

PLUS-Zyklus — Blueprint mit PLUS-Toolbox

Weiterentwicklung der Sicherheitskultur in Schweizer Gesundheitsorganisationen

Überblick über Rollen, Ablauf und Werkzeuge



Inhaltsverzeichnis

Der PLUS-Zyklus: Worum geht es?	2
Rollen	3
Vorgehen.....	4
Schritt 1: Erheben.....	4
Schritt 2: Priorisieren	4
Schritt 3: Entwickeln	5
Schritt 4: Entscheiden und handeln	6
Umsetzung zwischen den Zyklen	6
PLUS-Toolbox Teil 1: Instrumente zu den Dimensionen der Sicherheitskultur	7
PLUS-Toolbox Teil 2: Instrumente im Detail	9
Anhang: Zuordnungstabellen von SOPS (Hospital Survey 1.0), MaPSaF und PLUS-Sicherheitskulturmodell zur Toolbox.....	15
Von den SOPS-Dimensionen zur Toolbox	15
Von den MaPSaF-Dimensionen zur Toolbox	15
Vom PLUS-Sicherheitskulturmodell zur Toolbox.....	16

Forschungsteam der PLUS-Studie

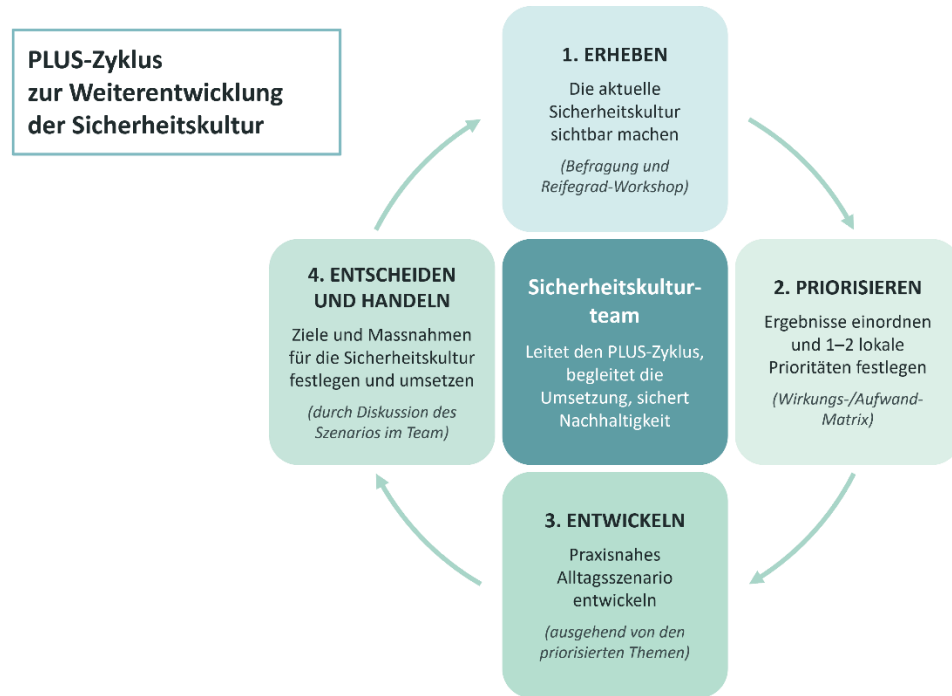
Verbesserung der Sicherheitskultur in Schweizer Gesundheitsorganisationen

Version 1.0 | September 2026

<https://safetycultureplus.ch/de/plus-studie/>

Der PLUS-Zyklus: Worum geht es?

Der PLUS-Zyklus wird im Rahmen der PLUS-Studie, einer nationalen Machbarkeitsstudie, in Schweizer Gesundheitsorganisationen erprobt. Er ist ein kollaborativer Ansatz, mit dem Abteilungen oder Teams ihre Sicherheitskultur besser verstehen, die Erkenntnisse gemeinsam einordnen und in praktische, lokal relevante Massnahmen umsetzen. Dazu verbindet er eine Befragung der Mitarbeitenden mit einem Reifegrad-Workshop und führt über ein Alltagsszenario zu Massnahmen, die vom Team getragen werden. Das lokale Sicherheitskulturteam leitet den Zyklus; die Erfahrungen aus der Umsetzung fliessen in den nächsten Zyklus ein.



Rollen

Lokales Sicherheitskulturteam: Auf Ebene der Abteilung gebildetes Team, das den PLUS-Zyklus im Arbeitsalltag aktiv umsetzt und steuert. Es vereint Mitarbeitende der verschiedenen in der Abteilung vertretenen Berufsgruppen (z. B. Pflege, Medizin, Hebammen, medizinisch-technische und therapeutische Berufe, weitere Fachfunktionen) und unterschiedlicher Hierarchiestufen, nicht nur Kaderpersonen, damit alle Perspektiven aus der Praxis vertreten sind. Wenn möglich, wirken Patientinnen und Patienten oder Peers mit. Eine lokale Koordinationsperson stellt die Verbindung zur institutionellen Ebene und den Informationsfluss sicher.

Institutionelle Vertretungen: Vertreterinnen und Vertreter der übergeordneten Organisationsebene (Spital, Klinik oder Institution, gegebenenfalls Spitalgruppe). Sie tragen die strategische Verantwortung, stellen Ressourcen bereit und treffen formelle Entscheidungen. Dazu gehören z. B. Mitglieder der Gesamt-, ärztlichen oder Pflegedirektion, Chefärztinnen und Chefarzte von Abteilungen oder Departementen und, je nach Institution, weitere Führungsfunktionen. Wie sie eingebunden werden und an welchen Workshops sie teilnehmen, legt jede Institution selbst fest. In jedem Fall werden die institutionellen Vertretungen über die Ergebnisse des SOPS und des MaPSaF, den Priorisierungsentscheid, das gewählte Szenario und den Umsetzungsplan informiert. Eine institutionelle Koordinationsperson sorgt für den Informationsfluss zwischen der lokalen und der institutionellen Ebene und ist die zentrale Ansprechperson für das PLUS-Team. Je nach Organisation ist das z. B. das Qualitätsmanagement, das Risikomanagement, die Patientensicherheit oder eine andere Funktion, die diese Rolle wahrnimmt.

Weitere Fach- oder Querschnittsfunktionen: Je nach Bedarf und gewählter Priorität werden sie auf lokaler oder institutioneller Ebene einbezogen (z. B. Spitalhygiene, Pharmazie, Bildung, Personalwesen).

Mitarbeitende: Alle Mitarbeitenden der Abteilung oder des Teams, die mit ihrem Erfahrungswissen aus dem Alltag die Grundlage des PLUS-Zyklus bilden. Sie machen mit der Befragung (Schritt 1) sichtbar, wo die Abteilung oder das Team steht, und gestalten in Schritt 4, gegebenenfalls bereits in Schritt 3, Ziele und Massnahmen aktiv mit, sei es in einem gemeinsamen Workshop oder über Vertretungen der verschiedenen Berufsgruppen.

Patientinnen und Patienten, Angehörige und Peers: Personen mit eigener Erfahrung als Patientin, Patient oder Angehörige bzw. Angehöriger. Sie bringen eine Perspektive ein, die Fachpersonen allein nicht abdecken können: wie Sicherheit, Kommunikation und Zusammenarbeit aus Sicht der Betroffenen erlebt werden. Wenn möglich wirken sie im lokalen Sicherheitskulturteam mit und beteiligen sich an den Workshops, insbesondere am Reifegrad-Workshop (Schritt 1) sowie bei der Priorisierung und Entwicklung von Massnahmen. Art und Umfang der Mitwirkung werden gemeinsam festgelegt; die Beteiligten werden vorbereitet und begleitet, damit sie ihre Sicht gleichberechtigt einbringen können.

PLUS-Team: Externes Studienteam, das den gesamten Zyklus begleitet — stellt Instrumente und Unterlagen bereit, moderiert die Workshops, unterstützt das Sicherheitskulturteam und die Organisation und führt die Schlussevaluation durch.

Vorgehen

Schritt	Wer	Methoden	Ergebnis (Outcome)
Schritt 1: Erheben <i>«Wo stehen wir?»</i> Ziel: Die aktuelle Sicherheitskultur sichtbar machen	A) Befragung Mitarbeitende der Abteilung/des Teams B) Reifegrad-Workshop Minimum: Lokales Sicherheitskulturteam Optional: <i>institutionelle Vertretungen (je nach Institution); weitere Personen der Abteilung/Team/Organisation, wenn möglich interdisziplinär; direkte Beteiligung von Patientinnen und Patienten oder ihren Angehörigen erwünscht</i> <i>Ohne Teilnahme am Workshop: individuelle Beurteilung</i> <i>Moderiert vom PLUS-Team</i>	A) Befragung der Mitarbeitenden der teilnehmenden Abteilungen/Teams (AHRQ Hospital Survey on Patient Safety Culture, Version 1.0 ¹): Quantitative Erhebung, wie die Mitarbeitenden die Sicherheitskultur in ihrer Abteilung/Team und in der Organisation wahrnehmen. B) Reifegrad-Workshop mit dem Manchester Patient Safety Framework (MaPSaF): Das an der University of Manchester entwickelte Instrument beschreibt fünf Reifegrade der Sicherheitskultur, von A = ablehnend (Sicherheit ist kein Thema) bis E = zukunftsweisend (Sicherheit ist fester Bestandteil des Handelns). Im Workshop schätzen die Teilnehmenden ein, wo ihr Team und ihre Organisation stehen, tauschen sich über unterschiedliche Sichtweisen, Stärken und Schwächen aus und entwickeln ein Zielbild für eine reifere Sicherheitskultur.	Bericht zu den Befragungsergebnissen (SOPS) Reifegradprofil der Sicherheitskultur (MaPSaF)
Schritt 2: Priorisieren <i>«Worauf konzentrieren wir uns?»</i> Ziel: Gemeinsames Verständnis der Ergebnisse von SOPS und MaPSaF und Festlegung von 1 bis 2 relevante und realistische Verbesserungsprioritäten zur Förderung der Patientensicherheit	Minimum: Lokales Sicherheitskulturteam <i>Begleitet vom PLUS-Team</i>	Partizipativer Priorisierungsworkshop in vier Phasen: 1. Präsentation der Ergebnisse von SOPS und MaPSaF und Austausch, um ein gemeinsames Verständnis der Stärken und Verbesserungsbereiche zu entwickeln. 2. Zuerst beurteilt jede Person jedes Thema bzw. jede Dimension individuell nach Wirkung und Aufwand, vor der gemeinsamen Diskussion; so wird sichergestellt, dass jede Stimme unabhängig vom Hierarchiegefälle gehört wird. 3. Die Beurteilungen werden in einer Wirkungs-/Aufwand-Matrix zusammengeführt: – Wirkung: In welchem Mass würde die Arbeit an diesem Thema bzw. dieser Dimension die Sicherheitskultur stärken und zur Patientensicherheit beitragen? – Aufwand: Wie viel Arbeit wäre nötig, um bei diesem Thema bzw. dieser Dimension voranzukommen? (Machbarkeit, Umsetzungskapazität, Ressourcen)	1 bis 2 gemeinsam validierte Verbesserungsprioritäten, die die Ergebnisse, den Kontext sowie die betroffenen Anspruchsgruppen berücksichtigen

¹ Verwendet wird die Version 1.0 des Hospital Survey on Patient Safety Culture. Sie ist in Schweizer Spitälern etabliert, liegt in übersetzten Fassungen vor und wurde bei der national koordinierten Befragung 2023 eingesetzt. Dadurch bleiben die Ergebnisse mit bestehenden Schweizer Daten vergleichbar. Die AHRQ hat 2019 eine überarbeitete Version 2.0 veröffentlicht.

Schritt	Wer	Methoden	Ergebnis (Outcome)
		Wirkungs-/Aufwand-Matrix Themen der Sicherheitskultur nach Wirkung und Aufwand priorisieren 4. Gemeinsame Diskussion der Themen unter Berücksichtigung des organisationalen Kontexts, laufender Veränderungen und der Perspektiven der verschiedenen Anspruchsgruppen, um 1 bis 2 Verbesserungsprioritäten auszuwählen.	
Schritt 3: Entwickeln «Wie machen wir es greifbar?» Ziel: Ein Alltagsszenario konzipieren, das die gewählte Verbesserungspriorität veranschaulicht und die eigene Sicherheitskultur sichtbar macht (z. B. als Vignette, Video oder Rollenspiel), mit Reflexionsfragen. Ausserdem erste	Minimum: Lokales Sicherheitskulturteam Optional: Beteiligung des Teams der Abteilung Moderiert vom PLUS-Team	Konzeptionsworkshop in vier Phasen: - Situationen sammeln: Die Gruppe sammelt reale, erlebte Situationen zur gewählten Priorität (z. B. «Wann ist bei uns etwas nicht angesprochen worden?»), wählt eine aus, die viele wiedererkennen, und anonymisiert sie. - Szenario aufbauen: Die Situation wird in fünf Bausteinen beschrieben – Ort und Zeitpunkt, beteiligte Personen und Berufsgruppen, Auslöser, kritischer Moment, offenes Ende – und in ein geeignetes Format gebracht (z. B. Vignette, Video, Mini-Simulation, Rollenspiel). Prüffragen: Erkennen sich alle Berufsgruppen wieder? Wird niemand beschuldigt? Ist die Situation alltäglich und lässt sie mehrere Sichtweisen zu? - Reflexionsfragen formulieren, in drei Schritten: - Was passiert hier? (Wahrnehmung) - Warum passiert das bei uns? (kulturelle Faktoren) - Was wäre bei einer reiferen Sicherheitskultur anders, und was bräuchten wir dafür? (Zielbild, Bezug zum MaPSaF) - Schritt 4 vorbereiten: Einige potenziell relevante Instrumente aus der PLUS-Toolbox als Anhaltspunkt identifizieren, ohne endgültige Vorauswahl, und das Moderationsmaterial vorbereiten.	Vorbereitungsdossier für Schritt 4, bestehend aus: - einem Alltagsszenario, das die gewählte Priorität in der gewählten Form veranschaulicht (z. B. Vignette, Video, Mini-Simulation, Rollenspiel) - Reflexionsfragen - einigen Ansatzpunkten für zu prüfende Instrumente (PLUS-Toolbox), zur Orientierung - einem Moderationsleitfaden

Schritt	Wer	Methoden	Ergebnis (Outcome)
Ansatzpunkte für Instrumente skizzieren, die mit dem Team weiterbearbeitet werden; die endgültige Auswahl erfolgt in Schritt 4.			
Schritt 4: Entscheiden und handeln <i>«Wohin wollen wir, was tun wir konkret?»</i> Ziel: Ziele für die Sicherheitskultur sowie konkrete Massnahmen und deren Umsetzungsmodalitäten festlegen.	Lokales Sicherheitskulturteam (Leitung) Beteiligung des Teams der Abteilung: Zwei Modalitäten sind möglich: (a) gemeinsamer Workshop mit dem gesamten Team oder (b) Kaskadenansatz über Delegierte der Berufsgruppen	Workshop «Entscheiden und handeln» in vier Phasen: • Einleitung: Kurze Einführung in die Sicherheitskultur, Präsentation der Ergebnisse von SOPS und MaPSaF und Begründung der gewählten Verbesserungspriorität. • Szenario gemeinsam reflektieren: Das Alltagsszenario wird präsentiert und in kleinen, gemischten Gruppen (verschiedene Berufsgruppen und Hierarchiestufen) anhand der Reflexionsfragen diskutiert. Jede Person notiert zuerst ihre eigene Sicht, bevor die Gruppe diskutiert. So werden unterschiedliche Perspektiven sichtbar, die zugrunde liegenden kulturellen Faktoren benannt und die gewünschte Kultur beschrieben. – Beim Kaskadenansatz führen die Delegierten dieselbe Reflexion mit denselben Fragen in ihren Teams durch (z. B. 20–30 Minuten im Teamrapport) und halten die Ergebnisse auf einem einheitlichen Rückmeldeblatt fest; das lokale Sicherheitskulturteam führt sie anschliessend zusammen. • Massnahmen auswählen: Ausgehend von den identifizierten Faktoren und den in Schritt 3 skizzierten Ansatzpunkten werden passende Strategien und Instrumente aus der PLUS-Toolbox diskutiert. Die Auswahl erfolgt anhand von drei Fragen: Setzt die Massnahme an einem der erkannten Faktoren an? Ist sie im Alltag machbar? Unterstützt das Team sie? Jede Person vergibt Punkte, anschliessend werden höchstens drei Massnahmen gemeinsam festgelegt. • Aktionsplan: Erarbeitung eines Aktionsplans und Planung der Umsetzung	• Ein gemeinsames Verständnis der zugrunde liegenden Faktoren, die die Sicherheitskultur beeinflussen • Konkrete Ziele und Verbesserungsmaßnahmen zur gewählten Priorität • Ein gemeinsamer Umsetzungsplan bis zum nächsten PLUS-Zyklus
Umsetzung zwischen den Zyklen	Sicherheitskulturteam (Lead), unter Einbezug von Vertretungen der Institution sowie von Führungspersonen und Mitarbeitenden der Abteilungen	Umsetzung der gewählten Massnahmen im Alltag, regelmässiger Austausch und Reflexion der Erfahrungen	Dokumentierte Erkenntnisse, die in den nächsten PLUS-Zyklus einfließen (zurück zu Schritt 1)

PLUS-Toolbox | Teil 1: Instrumente zu den Dimensionen der Sicherheitskultur

Die PLUS-Toolbox ordnet jeder Dimension der Sicherheitskultur ein Ziel sowie evidenzbasierte Strategien und Instrumente zu; viele Instrumente wirken auf mehrere Dimensionen. Die meisten Instrumente stammen aus dem zugrunde liegenden Scoping Review zur Sicherheitskultur (Haller et al., 2024)²; ergänzt wurden weitere, praxiserprobte Instrumente. Details, Evidenz und Umsetzungshilfen finden sich in Teil 2.

Die Dimensionen der Toolbox sind eine Synthese aus der Literatur und entsprechen nicht eins zu eins den Dimensionen von SOPS oder MaPSaF. Die Zuordnungstabelle im Anhang zeigt, welche Toolbox-Dimensionen zu welchen SOPS- und MaPSaF-Dimensionen passen. Sie beruht auf einer inhaltlichen Einschätzung des PLUS-Teams, nicht auf einer offiziellen Zuordnung der Instrumentenentwickler, und dient als Orientierung für die gemeinsame Diskussion. Einige Dimensionen werden nur indirekt erfasst: Psychologische Sicherheit zeigt sich im SOPS etwa in der Offenheit der Kommunikation und im nicht-strafenden Umgang mit Fehlern; der Einbezug von Patientinnen, Patienten und Angehörigen ist keine eigene SOPS-Dimension, wird aber in den Reifegradbeschreibungen des MaPSaF aufgegriffen.

Im PLUS-Zyklus kommen verschiedene Dimensionsmodelle vor, die unterschiedliche Zwecke erfüllen: Das PLUS-Sicherheitskulturmodell beschreibt mit neun Dimensionen, was Sicherheitskultur ausmacht, und dient als gemeinsamer Bezugsrahmen. Der SOPS (12 Dimensionen) misst, wie Mitarbeitende die Sicherheitskultur wahrnehmen; MaPSaF (10 Dimensionen) dient der gemeinsamen Reflexion des Reifegrads. Die 11 Dimensionen der Toolbox sind handlungsorientiert: Sie bündeln die Bereiche, in denen Instrumente konkret ansetzen. Die Zuordnungstabellen im Anhang zeigen, wie die Modelle zusammenhängen.

Die Toolbox schreibt keine Intervention vor. Teams wählen die für sie passenden Ansätze aus, passen sie an und kombinieren sie je nach Prioritäten, Kontext, Ressourcen und Reifegrad, denn Sicherheitskultur wird eher durch ein Bündel abgestimmter Massnahmen gefördert als durch Einzelinterventionen.

Dimension der Sicherheitskultur	Ziel	Strategien / Instrumente
Engagierte Führung	Führung im Bereich Sicherheit stärken	Safety WalkRounds, Leadership-Training und Coaching, CUSP
Offene Kommunikation / Speak-up	Sicherheitsbedenken klar und wirksam ansprechen	Speak-up: Sensibilisierung und Messung (SUPS-Q), SBAR, CUS und Two-Challenge Rule, Check-back und Call-out, Brief/Huddle/Debrief, TeamSTEPPS, CRM-Training, Teamcharta, Simulationstraining, CUSP, Kommunikationsregeln
Psychologische Sicherheit	Ein Klima schaffen, in dem alle Fragen stellen, Fehler ansprechen und widersprechen können, ohne Nachteile zu befürchten	Leadership-Training (inkl. Vorbildfunktion und Feedback), Teamcharta, Learning from Excellence, Simulationstraining mit Debriefing, Workshops zu psychologischer Sicherheit und Speak-up, Check-in/Check-out
Teamarbeit	Zusammenarbeit stärken	TeamSTEPPS, CRM-Training, Brief/Huddle/Debrief, SBAR, Check-back und Call-out, interprofessionelles Simulationstraining, CUSP
Just Culture	Eine faire Kultur fördern	Just-Culture-Leitfaden, M&M, reflexive Ereignisanalyse, Gespräche ohne Schuldzuweisung

² Haller, G., Simon, M., Koller, A., Morandini, N., Heltsche, L., Cullati, S., & Gehri, B. (2024). *Sicherheitskultur: Konzept und Machbarkeitsstudie. Systematische Auswertung der Literatur zur Sicherheitskultur: Massnahmen und Initiativen zur Verbesserung der Sicherheitskultur in der Schweiz und international*. Universität Basel & Universitätsspital Genf, im Auftrag der Eidgenössischen Qualitätskommission. <https://doi.org/10.5281/zenodo.13833587>

Dimension der Sicherheitskultur	Ziel	Strategien / Instrumente
Organisationales Lernen	Kontinuierliches Lernen fördern	M&M, Learning from Excellence, Debrief und After Action Review, CIRS-Feedback, interprofessionelle Peer Review, CUSP, Fallbesprechungen
Umgang mit unerwünschten Ereignissen	Meldung und Rückmeldung verbessern	CIRS (Meldung, systematisches Feedback, Learning Bulletin), M&M, interprofessionelle Peer Review
Personalbestand und Arbeitsbelastung	Belastungsbedingte Risiken senken	Safety Huddle, Eskalationsregeln inkl. Personalengpässe, Visual Management, gemeinsame Priorisierung
Unterstützung durch Vorgesetzte	Rolle der Führungskräfte stärken	Coaching der Manager, Safety WalkRounds, Leadership Conversations, strukturiertes Feedback
Übergaben und Schnittstellen	Informationsverluste bei Übergaben vermeiden und die Zusammenarbeit über Einheiten hinweg stärken	SBAR, I-PASS, Check-back, Übergabe am Patientenbett, standardisierte Verlegungs- und Übergabechecklisten, interprofessionelle Peer Review, gemeinsame Fallbesprechungen mit angrenzenden Einheiten
Einbezug von Patientinnen, Patienten und Angehörigen (PPI)	Patientinnen und Patienten in die Verbesserung der Sicherheit einbeziehen	Patientenerfahrung erfassen (Swiss PREMs), Übergabe am Patientenbett (u. a. mit SBAR), Informationsmaterialien, Beteiligung an M&M und Analysen

PLUS-Toolbox | Teil 2: Instrumente im Detail

Teil 2 beschreibt die Instrumente und Ansätze aus Teil 1 im Detail. Für jedes Instrument finden sich eine kurze Beschreibung, die Dimensionen der Sicherheitskultur, zu deren Stärkung es beiträgt, sowie Referenzen. Diese umfassen Studien und Übersichtsarbeiten zur Wirksamkeit und, wo vorhanden, praktische Umsetzungshilfen wie Leitfäden, Toolkits oder Vorlagen.

Instrument/Ansatz	Beschreibung	Dimension	Praxishilfen / Weitere Informationen
Safety WalkRounds	Strukturierte Gespräche zwischen Führungspersonen und Mitarbeitenden vor Ort in den Behandlungsbereichen, anhand vordefinierter Fragen zur Sicherheit. Variante «Positive WalkRounds»: Die Führungspersonen fragen auch danach, was gut läuft.	Engagierte Führung; Unterstützung durch Vorgesetzte	Praxishilfen • HSE Irland – «Quality and Safety Walk-rounds Toolkit»: https://assets.hse.ie/media/documents/Quality-and-Safety-Walk-rounds-Toolkit-Resources-2016.pdf Weitere Informationen • Frankel et al. (2003) – Patient Safety Leadership WalkRounds (Jt Comm J Qual Saf) • Positive Leadership WalkRounds und Sicherheitskultur (PubMed)
Leadership-Training und Coaching von Führungskräften	Entwicklung von Führungskompetenzen im Bereich Sicherheit (Schulung, Coaching, Mentoring). Dazu gehören auch die Vorbildfunktion der Führungspersonen (Leadership Modelling), etwa indem sie eigene Unsicherheiten und Fehler offen ansprechen, sowie Kompetenzen für wertschätzendes und konstruktives Feedback. Das Programm Co-Lead ist eine Open-Source-Intervention, die gemeinsam mit multidisziplinären Teams entwickelt wurde, um kollektives Führungsverhalten zu fördern.	Engagierte Führung; Unterstützung durch Vorgesetzte; Psychologische Sicherheit	Praxishilfen • Programm Co-Lead (Collective Leadership for Safety Culture) Weitere Informationen • Effekte von Führung auf die Sicherheitskultur – systematische Übersichtsarbeit (BMC Nursing) • Coaching von Managern im Gesundheitswesen – systematische Übersichtsarbeit (BMC Med Educ)
TeamSTEPPS® (Team Strategies & Tools to Enhance Performance & Patient Safety)	Programm der AHRQ, Mitte der 2000er-Jahre entwickelt; es umfasst vier Module: Kommunikation, Teamführung, Situationsüberwachung, gegenseitige Unterstützung mit den folgenden Instrumenten und Fragebögen: SBAR, Check-back, Brief/Huddle/Debrief, CUS, Two-Challenge Rule, Cross-Monitoring, TeamSTEPPS Teamwork Perceptions Questionnaire (T-TPQ) und TeamSTEPPS Teamwork and Safety Climate Questionnaire (T-SCQ).	Teamarbeit; Offene Kommunikation / Speak-up	Praxishilfen • AHRQ – TeamSTEPPS-Instrumente nach Modul • TeamSTEPPS Supplemental Guide (2022), Synthese für die Verantwortlichen der Umsetzung • Team Performance Observation Tool (Beobachtungsraster)
SBAR	Standardisiertes Schema zur Kommunikation über den Zustand einer Patientin oder eines Patienten: Situation, Background (Hintergrund), Assessment (Beurteilung), Recommendation (Empfehlung). Wird auch bei der Übergabe am Patientenbett mit den Patientinnen und Patienten verwendet.	Offene Kommunikation / Speak-up; Teamarbeit; Einbezug von Patientinnen, Patienten und Angehörigen (PPI); Übergaben und Schnittstellen	Praxishilfen • AHRQ – TeamSTEPPS-Instrumente (SBAR, Modul 1) • CUSP-Modul: Morgenbriefing, CUS, SBAR Weitere Informationen • Fostering Psychological Safety: Building Team-Based Care Communication Skills (NC Med J)
CUS und Two-Challenge Rule	Instrumente aus Modul 4 von TeamSTEPPS (gegenseitige Unterstützung). Sie werden in interprofessionellen Speak-up-Schulungsmodulen eingesetzt (Szenarien, Videos, Quiz).	Offene Kommunikation / Speak-up; Psychologische Sicherheit	Praxishilfen • AHRQ – TeamSTEPPS-Instrumente (Modul 4: Two-Challenge Rule, CUS) • Learning to Speak Up for Patient Safety – Schulungsszenarien (PMC)

	CUS: drei assertive Aussagen – «Ich bin besorgt», «Ich fühle mich unwohl», «Das ist ein Sicherheitsthema» –, mit denen Kolleginnen und Kollegen den Ablauf anhalten können («Stop the Line»). Two-Challenge Rule: Wird ein Sicherheitsanliegen nicht berücksichtigt, wird es ein zweites Mal geäussert und bei Bedarf eskaliert.		
CUSP – Comprehensive Unit-based Safety Program	Bei Johns Hopkins mit Unterstützung der AHRQ entwickeltes Programm, das Verbesserungen bei Sicherheitskultur, Teamarbeit und Kommunikation mit einer Checkliste evidenzbasierter Praktiken zu einem bestimmten Schadensthema verbindet. Es stehen verschiedene Toolkits zur Verfügung, darunter auch solche, die einrichtungsspezifisch sind oder sich auf Patientenresultate oder unerwünschte Ereignisse konzentrieren. Mitarbeitende beschreiben Sicherheitsrisiken in ihrer Abteilung und entwickeln als Team eigene Massnahmen; das Programm ist strukturiert, aber flexibel genug, damit Abteilungen sich auf die Risiken konzentrieren, die sie selbst für wichtig halten.	Engagierte Führung; Teamarbeit; Offene Kommunikation / Speak-up; Organisationales Lernen	Praxishilfen • AHRQ – Comprehensive Unit-based Safety Program: Überblick • AHRQ – CUSP als Kulturwandel-Modell (Implementierungsleitfaden) • CUSP-Modul «Teamwork and Communication» (AHRQ) Weitere Informationen • Impact of CUSP on safety culture in a surgical inpatient unit (PSNet) • Influence of CUSP in ICUs: Keystone ICU project (PSNet)
Check-back und Call-out	Check-back: Kommunikation im geschlossenen Kreislauf. Die empfangende Person wiederholt in eigenen Worten, was sie verstanden hat; die sendende Person bestätigt oder korrigiert, und der Zyklus wird wiederholt, bis beide dasselbe verstehen. Call-out: lautes Ansagen einer kritischen Information in Notfallsituationen. TeamSTEPPS-Instrumente, auch in AHRQ-Leitfäden aufgeführt (z. B. perinatale Versorgung).	Offene Kommunikation / Speak-up; Teamarbeit; Übergaben und Schnittstellen	Praxishilfen • AHRQ – Teamwork Tools and Strategies (Check-back, Call-out, SBAR) • AHRQ – TeamSTEPPS-Instrumente nach Modul
Brief, Huddle und Safety Huddle	Brief (Teilen des Behandlungsplans), Huddle (Verfolgen und Anpassen des Plans) und Debrief (Überprüfung der Teamleistung) bilden Modul 2 von TeamSTEPPS. Das Safety Huddle ist eine kurze interdisziplinäre Besprechung, in der Regel täglich, zum proaktiven Erkennen und Mindern von Risiken.	Offene Kommunikation / Speak-up; Teamarbeit; Personalbestand und Arbeitsbelastung	Weitere Informationen • Impact of multidisciplinary team huddles on patient safety – systematische Übersichtsarbeit (BMJ Qual Saf, 2020) • HUSH-Projekt: Umsetzungstreue und Wirkung von Huddles (92 Stationen, 3 NHS-Trusts) • Safety huddle: Konzeptanalyse (BMC Health Serv Res, 2025) • Huddle-Intervention auf chirurgischen Stationen (Mixed-Methods-Studie)
Debrief und After Action Review (AAR)	Kurze, strukturierte Nachbesprechung im Team nach einem Ereignis oder Einsatz: Was war geplant, was ist passiert, warum, und was lernen wir daraus? Laut AHRQ kann ein Debrief etwa 3 Minuten oder weniger dauern und ist am nützlichsten, wenn er sich auf konkrete Teamziele bezieht.	Organisationales Lernen; Teamarbeit; Psychologische Sicherheit	Praxishilfen • AHRQ – Reviewing the Team's Performance: Debrief Weitere Informationen • QIC-WD – Synthese der Übersichtsarbeiten zu After-Action-Reviews • Tannenbaum & Cerasoli (2013) – Metaanalyse zu Debriefs • Debriefing nach Simulationstraining – systematische Übersichtsarbeit (PubMed)
CIRS – Meldung, Feedback und Lernen	Anonymes Meldesystem für kritische Ereignisse und Beinahe-Ereignisse. In Schweizer Spitälern und Kliniken ist der Betrieb eines CIRS gemäss dem Qualitätsvertrag nach Art. 58a KVG eine	Umgang mit unerwünschten Ereignissen; Organisationales Lernen	Praxishilfen • Patientensicherheit Schweiz – CIRNET und Quick-Alerts

	obligatorische Qualitätsverbesserungsmassnahme; das Melden selbst ist freiwillig. Für die Sicherheitskultur entscheidend ist deshalb weniger das Vorhandensein des Systems als die Frage, ob tatsächlich gemeldet wird und ob die Feedback-Schleife geschlossen wird: Meldende erhalten eine Rückmeldung, und es wird sichtbar, welche Verbesserungen umgesetzt wurden. Mögliche Formen sind individuelle Rückmeldungen an Meldende, ein Learning Bulletin bzw. Newsletter mit anonymisierten Fällen und Massnahmen sowie Besprechungen in Teamsitzungen oder Huddles. In der Schweiz betreibt Patientensicherheit Schweiz seit 2006 CIRNET, ein überregionales Netzwerk lokaler Meldesysteme, und veröffentlicht daraus Quick-Alerts mit praxisorientierten Handlungsempfehlungen.		• Patientensicherheit Schweiz – Empfehlungen für das Einführen und Betreiben eines CIRS Evidenz • SAFE Loop – Intervention zur Stärkung von Meldesystemen durch Feedback (PMC, 2025) (noch nicht peer-reviewed) • Benn et al. (2009) – Feedback from incident reporting: information and action to improve patient safety (Qual Saf Health Care)
Just Culture-Empfehlungen, -Leitfaden	Fairer und konsistenter Umgang mit Mitarbeitenden nach einem Ereignis: Zuerst werden System- und Organisationsfaktoren betrachtet; individuelle Massnahmen sind nur in begründeten Fällen angezeigt. Entscheidungshilfen strukturieren das Gespräch der Führungspersonen und verringern den Einfluss unbewusster Voreingenommenheit	Just Culture; Umgang mit unerwünschten Ereignissen; Psychologische Sicherheit	Praxishilfen • NHS England – Being fair tool: https://www.england.nhs.uk/patient-safety/patient-safety-culture/being-fair-tool/ • Patientensicherheit Schweiz – Empfehlungen zu Just Culture
Teamcharta (Team Charter, Teamnormen)	Vom Team gemeinsam erarbeitetes Dokument, das Werte, Verhaltensweisen, Erwartungen und gemeinsame Ziele beschreibt. Es soll ein lebendiges Dokument bleiben, das in regelmässigen Abständen (z. B. quartalsweise) überprüft wird. Sichtbare, regelmässig in Erinnerung gerufene Teamnormen verringern Unsicherheit über Erwartungen.	Offene Kommunikation / Speak-up; Psychologische Sicherheit	Weitere Informationen • Fostering Psychological Safety: Building Team-Based Care Communication Skills (NC Med J) • Artikel in Organizational Dynamics (2025)
Learning from Excellence (LfE)	Ansatz aus Grossbritannien: Mitarbeitende melden Beispiele guter Arbeit von Kolleginnen und Kollegen, um daraus zu lernen und Wertschätzung sichtbar zu machen. Die offizielle Website bietet einen Kurzleitfaden und ein frei zugängliches Toolkit für Qualitätsverbesserung.	Organisationales Lernen; Psychologische Sicherheit	Praxishilfen • Learning from Excellence – Umsetzungsressourcen • LfE-Kurzleitfaden (PDF) Weitere Informationen • LfE im Aufwachraum: qualitative Studie (BMC Health Serv Res, 2025) • LfE in einem Mutter-Kind-Versorgungspfad (Int J Environ Res Public Health, 2021)
Strukturierte Übergaben: I-PASS und standardisierte Verlegungs- und Übergabechecklisten	I-PASS ist ein standardisiertes Übergabeschema für Schichtwechsel und Verlegungen: Illness severity (Schweregrad), Patient summary (Zusammenfassung), Action list (offene Aufgaben), Situation awareness and contingency planning (Lagebewusstsein und Notfallplanung), Synthesis by receiver (Zusammenfassung durch die übernehmende Person). Das Programm umfasst neben dem Schema auch Schulung, eine schriftliche Übergabevorlage und Beobachtung mit Feedback. Eine Variante bezieht Patientinnen, Patienten und Angehörige in die Visite mit ein. Standardisierte Verlegungs- und Übergabechecklisten legen fest, welche Informationen bei der Verlegung zwischen Einheiten oder Institutionen mindestens weitergegeben werden (z. B. Diagnosen, Medikation, Allergien, offene Untersuchungen, Risiken,	Übergaben und Schnittstellen; Offene Kommunikation / Speak-up; Teamarbeit; Einbezug von Patientinnen, Patienten und Angehörigen (PPI)	Praxishilfen • Sichere Medikation an Schnittstellen – Progress! – Patientensicherheit Schweiz • I-PASS Institute – Schulung und Umsetzungshilfen • PSNet – Patient Safety Primer: Handoffs (Überblick zu I-PASS, SBAR und weiteren Übergabeinstrumenten) Weitere Informationen • Starmer et al. (2014) – Changes in medical errors after implementation of a handoff program (N Engl J Med) • Khan et al. (2018) – Patient safety after implementation of a coproduced family centered communication programme (BMJ)

	Ansprechpersonen). Sie sollten mit den beteiligten Einheiten gemeinsam erarbeitet und an den lokalen Kontext angepasst werden.		
Morbiditäts- und Mortalitätsreviews und -konferenzen (M&M / MMR)	Strukturierte Besprechungen oder Reviews von Komplikationen und Todesfällen, um Verbesserungen im System zu erkennen. Sie richten sich an einen grösseren Kreis von Lernenden und sind von Sentinel-Event-Analysen durch ein kleines Team zu unterscheiden. Eine Literaturübersicht empfiehlt ein multidisziplinäres Team, ein strukturiertes Präsentationsformat, eine Analyse des Fehlerprozesses mit Folgemaassnahmen und hält fest, dass ein standardisiertes Review spitalweit eingeführt werden kann. Genannte gute Praktiken: M&M in die Governance der Patientensicherheit einbinden und Ergebnisse nachverfolgen; ein kurzes, standardisiertes und je Fachbereich anpassbares Verfahren verwenden; Patientinnen und Patienten einbeziehen (eine niederländische Erfahrung in der gynäkologischen Onkologie hat die Patientenbeteiligung an M&M eingeführt); ein sicheres Klima für die Diskussion schaffen.	Organisationales Lernen; Umgang mit unerwünschten Ereignissen; Just Culture	Praxishilfen • Leitfaden-Morbiditäts-und Mortalitätskonferenzen Patientensicherheit Schweiz • Pocketcard Patientensicherheit Schweiz • Curriculum-Leitfaden M&M mit Fokus auf Patientensicherheit (MedEdPORTAL) Weitere Informationen • Informing best practice for conducting M&M reviews – Literaturübersicht (Aust Health Rev, 2018) • Standardisierung der M&M – systematische Übersichtsarbeit (PSNet, J Patient Saf 2024) • Learning From M&M Conferences: Focus and Sustainability (PubMed) • Mortality and morbidity meetings und Governance der Patientensicherheit (PMC) • Mortalitätsreview-Prozess: organisationale Faktoren (PMC; erwähnt das 6-Schritte-Toolkit der AHRQ) • Zyklischer Arbeitsablauf zur Umsetzung von M&M-Erkenntnissen (BMC Health Serv Res, 2022) • Einführung einer M&M-Konferenz in einem Regionalspital (PMC)
Interprofessionelle (Peer-) Review	Freiwilliges, auf kollegialen Austausch ausgerichtetes Verfahren: Interprofessionelle, klinikübergreifende Teams analysieren anhand von Patientenakten Prozesse und Schnittstellen, häufig ausgelöst durch Auffälligkeiten bei Qualitätsindikatoren aus Routinedaten, und erarbeiten gemeinsam mit dem Behandlungsteam Verbesserungsvorschläge. Das Verfahren ist vertraulich und frei von Schuldzuweisungen und Sanktionen. In der Schweiz fördert die Allianz Peer Review CH (H+, FMH, Swiss Nurse Leaders) das IQM-Verfahren in der Akutsomatik und seit 2023 ein analoges Verfahren in der Psychiatrie.	Organisationales Lernen; Umgang mit unerwünschten Ereignissen; Übergaben und Schnittstellen	Praxishilfen • Interprofessionelle Peer Review-Verfahren: Empfehlung der Allianz «Peer Review CH» • Interprofessionelle Reviews in der Psychiatrie
Speak Up – Sicherheitsbedenken ansprechen / Psychologische Sicherheit	Patientensicherheit Schweiz bietet mit dem Fragebogen SUPS-Q ein Instrument, um die Speak-up-Kultur in der eigenen Organisation zu erfassen und zu verfolgen, sowie eine Praxisempfehlung mit konkreten Hilfen für Führungspersonen und Mitarbeitende und Sensibilisierungsmaterialien (u. a. Erklärvideos) zur Förderung von Speak Up	Offene Kommunikation / Speak-up; Psychologische Sicherheit	Praxishilfen • Patientensicherheit Schweiz – Angebote zu Speak Up • Fragebogen SUPS-Q • Praxisempfehlung Nr. 8 Weitere Informationen • O'Donovan & McAuliffe (2020) – systematische Übersichtsarbeit zu Interventionen • Changing minds, saving lives: how training psychological safety transforms healthcare

			• A concept analysis of psychological safety: Further understanding for application to health care
Simulationsbasiertes interprofessionelles Teamtraining (inkl. CRM-Training und TeamSTEPPS-basierte Trainings)	Praxisnahe Trainings, in denen Teams kritische Situationen realitätsnah üben, idealerweise interprofessionell und direkt in der eigenen Arbeitsumgebung (In-situ-Simulation). Der zentrale Lerneffekt entsteht im strukturierten Debriefing, in dem das Team das Geschehen selbst reflektiert, statt belehrt zu werden. Damit die Inhalte ankommen, werden die Szenarien gemeinsam mit den Mitarbeitenden entwickelt, etwa auf Basis eigener CIRS-Meldungen oder Beinahe-Ereignisse aus der Abteilung. Mitarbeitende können zudem als Peer-Instruktorinnen und -Instruktoren ausgebildet werden (Train-the-Trainer), was die Akzeptanz erhöht und die Schwelle senkt, Fehler und Unsicherheiten offen anzusprechen. Im Anschluss unterstützen Vorgesetzte den Transfer in den Alltag, z. B. indem erkannte Systemprobleme aufgenommen und Verbesserungen zurückgemeldet werden. CRM-Training (Crew Resource Management): Aus der Luftfahrt stammendes Trainingskonzept für Teamarbeit, Kommunikation und Entscheidungsfindung in kritischen Situationen.	Teamarbeit; Offene Kommunikation / Speak-up; Psychologische Sicherheit	Weitere Informationen • Impact of Teamwork and Communication Training Interventions on Safety Culture and Patient Safety in Emergency Departments – systematische Übersichtsarbeit • Does classroom-based Crew Resource Management training improve patient safety culture? – systematische Übersichtsarbeit • Promoting a Culture of Safety as a Patient Safety Strategy – systematische Übersichtsarbeit (Ann Intern Med, 2013)
Einbezug von Patientinnen, Patienten und Angehörigen (PPI)	Proaktiver Einbezug von Patientinnen, Patienten und Angehörigen auf zwei Ebenen: (1) Perspektive erfassen: Rückmeldungen zur Patientenerfahrung, z. B. mit dem Swiss PREMs (ANQ), der auch ausserhalb der nationalen Messung eingesetzt werden kann und die Mitarbeitendenbefragung (SOPS) um die Patientensicht ergänzt. (2) Aktiv beteiligen: Übergabe am Patientenbett (u. a. mit SBAR), Ermutigung zu Fragen (z. B. Ask Me 3), von Patient:innen und Angehörigen auslösbare Eskalationssysteme sowie Beteiligung an M&M, an Ereignisanalysen und im Sicherheitskulturteam.	Einbezug von Patientinnen, Patienten und Angehörigen (PPI)	Praxishilfen • ANQ – Patienten- und Elternerfahrung • AHRQ – Guide to Patient and Family Engagement in Hospital Quality and Safety • AHRQ – Strategie 3: Nurse Bedside Shift Report (Broschüre, Checkliste, Schulung) • AHRQ – Questions Are the Answer und Kommunikationsinstrumente für Patienten • IHI – Ask Me 3 (Plakate und Broschüren auf Englisch, Französisch und Spanisch) Weitere Informationen • Von Patienten und Angehörigen aktivierte Eskalationssysteme – systematische Übersichtsarbeit • Swiss PPIE Network • PSNet – Patient Engagement and Safety (Überblick) • Einbezug von Betroffenen, Angehörigen und der Bevölkerung: Abklärung des Handlungsbedarfs zur Förderung der Qualität im Gesundheitswesen aus Sicht der Patientenorganisationen

Übergreifende Methoden

Die folgenden Methoden sind in mehreren Dimensionen einsetzbar und gehören zur bewährten Praxis:

Gruppe	Methoden	Wozu
Team-Rituale	Check-in / Check-out; regelmässige Kurzbesprechungen (vgl. Safety Huddle); Visual Management	Gemeinsames Lagebild schaffen, Anliegen früh ansprechen, Belastung sichtbar machen
Gespräche und Feedback	Strukturiertes Feedback; Leadership Conversations; Gespräche ohne Schuldzuweisung; reflexive Ereignisanalyse; Fallbesprechungen	Aus Erfahrungen lernen, Führung im Dialog, faire Aufarbeitung
Regeln und Abläufe	Kommunikationsregeln (vgl. Teamcharta); Eskalationsregeln: vereinbarte Kriterien, wann, wie und an wen Sicherheitsbedenken oder Engpässe weitergegeben werden (z. B. bei Personalmangel, hoher Arbeitsbelastung oder wenn ein Anliegen nicht gehört wird, vgl. Two-Challenge Rule); gemeinsame Priorisierung (Wirkungs-/Aufwand-Matrix)	Erwartungen klären, Risiken rechtzeitig und ohne Hemmschwelle eskalieren, Ressourcen gezielt einsetzen
Lern- und Trainingsformate	Praxisnahe, partizipative Formate statt Frontalunterricht: Übungen mit eigenen Fällen (z. B. aus CIRS), Rollenspiele und Simulation mit Debriefing (vgl. Simulationstraining), Peer-Lernen und Train-the-Trainer, kurze wiederkehrende Lerneinheiten im Arbeitsalltag	Wissen und Fertigkeiten praxisnah aufbauen, Transfer in den Alltag sichern

Anhang: Zuordnungstabellen von SOPS (Hospital Survey 1.0), MaPSaF und PLUS-Sicherheitskulturmodell zur Toolbox

Von den SOPS-Dimensionen zur Toolbox

SOPS-Dimension	Toolbox-Dimension (primär)	Toolbox-Dimension (ergänzend)
Teamarbeit innerhalb der Einheit (Teamwork Within Units)	Teamarbeit	Psychologische Sicherheit
Erwartungen und Handeln der Vorgesetzten zur Förderung der Patientensicherheit (Supervisor/Manager Expectations & Actions Promoting Patient Safety)	Unterstützung durch Vorgesetzte	Engagierte Führung
Organisationales Lernen – kontinuierliche Verbesserung (Organizational Learning – Continuous Improvement)	Organisationales Lernen	Umgang mit unerwünschten Ereignissen
Unterstützung der Patientensicherheit durch die Spitalleitung (Management Support for Patient Safety)	Engagierte Führung	–
Rückmeldung und Kommunikation über Fehler (Feedback & Communication About Error)	Umgang mit unerwünschten Ereignissen	Organisationales Lernen
Offenheit der Kommunikation (Communication Openness)	Offene Kommunikation / Speak-up	Psychologische Sicherheit
Häufigkeit gemeldeter Ereignisse (Frequency of Events Reported)	Umgang mit unerwünschten Ereignissen	Just Culture
Nicht-straftender Umgang mit Fehlern (Nonpunitive Response to Errors)	Just Culture	Psychologische Sicherheit
Personalausstattung (Staffing)	Personalbestand und Arbeitsbelastung	–
Zusammenarbeit zwischen Einheiten (Teamwork Across Units)	Übergaben und Schnittstellen	Teamarbeit
Übergaben und Schnittstellen (Handoffs & Transitions)	Übergaben und Schnittstellen	Offene Kommunikation / Speak-up
Gesamteinschätzung der Patientensicherheit (Overall Perceptions of Patient Safety)	übergreifend*	–

Von den MaPSaF-Dimensionen zur Toolbox

MaPSaF-Dimension	Toolbox-Dimension (primär)	Toolbox-Dimension (ergänzend)
1. Bereitschaft zur umfassenden kontinuierlichen Verbesserung	Engagierte Führung	Organisationales Lernen
2. Stellenwert der Sicherheit	Engagierte Führung	Unterstützung durch Vorgesetzte
3. Systemfehler und individuelle Verantwortlichkeit	Just Culture	Psychologische Sicherheit
4. Erfassung von unerwünschten Ereignissen und «best practice»	Umgang mit unerwünschten Ereignissen	Just Culture
5. Analyse von unerwünschten Ereignissen und «best practice»	Umgang mit unerwünschten Ereignissen	Organisationales Lernen
6. Lernen und Veränderungen herbeiführen	Organisationales Lernen	–
7. Kommunikation über Sicherheitsfragen	Offene Kommunikation / Speak-up	Psychologische Sicherheit
8. Personalführung und Sicherheitsfragen	Just Culture	Unterstützung durch Vorgesetzte
9. Aus- und Weiterbildung des Personals	übergreifend**	Teamarbeit
10. Teamarbeit	Teamarbeit	–

* Die Gesamteinschätzung ist ein Ergebnismass, keine eigene Stellschraube. Ist sie tief, lohnt sich der Blick auf die übrigen Dimensionen, um die Ursachen zu finden.

** Hierfür gibt es keine eigene Toolbox-Dimension; passend sind die übergreifende Gruppe «Lern- und Trainingsformate» und das simulationsbasierte Teamtraining.

Vom PLUS-Sicherheitskulturmodell zur Toolbox

PLUS-Dimension	Toolbox-Dimension (primär)	Toolbox-Dimension (ergänzend)
Sichtbares Engagement der Führungskräfte	Engagierte Führung	Unterstützung durch Vorgesetzte
Offene Kommunikation	Offene Kommunikation / Speak-up	Psychologische Sicherheit
Gerechte Fehlerkultur (Just Culture)	Just Culture	Psychologische Sicherheit
Positive Lernkultur	Organisationales Lernen	Umgang mit unerwünschten Ereignissen
Unterstützende Zusammenarbeit	Teamarbeit	Übergaben und Schnittstellen
Einbinden von Patient:innen und Peers	Einbezug von Patientinnen, Patienten und Angehörigen (PPI)	–
Wohlbefinden der Mitarbeitenden	Personalbestand und Arbeitsbelastung	Psychologische Sicherheit
Ressourcen und Schulungen zur Sicherheit	Personalbestand und Arbeitsbelastung	übergreifend**
Evidenzbasierte Praxis	übergreifend***	Organisationales Lernen

*** Hierfür gibt es keine eigene Toolbox-Dimension; evidenzbasiertes Arbeiten wird vor allem durch Instrumente wie M&M, interprofessionelle Peer Review und Fallbesprechungen unterstützt.