

Fehlermanagement in der Medizin

Warum ist ein Fehler passiert?

Daniel Friederich

Fehler sind menschlich. Fehler sind sogar eine Chance, denn aus Fehlern kann man lernen – das gilt auch für Fehler in der Medizin. Doch um aus Fehlern zu lernen, muss man sie zugeben und zu ihnen stehen. Und genau dies fällt oft schwer.

Das Fehlermanagement ist ein Thema, das nicht nur die Berufsleute im pädagogischen Umfeld beschäftigt. Auch in der Wirtschaft, in der Rechtssprechung, in der Luftfahrt und im Gesundheitswesen hat man Erfahrungen mit diesem Thema. Lassen sich Erfahrungen aus diesen Bereichen auf die Pädagogik übertragen?

Die Medizin hat versucht, Erfahrungen aus der Luftfahrt für sich nutzbar zu machen. In der Aviatik haben anonyme Fehlermeldesysteme viel dazu beigetragen, dass organisatorische, technische und strukturelle Veränderungen durchgeführt wurden.

«Fehler können nicht vermieden werden. Wir müssen aber ihre Konsequenzen minimieren!» ist ein Fazit, das der Chefarzt Anästhesie am Universitätsspital Basel, Daniel Scheidegger, von der Luftfahrt in die Medizin übertragen hat. Fehler haben immer auch einen positiven Aspekt, wenn man bereit ist, Fehler zuzugeben. Wenn Personen mit Berufserfahrung und/oder Leitungsfunktionen vermitteln können, dass es möglich ist, zu Fehlern zu stehen, ohne dabei Ansehen und Autorität zu verlieren, tragen sie Wesentliches zu einer guten

«Fehlerkultur» bei. In einem solchen Klima wird niemand wegen eines Fehlers blossgestellt. Im Vordergrund stehen dann vielmehr der Lerneffekt, der durch den Fehler ermöglicht wird, und die Suche nach Verbesserung.

Anonymität bleibt gewahrt

Kritische Situationen erkennen und selber melden kann aber je nach Persönlichkeitsstruktur sehr schwierig sein. Angesichts dieser Tatsache führt z. B. das Inselspital in Bern in allen seinen Kliniken ein anonymes Fehlermeldesystem.

Das Projekt «Erfassen und Bearbeiten kritischer Ereignisse» am Inselspital hat folgende Merkmale:

- » Die Absender von Meldungen bleiben anonym.
- » Alle Berufsgruppen sind vertreten (interdisziplinär).
- » Informationen werden an alle Klinik-Mitarbeitende weitergeleitet, um aus Fehlern lernen zu können.
- » Ereignisse sollen gemeldet, analysiert und gegebenenfalls sollen Massnahmen getroffen werden.
- » Schwere beziehungsweise tödlich verlaufende Zwischenfälle sind von dieser Regelung (Anonymität) explizit ausgenommen.

Das Meldesystem ist seit März 2004 in Betrieb und bietet neben der Eingabe und Bearbeitung von Meldungen die Möglichkeit von statistischen Auswertungen, was sehr geschätzt wird. Gleichzeitig gewährleistet das System Anonymität, im Gegensatz zu Meldungen auf Papier. Die elektronischen Meldeformulare sind für alle Mitarbeitenden ohne Passworteingabe über das Intranet zugänglich. Damit soll die Hemmschwelle möglichst

niedrig gehalten werden, um die Mitarbeitenden zu freien Meldungen zu motivieren.

Erfahrungen mit dem System zeigen: Organisatorische und technische Optimierungsmassnahmen lassen sich relativ einfach sachlich formulieren und umsetzen. Hingegen ist die Haltung, die man Fehlern gegenüber einnimmt, schwieriger zu beeinflussen. Entscheidend für eine erfolgreiche Umsetzung und Verankerung des Fehlermeldesystems ist die Frage: «Warum ist ein Fehler passiert?» Die noch häufig vorhandene Schuldkultur, bei der es vor allem um «Wer hat...?» oder «Wer ist schuld?» geht, soll von einer «positiv-konstruktiven Fehlerverarbeitungs-kultur» abgelöst werden.

Fehlerkultur schaffen

Nach Horst Splisgardt, Chefarzt Anästhesie am Kantonsspital Schaffhausen, können Fehler grundsätzlich in drei Kategorien unterteilt werden:

- » Unaufmerksamkeiten (Beispiel: Fehltritt)
- » Fehlüberlegungen (die häufig eine Folge davon sind, dass mitbeteiligte Faktoren nicht beachtet werden)
- » Nichteinhalten von Regeln

Die meisten Fehler verlieren schon bald ihren Schrecken, wenn sie einer dieser Gruppen zugeteilt werden konnten, meint der Chefarzt.

«Wenn wir wegkommen von der Frage: «Wer war das?» und uns der Frage zuwenden «Warum war das?», dann sind wir bereits einen wichtigen Schritt weiter auf dem Weg von einer «Blame-Kultur» (Vorwürfe machen) zur «Just-Kultur» (Ursachen suchen).

Fachliche Beratung
durch Daniela Zahnd,
Qualitätsmanagerin,
Freiburger Spital



Vielleicht müssen wir dann auch nicht mehr so schnell einen Verursacher finden und uns dauernd von diesem abwenden und abgrenzen, um nicht mit ihm identifiziert zu werden. Vielleicht versuchen wir stattdessen, uns in seine Lage hineinzusetzen und Parallelen zu selbst erlebten Situationen zu suchen. So können dann auch Ursachen aufgedeckt werden, die möglicherweise immer wieder auftreten und die es deshalb anzugehen gilt. Ganz nach dem Grundsatz aus den Pilotenschulungen: «We need to identify the cause. Pilot error is the outcome and not the cause.» («Wir müssen die Ursache finden. Der Pilotenfehler ist das Ergebnis, nicht die Ursache.»).

Klare Zeichen der Leitung

Voraussetzung für einen Kulturwandel ist, dass die Leitung klare Zeichen setzt und deutlich vermittelt, dass das Fehlermeldesystem eine Führungsaufgabe ist, aber kein Führungsinstrument. Mitarbeitende dürfen nicht aufgrund von Meldungen

bewertet werden! Im Inselspital wurde das CIRS-Konzept pro Unterabteilung («Klinik» genannt) eingeführt, damit die einzelnen Kliniken ihr eigenes Konzept entwickeln und sich so intensiv mit der Thematik auseinandersetzen.

Das System hat auch Nachteile

Das Inselspital versteht das anonyme Meldesystem als wichtiges Instrument zur Verbesserung der Patientensicherheit und für den angestrebten Kulturwandel. Die Anonymität und Freiwilligkeit können Probleme zum Vorschein bringen, die sonst kaum thematisiert würden. Der Nachteil der Anonymität ist, dass Ursachenanalysen manchmal schwierig sind. Die Wirkung von Verbesserungsmaßnahmen aufgrund von anonymen Meldungen nachzuprüfen, ist nicht gesichert, weil man nicht direkt nachfragen kann und so nicht genau weiss, ob das Problem durch die Verbesserungsmaßnahme nun wirklich gelöst werden konnte. Neue Probleme, die durch die Einführung

dieser Massnahmen entstehen könnten, sind nicht voraussehbar und können darum umso gefährlicher sein.

Zur Veränderung von einer Schuldkultur hin zu einer Fehlerverarbeitungs-kultur trägt das System aber ohne Zweifel bei.

Bedeutung der Kommunikation

Die Tatsache, dass die Zahl der zu Tage getretenen Fehler im Lauf der Zeit nicht etwa sinkt, sondern steigt, wenn das medizinische Personal sich vermehrt am Fehlermanagementsystem beteiligt, kann zu Widerständen gegen das System führen. Fehler lassen sich häufig auf Kommunikationsschwächen zurückführen. Diese wiederum sind oft die Folge von unausgesprochenen Konflikten.

Ein konstant gleich bleibendes Team macht überdies nicht unbedingt weniger Fehler. Im Gegenteil: Bei hoher Professionalität nimmt die Fehlerzahl sogar ab, wenn es innerhalb eines Teams regelmässige Wechsel gibt. Dies zeigen Erfahrungen der Swissair. Vielleicht liegt ein Grund dafür in der Kommunikation. Mit einem neuen Mitarbeitenden müssen im Team auch Routinehandlungen bewusst besprochen und Abläufe thematisiert werden. Man spricht bewusster und genauer miteinander.

Mut zur Fehlerkultur

Die Erfahrungen mit Fehlermeldesystemen in der Medizin und in der Aviatik ermutigen zu einer neuen Kultur im Umgang mit Fehlern, die sich teilweise auch auf die Pädagogik übertragen liesse. Eine positiv-konstruktive Fehlerverarbeitungs-kultur ist auch in der Schule notwendig und muss da wie in der Medizin zuerst geschaffen werden. Fehler zugeben können, muss auch in der Pädagogik zuerst gelernt werden. Wie weit anonyme Fehlermeldesysteme in der Pädagogik Probleme thematisieren würden, die sonst verborgen blieben, ist eine offene Frage, da solche Systeme in der Pädagogik kaum bekannt sind. Fehler als Ausgangspunkt für positive Lernentwicklungen zu sehen, muss aber auch in der Pädagogik noch stark gefördert werden (siehe zum Beispiel die zehn Dimensionen einer Fehlerkultur im Grundlagenartikel S. 4–7 von OSER). Es sind noch einige Schritte zu tun, bis es heisst:

«Heute schon Fehler gemacht? – Schade, nichts gelernt!»