



Österreichischer
Patient:innenbeirat
Beirat von Patientinnen und Patienten
für ein Miteinander in der Bearbeitung
von Gesundheitsfragen



LUDWIG
BOLTZMANN
INSTITUTE
Digital Health and Patient Safety

„Reden Sie mit! – Behandlungsfehler“

Abschlussbericht

Autor:innen: Paul Brandl, Hannah Hausegger, Elisabeth Klager, Bernhard Reichl, Andreas Ronge-Toloraya, Benjamin Schuster, Rudolf Steinbichl, Anna Teufel, Polina Toloraya

Projektmitarbeiter:innen: Sybille Behrens, Paul Brandl, Mariya Bukowski, Klara Doppler, Lukas Geck, Rudolf Grünzweig, Ingomar Gutmann, Hannah Hausegger, Mojca Hribersek, Manfred Jud, Elisabeth Klager, Maria Kletecka-Pulker, Johanna Öttl, Bernhard Reichl, Andreas Ronge-Toloraya, Benjamin Schuster, Rudolf Steinbichl, Anna Teufel, Polina Toloraya, Harald Willschke

Kontakt: Elisabeth Klager, Anna Teufel (office@patientenbeirat.at)

Inhaltsverzeichnis

Einleitung	2
Hintergrund	2
Juristische Situation in Österreich.....	3
Fragestellungen und Zielsetzungen	4
Projektphasen	5
Phase 0: Wissenschaftliche Vorarbeit	5
Phase 1: Crowdsourcing	6
Auswertung des Crowdsourcing.....	7
Ergebnisse des Crowdsourcing	12
Phase 2: Co-Creation-Workshops	16
Workshop 1: Kommunikation	17
Workshop 2: Fehlerkultur	17
Workshop 3: Nachsorge	18
Phase 3: Maßnahmen und Pilotprojekte	18
Pilotprojekt 1: Gesundheitsführerschein	19
Pilotprojekt 2: Wartezimmer NEU: Begegnungsrahmen neu gestalten	20
Pilotprojekt 3: Aus- und Weiterbildungsinitiative zum Thema Fehlerkultur	21
Abschlussveranstaltung.....	23
Limitationen	23
Fazit	24
Literaturverzeichnis	25
Anhang	26
Abkürzungsverzeichnis	26
Relevante Definitionen	26
Crowdsourcing-Fragebogen	28
Vorbereitungsfragebogen Wartezimmer neu	32
Feedbackfragebogen Wartezimmer neu	33
Leitfaden Expert:inneninterviews zu Aus- und Weiterbildungsinitiative	34
Ideen Poster nach Design Thinking	35

Einleitung

Das Projekt „Reden Sie mit! – Behandlungsfehler“, das von Juni 2022 bis Dezember 2023 lief, verfolgte das Ziel, das Thema Behandlungsfehler, welches immer noch von starken Tabus behaftet ist, mithilfe eines inklusiven und durchgehend partizipativen Forschungsansatzes anzugehen. Ziel war es, einen breiten gesellschaftlichen Diskurs zum Thema Behandlungsfehler sowie Fehlerkultur im medizinischen Bereich anzustoßen, Patient:innen sowie Gesundheitsdienstleister:innen zu empowern und einen Beitrag zur Verbesserung der Kommunikation zwischen diesen beiden Gruppen zu leisten, um so die Fehlerkultur im medizinischen Bereich langfristig zu verbessern und die Patient:innensicherheit in Österreich nachhaltig zu erhöhen.

Der vorliegende Bericht soll einen detaillierten Einblick in die angewandten Methoden sowie die erzielten Ergebnisse des Projekts „Reden Sie mit! – Behandlungsfehler“ liefern, als Blueprint für ähnliche partizipative Forschungsprojekte im Gesundheitsbereich herangezogen werden können sowie als Anknüpfungspunkt für potenzielle Folgeprojekte zum Thema Behandlungsfehler fungieren.

Die Initiative wurde im Rahmen des OIS Enrichment Funds des Open Innovation in Science (OIS) Center der Ludwig Boltzmann Gesellschaft (LBG) gefördert.

Hintergrund

Laut einer Studie der Johns Hopkins Medicine stellen medizinische Fehler in den USA mit etwa 250.000 Toten pro Jahr die dritthäufigste Todesursache dar (vgl. Johns Hopkins Medicine 2016, Abs.1ff); anderen Studien zufolge ist diese Zahl sogar noch höher (vgl. James 2013, S.127). Auch in Österreich belastet das Auftreten von Behandlungsfehlern sowohl betroffene Patient:innen und deren Angehörige als auch involviertes Gesundheitspersonal und verursacht großes individuelles Leid sowie hohe Kosten auf struktureller Ebene. Die Auseinandersetzung mit der Thematik ist somit von höchster gesundheitspolitischer Relevanz.

Trotz der Wichtigkeit, die dem Thema „Behandlungsfehler“ in der österreichischen Gesellschaft beigemessen wird, gibt es kaum belastbare Zahlen zur Häufigkeit dieser in Österreich. Dies liegt unter anderem darin, dass es kein Behandlungsfehlerregister gibt und mögliche Konsequenzen nach Behandlungsfehler sehr unterschiedlich sein können (Gerichtsverfahren, außergerichtliche Streitbeilegung etc.), was eine genaue Erfassung von Behandlungsfehler unmöglich macht. Studien aus Deutschland, die laut Expert:innen auf Österreich umgelegt werden können, belegen, dass Behandlungsfehler bei 1% aller Krankenhausbehandlungen vorkommen. 0,1% aller im Krankenhaus behandelte Patient:innen sterben in Folge eines Behandlungsfehlers – das ist eine:r von 1.000 Patient:innen (vgl. Trescher 2020, Abs.10).

Die fehlende Datenlage dürfte einer der Gründe dafür sein, dass es in Österreich immer noch wenig öffentlichen Diskurs zu diesem Thema gibt. Des Weiteren gibt es keine von der Gesamtgesellschaft getragene, einheitliche Definition des Begriffs, was die Öffnung der Debatte zusätzlich erschwert. Schon vor Beginn des Projekts war uns bewusst, dass die in der Gesellschaft vorhandenen Definitionen von Behandlungsfehlern weit auseinanderklaffen, was sich auch in den Projektergebnissen widerspiegelt (siehe dazu auch das Kapitel „Ergebnisse des Crowdsourcing“). Demnach wird teilweise auch das Auftreten von einer Behandlungsmethode anhaftenden Komplikation als Behandlungsfehler betrachtet.

Wenn dem Behandlungsfehler ein rechtlicher Anspruch zugrunde liegt¹, kann dies für involviertes Gesundheitspersonal rechtliche Konsequenzen nach sich ziehen. Dies hat zur Folge, dass Fehler im medizinischen Bereich häufig verschwiegen werden.

Hier treffen unterschiedliche Interessen bzw Systeme „offene Fehlerkultur“ versus „Schadenersatzrecht“ aufeinander, die unterschiedliche Ziele und Interessen verfolgen und ein gemeinsames Vorgehen erschweren. Einerseits gibt es den Wunsch, offen mit Fehlern umzugehen, andererseits ist es zb strafrechtlich beschuldigten Ärzt:innen nicht zu raten, einen möglichen Fehler offen zu kommunizieren oder sogar ein Schuldanerkenntnis abzugeben, da dies letztlich massive persönliche und finanzielle Auswirkungen haben kann. Dabei wäre der offene Umgang mit Fehlern ein wesentlicher Faktor, um aus diesen Fehlern zu lernen und den Aufbau einer Sicherheitskultur voranzutreiben. Dies ist auch der Grund, dass lediglich „Beinahe Fehler“ in so genannte CIRS Systeme eingemeldet werden soll, da die Meldung von Fehler unter Umständen schadenersatzrechtliche Konsequenzen zur Folge hätten.

Der aktuelle Umgang mit Behandlungsfehlern bzw die rechtliche Lage erschwert einen offenen Diskurs sowie eine gesteigerte Aufklärung zum Thema unter Einbeziehung von Patient:innen sowie Gesundheitspersonal, ein maximales Lernen aus Fehlern auf persönlicher sowie auf Systemebene sowie gesteigerte Empathie nach erlittenen Behandlungsfehlern. Trotz der Herausforderungen gab und gibt es einige Initiativen zur Erhöhung der Patient:innensicherheit in Österreich, etwa das Meldesystem CIRSmedical², die Plattform Patient:innensicherheit³ oder den Verein Second Victim⁴.

Juristische Situation in Österreich

In der österreichischen Rechtsordnung gibt es keine Legaldefinition des Begriffs Behandlungsfehler, aber die Rechtsprechung geht von einer einheitlichen Definition aus:

Ein Behandlungsfehler liegt dann vor, wenn gegen die anerkannten Regeln der medizinischen Wissenschaft verstoßen wird (vgl § 49 Abs 1 ÄrzteG und § 8 Abs 2 KAKuG). Fehlen solche Regeln, weil neue medizinische Methoden (§ 8 c Abs 3 KAKuG) angewendet werden, ist darauf abzustellen, was im Einzelfall als objektiv sorgfältig anzusehen ist (OGH 17.05.2001, 7 Ob 321/00g).

Ein Spitalsärzten anzulastendes Fehlverhalten liegt dann vor, wenn diese nicht nach Maßgabe der ärztlichen Wissenschaft und Erfahrung vorgegangen sind oder die übliche Sorgfalt eines ordentlichen pflichtgetreuen Durchschnittsarztes in der konkreten Situation vernachlässigt haben“ (OGH 17.5.2001, 7 Ob 321/00g).

¹ „Ein Behandlungsfehler liegt dann vor, wenn gegen die anerkannten Regeln der medizinischen Wissenschaft verstoßen wird“ (vgl § 49 Abs 1 ÄrzteG und § 8 Abs 2 KAKuG).

² <https://www.cirsmedical.at/>

³ <https://www.plattformpatientensicherheit.at/>

⁴ <https://www.secondvictim.at/>

Fragestellungen und Zielsetzungen

Basierend auf der ausgeführten Problemstellung ergeben sich für uns folgende leitende Fragestellungen:

- (1) In welchen Bereichen decken sich die unterschiedlichen Definitionen von Behandlungsfehlern mit den Meinungen und Definitionen aus der Bevölkerung? Wo unterscheiden sie sich?
- (2) Worauf kann Gesundheitspersonal, vor allem im Bereich der Kommunikation mit Patient:innen, achten, um Behandlungsfehlern vorzubeugen und diese bestmöglich zu vermeiden?
- (3) Was können Patient:innen selbst tun, um Behandlungsfehlern vorzubeugen (Stichwort Arzt:innen-Patient:innen-Kommunikation)?
- (4) Was würde es benötigen, um im Gesundheitswesen über (Behandlungs-)Fehler lern- und lösungsorientiert kommunizieren zu können?

Mit deren Beantwortung wollen wir die folgenden konkreten Zielsetzungen erfüllen:

- (1) Anstoßen eines offenen Diskurses zum Thema „Behandlungsfehler“ sowie zur Fehlerkultur im Gesundheitsbereich mit dem langfristigen Ziel, einen nachhaltigen Beitrag zur Verbesserung der bestehenden Fehlerkultur zu leisten,
- (2) Beitrag zur Findung einer konsensualen und auch für Patient:innen / Bürger:innen verständlichen und nachvollziehbaren Definition des Begriffs „Behandlungsfehler“,
- (3) Beitrag zur Verbesserung der Kommunikation zwischen Gesundheitsberufen und Patient:innen / Bürger:innen bei Aufklärungsgesprächen,
- (4) Steigerung von “Patient Empowerment” durch die oben genannten Punkte (1-3), durch gesteigerte Aufklärung von Patient:innen sowie durch Aufzeigen konkreter Ressourcen, auf die diese im Falle von Behandlungsfehlern zurückgreifen können, sowie
- (5) Steigerung des Health Care Professional (HCP) Empowerment durch die oben genannten Punkte (1-3).

Das übergeordnete Ziel unseres Projekts war folgendes: Unter federführender Mitwirkung von Patient:innen/Bürger:innen und Expert:innen verschiedener Disziplinen sollten Maßnahmen entwickelt und Handlungsempfehlungen für Patient:innen sowie für Gesundheitspersonal definiert werden, um durch bessere Kommunikation Behandlungsfehlern vorzubeugen und so wiederum die Patient:innensicherheit in Österreich nachhaltig zu erhöhen.

Projektphasen

Vor diesem Hintergrund starteten wir im Juni 2022 unser partizipatives Projekt „Reden Sie mit! - Behandlungsfehler“. Unser Projektteam bestand aus insgesamt 20 Personen und setzte sich aus 9 LBIMitarbeiter:innen einerseits sowie 11 Mitgliedern des Österreichischen Patient:innenbeirats andererseits zusammen, die in sämtliche Projektphasen involviert wurden. Während der ersten Phasen des Projekts fand ein alle zwei Wochen stattfindender Online-Jour Fixe im gesamten Projektteam statt, in dem Projektstand, nächste Schritte, Herausforderungen etc. besprochen wurden. Das Projekt gliederte sich in die fünf Projektphasen (1) Wissenschaftliche Vorarbeit, (2) Crowdsourcing, (3) Co-Creation-Prozess, (4) Maßnahmenentwicklung & Pilotprojekte sowie (5) Wissenschaftliche Verwertung (siehe Abbildung 1), die im Folgenden näher beschrieben werden.



Abbildung 1: Projektplan und Partizipationselemente

Phase 0: Wissenschaftliche Vorarbeit

Im Rahmen einer eingehenden Literaturrecherche zum Thema Behandlungsfehler und Patient:innensicherheit wurde die aktuelle wissenschaftliche sowie rechtliche Lage in Österreich mit Unterstützung des Instituts für Ethik und Recht in der Medizin der Universität Wien eruiert und aufbereitet (siehe dazu das Kapitel „Hintergrund“ sowie die ergänzenden Ausführungen zur juristischen Situation im Anhang dieses Berichts). Weiters wurden vorhergehende Initiativen zu diesem Thema in Österreich sowie im Ausland recherchiert, um auf bereits bestehende Inhalte möglichst gut aufbauen zu können und Doppelungen zu vermeiden.

In einem nächsten Schritt wurde die anschließende Phase des Crowdsourcings vorbereitet. Unter aktiver Mitwirkung der am Projekt beteiligten Mitglieder des Österreichischen Patient:innenbeirats wurde der Fragebogen für das Crowdsourcing erstellt. Dieser beinhaltete Fragen zu einigen soziodemographischen Daten der Teilnehmenden, darunter Geburtsjahr, Geschlecht, Wohnort, Bildungsstand sowie im Alltag gesprochene Sprache/n, sowie die folgenden fünf offenen Fragen zum Thema Behandlungsfehler (der gesamte Crowdsourcing-Fragebogen findet sich im Anhang dieses Berichts):

- Was ist für Sie ein (medizinischer) Behandlungsfehler? Was stellen Sie sich darunter vor? Bitte beschreiben Sie uns kurz Ihre Vorstellung.

- Wovor haben Sie im Zusammenhang mit Behandlungsfehlern ganz allgemein Angst (auch wenn Sie selbst vielleicht noch keine persönlichen Erfahrungen damit gemacht haben)? Bitte beschreiben Sie uns ganz allgemein Ihre Ängste im Zusammenhang mit Behandlungsfehlern.
- Welche Erfahrungen haben Sie mit Behandlungsfehlern schon gemacht? Bitte erzählen Sie uns kurz über Ihre Erfahrungen mit Behandlungsfehlern.
- Welche Unterstützungsleistungen haben Sie bzw. Ihr:e Angehörige:r im Zusammenhang mit dem Behandlungsfehler erhalten? Wie wurde der Fehler nachbearbeitet? Bitte erzählen Sie uns, welche Unterstützungsleistungen Sie im Zusammenhang mit dem Behandlungsfehler erhalten haben.
- Welche Unterstützungsleistungen bzw. welche Nachbearbeitung des Fehlers hätten Sie sich gewünscht? Wie sollte Ihrer Meinung nach mit einem solchen Fehler umgegangen werden? Bitte beschreiben Sie in einigen Sätzen, welche Unterstützungsleistungen Sie sich im Zusammenhang mit dem Behandlungsfehler gewünscht hätten.

Am Ende des Fragebogens wurde erhoben, ob die Befragten bereit wären, an einer KleingruppenDiskussion zum Thema Behandlungsfehler teilzunehmen. An einem solchen Austausch interessierte Teilnehmer:innen konnten ihre Kontaktdaten hinterlassen.

Bei der Gestaltung des Fragebogens wurde besonders darauf geachtet, einfache Sprache zu verwenden, was zu guter Verständlichkeit für breite Bevölkerungsgruppen beitragen sollte. Dies wurde mit einer Kollegin aus dem Open Innovation in Science (OIS) Center der LBG vor Veröffentlichung des Fragebogens nochmals gemeinsam besprochen. Der Fragebogen wurde anschließend auf der Online-Plattform Unipark eingepflegt.

Weiters wurde eine Projekt-Homepage erstellt: <https://www.patientenbeirat.at/behandlungsfehler/index.php>. Auf dieser wurden regelmäßig aktuelle Informationen zum Projekt veröffentlicht, zudem war der Crowdsourcing-Fragebogen im Zeitraum zwischen Oktober 2022 und Jänner 2023 auf dieser Homepage aufrufbar. In dieser ersten Projektphase wurden außerdem mögliche Kommunikationskanäle und Multiplikator:innen für die anschließende Phase des Crowdsourcings ausgelotet und gesammelt.

Phase 1: Crowdsourcing

Der Link zum Online-Fragebogen wurde auf den Social Media Kanälen des Ludwig Boltzmann Institute Digital Health and Patient Safety (LBI DHPS) sowie auf institutseigenen „Reden Sie mit!“-Kanälen (Facebook, Instagram, LinkedIn) mehrfach geteilt. Zusätzlich wurden die in der vorhergehenden Projektphase eruierten möglichen Multiplikator:innen mit der Bitte kontaktiert, den Link zum Fragebogen in ihren Netzwerken zu teilen. Erreicht wurden damit verschiedene Selbsthilfeorganisationen, Organisationen aus dem sozialen und aus dem Gesundheitsbereich sowie die Netzwerkpartner:innen des LBI DHPS. Weiters gab es auch einige Medienberichte zum Projekt in österreichischen Regionalmedien⁴. Auch das „analoge“ Ausfüllen des Fragebogens war möglich. Einige

⁴ Bericht auf Mein Bezirk vom 26.11.2022: https://www.meinbezirk.at/c-politik/neue-plattform-fuerbehandlungsfehler-in-oesterreich_a5721916;

Projektmitarbeiter:innen erklärten sich etwa bereit, die Fragebögen in bekannten ärztlichen Praxen oder Pflegeheimen aufzulegen, zusätzlich war das analoge Ausfüllen des Fragebogens am OIS zum: Forum für Gesundheit und Wohlbefinden 2022 des OIS Centers der LBG, welches von 21. bis 22.10.2022 in Wien stattfand, möglich. Die Option, den Fragebogen analog auszufüllen, wurde von drei Teilnehmer:innen gewählt.

Auswertung des Crowdsourcing

Zur Auswertung der Antworten auf die offenen Fragen des Crowdsourcing wurde die Thematische Analyse nach Braun&Clarke (2006) angewandt. Die Auswertung einer ausgewählten offenen Frage wurde im Zuge eines vierstündigen Workshops im gesamten Projektteam durchgeführt. Die Auswertung der übrigen vier offenen Fragen wurde von den LBI-Mitarbeiter:innen, die Teil des Projektteams waren, durchgeführt.

Wann	Was	Wer	Ergebnisse
24.01.2023	Herunterladen des Datensatzes von Unipark	Kernteam (Anna Teufel, Elisabeth Klager, Hannah Hausegger)	Excel-Tabelle mit Antworten
	Gemeinsam einen ersten Überblick über die Daten verschaffen	Kernteam (Anna Teufel, Elisabeth Klager, Hannah Hausegger)	

Bericht der Tiroler Tageszeitung vom 09.01.2023:

<https://www.tt.com/artikel/30842537/behandlungsfehlernach-wie-vor-tabuthema-betroffene-fuer-dialog-gesucht?success=true&conv=plus>

	<p>Beginn des Kodierens: Die erste Frage, die codiert wurde, ist die Frage zu Erfahrungen mit Behandlungsfehlern. Die ersten 25 Antworten wurden zu dritt codiert (gemeinsames Besprechen der Antworten, Formulieren der Codes und Zuordnen); eine Antwort konnte mehreren Codes zugeordnet werden. Eintragen der Codes in eine Excel-Tabelle.</p>	<p>Kernteam (Anna Teufel, Elisabeth Klager, Hannah Hausegger)</p>	<p>Excel-Tabelle mit Codes</p>
<p>24.01.2023 - 06.02.2023</p>	<p>Codieren der restlichen Antworten individuell</p>	<p>Kernteam separat (Anna Teufel, Elisabeth Klager, Hannah Hausegger)</p>	<p>543 Codes</p>
	<p>Vereinheitlichen der entstandenen Codes in Excel-Liste</p>	<p>Kernteam (Anna Teufel, Elisabeth Klager, Hannah Hausegger)</p>	
<p>06.02.2023</p>	<p>Farbliche Markierung der Codes nach der von den Teilnehmenden im Fragebogen angegebenen Rolle</p>	<p>Kernteam (Anna Teufel, Elisabeth Klager, Hannah Hausegger)</p>	
	<p>Alphabetisches Sortieren der Codes</p>	<p>Hannah Hausegger</p>	

	Löschen von Dubletten	Hannah Hausegger	Finale Anzahl an Codes: 218 , Codes nach Rolle: Interessierte Bürger:innen (schwarz): 20, Patient:innen (rot): 110, Angehörige (grün): 31, GDL (blau): 39, Andere Rolle (orange): 18 <i>(Nicht auswertbare Antworten: 18, Nicht beantwortete Frage: 24)</i>
	Ausdrucken und Ausschneiden der Codes in Farbe (3 Sets)	Kernteam (Anna Teufel, Elisabeth Klager, Hannah Hausegger)	3 Sets farbig ausgedruckte Codes
07.02.2023	Clustern der entstandenen Codes im Zuge eines partizipativen Workshops mit dem gesamten Team (insgesamt 3h)	Projektteam (LBI + ÖPB): 13 Personen (6 Wissenschaftler:innen des LBI DHPS, 7 Bürger:innen (Mitglieder im Patient:innenbeirat))	
	Theoretischer Input zur Auswertungsmethode; Praktischer Input zum bisherigen Vorgehen (Definition von Codes, Vorbereitung des WS)	Input durch Kernteam (Anna Teufel, Elisabeth Klager, Hannah Hausegger)	

	Aufteilung in 2 etwa gleich große Auswertungsgruppen (6 bzw. 7 Personen; je 2 Wissenschaftler:innen, 4 bzw. 5 Bürger:innen), je 1 Wissenschaftler:in hat moderiert; Verteilen der	Projektteam (LBI + ÖPB): 13 Personen (6 Wissenschaftler:innen des LBI DHPS, 7 Bürger:innen (Mitglieder im Patient:innenbeirat))	
--	---	---	--

	ausgeschnittenen Codes auf großem Tisch		
--	---	--	--

	Vertraut machen mit den Codes (einzelne Zettel), um einen Überblick zu erhalten, Diskussion über mögliche Cluster + Cluster-Namen, Beschriftung von A5-Zetteln mit Cluster-Namen, Zuordnung der Code-Zettel zu einzelnen Clustern	Projektteam (LBI + ÖPB): 13 Personen (6 Wissenschaftler:innen des LBI DHPS, 7 Bürger:innen (Mitglieder im Patient:innenbeirat))	
--	---	---	--

	Präsentation der ClusterSysteme der zwei Gruppen in der Großgruppe, Ideen einholen, Fragen stellen, Feedback geben	Projektteam (LBI + ÖPB): 13 Personen (6 Wissenschaftler:innen des LBI DHPS, 7 Bürger:innen (Mitglieder im Patient:innenbeirat))	
--	--	---	--

	Erneute Arbeit in den Kleingruppen, Verfeinerung der Themencluster, Definition des vorläufigen Cluster (Themen) + Namen, Eine Gruppe: thematische Landkarte mit Themen, Subthemen und Querverbindungen erstellt und aufgezeichnet	Projektteam (LBI + ÖPB): 13 Personen (6 Wissenschaftler:innen des LBI DHPS, 7 Bürger:innen (Mitglieder im Patient:innenbeirat))	2 Cluster-Systeme für die Frage nach Erfahrungen mit Behandlungsfehlern
--	---	---	---

22.02.2023	Auswertung der zwei Fragen zur Definition von Behandlungsfehlern sowie zu Ängsten rund um Behandlungsfehler	Kernteam (Anna Teufel, Elisabeth Klager, Hannah Hausegger) + 3 LBIMitarbeiter:innen mit medizinischem Hintergrund, die nicht mit den Codes vertraut waren	
	Gleiches Vorgehen wie bei der Frage zuvor: Codes farblich markiert und ausgeschnitten, Clustern in zwei Teams (pro Team wurde eine der beiden Fragen bearbeitet)	Kernteam (Anna Teufel, Elisabeth Klager, Hannah Hausegger) + 3 LBIMitarbeiter:innen mit medizinischem Hintergrund, die nicht mit den Codes vertraut waren	Cluster-Systeme für die Frage zur Definition von Behandlungsfehlern sowie für die Frage zu Ängsten rund um Behandlungsfehler
27.02.2023	Auswertung der Themen für die bereits geclusterten 3 Fragen	Kernteam (Anna Teufel, Elisabeth Klager, Hannah Hausegger)	

	Projektmeeting mit Patient:innenbeirat: Präsentation der Themen, erste Überlegungen zu Co-Creation-Workshops	Projektteam (LBI + ÖPB), Präsentation und Moderation durch das Kernteam	
25.04.2023	Auswertung der übrigen 2 Fragen (erhaltene und gewünschte Unterstützungsleistungen)	Kernteam (Anna Teufel, Elisabeth Klager, Hannah Hausegger) + 3 LBIMitarbeiter:innen mit medizinischem Hintergrund, die nicht mit den Codes vertraut waren	
	Gleiches Vorgehen wie bei der Frage zuvor: Codes farblich markiert und ausgeschnitten, Clustern in zwei Teams (pro Team wurden die Antworten auf eine der beiden Fragen beantwortet)	Kernteam (Anna Teufel, Elisabeth Klager, Hannah Hausegger) + 3 LBIMitarbeiter:innen mit medizinischem Hintergrund, die nicht mit den Codes vertraut waren	Cluster-Systeme für die Fragen zu erhaltenen und gewünschten Unterstützungsleistungen

Ergebnisse des Crowdsourcing

Reichweite

Der Online-Fragebogen unseres Crowdsourcing wurde im Zeitraum von Anfang Oktober 2022 bis Ende Jänner 2023 insgesamt 1600 mal aufgerufen. Davon erhielten wir 230 vollständig ausgefüllte Fragebögen zurück, weitere 174 Teilnehmer:innen begannen mit dem Ausfüllen des Fragebogens, brachen das Befüllen des Fragebogens jedoch vor dessen Abschluss ab.

Soziodemographische Daten der Teilnehmer:innen

Die Teilnehmer:innen unseres Crowdsourcings füllten den Fragebogen zu 62,5% aus

Patient:innensicht und zu 15% aus Gesundheitsdienstleister:innensicht aus. Die übrigen 22,5% teilen sich auf Angehörige, interessierte Bürger:innen ohne eigene Erfahrung mit Behandlungsfehlern sowie auf sonstige Rollen auf. Die Teilnehmer:innen des Crowdsourcing waren zu 71% Frauen, im Median 46 Jahre alt (Geburtsjahr 1922-2000) und verfügten im Durchschnitt über einen sehr hohen Bildungsabschluss (53% Hochschul- oder vergleichbarer Abschluss). Die Teilnehmer:innen lebten weiters zu etwa einem Drittel in Wien, zu 19% in Niederösterreich und zu je 13% in Tirol und der Steiermark. Die restlichen 21% teilen sich auf die verbleibenden fünf Bundesländer auf. 97 Teilnehmende gaben am Ende des Fragebogens an, an einer Kleingruppen-Diskussion zum Thema Behandlungsfehler interessiert zu sein und hinterließen zu diesem Zweck ihre Kontaktdaten. Die übrigen Teilnehmenden blieben anonym.

Inhaltliche Ergebnisse des Crowdsourcing

A. Erfahrungen mit Behandlungsfehlern

Bei der Auswertung der Antworten auf die Frage „*Welche Erfahrungen haben Sie mit Behandlungsfehlern schon gemacht?*“ wurden die folgenden 11 Themencluster gebildet: Diagnose (vor allem Dauer bis zur Diagnose), Fehler in der Behandlung, Medikationsfehler, OP-Fehler, fehlende Nachbetreuung, Folgen eines Behandlungsfehlers (psychisch, physisch, rechtlich, existentiell), fehlendes „Hinschauen“, Zeit (Zeitmangel in Behandlung und Aufklärung, lange Wartezeiten), institutionelle Fehler (technische Fehler, strukturbedingte Fehler, personalbedingte Fehler, Fehler in der Zusammenarbeit), fehlende/mangelhafte Fehlerkultur und Fehler in der Kommunikation.

Mangelhafte Kommunikation war generell der meistgenannte Themencluster. Sie scheint somit für die Teilnehmer:innen des Crowdsourcings eine Schlüsselrolle in Bezug auf Behandlungsfehler zu spielen. Die Defizite in der Kommunikation kann weiter aufgeteilt werden. Das reicht von fehlender Empathie in der allgemeinen Gesprächsführung sowie in der Aufklärung über das Gefühl, allein gelassen worden zu sein, fehlende Anerkennung in der Kommunikation und fehlende Werte und Moral, bis hin zu Stigmatisierung und verbaler bzw. psychischer Gewalt und Aggression während der Behandlung.



Abbildung 2: Ergebnisse – Erfahrungen mit Behandlungsfehlern

B. Definition von Behandlungsfehlern

Die Antworten auf die Frage „Was ist für Sie ein (medizinischer) Behandlungsfehler?“ wurden im Zuge der Auswertung in vier grobe Themencluster zusammengefasst. Der erste Cluster, „(Behandlungs-)Fehler“, beinhaltet die Subthemen Diagnose-/Anamnesefehler, Therapiefehler, Medikationsfehler, OP-Fehler, das Abweichen von medizinischen Leitlinien sowie die Unterlassung. Der Cluster „Führt zu Fehlern“ beinhaltet die Subthemen mangelnde Sorgfalt, fehlendes Wissen, systembedingte Faktoren, Vorsatz, sowie Kommunikation. Auch bei den Antworten auf diese Frage zieht sich das Thema der Kommunikation durch – dieses wurde weiter in die Themen Drängen/keine Zustimmung, Gewalt und Beleidigung, Nicht-Verlassen-Können, Nicht-Ernst-Genommen-Werden sowie Aufklärung untergliedert. Der dritte Cluster - „Folgen“ beinhaltet Patient:innenschäden sowie andere Folgen von Behandlungsfehlern; der vierte und letzte Cluster dreht sich um den Umgang mit Behandlungsfehlern und Fehlerkultur.

Bei der Auswertung der Frage nach der Definition von Behandlungsfehlern zeigte sich ein deutliches Auseinanderklaffen unterschiedlicher in der Gesellschaft vorhandener Definitionen. Während einige Teilnehmende Definitionen anführten, die der geltenden juristischen Definition des Begriffs nahekommen, nannten andere Aspekte, die eindeutig als medizinischen Therapien anhaftende Komplikationen bzw. als Therapieversagen eingestuft werden können, und somit keine Behandlungsfehler darstellen.

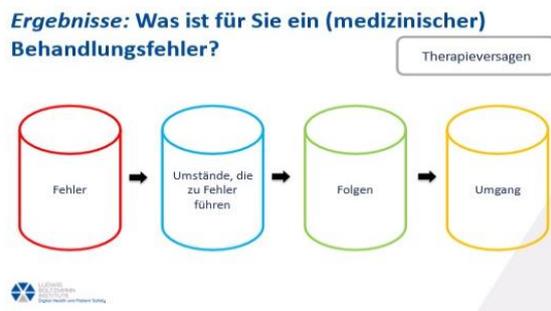


Abbildung 3: Ergebnisse – Definition Behandlungsfehler

C. Angst im Zusammenhang mit Behandlungsfehlern

Die Antworten auf die Frage „Wovor haben Sie im Zusammenhang mit Behandlungsfehlern allgemein Angst?“ fielen sehr divers aus und wurden in insgesamt 21 Themencluster gegliedert. So berichteten einige Teilnehmer:innen von Angst vor erneuter Behandlung, verminderter Lebensqualität, Schmerzen und Tod, andere schilderten Angst vor psychischen, rechtlichen oder finanziellen Folgen eines Behandlungsfehlers sowie vor eingeschränkter Autonomie in Folge eines solchen. Auch die Angst vor einer möglichen Verschleierung/Vertuschung eines Fehlers sowie davor, als Patient:in im Falle eines Behandlungsfehlers allein gelassen und nicht ernst genommen zu werden, wurde genannt.



Abbildung 4: Ergebnisse – Ängste im Zusammenhang mit Behandlungsfehlern

Basierend auf den beschriebenen Ergebnissen des Crowdsourcing wurden anschließend, in Zusammenarbeit mit dem Österreichischen Patient:innenbeirat, drei Workshop-Themen definiert, die in Phase 2 des Projekts, in einem kokreativen Setting mit Betroffenen und Expert:innen ausgearbeitet werden sollten.

Phase 2: Co-Creation-Workshops

Im Zuge eines Nachmittagstermins im Juni 2023 fanden parallel drei Co-Creation-Workshops zu drei unterschiedlichen Fragestellungen statt. Zu den Workshops eingeladen wurden einerseits jene Teilnehmer:innen des Crowdsourcing, die im Online-Fragebogen ihre Kontaktdaten hinterlassen hatten. Diese konnten sich für einen Workshop ihrer Wahl anmelden. Andererseits kontaktierte das Projektteam gezielt Expert:innen aus unterschiedlichsten Bereichen, die potentiell etwas zum Thema Kommunikation und Behandlungsfehler beitragen können. Die Workshops wurden von Expert:innen des OIS-Centers der Ludwig Boltzmann Gesellschaft mit Methoden aus dem Design Thinking moderiert. Die drei Workshop-Themen lauteten wie folgt: (1) Kommunikation – „Wie können wir Patient:innen bestärken, ihre Fragen, Sorgen und Bedenken in einem Gespräch mit Gesundheitsdienstleister:innen mündiger zu kommunizieren?“, (2) Fehlerkultur – „Wie können wir Fehlerkultur als Lernkultur leben, in der Gesundheitsdienstleister:innen und Patient:innen gemeinsam aufeinander achten und eine zweite Meinung als Stärke wahrgenommen wird?“ sowie (3) Nachsorge – „Wie können wir Patient:innen in der Nachsorge subjektive Sicherheit bieten, damit sie sich nicht allein gelassen fühlen?“. Für jeden der Workshops wurde ein 50:50 Verhältnis zwischen Betroffenen/Bürger:innen und Expert:innen angestrebt. Betroffene/Bürger:innen erhielten eine Aufwandsentschädigung von €100 für die Teilnahme am Workshop, zusätzlich wurden anfallende Fahrtkosten vom LBI DHPS übernommen. Bei den zu den Workshops angemeldeten Bürger:innen verzeichneten wir keine No-Shows; bei den angemeldeten Expert:innen lediglich ein einziges.

Ziel der Workshops war es, gemeinsam Maßnahmen zu entwerfen, die zu einer Verminderung der Behandlungsfehler in Österreich bzw. zu einem besseren Umgang mit solchen führen sollten. Dazu wurden in einem ersten Schritt von jeder:m Teilnehmer:in bis zu vier Maßnahmen stichwortartig skizziert und auf ein Post-It aufgezeichnet. Diese wurden in einem nächsten Schritt in Kleingruppen auf einer Matrix mit den beiden Achsen „Umsetzbarkeit“ sowie „Nutzen für Betroffene“ angeordnet. Anschließend entschied sich jede Kleingruppe für drei der gesammelten Maßnahmen-Ideen, die dann gemeinsam mithilfe eines Ideen-Posters aus dem Design Thinking (siehe Anhang) detaillierter ausgearbeitet wurden. Auf den Ideen-Postern wurden Name, Skizze, Inhalt der Idee, Chancen, die sich aus dieser ergeben, Zielgruppe/n sowie Risiken der Idee eingetragen. Nach der Ausarbeitung wurden die Maßnahmen-Ideen im Plenum von den Workshop-Organisator:innen präsentiert.



Abbildung 5: Co-Creation-Workshops

Workshop 1: Kommunikation

Workshop 1 drehte sich um die Kommunikation zwischen Patient:innen und Gesundheitspersonal und bearbeitete konkret die Fragestellung „Wie können wir Patient:innen bestärken, ihre Fragen, Sorgen und Bedenken in einem Gespräch mit Gesundheitsdienstleister:innen mündiger zu kommunizieren?“. An diesem nahmen insgesamt 8 Betroffene/Bürger:innen sowie 4 Expert:innen aus den Bereichen Public Health (Silvia Wojczewski, Medizinische Universität Wien), Kommunikation in der Krankenversorgung (Marlene Sator, Gesundheit Österreich GmbH), psychosoziale Gesundheit und gesundheitliche Chancengerechtigkeit (Joy Ladurner, Österreichische Kompetenz- und Servicestelle für Selbsthilfe) sowie vonseiten gesellschaftspolitischen Engagements in Gesundheitsfragen (Veronika Kunnert, Initiative Gesundes Österreich) teil.

In Workshop 1 entstanden insgesamt acht Maßnahmen-Ideen mit den folgenden Titeln:

- Patient:innenmündigkeit
- Gesundheitsnavigator:innen
- Fehlerkultur als Benefit
- Seltene Erkrankungen sichtbar machen, entstigmatisieren und versorgen
- Pimp my GDL
- Strukturelle Verankerung einer Fortbildungsverpflichtung für Gesundheitsberufe in sozialkommunikativen Kompetenzen
- Begegnungsrahmen gestalten
- Gesundheitsführerschein

Workshop 2: Fehlerkultur

Workshop 2 drehte sich um die Fehlerkultur im Gesundheitsbereich und bearbeitete konkret die Fragestellung „Wie können wir Fehlerkultur als Lernkultur leben, in der Gesundheitsdienstleister:innen und Patient:innen gemeinsam aufeinander achten und eine zweite Meinung als Stärke wahrgenommen wird?“. An diesem nahmen insgesamt 9 Betroffene/Bürger:innen sowie 5 Expert:innen aus den Bereichen Second Victim (Eva Potura, Verein Second Victim), medizinische Meldesysteme (Eva Gartner, CIRSmedical), Patient:innensicherheit (Manfred Zottl, Krankenhaus Hietzing), Qualitätsarbeit im Gesundheitssystem (Katrin Stimmnicker-Schöberl, Gesundheitsfonds Steiermark) sowie vonseiten der Patient:innenanwaltschaft (Michael Prunbauer, Patienten- und Pflegeanwaltschaft Niederösterreich) teil.

In Workshop 2 entstanden insgesamt sieben Maßnahmen-Ideen mit den folgenden Titeln:

- Qualitätsmanagement
- Transparente Diagnostik + Behandlung/Therapie
- Feedback + Entlassungsgespräche
- Aus- / Fortbildungsinitiative
- Konstruktives Berichten & lösungsorientiertes Nachbearbeiten

- 10 goldene Regeln
- Verpflichtende Pausen für Gesundheitspersonal

Workshop 3: Nachsorge

Workshop 3 drehte sich um das Gefühl der subjektiven Sicherheit von Patient:innen im Rahmen der Nachsorge und bearbeitete konkret die Fragestellung „Wie können wir Patient:innen in der Nachsorge subjektive Sicherheit bieten, damit sie sich nicht allein gelassen fühlen?“. An diesem nahmen insgesamt 10 Betroffene/Bürger:innen sowie 4 Expert:innen vonseiten des intramuralen Entlassungsmanagements (Dorothea Plankenbüchler, AKH Wien), der telefonischen Seelsorge (Carola Hochhauser, Telefonseelsorge Wien), der Caritas (Thomas Wochele-Thoma, Caritas Wien) sowie einer Primärversorgungseinheit (Martin Cichocki, PVE Sonnwendviertel) teil.

In Workshop 3 entstanden insgesamt neun Maßnahmen-Ideen mit den folgenden Titeln:

- Personal
- Fehlermanagement
- Ansprechpartner und Zeit
- Early Warning Watch – „EWW“
- Kontinuität in der Nachsorge
- „Case Doctor“
- Prozessbegleitung (Rechtssicherheit)
- FAQ (einfache Sprache, viele Sprachen)
- Patient:innen-Telefon

Phase 3: Maßnahmen und Pilotprojekte

Das gesamte Projektteam entschied sich mithilfe eines Punktesystems nach Ende der Workshops gemeinsam für drei der gesammelten Maßnahmen-Ideen, die in Folge in Form von Pilotprojekten in die Umsetzung gebracht werden sollten. Jede:r Teilnehmer:in konnte seine Top fünf Maßnahmenideen auswählen und reihen. Nummer 1 bekam fünf Punkte, Nummer 2 vier, usw.

Die fünf Projekte mit den meisten Punkten waren folgende:

- Gesundheitsführerschein (30 Punkte)
- Aus- / Fortbildungsinitiative (19 Punkte)
- Wartezimmer NEU (16 Punkte)
- Verpflichtende Pausen für Gesundheitspersonal (15 Punkte)
- Patient:innentelefon (13 Punkte)

Jene Ideen, die es in die Umsetzungsphase geschafft haben, werden folgend näher ausgeführt.

Pilotprojekt 1: Gesundheitsführerschein

Das erste Pilotprojekt hatte zum Ziel, Gesundheitskompetenz in Schulen zu bringen. Das mag zunächst nicht direkt mit dem übergeordneten Projektthema Behandlungsfehler in Verbindung gebracht werden können. Die Idee des Gesundheitsführerscheins ist es jedoch, Schulkindern einen Workshop anzubieten, der sie befähigt, Informationen zu Gesundheitsthemen zu verstehen, zu bewerten und darauf basierend informierte Entscheidungen zu treffen. Das erlernte Wissen soll dann im Idealfall über die Kinder in deren Familien gebracht werden und somit nicht nur sie selbst, sondern auch ihre Mitmenschen gesundheitskompetenter machen und somit das Risiko eines Behandlungsfehlers durch gestärkte Gesundheitskompetenz verringern.

Aber was genau ist denn nun Gesundheitskompetenz? Die österreichische Plattform für Gesundheitskompetenz (ÖPGK) definiert sie als

„das Wissen, die Motivation und die Fähigkeiten von Menschen, relevante Gesundheitsinformationen zu finden, zu verstehen, zu beurteilen und anzuwenden, um im Alltag in den Bereichen Gesundheitsförderung, Prävention und Krankenversorgung Entscheidungen treffen zu können, die zur Erhaltung oder Verbesserung der Lebensqualität und Gesundheit während des gesamten Lebensverlaufs beitragen.“

Das Projekt hat zwei Hauptfokusse: einerseits die Messung der Gesundheitskompetenz der Schüler:innen und andererseits natürlich die Entwicklung der Workshops.

Bevor wir mit der Konzeption des Workshops begannen, fokussierten wir uns zunächst auf die Messung. Der Grund dafür ist, dass wir einen hoffentlich positiven Effekt der Workshops auf die Gesundheitskompetenz der Schüler*innen auch quantifizieren wollen. Es existieren bereits zahlreiche (validierte) Fragebögen, um Gesundheitskompetenz zu bestimmen. Um uns besser mit der Materie auszukennen, haben wir ein Gespräch mit Mag. Dr. Robert Griebler von der Gesundheit Österreich GmbH (GÖG) geführt, der ein absoluter Experte auf diesem Gebiet ist. Er hat uns darauf aufmerksam gemacht, dass einige der Fragebögen wissensbasiert sind und nicht die Gesundheitskompetenz im eigentlichen Sinne, sondern andere Fähigkeiten wie z.B. Leseverständnis abprüfen. Schlussendlich konnten wir uns für einen Fragebogen entscheiden, der den Namen „Health Literacy of school-aged children“ trägt. Er besteht aus 10 Items, wurde in Finnland entwickelt und wird sowohl international als auch in Österreich verwendet.

Um die Inhalte der Workshops auszuarbeiten, wurden mehrere Gespräche mit Mitgliedern des Patient:innenbeirats geführt. Die Herausforderung dabei war, den Rahmen abzustecken, da wir nicht alle gesundheitsrelevanten Themen in die Workshops verpacken können. Schlussendlich einigten wir uns auf vier grobe Themenblöcke:

- Informationskompetenz und Digitale Gesundheitskompetenz
- Psychosoziale Gesundheit
- Navigationskompetenz im Gesundheitssystem
- Kommunikative Gesundheitskompetenz im Rahmen ärztlicher Gespräche

Wichtig zu erwähnen ist auch, dass uns stets bewusst war, dass es schon existierende Projekte in eine ähnliche Richtung gibt und wir das Rad nicht neu erfinden wollen. Um mögliche Synergien zu schaffen, haben wir weitere Expert:innengespräche geführt, nämlich mit Mag.a Dr.in Marlene Sator von der GÖG und Mag.a Dr.in Inge Zelinka-Roitner von Styria vitalis. Letztere machte uns auf das schon bestehende Angebot GET (Gesunde Entscheidungen treffen) aufmerksam. Dabei handelt es sich um Materialien für Lehrkräfte, bestehend aus Arbeitskärtchen rund um gesundheitsrelevante Themen. Nach eingehender Betrachtung dieser beschlossen wir, sie auch für unser Projekt zu verwenden. Frau Zelinka-Roitner machte uns weiters darauf aufmerksam, dass ähnliche Projekte zwar durchaus existieren, diese aber nur selten in Schulen mit verstärkt sozial benachteiligten Schüler*innen durchgeführt werden. Aus diesem Grund soll der Gesundheitsführerschein zunächst in erster Linie in ebensolchen Schulen zum Einsatz kommen.

Die didaktischen Leitsätze, an die wir uns halten wollen, sind folgende:

- Pädagogisch/methodisch gute Aufbereitung für die Zielgruppe
- Aufteilung in Kleingruppen (Stationenbetrieb)
- Fokus auf spielerisches Lernen
- Aufzeigen, welchen Einfluss das Thema auf den Alltag der Schüler:innen hat
- Schüler:innen aus ihrem gewohnten Alltag holen

Nach der Durchführung der Workshops soll es schließlich ein Abschlussquiz geben. Wichtig hierbei ist jedoch, dass die Kinder nicht in eine Prüfungsstresssituation gebracht werden sollen, sondern viel eher im Kollektiv ihr erlerntes Wissen zu Beweis stellen können. Nach Abschluss des Quiz kommt es noch zur zweiten Messung der Gesundheitskompetenz, die einen positiven Einfluss der Workshops bestätigen soll.

Pilotprojekt 2: Wartezimmer NEU: Begegnungsrahmen neu gestalten

Das Pilotprojekt 2 nimmt vor allem die Wartezeit vor einer ärztlichen Konsultation in den Fokus. Das Pilotprojekt entstammt dem Co-Creation Workshop 1 zum Thema Kommunikation. Unsere Hypothese war, dass die Zeit, die Patient:innen im Wartezimmer verbringen, für die Vorbereitung auf das ärztliche Gespräch genutzt werden kann. Davon erhoffen wir uns, dass es zu einem strukturierteren Gespräch kommt, in dem Patient:innen alle Fragen stellen können, die sie interessieren und durch die zuvor erstellten Notizen keine wichtigen Anliegen vergessen werden.

Das Pilotprojekt wurde gemeinsam mit der PVE Sonnwendviertel umgesetzt und war in zwei Phasen unterteilt: in der ersten Phase wurde den Patient:innen nach der ärztlichen Konsultation ein kurzer Fragebogen ausgehändigt, in dem diese gebeten wurden fünf kurze Fragen betreffend die größten Schwierigkeiten in Bezug auf kommunikative Gesundheitskompetenz im ärztlichen Gespräch (lt. Factsheet der GÖG, Straßmayr et al. 2022) auszufüllen.

- 1) War die Gesprächszeit mit dem Arzt/der Ärztin ausreichend?
- 2) Haben Sie alle Informationen bekommen, die Sie vom Arzt/von der Ärztin brauchten?
- 3) Haben Sie alle Wörter verstanden, die der Arzt/die Ärztin benutzt hat?
- 4) Konnten Sie Ihre eigenen Gedanken und Ideen mitteilen?

5) Hat der Arzt/die Ärztin Ihnen zugehört, ohne Sie zu unterbrechen?

Zu diesem Zweck wurde eine anonyme Fragebogenerhebung mit einer vierstufigen Skala anhand von Smileys eingesetzt (siehe Anhang). Die Fragebögen wurden von den Patient:innen unbeobachtet ausgefüllt und in eine verspernte Box, ähnlich einer Wahlurne, geworfen. Außerdem bestand die Möglichkeit, den Fragebogen mittels QR-Code online auszufüllen. In der zweiten Phase wurden zwei Plakate zu „3 Fragen für meine Gesundheit“ (<https://oepgk.at/website2023/wp-content/uploads/2023/08/plakat-a2-download.pdf>) in den Ordinationsräumlichkeiten gut sichtbar aufgehängt. Außerdem erhielten die Patient:innen bei der Anmeldung Vorbereitungsbögen mit drei konkreten Fragen und Platz, um diese für sich selbst zu beantworten: 1) Welche Beschwerden oder Probleme haben Sie? 2) Welche Fragen möchten Sie dem Arzt/der Ärztin stellen? 3) Welche Sorgen und Ängste haben Sie, wenn es um Ihre Beschwerden geht? So konnten die Patient:innen die Wartezeit auf die ärztliche Konsultation bereits für die Vorbereitung nutzen. Im Anschluss an die Konsultation wurde der Fragebogen betreffend die kommunikative Gesundheitskompetenz erneut in der oben beschriebenen Form eingesetzt.

Insgesamt wurden im Zeitraum des Pilotprojekts (20.11.-7.12.2023) 211 Fragebögen ausgefüllt. In den Daten wird ein Deckeneffekt sichtbar, da die meisten Patient:innen angegeben haben sehr zufrieden mit den erfragten Aspekten zu sein. Trotzdem kann festgestellt werden, dass die Mittelwerte hinsichtlich Zufriedenheit in der zweiten Phase, d.h. nachdem sich die Patient:innen Notizen zur Vorbereitung auf die ärztliche Konsultation gemacht haben, fast immer höher waren als in der ersten Phase. Es zeigt sich eine leichte Tendenz, dass die Patient:innen zufriedener mit der Gesprächszeit mit dem Arzt/der Ärztin waren.

Die verwendeten Unterlagen (Frage- und Vorbereitungsbogen) sind im Anhang des Berichts sowie unter www.patientenbeirat.at verfügbar, damit diese anderen Ordinationen als Best Practice Beispiel dienen können.

Das Pilotprojekt 2 nimmt vor allem die Wartezeit vor einer ärztlichen Konsultation in den Fokus. Das Pilotprojekt entstammt dem Co-Creation Workshop 1 zum Thema Kommunikation. Unsere Hypothese war, dass die Zeit, die Patient:innen im Wartezimmer verbringen, für die Vorbereitung auf das ärztliche Gespräch genutzt werden kann. Davon erhoffen wir uns, dass es zu einem strukturierteren Gespräch kommt, in dem Patient:innen alle Fragen stellen können, die sie interessieren und durch die zuvor erstellten Notizen keine wichtigen Anliegen vergessen werden.

Pilotprojekt 3: Aus- und Weiterbildungsinitiative zum Thema Fehlerkultur

Bei Pilotprojekt 3 handelte es sich um eine Aus- und Weiterbildungsinitiative zum Thema Fehlerkultur und -management für Gesundheitsdienstleister:innen. Vor dem Hintergrund, dass diese Themen zum Zeitpunkt der Durchführung des Projekts erst minimal in den medizinischen und pflegerischen Curricula in Österreich verankert waren, war es Ziel dieser Initiative, verpflichtende Aus- sowie Weiterbildungsmodule für alle Gesundheitsdienstleister:innen in Österreich einzuführen. Im Rahmen dieser Module sollten Kenntnisse zu Patient:innensicherheit sowie zu Fehlerkultur und -management (Prävention von sowie Umgang mit Fehlern) im medizinischen Bereich nachhaltig vermittelt werden.

Im Zeitraum zwischen Oktober und November 2023 fanden dazu fünf Expert:innengespräche mit den folgenden Expert:innen aus den Bereichen Patient:innensicherheit und Fehlerkultur statt (Leitfaden siehe Anhang):

- Dr.in Brigitte Ettl, Präsidentin der Plattform Patient:innensicherheit,
- Mag.a Elisabeth Potzmann, Präsidentin des Österreichischen Gesundheits- und Krankenpflegeverbands,
- Prof. Dr. David Schwappach, Leiter des Forschungsschwerpunkts Patientensicherheit an der Universität Bern,
- PD Dr. med. Sven Staender, Anästhesist und Intensivmediziner, Ärztlicher Direktor Spital Männedorf, Leiter des Moduls „Patientensicherheit“ an der MedUni Zürich sowie ● Mag. Manfred Zottl, Patient:innensicherheitsbeauftragter des KH Hietzing.

Zusätzlich wurde eine Fokusgruppe mit zwei ehemaligen Studierenden der Humanmedizin an der Medizinischen Universität Wien durchgeführt, die dieses Studium erst kürzlich abgeschlossen haben, um einen direkten Einblick dahingehend zu erlangen, wie Medizinstudierende die aktuelle Situation bzgl. Inhalte zum Thema Fehlerkultur im Studium wahrnehmen und beurteilen (FokusgruppenLeitfaden siehe Anhang).

An der Medizinischen Universität Zürich existiert bereits seit 2012 ein Wahlmodul zum Thema Patient:innensicherheit für Studierende der Humanmedizin, welches im 3. oder im 4. Studienjahr absolviert werden kann. Im Austausch mit den beiden Kollegen aus der Schweiz, Prof. Dr. David Schwappach und PD Dr. med. Sven Staender, konnten Einblicke in dieses Modul, welches als Vorbild für Österreich dienen kann, sowie die Situation in der Schweiz rund um die Themen Patient:innensicherheit und Fehlerkultur im medizinischen Bereich gewonnen werden.

Das hier beschriebene Pilotprojekt verfolgt drei Ziele auf je unterschiedlichen Ebenen. Einerseits sollte (1) erhoben werden, welche Lehrangebote zum Thema Patient:innensicherheit und Fehlerkultur in Österreich zum jetzigen Zeitpunkt bereits existieren. Weiters sollte (2) ein (im besten Falle verpflichtendes) Modul zu diesem Thema in den pflegerischen sowie medizinischen Studiengängen eingeführt sowie (3) ein (ebenfalls im besten Falle verpflichtendes) Weiterbildungsmodul für im Gesundheitswesen beschäftigte Personen zu diesen Themen umgesetzt werden.

Bei der Konzeptualisierung der Aus- sowie Weiterbildungsmodule wurde das Mustercurriculum Patientensicherheit der Weltgesundheitsorganisation (siehe dazu Charité – Universitätsmedizin Berlin 2018) zur Orientierung herangezogen.

Die Einführung eines neuen Moduls zum Thema Patient:innensicherheit und Fehlerkultur in die medizinischen und pflegerischen Lehrgänge, welche wir mit dem beschriebenen Pilotprojekt verfolgten, ist, so wurde uns von vielen Seiten bestätigt, eine durchaus langwierige Angelegenheit, die durch Kooperationen mit verschiedensten Interessengruppen deutlich erleichtert werden kann. Zum Zeitpunkt des Verfassens des vorliegenden Berichts stand das beschriebene Pilotprojekt noch ganz an dessen Anfang. Um die Umsetzung unseres Vorhabens möglichst schnell und reibungsfrei zu ermöglichen, standen wir diesbezüglich mit vielen potentiellen Kooperationspartner:innen, welche

ähnliche Ziele verfolgen, etwa der Plattform Patient:innensicherheit oder der Gesundheit Österreich GmbH (GÖG), in regelmäßigem Kontakt.

Abschlussveranstaltung

Am 12.12.2023 fand die Abschlussveranstaltung des Projekts „Reden Sie mit! – Behandlungsfehler“ in Form einer zweistündigen Nachmittagsveranstaltung im Palais Strudlhof in Wien statt. Zu dieser eingeladen wurden neben dem Projektteam sowie den Mitarbeiter:innen des LBI DHPS all jene Teilnehmer:innen des vorangegangenen Crowdsourcings, die bei diesem ihre Kontaktdaten hinterlassen hatten. Weiters wurden die Netzwerkpartner:innen des LBI DHPS eingeladen sowie eine Einladung über die Social Media Accounts des LBI DHPS und der LBG, den Newsletter des OIS Centers und eine OTS-Meldung gestreut. An der Veranstaltung nahmen insgesamt 32 Personen teil.

Eingeleitet wurde die Abschlussveranstaltung durch drei 15-minütige Impulsvorträge von Expert:innen aus den Bereichen Patient:innensicherheit und Behandlungsfehler:

- Dr.in Brigitte Ettl, Präsidentin der Österreichischen Plattform Patient:innensicherheit: „Patientensicherheit – das Thema als Überblick und wo Österreich hier steht“
- Prof. Dr. Harald Willschke, Direktor LBI DHPS, Bereichsleiter Trauma Anästhesie und Präklinische Notfallmedizin, Medizinische Universität Wien: „Medizinischer Fehler und Risikomanagement“
- Dr.in Marlene Sator, Gesundheitsexpertin der Gesundheit Österreich GmbH: „Kommunikationsdefizite – ein Risiko für die Patientensicherheit“

Auf die Vorträge folgte eine angeregte Diskussion mit Publikumsbeteiligung. Anschließend wurden die drei bereits beschriebenen Pilotprojekte (Gesundheitsführerschein, Wartezimmer NEU, Aus- und Weiterbildungsinitiative) sowie weitere Ergebnisse des Crowdsourcings durch das Projektteam präsentiert.

Limitationen

Bei der Interpretation der durch unser Projekt erzielten Ergebnisse gilt es einige Limitationen zu beachten. Das durchschnittliche Bildungsniveau der Teilnehmer:innen des Crowdsourcings ist etwa überdurchschnittlich hoch (53% Hochschul- oder vergleichbarer Abschluss), was aber für Crowdsourcing-Projekte durchaus sehr üblich ist. Weiters dürften Personen, die nicht internetaffin sind bzw. nicht oder nicht gut Deutsch sprechen, nur sehr vereinzelt erreicht worden sein, da unser Crowdsourcing-Fragebogen großteils über eine Online-Plattform und ausschließlich in deutscher Sprache gestreut wurde. Zudem muss erwähnt werden, dass im Zuge der Streuung des Crowdsourcing-Fragebogens unterschiedlichste Selbsthilfegruppen kontaktiert wurden, von denen einige aktiver in der Weiterleitung an ihre Mitglieder gewesen sein dürften als andere. Die im Zuge des Crowdsourcings gesammelten Antworten dürften aus diesem Grund verstärkt die Erfahrungen eben jener Personengruppen mit sehr spezifischen Krankheitsgeschichten abbilden. Die im Rahmen unseres Projekts erzielten Ergebnisse sind damit keinesfalls als repräsentativ zu betrachten, weder für die österreichische Gesellschaft allgemein noch für spezielle Personengruppen. Das Erzielen repräsentativer Ergebnisse war jedoch auch explizit weder Ziel noch Anspruch unseres Projekts.

Vielmehr sollte dieses vordergründig dazu dienen, einen ersten Überblick zum Thema Behandlungsfehler in Österreich zu schaffen. Folgeprojekte könnten gezielt konkrete Gruppen ansprechen.

Fazit

Das Projekt "Reden Sie mit - Behandlungsfehler", das von Juni 2022 bis Dezember 2023 lief, hatte zum Ziel, einen breiten Diskurs zum leider noch stark tabuisierten Thema „Behandlungsfehler“ anzustoßen und folglich mit konkreten Maßnahmen-Ideen und daraus resultierenden Pilotprojekten einen Beitrag dazu zu leisten, die Ursachen von Behandlungsfehlern besser zu verstehen bzw. das Risiko solcher zu minimieren.

Das Projekt kann in drei Phasen gegliedert werden. Phase eins stand unter dem Zeichen eines sogenannten „Crowdsourcing“, also dem Sammeln von Erfahrungen und Meinungen aus der breiten Bevölkerung. Konkret wurden vier offene Fragen gestellt sowie soziodemographische Merkmale abgefragt. Insgesamt wurden 230 vollständig ausgefüllte Fragebögen zurückgeschickt, die zu einem großen Teil (62,5%) aus Patient:innensicht verfasst wurden. 15% stammten von Personen aus der Gesundheitsdienstleistungsbranche und die restlichen 22,5% von Angehörigen, betroffenen Angehörigen ohne persönliche Erfahrung mit Behandlungsfehlern und sonstigen Rollen. Anschließend wurden die Fragebögen thematisch codiert und geclustert und schlussendlich drei Workshopthemen definiert.

In Phase zwei wurden im Zuge eines Co-Creation Workshops die eben erwähnten drei Themen näher behandelt. Sie trugen die Titel „Kommunikation“, „Fehlerkultur“ und „Nachsorge“. Zur Teilnahme eingeladen waren all jene, die im Fragebogen aus Phase eins ihre Kontaktdaten hinterlassen hatten. Ergänzt wurden sie von vom Projektteam eingeladenen Personen mit einschlägiger Expertise. Die Moderation übernahmen Expert:innen des OIS-Centers der Ludwig Boltzmann Gesellschaft. Das Ergebnis der Workshops waren eine Vielzahl an Maßnahmen-Ideen, die dann mittels eines Punktesystems von jeder:m Teilnehmer:in gereiht wurden. Die drei Projekte mit den meisten Punkten waren der Gesundheitsführerschein, das Wartezimmer NEU sowie eine Aus- und Weiterbildungsinitiative zum Thema Fehlerkultur.

Die dritte und letzte Phase des Projekts machte sich schließlich an die Umsetzung der drei Pilotprojekte. Spannend ist hierbei, dass die Projekte recht unterschiedlich bezüglich ihrer zeitlichen Perspektive sind. So konnte das Projekt „Wartezimmer NEU“ relativ rasch umgesetzt werden und es wurden schon vor der Abschlussveranstaltung sichtbare Ergebnisse erzielt. Der Gesundheitsführerschein ist in Entwicklung, mit dem Ziel ihn im Juni 2024 in die ersten Schulklassen zu bringen. Die Aus- und Weiterbildungsinitiative schließlich ist ein eher langfristiges Projekt.

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass der partizipative Ansatz des Projekts „Reden Sie mit! - Behandlungsfehler“ mit Crowdsourcing und Co-Creation Workshops einen wertvollen Beitrag zur Entwicklung von wirksamen Maßnahmen zur Risikominimierung von Behandlungsfehlern sowie der Enttabuisierung dieser liefern konnte.

Literaturverzeichnis

Braun V, Clarke V. *Using thematic analysis in psychology*. Qual Res Psychol. 2006; 3(2): 77–101.

Charité - Universitätsmedizin Berlin (Hrsg.). 2018. Mustercurriculum Patientensicherheit der Weltgesundheitsorganisation. Multiprofessionelle Ausgabe. Berlin: Charité - Universitätsmedizin Berlin.

Der Beauftragte der Bundesregierung für die Belange der Patientinnen und Patienten. 2022.

Patientensicherheit durch ein Never Event Register stärken, <https://patientenbeauftragter.de/2022/06/30/patientensicherheit-durch-ein-never-event-registerstaerken/> (Zugriff am 14.12.2022).

James, John T. 2013. A New, Evidence-based Estimate of Patient Harms Associated with Hospital Care. *Journal of Patient Safety*, 9(3), 122-128.

Johns Hopkins Medicine. 2016. Study Suggests Medical Errors Now Third Leading Cause of Death in the US.

https://www.hopkinsmedicine.org/news/media/releases/study_suggests_medical_errors_now_third_leading_cause_of_death_in_the_us [Zugriff am 27.06.2022].

Kletečka in Aigner/Kletečka/Kletečka-Pulker/Memmer, *Handbuch Medizinrecht* Kap. II.1 (Stand 1.3.2018, rdb.at)

Kletečka-Pulker/Doppler in Aigner/Kletečka/Kletečka-Pulker/Memmer, *Handbuch Medizinrecht* Kap. I.10 (Stand 1.3.2020, rdb.at)

Schacherreiter in Kletečka/Schauer, *ABGB-ON1.08 § 1299* (Stand 31.7.2021, rdb.at)

Straßmayr, C.; Griebler, R.; Nowak, P.; Sator, M. und die Arbeitsgruppe Gesundheitskompetenzmessung der ÖPGK. 2022. Kommunikative Gesundheitskompetenz im Rahmen ärztlicher Gespräche. Factsheet zu den HLS19-AT Ergebnissen. Gesundheit Österreich, Wien

Trescher, Thomas. 2020. Das unbekannt Problem: Warum wir fast nichts über Behandlungsfehler wissen. <https://www.addendum.org/behandlungsfehler/das-unbekannte-problem/> [Zugriff am 27.06.2022].

Anhang

Abkürzungsverzeichnis

AKH	Allgemeines Krankenhaus
CIRS	Critical Incident Reporting System
GDL	Gesundheitsdienstleister:in/nen
GÖG	Gesundheit Österreich GmbH
HCP	Health Care Professional/s
KH	Krankenhaus
LBG	Ludwig Boltzmann Gesellschaft
LBI	Ludwig Boltzmann Institut
LBI DHPS	Ludwig Boltzmann Institute Digital Health and Patient Safety
OIS	Open Innovation in Science
ÖPB	Österreichischer Patient:innenbeirat
OTS	Originaltext-Service
PVE	Primärversorgungseinheit
WS	Workshop

Relevante Definitionen

Co-Creation: *“Co-Creation ist ein Prozess der Zusammenarbeit zwischen Unternehmen und Kund:innen, Partner:innen oder anderen Interessengruppen, um gemeinsam innovative Produkte, Dienstleistungen oder Lösungen zu entwickeln. Es ist ein strategisches Werkzeug der Produktentwicklung und gehört unter anderem auch zu den Arbeitsmethoden des [Design Thinking](#). CoCreation entspricht dem Leitgedanken der [Customer Centricity](#), der Kund:innen in den Fokus aller unternehmerischen Aktivitäten nimmt.*

Co-Kreation basiert auf den Prinzipien der Offenheit, Zusammenarbeit und Einbeziehung der Kundenperspektive, um eine gemeinsame Wertschöpfung zu erreichen. Bei der Co-Kreation arbeiten Unternehmen eng mit ihren Kund:innen zusammen, um deren Bedürfnisse und Wünsche besser zu verstehen. Dank Co-Kreation lassen sich so aussagekräftige Informationen über Wünsche und Trends innerhalb der Zielgruppen sammeln. Diese wertvollen Informationen ermöglichen eine effizientere und somit ressourcenschonende Produktentwicklung. Dieser partizipative Ansatz führt zu einer höheren

Kundenzufriedenheit und Kundenbindung, da die entwickelten Produkte oder Dienstleistungen besser auf die Bedürfnisse zugeschnitten sind.“ (brainbirds, 2024)

Crowdsourcing: *“Crowdsourcing beschreibt den Weg, individuelle Probleme und Aufgaben einer Organisation mit Hilfe externer Wissensträger aus der Crowd zu lösen bzw. zu erledigen. Dabei kommen unterschiedliche Online-Plattformen zum Einsatz.*

Kernelemente von Crowdsourcing sind:

- *Eine Organisation/Institution/Individuum hat ein Problem oder eine Aufgabe, für das/die es eine Lösung benötigt*
- *Eine Community (Crowd) möchte dieses Problem oder die Aufgabe freiwillig lösen*
- *Eine Online-Plattform bringt beide Seiten zusammen und ermöglicht eine Interaktion*
- *Sowohl der Inhaber des Problems als auch die Crowd profitieren von der Lösung des Problems oder der Aufgabe“ (Ludwig Boltzmann Gesellschaft)*

Design Thinking: *“Unter Design Thinking wird eine spezielle Herangehensweise zur Bearbeitung komplexer Problemstellungen verstanden. Das zugrundeliegende Vorgehen orientiert sich an der Arbeit von Designern und Architekten. Design Thinking ist dabei zugleich eine Methode, ein Set an Prinzipien, eine spezielle Denkhaltung und ein Prozess mit einer Vielzahl von unterstützenden Tools. Wesentliches Kennzeichen ist die fokussierte Anwenderorientierung.“ (Poguntke, 2018)*

Open Innovation in Science (OIS): *“Open Innovation in Science (OIS) wird als Prozess definiert, über welchen zielgerichtet Wissensflüsse in die Forschung hinein und aus der Forschung heraus sowie inter- und transdisziplinäre Kollaborationen entlang einer oder mehrerer Phasen des wissenschaftlichen Forschungsprozesses ermöglicht, initiiert und umgesetzt werden.*

Ein wichtiger Aspekt in der Konzeptualisierung von OIS bezieht sich darauf, dass die Öffnung von Forschungsprozessen keinem Selbstzweck dient. Vielmehr ermöglicht die Anwendung von OIS unter Berücksichtigung bestimmter Bedingungen und in Abstimmung auf die jeweilige wissenschaftliche Herausforderung Vorteile für die Wissenschaft (z.B. neuartige Erkenntnisse, effizientere Prozesse, höherer Impact) als auch für die Gesellschaft (Beforschung von gesellschaftlich relevanten Themen, stärkere Annäherung von Wissenschaft und Gesellschaft).“ (Open Innovation in Science Center der Ludwig Boltzmann Gesellschaft, 2024)

Quellen:

brainbirds. 2024. <https://www.brainbirds.com/at/glossar/co-creation> (Zugriff am 25.01.2024).

Ludwig Boltzmann Gesellschaft. <http://www.ideaslab.lbg.ac.at/faq-crowdsourcing-researchquestions-in-science.html> (Zugriff am 25.01.2024).

Open Innovation in Science Center der Ludwig Boltzmann Gesellschaft. 2024. <https://lbg.ac.at/innovation-in-science/> (Zugriff am 25.01.2024).

Poguntke, Sven. 2018. <https://wirtschaftslexikon.gabler.de/definition/design-thinking54120/version-277174> (Zugriff am 25.01.2024).

Crowdsourcing-Fragebogen



Reden Sie mit!

Behandlungsfehler

Österreich bietet ein gutes medizinisches Angebot. Trotzdem passiert es immer wieder, dass Behandlungen nicht so wirken, wie erwartet. Das kann verschiedene Ursachen haben – eine davon ist, dass ein Behandlungsfehler vorkommt.

Mit dem vorliegenden Fragebogen möchten wir uns diesem Thema widmen und laden Sie ein, uns Ihre persönlichen Erfahrungen zum Thema **Behandlungsfehler** mitzuteilen.

Die Beantwortung des Fragebogens dauert ungefähr **7-10 Minuten**. Ihre Antworten werden **vollständig anonymisiert** ausgewertet.

*Diese Studie wird vom **Ludwig Boltzmann Institute Digital Health and Patient Safety** gemeinsam mit dem **Österreichischen Patient:innenbeirat** durchgeführt. Patient:innen und deren Angehörigen, Gesundheitsdienstleister:innen sowie interessierten Bürger:innen soll die Möglichkeit geboten werden, ihre **persönlichen Geschichten zum Thema Behandlungsfehler zu erzählen**. Auf Basis der Ergebnisse werden Workshops mit Expert:innen und Bürger:innen stattfinden, in deren Rahmen gemeinsam Maßnahmen sowie Aufklärungskampagnen geplant und durchgeführt werden. Diese sollen einen öffentlichen Diskurs zum Thema Behandlungsfehler und Fehlerkultur im medizinischen Bereich sowie nachhaltige Veränderungen im österreichischen Gesundheitswesen anstoßen, um so die Patient:innensicherheit in Österreich noch weiter zu verbessern.*

Mehr Informationen finden Sie unter <https://www.patientenbeirat.at/behandlungsfehler/>

Eine Teilnahme an der Umfrage ist auch online möglich:
<https://ww2.unipark.de/uc/behandlungsfehler/>



1. In welcher Rolle nehmen Sie an dieser Umfrage teil?

- Patient:in (weiter mit Frage 2)
- Interessierte:r Bürger:in (weiter mit Frage 3)
- Angehörige:r (weiter mit Frage 3)
- Gesundheitsdienstleister:in (z.B. Krankenpfleger:in, Ärzt:in, Sanitäter:in, Hebamme, Therapeut:in etc.) (weiter mit Frage 3)
- Andere Rolle, und zwar: _____ (weiter mit Frage 3)

2. Wie ist Ihre Gesundheit im Allgemeinen?

- Sehr gut
- Gut
- Mittelmäßig
- Schlecht
- Sehr schlecht

3. Was ist für Sie ein (medizinischer) Behandlungsfehler? Was stellen Sie sich darunter vor? Bitte beschreiben Sie uns kurz Ihre Vorstellung.

4. Wovor haben Sie im Zusammenhang mit Behandlungsfehlern ganz allgemein Angst (auch wenn Sie selbst vielleicht noch keine persönlichen Erfahrungen damit gemacht haben)? Bitte beschreiben Sie uns ganz allgemein Ihre Ängste im Zusammenhang mit Behandlungsfehlern.

5. Haben Sie schon Erfahrungen mit Behandlungsfehlern gemacht? Bitte kreuzen Sie alle zutreffenden Antworten an.

- Ja, ich habe selbst schon (einen) Behandlungsfehler erlitten. *(weiter mit Frage 6)*
- Ja, ein:e Angehörige:r von mir hat schon (einen) Behandlungsfehler erlitten. *(weiter mit Frage 7)*
- Ja, ich bin Gesundheitsdienstleister:in (z.B. Krankenpfleger:in, Ärzt:in, Sanitäter:in, Hebamme, Therapeut:in etc.) und habe in meinem Beruf schon Erfahrungen mit Behandlungsfehlern gemacht. *(weiter mit Frage 7)*
- Ja, ich habe in einer anderen Rolle Erfahrungen mit Behandlungsfehlern gemacht, und zwar in folgender Rolle: _____ *(weiter mit Frage 7)*
- Nein, ich habe noch keine Erfahrungen mit Behandlungsfehlern gemacht. *(weiter mit Frage 8)*

6. Wurde der Behandlungsfehler, den Sie erlitten haben, bestätigt?

- Ja, der Behandlungsfehler wurde gerichtlich anerkannt.
- Ja, ein Arzt / eine Ärztin hat den Behandlungsfehler bestätigt.
- Ja, jemand anderes hat den Behandlungsfehler bestätigt, und zwar: _____
- Nein, niemand hat den Behandlungsfehler bestätigt, aber ich bin mir sicher.

6.1. Wie ist Ihre Gesundheit jetzt im Vergleich zu Ihrer Gesundheit vor Erleiden des Behandlungsfehlers?

- Viel besser
- Etwas besser
- Gleich geblieben
- Etwas schlechter
- Viel schlechter

6.2. Haben Sie eine Zusatzkrankenversicherung?

- Ja, ich habe eine Zusatzkrankenversicherung.
- Nein, ich habe keine Zusatzkrankenversicherung.

7. Welche Erfahrungen haben Sie mit Behandlungsfehlern schon gemacht? Bitte erzählen Sie uns kurz über Ihre Erfahrungen mit Behandlungsfehlern.

7.1. Welche Unterstützungsleistungen haben Sie bzw. Ihr:e Angehörige:r im Zusammenhang mit dem Behandlungsfehler erhalten? Wie wurde der Fehler nachbearbeitet? Bitte erzählen Sie uns, welche Unterstützungsleistungen Sie im Zusammenhang mit dem Behandlungsfehler erhalten haben.

- 7.2. Welche Unterstützungsleistungen bzw. welche Nachbearbeitung des Fehlers hätten Sie sich gewünscht? Wie sollte Ihrer Meinung nach mit einem solchen Fehler umgegangen werden?** Bitte beschreiben Sie in einigen Sätzen, welche Unterstützungsleistungen Sie sich im Zusammenhang mit dem Behandlungsfehler gewünscht hätten.

Bitte beantworten Sie noch ein paar allgemeine Fragen:

8. Geschlecht:

- Weiblich
 Männlich
 Divers

9. Geburtsjahr: _____

10. In welchem Bundesland leben Sie aktuell? _____

11. Was ist der höchste Schul- oder Bildungsabschluss, den Sie erreicht haben?

- Kein Pflichtschulabschluss
 Pflichtschule
 Lehre / Berufsbildende mittlere Schule (BMS)
 Allgemeinbildende höhere Schule (AHS) / Berufsbildende höhere Schule (BHS)
 Universität / Fachhochschule / Hochschulverwandte Lehranstalt oder Kolleg

Anderer Abschluss, und zwar: _____

12. Welche Sprache/n sprechen Sie überwiegend im Alltag? Bitte kreuzen Sie alle Zutreffenden an.

- Deutsch
 Arabisch
 Bosnisch/Kroatisch/Serbisch
 Englisch
 Farsi
 Türkisch
 (Eine) Andere Sprache(n), und zwar: _____

13. Wie wurden Sie auf diese Befragung aufmerksam?

14. Haben Sie prinzipiell Interesse daran, in Kleingruppen zum Thema „Behandlungsfehler“ zu diskutieren und sich mit anderen zu diesem Thema auszutauschen? Die Kleingruppen-Diskussion wird maximal 2 Stunden dauern. Selbstverständlich werden Sie für Ihren Aufwand mit einem Honorar entschädigt. Der Termin für die Kleingruppen-Diskussion wird mit allen Interessierten noch vereinbart. Es ist natürlich gar kein Problem, wenn Sie dann doch keine Zeit haben, an dieser teilzunehmen.

Wenn Sie Interesse an einer Kleingruppen-Diskussion zum Thema „Behandlungsfehler“ haben, tragen Sie bitte hier Ihre E-Mail-Adresse oder Ihre Telefonnummer ein. Diese wird unabhängig von Ihren Antworten gespeichert. Das Studienteam wird bis Ende dieses Jahres mit Ihnen Kontakt aufnehmen. Bei Rückfragen können Sie sich gerne jederzeit an Hannah Hausegger (hannah.hausegger@dhps.lbg.ac.at) wenden.

E-Mail-Adresse: _____

Telefonnummer: _____

Vielen Dank für die Teilnahme an unserer Umfrage!

Schicken Sie den ausgefüllten Fragebogen bitte **bis 31.12.2022** an die untenstehende Adresse. Porto zahlt Empfänger.

Vorbereitungsfragebogen Wartezimmer neu



Die folgenden Fragen sollen Ihnen dabei helfen, sich auf den Arztbesuch vorzubereiten.

Welche Beschwerden oder Probleme haben Sie?

Welche Fragen möchten Sie dem Arzt/der Ärztin stellen?

Welche Sorgen und Ängste haben Sie, wenn es um Ihre Beschwerden geht?



Feedbackfragebogen Wartezimmer neu



War die Gesprächszeit mit dem Arzt/der Ärztin ausreichend?



Haben Sie alle Informationen bekommen, die Sie vom Arzt/von der Ärztin brauchten?



Haben Sie alle Wörter verstanden, die der Arzt/die Ärztin benutzt hat?



Konnten Sie Ihre eigenen Gedanken und Ideen mitteilen?



Hat Ihnen der Arzt/die Ärztin zugehört, ohne Sie zu unterbrechen?



Leitfaden Expert:inneninterviews zu Aus- und Weiterbildungsinitiative

Im Rahmen unseres Projekts „*Reden Sie mit! – Behandlungsfehler*“ werden aktuell drei Maßnahmen zum besseren Umgang mit bzw. zur besseren Vermeidung von Behandlungsfehlern umgesetzt. Eine dieser Maßnahmen ist eine *Aus- und Weiterbildungsinitiative zum Thema Fehlerkultur und management im medizinischen Bereich für Gesundheitsdienstleister:innen*. Langfristiges Ziel unserer Initiative ist es, ein solches Modul verpflichtend in die Curricula aller Gesundheitsberufe in Österreich zu bringen; kurzfristig wollen wir ein Wahlmodul zu diesem Thema an der MedUni Wien verankern, wie es das an der MedUni Zürich schon gibt.

Welche Inhalte bräuchte es aus Ihrer Sicht in einer solchen Aus-/Weiterbildung?

Gibt es Unterschiede in der Vermittlung zur Fehlerkultur zwischen Berufsgruppen im Gesundheitsbereich? Muss man hier auf Unterschiede aufpassen oder gilt für alle das Gleiche?

Wie kann Fehlerkultur erfolgreich vermittelt werden? Welche Lehrmethoden sollten angewandt werden?

Wie sollten wir aus Ihrer Sicht am besten vorgehen, um ein solches Aus-/Weiterbildungsmodul erfolgreich und langfristig zu verankern? Welche Stakeholder:innen sollten wir in den Prozess miteinbeziehen?

Was gibt es in diese Richtung in Österreich schon? Sind aktuell Initiativen in diese Richtung in Planung?

Wissen Sie von Initiativen aus anderen Ländern? Gibt es Länder, von denen wir lernen können?

Wer könnte in Bezug auf dieses Thema, neben Ihnen, noch einen vertieften Einblick haben und welche Expert:innen können Sie mir zur Weiterarbeit empfehlen? Mit welchen Institutionen / Expert:innen sollten wir zu diesem Thema auf jeden Fall in Austausch treten?

Frage für Ettl: Wir sind zu diesem Thema auch im Austausch mit der GÖG – laut Marlene Sator ist, in Kooperation mit der Plattform Patient:innensicherheit, eine österreichweite Erhebung zu Aus- und Weiterbildungsangeboten zum Thema Patient:innensicherheit & Fehlerkultur im medizinischen Bereich geplant. Im Zuge unseres Projekts würden wir bei dieser Erhebung gerne mitarbeiten – wann sind da die ersten Schritte geplant?

Ideen Poster nach Design Thinking

1

IDEEN POSTER

DESIGN THINKING TOOLKIT

TRAINING
VON
ERFAHRUN
GSEXPERT
(SHG) ISE
++

NAME DER IDEE

PATIENTENMÜNDIGKEIT

WORUM GEHT ES BEI DER IDEE?

WISSEN ERWERBEN (Internet
Bücher)
3. Pers. Mitnehmen
Austausch / Gespräche
- Sicherheit / Selbstvertrauen

IDEEN SKIZZE

WARUM IST DIE IDEE SPANNEND? WELCHE CHANCEN ERGEBEN SICH?

P. KANN BESCHWERDEN BESSER BESCHREIBEN
KANN GEZIELTE NACHFRAGEN -
AUSTAUSCH MIT ARZT ERMÖGLICHT
Ausensicht bekommen
Es eröffnen sich mehr Chancen - heraus aus
der Hilflosigkeit
sich zu vernetzen (→ Selbsthilfegruppen)

FÜR WEN IST DIE IDEE SPANNEND?

für alle Patienten u.
Angehörige
höhere Bereitschaft
etwas zu ändern (Lebens-
weise, Ernährung, Work-
life-Balance)

GIBT ES RISIKEN?

irreführende Informationen
trotzdem nicht ernst ge-
nommen werden

NAME DER IDEE

Gesundheits-
navigatorinnen

WORUM GEHT ES BEI DER IDEE?

(Online-)
Anlaufstellen / Plattformen
auf der unabhängige
Personen / Socialarbeiterinnen /
Berater ~~werden~~ zu Betreuer
Rechten / Möglichkeiten

IDEEN SKIZZE

WARUM IST DIE IDEE SPANNEND? WELCHE CHANCEN ERGEBEN SICH?

- in Bezug auf bestimmte Krankheit
- Sprache
- Rechte
- Hilfsmöglichkeiten (Selbsthilfe-Vereine)
- Aufklärung
- Behandlungsfehler

Es geht breit darum 'Patientinnen' zu stärken
indem man unabhängige Anlaufstelle
kriert und Selbstermächtigung gefördert wird

FÜR WEN IST DIE IDEE SPANNEND?

Alle

GIBT ES RISIKEN?

sehr breit
kann man noch
kleiner denken

IDEEN POSTER

Fehler = MUT zum Lernen

NAME DER IDEE

Fehlerkultur als Benefit

WORUM GEHT ES BEI DER IDEE?

a) Patient fragt aktiv nach Rückmeldeschleife

darum aus Fehlern zu Lernen

^{ambulant}
b) Ordi fragt aktiv nach Rückmeldung nach 2 Tagen

IDEEN SKIZZE

WARUM IST DIE IDEE SPANNEND? WELCHE CHANCEN ERGEBEN SICH?

evtl. in Form von SITS "war die Behandlung ^{erfolgreich} wie geht es Ihnen nun?"
Qualitätsmanagement,

FÜR WEN IST DIE IDEE SPANNEND?

med. Personal
Verwaltung

GIBT ES RISIKEN?

Haltung muss erst gelernt werden
suche nach Schuldigen, anstelle Verbesserungspotential

IDEEN POSTER

NAME DER IDEE

seltene Erkrankungen sichtbar machen + entstigmatisieren + versorgen

WORUM GEHT ES BEI DER IDEE?

-) bessere / überhaupt vorhandene Versorgung f. Menschen mit seltenen Erkrankungen
-) Info Kampagne f. selt. Erkrankungen f. Ärzte / mit Bevölkerung
-) Aktuelle Liste f. Ärzten / Anlaufstellen f. seltene Erkrankungen ~~stellen~~ für alle Alters- & demographischen Gruppen
-) Beratung f. Gruppen mit spez. Risiken (genet., soziolog.)
-) edle Einbindung v. vulnerablen Gruppen (auch außerhalb von Kliniken)
-) ~~Anti-Diskriminierung~~ / Anti-Mobbing Maßnahmen
-) Tabus abbauen → Krankheit
→ religiös
→ soziolog.
-) Konsultations spezifische Möglichkeit ein Veto gegen Eintragung in elektr. Patientenakt einzulegen
-) Ärzten Schulen ~~von Betroffenen~~ durch Betroffene des jeweiligen Fachgebiets + Pflege Probleme besprechen

FÜR WEN IST DIE IDEE SPANNEND?

GIBT ES RISIKEN?

1

IDEEN POSTER

DESIGN THINKING TOOLKIT

NAME DER IDEE

Pimp my GDL

WURUM GEHT ES BEI DER IDEE?

GDLs kommunizieren m.
Patienten auf Augenhöhe
und nice Weise

IDEEN SKIZZE

WARUM IST DIE IDEE SPANNEND? WELCHE CHANCEN ERGEBEN SICH?

Lösungsorientierter Ansatz
Erhöht Attraktivität der GDL Berufe
Größerer Impact
Netzwerke GDL-übergreifend
Buddy-System

FÜR WEN IST DIE IDEE SPANNEND?

Könnte langfristig
günstiger Aus

GIBT ES RISIKEN?

Finanzierung
Widerstand d. GDL

IDEEN POSTER

- Von einander Lernen:
- Kommunikationstrainings
 - Supervision

Patient als Lehrer

"walk in my shoes"

NAME DER IDEE

strukturelle Verankerung einer Fortbildungsverpflichtung f. Ges.berufe in soziale-kommunikative Kompetenzen

WORUM GEHT ES BEI DER IDEE?

- strukturell verpflichtend Verankern für Alle Ges.berufe regelmäßig über d. Ausbildung hinaus inkl. Refresher laufend (Qual. managementsysteme, FB-Verpflichtung, KoKuG...)

WAS ERGEBEN SICH?

- Pat. Orientierung ↑
- Fehlerquote ↓
- Pat. Sicherheit ↑
- Wahrnehmung mit allen Sinnen
- Mehrfachvorstellungen ↓
- Gesundheitszustand ↑
- Pat. Zufriedenheit ↑
- Mitarbeiter Zufriedenheit ↑
- Burnout ↓ (Sinnfrage!)
- Effizienz + Effektivität ↑

FÜR WEN IST DIE IDEE SPANNEND?

- Gute Gespräche bringen allen was!
- Pat.
- Ges. system
- Ges. berufe

GIBT ES RISIKEN?

- Widerstand halbherzig, als Kritik Ressourcen verstehen (Zeit, Geld) ÄK!

MUSS

keine Anagnorose, willkürlich nicht

IDEEN POSTER

- Orientierung in Ges. Einrichtungen ↑:
z.B. Info über Wartezeit, Zeit mit Arzt, Ablaufplan, mit wem spreche ich, was brauche ich
- Vorbereitung auf Gespräch:
z.B. 3 Fragen für meine Gesundheit-Kampagne, Factsheet zur Vorbereitung
- Räume / Setting pat. orientiert gestaltet

IDEEN SKIZZE

NAME DER IDEE

Begegnungsrahmen gestalten

WORUM GEHT ES BEI DER IDEE?

Entstressen der Gesprächssituation →
Gesprächsqualität ↑

WARUM IST DIE IDEE SPANNEND? WELCHE CHANCEN ERGEBEN SICH?

- Pat. werden selbstsicherer u. besser vorbereitet, konzentrierter, fokussierter, gezielter
- klareres Rahmen, Orientierung, auch Zeitleiste
- Pat. Orientierung!

konkret Info
"noch ca 5
Minuten,
Zimmer + 4^a
> spannen
reingehen

FÜR WEN IST DIE IDEE SPANNEND?

Ges. Einrichtungen
Pat.

GIBT ES RISIKEN?

benötigt
Ressourcen
(Aufwend, Zeit, ...)

1

IDEEN POSTER

→ verpflichtende Gesundheitsbildung
 für alle Menschen in
 (Aus-) Bildung
 (primär - quartotitär)
 mit zentralem Curriculum
 für ~ 3d/a

- Teilbereiche: z.B. Hygiene, Notfall, Versorgung, Lebensstil, Mündigkeit (Acht kein Gott, wo finde was)
- Schulhofsanitäter ab 10j

IDEEN SKIZZE

NAME DER IDEE

"Gesundheits ~~...~~ ^{fürter schrein}"

WORUM GEHT ES BEI DER IDEE?

Bildung in allen Altersstufen, Bereichen etc.

- Patienten
- Schule
- Personal

WARUM IST DIE IDEE SPANNEND? WELCHE CHANCEN ERGEBEN SICH?

Basiswissen der breiten Bevölkerung zugänglich machen
↳ wichtiges!

weiterführend: Schulhofsanitäter, Schüler bekommen Zusatz-
ausbildung dafür

Staat ~~sp~~ gibt Geld dafür aus - spart an vielen Stellen wo "Fehler" durch mangelndes Wissen entsteht

FÜR WEN IST DIE IDEE SPANNEND?

Alle

GIBT ES RISIKEN?

ev. geringe Laienüberschätzung

IDEEN POSTER

DESIGN THINKING TOOLKIT

Quality Management
allgemein
step by step vorgehen

NAME DER IDEE QM
Qualitätsmanagement

Medizinische Richtlinien befolgen
a) Dauer der Medikation einhalten

WORUM GEHT ES BEI DER IDEE?
Medizinische Leitlinien befolgen

b) vor Entlassung Blutkultur

IDEEN SKIZZE

WARUM IST DIE IDEE SPANNEND? WELCHE CHANCEN ERGEBEN SICH?

Etablierung von Assessments, Leitlinien
Behandlungsschemata, Checklisten

FÜR WEN IST DIE IDEE SPANNEND?

ALLE: Arch
Gesundheitspersonal
Therapeuten (alle!!!)
Patienten
Angehörige
Selbsthilfegruppen

GIBT ES RISIKEN?

Ablehnung durch Veränderung
Fehlende Fortbildung
Austeiber fallen durch
Kostenerhöhung

IDEEN POSTER

Bottom up

Diagnosefehler
+
fehlende Diagnose

interne Prozedure verbessern,
z.B. an Patientenmappe
vermerken

→ Kommunikation station
verbessern für Ausfälle

ICD 10 + ICF sind nur am Papier
sichtbar + unbekannt, Offenlegung
v. Dokumentation/Berichte, Bild-
gebende Verfahren richtig auswählen,
↳ ~~sofort~~ ~~SKIZZE~~ mitgeben, auch andere
Disziplinen/Therapeuten können diagnostizieren +
haben Fachexpertise

WARUM IST DIE IDEE SPANNEND? WELCHE CHANCEN ERGEBEN SICH?

richtige Diagnostik, keine Doppeluntersuchungen
↓
adäquate Behandlung + Therapieerfolge

↳ Pat. sind mündig 2. Meinung einzufordern →
Berichte, Bilder, Dokumentation =
Patientenrechner

↳ Therapeutenexpertise akzeptieren + einbinden

Sofort mitgeben + verfügbar

FÜR WEN IST DIE IDEE SPANNEND?

Alle
Patienten, Arzt, Therapeuten,
Pflege, Angehörige,
Sozialversicherung, ...

GIBT ES RISIKEN?

- zu wenig Personal, die das umsetzen
- Fehldiagnostik
- blindes Folgen
- Sparen am falschen Fleck in d. Diagnostik + zu lange Wartezeiten (MRT), zu wenige Geräte / Räumlichkeiten (Personal)

NAME DER IDEE

Transparente Diagnostik +
Behandlung, Therapie

WORUM GEHT ES BEI DER IDEE?

ICF, ICD 10 richtig
anwenden

richtig ausgewählte klinische
Bildgebende Verfahren Tests +
(z.B. US besser Röntgen)

IDEEN POSTER

DESIGN THINKING TOOLKIT

NAME DER IDEE

FEEDBACK + ENTLASSUNGS GESP.

WORUM GEHT ES BEI DER IDEE?

BESSERE KOMM. ARZT + PAT. + THERAPEUT
IN BEIDE RICHTUNGEN

IDEEN SKIZZE

WARUM IST DIE IDEE SPANNEND? WELCHE CHANCEN ERGEBEN SICH?

WEIL SO PAT. NACH AUFWENTHALT WEISS, WELCHES PROBLEME
BESTAND, UND OB ES NOCH BESTeht, UND WORAUF ZU ACHTEN
IST.

NEU
UG - Novelle

- Behandlungsplan
- Nachbesprechung
nach Fixierung
freiheitsrestränkt
Maßnahme
- = Spannend zu beobachten
- = Feedback nach akuten Ereignissen

FÜR WEN IST DIE IDEE SPANNEND?

PAT. + ANGEHÖRIGE

GIBT ES RISIKEN?

?

ARZT MÜSSTE EHRlich ZU
PAT. SEIN.

IDEEN POSTER

-) in Curr. aufnehmen

-) 1 Jahr. Fortbildungen 6 DFP/Jahr
13 PFP / -II-
3 h SAVG/Jahr

Fallbeispiele, das Lernen aus Fehlern, Fehleranalyse richtig machen

Pflicht von Workshops für Führungskräfte

NAME DER IDEE

Aus- / Fortbildungsinitiative

WORUM GEHT ES BEI DER IDEE?

→ Seminare über bessere Fehlerkultur verpflichtend in der Ausbildung aller Gesundheitsberufen.

→ Verpflichtende regelm. Fortbildungen dazu

IDEEN SKIZZE

WARUM IST DIE IDEE SPANNEND? WELCHE CHANCEN ERGEBEN SICH?

Massive Breitenwirkung \Rightarrow Förderung eines Kulturwechsels

Umgang mit Fehlern wird normalisiert

Fehlerverteilung wird erschwert \Rightarrow Transparenz wird erhöht

Emanzipation des Gesundheitspersonals

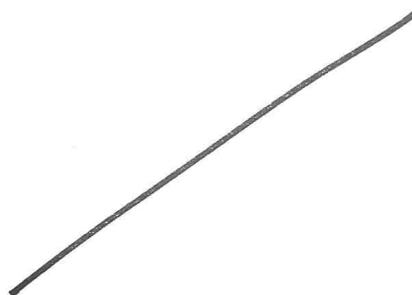
Reduktion der Fehler

von einander Lernen

FÜR WEN IST DIE IDEE SPANNEND?

alle

GIBT ES RISIKEN?



IDEEN POSTER



IDEEN SKIZZE

NAME DER IDEE

Konstruktives Berichten & lösungsorientiertes Nachbearbeiten

WORUM GEHT ES BEI DER IDEE?

GDL & Patient:innen sollen motiviert werden unerwünschte Ereignisse^(*) strukturiert einzumelden / zu berichten

^(*) sowie Verbesserungsvorschläge

WARUM IST DIE IDEE SPANNEND? WELCHE CHANCEN ERGEBEN SICH?

Kommunikation kommt zustande

Bewusstseinschaffung

Probleme werden frühzeitig aufgedeckt → BEVOR ein Fehler passiert

Gleicher Wissensstand / Wissensaustausch

Prozessanpassung → bestehende Lösungen übernehmen bzw. adaptieren

Kostenersparnis

FÜR WEN IST DIE IDEE SPANNEND?

- GDL
- Patient:innen
- Angehörige
- Financiers

BITTE
INTER
DISZIPLI
NÄR

GIBT ES RISIKEN?

Black Box

→ EInmeldungen werden nicht bearbeitet

"Querulantenanteil"

→ Erkennen & Umgehen damit

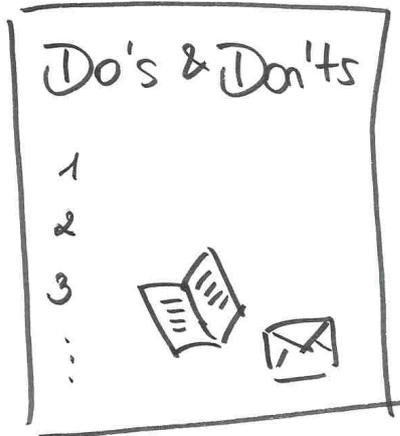
IDEEN POSTER

NAME DER IDEE

10 goldene Regeln

WORUM GEHT ES BEI DER IDEE?

- respektvolles Miteinander
- Do's & Don'ts
- Missverständnissen vorbeugen & Fehler vermeiden
- gemeinsame, einheitliche Drucksorten



IDEEN SKIZZE

WARUM IST DIE IDEE SPANNEND? WELCHE CHANCEN ERGEBEN SICH?

Spart Zeit → mehr Zeit für Arzt-Patienten-Gespräch
Vermeidet Beschwerden
Vermeidet Konflikte
Handwerkszeug in der Ausbildung

FÜR WEN IST DIE IDEE SPANNEND?

- GDL
- Patient: ihnen
- Angehörige
- (- Bevölkerung)

GIBT ES RISIKEN?

- Schulbladisierung
- Desinteresse
- falsche: Adressatin/ Aussender: in

IDEEN POSTER

z.B:

ALLE 4 h Pause 15min
ist PFLICHT

VERANTWORTLICH FÜR
DIE PAUSE IST DIE/DER
TEAMVERANTWORTLICHE

MUSS BESTIMMUNG
KEINER KANN
BESTIMMUNG

IDEEN SKIZZE

WARUM IST DIE IDEE SPANNEND? WELCHE CHANCEN ERGEBEN SICH?

- ERHOLTES PERSONAL - WENIGER FEHLER
- ↑ MOTIVATION

MIT TURNEN
= BEWEGUNG

NAME DER IDEE

VERPFLICHTENDE PAUSEN
FÜR GESUNDHEITSPERSONAL

WORUM GEHT ES BEI DER IDEE?

- SELBSTFÜRSORGE
- SELBSTSCHUTZ
- ERHOLUNG FÜR KÖRPER & GEIST

IN UK
umgesetzt

FÜR WEN IST DIE IDEE SPANNEND?

- FÜR PERSONAL
→ ERHOLUNG
- FÜR PATIENTEN
→ RECHT AUF ERHOLTES
PERSONAL
- FÜR FÜHRUNG
→ MITARBEITERBILDUNG

GIBT ES RISIKEN?

EU. ZWISCHEN NEUHEITUNG
DISKREPANZEN

PERSONAL
(MEDIZINISCH,
PFLEGE)

NAME DER IDEE

PERSONAL

WORUM GEHT ES BEI DER IDEE?

MEHR ZEIT FÜR PATIENTEN
VERSUS WENIGER
VERWALTUNGS-AUFWAND

IDEEN SKIZZE

WARUM IST DIE IDEE SPANNEND? WELCHE CHANCEN ERGEBEN SICH?

DURCH INTENSIVE BETREUUNG RASCHERE
GENESUNG BZW. ERLEICHTERUNGEN
DES PERSONALS UND FRÜHERE
ENTLASSUNG, WENIGER FEHLER

FÜR WEN IST DIE IDEE SPANNEND?

VORTEILE FÜR
ALLE BETEILIGTEN

GIBT ES RISIKEN?

VERLUST DER
OBJEKTIVITÄT
BEI ZUNEHMENDEN
VERTRAUEN DES
PFLEGE PERSONALS

FEHLER KULTUR
ORGANISATORISCHE
ABLÄUFE
GANZHEITLICHE
WAHRNEHMUNG
DES PATIENTEN

NAME DER IDEE

FEHLERMANAGEMENT

WORUM GEHT ES BEI DER IDEE?

ORGANISATORISCHE ABLÄUFE
WAHRNEHMUNG, VERSTÄNDNIS
VERMEIDUNG VON WIEDERHOLTEN
FEHLERN

IDEEN SKIZZE

WARUM IST DIE IDEE SPANNEND? WELCHE CHANCEN ERGEBEN SICH?

PATIENTEN FÜHLEN SICH ERNST GENOMMEN
DAS GANZHEITLICHE WAHRNEHMUNG
DES PATIENTEN
VERTRAUEN TABU THEMEN ANSTRECHEN

FÜR WEN IST DIE IDEE SPANNEND?

VORTEILE FÜR ALLE
BETEILIGTEN

GIBT ES RISIKEN?

PERSÖNLICHE
BEPINDLICHKEITEN

IDEEN POSTER

ZEITMANAGEMENT
↳ AUFKLÄRUNG
ÜBER SCHWERPUNKTE
(MEDIKAMENTE, DIAGNOSE,
BEHANDLUNG, NACHSORGE)

NAME DER IDEE

ANSPRECHPARTNER
UND ZEIT

WORUM GEHT ES BEI DER IDEE?

INFORMATIONSFLOSS
UND ZEITMANAGEMENT
KEIN LEERLAUF

IDEEN SKIZZE

WARUM IST DIE IDEE SPANNEND? WELCHE CHANCEN ERGEBEN SICH?

SICHERHEIT DES PATIENTEN
AUFKLÄRUNG DES PATIENTEN

FÜR WEN IST DIE IDEE SPANNEND? VORTEILE
FÜR ALLE BETEILIGTEN

GIBT ES RISIKEN?

KNOW HOW DES ANSPRECH-
PARTNERS MUSS
VORHANDEN SEIN
KOMMUNIKATION AUF GLEICHER
EBENE

Notfall Uhr
mit dir Kontakt
zu Spital

Not Tel. Nr.

NAME DER IDEE

Early Warning Watch
"EWW"

WORUM GEHT ES BEI DER IDEE?

Mit Hilfe von KI frühzeitige Warnung
vor Ereignissen. Gemessen zB mit
Uhr etc.

Dadurch Monitoring wie in KH zu Hause
und ggf. Kontaktanruf d. KH

WARUM IST DIE IDEE SPANNEND? WELCHE CHANCEN ERGEBEN SICH?

Sicherheit für Pat.
Prävention von Kompl. u. Fehl.
Frühwarnsystem

FÜR WEN IST DIE IDEE SPANNEND?

Pat.
Angehörige

GIBT ES RISIKEN?

Fehlalarme die Verunsichern

nach
Entlassung aus dem
Spital, Kontrolltermin
man Arztbrief
per e-mail durchzusehen
offene Fragen klären?

Telefonkontakt(e)

Analise + Polinli

NAME DER IDEE

Kontinuität i.d. Nachsorge

WORUM GEHT ES BEI DER IDEE?

Vermeidung von Lücken i.d.
Nachsorge u. Aufbau einer
proaktiven Arzt-Patienten-Bez.

WAS IST AN DER IDEE SPANNEND? WELCHE CHANCEN ERGEBEN SICH?

-) Vermeidung von Fehlern i.d. Nachsorge
↳ Folgetermine, Medikation, ...
=> Gefährdung d. PatientInnen sicherheit
-) Steigerung d. Gesundheitskompetenz
-) Compliance / Adhärenz

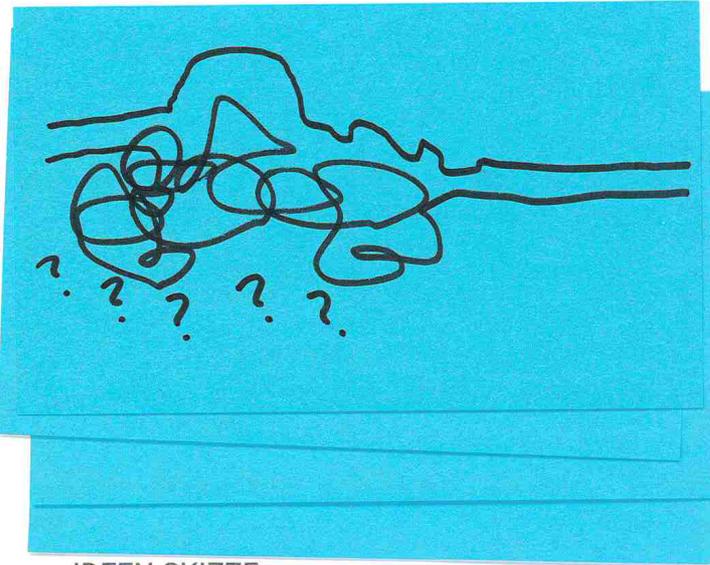
FÜR WEN IST DIE IDEE SPANNEND?

-) PatientInnen
u
•) ÄrztInnen

GIBT ES RISIKEN?

-) Zeitressourcen

3 IDEEN POSTER



IDEEN SKIZZE

NAME DER IDEE

„CASE DOCTOR“

WORUM GEHT ES BEI DER IDEE?

KLEINES BETREUNGS-
TEAM, DAS SICH
FÜR PATIENT* IN
ZUSTÄNDIG FÜHLT UND
VERLAUF BEGLEITET

WARUM IST DIE IDEE SPANNEND? WELCHE CHANCEN ERGEBEN SICH?

VERTRAUEN UND SUBJEKTIVE SICHERHEIT IST
GEGEBEN
BESSERE BEHANDLUNGSENTSCHEIDUNGEN
KOMPLETTE WISSENS BÜNDELUNG

FÜR WEN IST DIE IDEE SPANNEND?

FÜR ALLE BETEILIGTEN
- MIT ^{BR} CHRONISCHEN
ERKRANKUNGEN

GIBT ES RISIKEN?

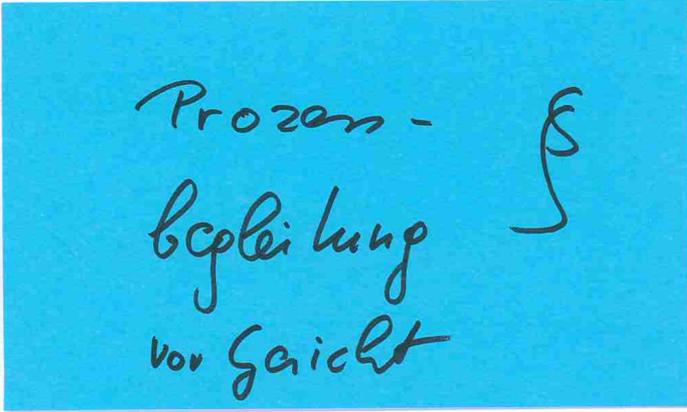
MANGELNDE VERNETZUNG

NAME DER IDEE

Prozessbegleitung
(Rechtssicherheit)

WORUM GEHT ES BEI DER IDEE?

Begleitung und
Unterstützung vor
Gericht



IDEEN SKIZZE

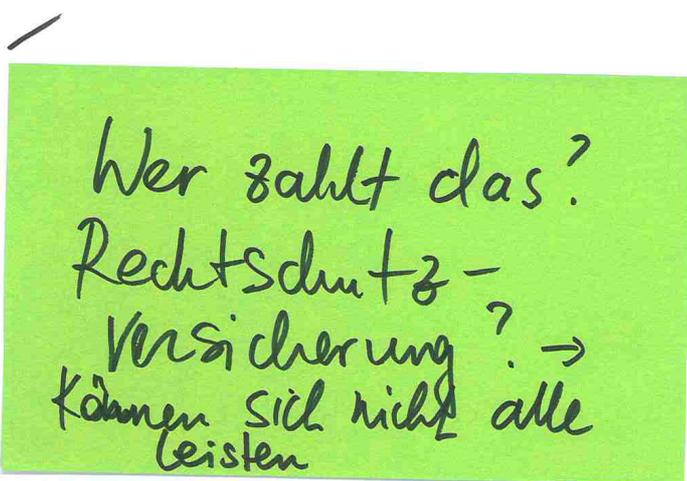
WARUM IST DIE IDEE SPANNEND? WELCHE CHANCEN ERGEBEN SICH?

- Ungleichgewicht zw. d. Parteien ausgleichen
- Stress reduzieren
- Aufklärung über Rechte
- Vorbereitung und Aufklärung über Abläufe bei Gericht

FÜR WEN IST DIE IDEE SPANNEND?

GIBT ES RISIKEN?

- Für Geschädigte
- Für Familienangehörige



IDEEN POSTER

NAME DER IDEE

FAQ → Einfache Sprache
→ Viele Sprachen.

WORUM GEHT ES BEI DER IDEE?

Die wichtigsten Fragen für die häufigsten Krankheitsfälle gut erklärt.

FAQ in vielen + einfacher Sprache

WARUM IST DIE IDEE SPANNEND? WELCHE VORTEILE ERGEBEN SICH?

Die häufigsten Antworten auf die häufigsten Fragen (wobei gut erklärt) rasch verfügbar.

FÜR WEN IST DIE IDEE SPANNEND?

Pat. mit nicht. deutsch. Muttersprache
Alle Pat. weil im Arztgespräch oft nicht alle Fragen beantwortet sind.
Entlastung f. Arzt.
„Nachlese“

GIBT ES RISIKEN?

2

3 IDEEN POSTER

NAME DER IDEE

PatientInnen - Telefon

WORUM GEHT ES BEI DER IDEE?

Antworten auf Fragestellungen im Zuge der Nachsorge, Clearing - Stelle



IDEEN SKIZZE

WARUM IST DIE IDEE SPANNEND? WELCHE CHANCEN ERGEBEN SICH?

- Schnittstellen zwischen stationärem und niedergelassenem Versorgungsbereich
- niederschwelliger Zugang

insbes. auch bei Behandlungsproblemen

1450

FÜR WEN IST DIE IDEE SPANNEND?

- PatientInnen
- ÄrztInnen
- Spitäler
- Case Management

GIBT ES RISIKEN?

- Berriemen
- Missbrauch
- Lange Wartezeit (→ online Terminbuchungssystem)