

Irren ist menschlich – Fehler in der Physiotherapie

Befragung in der stationären Physiotherapie

Bachelor-Thesis

Eveline Howald

Matrikel-Nr. 20-261-616

Verena Izzo

Matrikel-Nr. 20-261-475

Berner Fachhochschule, Departement Gesundheit

Bachelor of Science Physiotherapie, PHY20

Referentin

Dörte Watzek, Prof. Dr.

Co- Referentin

Sabrina Grossenbacher-Eggmann, Dr.

Berner Fachhochschule Gesundheit

Bern, 01. September 2023

Danksagung

Wir möchten unseren Dank an alle Personen richten, die uns bei der Erstellung dieser Arbeit unterstützt haben. Insbesondere möchten wir Frau Prof. Dr. Dörte Watzek für ihre wertvolle Betreuung und Begutachtung dieser Arbeit danken. Ein besonderer Dank gilt zudem unserer Co-Referentin Frau Dr. Sabrina Grossenbacher-Eggmann, die uns das Thema vorgeschlagen hat und uns mit wertvoller Unterstützung zur Seite stand. Ausserdem bedanken wir uns bei Physiobern für die finanzielle Unterstützung des Umfragetools im Premium-Abonnement. Ein weiterer Dank geht an alle Physiotherapeut*innen, die durch die Teilnahme an der Befragung essentielle Informationen zur Verfügung gestellt haben und damit massgeblich zum Gelingen dieser Bachelorarbeit beigesteuert haben. Abschliessend möchten wir uns bei allen bedanken, die unsere Arbeit korrekturgelesen und einen wichtigen Beitrag zur Erfüllung ihrer Qualität geleistet haben.

INHALTSVERZEICHNIS

Abstract	5
1 Einleitung	6
1.1 Zielsetzung	7
2 Theorie	7
2.1 Patient*innensicherheit	7
2.1.1 Aktionsplan	8
2.2 Critical Incident Reporting System (CIRS)	11
2.2.1 Critical Incident Reporting & Reacting NETwork (CIRRNET)	12
2.2.2 CIRS im stationären Setting	13
2.2.3 CIRS im ambulanten Setting	13
2.2.4 Chancen und Grenzen eines CIRS	14
2.3 Fehlerkategorisierung	14
2.4 Definitionen Begrifflichkeiten	18
2.4.1 Definition Fehler	20
2.5 Fehlerkultur im Gesundheitswesen	22
2.5.1 Fehlerkultur in der Medizin	24
2.5.2 Fehlerkultur in der Physiotherapie	24
2.5.3 Interprofessionelle Fehlerkultur	25
3 Fragestellung	27
4 Methodik	28
4.1 Zielgruppe	29
4.2 Erstellung Fragebogen	29
4.3 Ethikaspekte und Datensicherheit	30
4.4 Rekrutierung Physiotherapeut*innen	30
4.5 Durchführung Befragung	31
4.6 Auswertung	31
4.6.1 Qualitative Datenanalyse	32
4.6.2 Quantitative Datenanalyse	34
5 Ergebnisse	34
5.1 Fehler in der Physiotherapie	36
5.1.1 Quantitative Resultate zu den thematischen Kategorien	41
5.2 Kategorisierung der Fehler nach CIRS	42
5.2.1 Differenzen bei den Kategorien	45
5.2.2 Auswahl mehrerer Kategorien	46
6 Diskussion	47

6.1	Vergleich mit bestehender Literatur	47
6.1.1	Gemeinsamkeiten	48
6.1.2	Neue Erkenntnisse	49
6.2	Zusammenfassung Beantwortung der Fragestellungen	51
6.3	Limitationen und Stärken	52
6.4	Konsequenzen für die Physiotherapie	53
6.5	Weiterführende Forschung	54
7	Schlussfolgerung	55
8	Literaturverzeichnis	56
9	Abbildungsverzeichnis	61
10	Tabellenverzeichnis	62
11	Abkürzungsverzeichnis	62
12	Anhänge	63
12.1	Vorlage E-Mail zur Rekrutierung	63
12.2	Vorlage Fragebogen	64
12.3	Qualitative Inhaltsanalyse	68
12.4	Selbständigkeitserklärung	88

ABSTRACT

Hintergrund und Ziele: Es besteht nur wenig Evidenz zum Thema «Fehler in der Physiotherapie». Um die Patient*innensicherheit verbessern zu können, müssen Schädigungen vermieden werden. Dies setzt genaue Kenntnisse über Gefährdungen und eingetretene Schädigungen voraus. Das Ziel dieser Arbeit ist es, einen Einblick in die Art der Fehler zu gewinnen, die den Physiotherapeut*innen in Spitälern des Kantons Bern unterlaufen sind.

Methodik: Die Fragestellungen wurden mittels einer qualitativen Befragung untersucht. Die Physiotherapeut*innen wurden via E-Mail an die Ausbildungsbetriebe und deren hinterlegten Kontaktpersonen sowie über einen Newslitereintrag von Physiobern rekrutiert. Die Auswertung erfolgte angelehnt an die Empfehlung der Stiftung Patientensicherheit Schweiz für das Betreiben eines CIRS mithilfe der «Kategorisierung von Ereignissen» und der «Entscheidungshilfe». Die Fehler wurden zum einen in Schweregrad-Kategorien nach CIRS, zum anderen in thematische Fehlerkategorien eingeteilt. Dies fand zuerst zwischen den auswertenden Personen unabhängig voneinander statt. Anschliessend wurde eine Expertin in Physiotherapie zur Drittbeurteilung hinzugezogen. Die Finalisierung übernahmen die auswertenden Personen unter Absegnung der Expertin gemeinsam in einer Diskussionsrunde.

Resultate: Es wurden 79 Fehlerereignisse ausgewertet. Daraus ergaben sich 16 thematische Fehlerkategorien. 75% der Fehler gingen ohne Schaden einher (Kategorie B – D). 25% der Fehler führten zu vorübergehendem oder dauerhaftem Schaden bis hin zum Tod (Kategorie E – I).

Diskussion: Es konnten bereits bekannte thematische Fehlerkategorien eruiert werden: falsches Prozedere, Fehlbelastung, Kommunikationsfehler, Materialfehler, Sturz, Überdosierung und Vorsichtsmassnahme nicht berücksichtigt. Zudem wurden neue thematische Kategorien aufgedeckt: Behandlung abgekürzt, falsches Rollstuhlhandling, fehlendes Wissen, Kontraindikation nicht berücksichtigt, mangelnde Hygienemassnahme, mangelnde Patient*innenführung, Patient*innenverwechslung, Unterdosierung und Unterlassungsfehler. Die Ergebnisse zeigen, dass physiotherapeutische Behandlungen mit möglichen Risiken verbunden sind. Deshalb ist es wichtig, die Fehler offen zu thematisieren, zu analysieren und Lösungen zu finden.

Schlussfolgerung: Diese Arbeit gibt einen Einblick, welche Fehler den Physiotherapeut*innen im Spitalalltag unterlaufen. Die Identifizierung von Fehlern in der Physiotherapie ist ein erster wichtiger Schritt für zukünftige Untersuchungen und zur Verbesserung der Fehlerkultur sowie der Patient*innensicherheit.

1 EINLEITUNG

Aufgrund der schnell anwachsenden Komplexität im Gesundheitswesen, des Zeitdrucks und der Arbeitsüberlastung, machen selbst die bestausgebildeten und engagiertesten Fachkräfte der Welt unweigerlich Fehler (Scheirton et al., 2003). Ein unerwünschtes Ereignis kann die Gesundheit oder sogar das Leben von Patient*innen gefährden. Bei 2-8% aller Hospitalisationen finden vermeidbare Zwischenfälle statt. Davon führt ein erheblicher Teil zu vorübergehender (30-50%) oder permanenter (9%) Schädigung bis hin zum Tod (3%) (Stiftung Patientensicherheit, 2011). Die Schweizer Stiftung Patientensicherheit (2017) schätzt die jährliche Zahl der fehlerbedingten Todesfälle auf 700 bis 1'700. In einem Spital in der Schweiz wurden im Jahr 2017 rund 1'000 Krankengeschichten untersucht. Bei 12% der behandelten Patient*innen kam es zu einem oder mehreren unerwünschten Ereignissen. Das ist knapp jede achte hospitalisierte Person, wovon die Hälfte vermeidbar gewesen wäre (Halfon et al., 2017).

Fehlerereignisse in der Physiotherapie, die die Sicherheit der Patient*innen potenziell gefährden, sind gemäss Gonzalez-Caminal et al. (2022) das Nichtberücksichtigen von Kontraindikationen und Vorsichtsmassnahmen, Anwendung von falschen Behandlungsmassnahmen oder die unbeaufsichtigte Anwendung von physikalischen Mitteln und die Unfähigkeit, Stürze der Patient*innen zu verhindern.

In der vorliegenden qualitativen Studie werden Fehler von im Kanton Bern arbeitenden Physiotherapeut*innen dargestellt. Diese werden in der Auswertung in vorgegebene Kategorien eingeteilt. Die Kategorisierung sowie die Definitionserklärung von Begrifflichkeiten erfolgt angelehnt an die Empfehlung der Stiftung Patientensicherheit Schweiz für das Betreiben eines Critical Incident Reporting Systems (CIRS). Die potenziell bedeutsamen Folgen von Fehlern in der Physiotherapie und die zunehmende Autonomie der Fachkräfte, in Verbindung mit der ständig wachsenden Komplexität im Gesundheitswesen, sind zwingende Gründe für ein besseres Verständnis der Art von Fehlern (Cochran et al., 2009). Deshalb handelt es sich um ein relevant zu untersuchendes Thema im Bereich der Physiotherapie.

1.1 Zielsetzung

Das Ziel dieser Studie ist es, herauszufinden, welche Fehler den diplomierten Physiotherapeut*innen des Kantons Bern im Spitalalltag mit ihren Patient*innen geschehen.

Die Ergebnisse sollen in einem ersten Schritt einen Überblick über mögliche Fehlervorkommnisse in der Physiotherapie geben und das Bewusstsein bezüglich der Thematik steigern. Die aktuelle Studienlage lässt es nicht zu, bereits eine detaillierte Fehleranalyse zu machen und würde den Rahmen dieser Arbeit überschreiten. Die Erkenntnisse dieser Studie sollen jedoch zukünftigen Untersuchungen eine Basis bieten, Ursachen und Quellen für Fehler zu ergründen, um schlussendlich Präventionsstrategien und ein verbessertes Fehlermanagement zu entwickeln.

2 THEORIE

Die nachfolgenden Abschnitte behandeln den theoretischen Hintergrund in Bezug auf die Patient*innensicherheit und Fehlerkultur. Es wird erläutert, wie diese Aspekte in der Physiotherapie zusammenhängen und welche Bedeutung sie für die Qualität der Versorgung haben. Dabei werden auch relevante Modelle im Bereich der Patient*innensicherheit diskutiert und verschiedene Definitionen aufgelistet.

2.1 Patient*innensicherheit

Patient*innensicherheit ist ein fundamentales Prinzip der Gesundheitsversorgung, welche vom lateinischen Sinnspruch «primum non nocere» (primär nicht schaden) abgeleitet wird. Die Sicherheit im Gesundheitswesen ist mehrere Jahrzehnte hinter anderer Hochrisikobranchen zurückgeblieben. Drei jüngste Berichte des Institute of Medicine haben den Angehörigen der Gesundheitsberufe die Notwendigkeit bewusst gemacht, Fehler zu reduzieren und die Patient*innensicherheit zu verbessern (Scheirton et al., 2007).

Das amerikanische Institut of Medicine geht bei der Definition von Patient*innensicherheit von sechs Dimensionen aus. Diese Dimensionen gelten für die Qualität in der Gesundheitsversorgung und beinhalten folgende Begriffe: sicher, wirksam, patient*innen-zentriert, rechtzeitig, effizient, gleich und gerecht. Die Patient*innensicherheit lässt sich wie folgt definieren: «Die Vermeidung, Prävention und Verbesserung von unerwünschten Ergebnissen oder Schädigungen, die sich aus dem Behandlungsprozess ergeben» (Vincent, 2011, S. 13).

Patient*innensicherheit ist eine Gesundheitsdisziplin, die mit der zunehmenden Komplexität in Gesundheitseinrichtungen entstanden ist. Sie zielt darauf ab, Risiken, Fehler und Schäden, die bei der Bereitstellung von Gesundheitsleistungen entstehen, zu vermeiden und zu verringern. Ein Standbein der Disziplin ist die kontinuierliche Verbesserung auf der Grundlage des Lernens aus Fehlern (World Health Organization, 2019).

Die nationale Stiftung für Patient*innensicherheit wurde im Jahr 2003 gegründet. Daran beteiligten sich neben den Berufsverbänden der Ärzt*innen, Zahnärzt*innen, Apotheker*innen, Pflegenden und Physiotherapeut*innen auch die Schweizerische Patient*innenorganisation sowie das Bundesamt für Gesundheit (Haller et al., 2005).

Die Schädigung von Patient*innen durch unsichere Betreuung und Behandlung stellt heute eine grosse und wachsende Herausforderung für die öffentliche Gesundheit dar und ist weltweit eine der Hauptursachen für Behinderungen und Tod. Der grösste Teil dieser Schäden ist vermeidbar und umfasst beispielsweise die Medikationsfehler (World Health Organization, 2019). Die finanziellen und wirtschaftlichen Kosten von Sicherheitsmängeln sind hoch und das Vertrauen der Öffentlichkeit gegenüber den Gesundheitssystemen wird oft geschwächt, wenn solche Vorfälle publik werden (World Health Organization, 2021).

Irren ist menschlich, somit ist es unrealistisch von Menschen, die in komplexen Umgebungen mit hohem Stress arbeiten, eine fehlerlose Leistung zu erwarten. Deshalb ist die Konzentration auf ein System, das Fehler berücksichtigt und einbezieht, der Beginn einer Verbesserung der Patient*innensicherheit. Dies kann nur in einem offenen und transparenten Umfeld erfolgen, in dem eine Sicherheitskultur vorherrscht. Das Konzept der Patient*innensicherheit ist in der Physiotherapie weniger ausgebildet als in anderen Gesundheitsberufen. Ein Grund dafür ist der Mangel an Daten und das daraus resultierende fehlende Bewusstsein für Fehler (Gonzalez-Caminal et al., 2022).

2.1.1 Aktionsplan

Die World Health Organization (WHO) arbeitet an einem Aktionsplan, welcher einen strategischen und koordinierten Ansatz für die Patient*innensicherheit verfolgt und weltweit anerkannt werden soll. Der globale Aktionsplan für Patient*innensicherheit zielt darauf ab, innerhalb der Jahre 2021 bis 2030, vermeidbare Schäden durch unsichere Gesundheitsversorgung zu beseitigen. Die Schweiz unterstützt die WHO bei der Entwicklung dieses globalen Aktionsplans einerseits technisch und finanziell, andererseits bei der global strategischen Führung (WHO, 2021).

2.1.1.1 Ziele

Der Aktionsplan umfasst sieben strategische Ziele. Diese sind breit angelegt, um unzählige Aufgaben zu erfassen, die zur Verringerung der Risiken und Verbesserung der Patient*innensicherheit erforderlich sind. Die *sieben Ziele* sind:

1. Massnahmen zur Beseitigung vermeidbarer Schäden in der Gesundheitsversorgung
2. Hochzuverlässige Systeme
3. Sicherheit der klinischen Prozesse
4. Einbeziehung von Patient*innen und deren Familien
5. Ausbildung, Qualifikation und Sicherheit des Gesundheitspersonals
6. Information, Forschung und Risikomanagement
7. Synergie, Partnerschaft und Solidarität

Um diese sieben Ziele erreichen zu können, wurden *pro Ziel fünf Strategien* aufgestellt (WHO, 2021). Beispielsweise gelten beim Ziel «Ausbildung, Qualifikation und Sicherheit des Gesundheitspersonals» folgende Strategien:

1. Patient*innensicherheit in der beruflichen Aus-, Fort-, und Weiterbildung
2. Exzellenzzentren für die Aus-, Fort- und Weiterbildung in Patient*innensicherheit
3. Kompetenzen in Patient*innensicherheit als gesetzliche Anforderungen
4. Verknüpfung der Patient*innensicherheit mit dem Beurteilungssystem für Gesundheitspersonal
5. Sicheres Arbeitsumfeld für das Gesundheitspersonal

2.1.1.2 Umsetzung

Die vollständige Umsetzung des Aktionsplans auf nationaler Ebene wird für die Mitgliedstaaten eine langfristige Aufgabe sein. Die vorgeschlagenen Massnahmen müssen von verschiedenen Partner*innen und Interessensgruppen ergriffen werden. Diese können unter Berücksichtigung verschiedener Faktoren ausgewählt, nach Prioritäten geordnet, angepasst und umgesetzt werden. Die Akteure sollten vor der Umsetzung ihre jetzige Situation analysieren. Somit werden Bereiche, in denen Fortschritte gemacht werden müssen, aufgedeckt und politische Möglichkeiten sowie Lücken in der Praxis ermittelt. Für die Umsetzung des Plans müssen alle Partner*innen auf globaler, regionaler, nationaler und subnationaler Ebene beitragen. Dies soll einzeln als auch in Zusammenarbeit erfolgen.

Die Umsetzung lässt, unter der Voraussetzung, die Ziele wirksam zu erreichen, ein flexibles Vorgehen zu. Es berücksichtigt das aktuelle politische Umfeld, den bestehenden organisatorischen Kontext und gewährt Optionen für den Einsatz von Ressourcen. Die Prioritäten, die Durchführbarkeit und die Geschwindigkeit der Umsetzung variieren je nach Kontext. Deshalb wird allen Beteiligten empfohlen, *fünf wichtige Meilensteine* zu berücksichtigen (WHO, 2021):

1. Bewertung des Umfeldes
2. Sicherstellung eines starken Engagements der politischen und organisatorischen Führung
3. Schaffung einer nachhaltigen Vorgehensweise für die Umsetzung
4. Anpassung an den nationalen Kontext und die Prioritäten
5. Entscheidung über die Gestaltung des Veränderungsmodells für die Umsetzung

Da die Umsetzung noch im Gange ist und die Teilnahme der Nationen auf freiwilliger Basis beruht, gibt es noch keine konkrete Liste der teilnehmenden Aktionspartner. Die WHO beschreibt folgende Umsetzungspartner: Die Regierungen auf nationaler und sub-nationaler Ebene, die Einrichtungen und Dienste des Gesundheitswesens, die interessierten Kreise (Nichtregierungsorganisationen, Patientenorganisationen, Berufsverbände etc.) und das Sekretariat der WHO auf allen Ebenen (Länderbüros, Regionalbüros und Hauptsitz).

Das oben beschriebene Vorhaben stellt eine grosse Herausforderung dar, da die Aktionspartner*innen ungleiche Voraussetzung mitbringen. Eine Durchführung muss auf die individuelle Lage abgestimmt werden und bedarf einem unterschiedlich hohen Aufwand. Fortschritte bei der Umsetzung können damit kaum übergreifend verzeichnet werden.

2.1.1.3 Kosten

In Hinsicht auf die Kosten des Aktionsplans gilt das Ziel, die Ergebnisse für Patient*innen zu verbessern und somit die hohen Kosten im Zusammenhang mit unerwünschten Ereignissen auf allen Ebenen des Gesundheitswesens zu senken. Der nationale Gesundheitsdienst in England zahlte beispielsweise im Zeitraum von 2017 bis 2018 insgesamt 1.63 Milliarden britische Pfund an Prozesskosten, welche aufgrund von Sicherheitsmängeln verursacht wurden.

Die Regierungen in Deutschland, Japan, Saudi-Arabien, Schweiz, Grossbritannien und Nordirland unterstützen den globalen Aktionsplan durch die Bereitstellung finanzieller Mittel. Aufgrund von verschiedenen Einflussfaktoren (z. B. erforderlicher Aufwand, Grösse des Gesundheitssystems, bereits entwickelte Patient*innensicherheitsprogramme, spezifische Bedürfnisse der Patient*innen etc.) sind jedoch keine konkreten Informationen über die anfallenden Kosten bekannt (WHO, 2021).

2.1.1.4 Die Physiotherapie im Aktionsplan

Die Physiotherapie wird als Bestandteil des interprofessionellen Gesundheitsteams anerkannt und zählt zum Gesundheitspersonal. Als Gesundheitspersonal gelten Personen, die an Arbeitsmassnahmen beteiligt sind, deren Hauptziel die Verbesserung der Gesundheit ist. Dazu gehören Erbringer von Gesundheitsdienstleistungen wie Ärzt*innen, Gesundheits- und Krankenpflegepersonal, Hebammen, Fachkräfte des öffentlichen Gesundheitswesens, Labor- und Gesundheitsfachpersonal sowie medizinisches und nicht medizinisches Fachpersonal, Betreuende, kommunale Gesundheitshelfer*innen, Heilende und Praktizierende der traditionellen Medizin. Es beinhaltet zudem Personen im Gesundheitsmanagement wie zum Beispiel Reinigungskräfte, Transportdienste und Sozialdienste (WHO, 2021). Durch die verschiedenen involvierten Fachleute stellt sich ein erhöhtes Patient*innensicherheitsrisiko ein. Deshalb bleibt die Identifizierung der Fehler ein wichtiger Schritt bei der Entwicklung einer Sicherheitskultur.

2.2 Critical Incident Reporting System (CIRS)

Die WHO soll das Risiko der Schäden als Folge von Fehlern im Gesundheitssystem auf ein Minimum reduzieren (WHO, 2019). Deshalb ist es bedeutend, das Bewusstsein für Gefahren in der Gesundheitsversorgung zu schärfen und festzuhalten, in welchen Bereichen und unter welchen Umständen Fehler auftreten. Die Entwicklung und Implementierung eines CIRS stellt dafür einen wichtigen Meilenstein dar. Das CIRS ist ein Bericht- und Lernsystem, das aus vier Grundprinzipien besteht: System, Meldung, klinikinterne Datenanalyse und Feedback. In diesem System können Meldungen freiwillig, anonym und straffrei eingereicht werden. Es hilft Fehlerquellen zu identifizieren und mögliche Faktoren zu erkennen, die das Auftreten von Fehlern begünstigen. Als «zu berichtende Ereignisse» gelten Fehler, Risiken, kritische oder unerwünschte Ereignisse und Beinahe-Schäden in der Behandlung der Patient*innen. Ebenso ist das Berichten von erfolgreichen Fehlerbewältigungen und Lösungsansätzen für kritische Situationen sinnvoll (Neuhaus et al., 2020).

Zusammengefasst sollen sicherheitsrelevante Ereignisse gemeldet werden, die Patient*innen, Angehörige oder Mitarbeitende gefährdet haben oder gefährden könnten (Rohrbasser et al., 2022). Anhand der Analyse der berichteten Ereignisse sollen Problemfelder diskutiert und Optimierungsmassnahmen definiert werden. Somit können Risiken proaktiv minimiert werden (Stiftung Patientensicherheit, 2021).

Ein solches System erreicht sein Ziel aber nur, wenn es auch genutzt wird. Das bedeutet, dass Meldungen nicht ausbleiben dürfen und es Reaktionen auf die Meldung potenzieller Gefahrenquellen geben muss (Rothmund, 2020). Grossenbacher-Eggmann (2020) beschreibt, dass im Anschluss einer Datenanalyse ein Feedback an die Mitarbeitenden durch die klinikinternen Expert*innen stattfinden muss. Es stellt die Beteiligung sicher und legt die Basis für eine offene und konstruktive Fehlerkultur.

Abbildung 1: Im CIRS «zu berichtende Ereignisse».



2.2.1 Critical Incident Reporting & Reacting NETwork (CIRRNET)

Die Patientensicherheit Schweiz betreibt das Critical Incident Reporting & Reacting NETwork (CIRRNET) seit 2006. Es handelt sich um ein überregionales Netzwerk der Schweiz, das den angeschlossenen stationären Gesundheitsorganisationen ermöglicht, Fehlerereignisse aus ihren lokalen Fehlermeldesysteme (CIRS) anonymisiert einzuspeisen. Somit werden relevante Problemfelder identifiziert, Verbesserungsempfehlungen entwickelt und in Form von «Quick-Alerts» durch die Patientensicherheit Schweiz veröffentlicht. «Quick-Alerts» sind zusammengefasste Warnhinweise aufgrund relevanter, eingrenzbarer Probleme in der Patient*innensicherheit. Basierend darauf werden Handlungsempfehlungen entwickelt und allen interessierten Gesundheitsfachleuten online zur Verfügung gestellt (Stiftung Patientensicherheit Schweiz, 2022).

2.2.2 CIRS im stationären Setting

Im Jahr 1996 wurde im Kanton Basel das erste CIRS durch einen Chefarzt im Bereich der Anästhesie eingeführt. Zwei Jahre später wurde im Kinderspital in St. Gallen ein CIRS für die Bereiche der Intensivstation und Chirurgie implementiert. Zwischen den Jahren 2000 und 2004 startete die Schweizerische Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe ein CIRS-Pilotprojekt. In diesem Projekt erarbeiteten sieben Frauenkliniken unterschiedlicher Grösse (Universitätsspital Zürich, Kantonsspital Winterthur, Kantonsspital Schaffhausen, Kantonsspital Bruderholz, Spital Uster, Hopital Delémont, Hopital du Val de Travers) einige Grundlagen für die Erfassung von Fehlern und führten dann in einem weiteren Schritt das CIRS während sechs Monaten ein. Während diesem Zeitraum wurden 93 Meldungen an die Projektzentrale gesendet: 57% durch das Pflegepersonal und 43% vom ärztlichen Dienst und von der Forschung. Weitere Personengruppen waren zu diesem Zeitpunkt noch nicht in das Projekt involviert (Haller et al., 2005).

Im Inselspital Bern wurde im Jahr 2018 im Bereich der Physiotherapie das Pilot-CIRS initiiert. Während sechs Monaten wurden 29 Ereignisse gemeldet. Die Fälle betrafen vor allem systemische Faktoren (52%) wie Mehrbettzimmer, keine fixen Termine, zu viele Patient*innen, Zeitdruck und Sparmassnahmen. Aber auch Beinahe-Schäden (28%), verzögerte oder verpasste Behandlungen (14%) und sonstige Vorkommnisse (7%) wurden analysiert und bearbeitet. Das Projekt schärfte das Risikobewusstsein, führte zu einer verbesserten Berichterstattung und unterstützte den Aufbau einer Sicherheitskultur. Folglich wurde das gesamte Institut für Physiotherapie als Untereinheit in das offizielle Spital-CIRS integriert (Grossenbacher-Eggmann, 2020).

2.2.3 CIRS im ambulanten Setting

Die Überarbeitung der schweizerischen Krankenversicherungsverordnung, die seit dem 1. Januar 2022 in Kraft ist, hat neue Zulassungsbedingungen für ambulante Leistungserbringer im Gesundheitswesen eingeführt. Diese Bedingungen beinhalten ein internes Berichts- und Lernsystem sowie die Anbindung an ein gesamtschweizerisch einheitliches Netzwerk zur Meldung unerwünschter Ereignisse. Basierend auf dem CIRNET-System der Stiftung Patientensicherheit Schweiz wurde eine neue technische Lösung entwickelt, die es ambulanten Verbänden ermöglicht, ein CIRS über einen Abonnementvertrag zu betreiben. Die Stiftung übernimmt die Verantwortung für die Überprüfung der Fälle, die Triage, den technischen Support und die Erstellung eines Standardreports sowie die Meldung der Fälle im CIRNET (Steffen, 2022).

2.2.4 Chancen und Grenzen eines CIRS

Das CIRS ermöglicht die Identifizierung von sicherheitsrelevanten Problemen, latenten Fehlern, unsicheren Prozessen, Abläufen und Verfahren sowie Verbesserungspotenzialen. Darüber hinaus liefert es eine Vielzahl von Fällen und Themen, was erweiterte Lernmöglichkeiten bietet. Das CIRS trägt dazu bei, das Bewusstsein für Risiken und mögliche Lösungen zu schärfen. Organisationen haben damit die Möglichkeit, Mitarbeitende beim eigenen Lernen aus Fehlern und Risiken und beim Entwickeln einer Sicherheitskultur zu unterstützen. Zudem können sie eine offene Fehlerkultur fördern. (Stiftung Patientensicherheit Schweiz, 2016).

Das CIRS dient als ein «diagnostisches Instrument» zur Identifikation von Risiken und Ereignissen sowie zur Ursachenforschung. Es stellt jedoch keine Garantie für eine fehlerfreie Umgebung dar. Zusätzlich liefert das CIRS keine repräsentativen Daten. Die Zahl berichteter Ereignisse, die beteiligten Teams oder Berufsgruppen lassen keine Rückschlüsse auf die Häufigkeit der tatsächlich aufgetretenen Ereignisse und Risiken zu. Dennoch kann die Anzahl der Berichte als Indikator für die Meldebereitschaft und Akzeptanz des Systems interpretiert werden (Stiftung Patientensicherheit Schweiz, 2016).

2.3 Fehlerkategorisierung

Die Kategorisierung der durch die Physiotherapeut*innen gemeldeten Fehler erfolgt angelehnt an die Empfehlung der Stiftung Patientensicherheit Schweiz (2021) für das Betreiben eines CIRS. Darin werden Ereignisse im Rahmen einer klinischen Behandlung aufgeführt und in die Kategorien A bis I eingeteilt (vgl. Abbildung 2). Um die Kategorisierung bei der Auswertung der Fehler kriterienbasiert durchführen zu können, besteht die Entscheidungshilfe (vgl. Abbildung 3) nach CIRS. Ausserdem können Fehler zu unerwünschten Reaktionen oder Beinahe-Unfällen führen. Diese werden in der Abbildung 4 verdeutlicht. Dabei teilte die Studie Gonzalez-Caminal et al. (2022) die analysierten Fehler in folgende fünf Schweregrad-Klassen ein: Minor near-miss event, Minor event, Moderate event, Major near-miss event und Major event.

Abbildung 2: Kategorisierung von Ereignissen im Rahmen einer klinischen Behandlung (Stiftung Patientensicherheit, 2021).

Kategorisierung von Ereignissen im Rahmen einer klinischen Behandlung

Modifiziert n. «NCC MERP Index for Categorizing Medication Errors.»
2001 National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention.

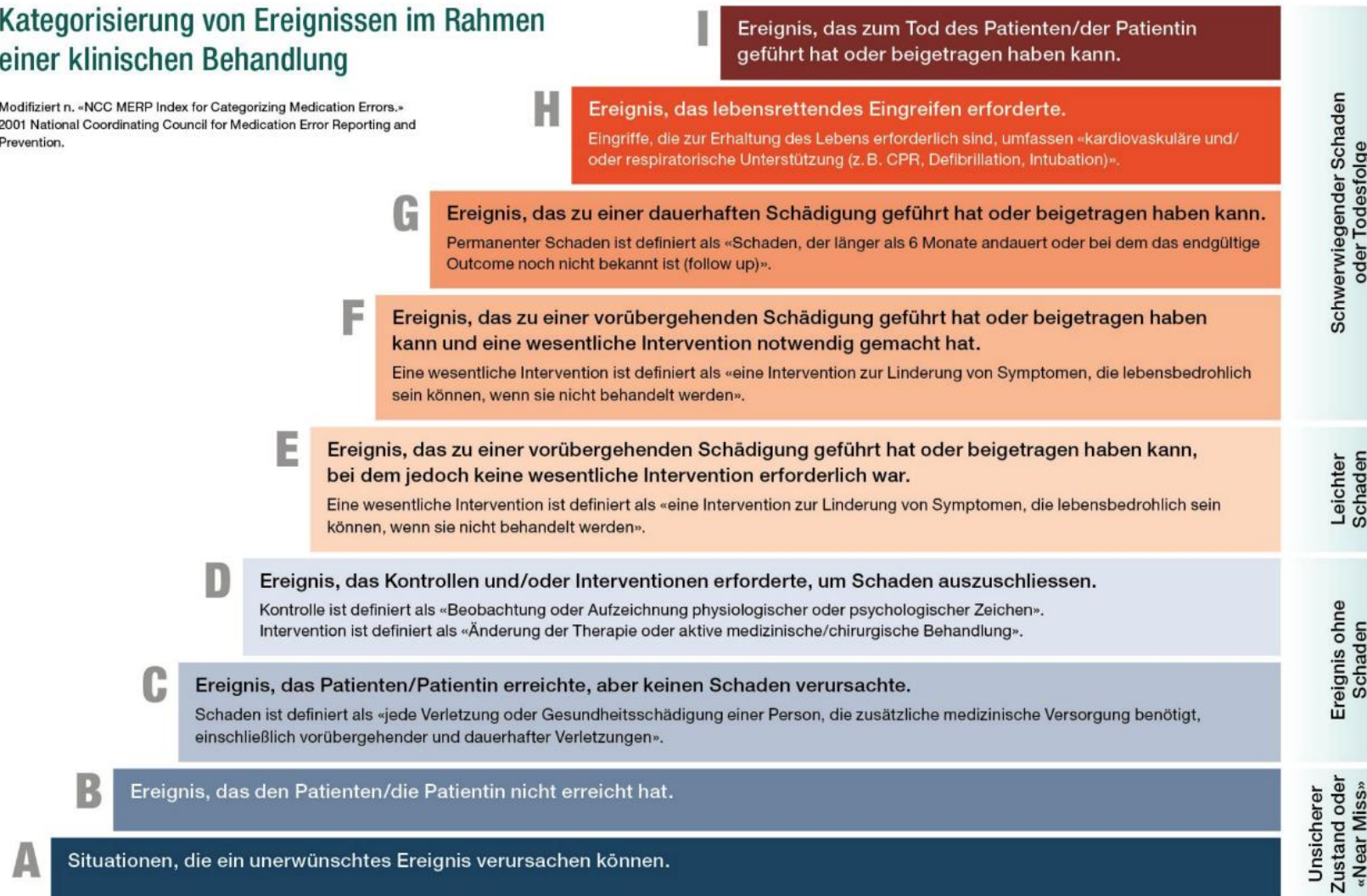


Abbildung 3: Entscheidungshilfe Kategorisierung nach CIRS (Stiftung Patientensicherheit Schweiz, 2021).

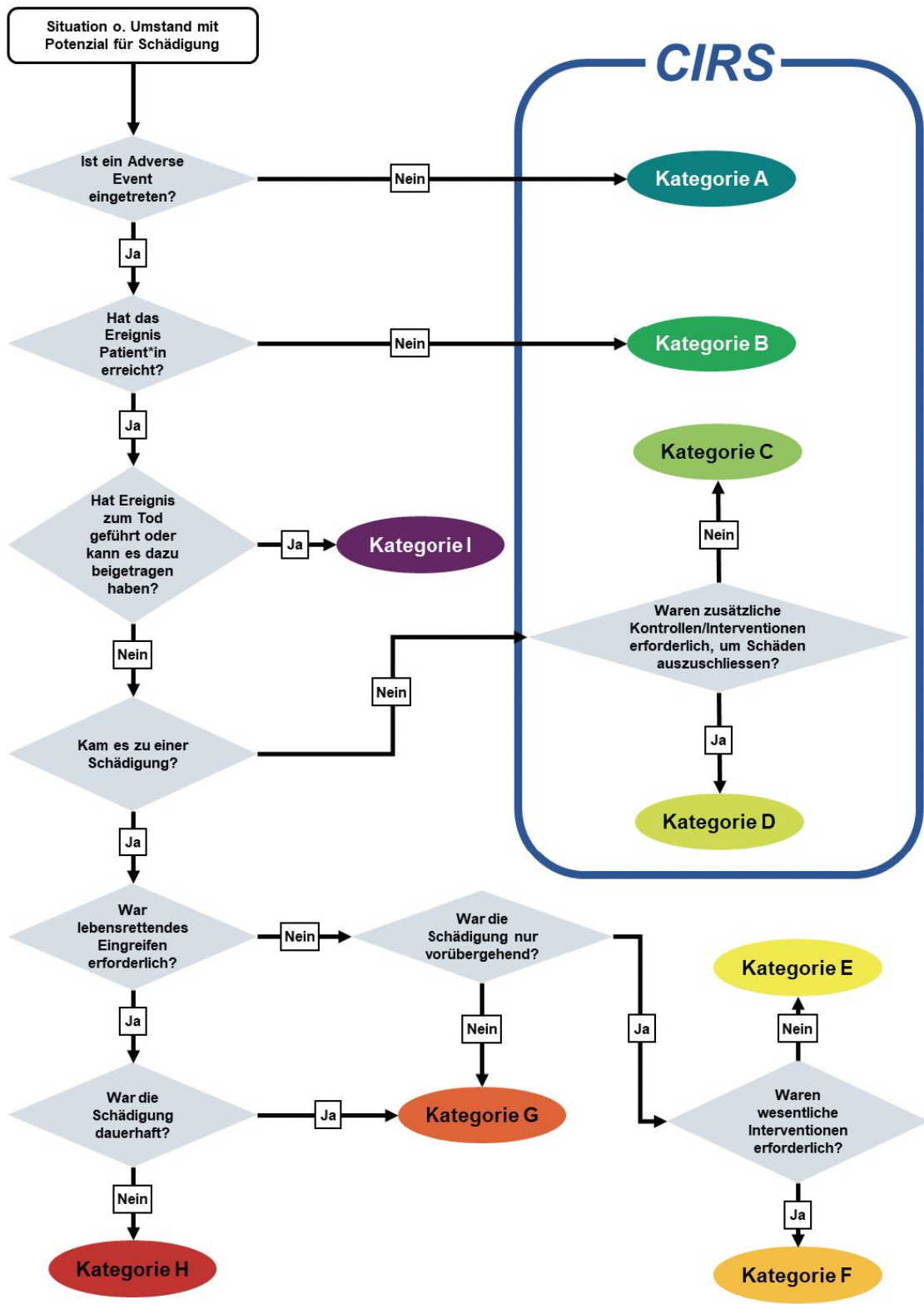
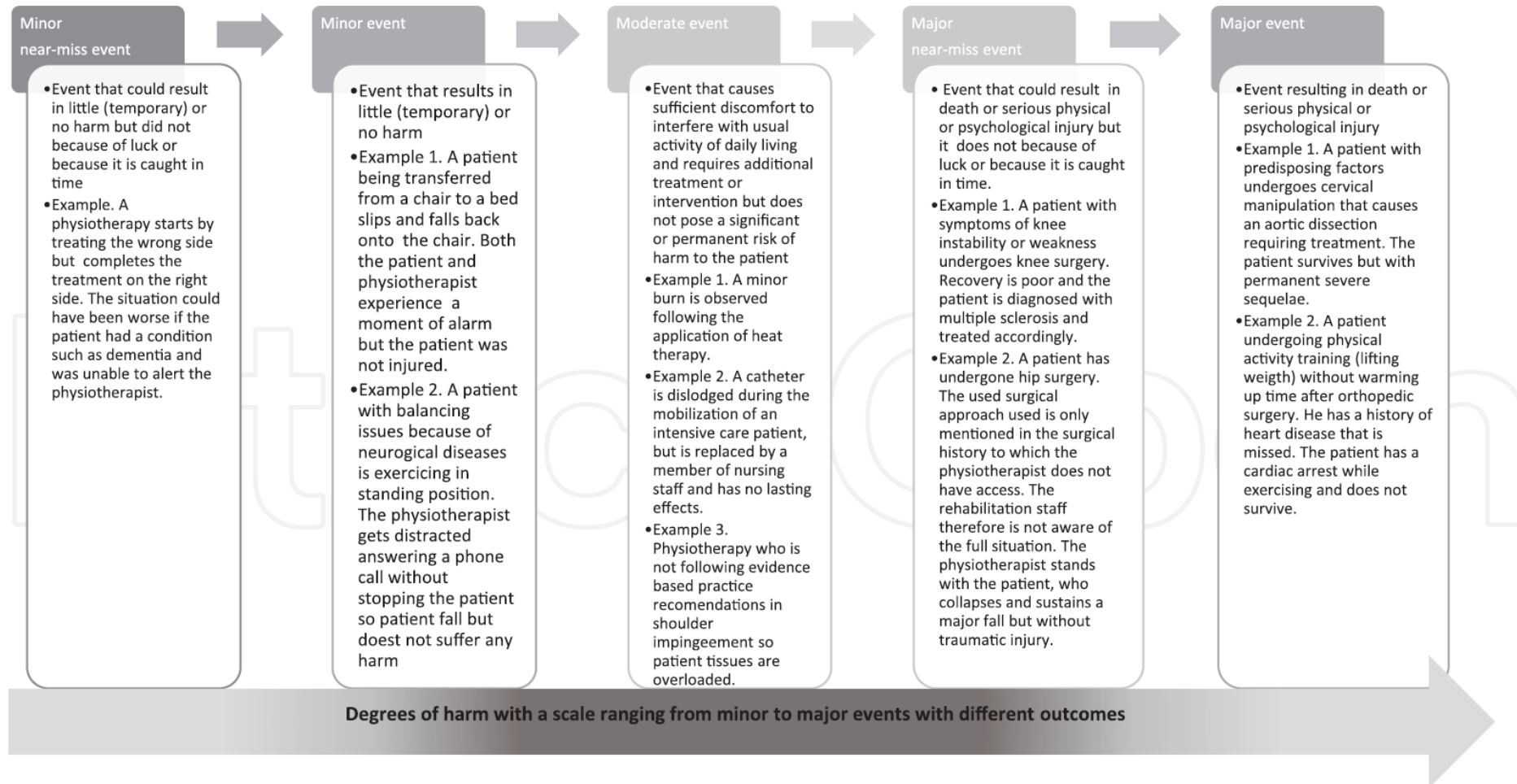


Abbildung 4: Einteilung Fehler in fünf Schweregrad-Klassen (Gonzalez-Caminal et al., 2022).



2.4 Definitionen Begrifflichkeiten

Die Definition der verwendeten Begriffe in dieser Studie «Fehler in der Physiotherapie» orientiert sich an der Empfehlung der Stiftung Patientensicherheit Schweiz (2021) für das Betreiben eines CIRS.

Tabelle 1: Definitionen von Begrifflichkeiten.

Begriff	Definition
Beinahe-Schäden (Near Miss Event)	Unsichere Zustände, die ein unerwünschtes Ereignis verursachen können oder ein Ereignis, das die Patient*innen nicht erreicht hat.
Unerwünschtes Ereignis (Adverse Event)	<p>Ein unbeabsichtigtes negatives Ergebnis, das auf die Behandlung zurückgeht und nicht der bestehenden Erkrankung geschuldet ist. Es kann vermeidbar oder unvermeidbar sein (Aktionsbündnis Patientensicherheit, 2018).</p> <p>Ein schädliches Vorkommnis, das eher auf der Behandlung als auf der Erkrankung beruht (Gunkel et al., 2013).</p> <p>«An incident in which a patient is harmed» (WHO, 2011).</p> <p><i>Für die vorliegende Arbeit verwendete Definition: Ein unbeabsichtigtes negatives Ereignis, welches auf eine medizinische oder therapeutische Behandlung zurückzuführen ist und vermeidbar oder unvermeidbar sein kann.</i></p>

Schaden	<p>Jede vorübergehende oder dauerhafte Verletzung oder Gesundheitsschädigung einer Person, die zusätzliche medizinische Versorgung benötigt.</p> <p><i>Für die vorliegende Arbeit zählt «Schaden» als Überbegriff, um bei der Kategorisierung die Kategorien C, D (Ereignis ohne Schaden) von den restlichen Kategorien E, F, G, H, I (Ereignis mit Schaden) trennen zu können (vgl. Abbildung 2).</i></p>
Permanenter/dauerhafter Schaden	Schaden, der länger als sechs Monate andauert oder bei dem das endgültige Outcome noch nicht bekannt ist.
Kontrolle	Beobachtung oder Aufzeichnung physiologischer oder psychologischer Zeichen, um Schaden auszuschliessen.
Intervention	<p>Änderung der Therapie (z. B. physiotherapeutisch) oder aktive medizinische/chirurgische Behandlung (z. B. zusätzliche Medikation oder Operation), um Schaden auszuschliessen.</p> <p><i>Dieser Begriff wird verwendet, um bei der Kategorisierung die Kategorien C und D trennen zu können (vgl. Abbildung 2).</i></p>
Wesentliche Intervention	<p>Eine Intervention zur Linderung von Symptomen, die lebensbedrohlich sein können, wenn sie nicht behandelt werden.</p> <p><i>Dieser Begriff wird verwendet, um bei der Kategorisierung die Kategorien E und F trennen zu können (vgl. Abbildung 2).</i></p>
Lebensrettende Eingriffe	Eingriffe, die zur Erhaltung des Lebens erforderlich sind, umfassen kardiovaskuläre und/oder respiratorische Unterstützung (z. B. CPR, Defibrillation, Intubation).

2.4.1 Definition Fehler

Auf den ersten Blick erscheint die Thematisierung von Fehlern als eine Auseinandersetzung mit dem klar strukturierten Sachverhalt, dass «etwas falsch gelaufen» ist (Harteis et al., 2006). Der Begriff «Fehler» wird jedoch nicht einheitlich definiert. Die WHO (2011) definiert Fehler als «das nicht Durchführen einer geplanten Handlung wie beabsichtigt oder die Anwendung eines falschen Plans». Eine zusätzliche Erschwerung ist, dass es in der Physiotherapie-Literatur keine Standarddefinition für diesen Begriff gibt (Anderson & Towell, 2002). Cochran et al. (2009) beschreiben, dass in den meisten Forschungsarbeiten «Fehler» als unerwünschte Ereignisse angesehen werden, die wie folgt definiert werden: «Verletzungen, die durch das medizinische Management verursacht werden» (Kohn et al., 2000). Die Studie Anderson und Towell (2002) äussert sich damit: «Es ist wichtig zu realisieren, dass Fehler auch bereits vorher entstehen können, zum Beispiel beim Planen einer Aktion». Cochran et al. (2009) beschreibt ergänzend eine weitere Definition: «Fehler sind das Scheitern einer geplanten Aktion in der Patientenversorgung».

Tabelle 2: Verschiedene Definitionen des Begriffs «Fehler».

Quelle	Definition Fehler
Deusinger (1992)	<p><i>Geben keine einheitliche Definition, sondern vorgeschlagene Klassifizierungen:</i></p> <p>Eine Variable namens «Fehlertyp» bezieht sich auf die tatsächliche Begehung eines Fehlers oder das Unterlassen eines notwendigen Verhaltens. Eine andere Variable namens «Konsequenztyp» klassifiziert die tatsächliche oder potenzielle Art des Fehlers und unterscheidet zwischen körperlichen und sozialen Schäden. Die Variable namens «Aktionstyp» umfasst vier Ebenen klinischer Aktionen, die in der Literatur als wichtig erwiesen wurden: Entscheidungsfindung, Kommunikation, technische oder psychomotorische Fähigkeiten und kognitiv wissensbezogene Fähigkeiten.</p>
Kohn et al. (2000)	<p>Verletzungen, die durch das medizinische Management verursacht werden und nicht der Grunderkrankung der Patient*innen geschuldet ist.</p>

Anderson und Towell (2002)	<p><i>Geben keine einheitliche Definition, sondern vorgeschlagene Klassifizierungen:</i></p> <p>Die Hauptaugenmerke lagen auf Diagnosefehlern, Interventionsfehlern, Kommunikationsfehlern, sowie dem Versäumnis, Folgeerkrankungen zu verhindern. Zusätzlich gab es eine Kategorie namens «andere Fehler», die sich aus Problemen mit dem Material oder der Delegation an Hilfspersonal ergaben.</p> <p>Es ist wichtig zu erkennen, dass Fehler sowohl bei der «Ausführung» als Versagen einer geplanten Handlung, als auch während der «Planung» oder «Verwendung eines falschen Plans» bei der Patientenversorgung auftreten können.</p>
Scheirton et al. (2003)	Handlungen, die nicht ihrem Standard entsprechen (Standards of Practice for Occupational Therapy, Occupational Therapy Code of Ethics).
National Quality Forum (2006)	Das Scheitern einer geplanten Aktion, die nicht wie beabsichtigt durchgeführt wird, oder die Verwendung eines falschen Plans zur Erreichung eines Ziels. Diese Definition umfasst auch das Versäumnis einer ungeplanten Handlung, die hätte durchgeführt werden müssen (Unterlassung).
Cochran et al. (2009)	Fehler sind das Scheitern einer geplanten Aktion in der Patientenversorgung.
WHO (2011)	Das nicht Durchführen einer geplanten Handlung wie beabsichtigt oder die Anwendung eines falschen Plans.
Rohrbasser et al. (2022)	Damit ist eine Handlung (oder deren Unterlassung) gemeint, die nicht entsprechend eines vorhandenen Plans durchgeführt worden ist oder für die kein oder ein falscher Plan vorlag. Fehler können, müssen aber nicht zu einer Schädigung bei Patient*innen führen.

In dieser Arbeit wird keine einheitliche Definition abgegeben. Dies liegt an der unterschiedlichen Begriffsverwendung in der Literatur und daran, dass bei der Befragung der Physiotherapeut*innen umfassende und vielseitige Antworten zu den Fehlervorkommnissen angestrebt werden. Die geschilderten Fälle werden bei der Auswertung einer CIRS-Kategorie zugeteilt und demnach auf diese Art und Weise definiert.

2.5 Fehlerkultur im Gesundheitswesen

«Fehlerkultur sind die in einer Organisation vorherrschenden Leitvorstellungen und Werte für den Umgang mit unerwünschten Ereignissen [...]» (Medical Services Weimann, 2019). Wo Menschen arbeiten, werden Fehler gemacht. Das Gesundheitswesen weist aufgrund ihrer Anfälligkeit ein hohes Fehlerpotential auf. Deshalb muss dem Risikomanagement in den Spitälern höchste Priorität eingeräumt werden (Haller et al., 2005). Es besteht die Überzeugung, dass die Patient*innensicherheit verbessert werden kann, wenn aus Zwischenfällen und Beinahe-Unfällen gelernt wird und sie nicht verschwiegen werden (Mahajan, 2010). Nach Reason (1997) liegt die Basis einer funktionierenden Sicherheitskultur in der Implementierung effektiver Sicherheitsinformationssysteme und in der Entwicklung eines betrieblichen Fehlerkulturmodells. Es baut sich aus den vier kulturellen Teilelementen «Reporting-Kultur», «Gerechtigkeits-Kultur», «Flexibilitäts-Kultur» und «Lernkultur» auf. Eine Voraussetzung für erfolgreiches Lernen aus Fehlern besteht in der Reporting-Kultur. Es besteht die Annahme, dass ein übergreifend gleicher Informationsstand aller Beteiligten gegeben sein muss und Informationen über die Problembereiche jederzeit abrufbar sein müssen. Die inhaltliche Ausgestaltung der Reporting-Kultur orientiert sich an den erfolgreichen Sicherheits-Reporting-Systemen aus der Luftfahrt (Löber, 2011). Gemäss Haller et al. (2005) braucht es für die Einführung eines Fehlermeldesystems Zeit und einen Kulturwandel in den Organisationen. Es muss in einem ersten Schritt die notwendige Vertrauensbasis geschaffen werden. Bei einer Meldung eines Vorfalls geht es nicht darum, Schuldige zu suchen und Strafen herbeizuführen, sondern Fehlerquellen aufzudecken und eliminieren zu können.

Dazu wird ein neuer Ansatz beschrieben. Dabei ist ein wichtiger Aspekt die Unterscheidung zwischen Safety 1 und Safety 2. Safety 1 zielt darauf ab, Fehler zu vermeiden und negative Ereignisse zu minimieren. Der Fokus liegt darauf, die Sicherheitsrisiken zu identifizieren und reduzieren. Safety 1 basiert auf der Annahme, dass Sicherheit erreicht werden kann, wenn die Fehlerursachen erkannt und beseitigt werden. Safety 2 hingegen stellt einen neuen Ansatz dar, der die positive Seite der Sicherheitskultur zu erkunden anstrebt. Hier wird anerkannt, dass Menschen nicht nur Fehler machen, sondern auch in der Lage sind, adaptive Lösungen für Fehler zu finden.

Das Ziel ist es, positive Leistungen sowie Lernmöglichkeiten aus Ereignissen zu nutzen. Es ermöglicht somit ein Lernen aus dem, was gut gelaufen ist (Stiftung Patientensicherheit, 2022). Der Grundgedanke im Safety 2 ist es, dass so viele Dinge wie möglich gut gehen sollen. Hingegen soll im Safety 1-Denken so wenig wie möglich schiefgehen (Stander und Kaufmann, 2015).

Tabelle 3: Gegenüberstellung der Grundgedanken von Safety 1 und Safety 2.

Safety 1	Safety 2
Fehler vermeiden	Lösungen zu Fehler finden
Negative Ereignisse minimieren	Positive Ereignisse erkunden
Fehlerursachen beseitigen	Lernmöglichkeiten aus Fehlerursachen nutzen
Sicherheitsrisiken identifizieren	Das gut Gelungene identifizieren
So wenig Dinge wie möglich sollen schiefgehen	So viele Dinge wie möglich sollen gut gehen

Abbildung 5: Grundgedanken von Safety 1 und Safety 2 (Stiftung Patientensicherheit Schweiz, 2022).



2.5.1 Fehlerkultur in der Medizin

In den Pflegewissenschaften sowie im Bereich der Medizin ist die Patient*innensicherheit mittlerweile zu einem festen Bestandteil im Praxisalltag geworden (Gonzalez-Caminal et al., 2022). Forschungsstudien zur Patient*innensicherheit haben in den Bereichen Medizin, Pflege und Pharmazie exponentiell zugenommen (Scheirton et al., 2007). Praxisfehler im Bereich Medizin und Pflege werden vor allem bei der Verabreichung von Arzneimitteln intensiv untersucht (Cochran et al., 2009). Darüber hinaus beschreiben Studien aus Ausbildungsprogrammen für diese Berufe die Qualitätsverbesserung und Fehlerreduzierung im Rahmen ihrer Lehrpläne und klinischen Ausbildung (Struessel et al., 2019).

Zurzeit wird davon ausgegangen, dass die grösste Bedrohung der Patient*innensicherheit auf mangelnd ausgebildetes Pflegepersonal zurückzuführen ist (Rothmund, 2020). Griffiths et al. beschreibt bereits im Jahr 2019, dass das Fehlen examinierter Pflegepersonen nicht durch Hilfskräfte kompensiert werden kann. Die Aufwertung der Pflegeberufe durch konkrete Massnahmen ist zwingend notwendig, um die Attraktivität der Berufe zu steigern (Rothmund, 2020).

2.5.2 Fehlerkultur in der Physiotherapie

In der Physiotherapie geschehen ebenso Fehler, welche zu Patient*innenschädigung führen können. Jedoch sind diese Fehler bis heute kaum erforscht und behindern so das Verständnis von Ursachen oder Präventionsstrategien. In den Rehabilitationswissenschaften wie der Physiotherapie gibt es nur eine kleine Anzahl von Untersuchungen (Cochran et al., 2009).

Standard Physiotherapiebehandlungen werden oftmals nicht mit unerwünschten Ereignissen assoziiert und deshalb als harmlos angesehen. Physiotherapeut*innen sind jedoch zunehmend an der Versorgung von Patient*innen im Spital mitbeteiligt, insbesondere bei der Frührehabilitation von Patient*innen, die schwerkrank sind oder eine komplexe Behandlung benötigen. Die Wahrnehmung, dass die physiotherapeutische Standardbehandlung nur minimalen oder keinen Schaden verursacht, begünstigt eine Kultur, in der Fehler weder wahrgenommen noch erfasst werden. Die ausgebliebene Fehleranalyse beeinträchtigt geeignete Präventionsmassnahmen zu eruieren (Gonzalez-Caminal et al., 2022).

Aus der amerikanischen Studie von Cochran et al. (2009) wurden folgende Fehler entnommen, die in der Physiotherapie aufgetreten sind:

- Anheben der Betthöhe eines Patienten mit einer offenen Ventrikulostomiedrainage
- Gelenk- und Weichteilmobilisationen (obwohl kontraindiziert)
- Unbeaufsichtigte Behandlung von physikalischen Verfahren
- Das Nicht-Einhalten von Gewichtsbelastungen
- Anwendung einer falschen physiotherapeutischen Intervention
- Überdosierung bei Gelenksmobilisation, Weichteilbehandlung oder Übungen
- Vorsichtsmassnahmen nach chirurgischen Eingriffen nicht eingehalten
- Unfähigkeit, die Patient*innen vor Stürzen zu schützen (während eines Gehtrainings oder beim Transfer von Rollstuhl ins Bett)
- Anwendung von ärztlich verordneten Interventionen (wenn effektivere Interventionen hätten angewendet werden sollen)
- Äussern von Unwahrheiten gegenüber dem ärztlichen Team (bestimmte Verordnung, welche laut Physiotherapeut*in ausgeführt worden ist, obwohl dies nicht der Fall war)

Spezifische Studien zur Fehleranalyse im Bereich der Physiotherapie sind aus der Schweiz nicht vorhanden. Aufgrund des hohen Fehlerpotenzials in dieser Profession ist es also auch hier von Bedeutung eine Sicherheitskultur zu schaffen und das Bewusstsein für Patient*innensicherheit zu schärfen. Dies beinhaltet ein evidenzbasiertes und ethisches Arbeiten sowie die Pflege einer offenen Fehlerkultur (Grossenbacher-Eggmann, 2020). Für die Schaffung einer Fehlerkultur und der Fehlerprävention müssen die Physiotherapeut*innen ihre Rolle und Verantwortung erkennen (Cochran et al., 2009).

2.5.3 Interprofessionelle Fehlerkultur

«Interprofessionalität ist durch eine effiziente Zusammenarbeit von Personen unterschiedlicher Berufsgruppen in einem Team gekennzeichnet» (Bundesamt für Gesundheit, o. D.). Diese Zusammenarbeit kann die Qualität der Patient*innenversorgung positiv beeinflussen. Allerdings muss eine entsprechende Kultur vorhanden sein, damit sie Fuss fassen kann (Bundesamt für Gesundheit, 2021). Mögliche Fehler im interprofessionellen Umfeld können das Behandeln falscher Patient*innen und Kommunikationsfehler mit den verschiedenen Instanzen (interprofessionell, Patient*innen, Angerhörige etc.) sein (Grossenbacher-Eggmann, 2020).

Sangaletti et al. (2017) untersuchten Erfahrungen von Gesundheitsfachkräften in Bezug auf Teamarbeit und interprofessionelle Zusammenarbeit in der primären Gesundheitsversorgung. Die einbezogene Gesundheitsfachkräfte kamen aus folgenden Bereichen: Zahnmedizin, Humanmedizin, Hebammenwesen, Krankenpflege, Ernährung, Ergotherapie, Pharmazie, Physiotherapie, Psychologie, Sozialarbeit und Logopädie. Die Ergebnisse zeigten, dass die Gesundheitsfachkräfte Bedürfnisse aufwiesen, wie zum Beispiel: Integration, Vertrauen, Respekt, Offenheit, Zeit zum Zuhören und Reden. Es wurde festgestellt, dass die Teamarbeit und interprofessionelle Zusammenarbeit, insbesondere in komplexen Fällen, Kommunikation und Austausch erfordern. Ausserdem braucht es eine gemeinsame Führung zur Bewältigung von Konflikten und Spannungen. Dies führt sowohl zu einer Verbesserung der Zusammenarbeit zwischen den unterschiedlichen Berufsgruppen als auch der Patient*innensicherheit.

In der Physiotherapie beinhaltet dies beispielsweise die Absprache mit dem Pflegepersonal vor dem ersten Patient*innenkontakt, regelmässige Rapport-Sitzungen mit Ärzt*innen oder ein systemintegriertes Kommunikationsportal zum Austausch von wichtigen Informationen zwischen den verschiedenen Disziplinen. Seitens der Pflege wird z. B. die Teilnahme an der Visite sichergestellt. Jedoch werden die genannten Interaktionen personen-, abteilungs- und spitalabhängig unterschiedlich gehandhabt, was einen grossen Spielraum bietet.

Reeves et al. (2010) untersuchten Auswirkungen von interprofessionellem Training auf die Wahrnehmung und das Management von Fehlern im Gesundheitswesen. Die Teilnehmenden dieser Studie waren Ärzt*innen, Pflegefachpersonen, Physiotherapeut*innen, Ergotherapeut*innen, Logopäd*innen, Sozialarbeiter*innen und Apotheker*innen. Es stellte sich heraus, dass Teilnehmende des interprofessionellen Trainings eine höhere Bereitschaft zeigten, über Fehler zu sprechen und Strategien zur Fehlerprävention zu entwickeln. Zudem trug dieses Training dazu bei, das Vertrauen zwischen den verschiedenen Gesundheitsberufen zu stärken. Dementsprechend führte dies zu einer Verbesserung der Zusammenarbeit zwischen den verschiedenen Berufsgruppen und der Patient*innensicherheit. Diese Studie unterstreicht, dass interprofessionelles Training eine offene Fehlerkultur fördert.

Hammond und Morgan (2022) analysierten die Entwicklung interprofessioneller Teamarbeitsfähigkeiten im Gesundheitswesen anhand des Lernprozesses von Studierenden. Sie sammelten Erfahrungen und Wahrnehmungen der Studierenden, um ihr Verständnis für Teamarbeit vom Beginn ihres Grundstudiums bis zum Abschluss aufzubauen. Die Wahrnehmung der Schüler*innen entwickelte sich im Laufe der Zeit zu einer positiven und zielgerichteten Ausrichtung auf Teamarbeit.

Ein Review von Vaseghi et al. (2022) konkludiert, dass ein kontinuierliches Training für die interprofessionelle Zusammenarbeit wichtig ist. Durch eine effektive Zusammenarbeit tragen die interprofessionellen Kompetenzen zur Qualität, Sicherheit und Patient*innenzentrierung bei. Die Integration interprofessioneller Kompetenzen in den Lehrplan, die Aus- und Weiterbildungen ist entscheidend, um eine wirksame interprofessionelle Zusammenarbeit zu ermöglichen.

Einen wichtigen Grundstein für die verbesserte Zusammenarbeit zwischen den Gesundheitsberufen Physiotherapie, Pflege, Hebamme und Ernährung & Diätetik könnte zum Beispiel die Berner Fachhochschule durch das Modul «Interprofessionalität Xundheit» legen. Dieser verfolgt das Ziel, die zukünftig beteiligten Personen im Gesundheitswesen bereits während der Ausbildung für die Wichtigkeit des Themas zu sensibilisieren.

3 FRAGESTELLUNG

Diese Bachelorarbeit untersucht folgende Fragestellung: «*Welche Fehler passieren diplomierten Physiotherapeut*innen des Kantons Bern bei der Therapie von hospitalisierten Patient*innen?*». Ergänzend zu dieser übergeordneten Fragestellung werden drei untergeordnete Themen untersucht:

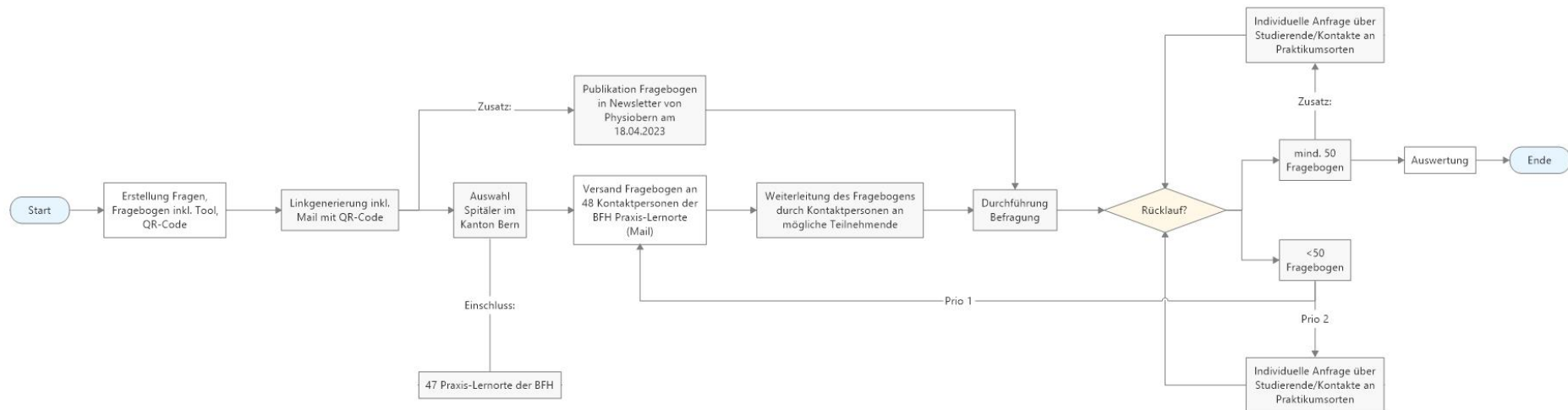
1. In welche Schweregrad-Kategorien nach CIRS können die geschilderten Ereignisse eingeteilt werden?
2. Welche Gemeinsamkeiten können zwischen den geschilderten Ereignissen und den Inhalten der Studien Cochran et al. (2009) und Gonzalez-Caminal et al. (2022) festgestellt werden?
3. Gibt es in Bezug auf Fehler neue Erkenntnisse, die für die Physiotherapie gelten?

4 METHODIK

Im theoretischen Teil wurde die gegenwärtige Forschungslage bezüglich Fehler in der Physiotherapie aufgezeigt. Basierend darauf wurden die Fragestellungen aufgestellt. Um diese beantworten zu können, wurde ein Fragebogen entwickelt, welcher der vordefinierten

Zielgruppe online zur Verfügung gestellt wurde. Die Befragung wurde über einen Zeitraum von fünf Wochen durchgeführt und anschließend ausgewertet.

Abbildung 6: Prozess und Vorgehen bei der Befragung «Fehler in der Physiotherapie».



4.1 Zielgruppe

Die Fragestellungen wurden mittels einer qualitativen Befragung von Physiotherapeut*innen untersucht. Für das Durchführen der Befragung wurden passende Einschlusskriterien definiert. Es wurden diplomierte Physiotherapeut*innen gesucht, welche in Spitälern des Kantons Bern arbeiten und sich in deutscher Sprache sicher verständigen können. Ausgeschlossen wurden Studierende der Physiotherapie. In der Befragung mussten Kriterien angegeben werden, damit die Heterogenität beurteilt werden kann. Diese Kriterien betrafen das Fachgebiet, die Berufserfahrung in Jahren und die jeweilige Spitalgrösse gemäss der Bettenanzahl. Die Befragung zielte auf Physiotherapeut*innen ab und sollte möglichst viele stationäre Fachgebiete umfassen. Damit wurde eine heterogene Gruppe generiert und eine grosse Bandbreite an möglichen Fehlern, welche den Physiotherapeut*innen geschehen, aufgedeckt.

4.2 Erstellung Fragebogen

Die Befragung wurde mithilfe eines online Fragebogens für die diplomierten Physiotherapeut*innen durchgeführt. Im Vergleich zu anderen Formen einer Befragung (z. B. Interviews in Gruppen) ermöglichte diese Variante eine grössere Stichprobe, weniger Zeitdruck und mehr Flexibilität. Ausserdem gewährleistete der Fragebogen eine vollumfängliche Anonymität sowie einen überschaubaren Aufwand von circa 10 Minuten, um möglichen Ängsten entgegenzuwirken und Teilnahmeabbrüche zu minimieren. Ein Nachteil dieser schriftlichen Befragung war, dass ein aktives Nachfragen aufgrund der Anonymität nicht möglich war. Bei Unklarheiten könnte dies ein falsches oder unvollständiges Ausfüllen des Fragebogens begünstigt haben oder sogar zu einem Umfrageabbruch geführt haben.

Um diesen Erschwernissen entgegenzuwirken, wurden bei der Erstellung des Fragebogens folgende Massnahmen ergriffen: Um eine ausreichende Anzahl an Antworten zu erhalten, wurden im Fragebogen Pflichtfelder markiert, die zwingend ausgefüllt werden mussten, bevor der Fragebogen fortgesetzt werden konnte. Zusätzlich wurden bei einigen Fragen Fehlerbeispiele geschildert, die aus vergangenen Studien gewonnen wurden, mit dem Ziel, den Teilnehmenden eine Vorstellung oder Anregung für die Beantwortung der Fragen geben zu können. Offene Fragen ermöglichten es den Teilnehmenden, ihre Antworten ausführlich zu beschreiben, da Textfelder mit bis zu 5'000 Zeichen zur Verfügung gestellt wurden. Die Physiotherapeut*innen erhielten die Möglichkeit bis zu 10 Fehlerereignissen zu melden. Bei geschlossenen Fragen wurde ein Freitextfeld bereitgestellt, damit sie Antworten hinzufügen konnten, die nicht in den gegebenen Antwortoptionen enthalten waren.

Am Ende des Fragebogens gab es einen Platzhalter für weitere Anmerkungen oder Ergänzungen zum Thema. Um eine gewisse Anzeigelogik im Fragebogen zu implementieren, wurde der Premium-Account des Umfragetools «Findmind» genutzt.

Der Fragebogen wurde im Vorfeld von 15 verschiedenen Testpersonen geprüft, um sicherzustellen, dass er verständlich und klar formuliert ist. Dazu zählten diplomierte Physiotherapeut*innen aus einem Spital und aus einer Praxis, Student*innen der Physiotherapie und weitere unabhängige Personen. Es wurden insbesondere Rückmeldungen zur Verständlichkeit einzelner Wörter gegeben, die daraufhin durch Synonyme ersetzt und klarer formuliert wurden. Des Weiteren wurde die Rechtschreibung korrigiert und die Kategorien gemäss CIRS angepasst, indem Beispiele zur Erleichterung der Interpretation der Fragen gegeben wurden. Bei der letzten Frage im Fragebogen handelt es sich um einen Zusatz, der abfragt, welche der bereits bekannten Fehler aus der Studie von Cochran et al. (2009) den Teilnehmenden ebenfalls schon passiert sind. Diese Zusatzfrage stellte sich bei den Testpersonen als verwirrend heraus, da sie zu viel Interpretationsspielraum erlaubte und die Definitionen der Antwortmöglichkeiten unklar oder zu breit gefasst waren. Deshalb wurde ein Hinweis hinzugefügt, dass die Teilnehmenden die Frage «ohne lange zu überlegen und aus dem Bauch heraus» beantworten konnten.

4.3 Ethikaspekte und Datensicherheit

Da diese Studie keine gesundheitsrelevanten Daten erhebt, wurde kein Antrag an die Ethikkommission gestellt. Die Durchführung der Befragung erfolgte anonym mit zusätzlicher Einverständniserklärung der Physiotherapeut*innen. Die Zusammensetzung der personenbezogenen Daten wurde so gewählt, dass die Befragten anhand der Angaben nicht identifiziert werden können.

4.4 Rekrutierung Physiotherapeut*innen

Die Rekrutierung erfolgte mittels einem Schneeballverfahren. Eine kleine Gruppe von ersten Informant*innen nominieren fortfolgend weitere Teilnehmende, die die Einschlusskriterien erfüllen und zu dieser Studie beitragen können.

Für die Rekrutierung der Physiotherapeut*innen wurde eine Liste mit den zur Verfügung stehenden Kontaktpersonen generiert. Dies erfolgte in Zusammenarbeit mit der Berner Fachhochschule, die aufgrund von Ausbildungszwecken Zugang zu den benötigten Daten in Zusammenarbeit mit den Ausbildungsbetrieben hat. Zusätzlich wies eine Expertin in Physiotherapie am Inselspital, Universitätsspital Bern, auf die vorliegende Studie bei verschiedenen Fachbereichen hin.

Anschliessend wurden die ausgewählten Personen per Mail kontaktiert und um Teilnahme an der Befragung sowie Weiterleitung an ihr Kollegium gebeten. Die Anfrage umfasste eine kurze Einleitung mit dem Zugangslink und einem Quick Response Code (QR-Code), um zur Online-Umfrage zu gelangen. Zusätzlich wurde via Physiobern eine Berichterstattung per Newsletter verschickt, um über einen separaten Kanal zusätzliche Physiotherapeut*innen zu erreichen. Ebenso wurde an einer Veranstaltung für die Praxisausbildung an der Berner Fachhochschule die vorliegende Bachelorthesis vorgestellt und die Teilnehmenden dazu animiert, den Fragebogen auszufüllen und diesen innerhalb der Institutionen im Kanton Bern weiterzuleiten.

4.5 Durchführung Befragung

Um die Fragestellungen untersuchen zu können, wurde zwischen dem 17. April 2023 und dem 24. Mai 2023 die Online-Befragung durchgeführt. Die Einladung zur Befragung erfolgte einerseits per E-Mail, andererseits wurde im Newsletter von Physiobern ein Eintrag verfasst. In Zusammenarbeit mit der Berner Fachhochschule wurde die E-Mail an 48 Kontaktpersonen der Ausbildungsbetriebe im Kanton Bern versendet. In der E-Mail sowie im Newslitereintrag wurde eine prägnante Einleitung verfasst, welche den Teilnehmenden das Ziel und die Bedeutung der vorliegenden Studie erläuterte. Ebenfalls wurden in der Einleitung die Einschlusskriterien festgehalten. Abschliessend wurde ein Link zum Fragebogen sowie ein QR-Code zur erleichterten Handhabung bereitgestellt.

In der letzten Durchführungswoche wurde im Inselspital Bern eine Erinnerung für die Online-Befragung versendet.

4.6 Auswertung

Es wurde eine qualitative und quantitative Datenanalyse durchgeführt. Die Auswertungen umfassen die Verwendung von Umfragedaten. Die qualitative Datenanalyse betrifft den Prozess, welcher zur Beantwortung der Hauptfragestellung und der drei Unterfragestellungen (vgl. Kapitel 3) führt. Die quantitative Datenanalyse wurde in die vorliegende Arbeit integriert, um die Ergebnisse mit Rohwerten und Prozentualanteilen sichtbar zu machen.

4.6.1 Qualitative Datenanalyse

Bei der qualitativen Datenanalyse wurden die Fehlerereignisse in CIRS-Kategorien und thematische Kategorien eingeteilt.

CIRS-Kategorien

Die Rohdaten aus den Umfrageergebnissen wurden in einer Excel-Tabelle aufbereitet. Die Antworten der Physiotherapeut*innen wurden inhaltlich analysiert und auf ihre Kategorie nach CIRS überprüft. Schilderungen, welche nicht in die gewählte Kategorie passten, wurden neu kategorisiert. Die Definitionen nach CIRS (vgl. Abbildung 2) dienten dabei als Grundlage. Diese Anpassungen erfolgten durch zwei Personen, Person 1 und Person 2 (Pers. 1 und Pers. 2), die die Kategorisierungen anhand der Entscheidungshilfe (vgl. Abbildung 3) von der Stiftung Patientensicherheit Schweiz unabhängig voneinander überprüften. Anhand der Entscheidungshilfe werden Fragen mit «Ja» oder «Nein» beantwortet, um zu der geeigneten Kategorisierung zu gelangen. Das dient als eine strukturierte Methode zur systematischen Bewertung der Schilderungen. Durch die vordefinierten Kriterien und Arbeitsschritte wurde eine einheitliche Vorgehensweise gewährleistet. Die Finalisierung der Auswertung unterstützte eine Expertin in Physiotherapie mit einer Drittbeurteilung.

Thematische Kategorien

Anschliessend wurden die Ereignisse in thematische Kategorien gegliedert. Diese wurden mit den Erkenntnissen aus den Studien Cochran et al. (2009) und Gonzalez-Caminal et al. (2022) abgeglichen sowie auf eine thematische Gemeinsamkeit überprüft. Die thematischen Kategorien, welche in den genannten Studien noch nicht aufgedeckt wurden, konnten anhand der Befragungsergebnisse neu generiert werden. Dieser Prozess wurde ebenfalls von zwei Personen (Pers. 1 und Pers. 2) unabhängig voneinander durchgeführt. In einem weiteren Schritt wurden die separaten Analysen innerhalb einer Diskussionsrunde besprochen und vereinheitlicht. Für die thematische Kategorisierung von gewissen Fehlerereignissen erforderte es weitere klare Definitionen. Dies betrifft folgende Begriffe: «Prozedere», «Kontraindikation», «Unterlassungsfehler» und «Vorsichtsmassnahme». Die finale thematische Kategorisierung erfolgte ebenfalls in Zusammenarbeit mit einer dritten aussenstehenden klinischen Expertin aus dem Bereich Physiotherapie.

Tabelle 4: Begriffsdefinitionen für die thematische Kategorisierung der geschilderten Fehlerereignissen.

Thematik	Definition
Prozedere	Art und Weise, wie eine Aufgabe bewältigt werden soll (Duden, o. D.). In der Medizin eine bestimmte, meist vordefinierte Verfahrensweise (DocCheck, 2021).
Absolute Kontraindikation	Hier muss auf die geplante Massnahme verzichtet werden, da ihre negativen Auswirkungen zu gravierend wären (DocCheck, 2017). <i>z. B. Ernsthafte Pathologien (Redflags) wurden in der Anamnese aufgedeckt, Behandlung wird nicht durchgeführt, sondern Patient*in wird zurück zu Ärzt*innen verwiesen.</i>
Relative Kontraindikation	Die geplante Massnahme kann durchgeführt werden, wenn der erwartete Nutzen den zu befürchtenden Schaden aufwiegt (DocCheck, 2017).
Vorsichtsmassnahme	Handlung (a), mit der denkbaren negativen Ereignissen vorgebeugt werden soll (b) (Wortbedeutung.info, o. D.). Verhalten, bei dem darauf geachtet wird, dass kein Unfall und kein Schaden entsteht (TheFreeDictionary, 2015). <i>z. B. Vor der Erstmobilisation (Kniegtotalprothese) wird die Oberschenkelmuskulatur auf Aktivierung geprüft (a), um ein Einknicken oder Sturz zu verhindern (b).</i>
Unterlassungsfehler	Eine Tendenz, nicht zu handeln bzw. aktiv zu werden, obwohl die Ausführung einer Handlung mit einer grösseren Erfolgs- bzw. geringeren Misserfolgswahrscheinlichkeit verbunden ist (Dorsch, o. D.).

Für eine bessere Lesbarkeit wurden die Zitate und Ankerbeispiele im Ergebnisteil (vgl. Kapitel 5) nahe dem ursprünglichen Wortlaut überarbeitet und mit eckigen Klammern sowie kursiver Schrift erkenntlich gemacht.

4.6.2 Quantitative Datenanalyse

Die Fehlerschilderungen wurden in thematische Kategorien zusammengefasst. Daraus wurde eine Häufigkeitsanalyse erstellt. Zudem entstand ein Vergleich mit der Studie von Cochran et al. (2009) sowie mit dem Review von Gonzalez-Caminal et al. (2022). Die thematischen Kategorien wurden in Rohwerte sowie in prozentuale Anteile aufgeteilt.

Im Fragebogen wurde mithilfe einer Zusatzfrage erfasst, welche Fehler den Teilnehmenden schon einmal im Spitalalltag geschehen sind. Die Fehlerauswahl stammte aus der Studie von Cochran et al. (2009). Einzelne Fehlerbegriffe wurden zusätzlich aufgrund klinischer Expertise ergänzt und abgefragt. Die Auswertung der Ergebnisse wurde in Häufigkeiten dargestellt. Folgende Begriffe wurden befragt: Fehlbelastung, Patient*in verwechselt, falsche Seite behandelt, unbeabsichtigte Entfernung eines Katheters oder Sonde, Überdosierung, Unterdosierung, nicht evidenzbasierte Methode angewendet, Behandlung abgekürzt, Sturz, trotz unbekannter Diagnose behandelt, falsches Prozedere, mangelnde Händehygiene, Gelenklimiten nicht berücksichtigt, Prellung oder Fraktur verursacht, kontraindizierte Durchführung von Gelenk- und Weichteilmobilisationen, unbeaufsichtigte Anwendung von physikalischen Massnahmen und Missachten von Redflags.

5 ERGEBNISSE

Für die vorliegende Arbeit wurde ein strukturierter Fragebogen ausgewertet und analysiert. Dazu dienten 81 Fehlerberichte von insgesamt 64 Teilnehmenden (mehrere Fehlerangaben pro Person möglich). Davon haben 60 Personen die Umfrage vollständig abgeschlossen. Die weiteren vier Personen haben ein wichtiges Fehlerereignis angegeben, den Fragebogen jedoch nicht vollständig ausgefüllt. Von 81 geschilderten Fehlern wurden 79 berücksichtigt und mit in die Auswertung eingeschlossen. Die zwei ausgeschlossenen Fehler stammten aus den nicht vollständig ausgefüllten Fragebogen. Diese konnten aufgrund von zu wenigen Informationen und fehlender Zusammenhänge im geschilderten Fall, nicht kategorisiert werden. Vier Fehlerschilderungen wurden jeweils in zwei Kategorien eingeordnet, davon drei in die Kategorien C und D sowie eine in die Kategorien C und F. Dies geschah, weil die Fallbeschreibungen keine eindeutigen Hinweise lieferten, um die Fehler einer Kategorie zuzuordnen.

Abbildung 7: Ein- und Ausschluss der Fehlerereignisse.

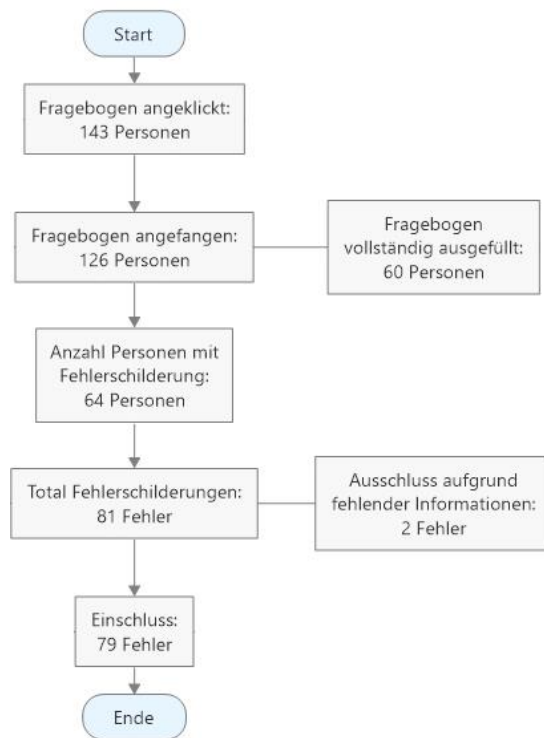


Tabelle 5: Demografische Daten der Studienteilnehmenden anhand den geschilderten Fehlerereignissen.

Merkmal	Merkmal unterteilt	Total*
Fachgebiet	Muskuloskelettal	32
	Neurologie	9
	Innere Medizin	15
	Gynäkologie	0
	Geriatric	5
	Intensivmedizin	4
	Andere**	7
Spitalgrösse anhand der Bettenanzahl	Klein: bis 100 Betten	13
	Mittel: 100 bis 500 Betten	39
	Gross: über 500 Betten	19
Erfahrung in Jahre	1 bis 5 Jahre	34
	5 bis 10 Jahre	20
	Über 10 Jahre	17

Bemerkung: *Die Studienteilnehmenden konnten mehrere Fehler angeben, weshalb sich die Anzahl der demografischen Daten von der Teilnehmendenanzahl unterscheidet. **Chirurgie, Neuromuskuläre Erkrankungen, Palliativ Care, Pädiatrie, Viszeralchirurgie

5.1 Fehler in der Physiotherapie

In diesem Kapitel werden Erkenntnisse, die zur Beantwortung der Hauptfragestellung (vgl. Kapitel 3) dienen, aufgeführt. In der Befragung kristallisierten sich bei den geschilderten Fehlerereignissen folgende thematische Kategorien, welche alphabetisch geordnet sind, heraus:

- Behandlung abgekürzt
- Falsches Prozedere
- Falsches Rollstuhlhandling
- Fehlbelastung
- Fehlendes Wissen
- Kommunikationsfehler (interprofessionell, Patient*innen)
- Kontraindikation nicht berücksichtigt
- Mangelnde Hygienemassnahmen
- Mangelnde Patient*innenführung
- Materialfehler
- Patient*innenverwechslung
- Sturz
- Überdosierung
- Unterdosierung
- Unterlassungsfehler
- Vorsichtsmassnahme nicht berücksichtigt

Im folgenden Abschnitt werden die in der Befragung am häufigsten vorkommenden thematischen Kategorien beschrieben. Es gilt zu berücksichtigen, dass manche Fehlerereignisse mehrere Themengebiete abdecken, da sie überlappend und nicht klar abzutrennen sind oder teilweise eine Verkettung von Fehlern darstellen. Das hat zur Folge, dass einige Fehlerschilderungen mehreren thematischen Kategorien zugeordnet werden könnten. Die ausgewählten Beispiele helfen für das bessere Verständnis der jeweiligen thematischen Kategorie. Die Themen werden entsprechend ihrer Häufigkeit aufgelistet.

Falsches Prozedere

Insbesondere bei dieser Kategorie gab es Fehlerereignisse, welche in Kombination mit anderen thematischen Kategorien standen. Bei der detaillierten Untersuchung der Fehlerschilderung wies der primäre Fehler jedoch auf ein falsches Prozedere hin. Ein Beispiel, das häufig in ähnlicher Form geschildert wurde, war: *[Der Patient war mit mehreren Infusionen als auch Drainage- und Blasenkathetern versorgt. Es wurde vergessen den Blasenkatheter von der Fixierung am Bett zu lösen. Anschliessend hatte der Patient bei der Mobilisation aus dem Bett in die aufrechte Haltung ein starkes Zuggefühl im Blasenbereich. Es verursachte keinen Schaden.]* Ein weniger häufig vorkommendes Fehlerereignis war: *[Ein Patient mit Rückenschmerzen thorakal paravertebral auf dem Notfall. Dieser kollabiert nach der Entlassung in der Apotheke und kommt wieder auf den Notfall. Die Physiotherapeutin wird beigezogen, weil der Patient wohl Angst habe. Detonisieren (sanft, da kein klarer Hartspann, aber lokal Schmerzen) und Instruktion Mobilisation «en bloc» helfen etwas. Zwei Tage später erfolgte eine Operation eines Abszesses paravertebral.]* Die therapierende Person erwähnte, dass keine klaren Entzündungszeichen erkennbar waren, aber diese Intervention aufgrund des nicht vorhandenen Hartspanns nicht zweckmässig war.

Sturz

Bei den erwähnten Vorkommnissen handelte es sich mehrheitlich um kontrollierte Stürze in Form von «zu Boden gleiten» während Transfers oder beim Treppensteigen. So zum Beispiel: *[Eine Patientin gleitet während des Rollstuhltransfers zu Boden, es gab keine Verletzungen.]* Meist waren diese Ereignisse mit keinem Schaden verbunden, erforderten oft jedoch zusätzliche Hilfskräfte für den Rücktransport. Ein ähnliches Beispiel mit Verkettungen ungünstiger Umstände ist die Aussage: *[Die Person wog viel, war inaktiv und sass auf einer Wechseldruckmatratze, weshalb zu wenig Bodenkontakt mit den Füssen möglich war. Zudem war es aufgrund der gut eingecremten Haut schwierig, sie festzuhalten.]* Selten sind folgenschwere Stürze, wie das nachstehende Beispiel zeigt, verzeichnet worden: *[Ein Kind mit Duchenne Muskeldystrophie verliert bei einem Parcours (Gangtraining) das Gleichgewicht und stürzt. Die Therapeutin ist nicht achtsam genug und kann ein Sturz nicht verhindern. Das Kind macht ein Supinationstrauma und wird aufgrund der Schmerzen immobil, verliert irreversibel weite Teile der Gehfähigkeit.]*

Fehlbelastung

In diesen Bereich fielen vor allem falsche Instruktionen an Patient*innen über die erlaubte Gewichtsbelastung. Gründe dafür waren falsch oder verspätet ausgestellte Verordnungen, ungenügende interprofessionelle Kommunikation oder Verwechslungen der

Diagnose. Ein*e Physiotherapeut*in schrieb: *[Bei einem frisch operierten Patienten mit einer Ellbogenfraktur wurde mir von der Pflegeperson mitgeteilt, der Patient müsse zur Ellbogenmobilisation instruiert werden. Nachdem dies geschehen war, erhielt ich erst die Verordnung vom Operateur und erfuhr, dass er nur passiv bewegen durfte.]* In der Regel hatten diese Fehler keine Schäden zur Folge, brauchten jedoch Kontrollen (z. B. Röntgen) oder Interventionen (z. B. nachträgliches Klarstellen und Anpassen der Gewichtsbelastung), um diese auszuschliessen. Eine potenziell schwerwiegendere Situation, die mit einem falschen Prozedere sowie Kommunikationsfehlern in Zusammenhang steht und schlussendlich zu einer Fehlbelastung führte, verdeutlicht folgender Fall: *[Ich habe am Wochenende – wie von der zuständigen Therapeutin aufgetragen – eine Patientin am Böckli in den Stand mobilisiert. Danach habe ich per Zufall im Verlauf den Eintrag einer orthopädischen Ärztin (der Eintrag wurde drei Tage vorher verfasst) gesehen, dass die Schraube an der Hüfte wahrscheinlich disloziert ist und eine Re-Operation anstehen wird. Davon wusste weder die Therapie, behandelnde (medizinische) Ärztin, noch die Pflege Bescheid.]*

Vorsichtsmassnahme nicht berücksichtigt

Dieser Themenbereich überlappt sich oft mit dem Anwenden eines «falschen Prozederes» und kann daher in einigen Fällen nicht klar davon getrennt werden. Das Spektrum an Beispielen ist breit und umfasst Fehler ohne nachweisbare Patient*innenschädigungen, wie: *[Übungen mit den Armen über Kopf bei einem sternotomierten Patienten, da die Limiten nicht verordnet worden waren]* oder *[passives Durchbewegen einer Hüfte mit eingelegtem arteriellen Katheter (in der Arteria femoralis).]* Allerdings führten in der Befragung sechs dieser elf Situationen (54.5%), in denen die Vorsichtsmassnahmen nicht berücksichtigt wurden, zu einer vorübergehenden Schädigung. Ein Beispiel war: *[Nach der Narkose wurde die Kinetec installiert, leider war die Sensibilität nicht da und die Patientenäusserung, dass es nirgends reibt, war leider falsch. Konsequenz war eine Schürfung im Intimbereich.]*

Kommunikationsfehler (interprofessionell, Patient*innen)

Die Befragten führten Situationen mit einer fehlerhaften Kommunikation primär auf die interprofessionelle Zusammenarbeit zurück. Zum Beispiel: *[Unvollständige Diagnosestellung und -weiterleitung, der Belegarzt war falsch eingetragen und somit wurde nach der Schulteroperation ein anderes Schema gefahren.]* Eine besonders instabile Situation, die interprofessionell besser hätte abgesprochen werden müssen, zeigt der folgende Bericht auf: *[Kurz nach der Erstmobilisation eines Patienten mit einer neuen Hüft-*

totalprothese kam die Meldung, das Hüftgelenk sei luxiert. Nach ersten Schuldzuweisungen, die Physiotherapeutin sei schuld, wurde ein Röntgen gemacht, das zeigte, dass die Stellung der Prothese schlecht war. Fazit: Die Hüfte wäre auf kurz oder lang trotzdem luxiert. Der Schaden beim Patienten war aber angerichtet, da er steif und fest überzeugt war, dass ich schuld war.] Auch die Kommunikation mit den Patient*innen kann unglücklich verlaufen. Eine Person berichtete von einem Standversuch mit einer Patientin: *[Sie sitzt anschliessend zu weit vorne ab beziehungsweise auf einer Matrazenverbreiterung und droht zu Boden zu gleiten. Sie konnte aber gerade noch fixiert werden und mit fünf Hilfspersonen zurück ins Bett mobilisiert werden. Patientin war verunsichert und traute sich kaum noch sich zu mobilisieren.]* Dies unterstreicht, dass Patient*innen nicht nur körperlichen, sondern auch psychischen Schaden nehmen können.

Patient*innenverwechslung

In der Befragung wurden häufig ähnliche Umstände wie *[Behandlung des falschen Patienten, da ich mich nicht auf den Türen-/Fensterplatz geachtet habe]* erläutert, wobei die Verwechslungen von Patient*innen grundsätzlich keine Schäden verursachten.

Unterlassungsfehler

Bei den Unterlassungsfehlern handelt es sich um naheliegende Beispiele, wie das Versäumnis der Dokumentation nach einer Behandlung oder das Vergessen eines Telefons, um in einer Notfallsituation um Hilfe zu bitten. In einer prekären Lage befand sich ein*e Physiotherapeut*in während der Behandlung eines Kindes mit einer Trachealkanüle. Die Therapie fand weit weg von der Station statt und die Notfallbox für die Trachealkanüle ging vergessen. Die Person erwähnte: *[Es hatte keine Auswirkungen, aber in einer Notfallsituation (Kanüle fällt raus) gäbe es kaum Möglichkeiten, schnell genug zu reagieren.]* Eine andere Nachlässigkeit ereignete sich, als die elektronische Anmeldung eines operierten Patienten innerhalb der Physiotherapie nicht ordnungsgemäss verarbeitet wurde und während des Spitalaufenthaltes keine physiotherapeutische Behandlung stattfand. Nach einer Rücksprache mit dem Patienten im Nachhinein konnte einen Schaden ausgeschlossen werden.

Vereinzelte Fehlerereignisse

Der kommende Abschnitt behandelt Ereignisse, die in der Befragung nur vereinzelt ausgeführt wurden. Das bedeutet jedoch nicht, dass diese Fehler nicht auch eine zentrale Rolle einnehmen können. Dies wird in der Abbildung 8 ersichtlich, bei welcher die Häufigkeit von vorkommenden Fehlern abgebildet wird.

Befragte Personen gaben unter anderem an, dass Patient*innen aufgrund von Zeitmangel im Schnelldurchlauf behandelt werden (*Behandlung abgekürzt*). Zudem erhalten Patient*innen in der Akutmedizin oft unterdosierte Therapien, weil eine Überbeanspruchung vermieden werden möchte (*Unterdosierung*). Es gab dennoch Fälle, wo eine *Überdosierung* thematisiert wurde, wie zum Beispiel [*zu heisse Fangopackung direkt auf die Haut appliziert und Blasen verursacht.*]

Andere haben vergessen, den Rollstuhl zu bremsen (*falsches Rollstuhlhandling*) oder erwähnten ungenügende Bremsen am Rollstuhl (*Materialfehler*).

Fehlendes Wissen präsentierte sich, als das Einlesen ins Dossier vernachlässigt wurde und einen unzureichenden Informationsstand über die Diagnose zur Folge hatte. Weiter ereignete sich zu demselben Themenbereich eine fatale Situation mit einem querschnittgelähmten Patienten, der an der Wirbelsäule operiert wurde. Die Mobilisation an den Bettrand endete mit einer aufgeplatzten Wundnaht an der Wirbelsäule, die notfallmässig wieder zugenäht werden musste. Die Person erklärte: [*Er trug keine Weste oder Wundstabilisation für die Mobilisation. Ich wusste nicht, dass es sowas gibt.*]

Ohne weitreichende Auswirkungen wurde einem isolierten Patienten beim Verlassen des Zimmers die Maske nicht angezogen (*mangelnde Hygienemassnahme*) oder bei einer suizidgefährdeten Person ein scharfer Gegenstand im Zimmer zurückgelassen (*Kontraindikation nicht berücksichtigt*).

Alle geschilderten Situationen, welche der thematischen Kategorie «*mangelnde Patient*innenführung*» zugeordnet wurden, hatten vorübergehende Schädigungen und in einem Fall den Tod zur Folge. Dazu gehörten Äusserungen wie [*Der Patient war schneller als ich denken konnte*] oder [*es ging sehr rasch und ich konnte ihn nicht halten*]. Ein*e Physiotherapeut*in gab ausserdem kund: [*Ein Patient wollte unbedingt Treppen steigen, obwohl er seit Wochen nicht mehr auf den Treppen war und auch nicht mehr musste. Ich gewährte ihm den Wunsch. Puls und Sauerstoffsättigung im Normbereich. Nach 10 Stufen sagte ich «das reicht fürs Erste». Er will aber noch weiter. Nach 10 weiteren Treppenstufen blieb er stehen, stöhnte, verdrehte die Augen und ich konnte den Patienten noch langsam zu Boden begleiten. Der Patient hatte eine zentrale Lungenembolie und war innert wenigen Sekunden gestorben.*]

5.1.1 Quantitative Resultate zu den thematischen Kategorien

Die folgenden zwei Auswertungen geben einen Einblick in die Häufigkeit der aufgetretenen Fehler. Diese dienen zur vertieften Beantwortung der Hauptfragestellung (vgl. Kapitel 3).

Anhand der Tabelle 6 werden die Rohwerte sowie die prozentuellen Anteile der thematischen Kategorien aufgezeigt.

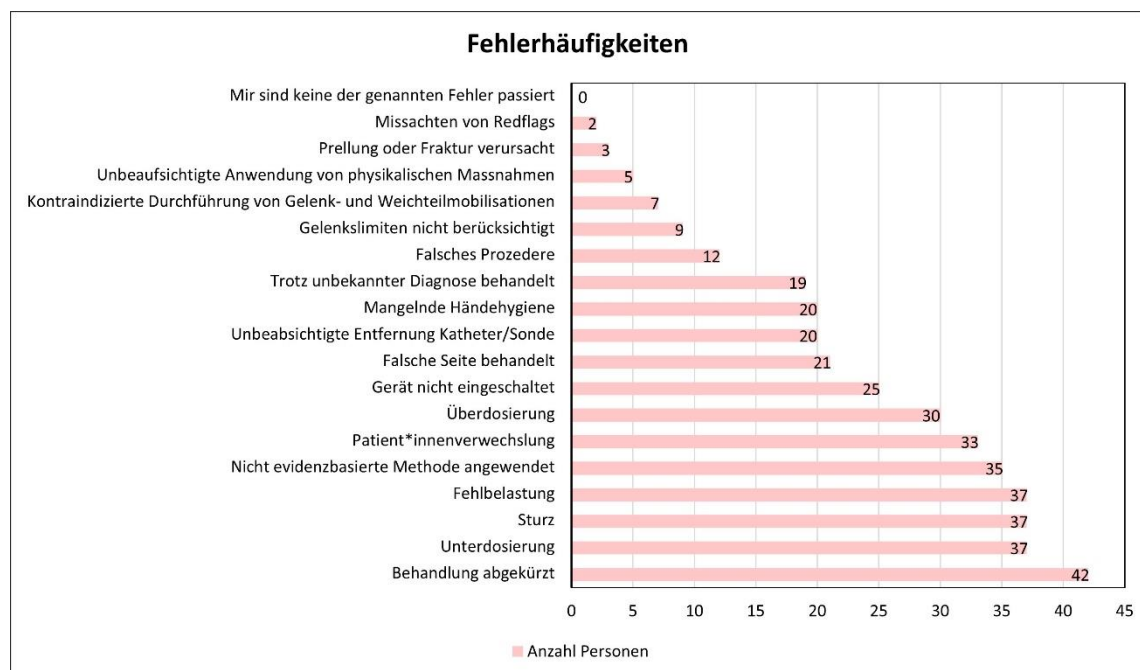
Tabelle 6: Häufigkeiten in Bezug auf die thematische Kategorisierung der Fehlerereignisse.

Thematische Kategorie	N Rohwerte	N in %*
Falsches Prozedere	24	30.4
Sturz	23	29.1
Fehlbelastung	13	16.5
Vorsichtsmassnahme nicht berücksichtigt	11	13.9
Kommunikationsfehler	9	11.4
Patient*innenverwechslung	6	7.6
Unterlassungsfehler	4	5.1
Überdosierung	3	3.8
Mangelnde Patient*innenführung	3	3.8
Falsches Rollstuhlhandling	3	3.8
Unterdosierung	2	2.5
Fehlendes Wissen	2	2.5
Materialfehler	2	2.5
Kontraindikation nicht berücksichtigt	2	2.5
Behandlung abgekürzt	1	1.3
Mangelnde Hygienemassnahme	1	1.3

*Prozentualverteilung wurde auf eine Kommastelle gerechnet. Da manche Fehlerereignisse zu mehreren thematischen Kategorien gezählt werden, beträgt der totale Prozentsatz mehr als 100%. Mit diesen Angaben wird sichtbar, dass z. B. in 30.4% aller Fehlerereignisse ein «falsches Prozedere» begangen wurde.

Die kommende Abbildung 8 fasst die Ergebnisse der im Fragebogen gestellten Zusatzfrage «Welche der folgenden Fehler sind dir schon einmal passiert?» zusammen. 62 Teilnehmende haben diese Frage ausgefüllt. Dabei ist zu erkennen, dass bestimmte Begriffe in der Zusatzfrage übereinstimmend mit den thematischen Kategorien auftreten, wie z. B. «Sturz». Sowohl in den Fehlerschilderungen als auch in der Zusatzfrage wurde dies häufig genannt. Hingegen verhält sich dies bei der thematischen Kategorie «falsches Prozedere» nicht deckungsgleich: 30.4% aller genannten Fehlerschilderungen (n = 24) wurden dieser thematischen Kategorie zugeordnet. In der Zusatzfrage wurde dies allerdings nur 12-mal angekreuzt. Diese nicht übereinstimmende Eigen- und Fremdbewertung zwischen den befragten Physiotherapeut*innen und auswertenden Personen können auf eine unterschiedliche Interpretation der Begrifflichkeit hindeuten.

Abbildung 8: Ergebnis der im Fragebogen gestellten Zusatzfrage «Welche der folgenden Fehler sind dir schon einmal passiert?» (Mehrfachantworten).



5.2 Kategorisierung der Fehler nach CIRS

In diesem Kapitel findet die Einteilung der Fehler in die CIRS-Kategorien statt. Dabei werden die Häufigkeiten der CIRS-Kategorien mit entsprechenden Ankerbeispielen präsentiert. Ausserdem werden Fälle erläutert, bei welchen die Zuordnungen gewisse Differenzen zwischen den befragten Physiotherapeut*innen und auswertenden Personen aufweisen oder Mehrfachmöglichkeiten ergeben. Insgesamt beantworten die nachfolgenden Erkenntnisse die Hauptfragestellung, insbesondere aber die erste Unterfragestellung (vgl. Kapitel 3).

Die Tabelle 7 zeigt auf, wie oft die Fehlerereignisse den jeweiligen CIRS-Kategorien zugeteilt wurden. Jede Kategorie wird mit einem Ankerbeispiel veranschaulicht. Die Fehler wurden primär der Kategorie D und der Kategorie C zugeordnet, gefolgt von der Kategorie F und Kategorie E. Die zusammengenommenen Kategorien C/D und C/F sowie die Kategorie B, G und I wurden weniger häufig geschildert.

Tabelle 7: Häufigkeiten der CIRS-Kategorien mit entsprechenden Fallbeispielen.

Anzahl Fehler	Kategorisierung CIRS	Ankerbeispiele
n = 30	D (Ereignis, das Kontrollen und/oder Interventionen erforderte, um Schaden auszuschliessen)	<i>[Passives Durchbewegen einer Hüfte mit eingelegtem arteriellem Katheter (in der Arteria femoralis). Es gab keinen nachweislichen Schaden für den Patienten.]</i>
n = 24	C (Ereignis, das Patient*innen erreichte, aber keinen Schaden verursachte)	<i>[Behandlung des falschen Patienten, der im gleichen Zimmer lag. Der richtige Patient hat auf seinen Namen nicht reagiert und ich war unaufmerksam, wie das Bett angeschrieben war.]</i>
n = 10	F (Ereignis, das zu einer vorübergehenden Schädigung geführt hat oder beigetragen haben kann und eine wesentliche Intervention notwendig gemacht hat)	<i>[Ein Patient mit einer tumorbedingten Querschnittslähmung wurde an der Wirbelsäule operiert. Er hatte zudem an genau dieser Stelle Bestrahlung. Er trug keine Weste oder Wundstabilisation für die Mobilisation. Ich wusste nicht, dass es sowas gibt. Bei einer Mobilisation an Bettrand ist die Wundnaht an der Wirbelsäule aufgeplatzt und musste notfallmässig wieder zugenäht werden.]</i>

n = 8	E (Ereignis, das zu einer vorübergehenden Schädigung geführt hat oder beigetragen haben kann, bei dem jedoch keine wesentliche Intervention erforderlich war)	<i>[Beim Treppe hoch oder runter gehen war der Patient mit Teilbelastung schneller als ich denken konnte und ging bereits mit dem falschen Bein voraus. Er hatte danach kurz vermehrt Schmerzen, zum Glück gab es keine weiteren Folgen.]</i>
n = 3	C/D	<i>[Unvollständige Diagnosestellung und -weiterleitung, der Belegarzt war falsch eingetragen und somit wurde nach der Schulteroperation ein anderes Schema gefahren. Dank vorsichtiger Mobilisation gab es keine weiteren Schäden.]</i>
n = 1	C/F	<i>[Eine Patientin mit einer Femurfraktur (konservativ) wurde zur Mobilisation angemeldet. Ich habe die Patientin unter starken Schmerzen mobilisiert und im Nachhinein erfahren, dass sie nun doch operiert wird und Bettruhe hat.]</i>
n = 1	B (Ereignis, das Patient*innen nicht erreicht hat)	<i>[Vergessen der Dokumentation.]</i>
n = 1	G (Ereignis, das zu einer dauerhaften Schädigung geführt hat oder beigetragen haben kann)	<i>[Ein Kind mit Duchenne Muskeldystrophie verliert bei einem Parcours (Gangtraining) das Gleichgewicht und stürzt. Die Therapeutin ist nicht achtsam genug und kann ein Sturz nicht verhindern. Das Kind macht ein Supinationstrauma und wird aufgrund der Schmerzen immobil, verliert irreversibel weite Teile der Gehfähigkeit.]</i>

<p>n = 1</p>	<p>I (Ereignis, das zum Tod des Patienten/der Patientin geführt hat oder beige-tragen haben kann)</p>	<p><i>[Ein Patient wollte unbedingt Treppen steigen, obwohl er seit Wochen nicht mehr auf den Treppen war und auch nicht mehr musste. Ich gewährte ihm den Wunsch. Puls und Sauerstoffsättigung im Normbereich. Nach 10 Stufen sagte ich «das reicht fürs Erste». Er will aber noch weiter. Nach 10 weiteren Treppenstufen blieb er stehen, stöhnte, verdrehte die Augen und ich konnte den Patienten noch langsam zu Boden begleiten. Der Patient hatte eine zentrale Lungenembolie und war innert wenigen Sekunden gestorben.]</i></p>
---------------------	---	--

5.2.1 Differenzen bei den Kategorien

Um die Differenzen bezüglich der CIRS-Kategorisierungen zwischen den befragten Physiotherapeut*innen und den auswertenden Personen (Pers. 1 und Pers. 2) zu eliminieren, wurde die Entscheidungshilfe verwendet. Die Fallschilderung wurde ausschliesslich anhand der Beschreibung beurteilt, um mögliche Interpretationen auszulassen. Die Kategorien der auswertenden Personen wurden unabhängig voneinander beurteilt und dokumentiert. Dadurch wurde sichergestellt, dass die Kategorisierung objektiv und nachvollziehbar erfolgte.

Die Tabelle 8 zeigt eine unklare Situation der Kategorisierung auf. In der ersten Fallschilderung gab es eine Differenz bei der Kategorisierung zwischen Physiotherapeut*in und den auswertenden Personen. Die Entscheidung basierte auf der Anwendung der Entscheidungshilfe (vgl. Abbildung 3). Diese besagt, dass bei Vorliegen einer Kontrolle oder Intervention, wie beispielsweise in der ersten Fallschilderung «die gründliche Untersuchung der Patientin», die Kategorie D gewählt werden soll.

Einzelne Differenzen kamen unter den auswertenden Personen bei der unabhängigen Beurteilung auf. Dies wird in der zweiten Fallschilderung der Tabelle 8 sichtbar. Aufgrund fehlender Informationen geht in der Schilderung nicht klar hervor, ob ein Schaden aufgetreten ist. Basierend auf der Entscheidungshilfe und der Einteilung der befragten Person wurde dieser Fall der Kategorie C zugewiesen.

Tabelle 8: Differenzen bei der Kategorisierung von Fehlerereignissen.

Kategorie				
Physiotherapeut*in	Pers. 1	Pers. 2	Final	Fallschilderung
C	D	D	D	<i>[Eine Patientin mit Hemiplegie ist mir während des Transfers vom Bett in den Rollstuhl kontrolliert auf den Boden gegli-tten. Sie hatte nicht mitgeholfen und war zu schwer. Mehrere Pflegende haben mir geholfen, die Patientin wieder hochzuheben. Die Patientin wurde gründlich untersucht, aber es gab keine negativen Auswirkungen.]</i>
C	D	C	C	<i>[Der Patient kippte beim Motomed-Fahren mit dem Rollstuhl nach hinten, weil das Motomed blockierte und es keinen Kipp-schutz am Rollstuhl gab.]</i>

Es ist festzustellen, dass die Differenzen hauptsächlich zwischen den befragten Physiotherapeut*innen und den auswertenden Personen bestanden. Diese konnten mit dem Einsatz der Entscheidungshilfe (vgl. Abbildung 3) und einer finalen Einschätzung zwischen den auswertenden Personen sowie dem Einbezug einer klinischen Expertin in Physiotherapie geklärt werden. Damit konnte eine annähernd objektive Beurteilung erzielt werden.

5.2.2 Auswahl mehrerer Kategorien

In gewissen Fällen konnte keine einheitliche und passende Kategorie zugeordnet werden, da die Fehlerschilderungen Verkettungen bezüglich Ursache und Folge aufwiesen. Solange es keine eindeutig zuzuordnende Kategorisierungsmöglichkeit gab, wurden alle die Kategorien ausgewählt, welche in Frage kamen. Dies war in 4 von 79 Fehlerereignissen der Fall.

Die Tabelle 9 verdeutlicht eine Fallschilderung, bei welcher nicht erkenntlich ist, ob eine Kontrolle oder Intervention durchgeführt wurde, um einen Schaden auszuschliessen. Bei der Kategorisierung nach CIRS wird darauf hingewiesen, dass in solchen Fällen eine Kontrolle oder Intervention erforderlich ist, um einen Schaden mit Sicherheit ausschliessen zu können. Da die Fallbeschreibung diese Information nicht enthält, kann nicht zwischen der Kategorie C und D entschieden werden. Somit wurde eine finale Kategorisierung mit C/D vorgenommen, da der Fall sowohl mit einer Kontrolle oder Intervention als auch ohne möglich gewesen wäre.

Tabelle 9: Beispiel für die Auswahl mehrerer Kategorien eines Fehlerereignisses.

Kategorie				
Physiotherapeut*in	Pers. 1	Pers. 2	Final	Fallschilderung
C	C	C/D	C/D	[Die erteilte Teilbelastung wurde nicht instruiert. Es verursachte keinen Schaden.]

6 DISKUSSION

In dieser Arbeit wurde mittels einer Befragung die Hauptfragestellung, *welche Fehler den diplomierten Physiotherapeut*innen des Kantons Bern im Spitalalltag mit ihren Patient*innen geschehen*, analysiert und beantwortet. Die thematischen Kategorien entstanden durch bereits vorhandene Studien von Cochran et al. (2009) und Gonzalez-Caminal et al. (2022) sowie eigene Fachexpertise. Die Ergebnisse wurden anhand der CIRS-Kategorien und der Entscheidungshilfe interpretiert und beantworten damit die erste Unterfragestellung (vgl. Kapitel 3). Die Definitionsstellungen (vgl. Kapitel 2.4, 0, 4.6.1) dienen der Bachelorarbeit zur weiteren Unterstützung.

6.1 Vergleich mit bestehender Literatur

Die thematischen Kategorien wurden mit den Inhalten der Studien von Cochran et al. (2009) und Gonzalez-Caminal et al. (2022) verglichen. Daraus resultierten Gemeinsamkeiten sowie neue Erkenntnisse (vgl. Tabelle 11). Diese festgestellten Gemeinsamkeiten dienen zur Beantwortung der zweiten Unterfragestellung. Die neuen Erkenntnisse beantworten die dritte Unterfragestellung (vgl. Kapitel 3).

6.1.1 Gemeinsamkeiten

Die thematischen Kategorisierungen weisen Ähnlichkeiten (vgl. Tabelle 11) mit den Studien von Cochran et al. (2009) oder Gonzalez-Caminal et al. (2022) auf, welche wie folgt lauten:

- Falsches Prozedere
- Fehlbelastung
- Kommunikationsfehler (interprofessionell, Patient*innen)
- Materialfehler
- Sturz
- Überdosierung
- Vorsichtsmassnahme nicht berücksichtigt

In der vorliegenden Arbeit konnten Parallelen zu den fünf Schweregrad-Klassen aus der Studie von Gonzalez-Caminal et al. (2022) gesehen werden (vgl. Abbildung 4). Die Tabelle 10 zeigt, dass pro Klasse von Gonzalez-Caminal et al. (2022) mindestens ein Ankerbeispiel aus der vorliegenden Arbeit gefunden wurde. Dies zeigt eine weitere Gemeinsamkeit der vorliegenden Arbeit mit der Studie von Gonzalez-Caminal et al. (2022) auf, womit die zweite Unterfragestellung beantwortet wird (vgl. Kapitel 3).

Tabelle 10: Gemeinsamkeiten zwischen den Ergebnissen und der Studie Gonzalez-Caminal et al. (2022).

Klasse Gonzalez-Caminal et al. (2022)	Beispielfehler aus der vorliegenden Studie
Minor near-miss event	<i>[Zu wenig eingesehen im Dossier und die Diagnose war nicht präsent. Der Patient hat gemerkt, dass ich nicht über seine Diagnose informiert war. Es hatte aber keine weiteren Folgen.]</i>
Minor event	<i>[Bei einer Videoganganalyse auf der Neurologie ist die ataktische Patientin am Rollator trotz naher Supervision beim Drehen/Richtungswechsel gestürzt. Die Patientin erlitt keine Verletzungen.]</i>
Moderate event	<i>[Ein Patient kam mit einem Halswirbelsäulen-Syndrom in die Behandlung. Der Patient selbst beschrieb «Schwindel» als seine Symptomatik. Durch das Lösen der Muskulatur und sanfter Traktion verstärkte ich sein Schwindelgefühl.]</i>

Major near-miss event	[Im Standing kollabierte ein Patient und die Halterung blockierte, dass er mit einer Eisensäge befreit werden musste. Er hatte dazu erbrochen, aber sonst keinen Schaden erlitten.]
Major event	[Ein Patient wollte unbedingt Treppen steigen, obwohl er seit Wochen nicht mehr auf den Treppen war und auch nicht mehr musste. Ich gewährte ihm den Wunsch. Puls und Sauerstoffsättigung im Normbereich. Nach 10 Stufen sagte ich «das reicht fürs Erste». Er will aber noch weiter. Nach 10 weiteren Treppenstufen blieb er stehen, stöhnte, verdrehte die Augen und ich konnte den Patienten noch langsam zu Boden begleiten. Der Patient hatte eine zentrale Lungenembolie und war innert wenigen Sekunden gestorben.]

6.1.2 Neue Erkenntnisse

Es entstanden neue thematische Kategorien (vgl. Tabelle 11), welche von Cochran et al. (2009) oder Gonzalez-Caminal et al. (2022) bisher nicht beleuchtet worden sind.

Diese lauten wie folgt:

- Behandlung abgekürzt
- Falsches Rollstuhlhandling
- Fehlendes Wissen
- Kontraindikation nicht berücksichtigt
- Mangelnde Hygienemassnahme
- Mangelnde Patient*innenführung
- Patient*innenverwechslung
- Unterdosierung
- Unterlassungsfehler

Tabelle 11: Gemeinsamkeiten zwischen Howald & Izzo (2023) und den Studien Cochran et al. (2009) sowie Gonzalez-Caminal et al. (2022).

	Gemeinsamkeit oder neue Erkenntnis [✓] zu:	
Howald & Izzo (2023)	Cochran et al. (2009)	Gonzalez-Caminal et al. (2022)
Behandlung abgekürzt	<i>Neue Erkenntnis</i> ✓	<i>Neue Erkenntnis</i> ✓
Falsches Prozedere	Anwendung einer falschen physiotherapeutischen Intervention	Anwendung von falschen Behandlungsmassnahmen
Falsches Rollstuhlhandling	<i>Neue Erkenntnis</i> ✓	<i>Neue Erkenntnis</i> ✓
Fehlbelastung	Das Nichteinhalten von Gewichtsbelastungen	<i>Neue Erkenntnis</i> ✓
Fehlendes Wissen	<i>Neue Erkenntnis</i> ✓	<i>Neue Erkenntnis</i> ✓
Kommunikationsfehler	<i>Neue Erkenntnis</i> ✓	Schlechte Kommunikation bei der Patientenübergabe
Kontraindikation nicht berücksichtigt	<i>Neue Erkenntnis</i> ✓	<i>Neue Erkenntnis</i> ✓
Mangelnde Hygienemassnahme	<i>Neue Erkenntnis</i> ✓	<i>Neue Erkenntnis</i> ✓
Mangelnde Patient*innenführung	<i>Neue Erkenntnis</i> ✓	<i>Neue Erkenntnis</i> ✓
Materialfehler	<i>Neue Erkenntnis</i> ✓	Fehlerhaftes Material
Patient*innenverwechslung	<i>Neue Erkenntnis</i> ✓	<i>Neue Erkenntnis</i> ✓
Sturz	Unfähigkeit, die Patient*innen vor Stürzen zu schützen	Unfähigkeit, Stürze zu verhindern
Überdosierung	Überdosierung bei Gelenkmobilisation und Weichteilbehandlung oder Übungen	<i>Neue Erkenntnis</i> ✓
Unterdosierung	<i>Neue Erkenntnis</i> ✓	<i>Neue Erkenntnis</i> ✓
Unterlassungsfehler	<i>Neue Erkenntnis</i> ✓	<i>Neue Erkenntnis</i> ✓
Vorsichtsmassnahme nicht berücksichtigt	Vorsichtsmassnahmen nach chirurgischen Eingriffen nicht eingehalten	Nichtberücksichtigen von Vorsichtsmassnahmen

6.2 Zusammenfassung Beantwortung der Fragestellungen

Abschliessend werden die Fragestellungen (vgl. Kapitel 3) zusammengefasst.

Hauptfragestellung

Aus den 79 geschilderten Fehlern konnten 16 thematische Fehlerkategorien gewonnen werden (vgl. Kapitel 5.1). Am häufigsten wurden Fehler zu den thematischen Kategorien «*falsches Prozedere*», «*Sturz*», «*Fehlbelastung*», «*Vorsichtsmassnahme nicht berücksichtigt*» und «*Kommunikationsfehler*» geschildert (vgl. Kapitel 5.1.1). Die Zusatzfrage gibt einen weiteren Einblick, welche Fehler den befragten Physiotherapeut*innen bereits unterlaufen sind (vgl. Abbildung 8).

Erste Unterfragestellung

Die Fehlerereignisse wurden in die CIRS-Kategorien von B – I eingeteilt. Dabei kamen die Kategorien D und C am häufigsten vor, gefolgt von der Kategorie F und E. Die zusammengenommenen Kategorien C/D und C/F sowie die Kategorien B, G und I wurden weniger oft geschildert (vgl. Tabelle 7).

Die thematischen Kategorien «*falsches Rollstuhlhandling*», «*Materialfehler*», «*Patient*innenverwechslung*» und «*Unterdosierung*» zeigen sich tendenziell in den weniger schwerwiegenden Kategorien C und D (Ereignisse ohne Schaden). Im Gegensatz dazu weisen die thematischen Kategorien «*mangelnde Patient*innenführung*» und «*Überdosierung*» eine höhere Einstufung auf. Diese beginnen bei der Kategorie E und reichen bis zur Kategorie I. Sie umfassen leichte bis schwerwiegende Schäden oder haben den Tod zur Folge. Die thematischen Kategorien «*falsches Prozedere*», «*Kommunikationsfehler*» und «*Sturz*» traten sowohl in den weniger schwerwiegenden als auch in den schwerwiegenden Kategorien auf. Die Ergebnisse der vorliegenden Arbeit zeigen, dass sich 74.7% der Fehlerschilderungen ohne Schaden ereignen. 25.3% der Fehlerschilderungen gehen jedoch mit einem Schaden einher. Das bedeutet, dass jedes vierte Fehlerereignis in der Befragung einen Schaden zur Folge hatte.

Gonzalez-Caminal et al. (2022) beschreibt, dass Physiotherapiebehandlungen oft nicht mit unerwünschten Ereignissen assoziiert werden. Die geschilderten Ereignisse zeigen jedoch auf, dass physiotherapeutische Behandlungen im stationären Umfeld mit möglichen Risiken verbunden sind und daher nicht als unbedenklich angesehen werden sollten.

Zweite Unterfragestellung

Die Erkenntnisse der vorliegenden Arbeit stimmen mit sieben Inhalten aus der früheren Studie von Cochran et al. (2009) und dem Review von Gonzalez-Caminal et al. (2022) überein (vgl. Kapitel 6.1.1).

Dritte Unterfragestellung

Im Weiteren stellen sich neun zusätzliche, neue thematische Fehlerkategorien heraus (vgl. Kapitel 6.1.2). Diese wurden von Cochran et al. (2009) und von Gonzalez-Caminal et al. (2022) noch nicht beleuchtet.

6.3 Limitationen und Stärken

Die Limitation der vorliegenden Arbeit ist die ausschliessliche Betrachtung der Fehler von diplomierten Physiotherapeut*innen des Kantons Bern, welche in verschiedenen stationären Settings begangen wurden. Es ist wichtig zu beachten, dass diese Beschränkung bei der Interpretation der Ergebnisse berücksichtigt werden sollte. Aufgrund der gegebenen Anonymität war es nicht möglich zu eruieren, welche und wie viele Institutionen in dieser Arbeit vertreten sind. Dies schränkt die Generalisierbarkeit der Ergebnisse auf andere Institutionen und Settings ein.

Des Weiteren könnte es Teilnehmende von Institutionen gegeben haben, in denen bereits eine ausgeprägte Fehlerkultur und entsprechende Schulungen vorhanden sind. Eine solche Voraussetzung animiert möglicherweise zu einer erhöhten Bereitschaft, an der Befragung teilzunehmen, als wenn in der Institution ein geringes Augenmerk auf das Fehlermanagement und die Fehlerkultur gelegt wird. Dies könnte zu einer Verzerrung der Ergebnisse führen und die Vergleichbarkeit einschränken.

Bei der Festlegung der Begriffsdefinitionen war es nicht möglich, eine einheitliche Definition aus den verschiedenen Literaturquellen zu finden. Aus diesem Grund liegen dieser Arbeit verschiedene Definitionen zugrunde. Ausserdem konnte für die Erstellung des Fragebogens nicht konkret auf eine bereits vorhandene Literatur zurückgegriffen werden. Das kann zu inhaltlichen Abweichungen führen und schlussendlich die Vergleichbarkeit der Ergebnisse mit anderen Studien einschränken.

Ein weiterer Kritikpunkt dieser Arbeit ist die unbekannte Grösse der Rücklaufquote aufgrund der Anwendung des Schneeballverfahrens. Die meisten Rückmeldungen stammen aus dem muskuloskelettalen Fachgebiet. Im Bereich Gynäkologie hingegen, konnte keine Fehlerschilderung gewonnen werden. Diese Tatsache führt dazu, dass nicht das volle Spektrum der stationären Physiotherapie abgedeckt wurde.

Es gab Fehlerschilderungen, welche nicht eindeutig einer thematischen Kategorie oder CIRS-Kategorie zugeordnet werden konnten. Um Fehlinterpretationen zu vermeiden, wurden die Fehler, anstatt einer nicht vollständig zutreffenden Kategorie, allen passenden Kategorien hinzugezählt. Die Einordnung der Fallbeschreibungen in mehrere Kategorien ermöglicht so eine vielschichtige Beleuchtung der Ergebnisse. Es stellt jedoch eine erhöhte Komplexität für deren Interpretation dar. Die geschilderten Ereignisse waren zu 25.3% mit einem Schaden verbunden. Differenziert betrachtet, wird dieses Ergebnis im praktischen Alltag womöglich weniger hoch ausfallen. Die Vermutung liegt nahe, dass die Befragten vermehrt Fehler genannt haben, die aufgrund ihrer Auswirkung bleibende Erinnerungen hinterlassen haben.

Trotz der genannten Einschränkungen gibt diese Bachelorarbeit einen Einblick in die Fehlerkultur in der Physiotherapie und zeigt auf, welche Fehler im Spitalalltag gemacht werden. Die Arbeit deckt verschiedene Fachbereiche ab und gewährleistet die Anonymität der Physiotherapeut*innen. Eine weitere Stärke liegt im Erhalt der umfangreichen Fehlerschilderungen, womit schlussendlich die Hauptfragestellung und alle Unterfragestellungen (vgl. Kapitel 3) beantwortet werden können. Die neuen Erkenntnisse aus dieser Arbeit bieten zukünftigen Studien und weiteren Vorhaben hilfreiche Anhaltspunkte, um die Generalisierbarkeit der Ergebnisse zu verbessern und eine breitere Basis für Handlungsempfehlungen (z. B. Fehlermanagement, Fehlerkultur) zu schaffen.

6.4 Konsequenzen für die Physiotherapie

Die vorliegende Arbeit zeigt, welche Art von Fehlern in der stationären Physiotherapie im Kanton Bern auftreten. Fehler machen ist menschlich: Diese Befragung ergab, dass sich unabhängig von der Berufserfahrung (1 Jahr bis über 10 Jahre) Fehler ereignen. Darüber hinaus ist das Fehlermanagement und die Fehlerkultur in der Physiotherapie nicht so ausgereift, wie es in anderen Gesundheitsberufen ist. Einige Teilnehmende beschreiben, dass die Fehlerkultur noch kein fester Bestandteil innerhalb der Physiotherapie ist. Dies unterstreicht die folgende Aussage aus der Befragung: *[Aus meiner Sicht hat die Fehlerkultur noch viel Potenzial. Der grösste Fehler ist, wenn er zweimal passiert. Deshalb braucht es eine offene Kommunikation und Ehrlichkeit. Statt mit dem Finger auf andere zu zeigen, sollten Fehler als Lernsituation für alle betrachtet werden.]*

Um eine konstruktive Fehlerkultur zu erarbeiten, sollte Patient*innensicherheit in der Physiotherapie oberste Priorität haben. Das beinhaltet, Fehler offen zu thematisieren, zu analysieren und Lösungen zu finden. Insbesondere jüngere Physiotherapeut*innen können von der Erfahrung anderer profitieren (Grossenbacher-Eggmann, 2020).

Aus der Befragung entstand folgende Aussage: *[Innerhalb der Physiotherapie-Teams wird selten über Fehler und Unsicherheiten gesprochen, obwohl diese durchaus präsent sind. Ein offener Austausch darüber würde sicherlich auch Studierenden mehr Mut und Vertrauen geben, ihre Unsicherheiten zu äussern.]* Von den Studierenden wird erwartet, dass Bedenken hinsichtlich der Qualität der Behandlungen gemeldet werden. Jedoch kann sich die Berichterstattung negativ auf die Beurteilungsnoten auswirken und stellt somit eine emotionale Belastung dar, da dies auch zu Sanktionen führen kann (Milligan et al., 2017).

Einige in der Befragung genannten Fehler, weisen komplexe Verbindungen hinsichtlich ihrer Ursache und Wirkung auf. Aus den vorliegenden Ergebnissen geht hervor, dass 11.4% der Fehlerereignisse auf Kommunikationsfehler in der interprofessionellen Zusammenarbeit oder mit Patient*innen zurückzuführen sind. Eine Aussage aus der Umfrage bekräftigt dies: *[Unsere Handlungen sind mit Handlungen anderer Disziplinen verkettet. Es ist schwierig, dies voneinander zu trennen. Es ist nicht möglich, sämtliche Fehler zu vermeiden, aber mit Wachsamkeit die meisten Fehler zu antizipieren.]* Deshalb ist es wichtig, dass in der interprofessionellen Fehlerkultur ein systematisches Vorgehen ermöglicht wird. Die Identifizierung der Fehlerquellen ermöglicht schlussendlich konkrete Ansätze für Qualitätsverbesserungsprojekte.

Die Patient*innensicherheit im Alltag zu leben, bedeutet: Eine Patient*innenbeziehung aufzubauen, die Versorgung aufrechtzuerhalten, auf sich selber zu achten, klar zu kommunizieren und offen über Fehler sprechen zu können (Grossenbacher-Eggmann, 2017). Damit kann das Konzept der Patient*innensicherheit gefördert und eine verbesserte Behandlungsqualität sichergestellt werden.

6.5 Weiterführende Forschung

Die Studienlage zum Thema «Fehler in der Physiotherapie» befindet sich noch in der Anfangsphase. Aus diesem Grund soll diese Arbeit einen Anstoss für fortführende Untersuchungen sein. Weiterführende Arbeiten im ambulanten Setting oder in Rehabilitationskliniken könnten das einbezogene Berufsfeld ergänzen. Aus der Befragung kam folgende Anmerkung: *[In der ambulanten Physiotherapie erachte ich die Fehlermöglichkeiten als grösser, da die Patient*innen weniger engmaschig und weniger interprofessionell betreut und beobachtet sind.]*

Es ist erforderlich, die Fehler in einem nächsten Schritt sorgfältig zu analysieren, um folglich Empfehlungen für die Praxis abgeben zu können. Ein wichtiger Aspekt zur Fehlerprävention und zur Förderung der Fehlerkultur in der Physiotherapie sowie der

interprofessionellen Zusammenarbeit ist beispielsweise die Evaluation von zielführenden Schulungsprogrammen und Trainingsmassnahmen.

Interessant wäre zudem die Untersuchung von Zusammenhängen zwischen verschiedenen Einflussfaktoren in Bezug auf Fehlerereignisse und Patient*innensicherheit. Dazu gehören zum Beispiel die Berufserfahrung und Qualifikation der Physiotherapeut*innen, die Arbeitsumgebung, die Arbeitsbelastung, der Zeitdruck und die Folgen von Kosteneinsparungen innerhalb der Institutionen. Eine an der Befragung teilnehmende Person kommentierte: *[Mit dem steigenden Kosten- und Zeitdruck steigt das Fehlerrisiko.]*

Insgesamt besteht in der Physiotherapie einen grossen Bedarf an zukünftigen Studien zum Thema «Fehler». Es benötigt eingehende Erkenntnisse dazu, um die Fehlerkultur, die Patient*innensicherheit und die Gesundheitsversorgung verbessern zu können.

7 SCHLUSSFOLGERUNG

Die vorliegende Arbeit leistet einen wichtigen Beitrag zur Erforschung von stationären Fehlern im Bereich der Physiotherapie. Die Ergebnisse zeigen bekannte Fehler und decken neue Erkenntnisse auf, die in der bestehenden Literatur bisher nicht beleuchtet worden sind. Der Grossteil der genannten Fehler ging mit keinem Schaden einher. In der Befragung war jedoch jeder vierte Fehler mit einem Schaden verbunden. Diese Schäden umfassten unterschiedliche Schweregrade. Die Beschäftigung mit Fehlern in der Physiotherapie ist in der Schweiz zu wenig erforscht und in den Gesundheitsorganisationen nicht standardisiert verankert. Die Ergebnisse verdeutlichen, dass Physiotherapiebehandlungen mit vielen Herausforderungen verbunden sind. Deshalb müssen Fehler in der Praxis wahrgenommen, erfasst und analysiert werden. Die Auswirkungen von Fehlern können die Patient*innensicherheit gefährden. Dies betont die Notwendigkeit einer transparenten Fehlerkultur.

Um den Aktionsplan der WHO anzugehen, erfordert es ein starkes Engagement der politischen und organisatorischen Führung. Die Bewertung des individuellen Umfeldes der Gesundheitsorganisationen sowie eine sorgfältige Anpassung an den nationalen Kontext spielen dabei eine zentrale Rolle. Es müssen geeignete Veränderungsmodelle ausgearbeitet werden, damit die Schaffung einer nachhaltigen Umsetzung des Aktionsplans in die Praxis möglich ist. Es handelt sich um einen aufwändigen und komplexen Prozess, der bei einer erfolgreichen Implementierung jedoch als bedeutender Fortschritt angesehen werden kann, um die Patient*innensicherheit zu fördern.

8 LITERATURVERZEICHNIS

- Aktionsbündnis Patientensicherheit. (2018). Glossar zu Patientensicherheit. *APS-EV*.
[https://www.aps-ev.de/glossar/#:~:text=Unerw%C3%BCnschtes%20Ereignis%20\(UE\)%20\(adverse,kann%20vermeidbar%20oder%20unvermeidbar%20sein.](https://www.aps-ev.de/glossar/#:~:text=Unerw%C3%BCnschtes%20Ereignis%20(UE)%20(adverse,kann%20vermeidbar%20oder%20unvermeidbar%20sein.)
- Anderson, J. C. & Towell, E. R. (2002). Perspectives on assessment of physical therapy error in the new millennium. *Journal of Physical Therapy Education*, 16(3), 54–60. <https://doi.org/10.1097/00001416-200210000-00008>
- Anderson, J. G. & Abrahamson, K. (2017). Your Health Care May Kill You: Medical Errors. *Building Capacity for Health Informatics in the Future*, 234, 13–17.
<https://doi.org/10.3233/978-1-61499-742-9-13>
- Antwerpes, F. (2021, 9. Februar). Prozedere [in der Medizin]. *DocCheck*. Abgerufen am 30. Mai 2023, von <https://flexikon.doccheck.com/de/Prozedere>
- Bundesamt für Gesundheit. (2021, März). *Interprofessionalität im Gesundheitswesen – Stationäre Versorgung*. <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/strategie-und-politik/nationale-gesundheitspolitik/foerderprogramme-der-fachkraefteinitiative-plus/foerderprogramme-interprofessionalitaet/policy-briefs-interprof.html>
- Bundesamt für Gesundheit. (o. D.). *Interprofessionelle Zusammenarbeit im Gesundheitswesen – Anreize und Hindernisse in der Berufsausübung*.
<https://www.bag.admin.ch/dam/bag/de/dokumente/berufe-gesundheitswesen/Interprofessionalitaet/Projektbeschriebe%20Forschungsmandate/Projektbeschreibung-BFH.pdf.download.pdf/Berufsausuu%CC%88bung%20Anreize%20Kurzportr%C3%A4t%20Forschungsprojekt%20BFH.pdf>
- Cochran, T. M., Mu, K., Lohman, H. & Scheirton, L. S. (2009). Physical therapists' perspectives on practice errors in geriatric, neurologic, or orthopedic clinical settings. *Physiotherapy Theory and Practice*, 25(1), 1–13.
<https://doi.org/10.1080/09593980802622685>
- Deusinger, S. S. (1992). Analyzing errors in practice: A vehicle for assessing and enhancing the quality of care. *International Journal of Technology Assessment in Health Care*, 8(1), 62–75. <https://doi.org/10.1017/s0266462300007923>
- Dorsch (o. D.). Unterlassungsfehler. Abgerufen am 30. Mai 2023, von <https://dorsch.hogrefe.com/stichwort/unterlassungsfehler>
- Duden (o. D.). Prozedere. *Duden online*. Abgerufen am 30. Mai 2023, von <https://www.duden.de/rechtschreibung/Prozedere>

- Gonzalez-Caminal, G., Gomez, A. C. & Gomar-Sancho, C. (2022). Patient Safety in Physiotherapy: Are Errors that Cause or Could Cause Harm Preventable? *Contemporary Topics in Patient Safety*, 2.
<https://doi.org/10.5772/intechopen.107847>
- Graf von Westphalen, G., Hircin, E., Antwerpes, F., Messner, P. & Siwek, D. (2017, 14. September). Kontraindikation. *DocCheck*. Abgerufen am 30. Mai 2023, von https://flexikon.doccheck.com/de/Absolute_Kontraindikation
- Griffiths, P., Maruotti, A., Saucedo, A. R., Redfern, O. C., Ball, J. E., Briggs, J., Dall'Ora, C., Schmidt, P. E., Smith, G. B. & Missed Care Study Group. (2019). Nurse staffing, nurse assistants and hospital mortality: retrospective longitudinal cohort study. *BMJ Quality & Safety*, 28(8), 609–617.
<https://doi.org/10.1136%2Fbmjqs-2018-008043>
- Grossenbacher-Eggmann, S. (2020, Februar). HOUSTON WE HAVE A PROBLEM – Fehlermanagement in der Physiotherapie. Thieme. *physiopraxis*, 18(02), 50–53.
 doi: 10.1055/a-1071-0194
- Gunkel, C., Rohe, J., Sanguino, H., A., Hahnenkamp, C. & Thomeczek, C. (2013). CIRS – Gemeinsames Lernen durch Berichts- und Lernsysteme. In N. Herbig, S. Poppelreuter & H. Thomann (Hrsg.), *Qualitätsmanagement im Gesundheitswesen, ÄZQ Schriftenreihe* (42, 31. Aktualisierung), 1–46. Köln: TÜV Media. doi 10.6101/azq/000161
- Halfon, P., Staines, A. & Burnand, B. (2017). Adverse events related to hospital care: a retrospective medical records review in a Swiss hospital. *International Journal for Quality in Health Care*, 29(4), 527–533.
<https://doi.org/10.1093/intqhc/mzx061>
- Haller, U., Welti, S., Haenggi, D. & Fink, D. (2005). Von der Schuldfrage zur Fehlerkultur in der Medizin. Risiken, Fehler und Patientensicherheit. *Schweizerische Ärztezeitung*, 86(27), 1665–1679. https://saez.ch/journalfile/view/article/ezm_saez/de/saez.2005.11326/ab3b2c6063f932118137af49e10221aa45ee9847/saez_2005_11326.pdf/rsrc/jf
- Hammond, K. M. & Morgan, C. J. (2022). Development of interprofessional healthcare teamwork skills: mapping students' process of learning. *Journal of Interprofessional Care*, 36(4), 589–598. <https://doi.org/10.1080/13561820.2021.1936470>
- Harteis, C., Bauer, J. & Heid, H. (2006). Handling mistakes in daily working life as an attribute of an inner-firm mistake culture and precondition for professional learning. *Swiss Journal of Educational Research*, 28(1), 111–130.
<https://doi.org/10.24452/sjer.28.1.4721>

- Kohn, L. T., Corrigan, J. M., Donaldson, M. S. & Institute of Medicine (US) Committee on Quality of Health Care in America (2000). *To err is human: Building a safer health system*. National Academies Press (US). <https://doi.org/10.17226/9728>
- Löber, N. (2011). *Fehler und Fehlerkultur im Krankenhaus*. Gabler Verlag. <https://doi.org/10.1007/978-3-8349-7106-7>
- Mahajan, R. P. (2010). Critical Incident Reporting and Learning. *British Journal of Anaesthesia*, 105(1), 69–75. <http://dx.doi.org/10.1093/bja/aeq133>
- Medical Services Weimann (2019, 19. Oktober). *Fehlerkultur II – Was ist eine Fehlerkultur?* Medical Services Weimann GmbH. Abgerufen am 31. August 2023, von <https://www.ms-w.net/fehlerkultur/>
- Milligan, F., Wareing, M., Preston-Shoot, M., Pappas, Y., Randhawa, G. & Bhandol, J. (2017). Supporting nursing, midwifery and allied health professional students to raise concerns with the quality of care: A review of the research literature. *Nurse Education Today*, 57, 29–39. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2017.06.006>
- National Quality Forum (2006). *Patient Safety Terms and Definitions*. Abgerufen am 30. Mai 2023, von https://www.qualityforum.org/topics/safety_definitions.aspx
- Neuhaus, C., Holzschuh, M., Lichtenstern, C. & Pierre, M. S. (2020). Erkenntnisse aus 10 Jahren CIRS-AINS. Eine Analyse von Nutzerverhalten und Ausblick auf neue Herausforderungen. *Der Anästhesist*, 69, 793–802. <https://doi.org/10.1007/s00101-020-00829-z>
- Reason, J. (1997). *Managing the Risks of Organizational Accidents*. Ashgate. <https://doi.org/10.4324/9781315543543>
- Reeves, S., Lewin, S., Espin, S. & Zwarenstein, M. (2010). A Conceptual Framework for Interprofessional Teamwork. *Interprofessional Teamwork for Health and Social Care*. <https://doi.org/10.1002/9781444325027.ch4>
- Rohrbasser, A., Gehrig, K., Lanz-Ryf, S., Lehmann, J., Petrig, A., Ryser, O., Stettler-Niesel, M. & Wertli, M. (2022, Mai). *Critical Incident Reporting System (CIRS) in der ambulanten Grundversorgung*. Interessengemeinschaft Forum für Qualitätszirkel, Schweizerische Gesellschaft für Allgemeine Innere Medizin (SGAIM). https://www.sgaim.ch/fileadmin/user_upload/Qualitaet/Qualitaetszirkel/Skript_Qualitaetszirkel_2022_deutsch_final.pdf
- Rothmund, M. (2020). Patientensicherheit. Eine chirurgische Perspektive. *Der Internist*, 61, 440–443. <https://doi.org/10.1007/s00108-020-00776-2>
- Sangaletti, C., Schweitzer, M. C., Peduzzi, M., Zoboli, E. L. C. P. & Soares, C. B. (2017). Experiences and shared meaning of teamwork and interprofessional collaboration among health care professionals in primary health care settings: a

- systematic review. *JBIS Database of Systematic Reviews and Implementation Reports*, 15(11), 2723–2788. <https://doi.org/10.11124/JBISRIR-2016-003016>
- Scheirton, L., Mu, K. & Lohman, H. (2003). Occupational therapists responses to practice errors in physical rehabilitation settings. *American Journal of Occupational Therapy*, 57(3), 307–314. <https://doi.org/10.5014/ajot.57.3.307>
- Scheirton, L., Mu, K., Lohman, H. & Cochran, T. M. (2007). Error and patient safety: Ethical analysis of cases in occupational and physical therapy practice. *Medicine, Health Care and Philosophy*, 10, 301–311. <https://doi.org/10.1007/s11019-007-9049-3>
- Schwendimann, R., Blatter, C., Dhaini, S., Simon, M. & Ausserhofer, D. (2018). The occurrence, types, consequences and preventability of in-hospital adverse events – a scoping review. *BMC Health Services Research*, 18, 521. <https://doi.org/10.1186/s12913-018-3335-z>
- Staender, S. & Kaufmann, M. (2015). Sicherheitsmanagement 2015: von «Safety-I» zu «Safety-II». *Schweizerische Ärztezeitung*, 96(5), 154–157.
- Steffen, T. (2022). Newsletter Juni 2022: CIRS ambulant - Neues Fehlermeldesystem für ambulante Leistungserbringer. *Stiftung Patientensicherheit Schweiz*. Abgerufen am 10. Dezember 2022, von <https://newsletter.patientensicherheit.ch/e/fed6424f8650a75a/nl/6311c6943a210d9e7cc4953a/webversion/9098db3a12800c8c7c5b18a12e9f2f6fc66072ff/de.html>
- Stiftung Patientensicherheit Schweiz (2011, 25. Mai). *Weiterhin grosser Handlungsbedarf bei der Fehlerprävention im Gesundheitswesen* [Pressemeldung]. Abgerufen am 10. Dezember 2022, von https://www.patientensicherheit.ch/fileadmin/user_upload/Publikationen/Medienmitteilungen/Medienmitteilung_25._Mai_2011.pdf
- Stiftung Patientensicherheit Schweiz (2016, 19. Juni). *Einrichtung und erfolgreicher Betrieb eines Berichts- und Lernsystems. Handlungsempfehlung für stationäre Einrichtungen im Gesundheitswesen*. https://patientensicherheit.ch/wp/wp-content/uploads/2023/05/160913_CIRS-Broschuere_WEB.pdf
- Stiftung Patientensicherheit Schweiz (2017, 6. April). *Schlecht designte Umgebung erhöhen Fehler* [Pressemeldung]. Abgerufen am 10. Dezember 2022, https://www.patientensicherheit.ch/fileadmin/user_upload/Publikationen/Medienmitteilungen/170406_MM_Patientensicherheit_und_Design_D.pdf
- Stiftung Patientensicherheit Schweiz (2021, März). *Empfehlungen für das Betreiben eines Bericht- und Lernsystems (CIRS)*. Abgerufen am 10. Dezember 2022,

[https://www.patientensicherheit.ch/fileadmin/user_upload/3_Bildung/CIRRN-
NET/Publikationen/Empfehlungen_fuer_das_Betreiben_ei-
nes_CIRS_2021_V03.pdf](https://www.patientensicherheit.ch/fileadmin/user_upload/3_Bildung/CIRRN-
NET/Publikationen/Empfehlungen_fuer_das_Betreiben_ei-
nes_CIRS_2021_V03.pdf)

- Stiftung Patientensicherheit Schweiz (2022). *Quick-Alerts*. Abgerufen am 10. Dezember 2022, von <https://www.patientensicherheit.ch/publikationen/quick-alert/>
- Struessel, T., Forster, J. E. & Van Zytveld, C. (2019). Doctor of Physical Therapy Student Experiences During Clinical Education: Patient Safety, Error, and the System. *Journal of Physical Therapy Education*, 33(1), 3–15.
<https://doi.org/10.1097/jte.0000000000000072>
- TheFreeDictionary (2015). Vorsichtsmassnahme. Abgerufen am 30. Mai 2023, von <https://de.thefreedictionary.com/Vorsichtsma%C3%9Fnahme>
- Van Zytveld, C., Rodriguez, J. & Struessel, T. (2016). Lessons Learned from a Major Near Miss: A Case Report Including Recommendations to Improve Future Patient Safety in Rehabilitation. *The Internet Journal of Allied Health Sciences and Practice*, 14(3), Artikel 5. <https://doi.org/10.46743/1540-580X/2016.1557>
- Vaseghi, F., Yarmohammadian, M. H. & Raeisi, A. (2022). Interprofessional Collaboration Competencies in the Health System: A Systematic Review. *Iranian journal of nursing and midwifery research*, 27(6), 496–504.
https://doi.org/10.4103/ijnmr.ijnmr_476_21
- Vincent, C. (2011). *Das ABC der Patientensicherheit* (Schriftreihe Nr. 4). Stiftung für Patientensicherheit. https://patientensicherheit.ch/wp/wp-content/uploads/2023/03/Schriftenreihe_04_D_ABC_Patientensicherheit.pdf
- World Health Organization (2011). *Definitions of Key Concepts from the WHO Patient Safety Curriculum Guide*. Abgerufen am 12. Februar 2023, von <https://www.hamad.qa/EN/All-Events/CPC/Program/Documents/Katie%20MacLure-Workshop/WHO%20Patient%20Safety%2025%20copies.pdf>
- World Health Organization (2019, 13. September). *WHO calls for urgent action to reduce patient harm in healthcare*. Abgerufen am 10. Dezember 2022, von <https://www.who.int/news/item/13-09-2019-who-calls-for-urgent-action-to-reduce-patient-harm-in-healthcare>
- World Health Organization (2021, 3. August). *Global patient safety plan 2021-2030: Towards eliminating avoidable harm in health care*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240032705>
- Wortbedeutung.info (o. D.). Vorsichtsmassnahme. Abgerufen am 30. Mai 2023, von <https://www.wortbedeutung.info/Vorsichtsmassnahme/>

9 ABBILDUNGSVERZEICHNIS

Abbildung 1: Im CIRS «zu berichtende Ereignisse».	12
Abbildung 2: Kategorisierung von Ereignissen im Rahmen einer klinischen Behandlung (Stiftung Patientensicherheit, 2021).	15
Abbildung 3: Entscheidungshilfe Kategorisierung nach CIRS (Stiftung Patientensicherheit Schweiz, 2021).	16
Abbildung 4: Einteilung Fehler in fünf Schweregrad-Klassen (Gonzalez-Caminal et al., 2022).	17
Abbildung 5: Grundgedanken von Safety 1 und Safety 2 (Stiftung Patientensicherheit Schweiz, 2022).	23
Abbildung 6: Prozess und Vorgehen bei der Befragung «Fehler in der Physiotherapie».	28
Abbildung 7: Ein- und Ausschluss der Fehlerereignisse.	35
Abbildung 8: Ergebnis der im Fragebogen gestellten Zusatzfrage «Welche der folgenden Fehler sind dir schon einmal passiert?» (Mehrfachantworten).	42

10 TABELLENVERZEICHNIS

Tabelle 1: Definitionen von Begrifflichkeiten.	18
Tabelle 2: Verschiedene Definitionen des Begriffs «Fehler».....	20
Tabelle 3: Gegenüberstellung der Grundgedanken von Safety 1 und Safety 2.....	23
Tabelle 4: Begriffsdefinitionen für die thematische Kategorisierung der geschilderten Fehlerereignissen.	33
Tabelle 5: Demografische Daten der Studienteilnehmenden anhand den geschilderten Fehlerereignissen.	35
Tabelle 6: Häufigkeiten in Bezug auf die thematische Kategorisierung der Fehlerereignisse.	41
Tabelle 7: Häufigkeiten der CIRS-Kategorien mit entsprechenden Fallbeispielen.	43
Tabelle 8: Differenzen bei der Kategorisierung von Fehlerereignissen.	46
Tabelle 9: Beispiel für die Auswahl mehrerer Kategorien eines Fehlerereignisses.	47
Tabelle 10: Gemeinsamkeiten zwischen den Ergebnissen und der Studie Gonzalez-Caminal et al. (2022).	48
Tabelle 11: Gemeinsamkeiten zwischen Howald & Izzo (2023) und den Studien Cochran et al. (2009) sowie Gonzalez-Caminal et al. (2022).	50

11 ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS

CIRS	Critical Incidence Reporting System
CIRNET	Critical Incidence Reporting & Reacting NETWORK
o. D.	Ohne Datum
Pers.	Person
WHO	World Health Organization
QR-Code	Quick Response Code

12 ANHÄNGE

12.1 Vorlage E-Mail zur Rekrutierung

Betreff: «Umfrage Bachelorthesis: Fehler in der Physiotherapie»

Liebe*r Physiotherapeut*in

Wir sind Eveline Howald und Verena Izzo, Studierende der Physiotherapie an der Berner Fachhochschule (BFH). Wir arbeiten derzeit an unserer Bachelorthesis zum Thema «**Fehler in der Physiotherapie**».

Bei unserer Arbeit handelt es sich um eine qualitative Studie mit dem Ziel, einen Überblick zu möglichen Fehlervorkommnissen in der Physiotherapie zu erhalten. Fehler in der Physiotherapie können mit folgereichen Auswirkungen in Verbindung stehen. Leider ist das Thema weitgehendst unerforscht und erfordert durch die stetig wachsende Komplexität im Gesundheitswesen ein besseres Verständnis (Cochran et al., 2009). Das fehlende Bewusstsein wirkt sich zudem negativ auf die Qualität der Fehlerprävention, dem Fehlermanagement und der Fehlerkultur unserer Berufsgruppe aus. Deshalb handelt es sich um ein sehr relevant zu untersuchendes Thema.

Mittels dieser Befragung möchten wir herausfinden, welche Fehler dir als diplomierte*r Physiotherapeut*in bei der Therapie deiner Patient*innen im Spital passiert sind.

Bist du ein*e diplomierte*r Physiotherapeut*in und arbeitest stationär in einem Spital im Kanton Bern? Wenn ja, bitten wir dich um deine wertvolle Unterstützung und Erfahrungsberichte **bis am Mittwoch, 24. Mai 2023**.

Die Umfrage dauert **ca. 5-10 Minuten**, ist freiwillig und anonym. Alle Antworten werden in keinsten Weise mit deiner Identität in Verbindung gebracht.

Hier geht's zum Link: https://findmind.ch/c/PT_Fehler



Herzlichen Dank für deine Mitarbeit! Bei Fragen darfst du dich gerne an uns wenden.

Eveline Howald, eveline.howald@students.bfh.ch

Verena Izzo, verena.izzo@students.bfh.ch

12.2 Vorlage Fragebogen

Hinweis: Im Fragebogen war es möglich, bis zu 10 Fehlerereignisse zu schildern, wenn die Teilnehmenden bei der Frage 8 «Ja» angeklickt haben. Diese werden in diesem Dokument aufgrund des Wiederholungscharakters nicht miteingefügt. Haben die Teilnehmenden die Frage 8 mit «Nein» beantwortet, wurde die Umfrage direkt bei der Frage 62 fortgesetzt.

Willkommenstext

Liebe*r Physiotherapeut*in

Wir sind Eveline Howald und Verena Izzo, Studierende der Physiotherapie an der Berner Fachhochschule (BFH). Wir arbeiten derzeit an unserer Bachelorthesis zum Thema «**Fehler in der Physiotherapie**».

Bei unserer Arbeit handelt es sich um eine qualitative Studie mit dem Ziel, einen Überblick zu möglichen Fehlervorkommnissen in der **stationären Physiotherapie** zu erhalten. Fehler in der Physiotherapie können mehr oder weniger grosse Folgen haben. Leider ist das Thema weitgehend unerforscht und erfordert durch die stetig wachsende Komplexität im Gesundheitswesen ein besseres Verständnis (Cochran et al., 2009). Das fehlende Bewusstsein wirkt sich zudem negativ auf die Qualität der Fehlerprävention, dem Fehlermanagement und der Fehlerkultur unserer Berufsgruppe aus. Deshalb handelt es sich um ein relevantes Thema.

Mittels dieser Befragung möchten wir herausfinden, welche Fehler dir als diplomierte*r Physiotherapeut*in bei der Therapie deiner Patient*innen im Spital passiert sind. Hierbei geht es lediglich um die Erfassung der Fehler und noch nicht darum, die Gründe der Fehler zu untersuchen.

Deshalb bitten wir dich um deine wertvolle Unterstützung und Erfahrungsberichte **bis am Mittwoch, 24. Mai 2023.**

Die Umfrage dauert **ca. 10 Minuten**, ist freiwillig und anonym. Alle Antworten werden in keiner Weise mit deiner Identität in Verbindung gebracht.

Herzlichen Dank für deine Mitarbeit! Bei Fragen darfst du dich gerne an uns wenden.

Eveline Howald, eveline.howald@students.bfh.ch

Verena Izzo, verena.izzo@students.bfh.ch

1 * Bestätigung

Hiermit bestätige ich, dass ich mindestens 18 Jahre alt, diplomierte*r Physiotherapeut*in bin und in einem Spital im Kanton Bern arbeite.

2 * Einverständniserklärung

Hiermit nehme ich meine Anonymität zur Kenntnis und gebe mein Einverständnis, dass die geteilten Daten für die Bachelorarbeit "Fehler in der Physiotherapie" verwendet werden dürfen.

3 * Welcher Fehler ist dir als diplomierte*r Physiotherapeut*in im stationären Berufsalltag mit Patient*innen passiert? Bitte schildere (a) die Situation, sowie (b) die Auswirkungen davon genau.

Definition "Fehler" gemäss WHO: "Das nicht Durchführen einer geplanten Handlung wie beabsichtigt, oder die Anwendung eines falschen Plans".

Beispiel 1:

(a) Eine Patientin gleitet während eines Transfers aus dem Rollstuhl ins Bett kontrolliert zu Boden, da der Rollstuhl nicht gut fixiert war. (b) Die Patientin musste daraufhin beobachtet werden (Vitalzeichenkontrolle), hatte aber keine weiteren Folgen.

Beispiel 2:

(a) Ein Patient mit einer Hüftprothesen-Implantation wurde erstmobilisiert. Dabei wurde die verordnete Teilbelastung nicht instruiert und nicht berücksichtigt. (b) Das Ereignis erreichte den Patienten (konnte nicht verhindert werden), verursachte aber keinen Schaden.

4 * In welcher unten genannten Kategorien würdest du dein geschildertes Ereignis am ehesten einordnen?

- Das Ereignis erreichte die Patientin/den Patienten (konnte nicht verhindert werden), verursachte aber keinen Schaden.
- Das Ereignis erforderte Kontrollen und/oder Interventionen, um einen Schaden auszuschliessen (z. B. Kontrolle von physiologischen oder psychologischen Zeichen, Änderung der Therapie, aktive medizinische/chirurgische Behandlung).
- Das Ereignis führte zu einer vorübergehenden Schädigung (oder könnte dazu beigetragen haben), bei dem jedoch keine Intervention erforderlich war (z. B. Zustand normalisierte sich selbständig wieder).

- Das Ereignis führte zu einer vorübergehenden Schädigung (oder könnte dazu beigetragen haben) und machte eine wesentliche Intervention notwendig (z. B. Linderung von lebensbedrohlichen Symptomen, Operation).
- Das Ereignis führte zu einer dauerhaften Schädigung (oder könnte dazu beigetragen haben), die länger als sechs Monate andauerte oder bei der die endgültigen Konsequenzen noch nicht bekannt waren.
- Das Ereignis erforderte lebensrettendes Eingreifen (z. B. kardiovaskuläre und/oder respiratorische Unterstützung wie Reanimationsmassnahmen, Beatmung).
- Das Ereignis hat zum Tod geführt oder könnte zum Tod beigetragen haben.

5 * Wähle das Fachgebiet, indem sich das Ereignis abspielte.

- Muskuloskelettal
- Neurologie
- Innere Medizin
- Gynäkologie
- Geriatrie
- Intensivmedizin

Anderes Fachgebiet:

6 * Wähle die Spitalgrösse zum Zeitpunkt des Ereignisses anhand der Bettenzahl.

- Klein: bis 100 Betten
- Mittel: 100 bis 500 Betten
- Gross: über 500 Betten

7 * Wie viel Erfahrung hattest du zum Zeitpunkt des Ereignisses als diplomierte*r Physiotherapeut*in?

- 1 bis 5 Jahre
- 5 bis 10 Jahre
- Über 10 Jahre

8 * Möchtest du einen weiteren Fehler im stationären Berufsalltag mit Patient*innen angeben?

- Ja
- Nein

62 * Welche der folgenden Fehler sind dir schon einmal passiert?

Bitte beantworte die Frage spontan aus dem Bauch heraus, ohne lange zu überlegen.

- Fehlbelastung
- Patient*in verwechselt
- Falsche Seite behandelt
- Gerät nicht eingeschaltet
- Unbeabsichtigte Entfernung eines Katheters oder Sonde
- Überdosierung
- Unterdosierung
- Nicht evidenzbasierte Methode angewendet
- Behandlung abgekürzt
- Sturz
- Trotz unbekannter Diagnose behandelt
- Falsches Prozedere
- Mangelnde Händehygiene
- Gelenklimiten nicht berücksichtigt
- Prellung oder Fraktur verursacht
- Kontraindizierte Durchführung von Gelenk- und Weichteilmobilisationen
- Unbeaufsichtigte Anwendung von physikalischen Massnahmen
- Missachten von Redflags
- Mir sind keine der oben genannten Fehler passiert

63 Hast du noch Anmerkungen oder Ergänzungen zum Thema?

Schlusstext

Vielen Dank für deine Teilnahme an dieser Umfrage und für deine Mitwirkung an unserer Bachelorarbeit!

Freundliche Grüsse

Eveline Howald, eveline.howald@students.bfh.ch

Verena Izzo, verena.izzo@students.bfh.ch

12.3 Qualitative Inhaltsanalyse

Nr.	Fehlerschilderung Physiotherapeut*in	CIRS-Kategorie PT	CIRS-Kategorie E	CIRS-Kategorie V	CIRS-Kategorie final	Thematische Kategorisierung E	Thematische Kategorisierung V	Thematische Kategorisierung S	Thematische Kategorisierung final	Vergleich Cochran et al. (2009), Gonzalez-Caminal et. al (2022)	Kommentar S
1	a) Pat (5 jährig) mit Trach und Beatmungsmaschine mit den Eltern ins Parking begleitet, um dort den Transfer in den Autositz zu üben, da der Austritt nach Hause bald stattfindet. Dabei die Notfallbox für das Trach im Zimmer vergessen b) keine Auswirkungen, in Notfallsituation aber kaum Möglichkeiten schnell genug zu reagieren (weit weg von Station, Material nicht dabei wenn Kanüle rausfällt)	C	C	C	C	Vorsichtsmassnahme nicht berücksichtigt, Falsches Prozedere	Falsches Prozedere	Unterlassungsfehler	Unterlassungsfehler	-	Das ist eben keine allgemeingültige Vorsichtsmassnahme, entsprechend ist es eben keine Vorsichtsmassnahme sondern ein Unterlassungsfehler.
2	Patient kippte mit dem Rollstuhl nach hinten beim Motomed fahren, weil das Motomed Velo blockierte und kein Kippschutz am Rollstuhl war.	C	D	C	C	Sturz	beschädigtes Material (Kippschutz fehlte) oder Falsches Rollstuhlhandling	Falsches Rollstuhlhandling	Falsches Rollstuhlhandling	-	

3	Falsche Patientin behandelt a) Die Patientinnen haben im Mehrbettzimmer den Platz gewechselt, was im System noch nicht so ersichtlich war. Ich habe die falsche Patientin am vermutet korrekten Platz zwar mit dem Namen der Patientin angesprochen, welche ich behandeln wollte, das hat aber weder die Angesprochene, noch die richtige Patientin nebenan gestört. Erst im Verlauf der Behandlung merkte ich anhand des Namens auf dem Patientenarmband, dass ich nicht bei der richtigen Patientin bin. b) Der "falschen" Patientin habe ich mit der Behandlung zum Glück nicht geschadet, die "richtige" Patientin erhielt ihre Behandlung dann im Nachhinein auch noch. In einer anderen Situation hätte unter Umständen jedoch ein erheblicher Schaden verursacht werden können.	C	C	C	C	Patient*innenverwechslung	Patient*innenverwechslung	Patient*innenverwechslung	Patient*innenverwechslung	-	
4	a) Übungen mit den Armen über Kopf bei einem sternotomierten Patienten, da die Limiten nicht verordnet worden waren b) keinen nachweislichen Schaden für den Patienten	C	D	D	D	Kontraindikation/Vorsichtsmassnahme nicht berücksichtigt	Vorsichtsmassnahme nicht berücksichtigt	Vorsichtsmassnahmen nicht berücksichtigt	Vorsichtsmassnahme nicht berücksichtigt	Vorsichtsmassnahmen nach chirurgischen Eingriffen nicht eingehalten & Nichtberücksichtigen von Vorsichtsmassnahmen	
5	Anwendung eines falschen Plans: in der akut Medizin ist es oft schwierig die Leistungsgrenzen der Patienten zu erfassen und somit werden die meisten wohl unterdosiert behandelt, da Überbeanspruchung vermieden werden will. Somit ist der "Fehler", dass nicht im optimalen Belastungsintensität und Umfang trainiert wird und somit eine Wirkung der Therapie vermindert wird.	C	C	C	C	Unterdosierung	Unterdosierung	Unterdosierung	Unterdosierung	-	

6	a) Der Patient hatte während des Trainings (pulmonale Reha) plötzlich einen Biox von 72%, erst dann bemerkt Therapeutin, dass Sauerstoffflasche leer ist. b) Eine Kollegin holte zügig eine neue Flasche, der Patient erholte sich dann schnell wieder. Er fühlte sich stets wohl und es hatte keine weiteren Folgen. (Anmerkung: Der Patient hat eine schwere COPD und hat oft Werte unter 80%)	C	D	D	D	Falsches Prozedere, Vorsichtsmassnahme nicht berücksichtigt	Falsches Prozedere	Falsches Prozedere	Falsches Prozedere	Anwendung einer falschen physiotherapeutischen Intervention & Anwendung von falschen Behandlungsmassnahmen	Für mich liegt hier der Fokus eher auf dem Ablauf. Dieser müsste standardisiert werden.
7	Zwei Patienten auf der Viszeralchirurgie Station hatten den gleichen Nachnamen und die Zimmer wurden geändert. Infos von der Pflege erhielt ich und mir wurde das Zimmer gezeigt. Beim Eintreten habe ich den dementen Patienten mit Namen begrüsst und bemerkt dass er zu allem "ja" sagt. Die Atemtherapie instruiert erst beim Mobilisieren ist mit der Name am Bett aufgefallen.... Dann habe ich mich eingelesen und bemerkt dass der Patient heute schon eine Behandlung hatte. Nichts passiert	C	C	C	C	Patient*innenverwechslung	Patient*innenverwechslung	Patient*innenverwechslung	Patient*innenverwechslung	-	
8	(a) Ich ging mit einem Patient am ersten Tag nach der Operation (KTP) mit einer PNB (peripheren Nervenblockade) am Böckli einige Schritte. (b) Der Patient hatte keine Kniegelenkskontrolle während der Mobi, dies hatte jedoch keine weiteren Folgen.	C	C	C	C	Vorsichtsmassnahme nicht berücksichtigt, Falsches Prozedere	Falsches Prozedere	Falsches Prozedere	Falsches Prozedere	Anwendung einer falschen physiotherapeutischen Intervention & Anwendung von falschen Behandlungsmassnahmen	
9	a) Eine Patientin wurde an den Bettrand mobilisiert, erst n. 10min sitzen fiel auf, dass die Patientin einen Gilchrist tragen müsste während der Mobilisation. b) der Gilchrist wurde verspätet am Bettrand erst angezogen. Es gab keinen Schaden.	C	C	C	C	Kontraindikation, Vorsichtsmassnahme nicht berücksichtigt	Falsches Prozedere	Vorsichtsmassnahmen nicht berücksichtigt	Vorsichtsmassnahme nicht berücksichtigt	Vorsichtsmassnahmen nach chirurgischen Eingriffen nicht eingehalten & Nichtberücksichtigen von Vorsichtsmassnahmen	

10	fehler entstanden: nicht bremsen vom Rollstuhl -> Situation unter Kontrolle und angepasstes Verhalten der PT Fehler situativ aufgehoben	C	C	D	D	Vorsichtsmassnahme nicht berücksichtigt, Falsches Prozedere	Falsches Prozedere	Falsches Prozedere, falsches Rollstuhlhandling	Falsches Prozedere, falsches Rollstuhlhandling	Anwendung einer falschen physiotherapeutischen Intervention & Anwendung von falschen Behandlungsmassnahmen	
11	Fehler: keine Instruktion teilbelastung = Gefährdung potentiell hoch -> situativ teilweise angepasst und Risiko minimiert Verhalten ok muss aber angepasst werden	C	C	D	D	Fehlbelastung	Fehlbelastung	Fehlbelastung	Fehlbelastung	Das Nicht-einhalten von Gewichtbelastungen	
12	Der Patient hatte mehrere Infusionen, Tropf, PEG-Sonde als auch Drainage-Katheeter und Blasenkatheeter. Es wurde vergessen den Blasenkatheeter von der Fixierung am Bett zu lösen. Der Patient hatte anschliessend bei der mobilisation aus dem Bett in die aufrechte Haltung ein starkes Zuggefühl im Blasenbereich. Es verursachte keinen Schaden.	C	D	C	D	Vorsichtsmassnahme nicht berücksichtigt, Falsches Prozedere	Falsches Prozedere	Falsches Prozedere	Falsches Prozedere	Anwendung einer falschen physiotherapeutischen Intervention & Anwendung von falschen Behandlungsmassnahmen	
13	Es fand eine Verwechslung der Diagnose statt und die Patientin erhielt falsche Infos bezüglich Limiten und To Do's nach einer Schulteroperation. Die Infos wurden nachträglich wieder klargestellt.	C	C	D (zwar kein Schaden, aber erfolgte eine Intervention)	D	Falsches Prozedere, Kommunikationsfehler, Fehlbelastung	Falsches Prozedere, Fehlbelastung	Falsches Prozedere, Fehlbelastung	Falsches Prozedere, Fehlbelastung	Anwendung einer falschen physiotherapeutischen Intervention & Anwendung von falschen Behandlungsmassnahmen, das Nicht-einhalten von Gewichtbelastungen	
14	Eine Patientin mit HTP und Teilbelastung hat auf der Treppe das Gleichgewicht verloren und hat sich nach hinten auf die Treppe gesetzt = >als 90° Hüftflex, Belastung mehr als 15kg. zum Glück konnte sie wieder aufstehen und die Hüfte hat gehalten	C	D	D	D	Sturz	Sturz	Sturz	Sturz	Unfähigkeit Patient*innen vor Stürzen zu schützen & Unfähigkeit, Stürze zu verhindern	

15	Behandlung des falschen Patienten im gleichen Zimmer aufgrund Unachtsamkeit in welchem Bett der Patient angeschrieben ist und der Patient auf den Namen nicht reagiert hat.	C	C	C	C	Patient*innenverwechslung	Patient*innenverwechslung	Patient*innenverwechslung	Patient*innenverwechslung	-	
16	Gangtraining mit einer Patientin im Treppenhaus mit plötzlichem Schwindel und Erbrechen. Konflikt Hilfe holen und Pat. alleine lassen. Physio hätte ein Telefon mitnehmen sollen, um die Pat. nicht alleine zu lassen.	C	C	C	C	Falsches Prozedere, Vorsichtsmassnahme nicht berücksichtigt	Falsches Prozedere	Unterlassungsfehler; unerwünschte Reaktion (minor harm)	Unterlassungsfehler	-	
17	aktuell kommen mir keine konkreten Fehler in den Sinn, eigentlich nur, dass die Patienten wegen Zeitmangel im "Schnelldurchlauf" behandelt werden, also nur das Nötigste gemacht wird-dies v.a. auch da die ärztl. Verordnungen teilweise schlecht ausgefüllt werden und wir deshalb sehr viel Zeit aufwenden prospektiv Fehler zu verhindern mit Lesen von Operationsberichten, Verläufe zu lesen und mit Pflege zu kommunizieren, Rücksprachen zu nehmen etc.	C	C	C	C	Behandlung abgekürzt	Behandlung abgekürzt	Unterdosierung	Behandlung abgekürzt/Unterdosierung	-	
18	(a) Rücktransfer vom Rollstuhl ins Bett, dass Bett war nicht fixiert und rutschte nach hinten weg, war ein Beinaheunfall. (b) Patientin viel nicht zu Boden, kein Schaden.	C	C	C	C	Falsches Prozedere, Vorsichtsmassnahme nicht berücksichtigt	Falsches Prozedere	Falsches Prozedere, Beinaheunfall	Falsches Prozedere	Anwendung einer falschen physiotherapeutischen Intervention & Anwendung von falschen Behandlungsmassnahmen	
19	(a) die Patientin gleitet beim Gehen am Hochrollator kontrolliert zu Boden, da die Ausweichbewegungen zu wenig beachtet wurde. (b) eine zweite Hilfsperson musste geholt werden für den Bodentransfer	C	C	D (Intervention 2. Hilfsperson)	D	Sturz	Sturz	Sturz	Sturz	Unfähigkeit Patient*innen vor Stürzen zu schützen & Unfähigkeit, Stürze zu verhindern	
20	Eine Patientin gleitet während des Transfers (Rst-Wechsel) zu Boden, es gab keine Folgen/Verletzungen.	C	C	D (Kurzanamnese)	D	Sturz	Sturz	Sturz	Sturz	Unfähigkeit Patient*innen vor Stürzen zu schützen & Unfähigkeit, Stürze zu verhindern	

21	a) Ich habe die Patientin zuerst nach Hüft-TP instr., aber es war eine Patientin die am Rücken operiert worden war. b) Ich hatte meinen Plan morgens gemacht für die stationären Patienten und war schon sehr im Stress. Bereits bei der ersten Patientin gab es Kollisionen mit anderen Disziplinen und ich musste meinen ganzen Plan über den Haufen werfen und so schnell wie möglich einen anderen Patienten finden mit dem ich die Therapie anfangen konnte.	C	C	C	C	Falsches Prozedere	Falsches Prozedere	Patient*innenverwechslung; Vorsichtsmassnahmen nicht berücksichtigt	Falsches Prozedere, Patient*innenverwechslung	Anwendung einer falschen physiotherapeutischen Intervention & Anwendung von falschen Behandlungsmassnahmen	
22	Während einer Erstmobilisation eines älteren Hüft-TP Patienten kollabiert dieser samt Eulenburg (fällt nach dorsal wie ein Brett). Er konnte von uns langsam auf den Boden geleitet werden. Es hatte keine Konsequenzen, keine Folgen.	C	D	D (Kurzanamnese)	D	Sturz	Sturz	Sturz	Sturz	Unfähigkeit Patient*innen vor Stürzen zu schützen & Unfähigkeit, Stürze zu verhindern	
23	(a) Ich habe bei einem Patienten mit Hüftprothesen-Implantation im Spital den 4-Punkte-Gang instruiert, obwohl dieser eine Teilbelastung von 1/2 Körpergewicht hatte. Den Fehler habe ich erst bemerkt, als ich den Patienten kurze Zeit später ambulant weiterbetreute. (b) Das Nichteinhalten der Teilbelastung schien keine Folgen gehabt zu haben.	C	C	D (schien keine Folgen zu haben, Untersuchung durchgeführt & Anamnese, im Hinterkopf dass die Teilbelastung nicht eingehalten wurde)	C/D	Fehlbelastung	Fehlbelastung	Fehlbelastung	Fehlbelastung	Das Nicht-einhalten von Gewichtsbelastungen	
24	Bei einer Videoganganalyse auf der Neurologie ist die ataktische Patientin am Rollator trotz naher Supervision beim Drehen/Richtungswechsel gestürzt. Die Patientin hatte keine Verletzungen danach.	C (D)	D	D (Patient hatten keine Verletzung danach, also Kurzanamnese gemacht)	D	Sturz	Sturz	Sturz	Sturz	Unfähigkeit Patient*innen vor Stürzen zu schützen & Unfähigkeit, Stürze zu verhindern	

25	Patient darf gemäss VO voll belasten (HTP), später stellt sich heraus, dass aufgrund einer Schaftlockerung nur TB erlaubt ist. Kontrollröntgen wurde gemacht, es hatte keine negativen Konsequenzen für den Patienten.	C (D)	D	D (Kontrollröntgen)	D	Fehlbelastung	Fehlbelastung	Fehlbelastung	Fehlbelastung	Das Nicht-einhalten von Gewichtsbelastungen	
26	Bei einer 4-jährigen pädiatrischen Patientin nach Herzoperation verwendete ich im Rahmen der Atemphysiotherapie "Wasserflaschenblasen". Die Patientin trank wegen grossem Durst gleich mehrere Schlücke Wasser. Bei ihr wurde eine genaue Flüssigkeitsbilanz erfasst - ich hatte keine Ahnung, wie viel Wasser sie getrunken hatte.	C	C	C	C	Vorsichtsmassnahme nicht berücksichtigt, Falsches Prozedere	Falsches Prozedere	Vorsichtsmassnahme nicht berücksichtigt	Vorsichtsmassnahme nicht berücksichtigt	Vorsichtsmassnahmen nach chirurgischen Eingriffen nicht eingehalten & Nichtberücksichtigen von Vorsichtsmassnahmen	
27	(a) Beim Standversuch einer Patientin sitzt sie anschliessend zu weit vorne ab bzw. auf einer Matrasenverbreiterung und droht zu Boden zu gleiten. Sie konnte aber gerade noch fixiert werden und mit 5 HP zurück ins Bett mobilisiert werden. (b) Patientin war verunsichert und traute sich kaum noch sich zu mobilisieren	C	C	E (Schaden bezüglich Vertrauen in PT/Behandlung, jedoch keine Intervention nötig)	E	Falsches Prozedere, Kommunikationsfehler	Falsches Prozedere/Kommunikationsfehler	Falsches Prozedere, Beihnaheunfall, unerwünschte Reaktion	Falsches Prozedere, Kommunikationsfehler	Anwendung einer falschen physiotherapeutischen Intervention & Anwendung von falschen Behandlungsmassnahmen	Statt falsches Prozedere könnt ihr auch Kommunikationsfehler nehmen. Die unerwünschte Reaktion ist für mich die Angst der Patientin im Anschluss.
28	Patientin gleitet zu Boden während dem Transfer Bett - Stuhl. Es war kein Fehler oder Versäumnis der behandelnden Personen, sondern eine Verkettung ungünstiger Umstände: Patientin schwer, inaktiv, sitzend auf einer Wechseldruckmatratze (Luftmatratze (hoch)), zu wenig Bodenkontakt mit den Füßen möglich, Patientin war sehr gut eingecremt -> glitschig zum halten	C	C	C	C	Sturz	Sturz	Sturz	Sturz	Unfähigkeit Patient*innen vor Stürzen zu schützen & Unfähigkeit, Stürze zu verhindern	

29	Beim Betreten eines 2er-Zimmers sagte ich den Namen der Patientin, welche ich behandeln wollte. Die Patientin im Bett am Fenster reagierte und wurde daraufhin von mir zum Gehtraining mobilisiert. Als wir zu ihrem Bett zurückkamen, sah ich auf dem Namensschild, dass dort ein anderer Name stand. Meine Patientin lag im Bett an der Tür. Da es keine Kontraindikationen für die Mobilisation gab, entstand kein Schaden für die Patientin, nur eine reduzierte Behandlungszeit für meine eigentliche Patientin.	C	C	C	C	Patient*innenverwechslung	Patient*innenverwechslung	Patient*innenverwechslung	Patient*innenverwechslung	-	
30	Eine Patientin mit schwerer Atemnot und starker Dekonditionierung und Schmerzen haben wir für eine Auskultation an Betttrand mobilisieren müssen. Der Sauerstoff war zwar eingestellt auf 3l O2 aber wir haben erst während dem sehr strengen Sitzen bemerkt, dass der Schlauch nicht an der Wand angeschlossen war. Die Sättigung war danach leider trotz O2 und Atemtherapie nicht beeinflussbar.	C	D	E/F (Schädigung dass O2 tiefer war)	D	Falsches Prozedere, Vorsichtsmassnahme nicht berücksichtigt	Falsches Prozedere	Falsches Prozedere	Falsches Prozedere	Anwendung einer falschen physiotherapeutischen Intervention & Anwendung von falschen Behandlungsmassnahmen	
31	Bei der Erstmobilisation nach einer Knieprothese wurde die Quadricepsaktivität im Bett nicht kontrolliert, was zu einem Beinahesturz beim Gehversuch geführt hat.	C	C	C	C	Falsches Prozedere, Vorsichtsmassnahme	Falsches Prozedere	Vorsichtsmassnahme nicht berücksichtigt	Vorsichtsmassnahme nicht berücksichtigt	Vorsichtsmassnahme nach chirurgischen Eingriffen nicht eingehalten & Nichtberücksichtigen von Vorsichtsmassnahmen	
32	Mit einem Patient die mit einem Rollator läuft, war ich gerade vor die Treppen, und wollte mit dem Patient die Treppen steigern. Er hat dem Rollator gegen den Fenster lanciert (ich habe gerade den Rollator genommen) und gleichzeitig ist den Patient im Treppen auf die Knien gesprungen. Er hat nur leichte Schmerzen gespürt ohne Konsequenzen.	C (D)	D	D (Kurzanamnese)	D	Sturz	Sturz	Sturz	Sturz	Unfähigkeit Patient*innen vor Stürzen zu schützen & Unfähigkeit, Stürze zu verhindern	

33	a) zum falschen Patienten, da ich mich nicht auf Türe/Fensterplatz geachtet habe b) Nach kurzer Anamnese wurde der Fehler bemerkt, entschuldigt/erklärt	C	C	C	C	Patient*innene rwechslung	Patient*innene rwechslung	Patient*innene rwechslung	Patient*innenverwechslung	-	
34	a) Pat kollabiert nach orthopädischer Erstmobilisation. Blutdruck wurde nicht gemessen oder Pat zu wenig darauf aufmerksam gemacht, dass sie unbedingt ihre Limite richtig benennen soll, Pat wurde von mir überschätzt b) Sturmen, Mobi durch Hilfskräfte zurück ins Bett, Vitalzeichen überprüft, Telefon an Arzt/Ärztin	C	D	D	D	Vorsichtsmassnahme nicht berücksichtigt, Kommunikationsfehler	Falsches Prozedere, Sturz	Sturz (heisst zurück ins Bett mobil), unerwünschte Reaktion (minor)	Sturz	Unfähigkeit Patient*innen vor Stürzen zu schützen & Unfähigkeit Stürze zu verhindern	Auch hier, das ist keine Vorsichtsmassnahme, kann immer passieren, entsprechend würde ich nach wie vor Sturz nehmen.
35	a) Sauerstoff im Zimmer nicht wieder hochgefahren, nach 5-10min habe ich mich erinnert und telefonierte der Pflege b) Pflege musste den O2 wieder aufstarten, Biox messen	C	D	D	D	Falsches Prozedere	Falsches Prozedere	Falsches Prozedere	Falsches Prozedere	Anwendung einer falschen physiotherapeutischen Intervention & Anwendung von falschen Behandlungsmassnahmen	
36	(a) Eine Patient wurde von mir mobilisiert, um die Gangsicherheit einschätzen zu können. Die Patientin hatte kurz zuvor ein Schlafmittel erhalten, welches die Gangsicherheit negativ beeinflusst. Dies wurde erst im Nachhinein bekannt im Gespräch mit der Pflegefachperson. (b) Die Einschätzung hatte somit keine Aussagekraft und die Intervention war zu diesem Zeitpunkt nicht zweckmässig.	C	C	C	C	Kommunikationsfehler	Falsches Prozedere	Kommunikationsfehler	Falsches Prozedere	Anwendung einer falschen physiotherapeutischen Intervention & Anwendung von falschen Behandlungsmassnahmen	
37	Eine Patientin wurde durch 2 Physios mobilisiert. Es war ein Leintuch/Rutschbrett plus Rutschtuch transfer. Während dem Transfer Pusht die Pat. sich in Extension und gleitet an den Boden. Die zwei Physios konnten die Patientin kontrolliert an den Boden begleiten. Die Pat. trug keinen Schaden davon und musste auch nicht weiter Beobachtet werden.	C	C	D (Intervention um Schaden auszuschliessen)	D	Sturz	Sturz	Sturz	Sturz	Unfähigkeit Patient*innen vor Stürzen zu schützen & Unfähigkeit, Stürze zu verhindern	

38	Vergessen der Dokumentation	C	C	B	B	Falsches Prozedere/Unterlassungsfehler	Unterlassungsfehler	Kommunikationsfehler	Unterlassungsfehler	-	
39	Erteilte TB wurde nicht instruiert, verursachte keinen Schaden - Erteilte Limite wurden nicht instruiert bzw. rezeptiert, verursachten keinen Schaden	C	C	C oder D	C/D	Fehlbelastung	Fehlbelastung	Fehlbelastung	Fehlbelastung	Das Nicht-einhalten von Gewichtbelastungen	
40	Eine Patientin mit Hemiplegie ist mir während des Transfers vom Bett in den Rollstuhl kontrolliert auf den Boden geglitten. Da sie zu schwer war und mir gar nicht mitgeholfen hatte. Mehrere Pflegenden haben mir geholfen die Patientin wieder hochzuheben, die Patientin wurde gründlich untersucht, aber es gab keine Auswirkungen/Konsequenzen.	C (D)	D	D	D	Sturz	Sturz	Sturz	Sturz	Unfähigkeit Patient*innen vor Stürzen zu schützen & Unfähigkeit, Stürze zu verhindern	
41	Patient nach Schulter OP (inverse Frakturprothese) hat zwei Versorgungshilfsmittel zur Ruhigstellung des Armes. Aus dem Schema geht klar hervor, welches Hilfsmittel angelegt wird, der Patient ist vom Kreislauf her aber zu instabil, um darin konstant gelagert zu sein. Er wird durch die Pflege gelagert. Ich führe mit der Pflege die Erstmobilisation durch ohne Hilfsmittel, was dem Patienten kurzfristig starke Schmerzen verursacht. Aufgrund der instabilen Situation wird der Patient schnellstmöglich in das griffbereite Hilfsmittel gelagert (das "falsche" Hilfsmittel liegt auf dem Nachttisch, das richtige Hilfsmittel ist im Patientenschrank gelagert) und wieder ins Bett mobilisiert. Er bleibt in dem "falschen" Hilfsmittel gelagert (konstanter Therapeutenwechsel) und es wird erst 3 Tage später bemerkt, dass laut Schema das falsche Hilfsmittel angepasst wurde. Der Patient hat keinen Schaden genommen, da der Patient zu instabil für grössere Mobilisationen war.	C	C	C	C	Falsches Prozedere, Fehlbelastung	Falsches Prozedere	Vorsichtsmassnahme nicht eingehalten; Falsches Prozedere	Falsches Prozedere	Anwendung einer falschen physiotherapeutischen Intervention & Anwendung von falschen Behandlungsmassnahmen	

42	a) zu wenig eingesehen im Dossier und die Diagnose war nicht präsent b) der Pat. hat gemerkt, dass ich nicht über seine Diagnose informiert war, hatte aber keine weiteren Folgen	C	C	C	C	Falsches Prozedere	Falsches Prozedere	Falsches Prozedere, fehlendes Wissen	Falsches Prozedere, fehlendes Wissen	Anwendung einer falschen physiotherapeutischen Intervention & Anwendung von falschen Behandlungsmassnahmen	Das ist noch ein spannender Fall, sicher falsches Prozedere, aber zum Abheben noch eine Ergänzung.
43	a) Die Patientin lief mit dem Böckli in den Korridor (meines erachtens sicher), im Korridor habe ich die Patientin am Böckli kurz stehend warten gelassen um ins Zimmer zu gehen und die Maske zu holen. Dabei hat die Patientin das Gleichgewicht verloren und ist rückwärts auf den Boden und auch Hinterkopf gefallen. b) aufgrund der blutverdünnten, älteren Patientin wurde danach ein Schädel-CT durchgeführt, der Sturz hatte glücklicherweise keine Folgen für die Patientin.	D	D	D	D	Sturz	Sturz	Sturz	Sturz	Unfähigkeit Patient*innen vor Stürzen zu schützen & Unfähigkeit, Stürze zu verhindern	
44	Während einer Gruppe wollte die Patientin nach dem heruntergefallenen Ball greifen und ist mit dem Stuhl zusammen umgekippt/gefallen. Keine weiteren Folgen.	D	D	D	D	Sturz	Sturz	Sturz	Sturz	Unfähigkeit Patient*innen vor Stürzen zu schützen & Unfähigkeit Stürze zu verhindern	
45	Eine stark übergewichtige Patientin ist beim Transfer zwischen Rollstuhl und Bett in sich zusammengesackt. Es wurde am Folgetag ein Kontrollröntgen der Knie gemacht. Es war aber alles in Ordnung und hatte somit keine weiteren Folgen.	D	D	D	D	Sturz	Sturz	Sturz	Sturz	Unfähigkeit Patient*innen vor Stürzen zu schützen & Unfähigkeit, Stürze zu verhindern	

46	Die elektronische Anmeldung eines Patienten nach VKB wurde innerhalb der Physiotherapie nicht richtig verarbeitet, so dass der Patient nicht zur Behandlung geplant wurde. Der Fehler wurde erst vier Tage nach Verordnung physiointern entdeckt. Zu diesem Zeitpunkt war der Patient bereits ausgetreten. Der Patient wurde durch die Pflege mobilisiert, und weder die Pflege, noch der behandelnde Arzt, noch der Patient hat festgestellt, dass stationär keine physiotherapeutische Behandlung stattgefunden hat. Telefonische Rücksprache mit dem Patienten hat ergeben, dass er sicher an Stöcken mobil, und die ambulante Therapie aufgegleist war.	D	D	D	D	Falsches Prozedere, Kommunikationsfehler	Falsches Prozedere, Kommunikationsfehler	unterlassene Behandlung, Kommunikationsfehler	Falsches Prozedere, Kommunikationsfehler (interprofessionell), Unterlassungsfehler	Anwendung einer falschen physiotherapeutischen Intervention & Anwendung von falschen Behandlungsmassnahmen, schlechte Kommunikation bei der Patientenübergabe
47	Eine VKB-Kniepatientin fällt während einer 1. Mobilisation zu Boden aufgrund eines noch nicht ganz ausgeschlichenen Femoralisblocks (Quadrizeps war noch geschwächt und knickte deshalb im Stand ein). Dies war weder auf der Verordnung notiert noch wusste die zuständige Pflegefachperson, dass die Patientin einen Block bekommen hatte (was bei diesem Eingriff nicht standard ist). Es kam zu einer Blutung der Wunde und Angst einer Re-Ruptur des VKB Implantats.	D	F	F (Blutung der Wunde, hat wesentliche Intervention erfordert bezüglich Blutung/Infektion)	F	Sturz, Falsches Prozedere, Kommunikationsfehler, Vorsichtsmassnahme nicht berücksichtigt	Sturz	Kommunikationsfehler, Sturz, unerwünschte Reaktion (major)	Kommunikationsfehler (interprofessionell), Vorsichtsmassnahme nicht berücksichtigt, Sturz	Unfähigkeit Patient*innen vor Stürzen zu schützen & Unfähigkeit, Stürze zu verhindern. Vorsichtsmassnahme nach chirurgischen Eingriffen nicht eingehalten & Nichtberücksichtigen von Vorsichtsmassnahmen, Schlechte Kommunikation bei der Patientenübergabe
48	Kinetec Installation nach Narkosemobil, leider war die Sens auch nicht da, d.h. die Patientenäusserung, dass es nirgends reibt war leider falsch. Konsequenz war eine geschufte Schamlippe.	D	E	E	E	Vorsichtsmassnahme nicht berücksichtigt, Falsches Prozedere	Falsches Prozedere	falsches Prozedere, unerwünschte Reaktion (minor)	Vorsichtsmassnahme nicht berücksichtigt	Vorsichtsmassnahmen nach chirurgischen Eingriffen nicht eingehalten & Nichtberücksichtigen von Vorsichtsmassnahmen
49	Unvollständige Diagnosestellung und weiterleitung, der Belegarzt war falsch eingetragen und somit wurde ein andere Schema nach der Schulteroperation gefahren. Dank vorsichtiger Mobilisation keine weiteren Schäden.	D	C	D	C/D	Kommunikationsfehler (interprofessioneller), Falsches Prozedere	Falsches Prozedere	Kommunikationsfehler	Falsches Prozedere, Kommunikationsfehler (interprofessionell)	Anwendung einer falschen physiotherapeutischen Intervention & Anwendung von falschen Behandlungsmassnahmen, schlechte Kommunikation bei der Patientenübergabe

50	Patient stürzt bei Instruktion der Teilbelastung --> stolpert rückwärts und wird zu Boden begleitet (a). Eine kleine Wunde am Arm muss versorgt werden, das operierte Knie (KTP nach Infekt) wird radiologisch kontrolliert	D	E (F)	F	F	Sturz	Sturz	Sturz, unerwünschte Reaktion (major)	Sturz	Unfähigkeit Patient*innen vor Stürzen zu schützen & Unfähigkeit, Stürze zu verhindern	
51	Eine Patientin stolpert in der Therapie auf einer schlecht markierten Schwelle. Sie hatte eine Platzwunde am Knie und wird auf den Notfall gebracht zur Untersuchung. Da sie sich keine größeren Verletzungen zugezogen hat, kann sie wenig später durfte sie nach Hause.	D	F	F	F	Sturz	Sturz	Sturz, unerwünschte Reaktion (major)	Sturz	Unfähigkeit Patient*innen vor Stürzen zu schützen & Unfähigkeit Stürze zu verhindern	
52	Ein Minderjähriger Patient mit einer Femurschaftfraktur ist während der Mobilisation an Unterarmgehstützen gestürzt. Dabei war die ganze Familie zu Besuch im Spitalzimmer. Ich war neben dem Patienten und habe ihn gesichert. Zwei Verwandte haben mich etwas gefragt was ich nicht verstanden habe, worauf ich mich ihnen zugewandt habe. Während dessen fällt der Patient um. Es wurde darauf hin nochmals ein Röntgen gemacht wobei keine Verschiebung und auch sonst keine zusätzliche Verletzung festgestellt werden konnte.	D	D	D	D	Sturz	Sturz	Sturz	Sturz	Unfähigkeit Patient*innen vor Stürzen zu schützen & Unfähigkeit, Stürze zu verhindern	
53	a) ich habe bei einer suizidgefährdeten Patientin eine Schere auf dem Nachttisch liegen lassen. b) die Patientin hat sich alle Schläuche durchgeschnitten, sich selbst aber nicht verletzt.	D	D	D	D	Vorsichtsmassnahme nicht berücksichtigt	Vorsichtsmassnahme/Kontraindikation nicht berücksichtigt	Kontraindikation nicht berücksichtigt, unerwünschte Reaktion (minor)	Kontraindikation nicht berücksichtigt	-	Auch ein interessanter Fall, aber da wohl sehr selten, möglicherweise Rückschluss auf PAT möglich (Wiedererkennung der PAT), wohl eher nicht erwähnen. Ihr könnt aber Suizidgefahr erwähnen.
54	(a) Beim Treppen hoch oder runter war der Patient mit Teilbelastung schneller als ich denken konnte und ging bereits mit dem falschen Bein voraus. (b) Er hatte danach kurz vermehrt Schmerzen, zum Glück gab es keine weiteren Folgen.	E	E	E	E	Fehlbelastung, Kommunikationsfehler, mangelnde Patient*innenführung	Fehlbelastung	Fehlbelastung; Kommunikationsfehler	Fehlbelastung, mangelnde Patient*innenführung	Das Nicht-einhalten von Gewichtbelastungen	

55	Ein Patient kam mit HWS-Syndrom (als Diagnostik ausgeschrieben) in die Behandlung. Der Patient selbst beschrieb als Symptomatik : Schwindel. Durch das lösen der Muskulatur und sanfter Traktion verstärkte ich sein Schwindelgefühl, da durch die Behandlungsmethode die natürlichen Kompensationsmechanismen eines Schwindel-Patienten in Schulter/Nacken Region aufgelöst wurden.	E	E	E	E	Überdosierung	Überdosierung	Überdosierung	Überdosierung	Überdosierung bei Gelenkmobilisation/Weichteilbehandlung	
56	Eine Patientin war links seitig betroffen durch ein frisches CVI und hatte gleichzeitig eine frische Hüftprothesenimplantation links. Wir waren für den Transfer auf den Hillroom nur zu zweit (mit einer Pflegefachfrau). Aus diesem Grund übergab ich der Pat. die Anweisung ihren linken Arm zu stützen mit der rechten Hand. b)Leider vergass die Pat. schon nach 2 Sek. ihren linken Arm zu stabilisieren, wodurch Schmerzen in der Schulter auftraten.	E	E	E	E	Falsches Prozedere, Vorsichtsmassnahme nicht berücksichtigt	Falsches Prozedere	Vorsichtsmassnahme nicht berücksichtigt, falsches Prozedere	Falsches Prozedere, Vorsichtsmassnahme nicht berücksichtigt	Anwendung einer falschen physiotherapeutischen Intervention & Anwendung von falschen Behandlungsmassnahmen, Vorsichtsmassnahme nach chirurgischen Eingriffen nicht eingehalten & Nichtberücksichtigen von Vorsichtsmassnahmen	
57	Zu heisse Fangopackung direkt auf die Haut gelegt. Pat. hatte Blattern am Gesäss.	E	E (F)	E	E	Überdosierung, Vorsichtsmassnahme nicht berücksichtigt	Falsches Prozedere oder Überdosierung	Falsches Prozedere, Überdosierung, unerwünschte Reaktion (minor)	Falsches Prozedere, Überdosierung	Anwendung einer falschen physiotherapeutischen Intervention & Anwendung von falschen Behandlungsmassnahmen, Überdosierung bei Gelenkmobilisation/Weichteilbehandlung	
58	(a) Ein Patient ist gestürzt, als ich ihn bei der Mobilisation nicht mehr gesichert habe, um die Zimmertüre zu öffnen. (b) Der Patient trug sich ausser einem kleinen Hämatom keine Verletzungen zu.	E	E	E	E	Sturz	Sturz	Sturz, unerwünschte Reaktion (minor)	Sturz	Unfähigkeit Patient*innen vor Stürzen zu schützen & Unfähigkeit, Stürze zu verhindern	
59	Falsche Information zur Teilbelastung erhalten! In der Regel keine Schaden!	E	C	C	C	Fehlbelastung	Fehlbelastung	Fehlbelastung	Fehlbelastung	Das Nicht-einhalten von Gewichtsbelastungen	

60	Ich bin mit einem Patienten auf die Treppe gegangen, um mit ihm diese mit den Stöcken zu üben. Der Patient hatte nur Hausschuhe an und ist damit auf der Treppe gefallen. Er ging ins Röntgen zur Kontrolle, hatte aber keine Frakturen, nur eine Prellung an der Hüfte.	E	E	E	E	Sturz, Prellung, Vorsichtsmassnahme nicht berücksichtigt	Sturz	Sturz, unerwünschte Reaktion (minor)	Sturz	Unfähigkeit Patient*innen vor Stürzen zu schützen & Unfähigkeit Stürze zu verhindern	
61	Manuelle Unterstützung des Operierten Beines auf CPM 2 Tage nach Totalprothesenoperation - starke Schmerzen danach und Beschuldigung, dass die PT für eine zusätzliche Verletzung des operierten Knie verantwortlich sei. Im RX wurde später eine Fissur der Tibia festgestellt. Erst als der operierende Arzt Stellung dazu nahm und ausschloss, dass die Fissur durch die CP verursacht wurde, trat Ruhe ein.	F	D (E-F? / Schädigung ja, aber nicht durch Physiotherapie?)	F (jedoch nicht klar ob eine wesentliche Intervention nötig war nach der Fissur der Tibia?) Deshalb evtl. auch E möglich	F (Fehler Physiotherapie?)	Falsches Prozedere, Kommunikationsfehler (interprofessionell)	Kommunikationsfehler	Kommunikationsfehler, falsches Prozedere, unerwünschte Reaktion (major)	Kommunikationsfehler	Schlechte Kommunikation bei der Patientenübergabe	Schwieriger Fall, Zusammenhang kann nicht ganz ausgeschlossen werden, deswegen F lassen.
62	(A) Ein Patient mit einer tumorbedingten Querschnittslähmung wurde dort (an der Wirbelsäule) operiert. Er hatte zudem an genau dieser Stelle Bestrahlung. Er trug keine Weste oder Wundstabilisation für die Mobilisation. Ich wusste nicht, dass es sowas gibt. (B) Bei einer Mobilisation an den Bettrand ist die Wundnaht an der Wirbelsäule aufgeplatzt und musste notfallmässig wieder zugenäht werden.	F	F	F	F	Falsches Prozedere, Vorsichtsmassnahme nicht berücksichtigt	Falsches Prozedere	Vorsichtsmassnahme nicht berücksichtigt, fehlendes Wissen, unerwünschte Reaktion (major)	Falsches Prozedere, fehlendes Wissen, Vorsichtsmassnahme nicht berücksichtigt	Anwendung einer falschen physiotherapeutischen Intervention & Anwendung von falschen Behandlungsmassnahmen, Vorsichtsmassnahme nach chirurgischen Eingriffen nicht eingehalten & Nichtberücksichtigen von Vorsichtsmassnahmen	
63	Im Standing kollabierte ein Patient und die Halterung blockierte, dass er mit einer Eisensäge befreit werden musste, er hatte dazu erbrochen, hat aber sonst keinen Schaden erlitten	F	D (F)	F	F	Überdosierung, Materialfehler	Überdosierung	Materialfehler, unerwünschte Reaktion (minor)	Materialfehler	Fehlerhaftes Material	

64	In einer Rollstuhlgruppe, glitt eine Patientin wegen fehlendem Tisch während des Ballonspiels aus dem Rollstuhl und erlitt einen Oberschenkelbruch	F	F	F	F	Sturz	Sturz	Sturz, unerwünschte Reaktion (major)	Sturz	Unfähigkeit Patient*innen vor Stürzen zu schützen & Unfähigkeit Stürze zu verhindern	
65	Bsp. 1) a) Transfer eines Tumorkranken mit progredienter Tetraplegie vom Bett auf einen Rollstuhl, ohne Unterhosen. (Irgendwo war eine rutschende Unterlage). Der Hodensack verklebte am Rollstuhl und riss auf. b) Blutung, OP (Naht des Hodensacks war nötig). Der Pat. spürte nichts und konnte deshalb nicht schreien, aber glücklicherweise hatte der Pat. keine Schmerzen.	F	F	F	F	Vorsichtsmassnahme nicht berücksichtigt, Falsches Prozedere	Falsches Prozedere	falsches Prozedere, unerwünschte Reaktion (major)	Vorsichtsmassnahme nicht berücksichtigt, falsches Prozedere	Vorsichtsmassnahmen nach chirurgischen Eingriffen nicht eingehalten & Nichtberücksichtigen von Vorsichtsmassnahmen, Anwendung einer falschen physiotherapeutischen Intervention & Anwendung von falschen Behandlungsmassnahmen	
66	Kurz nach der Erstmobilisation eines Patienten mit einer neuen HTP kam die Meldung, das Hüftgelenk sei luxiert. Nach ersten Schuldzuweisungen, die Physio sei schuld, wurde ein Röntgen gemacht, das zeigte, dass die Stellung der Prothese schlecht war. Fazit: Die Hüfte wäre auf kurz oder lang trotzdem luxiert, der Schaden beim Patienten war aber angerichtet, da er steif und fest überzeugt war, dass ich schuld war.	F	F (Fehler PT?)	F	F (Fehler PT?)	Falsches Prozedere, (Interprofessioneller) Kommunikationsfehler, Überdosierung	Kommunikationsfehler	Kommunikationsfehler, unerwünschte Reaktion (major)	Kommunikationsfehler (interprofessionell)	Schlechte Kommunikation bei der Patientenübergabe	Schwieriges Beispiel, Ursache unklar, tendiere trotzdem zu Kommunikationsfehler, die instabile Situation hätte interprofessionell abgesprochen werden sollen.
67	(a) Ein Junge mit Muskeldystrophie Duchenne verliert bei einem Parcours (Gangtraining) sein Gleichgewicht und stürzt. Die Therapeutin ist nicht achtsam genug und kann ein Sturz nicht verhindern. (b) Er macht ein Supinationstrauma im OSG. Aufgrund der Schmerzen wird er immobil, verliert weite Teile seiner Gehfähigkeit, irreversibel.	G	G	G	G	Sturz	Sturz	Sturz, unerwünschte Reaktion (major)	Sturz	Unfähigkeit Patient*innen vor Stürzen zu schützen & Unfähigkeit Stürze zu verhindern	

68	a) ein Patient will unbedingt Treppen steigen, obwohl er seit Wochen nicht mehr auf den Treppen war (Hintergrund: der Patient will nachhause, seine Angehörige wollen ihn aber in einem Pflegeheim unterbringen. Dies wurde auch so organisiert). Obwohl der Patient nicht mehr nachhause geht und wohl kaum noch Treppen steigen muss, gewähre ich ihm den Wunsch. Puls und Biox im Normbereich. Wir machen 10Stufen, ich sage das reicht fürs erste, er will aber noch weiter. Nach 10 weiteren Treppen bleibt er dann stehen, stöhnt er, verdreht die Augen, ich kann den Patienten noch langsam zu Boden begleiten. b) Der Patient hatte eine zentrale Lungenembolie und war innert wenigen Sekunden gestorben.	I	I	I	I	Falsches Prozedere, Kommunikationsfehler, Überdosierung	Vorsichtsmassnahme/Kontraindikation nicht berücksichtigt	Überdosierung, Sturz, unerwünschtes Ereignis (Tod)	mangelnde Patient*innenführung, Überdosierung, Sturz	Überdosierung bei Gelenksmobilisation/Weichteilbehandlung oder Übungen, Unfähigkeit, die Patient*innen vor Stürzen zu schützen & Unfähigkeit, Stürze zu verhindern	
69	a) Einem isolierten Patienten habe ich beim Verlassen des Zimmers die Maske nicht angezogen und den Fehler erst bemerkt, als wir schon auf dem Korridor waren. b) Der Patient war durch die fehlende Maske nicht gefährdet, er hätte jedoch schlimmstenfalls andere Personen auf dem Korridor anstecken können.	C	C	C	C	Falsches Prozedere, Vorsichtsmassnahme nicht berücksichtigt	Falsches Prozedere	Hygienemassnahmen nicht umgesetzt	Falsches Prozedere, mangelnde Hygienemassnahmen	Anwendung einer falschen physiotherapeutischen Intervention & Anwendung von falschen Behandlungsmassnahmen	
70	a) Passives Durchbewegen einer Hüfte mit eingelegtem arteriellen Katheter (in der A.femoralis) b) keinen nachweislichen Schaden für den Patienten	C	D	D	D	Vorsichtsmassnahme/Kontraindikation nicht berücksichtigt	Falsches Prozedere	Vorsichtsmassnahme nicht berücksichtigt	Vorsichtsmassnahme nicht berücksichtigt	Vorsichtsmassnahme nach chirurgischen Eingriffen nicht eingehalten & Nichtberücksichtigen von Vorsichtsmassnahmen	
71	Ein Patientin mit Femurfraktur konservativ wurde angemeldet zur Mobilisation. Ich habe die Patientin mobilisiert unter starken Schmerzen und im Nachhinein erfahren, dass sie nun doch operiert wird und Bettruhe hat	C	F	C	C/F (Interpretationspielraum, was Fehler war)	(Falsches Prozedere), Kommunikationsfehler, Überdosierung	Überdosierung	Fehlbelastung	Fehlbelastung	Das Nicht-einhalten von Gewichtsbelastungen	

72	kontrolliertes zu Boden gleiten (Stufe) auf der Treppe, keine Folgen/Verletzungen	C	D	D	D	Sturz	Sturz	Sturz	Sturz	Unfähigkeit Patient*innen vor Stürzen zu schützen & Unfähigkeit Stürze zu verhindern	
73	a) Ich habe dem Patienten alle Limiten instr. und musste am nächsten Tag ganz andere Limiten instr. b) Es wurde vom Arzt falsch verordnet und ich hatte keine Zeit im Kism in weiteren Berichten nachzuschauen.	C	D	D	D	Falsches Prozedere, Fehlbelastung, Kommunikation sfehler	Fehlbelastung	Kommunikation sfehler, Fehlbelastung	Falsches Prozedere, Fehlbelastung	Anwendung einer falschen physiotherapeutischen Intervention & Anwendung von falschen Behandlungsmassnahmen, das Nicht-einhalten von Gewichtsbelastungen	
74	Bsp 2) a) Pat. mit Rückenschmerzen thorakal paravertebral auf dem Notfall. Wird entlassen und kollabiert in der Apotheke, kommt wieder auf den Notfall. Physio wird beigezogen, weil der Pat. wohl Angst habe. Detonisieren (sanft, da kein klarer Hartspann, aber lokal Sz) und Instr. Mobi en bloc hilft etwas. Pat. geht nach Hause. b) 2 Tage später OP eines Abszesses paravertebral. Hatte keine klaren Entzündungszeichen, aber wenn kein Hartspann, muss man nicht detonisieren.	C	F	F	C (Schaden war schon da, Fehler war falsche Intervention)	Falsches Prozedere, trotz unbekannter Diagnose behandelt?	Falsches Prozedere	Falsche Behandlungsmassnahme, RedFlags nicht erkannt	Falsches Prozedere, Kontraindikation nicht berücksichtigt	Anwendung einer falschen physiotherapeutischen Intervention & Anwendung von falschen Behandlungsmassnahmen	
75	Auf Grund schlechter Kommunikaton von ärztlicher Seite her, wurde ein frisch operierter Hüft- TP Patient mit 1/2 KG mobilisiert, anstatt der angedachten 25kg Teilbelastung. Nachträglich wurde der Patient ins Röntgen gebracht - glücklicherweise war nichts passiert.	D	D	D	D	Fehlbelastung, Kommunikation sfehler	Fehlbelastung	Fehlbelastung, Kommunikation sfehler	Fehlbelastung, Kommunikationsfehler (interprofessionell)	Das Nicht-einhalten von Gewichtsbelastungen, Schlechte Kommunikation bei der Patientenübergabe	

76	Ich habe am Wochenende wie von der zuständigen Therapeutin aufgetragen eine Patientin am Böckli in den Stand mobilisiert. Danach habe ich per Zufall im Verlauf den Eintrag einer orthopädischen Ärztin (der Eintrag wurde 3 Tage vorher verfasst) gesehen, worin stand dass die Schraube an der Hüfte wahrscheinlich disloziert ist und eine Re-Operation anstehen wird. Davon wusste weder Therapie, noch behandelnde (medizinische) Ärztin, noch Pflege Bescheid. Danach wurde auf meine Nachfrage Bettruhe verordnet und die Patientin 2 Tage später re-operiert.	D	D (F)	C	D	Fehlbelastung, (Interprofessioneller) Kommunikationsfehler, Falsches Prozedere	Kommunikationsfehler/Fehlbelastung	Kommunikationsfehler, Fehlbelastung	Falsches Prozedere, Kommunikationsfehler (interprofessionell), Fehlbelastung	Anwendung einer falschen physiotherapeutischen Intervention & Anwendung von falschen Behandlungsmassnahmen, Schlechte Kommunikation bei der Patientenübergabe, Das Nicht-einhalten von Gewichtbelastungen
77	Ein Patient mit wenig Kraft und viel Körpergewicht musste auf den Rollstuhl mobilisiert werden. Dabei waren die Bremsen angezogen, jedoch waren diese nicht mehr gut und die vorderen Räder haben in die falsche Richtung geschaut, so dass der Rollstuhl wegrutschte und der Patient von der Physio und Pflege gehalten werden musste, um nicht zu fallen. Es kam zu keiner Schädigung des Patienten.	C	C	C	C	Falsches Prozedere, Vorsichtsmassnahme nicht berücksichtigt	Materialfehler	Falsches Rollstuhl-Handling, Materialfehler	Falsches Rollstuhlhandling, Materialfehler	Fehlerhaftes Material
78	Bei einem frisch operierten Patient mit Ellbogenfraktur wurde mir von der Pflegeperson mitgeteilt, der Patient müsse instruiert werden zur Ellbogenmobi. Nachdem dies geschehen war, erhielt ich erst die Verordnung vom Operateur und erfuhr, dass er nur passiv bewegen durfte	C	D	C	D	Falsches Prozedere, Kommunikationsfehler, Fehlbelastung	Falsches Prozedere	Fehlbelastung, Kommunikationsfehler	Falsches Prozedere, Fehlbelastung, Kommunikationsfehler (interprofessionell)	Anwendung einer falschen physiotherapeutischen Intervention & Anwendung von falschen Behandlungsmassnahmen, Das Nicht-einhalten von Gewichtbelastungen, Schlechte Kommunikation bei der Patientenübergabe

79	Bsp. 3 a) Pat. nach Knie-TP, hat noch Teilparese von Femoralisblock. Mobi am Böckli mit Instruktion : nur minim belasten. Steht auf, Drehung, dann zurück. Pat. beeilt sich steht aufs OP-Bein, sackt ein (95kg, geht sehr rasch und ich kann ihn nicht halten. Volle Knieflexion. b) Eröffnung der Naht, (Klaffend, Blick aufs Gelenk), ReOPs. Kommt trotzdem gut.	F	F	F	F	Sturz, Vorsichtsmassnahme nicht berücksichtigt, Kommunikationsfehler, Patient*innenführung	Sturz	Kommunikationsfehler, Fehlbelastung, unerwünschte Reaktion (major)	Vorsichtsmassnahme nicht berücksichtigt, Fehlbelastung, mangelnde Patient*innenführung	Vorsichtsmassnahmen nach chirurgischen Eingriffen nicht eingehalten & Nichtberücksichtigen von Vorsichtsmassnahmen, Das Nicht-einhalten von Gewichtsbelastungen	Bin nicht sicher, ob es ein Sturz gab (Einsacken?), Kommunikationsfehler
----	---	---	---	---	---	--	-------	--	--	---	--

12.4 Selbständigkeitserklärung

Ich erkläre hiermit,

- dass ich die vorliegende Arbeit selbständig und ohne Anwendung anderer als der angegebenen Quellen und Hilfsmittel verfasst habe;
- dass ich sämtliche Quellen, wörtlich oder sinngemäss übernommene Texte, Grafiken und/oder Gedanken als solche kenntlich gemacht und sie gemäss dem «Leitfaden für schriftliche Arbeiten im Fachbereich Gesundheit» zitiert habe;
- dass ich diese Arbeit oder Teile davon nicht bereits in gleicher oder ähnlicher Form an einer anderen Bildungsinstitution eingereicht habe;
- dass mir bekannt ist, dass ein Plagiat ein schweres akademisches Fehlverhalten darstellt und entsprechend sanktioniert wird;
- dass mir die Richtlinie über den Umgang mit Plagiaten der Berner Fachhochschule bekannt ist.

Titel der Arbeit Irren ist menschlich – Fehler in der Physiotherapie. Qualitative Analyse einer Befragung von Physiotherapeut*innen

Autor*in 1:

Name, Vorname Howald Eveline

Matrikelnummer 20-261-616

Ort, Datum Bern, 01. September 2023

Unterschrift



Autor*in 2:

Name, Vorname Izzo Verena

Matrikelnummer 20-261-475

Ort, Datum Bern, 01. September 2023

Unterschrift

