

<b>Zeitschrift:</b>	Curaviva : Fachzeitschrift
<b>Herausgeber:</b>	Curaviva - Verband Heime und Institutionen Schweiz
<b>Band:</b>	85 (2014)
<b>Heft:</b>	1: Spätfolgen : wenn das Schicksal sich immer wieder meldet
 <b>Artikel:</b>	Umgang mit medizinischen Fehlern in Spitälern und Heimen : Irren ist menschlich, Lernen wichtiger
<b>Autor:</b>	Weiss, Claudia
<b>DOI:</b>	<a href="https://doi.org/10.5169/seals-804000">https://doi.org/10.5169/seals-804000</a>

#### **Nutzungsbedingungen**

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften auf E-Periodica. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen sowie auf Social Media-Kanälen oder Webseiten ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. [Mehr erfahren](#)

#### **Conditions d'utilisation**

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. La reproduction d'images dans des publications imprimées ou en ligne ainsi que sur des canaux de médias sociaux ou des sites web n'est autorisée qu'avec l'accord préalable des détenteurs des droits. [En savoir plus](#)

#### **Terms of use**

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. Publishing images in print and online publications, as well as on social media channels or websites, is only permitted with the prior consent of the rights holders. [Find out more](#)

**Download PDF:** 11.01.2026

**ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, <https://www.e-periodica.ch>**

# Irren ist menschlich, Lernen wichtiger

Auch in Spitäler und Heimen passieren Fehler – manchmal mit lebensbedrohlichen Folgen. Wichtig ist ein gutes Konzept im Umgang damit. Wie werden Fehler vermieden und vor allem: Wie lernt man daraus?

Von Claudia Weiss

Im Operationssaal herrscht volle Konzentration, hoch spezialisierte Profis sind am Werk, und oft geht es um Leben und Tod. Doch sogar hier passieren Fehler. Das zeigen Zahlen der Patientensicherheit Schweiz: Bei 3,6 Prozent der Chirurgie-Patienten kommt es zu einem unerwünschten Ereignis. In der Schweiz sterben 2 von 100 Patienten nach einer Operation, was dem europäischen Mittel entspricht, und bei 14 von 100000 Operationen bleibt irgendein Gegenstand im Körper von Patienten liegen. «Ein fehlerfreies System wird es nie geben», sagt Paula Bezzola, stellvertretende Geschäftsführerin der Patientensicherheit Schweiz: «Wo Menschen arbeiten, passieren Fehler.» Und diese Fehler, so zeigt sich immer wieder, entstehen fast immer aus einer ganzen Reihe von Gründen. «In erster Linie gilt es natürlich, sie zu vermeiden», sagt Bezzola. «Zweitens aber ist es ebenso wichtig, dass Institutionen ein gutes Konzept haben, wie sie mit Fehlern umgehen.» Das bedeutet, eine Organisation muss Patienten offen über unerwünschte Ereignisse informieren und darf jene Personen, die Fehler gemacht haben, nicht allein lassen: Sonst passieren ihnen aus lauter Verunsicherung künftig noch mehr Fehler, sie leiden an Schuldgefühlen und gar Depressionen und werden so zu «second victims», Folgeopfern. Vielmehr gilt es herauszufinden, welche Faktoren zu Fehlern beigetragen haben, um Ähnliches künftig zu vermeiden.

## Auch untergeordnete Mitarbeitende sollen Fehler melden

Ein ganz wichtiger Punkt: Alle im Team, auch jene auf der untersten Hierarchiestufe, sollen eine Chance haben, allfällige Beobachtungen kundzutun und mitzuteilen, wenn ihnen etwas seltsam erscheint. «Daran fehlt es noch», sagt Paula Bezzola. Zwar haben die meisten Spitäler bereits grosse Schritte in diese Richtung gemacht, aber noch längst nicht immer wagen es Untergeordnete, ihre Vorgesetzten zu korrigieren. Das beschreibt der renommierte Anästhesist Peter Pronovost in seinem Buch «Safe Patients. Smart Hospitals» sehr anschaulich: Bei einer Visite wollte die verantwortliche Pflegefachfrau dem Chefarzt eine relevante Information

weitergeben, verschluckte diese aber, als sich ein Oberarzt vor sie stellte – und niemand merkte es. Ausser einer Kollegin, die vom Chefarzt zuvor explizit gebeten worden war, ihn bei seiner Visite kritisch zu beobachten. Dieses Beispiel, findet Paula Bezzola, zeigt deutlich: «Sicherheitschecks müssen strukturiert ablaufen, damit nichts untergeht. Man muss stets dranbleiben.» Gemäss Statistik treten 65 Prozent aller unerwünschten Ereignisse im Bereich der Chirurgie auf, fast die Hälfte davon gilt als vermeidbar.

## 2014 startet ein neues Projekt gegen Medikationsfehler

Vermeidbar sind Fehler mitunter auch anderswo: «Bei Ein- und Austritten passieren oft Medikationsfehler», sagt Paula Bezzola. Deshalb ist für 2014 ein neues Projekt zur Vermeidung von Medikationsfehler an Schnittstellen vorgesehen, also beispielsweise zwischen Pflegeheimen und Spitäler. Ein wichtiges Anliegen der Stiftung wird allerdings in Institutionen für demente oder geistig behinderte Personen eher schwierig zu realisieren sein: Der Einbezug der Patienten. «Wir ermuntern alle Patientinnen und Patienten, sich ohne Zögern zu melden, wenn ihnen etwas auffällt – wenn sie beispielsweise immer rote Tabletten erhalten und eines Abends plötzlich blaue bekommen.»

Ein bereits laufendes Projekt der Patientensicherheit Schweiz ist die «Chirurgische Checkliste progress!» gemäss Weltgesundheitsorganisation WHO, die wichtige Punkte wie den Namen des Patienten, die Diagnose und den geplanten Eingriff mehrfach überprüft. Gegenwärtig führen zehn grosse Schweizer Spitäler die Checkliste ein und schulen ihr Personal entsprechend. Das tönt so: «Das ist Yvonne Müller, Jahrgang 1956, sie ist hier für eine Blinddarmoperation», und als Antwort werden alle Fakten bestätigt: «Ja, Yvonne Müller, Jahrgang 1956, Blinddarm» – oder die Fakten werden bei Bedarf korrigiert. Das sieht im ersten Moment umständlich aus, macht aber durchaus Sinn: Ohne solche Sicherheitschecks kann es durchaus passieren, dass einem Patienten irrtümlich das rechte anstatt das linke Bein amputiert wird.

Ist trotz aller Vorsichtsmassnahmen ein Fehler passiert, ist die Art und Weise wichtig, wie die Verantwortlichen diesen den Patienten kommunizieren. «Der Arzt muss dem Patienten das Gefühl vermitteln, dass er seinen Fehler sehr bedauert, und dass er und die Institution alles tun, um den Patienten zu unterstützen und wenigstens aus dem Fehler zu lernen», weiss Paula Bezzola. «Patienten klagen viel eher, wenn sie sich nicht ernst genommen fühlen.» Deshalb müssen alle Beteiligten all die vielfältigen Aspekte der Patientensicherheit wichtig nehmen, stellt sie fest. «Vieles ist bereits geschehen, vieles muss noch besser werden.» ●