinisch arbeitenden Mitarbeitenden in Vorgabenerarbeitungen</li> <li>– ...</li> </ul>

<b>Organisa- tion</b>	Unterstüt- zung & Ler- nen Öffentliches Vertrauen wiederher- stellen	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Post-Incident Process: Einbezug mehrerer Perspektiven, vorausschauende Überprüfung anstatt eines Rückblicks nach einem Ereignis, Priorisierung von Themen, ...</li> <li>– Einbezug von Führungspersonen und von Mitarbeitenden zur Erkennung einer Lücke zwischen Work-as-imagined und Work-as-done</li> <li>– Massnahmenempfehlungen anhand der Stärke von Massnahmen</li> <li>– Die nachhaltige Entwicklung einer JC weiterführen</li> <li>– Unterstützung des Personals nach unerwünschten Ereignissen</li> <li>– Interne und externe Kommunikation nach Ereignis</li> <li>– ...</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Systemansatz folgen; Massnahmen auf Systemebene verstärken</li> <li>– (proaktives) Risikomanagement nutzen</li> <li>– Kommunikation mit und Information von Mitarbeitenden</li> <li>– JC und Lernen in Arbeitsalltag integrieren</li> <li>– ...</li> </ul>
---------------------------	--	---	---

Nach der Genehmigung durch die Geschäftsleitung werden der Aktionsplan und die JC-Konzepte mit den Mitarbeitenden- und Patientenvertretungen diskutiert. Im Anschluss daran erfolgt die Verbreitung in der ganzen Organisation.

### 10.3.5 Verbreitung einer Just Culture in der Organisation

Die Mitarbeitenden und Arbeitsteams sollten von der Organisation so früh wie möglich in eine nachhaltige Implementierung einbezogen werden [42,91]. Dies kann durch Mitarbeit im Projekt, durch die Funktion als Multiplikatorin oder Multiplikator und durch Informationen erfolgen. Nach der Genehmigung werden das JC-Konzept und der Aktionsplan allen Mitarbeitenden vorgestellt. Besonderes Augenmerk soll auf die Ausbildung der Führungspersonen gelegt werden. Sie sollen früher als die Mitarbeitenden geschult werden, damit sie auf Fragen der Mitarbeitenden eingehen und als Vorbild fungieren können. Möglicherweise ist es sinnvoll, neben JC-Themen auch Kommunikation, Partizipation, Human Factors, Meldesysteme, Ereignisuntersuchungen und Massnahmenentwicklung, Lernen und Systemgestaltung in die Führungsausbildung aufzunehmen.

Auch die Kommunikation in den Organisationseinheiten/Fachbereichen/Abteilungen über eine Just Culture ist wichtig. Hier muss ausdiskutiert werden, was eine Just Culture für das Team bedeutet und wie man mit ihr umgehen will. Im Gesundheitswesen sind beispielsweise häufig rigide Hierarchiestrukturen vorhanden. Hierarchische Kommunikation kann sich negativ auf eine Sicherheitskultur auswirken. Sie führt oft dazu, dass auf Befehle gewartet wird, dass Anweisungen bedingungslos befolgt werden und dass man nicht bereit ist, negative Informationen zu hinterfragen oder an die nächsthöhere Ebene weiterzugeben [177]. In Organisationen mit einer wirksamen Sicherheitskultur erfolgt die Kommunikation ungehindert nach oben und unten in der Befehlskette und über alle Unternehmensbereiche hinweg.

Tools zur Unterstützung von Schulung und Training wie Simulation, Multidisciplinary Teamrounds, M&M Konferenzen und Crew Resource Management sind im Anhang 5 zu finden, ebenso wie auch Tools zur Kommunikation (z.B. SBAR, TeamSteps und Safety Culture Discussion Cards).

### 10.3.6 Stärkung der Melde- und Lernkultur

#### 10.3.6.1 Lernen und Lerndefizite

Lernen ist ein Konzept, das sowohl mit Leistung (Lernen als komparativer Vorteil für Einzelpersonen und Organisationen) als auch mit Organisationskultur (Kultur als die Ansammlung früheren Lernens auf der Grundlage vergangener Erfolge und Misserfolge) in engem Zusammenhang steht. Das Lernen aus Fehlern und unerwünschten Ereignissen ist in High Risk Organisationen von besonderer Bedeutung. Sie können es sich nicht erlauben, auf traditionelle Weise durch Versuch und Irrtum zu lernen, und müssen die Selbstgefälligkeit vermeiden, die entstehen kann, wenn man nur aus Erfolgen lernt.

Pathogene Organisationsfaktoren, die Lerndefizite verursachen, sind [178]:

- Verleugnung der eigenen Vulnerabilität (d.h. die Haltung *das kann uns nicht passieren*),

- Selbstgefälligkeit und die Annahme, dass alle Gefahren unter Kontrolle sind, was zu einer verringerten Aufmerksamkeit für Risiken führt,
- Widerstände gegen Veränderungen,
- unangemessene organisatorische Annahmen zu Sicherheit und Sicherheitsmanagement,
- übermässiges Vertrauen in die Fähigkeiten von Ereignisuntersuchungsteams,
- Besorgnis oder Angst und daraus folgendes defensives Verhalten,
- Unternehmensdilemma zwischen Lernen und Angst vor Haftung,
- Mangel an psychologischer Sicherheit,
- zum Selbstschutz melden Mitarbeitende ihre Bedenken nicht und zensurieren sich selbst,
- kulturelle Unerfahrenheit mit Kritik,
- *Drift into failure*, indem immer häufiger von Vorgaben abgewichen werden muss, um die Arbeit erledigen zu können, und eine Normalisierung dieser Abweichungen,
- unzureichende Kommunikation in der Organisation über Themen der Patientensicherheit, PSC und JC,
- widersprüchliche Botschaften zum Thema Patientensicherheit, PSC und JC,
- Streben nach der falschen Art von Exzellenz, z.B. *Null-Fehler*.

Lerndefizite und Lernversagen in Organisationen zeigen sich durch [178]:

- Unzureichende Berichterstattung und schlechte Qualität der Ereignismeldungen,
- die Ereignisanalysen bleiben bei den direkten Ursachen stehen und gehen nicht in die Tiefe; es werden keine Systemursachen gesucht,
- Zentrierung auf sich selbst und unzureichender Austausch zwischen Standorten, Unternehmen und Industriezweigen zu Themen der Patientensicherheit, PSC und JC,
- unzureichende Umsetzung von Massnahmenempfehlungen zu Patientensicherheit, PSC und JC,
- fehlende Bewertung der Wirksamkeit von Massnahmen im Bereich zu Patientensicherheit, PSC und JC,
- fehlende Rückkopplung an die mentalen Modelle<sup>1</sup> zu Patientensicherheit, PSC und JC der Mitarbeitenden und damit keine Anpassungen der mentalen Modelle an neue Informationen,
- Verlust von Wissen/Expertise zu Patientensicherheit, PSC und JC im Lauf der Zeit,
- schlechte Nachrichten sind nicht willkommen und Hinweisgebende werden ignoriert oder sogar bestraft,
- Ritualisierung oder eine Compliance-Haltung innerhalb der Organisation mit dem Gefühl, dass die Sicherheit gewährleistet ist, wenn jeder die Vorgaben befolgt, ohne sich Gedanken über die Bedeutung der Vorgaben zu machen.

#### 10.3.6.2 Wie aus Fehlern gelernt werden kann

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 Systemverbesserung führen werden [179]. Ansätze zur Verhaltensänderung (die sich auf die Aufmerksamkeit und Wachsamkeit des Individuums abstützen) werden als schwächer eingestuft als solche, die auf die Systemebene abzielen. Kulturelle Veränderungen und Zwangsfunktionen haben eine grössere und länger andauernde Wirkung als Bildung und neue Richtlinien, aber sie erfordern auch einen viel grösseren Aufwand, um sie zu erreichen [180]. Das Augenmerk soll auf die Festlegung möglichst starker Massnahmen gelegt werden, die wenig vom Verhalten des Menschen abhängig sind.

Personenbezogene Ansätze können von den Mitarbeitenden als *Blaming* angesehen werden, da angeordnete Schulungen, Trainings und neue Richtlinien den Eindruck hinterlassen, dass der Fehler beim Individuum gelegen hat und nicht aufgetreten wäre, wenn man sich *richtig* verhalten hätte (Strategie: *Blame, Shame und Train*). Bevor ein personenbezogener Ansatz gewählt wird, sollte geprüft werden, ob die Aufgabe vereinfacht werden kann, ob eine Diskrepanz in den Fähigkeiten existiert und welche Art von Training hilfreich ist [181]. Ein Training als Reaktion auf ein Ereignis sollte in einer JC erst in

<sup>1</sup> Ein mentales Modell beschreibt die Art und Weise, wie Informationen/Abläufe/Funktionsweisen im menschlichen Gehirn abgebildet sind.

Betracht gezogen werden, nachdem Kontext- und Aufgabenvariablen kritisch analysiert und korrigiert wurden.

### 10.3.7 Nachhaltige Verankerung in der Organisation

Die nachhaltige Verankerung einer JC in der Organisation ist für den Erfolg aller Massnahmen verantwortlich. Menschen neigen dazu, zu dem, was sie kennen und mit dem sie vertraut sind, zurückzukehren und wieder in alte Muster zu verfallen [182]. Es braucht deshalb konzentrierte Anstrengungen und Zeit, um zu sicherzustellen, dass die Veränderung zu einer JC greift. Dazu gehören die Entwicklung einer Sicherheitsvision, die Auswahl von wichtigen Multiplikatorinnen/Multiplikatoren, die Abstimmung aller Vorgaben der Organisation auf eine JC zusammen mit dem Human Resource Managements (HRM) [13,24,30,94,183], die Entwicklung und Verwaltung von Informationsveranstaltungen und Schulungen ebenfalls gemeinsam mit dem HRM und die Nutzung von Synergien aus Arbeitssicherheit und Gesundheitsschutz ([184]; [Safer Healthcare Biosafety Network](#) [185]). Durch den Einbezug verwandter Bereiche wird die Patientensicherheit und die Sicherheitskultur an sich gestärkt. Patientinnen und Patienten werden durch den Schutz der Mitarbeitenden vor Ermüdung und Burnout vor Patientensicherheitsereignissen geschützt.

#### **Zusammenfassung *Massnahmenempfehlungen***

Die Arbeit an einer JC bedeutet, dass man versucht, wichtige Praktiken, Regeln und Schlüsselbeziehungen zwischen den Beteiligten zu ändern, so dass sich schliesslich langsam eine JC herausbilden kann. Die Betonung liegt hierbei auf langsam, denn Kulturveränderungen sind langwierige Organisationsentwicklungsprozesse, die Zeit und Anstrengung bedingen, und in denen es auch Rückschritte geben kann.

#### ***Empfehlungen auf der Makroebene***

Die folgenden Schwerpunkte zur Unterstützung einer JC und damit verbunden einer PSC wurden für die Massnahmen auf der Makroebene festgelegt: (1) Rechtsgrundlagen schaffen für mehr Gerechtigkeit für alle an einem Ereignis Betroffenen, (2) Konzepte und Standards für eine JC/PSC festlegen, (3) Schaffen einer nationalen Koordinationsstelle für Patientensicherheit, (4) Verankerung der Patientensicherheit, PSC und JC in der Aus-, Fort- und Weiterbildung von Gesundheitsfachpersonen und an Schnittstellen, (5) Förderung der Forschung auf dem Gebiet der Patientensicherheit, der PSC und der JC und (6) Umsetzung von JC durch Behörden.

#### ***Empfehlungen auf der Mesoebene***

Die folgenden Akteurinnen und Akteure unterstützen eine JC auf der Mesoebene (1) Berufsverbände und Fachgesellschaften legen Mindeststandards und Kompetenzen für Patientensicherheit, PSC und JC fest, (2) Förder- und Anreizsysteme im Versicherungswesen unterstützen Patientensicherheit, PSC und JC durch Prämiennachlässe bei sicherheitsbedachten Gesundheitsdienstleistern und fördern die Patientensicherheit durch Forschung und Trainings, (3) Patientenorganisationen unterstützen Gesundheitsdienstleister bei der Fehler- und Risikoerkennung und unterstützen geschädigte Betroffene, (4) Bildungsinstitutionen forschen an Themen der Patientensicherheit, PSC & JC und bilden Gesundheitsfachpersonen/Personen aus Schnittstellen in diesen Themen aus und (5) die nationale Koordinationsstelle Patientensicherheit vertritt die spezifischen Perspektiven der Patientensicherheit in Abstimmung mit den Zielen, Strategien und Plänen des Bundes sowie im internationalen Austausch.

#### ***Empfehlungen auf der Mikroebene***

Auf der Mikroebene muss als erstes der Management-Support sichergestellt werden. Ohne ihn kann mit der Einführung einer JC nicht begonnen werden. In einem nächsten Schritt wird die Ausgangslage eingeschätzt und die Voraussetzungen für eine JC geprüft und angepasst. Wenn Management-Support und positive Voraussetzungen geschaffen sind, wird eine JC-Arbeitsgruppe eingesetzt. Sie erarbeitet einen Aktionsplan zur Umsetzung, verbreitet das JC-Konzept in der Organisation und verankert JC nachhaltig in der Organisation.

## Literatur

- 1 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.
- 2 Reason J. Managing the Risk of Organisational Accidents. London: Ashgate 1997.
- 3 Bisbey TM, Kilcullen MP, Thomas EJ, *et al.* Safety Culture: An Integration of Existing Models and a Framework for Understanding Its Development. *Hum Factors*. 2021;63:88–110.
- 4 Sammer CE, Lykens K, Singh KP, *et al.* What is patient safety culture? A review of the literature. *J Nurs Scholarsh*. 2010;42:156–65.
- 5 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](https://doi.org/10.1007/978-3-319-41929-9_7)
- 6 Marx D. Medical Event Reporting System for Transfusion Medicine Patient Safety and the 'Just Culture': A Primer for Health Care Executives. <https://www.mnhospitals.org/Portals/0/Documents/ptsafety/Marx.pdf>. 2001.
- 7 Dekker SWA, Breakey H. 'Just culture:' Improving safety by achieving substantive, procedural and restorative justice. *Saf Sci*. 2016;85:187–93.
- 8 Turner K, Stapelberg NJC, Sveticic 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>
- 9 Dekker S. *Just Culture: Balancing Safety and Accountability*. Aldershot: Ashgate 2007.
- 10 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.
- 11 Dekker S. *Field Guide to Human Error Investigations*. Third Edition. Ashgate 2014.
- 12 Dekker S. Just Culture Lektion. <https://www.youtube.com/watch?v=gKqYMPWZbV8>. 2014.
- 13 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.
- 14 Dekker S. *Just Culture: Restoring Trust and Accountability in your Organization*. Third Edition. Boca Raton, Florida: CRC Press, Taylor & Francis 2016.
- 15 Braithwaite J. *REVIEWS Restorative Justice and Responsive Regulation*. Oxford University Press 2002.
- 16 Strang H, Sherman LW, Mayo-Wilson E, *et al.* Restorative Justice Conferencing (RJC) Using Face to Face Meetings of Offenders and Victims: Effects on Offender Recidivism and Victim Satisfaction. A Systematic Review. Oslo, Norway 2013. <https://doi.org/10.4073/csr.2013.12>
- 17 Shapland J, Atkinson A, Atkinson H, *et al.* Restorative justice: the views of victims and offenders The third report from the evaluation of three schemes. <https://restorativejustice.org.uk/sites/default/files/resources/files/Ministry%20of%20Justice%20evaluation%20-%20Restorative%20justice%20the%20views%20of%20victims%20and%20offenders.pdf>. 2007.
- 18 College of Policing. Restorative justice: Evidence briefing. <https://assets.production.copweb.aws.college.police.uk/s3fs-public/2022-01/Restorative-justice-evidence-briefing.pdf>. 2022.
- 19 Dekker S. Retributive and Restorative Just Culture. <https://www.youtube.com/watch?v=P0WFPwH1PFs>. 2023.

- 20 Dekker S. Restorative Just Culture Checklist - What do they need? Achieved goals of Restorative Justice? <https://www.safetydifferently.com/wp-content/uploads/2018/12/RestorativeJust-CultureChecklist-1.pdf>. 2018;1–2.
- 21 Beereport I, van de Weerd I. Prevent, Redesign, Adopt or Ignore: Improving Healthcare Using Knowledge of Workarounds. [https://aisel.aisnet.org/ecis2018\\_rp/120?utm\\_source=aisel.aisnet.org%2Fecis2018\\_rp%2F120&utm\\_medium=PDF&utm\\_campaign=PDFCoverPages](https://aisel.aisnet.org/ecis2018_rp/120?utm_source=aisel.aisnet.org%2Fecis2018_rp%2F120&utm_medium=PDF&utm_campaign=PDFCoverPages). 2018.
- 22 Couteaux BB. Being Offered an Alternative to Prosecution: The Lived Experience of General Aviation Pilots and Prosecutors. Lund 2023. <http://www.risk.lth.se>
- 23 Boskeljon-Horst L, Snoek A, van Baarle E. Learning from the complexities of fostering a restorative just culture in practice within the Royal Netherlands Air Force. *Saf Sci*. 2023;161:106074.
- 24 Turner K, Sveticic J, Grice D, *et al*. Restorative just culture significantly improves stakeholder inclusion, second victim experiences and quality of recommendations in incident responses. *J Hosp Adm*. 2022;11:8.
- 25 Dekker SWA, Oates A, Rafferty J. *Restorative Just Culture in practice: Implementation and evaluation*. New York: Routledge 2022.
- 26 Kaur M, De Boer RJ, Oates A, *et al*. Restorative Just Culture: a Study of the Practical and Economic Effects of Implementing Restorative Justice in an NHS Trust. *MATEC Web of Conferences*. 2019;273:01007.
- 27 Wailling J., Wilkonson J., Marschall C. Healing after harm: An evaluation of a restorative approach for addressing harm from surgical mesh. <https://www.wgtn.ac.nz/restorative-justice/research-evaluation/health/restorative-practice-and-surgical-mesh-archived/healing-after-harm-evaluation-report-moh-pdf>. 2020.
- 28 Canadian Patient Safety Institute. Watch on Demand: Reimagining healing after healthcare harm: the potential for restorative practices. <https://www.patientsafetyinstitute.ca/en/toolsResources/Pages/Reimagining-Healing-After-Healthcare-Harm-2020-07-10.aspx>. 2020.
- 29 Wailling J, Kooijman A, Hughes J, *et al*. Humanizing harm: Using a restorative approach to heal and learn from adverse events. *Health Expectations*. 2022;25:1192–9.
- 30 Dekker S. *Just Culture: Balancing Safety and Accountability*. Aldershot: Ashgate 2007.
- 31 Edwards MT. An Assessment of the Impact of Just Culture on Quality and Safety in US Hospitals. *American Journal of Medical Quality*. 2018;33.
- 32 Northumbria University Newcastle. Research Study Restorative Just Culture interventions: implementation and effectiveness in NHS Trusts. <https://www.northumbria.ac.uk/business-services/education-and-training/leadership-and-management/principles-and-practice-of-restorative-just-culture/study-page/study-page/>. 2024.
- 33 Morris D, Sveticic J, Grice D, *et al*. Collaborative Approach to Supporting Staff in a Mental Healthcare Setting: 'Always There' Peer Support Program. *Issues Ment Health Nurs*. 2022;43:42–50.
- 34 Bell SK, Delbanco T, Anderson-Shaw L, *et al*. Accountability for Medical Error: Moving Beyond Blame to Advocacy. *Chest*. 2011;140:519–26.
- 35 Clinical Excellence Commission NSW. Healthcare Safety and Quality Capabilities. [https://www.cec.health.nsw.gov.au/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0006/620547/Healthcare-Safety-and-Quality-Capabilities.pdf](https://www.cec.health.nsw.gov.au/__data/assets/pdf_file/0006/620547/Healthcare-Safety-and-Quality-Capabilities.pdf). 2021.
- 36 Kilcullen MP, Bisbey TM, Ottosen MJ, *et al*. The Safer Culture Framework: An Application to Healthcare Based on a Multi-Industry Review of Safety Culture Literature. *Hum Factors*. 2022;64:207–27. <https://doi.org/10.1177/00187208211060891>
- 37 Draganovic S, Offermanns G. Patient safety culture in Austria and recommendations of evidence-based instruments for improving patient safety Šehad Draganović ID. Published Online First: 2022. doi: 10.1371/journal.pone.0274805

- 38 Ree, Wiig. Linking transformational leadership, patient safety culture and work engagement in home care services. *Nurs Open*. 2020;7:256–64.
- 39 Murray JS, Clifford J, Larson S, *et al*. Implementing Just Culture to Improve Patient Safety. *Mil Med*. Published Online First: 18 May 2022. doi: 10.1093/milmed/usac115
- 40 Fencil JL, Willoughby C, Jackson K. Just Culture: The Foundation of Staff Safety in the Perioperative Environment. *AORN J*. 2021;113:329–36.
- 41 Rogers E, Griffin E, Carnie W, *et al*. A Just Culture Approach to Managing Medication Errors. *Hosp Pharm*. 2017;52:308–15.
- 42 Shabel W, Dennis J. Missouri's Just Culture collaborative. *J Healthy Risk Manag*. 2012;32:38–43.
- 43 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
- 44 Murray JS, Lee J, Larson S, *et al*. Requirements for implementing a 'just culture' within healthcare organisations: an integrative review. *BMJ Open Qual*. 2023;12:2237.
- 45 Edmondson A. Psychological Safety and Learning Behavior in Work Teams. *Source: Administrative Science Quarterly*. 1999;44:350–83.
- 46 Boskeljon-Horst L, Snoek A, van Baarle E. Learning from the complexities of fostering a restorative just culture in practice within the Royal Netherlands Air Force. *Saf Sci*. 2023;161. doi: 10.1016/j.ssci.2023.106074
- 47 Spiess D. Just Culture im schweizerischen Kernenergierecht. [https://digitalcollection.zhaw.ch/bitstream/11475/26713/3/2022\\_Spiess\\_Danai\\_BSc\\_WR.pdf](https://digitalcollection.zhaw.ch/bitstream/11475/26713/3/2022_Spiess_Danai_BSc_WR.pdf). 2022.
- 48 Dekker S. The criminalization of human error in aviation and healthcare: A review. *Saf Sci*. 2011;49:121–7. <https://doi.org/10.1016/j.ssci.2010.09.010>
- 49 Neiswender K, Figueroa-Altmann A, Granahan K, *et al*. Rooting an Error Review Process in Just Culture: Lessons Learned. *Patient Safety*. 2022;34–8.
- 50 Paradiso L; Sweeney N. Just Culture more than policy. *Nurs Manage*. 2019;39–45.
- 51 Vincent C, Amalberti R. *Safer Healthcare Strategies for the Real World*. London: Springer 2016.
- 52 Cheraghi R, Ebrahimi H, Kheibar N, *et al*. Reasons for resistance to change in nursing: an integrative review. *BMC Nurs*. Published Online First: 2023. doi: 10.1186/s12912-023-01460-0
- 53 Reason J. Human error: models and management. *BMJ : British Medical Journal*. 2000;320:768.
- 54 Appelbaum NP, Dow A, Mazmanian PE, *et al*. The effects of power, leadership and psychological safety on resident event reporting. *Med Educ*. 2016;50:343–50.
- 55 Frankel AS, Leonard MW, Denham CR. Fair and just culture, team behavior, and leadership engagement: The tools to achieve high reliability. *Health Serv Res*. 2006;41:1690–709. <https://doi.org/10.1111/j.1475-6773.2006.00572.x>
- 56 Foslien-Nash C, Reed B. Just Culture Is Not 'Just' Culture-It's Shifting Mindset. *Mil Med*. 2020;185:52–7.
- 57 ATCEUC CEIII. Just Culture Toolbox. <https://www.atceuc.org/uploads/docs/just-culture-toolbox-issue.pdf>. 2018.
- 58 Helvetica. Just Culture Manual for ATCO, ANSE & ATSEP Behavior after an incident and further proceedings. <https://skybrary.aero/sites/default/files/bookshelf/4222.pdf>. 2022.
- 59 Rothschild ZK, Landau MJ, Sullivan D, *et al*. A dual-motive model of scapegoating: Displacing blame to reduce guilt or increase control. *J Pers Soc Psychol*. 2012;102:1148–63.
- 60 Allport G. *ABS's of Scapegoating*. 3. Ed. Anti-Defamation League of B'Nai B'R 1983.

- 61 Tversky A, Kahneman D. Judgment under Uncertainty: Heuristics and Biases. *Science, New Series*. 1974;185:1124–31.
- 62 Thallapureddy S, Sherratt F, Bhandari S, *et al*. Exploring bias in incident investigations: An empirical examination using construction case studies. *J Safety Res*. 2023;86:336–45.
- 63 Nickerson RS. Confirmation Bias: A Ubiquitous Phenomenon in Many Guises. 1998.
- 64 Fischhoff B. Hindsight/foresight: the effect of outcome knowledge on judgment under uncertainty. <https://apps.dtic.mil/sti/pdfs/ADA008580.pdf>. 1975.
- 65 Rogers JE, Hilgers TR, Keebler JR, *et al*. How to Mitigate the Effects of Cognitive Biases During Patient Safety Incident Investigations. *The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*. 2022;48:612–6.
- 66 Croskerry P, Singhal G, Mamede S. Cognitive debiasing 2: impediments to and strategies for change. Published Online First: 2013. doi: 10.1136/bmjqs-2013-002387
- 67 Gambashidze N, Hammer A, Wagner A, *et al*. Influence of Gender, Profession, and Managerial Function on Clinicians' Perceptions of Patient Safety Culture: A Cross-National Cross-Sectional Study. 2019. [www.journalpatientsafety.com](http://www.journalpatientsafety.com)
- 68 Liukka M, Hupli M, Turunen H. Differences between professionals' views on patient safety culture in long-term and acute care? A cross-sectional study. *Leadership in Health Services*. 2021;34:499–511.
- 69 Kristensen S, Christensen KB, Jaquet A, *et al*. Strengthening leadership as a catalyst for enhanced patient safety culture: A repeated cross-sectional experimental study. *BMJ Open*. 2016;6. doi: 10.1136/BMJOPEN-2015-010180
- 70 Gehring K, Mascherek AC, Bezzola P, *et al*. Safety climate in Swiss hospital units: Swiss version of the Safety Climate Survey. *J Eval Clin Pract*. 2015;21:332–8. <https://doi.org/10.1111/jep.12326>
- 71 Vogelsmeier A, Scott-Cawiezell J, Miller B, *et al*. Influencing Leadership Perceptions of Patient Safety Through Just Culture Training. *J Nurs Care Qual*. 2010;25:288–94.
- 72 Singer S, Falwell A, Gaba D, *et al*. Patient Safety Climate in US hospitals: variation by management level. *Med Care*. 2008;46:1149–56.
- 73 Singer SJ, Gaba DM, Geppert JJ, *et al*. The culture of safety: results of an organization-wide survey in 15 California hospitals. 2003. [www.qshc.com](http://www.qshc.com)
- 74 Von Thaden T, Hoppes M, Li Y, *et al*. The perception of just culture across disciplines in healthcare. *Proceedings of the Human Factors and Ergonomics Society*. 2006:964–8. <https://doi.org/10.1177/154193120605001035>
- 75 Hiromi J, Okuyama H, Galvao TF, *et al*. Healthcare Professional's Perception of Patient Safety Measured by the Hospital Survey on Patient Safety Culture: A Systematic Review and Meta-Analysis. Published Online First: 2018. doi: 10.1155/2018/9156301
- 76 Pfeiffer Y, Manser T. Development of the German version of the Hospital Survey on Patient Safety Culture: Dimensionality and psychometric properties. *Saf Sci*. 2010;48:1452–62.
- 77 Cribb A, O'Hara JK, Waring J. Improving responses to safety incidents: We need to talk about justice. *BMJ Qual Saf*. 2022. <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2021-014333>
- 78 Reis-Dennis S. What Just Culture doesn't understand about just punishment. *J Med Ethics*. 2018;44:739–42.
- 79 Humphrey-Murto S, Varpio L, Wood TJ, *et al*. The Use of the Delphi and Other Consensus Group Methods in Medical Education Research: A Review. *Academic Medicine*. 2017;92:1491–8. <https://doi.org/10.1097/ACM.0000000000001812>
- 80 Niederberger M, Deckert S. Das Delphi-Verfahren: Methodik, Varianten und Anwendungsbeispiele. *Z Evid Fortbild Qual Gesundheitswes*. 2022;174:11–9.
- 81 Häder M. *Delphi-Befragungen ein Arbeitsbuch*. Springer Verlag 2014.

- 82 Niederberger M, Spranger J. Delphi Technique in Health Sciences: A Map. *Map Front Public Health*. 2020;8:457.
- 83 Toma C, Picioareanu I. The Delphi Technique: Methodological Considerations and the Need for Reporting Guidelines in Medical Journals. *Int J Public Health Res*. 2016;4:47–59.
- 84 Braithwaite J, Herkes J, Ludlow K, *et al*. Association between organisational and workplace cultures, and patient outcomes: Systematic review. *BMJ Open*. 2017;7. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-017708>
- 85 Health Foundation. Does improving safety culture affect patient outcomes? <https://www.health.org.uk/sites/default/files/DoesImprovingSafetyCultureAffectPatientOutcomes.pdf>. 2011.
- 86 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
- 87 Healthcare Excellence Canada. Status of Patient Safety Incident Legislation and Best Practices Across Canada. [https://www.healthcareexcellence.ca/media/pjehatzi/fpt\\_patientsafetylegislation\\_summaryreport\\_en.pdf](https://www.healthcareexcellence.ca/media/pjehatzi/fpt_patientsafetylegislation_summaryreport_en.pdf). 2021.
- 88 European Commission Patient Safety and Quality of Care Working Group PSQCWG. Reporting and learning systems for patient safety incidents across Europe Report of the Reporting and learning subgroup of the European Commission PSQCWG. 2014. [http://ec.europa.eu/health/patient\\_safety/policy/index\\_en.htm](http://ec.europa.eu/health/patient_safety/policy/index_en.htm)
- 89 Wallis K. No-fault, no difference: no-fault compensation for medical injury and medical ethics and practice. Published Online First: 2017. doi: 10.3399/bjgp17X688777
- 90 Minnesota Alliance for Patient Safety. MAPS Toolkit to create a learning, just and accountable culture. <https://www.mnhospitals.org/Portals/0/Documents/ptsafety/perinatal/maps-just-culture-provider-implementation-toolkit.pdf>. 2010.
- 91 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.
- 92 Excellence Commission C. Guide to Co-developing a Restorative Just and Learning Culture. [https://www.cec.health.nsw.gov.au/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0008/891728/GUIDE-Co-developing-RJLC\\_Rev-1\\_-30\\_June-2023.pdf](https://www.cec.health.nsw.gov.au/__data/assets/pdf_file/0008/891728/GUIDE-Co-developing-RJLC_Rev-1_-30_June-2023.pdf). 2023.
- 93 Hollnagel E, Wears RL, Braithwaite J. From Safety-I to Safety-II: A White Paper. <https://www.england.nhs.uk/signuptosafety/wp-content/uploads/sites/16/2015/10/safety-1-safety-2-white-papr.pdf>. 2015.
- 94 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/Mersecarejustculture.pdf>. 2019.
- 95 Wailling J, Marshall C, Wilkinson J. Hearing and Responding to the Stories of Survivors of Surgical Mesh Ngā kōrero a ngā mōrehu-he urupare Report for the Ministry of Health. <https://www.health.govt.nz/system/files/documents/publications/responding-to-harm-from-surgical-mesh-dec19.pdf>. 2019.
- 96 Gächter T, Kerstin N, Vokinger LM. Berichtssysteme in Spitälern Rechtsfragen rund um den Schutz von Berichts- und Lernsystemen in Spitälern vor gerichtlichem Zugriff Rechtsgutachten zuhanden des Bundesamtes für Gesundheit (BAG) erstattet von. [https://www.bag.admin.ch/dam/bag/de/dokumente/kuv-leistungen/qualitaetssicherung/rechtsgutachten-bag-cirs.pdf.download.pdf/Rechtsgutachten\\_BAG%20CIRS\\_Gaechter\\_Vokinger\\_26\\_Mai\\_20.pdf](https://www.bag.admin.ch/dam/bag/de/dokumente/kuv-leistungen/qualitaetssicherung/rechtsgutachten-bag-cirs.pdf.download.pdf/Rechtsgutachten_BAG%20CIRS_Gaechter_Vokinger_26_Mai_20.pdf). 2020.
- 97 FFAC, Bundesamt für Justiz. Forschungsstudie zur Just Culture. <https://www.ejpd.admin.ch/dam/bj/de/data/publiservice/publikationen/externe/forschungsstudie-just-culture-d.pdf.download.pdf/forschungsstudie-just-culture-d.pdf>. 2022.

- 98 Weenink J-W, Wallenburg I, Hartman L, *et al.* Role of the regulator in enabling a just culture: a qualitative study in mental health and hospital care. *BMJ Open.* 2022;12:61321.
- 99 OECD. *Health at a Glance 2023.* OECD 2023. <https://doi.org/10.1787/7a7afb35-en>
- 100 Reporting Office for Just Culture in Civil Aviation ROJCA. Meldestelle für Just Culture in der Zivilluftfahrt ROJA. <https://www.uvek.admin.ch/uvek/de/home/uvek/organisation/fachstellen/meldestelle-just-culture-zivilluftfahrt.html>.
- 101 International Atomic Energy Agency., Euratom. Fundamental safety principles. [https://www-pub.iaea.org/MTCD/Publications/PDF/Pub1273\\_web.pdf](https://www-pub.iaea.org/MTCD/Publications/PDF/Pub1273_web.pdf). 2006;21.
- 102 Petschonek S, Burlison J, Cross C, *et al.* Development of the just culture assessment tool: Measuring the perceptions of health-care professionals in hospitals. *J Patient Saf.* 2013;9:190–7.
- 103 Walker, Altmiller, Barkell, *et al.* Just Culture Assessment Tool-Nursing Education (JCAT-NE). <https://www.qsen.org/post/just-culture-assessment-tool-nursing-education>. 2019.
- 104 Churruca K, Ellis LA, Pomare C, *et al.* Dimensions of safety culture: a systematic review of quantitative, qualitative and mixed methods for assessing safety culture in hospitals. *BMJ Open.* 2021;11:43982.
- 105 AHRQ. Hospital Survey on Patient Safety Culture Version 1.0: Items and Dimensions. <https://www.ahrq.gov/sops/surveys/hospital/index.html>. 2004.
- 106 Sexton JB, Helmreich RL, Neilands TB, *et al.* The Safety Attitudes Questionnaire: psychometric properties, benchmarking data, and emerging research. *BMC Health Serv Res.* Published Online First: 2006. doi: 10.1186/1472-6963-6-44
- 107 Wendler R. The maturity of maturity model research: A systematic mapping study. *Inf Softw Technol.* 2012;54:1317–39.
- 108 Becker J, Knackstedt R, Pöppelbuß J. Developing Maturity Models for IT Management. *Business & Information Systems Engineering.* 2009;1:213–22.
- 109 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.
- 110 Hudson P. Implementing a safety culture in a major oil and gas multi-national. *Saf Sci.* 2007;45:697–722.
- 111 Fleming M, Great Britain. Health and Safety Executive., Keil Centre. Safety culture maturity model. Edinburgh: HSE Books 2001.
- 112 Maier AM, Moultrie J, Clarkson PJ. Assessing organizational capabilities: Reviewing and guiding the development of maturity grids. *IEEE Trans Eng Manag.* 2012;59:138–59.
- 113 Singer S, Falwell A, Gaba D, *et al.* Identifying organizational cultures that promote patient safety. *Health Care Manage Rev.* 2009;34:300–11.
- 114 Goncalves Filho AP, Waterson P. Maturity models and safety culture: A critical review. *Saf Sci.* 2018;105:192–211. <https://doi.org/10.1016/j.ssci.2018.02.017>
- 115 Ashcroft DM, Morecroft C, Parker D, *et al.* Safety culture assessment in community pharmacy: Development, face validity, and feasibility of the Manchester Patient Safety Assessment Framework. *Qual Saf Health Care.* 2005;14:417–21. <https://doi.org/10.1136/qshc.2005.014332>
- 116 Pharmacy Voice Patient Safety Group. Community Pharmacy Safety Culture Assessment Tool Practical tool building on the MaPSaF. <https://pharmacysafety.files.wordpress.com/2018/03/safety-culture-tool-v1-1.pdf>. 2018.
- 117 Müller V, Hoffmann B, Albay Z, *et al.* Die Frankfurter Patientensicherheitsmatrix - Ein Instrument zur Selbsteinschätzung der Sicherheitskultur in Hausarztpraxen. *Z Allgemeinmed.* 2011;87:499–508.
- 118 Chassin MR, Loeb JM. High-reliability health care: Getting there from here. *Milbank Quarterly.* 2013;91:459–90.

- 119 Meadows S, Baker K, Butler J. The Incident Decision Tree: Guidelines for Action Following Patient Safety Incidents. *Advances in Patient Safety*. 2005;4.
- 120 EWERTOWSKI T. Just Culture as a Useful Tool for the Organizations in the Context of ISO 45001:2018 Standard Implementation. *DEStech Transactions on Social Science, Education and Human Science*. Published Online First: 21 January 2020. doi: 10.12783/dts-sehs/ise2018/33653
- 121 Dekker SWA, Nyce JM. Just culture: "Evidence", power and algorithms. *J Hosp Adm*. 2013;2:73.
- 122 Cromie S, Bott F. Just culture's "line in the sand" is a shifting one; an empirical investigation of culpability determination. *Saf Sci*. 2016;86:258–72.
- 123 Karanikas N, Chionis D. Exploring the line between the preventive and punitive character of measures in the frame of a just culture. *Policy and Practice in Health and Safety*. 2017;15:174–86.
- 124 Hudson P. SPE 111977 Meeting Expectations: A New Model for a Just and Fair Culture and Environment in Oil and Gas Exploration and Production held in Nice. <https://www.wyvernlimited.com/wp-content/uploads/2022/02/New-Model-for-a-Just-and-Fair-Culture-April-2008-posted-April-2011.pdf>. 2008.
- 125 Bitar FK, Chadwick-Jones D, Nazaruk M, *et al*. From individual behaviour to system weaknesses: The re-design of the Just Culture process in an international energy company. A case study. *J Loss Prev Process Ind*. 2018;55:267–82.
- 126 Liao MY. Safety Culture in commercial aviation: Differences in perspective between Chinese and Western pilots. *Saf Sci*. 2015;79:193–205.
- 127 McCall JR, Pruchnicki S. Just culture: A case study of accountability relationship boundaries influence on safety in HIGH-consequence industries. *Saf Sci*. 2017;94:143–51.
- 128 Nurdin DA, Wibowo A. Barriers to reporting patient safety incident in health care workers: integrative literature review. *Indonesian Journal of Health Administration*. 2021;9:210–7. <https://doi.org/10.20473/jaki.v9i2.2021.210-217>
- 129 Hutter B, Lloyd-Bostock S, Concha P, *et al*. Investigating Reporting Culture amongst pilots: a briefing study. <https://www.lse.ac.uk/business/consulting/assets/documents/Investigating-Reporting-Culture.pdf>. 2015.
- 130 Schectman JM, Plews-Ogan ML. Physician Perception of Hospital Safety and Barriers to Incident Reporting. *The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*. 2006;32:337–43.
- 131 Schuit I, Scott S. Perceptions of Just Culture Between Pilots and Managers. *Aviation Psychology and Applied Human Factors*. 2021;11:65–78.
- 132 Improvement Academy, Yorkshire & Humber PSTRC. Just Culture Assessment Framework JCAF\_Illustration. <https://improvementacademy.org/networks/a-just-culture-network/>. 2021.
- 133 American College of Healthcare Executives. Leading a Culture of Safety: A Blueprint for Success. 2017. [www.npsf.org/LLI](http://www.npsf.org/LLI).
- 134 Frankel A, Haraden C, Federico F, *et al*. A Framework for Safe, Reliable, and Effective Care Institute for Healthcare Improvement • [ihi.org](http://ihi.org) Safe & Reliable Healthcare. [https://hcfonline.org/wp-content/uploads/2019/04/IHI-White-Paper\\_FrameworkSafeReliableEffectiveCare.pdf](https://hcfonline.org/wp-content/uploads/2019/04/IHI-White-Paper_FrameworkSafeReliableEffectiveCare.pdf). 2017.
- 135 Foster M, Mha BS, Mazur L. Impact of leadership walkarounds on operational, cultural and clinical outcomes: A systematic review. *BMJ Open Qual*. 2023;12. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2023-002284>
- 136 Wynne-Jones Margot Martin-Babin Luis Villa Brooke Hayward J. Patient Safety Leadership Walk Rounds: Lessons learned from a mixed-methods evaluation. *Kai Tiaki Nursing Research*. 2020;11.

- 137 Sexton JB, Adair KC, Leonard MW, *et al.* Providing feedback following Leadership WalkRounds is associated with better patient safety culture, higher employee engagement and lower burnout. *BMJ Qual Saf.* 2018;27:261–70.
- 138 Croke L. Safety huddles improve patient safety and quality of care. *AORN J.* 2020;112:P11–3. <https://doi.org/10.1002/aorn.13259>
- 139 Pimentel CB, Snow AL, Carnes SL, *et al.* Huddles and their effectiveness at the frontlines of clinical care: a scoping review. *J Gen Intern Med.* 2021;36:2772–83. <https://doi.org/10.1007/s11606-021-06632-9>
- 140 Lamming L, Montague J, Crosswaite K, *et al.* Fidelity and the impact of patient safety huddles on teamwork and safety culture: an evaluation of the Huddle Up for Safer Healthcare (HUSH) project. *BMC Health Serv Res.* 2021;21. doi: 10.1186/s12913-021-07080-1
- 141 Pilz S, Stapenhorst K, Weber H. Arbeitshilfe Bessere Kommunikation 2 SBAR als Tool zur fokussierten Kommunikation 2a. [https://www.gqmg.de/media/redaktion/Publikationen/Arbeitshilfen/GQMG\\_ABK\\_02.2a.\\_SBAR\\_16.08.20.pdf](https://www.gqmg.de/media/redaktion/Publikationen/Arbeitshilfen/GQMG_ABK_02.2a._SBAR_16.08.20.pdf). 2020.
- 142 Staines A, Lécurveux E, Rubin P, *et al.* Impact of TeamSTEPPS on patient safety culture in a Swiss maternity ward. *International Journal for Quality in Health Care.* 2020;32:618–24.
- 143 NHS Scotland. Safety Culture Discussion Cards. <https://learn.nes.nhs.scot/61107>. 2023.
- 144 Heck MJ, Ranker · A, Wranke · A, *et al.* Die interdisziplinäre alterstraumatologische Visite Empfehlungen für den Klinikalltag. *Unfallchirurg.* 2021;124:138–45.
- 145 Heip T, Van Hecke A, Malfait S, *et al.* The Effects of Interdisciplinary Bedside Rounds on Patient Centeredness, Quality of Care, and Team Collaboration: A Systematic Review. 2020. <http://links.lww.com/JPS/A303>
- 146 Häsler L, Schwappach D. Leitfaden Morbiditäts-und Mortalitätskonferenzen. <https://www.aps-ev.de/wp-content/uploads/2019/05/Leitfaden-Morbidit%C3%A4ts-und-Mortalit%C3%A4tskonferenzen.pdf>. 2019.
- 147 Bundesärztekammer. Methodischer Leitfaden Morbiditäts-und Mortalitäts-konferenzen (M & MK). [https://www.bundesaeztekammer.de/fileadmin/user\\_upload/\\_old-files/downloads/pdf-Ordner/QS/M\\_Mk.pdf](https://www.bundesaeztekammer.de/fileadmin/user_upload/_old-files/downloads/pdf-Ordner/QS/M_Mk.pdf). 2016.
- 148 Excellence Commission C. Guidelines for Conducting and Reporting Morbidity and Mortality/Clinical Review Meetings. [https://www.cec.health.nsw.gov.au/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0003/602697/Guidelines-for-Conducting-and-Reporting-Morbidity-and-Mortality.pdf](https://www.cec.health.nsw.gov.au/__data/assets/pdf_file/0003/602697/Guidelines-for-Conducting-and-Reporting-Morbidity-and-Mortality.pdf). 2020.
- 149 British Columbia PS and QC. Culture Change Toolbox. [https://healthqualitybc.ca/wp-content/uploads/culture-toolkit\\_web.pdf](https://healthqualitybc.ca/wp-content/uploads/culture-toolkit_web.pdf). 2017.
- 150 AHRQ. Hospital Survey on Patient Safety Culture Version 2.0: Composites and Items. <https://www.ahrq.gov/sops/surveys/hospital/index.html>. 2019.
- 151 Sullivan JL, Rivard PE, Shin MH, *et al.* Applying the high reliability health care maturity model to assess hospital performance: A VA case study. *Jt Comm J Qual Patient Saf.* 2016;42:389–99.
- 152 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.
- 153 Harris KA, Frank JR. Competence by Design: Reshaping Canadian Medical Education Competence by Design. [https://www.researchgate.net/publication/284682917\\_Competence\\_by\\_design\\_Reshaping\\_Canadian\\_medical\\_education\\_-the\\_continuum\\_of\\_medical\\_education](https://www.researchgate.net/publication/284682917_Competence_by_design_Reshaping_Canadian_medical_education_-the_continuum_of_medical_education). 2014.
- 154 Milligan FJ. Establishing a culture for patient safety - The role of education. *Nurse Educ Today.* 2007;27:95–102.

- 155 Beylik U, Palteki T. Thematic development of research on patient safety: An analysis with the science mapping technique. *North Clin Istanbul*. 2022;9:188–96. <https://doi.org/10.14744/nci.2021.87847>
- 156 Nævestad TO, Hesjevoll IS, Ranestad K, *et al.* Strategies regulatory authorities can use to influence safety culture in organizations: Lessons based on experiences from three sectors. *Saf Sci*. 2019;118:409–23.
- 157 Antonsen S, Nilsen M, Almklov PG. Regulating the intangible. Searching for safety culture in the Norwegian petroleum industry. *Saf Sci*. 2017;92:232–40.
- 158 Nævestad 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.
- 159 Carey P, Baker T, Silver C. How Liability Insurers Protect Patients and Improve Safety. 2019. [https://scholarship.law.upenn.edu/faculty\\_scholarship](https://scholarship.law.upenn.edu/faculty_scholarship)
- 160 Lehmann Christine. 5 Ways Docs May Qualify for Discounts on Medical Malpractice Premiums. <https://www.medscape.com/viewarticle/991780?form=fpf>. 2023.
- 161 Generaldirektion Gesundheitspflege Brüssel. Kurzdossier Gesundheitspflege - Allgemeinkrankenhäuser. 2019. [www.healthybelgium.be](http://www.healthybelgium.be)
- 162 Gausmann Peter, Kentrup Ansgar. Klinisches Risikomanagement und Eigentragungsmodelle in der Haft- pflichtversicherung. *Das Krankenhaus*. 2022;1.
- 163 Ecoplan. Anreizsysteme zur Verhütung healthcare-assoziierter Infektionen in Spitälern und Pflegeheimen . <https://www.bag.admin.ch/dam/bag/de/dokumente/mt/i-und-i/noso/schlussbericht-studie-anreizsysteme-verhuetung-hai-in-spitalern-und-pflegeheimen.pdf.download.pdf>. 2019.
- 164 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.
- 165 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>
- 166 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.
- 167 Parker D, Lawrie M, Hudson P. A framework for understanding the development of organisational safety culture. *Saf Sci*. 2006;44:551–62.
- 168 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>
- 169 David D. The Association Between Organizational Culture and the Ability to Benefit from Just Culture Training. *J Patient Safety*. 2019;15:2–7.
- 170 Sellers R. A professional culture of safety-The influence, measurement and development of organisational safety culture. <https://www.isasi.org/Documents/library/technical-papers/2014/ISASI%202014%20-%20Sellers%20-%20Safety%20culture.pdf>. 2014.
- 171 Saurin TA, Righi AW, Henriqson É. Characteristics of complex socio-technical systems and guidelines for their management: the role of resilience. [https://meriva.pucrs.br/dspace/bitstream/10923/10003/2/Characteristics\\_of\\_complex\\_socio\\_technical\\_systems\\_and\\_guidelines\\_for\\_their\\_management\\_the\\_role\\_of\\_resilience.pdf](https://meriva.pucrs.br/dspace/bitstream/10923/10003/2/Characteristics_of_complex_socio_technical_systems_and_guidelines_for_their_management_the_role_of_resilience.pdf). 2013.
- 172 Hollnagel E, Woods D, Paries J, *et al.* *Resilience Engineering in Practice: A Guidebook*. 1. Edition. 2011.

- 173 Fernández-Muñiz B, Montes-Peón JM, Vázquez-Ordás CJ. Safety culture: Analysis of the causal relationships between its key dimensions. *J Safety Res.* 2007;38:627–41.
- 174 Gordon R, Kirwan B. Developing a safety culture in a research and development environment: Air Traffic Management domain. <https://www.hfes-europe.org/wp-content/uploads/2014/06/51-ds.pdf>. 2005;493–505.
- 175 Wiegmann DA, Zhang H, Von Thaden T, *et al.* A Synthesis of Safety Culture and Safety Climate Research ARL NRC000036. 2002.
- 176 Linda Paradiso B. Rebuilding trust in just culture. *Nurs Manage.* 2022;6–14.
- 177 Essex R, Kennedy J, Miller D, *et al.* A scoping review exploring the impact and negotiation of hierarchy in healthcare organisations. *Nurs Inq.* 2023;30. <https://doi.org/10.1111/nin.12571>
- 178 Esreda C. Barriers to learning from incidents and accidents. <https://www.esreda.org/wp-content/uploads/2021/01/ESReDA-barriers-learning-accidents-1.pdf>. 2015.
- 179 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.
- 180 Trbovich P, Shojania KG. Root-cause analysis: swatting at mosquitoes versus draining the swamp. *BMJ Qual Saf.* 2017;26:350–3.
- 181 Geller Scott. Behavioral Safety Analysis: A Necessary Precursor To Corrective Action. *AMERICAN SOCIETY OF SAFETY ENGINEERS* . 2000;29–32.
- 182 Kotter JP. *Leading Change*. Boston 2012.
- 183 Page A. Making Just Culture a Reality. <https://psnet.ahrq.gov/perspective/making-just-culture-reality-one-organizations-approach>. 2007.
- 184 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
- 185 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.