



# Handout

## für Teilnehmende

### SPIELREGELN

- Die Haltung sollte neugierig, verbesserungsorientiert und respektvoll anderen und sich selbst gegenüber sein.
- Natürlich können auch Emotionen gezeigt werden. Diese sollten allerdings nicht in Anschuldigungen oder Rechtfertigungen münden.
- Sich so kurz wie möglich fassen, damit möglichst viele Personen zu Wort kommen.
- Bitte um Respekt gegenüber den Teilnehmenden: Das Besprochene verlässt den Raum nicht.

### CHECKLISTEN FÜR DIE DISKUSSION

#### Systemische Einflussfaktoren nach London-Protokoll

Es gibt nie nur eine Ursache für einen Fehler. Meist kommt man zum Schluss, dass eine Kombination verschiedener Handlungen und Umstände zu bestimmten Handlungen am Ende einer Handlungskette (sharp end) und zu negativen Folgen geführt hat. Hinzu kommt, dass bereits nach kurzer Zeit die Erinnerung an den genauen Vorgang eines Falls verzerrt sein kann. Eine vollständig korrekte Rekonstruktion ist unwahrscheinlich. Der M&M-Fall ist daher in erster Linie als Symptom und als Ausgangspunkt zu betrachten, um die Sicherheit und Zweckmässigkeit der Prozesse und Strukturen zu überprüfen und zu verbessern.

Faktorart	Einflussnehmende Faktoren
Patienten	<ul style="list-style-type: none"><li>• Zustand (Komplexität und Schweregrad)</li><li>• Sprache und Kommunikation</li><li>• Persönlichkeit und soziale Faktoren</li></ul>
Aufgaben und Verfahren	<ul style="list-style-type: none"><li>• Aufgaben- und Prozessgestaltung sowie strukturelle Klarheit</li><li>• Verfügbarkeit und Verwendung von Richtlinien und Verfahrensanweisungen</li><li>• Verfügbarkeit und Genauigkeit von Testergebnissen</li><li>• Entscheidungshilfen</li></ul>
Individuelle Faktoren (Personal)	<ul style="list-style-type: none"><li>• Kenntnisse und Fähigkeiten</li><li>• Kompetenz</li><li>• Körperliche und psychische Gesundheit</li></ul>
Team	<ul style="list-style-type: none"><li>• Mündliche und schriftliche Kommunikation</li><li>• Supervision und Hilfesuche</li><li>• Teamstruktur (Passung/Übereinstimmung, Beständigkeit, Führung etc.)</li></ul>
Arbeitsumfeld	<ul style="list-style-type: none"><li>• Personalbestand und Qualifikationsmix</li><li>• Arbeitsbelastung und Schichtpläne</li><li>• Beschaffenheit, Verfügbarkeit und Instandhaltung der techn. Ausstattung</li><li>• Unterstützung durch Verwaltung und Geschäftsleitung</li><li>• Physische Umgebung</li></ul>
Organisation und Management	<ul style="list-style-type: none"><li>• Finanzielle Ressourcen und Einschränkungen</li><li>• Organisationsstruktur</li><li>• Grundsätze, Standards und Ziele</li><li>• Sicherheitskultur und Prioritäten</li></ul>
Institutioneller Rahmen	<ul style="list-style-type: none"><li>• Wirtschaftlicher und regulatorischer Kontext</li><li>• Gesundheitspolitik</li><li>• Verbindungen mit externen Organisationen</li></ul>

### **Könnten kognitive Verzerrungen einen Einfluss gehabt haben?**

Auch erfahrene und sehr qualifizierte Mitarbeitende verarbeiten Informationen manchmal falsch und ziehen falsche Schlüsse aus vorliegenden Informationen. Vielen unerwünschten Ereignissen gehen sogenannte kognitive Verzerrungen (auch gedankliche Abkürzungen, Denkfehler, Heuristiken, Bias) voraus. Kognitive Verzerrungen bei der Planung und Ausführung von Tätigkeiten sind menschlich, alltäglich und dienen dazu, Entscheidungsprozesse zu beschleunigen. Ohne sie wäre der Alltag zeitlich nicht zu bewältigen. Die Benennung konkreter kognitiver Verzerrungen und der Austausch darüber vereinfachen es, sich bewusst zu werden, unter welchen Umständen man für welche Verzerrungen anfällig ist, und allenfalls Massnahmen dagegen zu treffen.

---

## **KOGNITIVE VERZERRUNGEN**

(Liste nicht abschliessend)

### **Verfügbarkeitsheuristik (availability bias)**

Die Leichtigkeit, mit der Inhalte erinnert werden, hat einen Einfluss auf die subjektiv wahrgenommene Wahrscheinlichkeit des Auftretens. Inhalte, mit denen wir uns regelmässig beschäftigen, werden also schneller aus dem Gedächtnis abgerufen, unabhängig davon, ob sie tatsächlich wahrscheinlicher auftreten. Das kann zum Beispiel in der Diagnostik eine Rolle spielen.

### **Triage-Brille (triage cueing)**

Triage, die Zuteilung der Patienten/Patientinnen nach Krankheitsbild und Zustand, kommt zum Beispiel in der Notfallaufnahme oft vor. Sobald ein Patient/eine Patientin in einer bestimmten Abteilung landet, wird er/sie in erster Linie durch diese «Brille» betrachtet.

### **Yin-yang-Aufgabe (yin-yang out)**

Wenn schon sehr viele diagnostische Interventionen gemacht wurden, besteht die Tendenz, bereits vor einem befriedigenden Ergebnis aufzugeben.

### **Zebra-Rückzug (zebra retreat)**

Seltene Differentialdiagnosen werden nicht weiterverfolgt, weil man keine Ressourcen (Zeit und Geld) verschwenden will, nicht als realitätsfremd angesehen werden möchte, man gerade keinen Zugang zu Spezialisten hat (z. B. am Wochenende) oder wegen Müdigkeit oder Ablenkung.

### **Mitläufer-Effekt (bandwagon effect)**

Gewisse Dinge werden geglaubt oder getan, nur weil andere sie glauben oder tun. Beispielsweise treffen beim sogenannten «Gruppendenken» kompetente Personen schlechtere Entscheidungen, weil jede Person ihre Meinung an die vermeintliche Gruppenmeinung anpasst.

### **Bestätigungsfehler (confirmation bias)**

Wir nehmen Informationen eher wahr, die unsere bestehenden Vorstellungen bestätigen, und tendieren dazu, Informationen zu übersehen, die unseren Erwartungen widersprechen.

### **Momentum-Effekt (diagnosis momentum)**

Hypothesen verfestigen sich schleichend zur Diagnose, weil alle darüber sprechen und die Diagnosen annehmen. Irgendwann fällt die Differenzialdiagnostik weg.

### **Kommissionsfehler (commission bias)**

Es besteht die Einstellung, dass nur durch Interventionen das Wohl des Patienten/der Patientin aufrechterhalten werden kann.

### **Unterlassungsfehler (omission bias)**

Schlechte Ergebnisse, die aufgrund eines natürlichen Verlaufs entstanden sind, sind akzeptierter als solche, die durch medizinisches Eingreifen entstanden. Deshalb ist man manchmal geneigt, im Zweifelsfall nichts zu machen. Unterlassungsfehler sind häufiger als Kommissionsfehler.

---

Adaptiert aus:

The Ottawa M&M Model: A Guide to Enhancing Morbidity and Mortality Rounds Quality.