

**Gesamtzeichenzahl inkl. Leerzeichen: 26'986**

**Anzahl Referenzen: 31**

### **Schnelleseüberblick (400 Z., inkl. Leerz.)**

*Was ist schon bekannt:* Das Risiko für Fehler in der Versorgung von psychisch Erkrankten ist gross.

*Was ist neu:* Die systematische Auseinandersetzung mit Patientensicherheit in diesem Bereich und Entwicklung eines Aktionsplans mit einem multiprofessionellen ExpertInnenteam.

*Welche Konsequenzen haben die Ergebnisse für die Pflegepraxis:*  
Es steht ein praxisrelevanter Aktionsplan zur Verfügung.

### **Deutsch Abstract (1500-1600, inkl. Leerz.)**

*Hintergrund:*

In der Versorgung psychisch Erkrankter findet bislang kaum eine systematische Auseinandersetzung mit Patientensicherheit statt. Dies obwohl psychische Erkrankungen weltweit mit einer hohen Prävalenz und Krankheitslast verbunden sind und das Risiko für Fehler und Schädigungen - z.B. Selbst- und Fremdgefährdung oder Fehler in der nicht-medikamentösen Therapie - der Patienten bei dieser vulnerablen Gruppe gross ist.

*Fragestellung/Ziel:*

Ziel des Projekts war, prioritäre Handlungsfelder und -strategien zur Förderung der Patientensicherheit in der Versorgung psychisch Erkrankter zu entwickeln.

*Methode:*

Die Stiftung Patientensicherheit Schweiz hat gemeinsam mit ExpertInnen Round Table-Diskussionen und eine Delphi-Befragung durchgeführt, um Handlungsfelder entlang des Behandlungspfades zu definieren, zu priorisieren und daraus Aktionsfelder abzuleiten.

*Ergebnisse:*

Ein Aktionsplan wurde entwickelt, indem 9 Handlungsfelder definiert und nach Wichtigkeit priorisiert wurden. Strukturelle Fehler und Fehler im Bereich der Diagnostik wurden mit der höchsten Priorität bewertet. Daraus folgend wurden vier Aktionsfelder (Sensibilisierung, Forschung, Umsetzung und Aus- und Weiterbildung) erarbeitet. Diese beinhalten praxisrelevante Ansatzpunkte zur Verbesserung der Patientensicherheit.

*Schlussfolgerung:*

Der Aktionsplan zeigt auf, welche Themen für die Patientensicherheit im Bereich der Versorgung von PatientInnen mit psychischer Erkrankung wichtig sind und bietet Ansatzpunkte für die Entwicklung sowohl von Handlungsstrategien als auch konkreter Aktivitäten.

Schlüsselbegriffe: Patientensicherheit, Psychiatrie, Aktionsplan, Schweiz

**Englisch Abstract (1500-1600, inkl. Leerz.)**

*Background:* Patient safety in mental healthcare has not attracted great attention yet, although the burden and the prevalence of mental diseases are high. The risk of errors with potential for harm of patients, such as aggression against self and others or non-drug treatment errors is particularly high in this vulnerable group.

*Aim:* To develop priority topics and strategies for action to foster patient safety in mental healthcare.

*Method:* The Swiss patient safety foundation together with experts conducted round table discussions and a Delphi questionnaire to define topics along the treatment pathway, and to prioritise these topics. Finally, fields of action were developed.

*Results:* An action plan was developed including the definition and prioritization of 9 topics where errors may occur. A global rating task revealed errors concerning diagnostics and structural errors as most important. This led to the development of 4 fields of action (awareness raising, research, implementation, and education and training) including practice-oriented potential starting points to enhance patient safety.

*Conclusions:* The action plan highlights issues of high concern for patient safety in mental healthcare. It serves as a starting point for the development of strategies for action as well as of concrete activities.

Key words: patient safety, psychiatry, action plan, Switzerland

## 1 **Einleitung**

2 Psychische Erkrankungen sind weit verbreitet und mit einer hohen Krankheitslast verbunden  
3 (Patel, et al., 2016; Whiteford et al., 2015). In Europa inkl. der Schweiz erkranken jährlich  
4 knapp 40% der Bevölkerung an psychischen Störungen und weisen im Vergleich zu anderen  
5 chronischen Krankheiten die höchste Rate an Lebensjahren auf, die mit Einschränkungen  
6 gelebt werden (years lived with disability; YLD) (Schuler & Burla, 2012; Whiteford et al.,  
7 2015; Wittchen & Jacobi, 2005). Auch sind psychische Störungen mit einer hohen  
8 ökonomischen Last verbunden. Für die Schweiz wird mit Kosten von 8 Milliarden alleine für  
9 Depressionserkrankungen gerechnet. Die Kosten für Depressionserkrankungen sind positiv  
10 mit dem Schweregrad der Erkrankung assoziiert (Tomonaga et al., 2013). Auch in Bezug auf  
11 Berentungen machen psychische Erkrankungen als grösste Gruppe knapp die Hälfte der  
12 4.3% der Berentungen an der versicherten Bevölkerung (d.h. von 18 Jahren bis zum  
13 Rentenalter) in der Schweiz aus ("Bundesamt für Sozialversicherungen (BSV) - Statistiken  
14 IV," 2015).

15  
16 Für viele psychische Erkrankungen gibt es heutzutage gute und erfolgsversprechende  
17 Behandlungsmöglichkeiten und trotzdem wird für die Schweiz davon ausgegangen, dass  
18 zwei Drittel der psychischen Störungen unbehandelt bleiben (Schuler et al., 2012). Die  
19 stationären Hospitalisierungsraten in psychiatrischen Kliniken betragen in der Schweiz 8.3  
20 Fälle pro 1'000 Einwohner (Schweizerisches Gesundheitsobservatorium, 2016). Daraus lässt  
21 sich auf eine grosse Krankheitslast mit einer Zunahme der benötigten Behandlungen  
22 schliessen. Nichts desto trotz ist in der Schweiz wenig und oft nur fragmentiertes Wissen zu  
23 Patientensicherheit vorhanden. Dies obwohl in der Versorgung psychisch Erkrankter die  
24 Patientensicherheit eine besondere Herausforderung darstellt, denn Risiken umfassen  
25 schwerwiegende Themen, welche sich teilweise von Themen in somatischen Spitälern  
26 unterscheiden (z.B. Suizid).

27 Generell wird Patientensicherheit definiert als „die Vermeidung, Prävention und  
28 Verbesserung von unerwünschten Ereignissen oder Schädigungen, die sich aus dem  
29 Behandlungsprozess ergeben“ (Vincent, 2012). Eine qualitative Studie aus der Schweiz hat  
30 dazu die wichtigsten Risikofaktoren in Bezug auf das klinische Risikomanagement in der  
31 psychiatrischen Versorgung herausgearbeitet (Briner & Manser, 2013). Diese Studie zeigte  
32 auf, dass aus Sicht der Risikomanager die Selbst- und Fremdgefährdung das Hauptrisiko  
33 darstellen. Als zweites wurden medikamentöse und nicht-medikamentöse Behandlungsfehler  
34 genannt und als drittes schliesslich Risiken, welche spezifisch die psychische Erkrankung  
35 selber betreffen, z.B. bei der Behandlung von Psychosen oder depressiven Episoden. In  
36 psychiatrischen Kliniken stellen diese Risiken eine grosse Belastung dar und zwar nicht nur  
37 für die PatientInnen, sondern auch für die Angehörigen und die MitarbeiterInnen.

38 Es kann also für die Schweiz festgestellt werden, dass kaum eine systematische  
39 Auseinandersetzung mit der Patientensicherheit in der Versorgung psychisch erkrankter  
40 Menschen stattfindet. Eine Systematisierung von Risiken und das Aufzeigen möglicher  
41 Aktionsfelder erhöhen jedoch sowohl das Wissen als auch den Überblick über bestehende  
42 Massnahmen zu Patientensicherheit in der psychiatrischen Versorgung. Im Jahr 2015 hat die  
43 Stiftung Patientensicherheit Schweiz deshalb ein von der FMH massgeblich finanziertes  
44 Projekt „Patientensicherheit in der psychiatrischen Versorgung – Bestandsaufnahme und  
45 Aktionsplan“ lanciert, um das Thema der Patientensicherheit in der psychiatrischen  
46 Versorgung für die Schweiz praxisbezogen, interdisziplinär und sektorenübergreifend  
47 aufzuarbeiten, die Sensibilisierung für dieses Thema schweizweit zu erhöhen und den  
48 dringlichsten Handlungsbedarf aufzuzeigen.

49

50 Das Ziel des Projektes war die Entwicklung eines Aktionsplans. Der Fokus wurde darauf  
51 gelegt, Patientensicherheit spezifisch für die Versorgung psychisch Erkrankter genauer zu  
52 definieren und zu priorisieren und mögliche Handlungsstrategien aufzuzeigen.

53

#### 54 **Methode**

55

#### 56 Teilnehmer

57 Eine interprofessionell zusammengesetzte ExpertInnengruppe beteiligte sich zusammen mit  
58 der Stiftung Patientensicherheit Schweiz an der Entwicklung des Aktionsplans. Für die  
59 Auswahl der ExpertInnen wurden relevante Aspekte wie Spezialgebiete, Berufe und  
60 Settings berücksichtigt. Dafür wurde zunächst eine Kriterienliste der abzudeckenden  
61 Bereiche und Expertisen erstellt, und dann die entsprechenden Personen identifiziert. Die  
62 ExpertInnen wurden unabhängig voneinander und aufgrund der Basis ihrer Erfahrungen für  
63 eine Teilnahme angefragt.

64 Die 20 ExpertInnen stammen sowohl aus der Psychiatriepflege, aus dem Risikomanagement  
65 als auch aus der Forschung. Es waren zudem psychologische Psychotherapeuten,  
66 Psychiater aus dem Kinder-, Jugend-, und Erwachsenenbereich, Hausärzte, PatientInnen-  
67 und Angehörigenvertretungen aus den verschiedensten Landesteilen der Schweiz vertreten.  
68 Die Fachpersonen stammten sowohl aus der stationären als auch aus der ambulanten  
69 psychiatrischen Versorgung verschiedenster Gebiete (z.B. Sucht, Geriatrie, Forensik).

70

#### 71 Vorgehen

72 Als erstes wurde eine Round-Table Diskussion durchgeführt um Patientensicherheit im  
73 Bereich der psychiatrischen Versorgung genauer zu definieren. Als nächstes erfolgte eine  
74 halb-strukturierte Umfrage um Risikobereiche und bereits vorhandene Projekte in der

75 Schweiz zu erfassen. Dazu wurde den ExpertInnen und weiteren von den ExpertInnen  
76 angefragten Fachpersonen ein semi-strukturierter Fragebogen zugeschickt (Snowballing).  
77 Damit wurde eruiert, ob und welche patientensicherheitsrelevanten Situationen erlebt  
78 wurden, welches die zwei wichtigsten Hotspots - d.h. Problemfelder in der  
79 Gesundheitsversorgung - sind und welche existierenden Projekte im Bereich der  
80 psychischen Krankheiten zu Patientensicherheit bekannt sind. In einer zweiten Round-Table  
81 Diskussion wurden die Handlungsfelder diskutiert und in einer anschliessenden Delphi-  
82 Befragung mit zwei Runden finalisiert. Schliesslich wurde vom Forschungsteam der Stiftung  
83 Patientensicherheit Schweiz 4 Aktionsfelder entwickelt. Dazu erfolgten ein Feedback von  
84 den ExpertInnen und eine Vernehmlassung des erstellten Aktionsplans von  
85 Fachgesellschaften.

86

### 87 Entwicklung und Priorisierung von Handlungsfeldern

88 Fehler für die Patientensicherheit in der Versorgung psychisch Erkrankter können entlang  
89 des gesamten Behandlungskontinuums auftreten. Die Kategorisierung und Clusterung  
90 aufgrund der Entstehung oder des Auftretens von Fehlern stellt eine Herausforderung dar,  
91 welche in einer zweiten Round-Table Diskussion angegangen wurde. Es wurden 9  
92 Handlungsfeldern definiert, welche als Grundlage für die nachfolgende Delphi-Befragung  
93 dienen. Bei der Delphi-Befragung handelt es sich um ein qualitatives Verfahren, bei dem in  
94 mehreren Runden die Meinung von ExpertInnen zu vorgegebenen Aspekten unabhängig  
95 voneinander gesammelt werden (Häder, 2014). Das Ziel war es für dieses Projekt, mit Hilfe  
96 von zwei Runden einen möglichst breiten ExpertInnenkonsens über die Priorisierung der 9  
97 Handlungsfelder zu erzielen. Dafür wurden diese Handlungsfelder anhand von 4  
98 Dimensionen und einer Globalskala nach Prioritäten beurteilt.  
99 Jedes der 9 Handlungsfelder wurde durch eine Konsensfindung der ExpertInnen separat für  
100 jede Dimension bewertet. Die erste Dimension erfasste die Auftretenshäufigkeit von Fehlern  
101 (Antwortmöglichkeiten: „selten“, „gelegentlich“, „häufig“, „sehr häufig“). In der zweiten  
102 Dimension wurde das Schadenspotential der einzelnen Handlungsfelder in „gering“, „weniger  
103 gross“, „gross“ oder „sehr gross“ eingeteilt. Als drittes wurde die Vermeidbarkeit der Fehler  
104 durch fachlich adäquates Verhalten für die 9 Handlungsfelder eingeschätzt. Mögliche  
105 Kategorien waren „nicht vermeidbar“, „weniger vermeidbar“, „vermeidbar“ und „sehr  
106 vermeidbar“. Die Umsetzbarkeit von Massnahmen beinhaltete einerseits das  
107 Problembewusstsein der relevanten Personen und andererseits das geschätzte Interesse an  
108 der Umsetzung von Massnahmen. Diese vierte Dimension konnte mit „nicht umsetzbar“,  
109 „weniger umsetzbar“, „umsetzbar“ oder „sehr umsetzbar“ beantwortet werden.  
110 Für die Globalbewertung mussten die Themen in Bezug auf Wichtigkeit von jedem einzeln in  
111 eine Rangreihenfolge gebracht werden. Diese Resultate wurden anschliessend vom

112 Forschungsteam evaluiert. Die Übereinstimmung zwischen den ExpertInnen wurde für die  
113 erste Runde in „hoch“ (≥ 7 Teilnehmer von 11), „mittel“ (6 von 11 Teilnehmern oder gleiche  
114 Verteilung in zwei nebeneinanderstehenden Antwortkategorien) und „tief“ (andere) eingeteilt.  
115 Darauf aufbauend wurden die ExpertInnen in der zweiten Runde gebeten, die Ergebnisse zu  
116 bewerten (Kategorien: dieser Rangfolge kann ich voll zustimmen; mich anschliessen trotz  
117 eventueller Abweichungen im Detail; mich nicht anschliessen.

118

### 119 Entwicklung von Aktionsfeldern

120 Vier Aktionsfelder wurden schliesslich unter Einbezug der Resultate zur Priorisierung der  
121 Handlungsfelder und anhand konkreter Inputs und Ideen des ExpertInnengremiums  
122 zusammen mit der Stiftung Patientensicherheit Schweiz erarbeitet. Diese Aktionsfelder  
123 sollen eine Stossrichtung für die nächsten Jahre vorgeben, wo Aktivitäten und Umsetzungen  
124 von Massnahmen auf den Ebenen der Gesellschaft, der Forschung, der Praxis sowie der  
125 Aus- und Weiterbildung anzusetzen sind.

126 Weitere Details zur gesamten Methodik finden sich im Artikel von Mascherek & Schwappach,  
127 (2016).

128

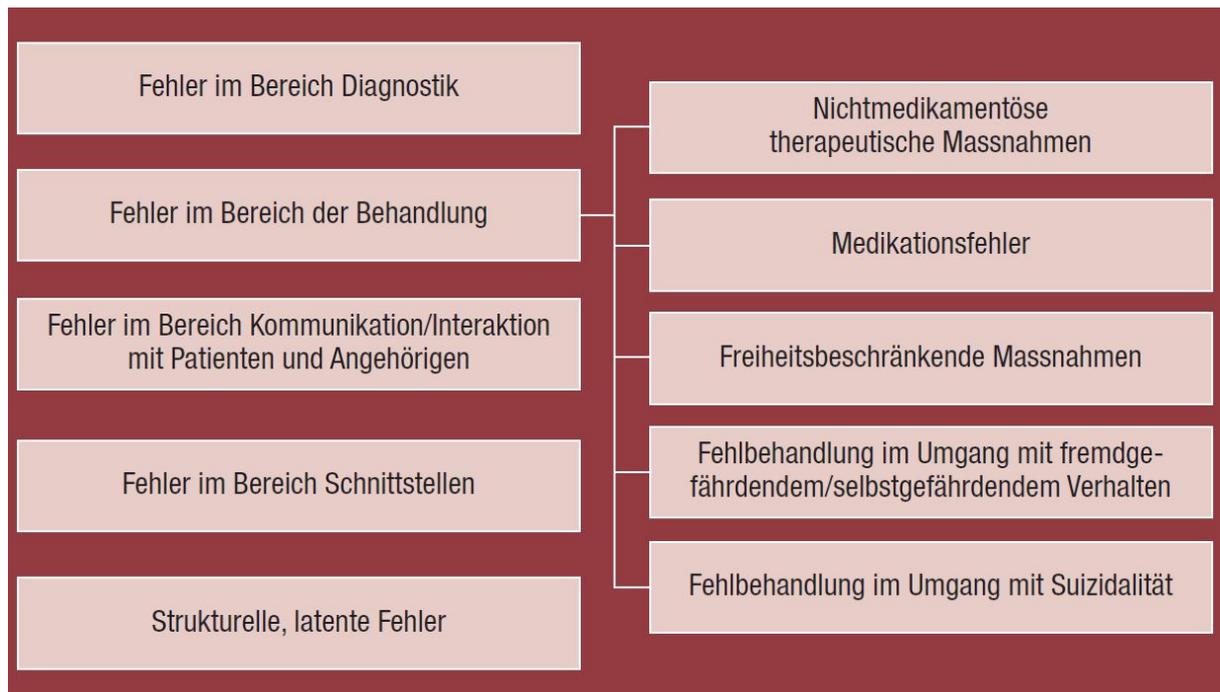
## 129 **Ergebnisse**

130

### 131 Handlungsfelder und deren Priorisierung

132 Die Risiken entlang des gesamten Behandlungskontinuums wurden in 9 Handlungsfelder in  
133 5 Bereichen kategorisiert (Abb. 1). Die Abbildung zeigt 5 Handlungsfelder (1.  
134 nichtmedikamentöse therapeutische Massnahmen, 2. Medikationsfehler, 3.  
135 freiheitsbeschränkende Massnahmen, 4. Fehlbehandlung im Umgang mit  
136 gefährdendem/selbstgefährdendem Verhalten, 5. Fehlbehandlung im Umgang mit  
137 Suizidalität) zu Fehlern im Bereich der Behandlung und 4 weitere Handlungsfelder in den  
138 Bereichen Diagnostik, Kommunikation/Interaktion mit Patienten und Angehörigen,  
139 Schnittstellen und strukturellen, latenten Fehlern.

140



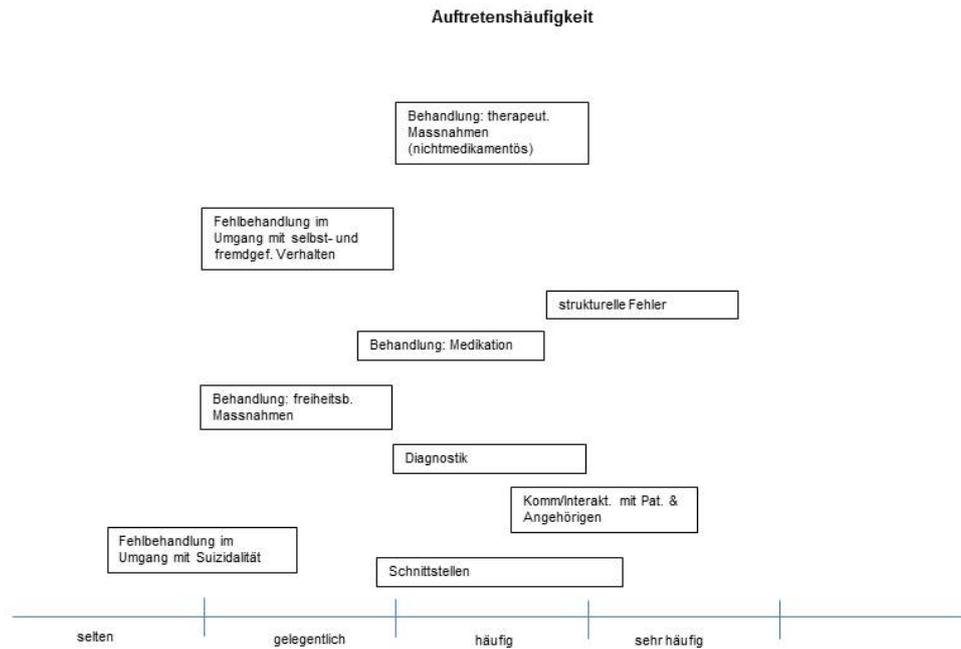
141

142 *Abbildung 1: Neun Handlungsfelder in fünf Bereichen.*

143

144 Die Einschätzung zeigte bezüglich der Dimension 1) Auftretenshäufigkeit von Fehlern eine  
 145 grosse Bandbreite von „selten“ bis „sehr häufig“ auf (siehe Abb. 2). Dimension 2)  
 146 Schadenspotential von Fehlern hingegen wurde bei allen 9 Handlungsfeldern als gross  
 147 eingeschätzt. Dimension 3) Strukturelle Fehler galten als wenig vermeidbar, bei den anderen  
 148 8 Handlungsfeldern hingegen wurden Fehler als eher vermeidbar erachtet. Ähnliche  
 149 Resultate zeigten sich bzgl. der Dimension 4) Umsetzbarkeit von Massnahmen zur  
 150 Vermeidbarkeit von Fehlern; so wurden Massnahmen zur Vermeidung struktureller Fehler  
 151 als wenig umsetzbar angesehen, bei den anderen Handlungsfeldern wurden Massnahmen  
 152 als umsetzbar eingeschätzt. Die zusammenfassende globale Bewertung dieser Dimensionen  
 153 zeigte, dass Fehler im Bereich der Diagnostik und strukturelle Fehler mit der höchsten  
 154 Priorität bewertet wurden. Als zweitwichtigstes wurden Fehler im Bereich der Behandlung  
 155 erachtet. Schliesslich wurden Fehler im Bereich von Schnittstellen und im Bereich von  
 156 Kommunikation / Interaktion mit PatientInnen und Angehörigen genannt.

157



158

159 *Abbildung 2: Einschätzung der Auftretenshäufigkeit von Fehlern in den 9 Handlungsfeldern.*

160

161 Aktionsfelder

162 Auf der Basis der erarbeiteten Handlungsfelder und deren Priorisierung auf verschiedenen  
 163 Dimensionen sowie unter Berücksichtigung der Antworten des Fragebogens zu bereits  
 164 vorhandenen Aktivitäten und Projekten, wurden die vier Aktionsfelder Sensibilisierung,  
 165 Forschung, Praxis sowie Aus- und Weiterbildung erarbeitet. Die Resultate der Umfrage  
 166 zeigten, dass in der Schweiz kaum systematische Aktivitäten zur Verbesserung der  
 167 Patientensicherheit in der psychiatrischen Versorgung existieren (Ausnahmen stellen  
 168 Projekte zu Aggressionsmanagement, Suizidprävention, Medikationsfehler oder dem  
 169 Umgang mit freiheitsbeschränkenden Massnahmen dar), dass aber vielfältige Hotspots  
 170 präsent sind.

171

172 Im ersten Aktionsfeld „Sensibilisierung“ wurden vier Punkte vorgestellt: Erstens die  
 173 Sensibilisierung von Fachpersonen für die Möglichkeit von Fehlern im Rahmen der  
 174 Diagnostik. Zweitens die Stärkung einer Lobby, die die Anliegen der Patientensicherheit in  
 175 der Versorgung psychischer Erkrankter vertritt, drittens, die Notwendigkeit weiterführender  
 176 Information der Öffentlichkeit über psychische Erkrankungen. Als viertes wurde der  
 177 verstärkte Einbezug von Betroffenen und Angehörigen thematisiert.

178 Das Aktionsfeld „Forschung“ fokussiert darauf, dass wissenschaftliche Daten über Fehler in  
179 der nicht-medikamentösen Therapie generiert werden müssen, so müssen z.B. Fehler klar  
180 definiert werden. Zudem muss die Entwicklung von und Forschung zu Strategien zur  
181 Reduktion von diagnostischen Fehlern ausgebaut und gut konzipierte Forschung mit und zu  
182 Angehörigen durchgeführt werden. Die Generierung von Evidenz zur Entwicklung von  
183 Leitlinien und von wissenschaftlichen Daten ausserhalb der Akutbehandlung sind weitere  
184 wesentliche Forschungsfelder um schon bei der Wahl therapeutischer Massnahmen Risiken  
185 für PatientInnen zu reduzieren.

186 Im Aktionsfeld „Umsetzung“ wurden vier mögliche Ansätze mit dem Hinweis erwähnt, diese  
187 immer im Kontext der jeweiligen Situation und Institution zu betrachten. Erstens muss die  
188 systematische Erfassung von Never events (d.h. Ereignisse, die eindeutig identifizier- und  
189 messbar, schwerwiegend und grundsätzlich vermeidbar sind (Austin & Pronovost, 2015))  
190 und anderen vermeidbaren unerwünschten Ereignissen etabliert werden. Zweitens sollten  
191 Qualitätszirkel - d.h. feste Veranstaltungen - etabliert werden, die spezifisch auf  
192 diagnostische Fehler in der Abgrenzung somatischer und psychischer Symptome eingehen.  
193 Des Weiteren müssen verstärkt bekannte evidenzbasierte Methoden zur Vermeidung von  
194 Fehlern im Bereich der Behandlung umgesetzt werden. Schliesslich soll die Vernetzung  
195 entlang des Behandlungspfad verstärkt werden, so dass z.B. Fehler an Schnittstellen  
196 zwischen Institutionen verringert werden.

197 Im vierten Aktionsfeld wurde die Aus- und Weiterbildung thematisiert. Insbesondere wurde  
198 betont, dass eine adäquate Kommunikation / Interaktion mit PatientInnen und Angehörigen  
199 und der aktive Einbezug von PatientInnen in die Behandlungsplanung gelehrt werden  
200 müssen. Zudem muss Patientensicherheit in die Ausbildung verschiedenster Fachpersonen  
201 integriert werden. Auch Themen wie „Stigmatisierung“ und „strukturelle Fehler“ müssen in  
202 der Ausbildung aufgegriffen werden.

203

## 204 **Diskussion**

205

206 Es wurde ein Aktionsplan entwickelt, indem einerseits 9 Handlungsfelder definiert und nach  
207 Wichtigkeit eingeteilt und andererseits vier praxisrelevante Aktionsfelder beschrieben wurden.  
208 Als erstes konnte aufgezeigt werden, dass Patientensicherheit in der psychiatrischen  
209 Versorgung in der Schweiz noch zu wenig thematisiert wird und kaum strukturierte Projekte  
210 dazu existieren. Dies obwohl vielfältige Hotspots existieren und Risiken in der ganzen  
211 Behandlungskette vorkommen können; vom Zugang zur „richtigen“ Behandlung, der  
212 Diagnose, der ambulanten und/oder stationären Versorgung bis hin zur Nachsorge von  
213 PatientInnen. Auch wenn es nicht einfach ist, Fehler zu kategorisieren, sollen die nach

214 Prioritäten gegliederten 9 Handlungsfelder helfen, die Komplexität für den vorliegenden  
215 Aktionsplan zu reduzieren (Mascherek & Schwappach, 2016).

216

217 Die im Aktionsplan definierten Aktionsfelder zeigen praktische Ansätze und Beispiele auf, wo  
218 und wie Patientensicherheit angegangen werden kann. Im Aktionsfeld „Sensibilisierung“ wird  
219 auf vier Themenbereiche eingegangen. Dabei kommt der richtigen Diagnose eine besondere  
220 Bedeutung zu, weil sie am Anfang des Behandlungsprozesses steht. Insbesondere soll auf  
221 die Möglichkeit von somatischen Beschwerden in der psychiatrischen Versorgung und auf  
222 die psychischen Beschwerden in der somatischen Medizin (z.B. beim Hausarzt) aufmerksam  
223 gemacht werden, denn viele somatische Beschwerden sind mit psychischen Beschwerden  
224 assoziiert (Ferrari, Galeazzi, Mackinnon, & Rigatelli, 2008; Hewer & Schneider, 2016;  
225 Lyketsos, Dunn, Kaminsky, & Breakey, 2002). Besonders das Stellen einer falschen  
226 Diagnose und das Nicht-Abklären von differentialdiagnostischen Fragen sind Fehler, die hier  
227 auftreten. Für die somatische Medizin (z.B. beim Hausarzt oder im Spital) wird deshalb eine  
228 regelmässige differentialdiagnostische Abklärung mit Einschluss von psychischen  
229 Störungen, z.B. eine standardisierte Einführung von Screenings, empfohlen. Wenn  
230 beispielsweise eine ältere Person wegen eines Sturzes hospitalisiert wird, sollte daran  
231 gedacht werden, dass Stürze mit Angststörungen und depressiver Störung assoziiert sein  
232 können (Holloway et al., 2016; Stubbs, Stubbs, Gnanaraj, & Soundy, 2016; Williams et al.,  
233 2015) und dementsprechend abgeklärt werden müssen. Umgekehrt wiederum ist in der  
234 psychiatrischen Versorgung darauf zu achten, dass auch somatischen Beschwerden  
235 nachgegangen wird, da diese oft nicht als solche erkannt werden (Lyketsos et al., 2002;  
236 Okkels, Thygesen, Jensen, & Munk-Jørgensen, 2013; Šprah, Dernovšek, Wahlbeck, &  
237 Haaramo, 2017). Internistische Routineuntersuchungen bei Eintritt in psychiatrische Kliniken,  
238 sowie bestehende Fallkonferenzen oder Qualitätskonferenzen können so einen Beitrag zu  
239 erhöhter Patientensicherheit bezüglich Diagnostik leisten. Nicht zu vernachlässigen ist der  
240 Einbezug von PatientInnen durch zusätzliche Aufklärung und Aufforderung, sich um die  
241 Diagnostik in der jeweils anderen Fachdisziplin zu bemühen. Differenzialdiagnostische  
242 Fehler können auch dadurch verringert werden, indem Fachpersonen immer wieder dafür  
243 sensibilisiert werden, Abklärungen möglichst standardisiert und leitliniengetreu  
244 durchzuführen.

245 Zur weiteren Sensibilisierung in Bezug auf Patientensicherheit sind alle Fachpersonen dazu  
246 aufgefordert, systemische und strukturelle Gefahren zu thematisieren und Verbesserungen  
247 einzufordern. Infrastrukturen und Versorgungsstrukturen sind zu analysieren und zu  
248 verändern. So gefährdet z.B. eine inadäquate Versorgung von Kindern- und Jugendlichen in  
249 Einrichtungen für Erwachsene die Patientensicherheit erheblich. Es braucht eine Lobby,  
250 welche sich dieser Themen annimmt; Fachverbände und -gesellschaften können sich zu

251 einem Gremium zusammenschliessen und die Anliegen in der Öffentlichkeit vertreten. Die  
252 Öffentlichkeit bedarf auch weiterhin einer Aufklärung über psychische Erkrankungen, um  
253 Stigmatisierung und Vorurteilen entgegen zu wirken (Public Health Schweiz, 2012).  
254

255 Das Aktionsfeld „Forschung“ thematisiert fünf Bereiche: Erstens wird die Notwendigkeit der  
256 Generierung von wissenschaftlichen Daten über Fehler in der nichtmedikamentösen  
257 Therapie betont. Hier steht die Forschung noch relativ am Anfang mit der Frage, wie Fehler  
258 in der Psychotherapie überhaupt definiert werden und es existiert aktuell kein Konsens über  
259 eine klare Definition und Klassifikation zu Fehlern, insbesondere in der Abgrenzung zu  
260 Misserfolgen und Nebenwirkungen in der Psychotherapie (Brakemeier, Breger, & Spitzer,  
261 2012). Das liegt u.a. auch daran, dass im Gegensatz zur somatischen Medizin ein Fehler  
262 schwieriger zu definieren, d.h. die Operationalisierung solcher Fragen sehr komplex ist. So  
263 kann es beispielsweise schwierig sein, einen Therapieabbruch oder Vertrauensverlust auf  
264 einen konkreten Fehler zurückzuführen (Jacobi, Uhlmann, & Hoyer, 2011; Nelson & Hiller,  
265 2013). Ansätze zur Eingrenzung und Definition von Fehlern finden sich u.a. in einer  
266 deutschen Studie, welche 30 semi-strukturierte Interviews mit Psychotherapeuten ausgeführt  
267 und analysiert und vier Fehlerarten definiert hat. Es wurden technische Fehler (z.B.  
268 fehlerhafte Diagnostik, fehlende Erfahrung, fehlende Fähigkeit/veraltet Technik),  
269 Einschätzungsfehler, normative Fehler und Systemfehler (Medau, Jox, & Reiter-Theil, 2014)  
270 unterschieden. Als entscheidend hat sich der Umgang mit Fehlern herauskristallisiert, wobei  
271 aus Sicht der Psychotherapeuten eine Fehleroffenlegung mit positiven Erfahrungen  
272 bezüglich einer besseren therapeutischen Beziehung einherging (Medau, Jox, Dittmann, &  
273 Reiter-Theil, 2012).

274 Als zweiter Forschungsschwerpunkt sollen systematische Interventionen entwickelt werden,  
275 mit denen die Fehlerrate im Bereich der Diagnostik reduziert werden kann. Dazu müssen  
276 Erfolgsfaktoren operationalisiert und Studien zur Messung dieser Faktoren durchgeführt  
277 werden.

278 Drittens kommt der Forschung mit und zu Angehörigen eine grosse Bedeutung zu.  
279 Angehörige von psychisch Erkrankten sind einer hohen Belastung ausgesetzt, welche sich  
280 auch in psychischen Erkrankungen manifestieren kann (von Kardorff, Soltaninejad, Kamali, &  
281 Eslami Shahrabaki, 2016; Möller-Leimkühler & Wiesheu, 2012; Perlick et al., 2016). Gut  
282 konzipierte Studien sollen in Zukunft die noch ungenügend erforschten Fragen klären, wie  
283 Angehörige mit der Erkrankung umgehen, wie und wann sie eingebunden werden können  
284 und wie sie die Patientensicherheit fördern oder auch gefährden können. Es braucht diese  
285 evidenzbasierte Forschung als Baustein zur Umsetzung von praktischen Massnahmen.

286 Viertens soll bezüglich des empfohlenen Gebrauchs von Leitlinien im obengenannten  
287 Aktionsfeld „Sensibilisierung“ Forschung dazu erfolgen und der Erstellung von Leitlinien  
288 dienen.

289 Nicht zuletzt fehlt es an wissenschaftlichen Daten ausserhalb der Akutbehandlung,  
290 insbesondere im Bereich der Rehabilitation, um auf die Frage Antwort zu geben, wie eine  
291 erfolgreiche Wiedereingliederung nach einer schwerwiegenden psychischen Erkrankung  
292 aussieht, bzw. wie sich bestehende Wiedereingliederungsmassnahmen langfristig bewähren  
293 um Patientensicherheit auch in diesem Bereich verbessern zu können.

294

295 Bezüglich des Aktionsfelds „Umsetzung“ werden 4 Punkte genauer erläutert. Bekannte  
296 Instrumente und Massnahmen sollen weiter systematisch umgesetzt und verbreitet werden.  
297 Wie in der somatischen Medizin sind Never events und andere vermeidbare unerwünschte  
298 Ereignisse möglichst systematisch zu erfassen (z.B. mit CIRS), um durch systemische  
299 Fehleranalysen ein Lernen aus Fehlern zu ermöglichen. Es gibt Hinweise, dass  
300 MitarbeiterInnen in psychiatrischen Kliniken den Meldesystemen skeptischer  
301 gegenüberstehen und diese auch weniger oft benutzen als MitarbeiterInnen in Akutspitälern  
302 (Anderson, Kodate, Walters, & Dodds, 2013). Deshalb gilt insbesondere für diesen Bereich,  
303 dass jeder einzelne mit Patientenkontakt im Alltag einen Beitrag dazu leisten kann aus  
304 Fehlern zu lernen, indem er das Fehlermeldesystem nutzt.

305 Zur Vermeidung diagnostischer Fehler hingegen empfiehlt sich als zweites die Etablierung  
306 von festen Veranstaltungen, wie Qualitätszirkel, wo auch Merkblätter, insbesondere für  
307 Fachpersonen in der Grundversorgung, erarbeitet und Personen in der fachärztlichen  
308 Versorgung unterstützt werden. In der Schweiz sind Qualitätszirkel beliebt und etabliert  
309 (Jannot & Perneger, 2014), jedoch finden im Bereich der Versorgung psychisch Erkrankter  
310 bisher wenig interdisziplinäre Treffen (z.B. Psychiater, Psychologen und Internisten) statt.  
311 In einem dritten Punkt wird aufgezeigt, dass in der Schweiz für die Vermeidung von  
312 Medikationsfehlern, von Fehlern im Umgang mit Suizidalität, selbst- und fremdgefährdendem  
313 Verhalten und für die Umsetzung von freiheitsbeschränkenden Massnahmen bereits  
314 Aktivitäten existieren. In einem weiteren Schritt sollen diese nun weiter flächendeckend  
315 umgesetzt werden indem die benötigten Ressourcen bereitgestellt und die Strukturen  
316 geschaffen werden. Zudem kann die konkrete Vernetzung zwischen verschiedenen  
317 Behandlern durch verbesserte Informationsweitergabe zwischen Institutionen und  
318 einheitlicherer Handhabung gestärkt werden. Personen mit chronischen Erkrankungen  
319 stehen dabei im Fokus, da sie oft verschiedene Institutionen durchlaufen. Jedoch sind die  
320 Risiken an Schnittstellen durch ungenügende Informationsweitergabe auch bei anderen  
321 PatientInnen vorhanden.

322

323 Im vierten Aktionsfeld „Aus- und Weiterbildung“ wird darauf eingegangen, dass in der  
324 Ausbildung vermehrt auf die Fragen des Patienteneinbezugs, u.a. dem Umgang mit  
325 psychiatrischen Patientenverfügungen eingegangen werden soll. Sowohl Patienteneinbezug  
326 als auch der selbstverständliche Einbezug von Angehörigen und Patientenvertretern soll  
327 standardisierter Teil der Behandlungsplanung sein.

328 Vor allem soll in der Aus- und Weiterbildung Patientensicherheit überhaupt als Thema in den  
329 verschiedenen Berufsgruppen systematisch thematisiert und flächendeckend in den  
330 Lehrplan aufgenommen werden. Der Umgang mit systematischen Fehleranalysen soll dabei  
331 ein Bestandteil der Ausbildung sein. Zudem sollen Themen wie „Stigmatisierung“ und  
332 „strukturelle Fehler“ vertreten sein, um eine Basis zu schaffen, von der aus auch Themen,  
333 die nicht unmittelbar mit dem konkreten Verhalten der Fachpersonen zu tun haben,  
334 angegangen werden können.

335

### 336 Stärken und Schwächen

337 Mit dem Aktionsplan konnte erstmalig unter Mitwirkung vieler ExpertInnen für die Schweiz  
338 ein praxisrelevantes Dokument erarbeitet werden, in dem Patientensicherheit in der  
339 psychiatrischen Versorgung thematisiert und allen Fachpersonen zur Verfügung gestellt wird.  
340 Die relevanten Fachgesellschaften haben sich in einem Vernehmlassungsprozess den  
341 zentralen Forderungen angeschlossen, was die Wichtigkeit für die Patientensicherheit in  
342 diesem Bereich unterstreicht. Insgesamt hat sich gezeigt, dass es anspruchsvoll aber auch  
343 wertvoll ist, mit ExpertInnen aus sehr unterschiedlichen Bereichen eine gemeinsame  
344 Sprache und Definition von Patientensicherheit zu finden, und dass möglicherweise gewisse  
345 sehr spezifische Aspekte, beispielsweise die hausärztliche Versorgung von PatientInnen mit  
346 psychischen Erkrankungen dadurch zu kurz gekommen sind bzw. gut vertieft werden  
347 könnten. Das bedeutet auch, dass in einem konkreten Setting andere Fehler vorkommen  
348 oder andere Ideen oder Massnahmen wichtiger sein können, als die in den Aktionsfeldern  
349 genannten. Der Aktionsplan lädt dazu ein und soll anregen, sich genau mit solchen Details  
350 weiter auseinanderzusetzen.

351

352

### 353 **Konklusion**

354 Der entwickelte Aktionsplan zeigt auf, welche Themen für die Patientensicherheit im Bereich  
355 der Versorgung von PatientInnen mit psychischer Erkrankung wichtig sind und bietet  
356 Ansatzpunkte für die Entwicklung sowohl von Handlungsstrategien als auch konkreter  
357 Aktivitäten. Dazu wurden einerseits 9 Handlungsfelder definiert und priorisiert, welche  
358 innerhalb des Behandlungskontinuums von psychisch Erkrankten auftauchen können.  
359 Andererseits wurden Aktionsfelder entwickelt, in welchen mögliche nächste Schritte zur

360 Verbesserung der Patientensicherheit in der psychiatrischen Versorgung in verschiedenen  
361 Bereichen angegangen werden sollten. Mit diesem Aktionsplan werden in erster Linie  
362 Fachpersonen angesprochen, die in ihrem Wirkungsfeld die Möglichkeit haben, Änderungen  
363 anzuregen. Um tatsächlich Wirkung zu erzielen, muss der Aktionsplan in einem nächsten  
364 Schritt verbreitet werden und daraus umgesetzte Massnahmen evaluiert werden. Ziel ist es,  
365 den Aktionsplan schweizweit in drei Landessprachen bei Berufsverbänden,  
366 Fachgesellschaften und Weiterbildungsorganen bekannt zu machen und so für das Thema  
367 zu sensibilisieren.  
368

369

370 **Referenzen**

- 371 Anderson, J. E., Kodate, N., Walters, R., & Dodds, A. (2013). Can incident reporting improve  
372 safety? Healthcare practitioners' views of the effectiveness of incident reporting.  
373 *International Journal for Quality in Health Care*, 25(2), 141–150.
- 374 Austin, J. M., & Pronovost, P. J. (2015). "Never events" and the quest to reduce preventable  
375 harm. *Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*.
- 376 Brakemeier, E.-L., Breger, V., & Spitzer, C. (2012). Nebenwirkungen von ambulanter und  
377 stationärer Psychotherapie. *Verhaltenstherapie & psychosoziale Praxis*, 44(3), 489–510.
- 378 Briner, M., & Manser, T. (2013). Clinical risk management in mental health: a qualitative  
379 study of main risks and related organizational management practices. *BMC health*  
380 *services research*, 13, 44.
- 381 Bundesamt für Sozialversicherungen (BSV) - Statistiken IV. (2015). . Retrieved from  
382 <http://www.bsv.admin.ch/dokumentation/zahlen/00095/00442/index.html?lang=de>
- 383 Ferrari, S., Galeazzi, G. M., Mackinnon, A., & Rigatelli, M. (2008). Frequent attenders in  
384 primary care: Impact of medical, psychiatric and psychosomatic diagnoses.  
385 *Psychotherapy and Psychosomatics*, 77(5), 306–314.
- 386 Häder, M. (2014). *Delphi-Befragungen : ein Arbeitsbuch*. Springer VS.
- 387 Hewer, W., & Schneider, F. (2016). Somatische Morbidität bei psychisch Kranken. *Der*  
388 *Nervenarzt*, 87(7), 787–801. Springer Berlin Heidelberg.
- 389 Holloway, K. L., Williams, L. J., Brennan-Olsen, S. L., Morse, A. G., Kotowicz, M. A.,  
390 Nicholson, G. C., & Pasco, J. A. (2016). Anxiety disorders and falls among older adults.  
391 *Journal of affective disorders*, 205, 20–27.
- 392 Jacobi, F., Uhlmann, S., & Hoyer, J. (2011). Wie häufig ist therapeutischer Misserfolg in der  
393 ambulanten psychotherapie? Ergebnisse aus einer verhaltenstherapeutischen  
394 Hochschulambulanz. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 40(4),  
395 246–256.
- 396 Jannot, A. S., & Perneger, T. (2014). Perceived usefulness of nine quality improvement tools  
397 among Swiss physicians. *Quality in primary care*, 22(6), 278–81.
- 398 von Kardorff, E., Soltaninejad, A., Kamali, M., & Eslami Shahrabaki, M. (2016). Family  
399 caregiver burden in mental illnesses: The case of affective disorders and schizophrenia  
400 - a qualitative exploratory study. *Nordic journal of psychiatry*, 70(4), 248–254.
- 401 Lyketsos, C. G., Dunn, G., Kaminsky, M. J., & Breakey, W. R. (2002). Medical Comorbidity in  
402 Psychiatric Inpatients: Relation to Clinical Outcomes and Hospital Length of Stay.  
403 *Psychosomatics*, 43(1), 24–30.
- 404 Mascherek, A. C., & Schwappach, D. L. B. (2016). Patient safety priorities in mental  
405 healthcare in Switzerland: a modified Delphi study. *BMJ open*, 6(8), e011494.

406 Medau, I., Jox, R., Dittmann, V., & Reiter-Theil, S. (2012). Eine Pilotstudie zum Umgang mit  
407 Fehlern in der Psychotherapie – Therapeuten berichten aus der Praxis. *Psychiatrische*  
408 *Praxis*, 39(7), 326–331.

409 Medau, I., Jox, R. J., & Reiter-Theil, S. (2014). Behandlungsfehler in der Psychotherapie: ein  
410 empirischer Beitrag zum Fehlerbegriff und seinen ethischen Aspekten. *Ethik in der*  
411 *Medizin*, 26, 3–18.

412 Möller-Leimkühler, A. M., & Wiesheu, A. (2012). Caregiver burden in chronic mental illness:  
413 The role of patient and caregiver characteristics. *European Archives of Psychiatry and*  
414 *Clinical Neuroscience*, 262(2), 157–166.

415 Nelson, N. E., & Hiller, W. (2013). Therapeutischer misserfolg in der ambulanten  
416 psychotherapie: Daten aus einer verhaltenstherapeutischen Hochschulambulanz.  
417 *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 42(4), 217–229.

418 Okkels, N., Thygesen, N. B., Jensen, B., & Munk-Jørgensen, P. (2013). Evaluation of  
419 somatic health care practices in psychiatric inpatient wards. *Australian & New Zealand*  
420 *Journal of Psychiatry*, 47(6), 579–581.

421 Patel, V., Chisholm, D., Parikh, R., Charlson, F. J., Degenhardt, L., Dua, T., Ferrari, A. J., et  
422 al. (2016). Addressing the burden of mental, neurological, and substance use disorders:  
423 Key messages from Disease Control Priorities, 3rd edition. *The Lancet*.

424 Perlick, D. A., Berk, L., Kaczynski, R., Gonzalez, J., Link, B., Dixon, L., Grier, S., et al.  
425 (2016). Caregiver burden as a predictor of depression among family and friends who  
426 provide care for persons with bipolar disorder. *Bipolar Disorders*.

427 Public Health Schweiz. (2012). *Arbeitspapier Entstigmatisierung*.

428 Schuler, D., & Burla, L. (2012). *Psychische Gesundheit in der Schweiz. Monitoring 2012 -*  
429 *Obsan Bericht* (Vol. 52).

430 Schweizerisches Gesundheitsobservatorium. (2016). Stationäre Behandlung für psychisch  
431 Kranke - OBSAN. Retrieved September 2, 2016, from  
432 [http://www.obsan.admin.ch/de/gesundheitsthemen/psychische-gesundheit/stationaere-](http://www.obsan.admin.ch/de/gesundheitsthemen/psychische-gesundheit/stationaere-behandlung-fuer-psychisch-krank)  
433 [behandlung-fuer-psychisch-krank](http://www.obsan.admin.ch/de/gesundheitsthemen/psychische-gesundheit/stationaere-behandlung-fuer-psychisch-krank)

434 Šprah, L., Dernovšek, M. Z., Wahlbeck, K., & Haaramo, P. (2017). Psychiatric readmissions  
435 and their association with physical comorbidity: a systematic literature review. *BMC*  
436 *Psychiatry*, 17(1), 2.

437 Stubbs, B., Stubbs, J., Gnanaraj, S. D., & Soundy, A. (2016). Falls in older adults with major  
438 depressive disorder (MDD): a systematic review and exploratory meta-analysis of  
439 prospective studies. *International psychogeriatrics*, 28(1), 23–9.

440 Tomonaga, Y., Haettenschwiler, J., Hatzinger, M., Holsboer-Trachsler, E., Rufer, M., Hepp,  
441 U., & Szucs, T. D. (2013). The economic burden of depression in Switzerland.  
442 *Pharmacoeconomics*, 31(3), 237–250.

443 Vincent, C. (2012). *Das ABC der Patientensicherheit*. Zürich: Stiftung für Patientensicherheit.

444 Whiteford, H. A., Degenhardt, L., Rehm, J., Baxter, A. J., Ferrari, A. J., Erskine, H. E.,  
445 Charlson, F. J., et al. (2015). Global burden of disease attributable to mental and  
446 substance use disorders: findings from the Global Burden of Disease Study 2010. *The*  
447 *Lancet*, 382(9904), 1575–1586.

448 Williams, L. J., Pasco, J. A., Stuart, A. L., Jacka, F. N., Brennan, S. L., Dobbins, A. G.,  
449 Honkanen, R., et al. (2015). Psychiatric disorders, psychotropic medication use and falls  
450 among women: an observational study. *BMC psychiatry*, 15, 75.

451 Wittchen, H. U., & Jacobi, F. (2005). Size and burden of mental disorders in Europe - A  
452 critical review and appraisal of 27 studies. *European Neuropsychopharmacology*.

453

454

455

456

457

458

459

460

461

462

463

464

465

466

467

468

469

470

471

472

473

474

475

476

477

478

479