

Abschlussarbeit im Rahmen der SAB Intensivpflege  
an den Salzburger Landeskliniken

# Entwicklung einer Fehlerkultur auf Intensivstationen

DGKP Gottsbacher Richard

Juni 2005



## **Danksagung**

Ich möchte mich bei den Mitarbeitern folgender Abteilungen der Salzburger Landeskliniken sehr herzlich für die Mitarbeit durch das Ausfüllen eines Fragebogens zum Thema Fehlerkultur bedanken:

- Anästhesie-Intensivstation
- Intensiv- und Wachstation Chirurgie West
- II. Med. kardiologische Intensivstationen

Weiters gebührt mein Dank Dr. Joachim Steinwendner für die Unterstützung bei der statistischen Auswertung des Fragenkatalogs.

## **Abbildungsverzeichnis**

Abbildung 1: Schweizer Käse Modell der Fehlerursachen (nach Reason 1990)	4
Abbildung 2: Eisbergmodell der Fehlervorstufen (nach Staender 2001)	5
Abbildung 3 : Einschätzung der eigenen Fehlerwahrscheinlichkeit	14
Abbildung 4 : Verwendung von Hilfsmitteln	15
Abbildung 5: Vermutete Fehlerhäufigkeit	16
Abbildung 6 : Vermutetes Fehlerpotential „Mensch versus System“	17
Abbildung 7: Mensch versus Technik	17
Abbildung 8 : Gewünschte Zusammenstellung der Analysegruppe	19
Abbildung 9: Schritte zur Fehlerkultur	21

# Inhaltverzeichnis

1	Einleitung .....	1
2	Allgemeine Einführung und Definitionen .....	2
2.1	Entwicklung des Umgangs mit Fehlern.....	2
2.2	Von der Verschuldensfrage zur Fehlerkultur .....	3
2.3	Fehlerdefinitionen, Ursachen und Typen von Versorgungsfehlern. 3	
2.3.1	Fehlerdefinition.....	3
2.3.2	Fehlerursachen .....	4
2.3.3	Fehlervorstufen .....	5
2.3.4	Fehlertypen.....	6
3	Fehlermanagementsysteme im Vergleich.....	8
3.1	Fehlerbegünstigende Faktoren.....	8
3.2	Fehlermeldesysteme in der Luftfahrt .....	8
3.3	Fehlermeldesysteme in der Medizin.....	9
3.4	Luftfahrt und Medizin im direkten Vergleich.....	10
4	Entwicklung einer Fehlerkultur im eigenen Bereich.....	13
4.1	Der Fragebogen .....	13
4.2	Fehlerbewusstsein .....	13
4.3	Fehlermanagement .....	15
4.4	Fehlerpropädeutik .....	19
5	Zusammenfassung .....	22
	Literaturverzeichnis .....	23
	Anhang: Fragenkatalog und Auswertung.....	24

# 1 Einleitung

Das Thema Fehler wird im Bereich der Medizin und Pflege gerne totgeschwiegen. Gerade in einem Arbeitsbereich, der so komplex ist wie eine Intensivstation, sind Fehler bereits vorprogrammiert. Die Entwicklung einer Fehlerkultur wäre hier schon auf Grund der angestrebten Patientensicherheit dringend erforderlich.

Aufgrund meiner Tätigkeit als Sachverständiger im Bereich der Allgemeinen Luftfahrt, werde ich dieses Thema auch aus einer anderen Sichtweise heraus darstellen. Die Luftfahrt hat bereits vor vielen Jahren die Lernpotentiale eines Fehlermeldesystems erkannt und in vorbildlicher Weise umgesetzt.

In meiner Diplomarbeit werde ich nun Parallelen zwischen solchen Systemen herstellen und näher beleuchten. Bereits vorhandene Systeme werden vorgestellt und erläutert. Mit einem Fragebogen habe ich in unserem Arbeitsbereich eine Standortbestimmung zu diesem Thema durchgeführt. Eine Analyse der erhobenen Daten ist ebenfalls Inhalt dieser Arbeit.

In den ersten Kapiteln erläutere ich Begrifflichkeiten und Definitionen für das Fehlermanagement. Anschließend folgen die Vorstellung vorhandener Systeme und die bisherigen Erfahrungen die damit gemacht wurden. Danach erfolgt die Darstellung der Entwicklung einer Fehlerkultur. Weiters werden die Möglichkeiten für die Umsetzung in unserem eigenen Arbeitsbereich geprüft und angedacht. Die Analyse der Standortdaten bildet den Abschluss.

Letztendlich soll die Angst und negative Polarisierung die beim Umgang mit Fehlern vorherrschen, abgebaut werden, um so die Entwicklung einer Fehlerkultur im Arbeitsbereich einer Intensivstation zu fördern. Die Anhebung der Patientensicherheit und der selbstverständliche Umgang mit Fehlleistungen sollten auch als Ziel und Chance der Verbesserung erkannt und etabliert werden.

## 2 Allgemeine Einführung und Definitionen

### 2.1 Entwicklung des Umgangs mit Fehlern

Wie wir im täglichen Umgang mit Fehlern umgehen wird uns bereits in den Tagen der Kindheit und der Schule eingeprägt. In unseren Schulsystemen wird Leistung in erster Linie an Fehlerfreiheit gemessen. Doch auch in diesem System gibt es bereits die Unterscheidung zwischen einem Flüchtigkeitsfehler und einem Fehler der aufgrund einer Wissenslücke entsteht. Hier wird also bereits eine erste Typisierung vorgenommen.

Umso erstaunlicher ist es, dass das Wissen um unterschiedliche Fehlertypen, bei den Angehörigen von medizinischen Berufen bisher nicht dazu geführt hat, sich mit möglichen Fehlern und deren Konsequenzen hinreichend auseinanderzusetzen.

Amerikanische Gesundheitsexperten (Kohn et al. 1999) haben in einer langfristigen Studie Zahlen erhoben, die allen in diesem Bereich tätigen zu denken geben müssten. Nach Angaben des Instituts of Medicine (IOM) ist davon auszugehen, dass es bei circa 4 von 100 stationär behandelten Patienten im Verlauf ihrer Behandlung zu Gesundheitsschäden kommt, die zu mehr als 50% auf vermeidbaren Fehlern beruhen. Die Zahl der fehlerbedingten Todesfälle in den USA wird auf ca. 50000 bis 100000 pro Jahr geschätzt. Sie liegt damit höher als die Zahl der Todesfälle durch Verkehrsunfälle!

In der Quality in Australian Health Care Study zeigte sich, dass medizinische Fehler 3,3 Millionen Behandlungstage im Krankenhaus verursacht hatten, von denen 1,7 Millionen Tage (das sind 8% aller Aufenthaltstage) vermeidbar gewesen wären (Wilson et al. 1995). Dies zeigt eindeutig, welcher zusätzliche volkswirtschaftliche Schaden so verursacht wird.

Von 1998 bis 2000 wurden in der Schweiz im Rahmen einer prospektiven Studie insgesamt 41994 Behandlungsverläufe in 14 Kliniken analysiert. Bei 1538 (3,7%) aller untersuchten Verläufe waren behandlungsbedingte Komplikationen nachweisbar, von denen mehr als die Hälfte (52%) als relevant einzustufen war. Als relevant wurde hierbei definiert: tödliche Komplikationen, Schädelblutungen, Maßnahmen die eine Wiederaufnahme, Verlängerung des Aufenthalts, Verlegung auf die Intensivstation oder systemische medikamentöse Therapie zur Folge hatten.

Für den restlichen deutschsprachigen Raum gibt es vergleichbare wissenschaftlich haltbare Daten leider nicht. Die Schweiz nimmt in der Etablierung von Fehlermeldesystemen in der Medizin eine Vorreiterrolle in Europa ein. So scheint es, dass die Eidgenossen in der Entwicklung ihres Fehlerbewusstseins bereits einen Schritt weitergekommen sind. Die Forderung nach einem aktiven Umgang mit Fehlern kam auch nicht von Seite der Betroffenen (Patienten), sondern aus dem Management der

Kliniken. Diese haben bereits die Verknüpfung zwischen Fehlerkultur und Qualitätssicherung in komplexen Arbeitsbereichen erkannt.

## 2.2 Von der Verschuldensfrage zur Fehlerkultur

Die in Österreich übliche Verfahrensweise bei Fehlern im Behandlungsablauf ist in erster Linie die Suche nach einem Schuldigen. An vielen Krankenhäusern haben sich Abteilungen für „Risk-Management“ etabliert, welche in erster Linie die rechtlichen Konsequenzen eines Fehlverhaltens behandeln. Der durch die Öffentlichkeit und mediale Berichterstattung entstehende Druck wird auf diese Art zwar befriedigt, von einer Aufarbeitung im weitesten Sinne kann man jedoch nicht sprechen. Ziel eines Fehlermanagementsystems ist es, sich um die Vermeidung der Wiederholung eines Fehlers, und damit der eigentlichen Prävention zu kümmern.

Verleugnen nach außen und bestrafen nach innen, so lässt sich Umgang mit Fehlern in unserem Gesundheitssystem bezeichnen. Einen Schuldigen zu suchen und gegebenenfalls abzustrafen wird jedoch einem zeitgemäßen Umgang mit dieser Problematik nicht gerecht. Vielmehr muss auch ein Gesundheitssystem sich als Dienstleister verstehen lernen, und die Chance der Verbesserung in jedem Fehler erkennen. Man muss sich über gemachte Fehler nicht freuen, sollte aber die Möglichkeit der Vermeidung als Steigerung der Sicherheit empfinden. Diese Bewusstseinsänderung muss sich jedoch nicht nur bei den Mitarbeitern durchsetzen, sondern auch als operative Aufgabe des Managements gewertet werden. Irren ist menschlich, und als solches werden sich in einem von Menschen getragenen Betrieb, Fehler niemals ganz vermeiden lassen. Die Frequenz mit der Fehlleistungen auftreten lässt sich jedoch durch einen sachlichen Umgang mit dem Problem sicher positiv beeinflussen. Der Weg zu einer Fehlerkultur wird aber in Kapitel 4 noch genauer skizziert.

## 2.3 Fehlerdefinitionen, Ursachen und Typen von Versorgungsfehlern

Die folgende Betrachtung dient dazu, Versorgungsfehler zu definieren, mögliche Ursachen aufzeigen und eine Fehlertypisierung festzulegen. Viele Begriffe aus diesem Bereich werden international in verschiedenen Zusammenhängen ähnlich verwendet. In erster Linie werde ich jedoch die für den deutschsprachigen Raum üblichen Termini verwenden.

### 2.3.1 Fehlerdefinition

***„Ein Fehler ist definiert als eine nicht beabsichtigte, oft auch nicht erwartete negative Reaktion auf eine bewusst, oder unbewusst ausgeführte, oder unterlassene Maßnahme.“  
(Rall et al. 2001)***

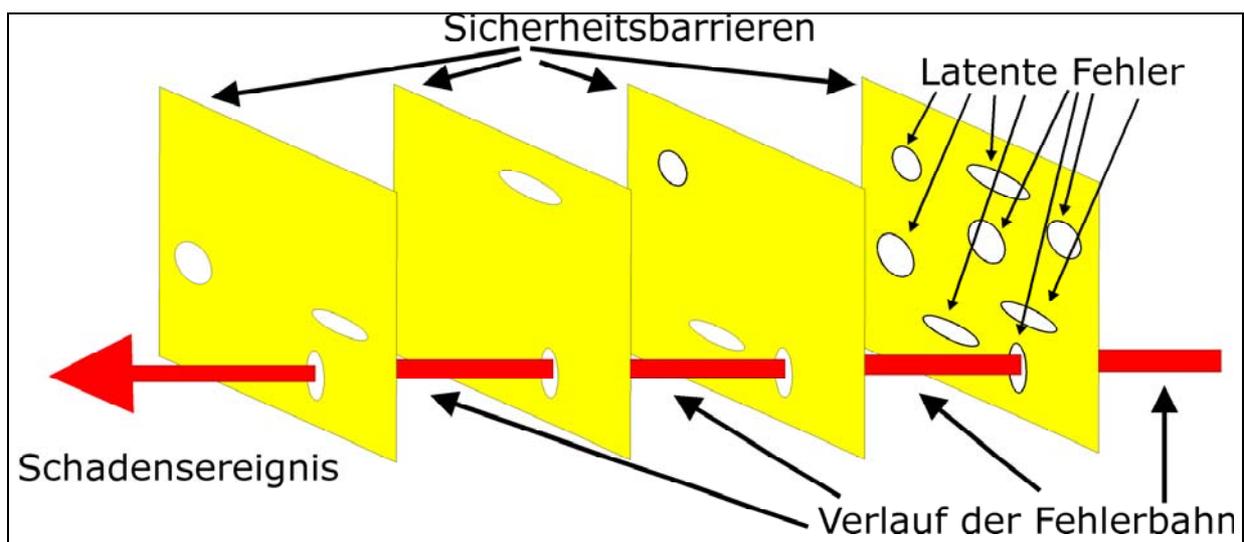
Dies ist eine der gebräuchlichsten Definitionen in unserem Raum. So weist diese Definition bereits darauf hin, dass eine mit Absicht durchgeführte

falsche Maßnahme kein Fehler an sich ist, sondern rein rechtlich gesehen eher den Tatbestand einer Verletzung der Sorgfaltspflicht darstellt. Der Begriff „Fehler in der Patientenvorsorgung“ muss also vom „Behandlungs- oder Pflegefehler“ deutlich abgegrenzt werden. Um die entsprechende Sorgfalt in der Behandlung und Pflege zu gewährleisten werden üblicherweise Krankenhausinterne Standards entwickelt, die sich an den letzten wissenschaftlich gesicherten Daten orientieren.

Weiters lässt diese Definition erkennen, dass ein Fehler sowohl aktiver als auch passiver Natur sein kann. Am Ende steht jedoch immer ein nicht wünschenswertes Ergebnis im Sinne einer Verschlechterung des Gesundheitszustandes des Patienten.

### 2.3.2 Fehlerursachen

In vielen hochkomplexen Arbeitsbereichen wie Luftfahrt oder der Atomindustrie, wird der Ursachenforschung für Fehlleistungen sehr viel Aufmerksamkeit geschenkt. So wurde sehr schnell erkannt, dass ein Schadensereignis nicht das Ergebnis eines einzelnen Fehlers ist, sondern eine Verkettung von Fehlleistungen oder das Versagen von Sicherheitsbarrieren.



**Abbildung 1: Schweizer Käse Modell der Fehlerursachen (nach Reason 1990)**

Sehr anschaulich lässt sich dies durch das „Schweizer Käse Modell“ darstellen (Abbildung 1 auf Seite 4). Dieses Modell (Reason 1990) zeigt auf einfache Art und Weise, welcher Zusammenhang zwischen Fehlervorstufen und Sicherheitsvorkehrungen besteht. Die einzelnen Ebenen bezeichnen jeweils Sicherheitsvorkehrungen, während die Löcher der Scheiben die Fehlervorstufen darstellen. Wird die Anzahl der Löcher mehr, oder sinkt die Anzahl der Scheiben, so wächst damit die Möglichkeit einer direkten Sicht (und damit eines Schadensereignisses) durch dieses Modell.

So ergeben sich aus dieser Vorstellung zwei Maßnahmen für die Schadensreduktion:

Eine Vermehrung der Sicherheitsvorkehrungen als Änderung im Ablauf der Organisation, und eine Reduktion der Anzahl von Fehlervorstufen oder Einzelfehlleistungen in den einzelnen Ebenen durch ein aktives Fehlermanagement.

### 2.3.3 Fehlervorstufen

Eine Verschlechterung des Patientenzustandes oder eine Komplikation sind nach dem oben angeführten Modell also ein Ergebnis von Einzelfehlleistungen. Diese sind in diesem Fall eine Gefährdung für den Patienten, müssen aber im Einzelfall noch kein Schadensereignis als Folge haben. So lassen sich Fehlervorstufen ebenfalls an einem praktischen Beispiel demonstrieren. Die graphische Darstellung erfolgt als so genanntes „Eisbergmodell“ (Abbildung 2 auf Seite 5).



**Abbildung 2: Eisbergmodell der Fehlervorstufen (nach Staender 2001)**

Die Spitze (sichtbarer Teil) des Eisberges bilden bereits eingetretene Komplikationen und Zwischenfälle. Der wesentlich größere (unsichtbare) Teil liegt unter der Wasseroberfläche und ist damit schwer einschätzbar. Dieser Teil wird von den Fehlervorstufen gebildet. Die breite, unterste Basis bilden so genannte latente Fehler(threats). Darauf bauen kritische Ereignisse(incidents)auf. Unmittelbar unter der Wasseroberfläche liegen die „Beinahe Komplikationen“(near-misses).

Diese Abbildung ermöglicht auch eine Darstellung der Zusammenhänge von Anzahl und Gefährdung. Während die Anzahl der latenten Fehler am größten ist, haben sie das geringste Gefährdungspotential. Beinahe

Komplikationen sind seltener, die Gefährdung für den Patienten ist jedoch um ein vielfaches höher.

Latente Fehler sind also der Ursprung und Basis für das gesamte System. Diese Darstellung veranschaulicht in welche Richtung man in der Fehlerforschung und Analyse blicken muss. Bereits etablierte Sicherheitssysteme machen sich diesen Denkansatz zu Nutze und wurden im Bereich der Luftfahrt erfolgreich umgesetzt. Das einzige im medizinischen Bereich eingesetzte System in der Schweiz (CIRS – Critical Incident Reporting System) funktioniert ebenfalls auf diese Art und Weise. Diese bereits vorhandenen Systeme werden in Kapitel 3 dieser Arbeit noch näher betrachtet.

#### 2.3.4 Fehlertypen

Nach den Definitionen und Ursachen soll nun versucht werden, eine Typisierung für Fehler vorzunehmen. Eine solche Möglichkeit ergibt sich aus der Einteilung der Fehler nach ihrer Entstehung und Verteilung (nach Rall et al. (2001)).

##### 2.3.4.1 Systematische Fehler

Ein systematischer Fehler liegt dann vor, wenn die Verteilung der Fehler den Schluss zulässt, dass konstant immer der gleiche Fehler begangen worden ist. Wird beispielsweise der Blutdruck eines Patienten immer konstant zu hoch gemessen, kann der Verlauf immer noch gut eingeschätzt werden. Damit ist der einmal erkannte Fehler, auch wenn er nicht sofort beseitigt werden kann, gut prognostizierbar. Systematische Fehler zeichnen sich also durch folgende Eigenschaften aus:

- ⇒ Leichte Erkennbarkeit
- ⇒ Gute Prognostizierbarkeit
- ⇒ Gute Analysemöglichkeit
- ⇒ Rasche Korrigierbarkeit

##### 2.3.4.2 Unsystematische Fehler

Auch unsystematische Fehler lassen sich anhand ihrer Verteilung erkennen. Am oben genannten Beispiel der Blutdruckmessung müsste nun der Fehler nicht mehr konstant sein, sondern einmal nach oben oder unten variieren. Somit lässt sich kein Verlauf mehr erkennen und der Messwert bekommt die Bedeutung einer Hausnummer. Die Fehleranalyse ist in diesem Fall jedoch ungleich schwieriger, denn es müssen wesentlich mehr Fehlerursachen in Betracht gezogen werden (Störungen der Sensorik, Bewegungen des Patienten ect.). Es lassen sich ebenfalls vier Eigenschaften feststellen:

- ⇒ Schlechte Erkennbarkeit
- ⇒ Keine Prognostizierbarkeit
- ⇒ Schwierige Analyse bei multifaktoriellen Ursachen
- ⇒ Erschwerte Korrigierbarkeit

#### 2.3.4.3 Aktive Fehler

Prinzipiell können aktive Fehler als solche bezeichnet werden, wenn sie direkt zu einem negativen Ergebnis führen. Sie lassen sich als „Sicherheitsgefährdende Handlungen“ oder Unterlassungen definieren. Sie werden üblicherweise einer vor Ort handelnden Person zugeordnet und führen in unserem System zu den obligaten Bestrafungen im Sinne einer Schuldzuweisung. Eine objektive Beurteilung müsste jedoch eine Analyse der Fehlervorstufen, komplementäre Sicherheitslücken und fehlerbegünstigende Faktoren mit berücksichtigen.

#### 2.3.4.4 Latente Fehler

Als latente Fehler können die in den Fehlervorstufen bekannten Fehlerquellen zusammengefasst werden. Sie führen erst durch eine Clusterung zum negativen Ergebnis. Sie können und sollen prophylaktisch angegangen und reduziert werden, weil sie aktiven Fehlern oft den Weg ebnen (siehe „Schweizer Käse Modell“)

#### 2.3.4.5 Repräsentationsfehler

Dieser Begriff kommt aus der kognitiven Psychologie und beschreibt ein Missverhältnis zwischen Darstellung einer Situation und der eigentlichen Realität. Hält ein Betroffener an einer offensichtlich falschen Entscheidung fest so spricht man auch von einem *Auswahlfehler*.

Bei einem *Ausschlussfehler* verwirft der Betroffene gerade das der Realität am meisten entsprechende Modell und hält stattdessen sämtliche mit der Realität nichtkongruente Hypothesen für wahrscheinlicher.

Der *Ignorierungsfehler* führt bei dem Betroffenen dazu, dass die Anzeichen eines ernsthaften Problems nicht als solches erkannt werden, er sich damit in einer falschen Sicherheit wiegt.

In all diesen Fällen besteht die große Gefahr, dass lebensgefährliche Situationen nicht erkannt und lebensrettende Maßnahmen zu spät eingeleitet werden.

## 3 Fehlermanagementsysteme im Vergleich

### 3.1 Fehlerbegünstigende Faktoren

Aufgrund einer Untersuchung (Thomeczek 2001) zwischen den Bereichen Luftfahrt und Intensivstationen konnten systemimmanente fehlerbegünstigende Faktoren identifiziert werden. Dabei handelt es sich in beiden Fällen um:

- ⇒ Arbeitsplätze mit hohem Technisierungsgrad
- ⇒ Teamarbeit mit hohem Spezialisierungsgrad
- ⇒ Hohe psychische und physische Belastungen
- ⇒ Häufig schnell wechselnde Arbeitsintensität
- ⇒ Verarbeitung großer Datenmengen
- ⇒ Konfrontationen mit zwingenden Entscheidungssituationen
- ⇒ Kleine Fehler mit fatalen Folgen

### 3.2 Fehlermeldesysteme in der Luftfahrt

Die Arbeitsabläufe im Cockpit eines Flugzeugs sind also mit dem Tätigkeitsbereich einer Intensivstation weitestgehend vergleichbar. Die natürliche Angst der Menschen vor dem Fliegen und der zunehmende wirtschaftliche Druck auf die Luftlinien (nur wer sicher an sein Reiseziel kommt ist ein zufriedener Kunde), zwang die Luftfahrtunternehmen, sich mit Sicherheitsaspekten und damit auch Fehlerkultur auseinanderzusetzen. Als Ergebnis davon ist das Flugzeug heutzutage statistisch gesehen eines der sichersten Massenverkehrsmittel.

Der positive Effekt eines Fehlermeldesystems erstreckt sich hier jedoch nicht nur auf den Bereich der komplexen Technik, sondern er erfasst und bewertet auch die Entscheidungsabläufe im Team, die Kommunikation und den Ausbildungsstand. Piloten sind eine der wenigen Berufsgruppen, die in regelmäßigen Abständen (6-12 Monaten) während eines Simulatortrainings ihren Ausbildungsstand und Teamfähigkeit beweisen müssen. Sollte so ein Training negativ ausfallen, hätte dies eine Nachschulung, und bei einem weiteren negativen Ergebnis einen Verlust der Lizenz zur Folge. Auf diese Art lässt sich ein Ausbildungsstand auf sehr hohem Niveau halten.

Sowohl im Cockpit als in der Wartung von Luftfahrzeugen wurden firmenintern Meldesysteme etabliert, die ausnahmslos allen Mitarbeitern zur Verfügung stehen. Diese Systeme sind meist vertraulich, das heißt, eine Vertrauensperson wird in das System mit einbezogen. So ist es möglich, falls noch nähere Daten für eine Analyse gebraucht werden, die Quelle weiter zu befragen. Diese Vertrauenspersonen unterliegen jedoch der Schweigepflicht, damit hat das Management keinerlei Zugriff auf die Identität der Quelle. Die allgemeine Zugänglichkeit und der vertrauliche

Umgang mit den Daten sind somit entscheidende Eckdaten in solchen Systemen.

Zusätzlich wurden sowohl national, als auch international Behörden geschaffen, deren Aufgabe die Erstellung von allgemein gültigen Standards und Mindestanforderungen ist. Weiters sind diese Behörden (Flugunfalluntersuchungskommissionen) auch damit beauftragt, Analysen von Zwischenfällen und Ereignissen zu erstellen, und falls notwendig, entsprechende Empfehlungen auszugeben. Die Suche nach Schuldigen bleibt hier immer Sache der Gerichte.

### 3.3 Fehlermeldesysteme in der Medizin

Im gesamten deutschsprachigen Bereich ist diesbezüglich die Schweiz am weitesten fortgeschritten. 1995 wurde an der Universitätsklinik in Basel ein „Critical Incident Reporting System“ auf Basis einer Intranet – Anwendung eingeführt. Alle Mitarbeiter der Anästhesie können in diesem System Fehler anonym melden, anschauen und kommentieren. 1998 wurde dieses System für das Internet aufbereitet und steht nun der gesamten Schweiz zur Verfügung. Der Datensatz wurde so verändert und angepasst, dass er fachübergreifend genutzt werden kann. Es kann lokal, dezentral und auch grenzübergreifend in geschlossenen Benutzergruppen eingesetzt werden.

Derzeit wird dieses System fast ausschließlich im stationären Bereich eingesetzt, eine Ausdehnung auf die ambulante Grundversorgung und in den Bereich der niedergelassenen Ärzte wird betrieben.

Vor- und Nachteile eines derartigen Erfassungssystems wurden von Scheidegger (2003) untersucht, und ergaben folgende Ergebnisse:

Vorteile:

- ⇒ Günstiger Betrieb mit hohem Informationsgehalt
- ⇒ Betonung von Elementen die ein System besonders verletzlich machen
- ⇒ Seltene, atypische Fehler werden gut erfasst
- ⇒ Alle Fehlervorstufen können gesammelt werden

Nachteile:

- ⇒ Es werden nur Ereignisse erfasst, an die sich der Meldende gut erinnern kann
- ⇒ Exaktheit und Wahrheitstreue hängen entscheidend von der Person des Meldenden ab
- ⇒ Seltene Ereignisse werden bevorzugt gemeldet, häufigere „banale“ Ereignisse dagegen häufig übergangen (Under – Reporting)

Die Schaffung eines Fehlerbewusstseins und die Bereitschaft zur Kommunikation sind also ein wesentlicher Bestandteil, um ein solches System effizient betreiben zu können.

Mit Ausnahme der Schweiz fehlt ein vergleichbarer Ansatz zur Fehlerkultur im restlichen deutschsprachigen Bereich. Sowohl in Österreich, als auch in Deutschland, werden Fehler nur bekannt, wenn sie als Schadensereignis durch die Presse offiziell werden. Nach Abstrafung der Verursacher gerät das Geschehene schnell in Vergessenheit und der Lernprozess wird auf diese Weise unterbrochen. Durch diese Vorgehensweise wird jedoch die Angst vor dem Unvermeidbaren (Fehler) nur noch mehr geschürt, und der Vertuschung Vortrieb geleistet.

### 3.4 Luftfahrt und Medizin im direkten Vergleich

Wie am Beginn dieses Kapitels bereits besprochen wurde, sind der Arbeitsplatz Cockpit und Intensivstation durchaus vergleichbar. Beide Arbeitsbereiche weisen einen hohen Technisierungsgrad auf, der auf den ersten Blick nicht nur verwirrend wirkt, sondern den Benutzern auch ein oft falsch positives Bild von Sicherheit vermittelt. Die Technik spielt in beiden Bereichen eine große Rolle in der Vermittlung und Verbesserung der Wahrnehmung und Überwachung. Im Mittelpunkt beider Arbeitsplätze steht jedoch auch der Mensch als Entscheidungsträger. Auch exakteste Messwerte können bei falscher Interpretation zu fehlerhaften Entscheidungen führen.

Sowohl die Intensivmedizin und Pflege als auch die Luftfahrt haben in den letzten Jahrzehnten einen sprunghaften Innovationsverlauf hinter sich. Die Ansprüche an die Mitarbeiter werden höher, bei steigendem wirtschaftlichem Druck wird auch die Effizienz immer gefragter. Umso erstaunlicher ist es, dass die Entwicklung einer Fehlerkultur in der Medizin und Pflege, nicht mit der in der Luftfahrt mithalten konnte.

Für den direkten Vergleich der Arbeitsbereiche gibt es eine empirische Untersuchung der Universität Texas (Human Factors Research Project) von Sexton et al. (2000). In dieser Studie wurden folgende Parameter miteinander verglichen:

- ⇒ Wahrnehmung von Stress und Müdigkeit
- ⇒ Einstellung von Hierarchie im Team
- ⇒ Qualität der Teamarbeit
- ⇒ Einstellung zu eigenen Irrtümern und Sicherheit

Die Untersuchung des Luftfahrtpersonals dauerte 15 Jahre. Es wurden über 30000 Piloten von 40 verschiedenen Luftlinien mittels Fragebogen zu ihren Einstellungen befragt. Die Beurteilung der Teamarbeit und Kommunikation erfolgte durch trainierte Beobachter.

Die Datenerhebung in Medizin und Pflege erfolgte an 12 städtischen Krankenhäusern in Italien, Deutschland, der Schweiz, Israel und den Vereinigten Staaten von Amerika. Dabei wurden sowohl Oberärzte der Chirurgie, Anästhesie und Intensivmedizin, Pflegekräfte der Intensivstationen und Kinderstationen befragt. Die Beurteilung der Teamarbeit erfolgt ebenfalls durch trainierte Beobachter.

Bei der Wahrnehmung von Stress und Müdigkeit ergab sich dabei ein signifikanter Unterschied. Während nur 26% der Piloten der Meinung waren, dass unter Stress und Müdigkeit ihre Entscheidungsfähigkeit nicht beeinträchtigt wird, waren dies bei Angehörigen von medizinischen Berufen fast 60% der Befragten. Die Wahrnehmung von Belastungsfaktoren und der daraus folgenden Beeinträchtigung der Leistungsfähigkeit ist also im medizinischen Bereich wenig ausgeprägt. Dieses Ergebnis ist gleichermaßen ernüchternd wie erstaunlich, denn gerade Angehörige von medizinischen Berufen, sollten aufgrund ihrer Ausbildung die Grenzen des menschlichen Leistungsvermögens kennen.

Interessant auch der Vergleich bei der Hierarchie im Team. Nur 2% der Cockpitbesetzungen waren der Meinung, dass Juniorteammitglieder die Entscheidungen erfahrener Teammitglieder nicht in Frage stellen sollten. Demgegenüber vertraten 15% der Angehörigen medizinischer Berufsgruppen und 24% der chirurgischen Oberärzte diesen Standpunkt. Entsprechend gering ist das Interesse an flachen Hierarchien in chirurgischen Abteilungen. Wesentlich offener zeigte sich diesbezüglich das Personal von Intensivstationen, hier befürworteten 94% der Befragten eine flache Hierarchie.

Die Qualität der Teamarbeit wurde bei 85% des Luftfahrtpersonals für angemessen bis hervorragend bewertet. Dies trifft ebenfalls bei 70% der Anästhesie, 66% der Chirurgie zu. Bei der fachübergreifenden Zusammenarbeit zwischen Anästhesie und Chirurgie sinkt der Anteil jedoch auf 50%.

Bei der Einstellung zu eigenen Irrtümern und Sicherheit zeigte die Ermittlung, dass effektiv arbeitende Cockpitcrews 30% ihrer Kommunikation auf die Erörterung von Fehlervorstufen und Fehlern verwenden. Immerhin 80% der medizinischen Teams halten die Diskussionen in Bezug auf Sicherheitsfragen für wesentlich. Mehr als die Hälfte davon hält diese Diskussionen aber für schwierig und nur ein Drittel davon ist überzeugt, dass in ihrer Klinik mit Fehlern vernünftig umgegangen wird. Dieses Ergebnis zeigte sich ganz ähnlich auch bei der Standortbestimmung zu diesem Thema an unserem Haus (siehe Kapitel 4).

Auch über die Entstehungsmöglichkeiten von bedrohlichen Situationen wurde von diesem Institut eine Untersuchung durchgeführt. Dabei zeigte sich, dass es korrespondierende sicherheitsrelevante Faktoren in beiden Bereichen gibt. So spielt die Kommunikation in beiden Fällen eine entscheidende Rolle. Das Abweichen von festgeschriebenen Verfahrensweisen und Standards ist ebenfalls gleichermaßen fehlerfördernd. Fehlende Vorbereitung, Planung und Wachsamkeit spielen sowohl in der Luftfahrt als auch in der Intensivmedizin eine entscheidende Rolle auf dem Weg zum Schadensereignis.

Der Umgang mit dieser Problematik trennt die Wege dieser Bereiche jedoch wesentlich. Die rasante Entwicklung in der Luftfahrt machte einen aktiven Umgang mit Fehlern unumgänglich. Schließlich stand nicht nur die

Sicherheit des Personals, sondern auch des Kunden (Passagiers) im Vordergrund. Nahezu alle Luftlinien verfügen heutzutage über vertrauliche Meldesysteme für Ereignisse und Zwischenfälle. Dies ermöglicht eine sehr wahrheitsgetreue Darstellung der Ereignisse mit der Möglichkeit, den Meldenden eingehender zu befragen, ohne seine Identität preiszugeben. Als Ansprechpartner dienen dazu so genannte Vertrauenspiloten, welche die Ermittlungen führen, aber auch gleichzeitig dem Datenschutz unterliegen. So kann seitens des Managements kein direkter Druck auf das Personal ausgeübt werden. Ausnahmen bestehen nur, falls sich Fehler ständig wiederholen, Fahrlässigkeit im Spiel ist oder ein Vorsatz besteht.

In der Medizin haben vergleichbare Systeme noch keinen Einzug gehalten. Die Aufarbeitung von Fehlern passiert leider immer noch nach dem Schadensereignis. Der Prävention von Fehlern durch das Aufzeigen und analysieren von Fehlervorstufen wurde von der Qualitätssicherung noch nicht erkannt und gefördert. Hier ergibt sich ein eindeutiger Handlungsbedarf.

## 4 Entwicklung einer Fehlerkultur im eigenen Bereich

In diesem Kapitel wird darauf eingegangen, ob die Voraussetzungen für die Entwicklung einer Fehlerkultur in unserem Arbeitsbereich vorhanden sind. Der Umgang mit Fehlleistungen, das Bewusstsein für Fehler und die Bereitschaft der Kommunikation darüber, sind unabdingbare Faktoren für eine positive Entwicklung eines Fehlermanagementsystems.

Die Schritte für die Entwicklung einer Fehlerkultur sind eigentlich klar vorgezeichnet. Analog zu anderen Bereichen wie Luftfahrt oder Atomindustrie müssen diese im Bereich einer Intensivstation gleich ablaufen. In diesem Kapitel sollen die einzelnen Entwicklungsstufen abgehandelt werden, und durch die Standortbestimmung des Fragebogens in unserem Arbeitsbereich ergänzt werden.

### 4.1 Der Fragebogen

Um die Möglichkeit einer Implementierung eines Fehlermanagementsystems in unserem Arbeitsbereich zu überprüfen, wurde von mir ein Fragenkatalog erstellt, der einer Standortbestimmung in Kernfragen der Fehlerkultur im Arbeitsbereich der Intensivstationen dienen sollte. Der Fragebogen (Exemplar im Anhang) enthielt jeweils 10 Fragen zu den Themen Fehlerbewusstsein, Fehlermanagement und Fehleranalyse. Ein Statistikblatt am Ende sollte noch Aufschluss über die Berufszugehörigkeit, den Arbeitsbereich und die Berufserfahrung ermitteln.

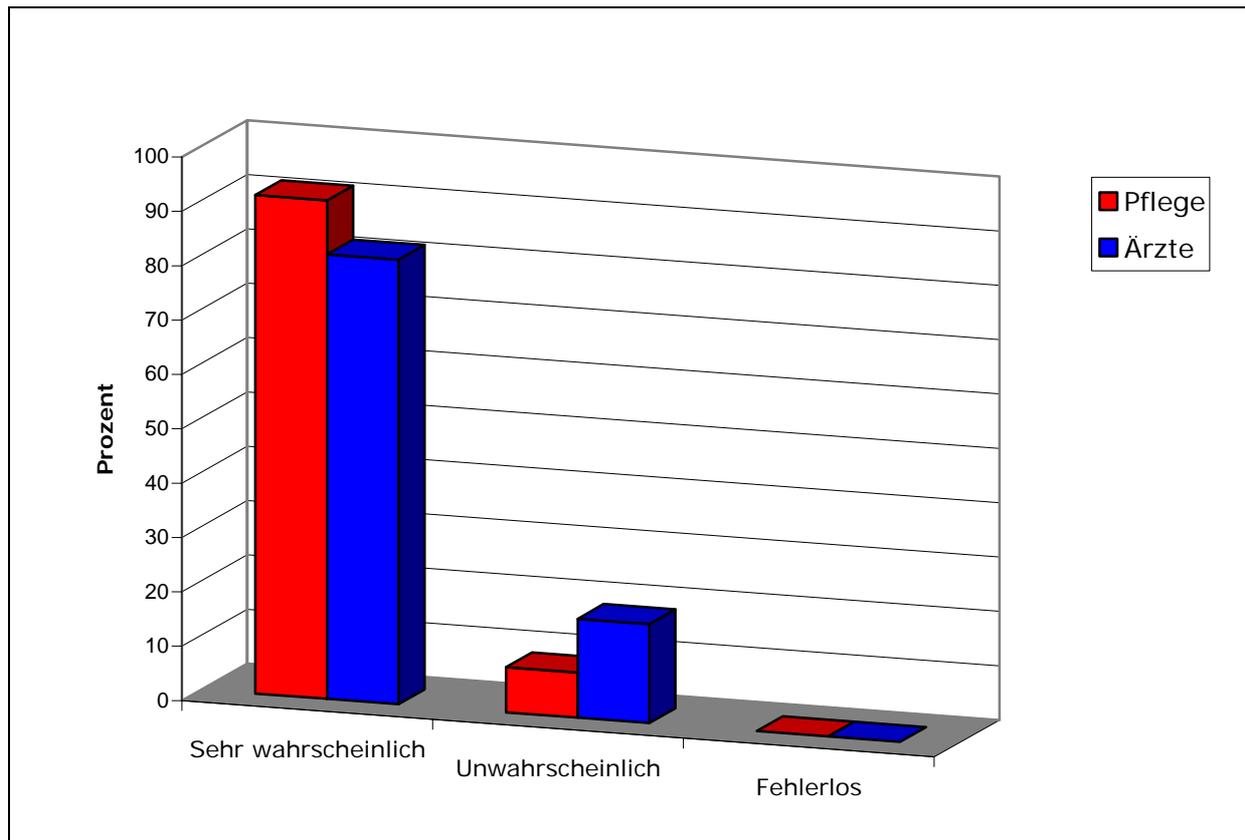
Insgesamt wurden 120 Fragebögen auf 3 Abteilungen unseres Hauses von mir verteilt. Für die Pflegekräfte wurden sie auf den Stationen aufgelegt, die Ärzte erhielten sie persönlich über die Hauspost. Eine Information der Mitarbeiter wurde von mir mittels E-Mail an alle Beteiligten ausgesendet. Über einen Zeitraum von 6 Wochen kamen 61 Fragebögen zurück, und wurden ausgewertet. Dies entspricht einer Rücklaufquote von 50%. Aus dem Bereich der Pflege kamen 50, von 60 Ärzten haben nur 11 geantwortet.

### 4.2 Fehlerbewusstsein

Die Erkenntnis, dass jeder in einem hochkomplexen Arbeitsbereich Fehler macht ist entscheidend. Nur wer für sich selbst mit dieser Einstellung leben kann, wird sich auch aktiv mit Fehlern auseinandersetzen können. Die Schaffung eines Fehlerbewusstseins steht also immer an erster Stelle. Dazu gehört natürlich ein gesundes Maß an Selbstbewusstsein und Kritikfähigkeit. Der uns allen noch anezogene Zwang zur Fehlerlosigkeit und eine negative Einstellung der Führungsebenen wirken hier eher kontraproduktiv. Einer Änderung der Einstellung bedarf es also nicht nur auf Seite der Mitarbeiter, vielmehr sollte eine positive Haltung des Managements eine Vorbildhaltung übernehmen. Solange Tadel und

Bestrafung im Unterbewusstsein verankert sind, wird ein offener Umgang mit Fehlern vermieden werden.

Das Fehlerbewusstsein in unserem Bereich erscheint nach Auswertung der Fragebögen in unserem Bereich bereits sehr fortgeschritten. Fast 90% der Mitarbeiter halten es für sehr wahrscheinlich, dass sie selbst Fehler machen, nur 10% halten es für unwahrscheinlich. Kein einziger Mitarbeiter hielt sich für fehlerlos. Es ergab sich kein Unterschied zwischen Ärzten und Pflegepersonal. Fast alle Mitarbeiter halten Ereignisse, die fast zu einem Zwischenfall führen für erwähnenswert. Dies zeigt, dass auch die Fehlervorstufen bereits erkannt und akzeptiert werden.



**Abbildung 3 : Einschätzung der eigenen Fehlerwahrscheinlichkeit**

Etwas anders verhält sich die Sachlage bei der Kommunikation von Fehlern. Nur die Hälfte der Mitarbeiter bespricht Fehler mit anderen Kollegen, die andere Hälfte nur selten. Mit Vorgesetzten bespricht nur ein Drittel der Pflegekräfte Fehler, und bei den Ärzten nur ein Viertel. Alle anderen besprechen Fehler nur, wenn ein Patient bereits Schaden erlitten hat.

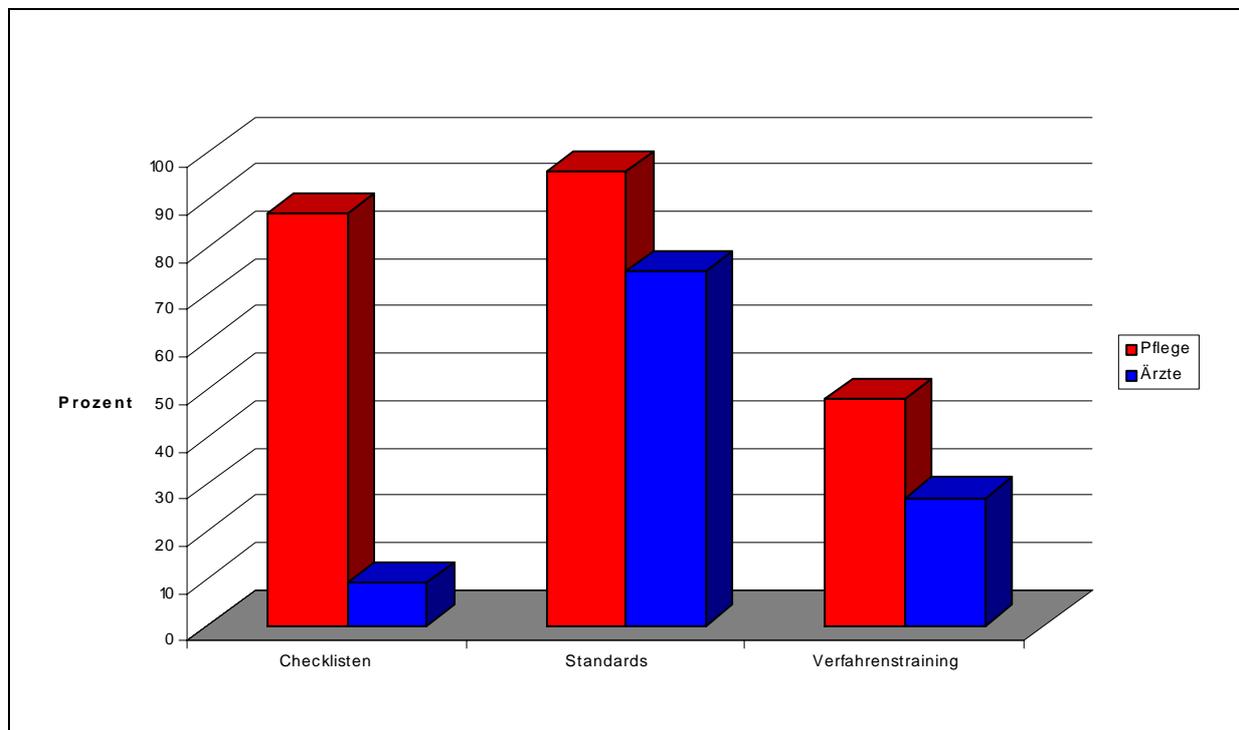
50% der Befragten erwarten sich Konsequenzen durch ihre Vorgesetzten nach dem Besprechen von Fehlern. Nach der Art dieser Konsequenzen befragt, gab es positive (Gespräch, Strukturänderungen, Aufarbeitung, Verbesserungsvorschlag,...) und negative (Kündigung, weiterleiten an Direktion, Abmahnung,...) Reaktionen. Dies spiegelt die Angst und damit die zurückhaltende Umgangsweise mit Fehlern wider.

Die Frage, ob man aus Fehlern lernen könne, beantworteten 80% der Pflegekräfte und 100% der Ärzte mit ja. Eine Bestätigung dieser Aussage findet sich in der Auswertung der Frage, ob der gleiche Fehler einem Mitarbeiter noch einmal passiert. Dabei waren über 80% der Mitarbeiter überzeugt, dass eine Wiederholung eines Fehlers nur selten vorkommt. Interessant dabei ist die Tatsache, dass 20% aber behaupten, gleiche oder ähnliche Fehler immer wieder zu machen.

Die Möglichkeit, Fehler anonym zu dokumentieren würden 85% der Mitarbeiter in Anspruch nehmen. Damit ergäbe sich ein nicht unerhebliches Startpotential für die Einführung eines Fehlermanagementsystems in unserem Arbeitsbereich. Es zeigt auch, dass die Mitarbeiter sich mehr aktiven Umgang mit Fehlern vorstellen können und wünschen.

### 4.3 Fehlermanagement

Fehlermanagementsysteme in vergleichbaren Arbeitsbereichen stützen sich auf Hilfsmittel wie Checklisten, Standards, Verfahrenstraining oder regelmäßige Wissensüberprüfungen. Bei der Frage nach Checklisten im Bereich der Intensivmedizin ergeben sich das erste mal signifikante Unterschiede zwischen Pflege und Ärzteschaft. Während 87% der Pflegekräfte mit diesem Hilfsmittel arbeiten, verwenden nur 9% der Ärzte Checklisten (Abbildung 4).

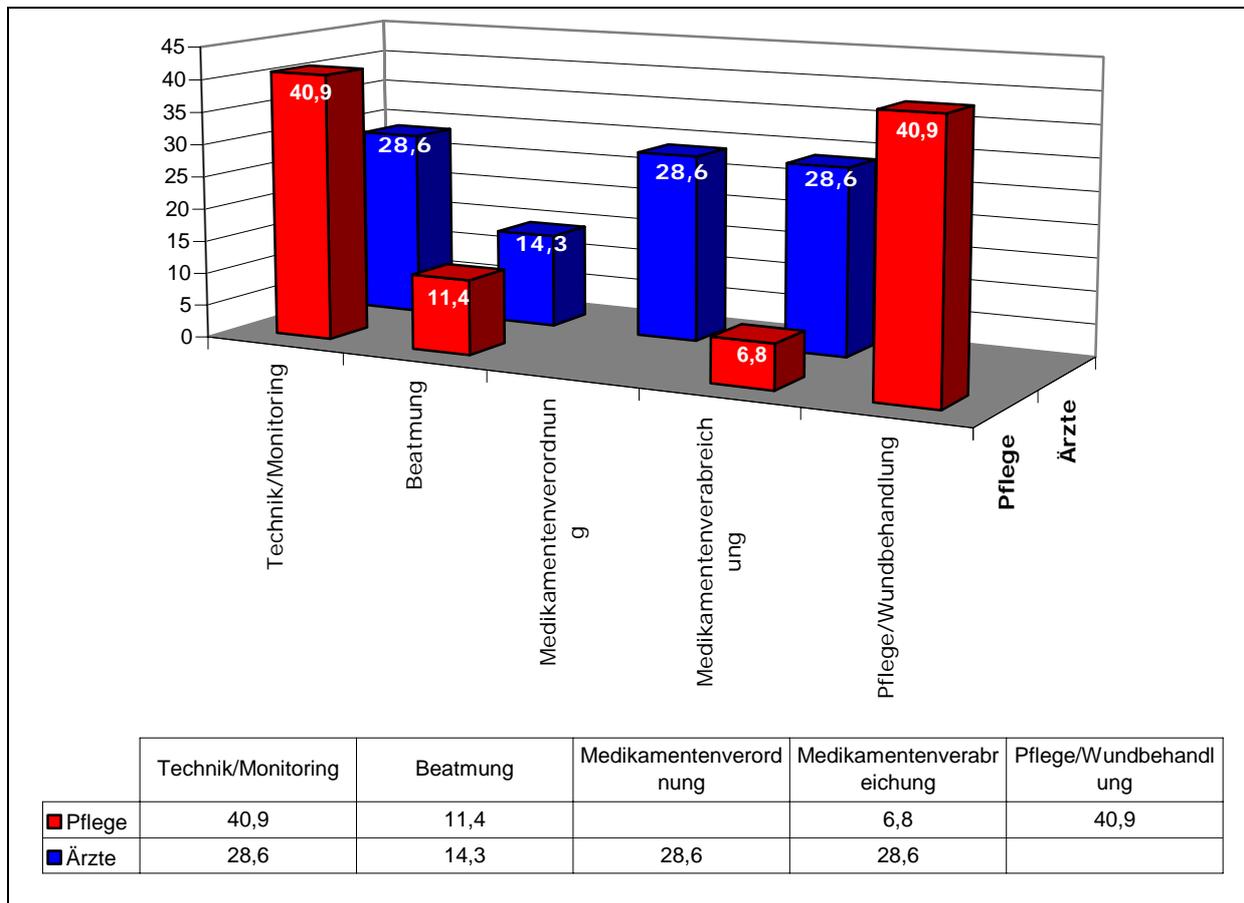


**Abbildung 4 : Verwendung von Hilfsmitteln**

96% des Pflegedienstes und 75% der Ärzte arbeiten allerdings nach erarbeiteten Standards. Das regelmäßige Überarbeiten und anpassen dieser Standards passiert jedoch im Bereich der Pflege (90%) häufiger, als bei den Ärzten (55%).

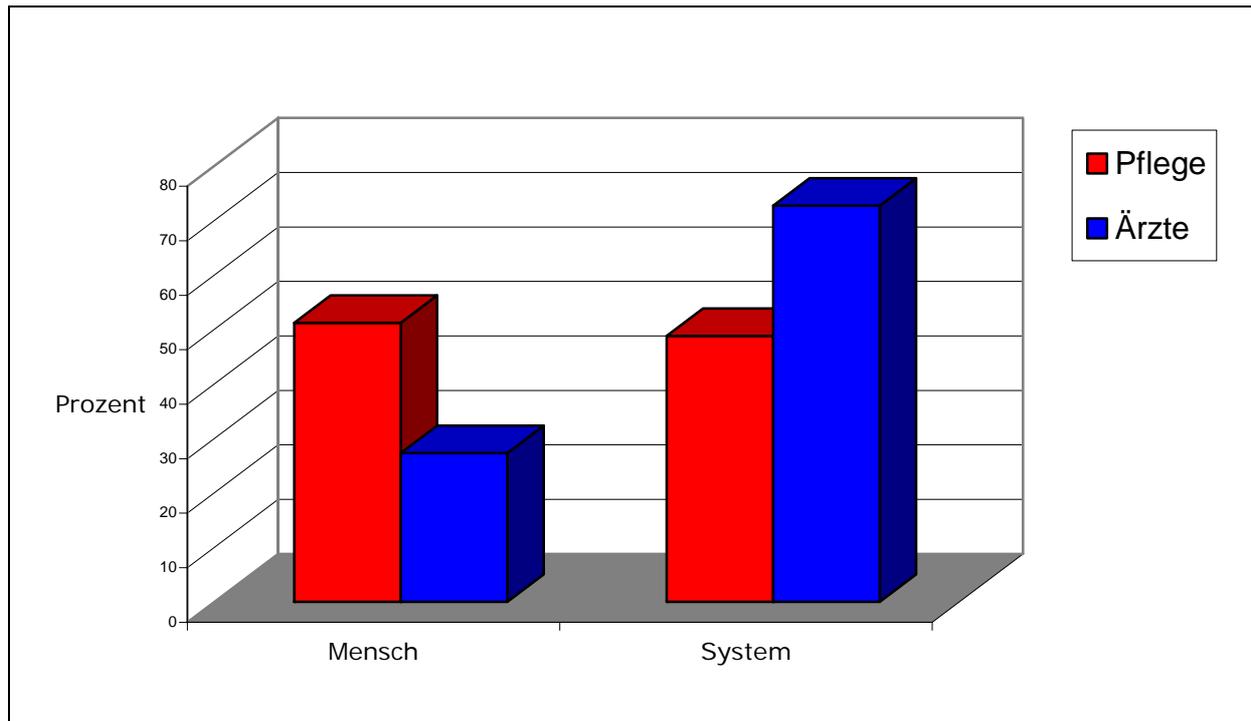
Pflegevisiten wären ein gutes Instrument für Qualitätssicherung mit der Möglichkeit des so genannten „Cross-Checks“. Dieser Check dient in erster Linie der direkten Kommunikation mit den Pflegenden und ihren unmittelbaren Vorgesetzten am Patientenbett. Eine Abweichung von Standards im Sinne einer individuellen Pflege kann somit Rechnung getragen werden, oder bei gegebenem Anlass können diese auch langfristig angepasst werden. Nach Angabe der Mitarbeiter aus dem Bereich Pflege findet diese jedoch nur zu 27,3% regelmäßig statt, 56% gaben an, dass diese Visite nur unregelmäßig abgehalten wird und 16% kennen keine Pflegevisite.

Auf die Frage, in welchem Bereich sie die meisten Fehler zuordnen würden, ergaben sich interessante Aufteilungen und Unterschiede zwischen den Berufsgruppen. Gesamt betrachtet werden den Punkten Technik/Monitoring (39%) und Pflege/Wundbehandlung (35%) die größte Fehlerhäufigkeit zugeordnet. Differenziert betrachtet sehen Ärzte das größte Fehlerrisiko bei Medikamentenverordnung und Verabreichung (jeweils 28,6%). Eine Grafik zu diesem Ergebnis sehen sie in Abbildung 5.



**Abbildung 5: Vermutete Fehlerhäufigkeit**

Signifikante Unterschiede ergaben sich auch bei der Frage, ob mehr Fehlerpotential beim Anwender (sog. Human Errors) oder beim System liegen. Während die Pflegenden menschliches Versagen und Systemfehler gleichstellt (jeweils 50%), schreiben 73% der Ärzte der Organisation das häufigste Versagen zu (Abbildung 6).



**Abbildung 6 : Vermutetes Fehlerpotential „Mensch versus System“**

Hier finden die erhobenen Daten eine Bestätigung der Aussagen zu den bereits erwähnten Studien von Sexton et al.(2000). Pflegekräfte stehen nach diesen Angaben also wesentlich selbstkritischer ihrer Tätigkeit gegenüber als Ärzte. Für beide Arbeitsbereiche muss jedoch gesagt werden, dass Entscheidungen in unserem Arbeitsbereich von Menschen getragen werden, und damit der Fehlerquelle Mensch besondere Beachtung geschenkt werden muss. Organisatorische Mängel werden zwar gerne kritisiert, eine aktive Teilnahme an der Elimination solcher Probleme wird jedoch selten angestrebt.

Um den Punkt „Mensch versus Technik“ als Fehlerquelle noch einmal kurz darzustellen, verweise ich auf die untenstehenden beiden Bilder.



**Abbildung 7: Mensch versus Technik**

In Abbildung 7 zeigt sich beim Vergleich der Bilder, dass auch durch die Anwendung moderner Technik, menschliche Fehlentscheidungen die gleichen Konsequenzen haben. Die Schadenssumme im rechten Bild dürfte allerdings etwas höher sein.

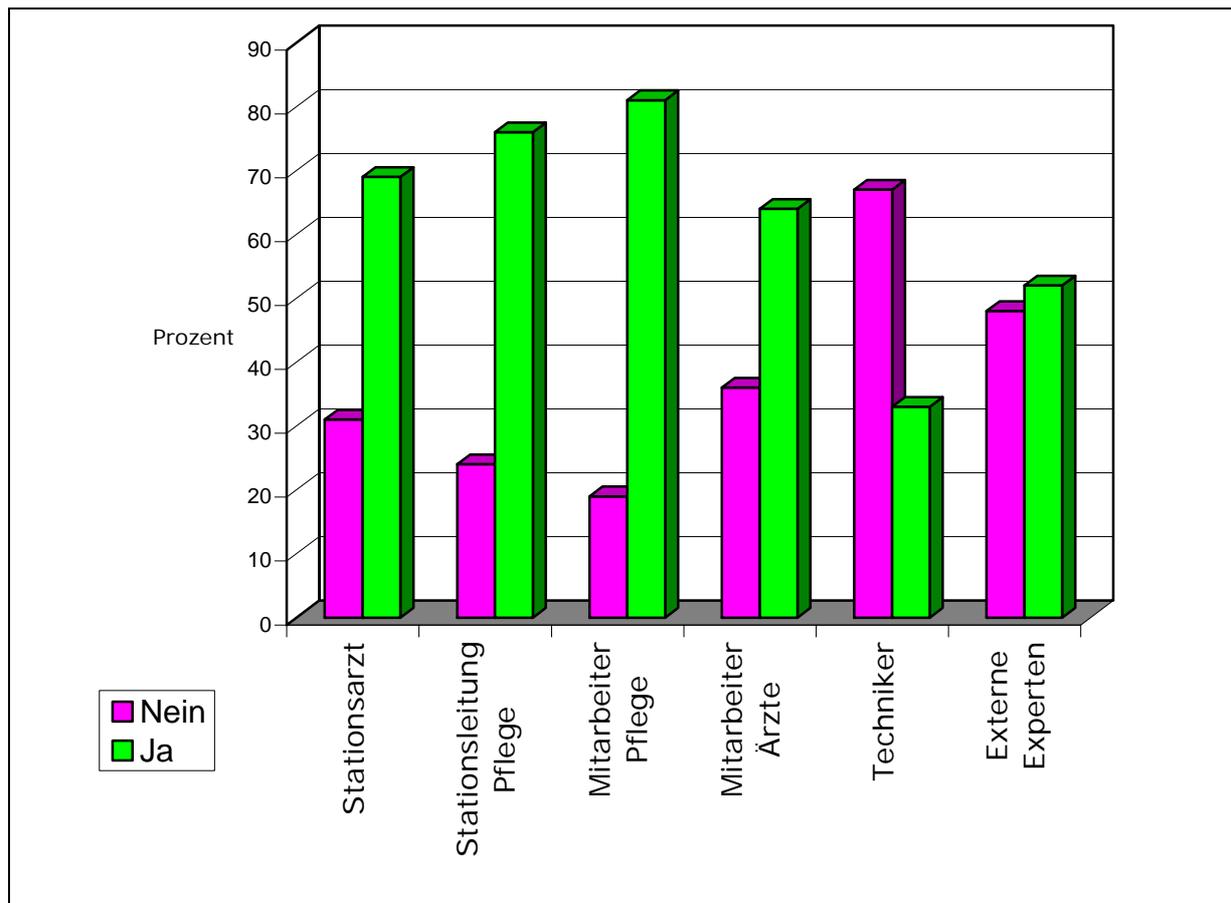
Regelmäßiges Training und konsequente Weiterbildung sind wichtige Eckpunkte bei der Schaffung eines sicheren Arbeitsumfeldes. Mehr als 90% der Mitarbeiter geben an, dass regelmäßig Fortbildungen stattfinden. Der Besuch dieser Veranstaltungen ist jedoch nicht verpflichtend und wird auch nur inkonsequent dokumentiert. Im Vergleich zu Personal anderer Berufsgruppen in hochkomplexen Arbeitsbereichen wird diesen Punkten bei uns zuwenig Aufmerksamkeit geschenkt. Handlungsabläufe und Verfahrensweisen werden nur von etwa der Hälfte aller Mitarbeiter trainiert. Dabei handelt es sich in erster Linie um Reanimationstraining (auch dieses nicht regelmäßig und nachweislich!).

Mentoren sind ein entscheidender Faktor für die Multiplikation des Wissens in Einzelbereichen. Pflegekräfte können aber nur in 40%, Ärzte sogar nur in weniger als 30% darauf zurückgreifen. Zunehmender Kostendruck und Personalengpässe lassen dieses Problem noch größer werden. Qualitätseinbußen in der Ausbildung und im sicheren Umgehen mit der uns umgebenden komplexen Technik scheinen hier vorprogrammiert.

Fixer Bestandteil eines Fehlermanagementsystems ist die Fehleranalyse. So beschäftigte sich der dritte Teil des Fragenkomplexes mit diesem Thema. 88% der Mitarbeiter würden ein persönliches Gespräch dem anonymen dokumentieren von Fehlern vorziehen. Dies setzt jedoch die Entwicklung eines vertraulichen Systems voraus, deren rechtliche Basis (Schweigepflicht) erst geschaffen werden müsste. Vor- und Nachteile eines anonymen Reportsystems bzw. vertraulichen Reporting sind in Kapitel 3 bereits aufgezeigt worden.

70% aller Mitarbeiter würden auch Fehler dokumentieren, die eine andere Berufsgruppe betreffen. Die Frage nach persönlichen Konsequenzen wurde von 44% aller Befragten mit ja beantwortet, es erfolgte jedoch häufig die Einschränkung dabei auf den Wiederholungsfall oder die eingetretene Patientenschädigung. Bei einer aktiven Fehlerkultur und nach einer Kommunikation mit einem Mitarbeiter wäre der Wiederholungsfall jedoch bereits eine Fahrlässigkeit. Eine Schädigung des Patienten nach einem Schadensereignis ist ebenfalls aus rechtlicher Sicht bereits anders abzugrenzen. Hier kommt dem präventiven Charakter eines Reportsystems als Erkennung der Fehlervorstufen, und damit Vermeidung eines Schadensfalles, wesentliche Bedeutung zu.

Die Zusammenstellung einer Analysegruppe wurde von beiden befragten Berufsgruppen ähnlich beantwortet. Leitende Mitarbeiter der Ärzte und Pflegenden werden mehrheitlich in einer solchen Gruppe befürwortet, Mitarbeiter aus beiden Berufsgruppen ebenso. Techniker hingegen werden von 60% der Pflegekräfte und 100%(!) der Ärzte abgelehnt. Für externe Experten sprechen sich 54% der Pflege und 36% der befragten Ärzte aus (Abbildung 8).



**Abbildung 8 : Gewünschte Zusammenstellung der Analysegruppe**

Immerhin 96% aller Befragten glauben, dass sich durch die Einführung eines solchen Systems Änderungen ergeben würden. Fast alle Mitarbeiter würde auch das Ergebnis der Fehleranalyse interessieren. 87% sind der Überzeugung, dass ihre Abteilungen im Umgang mit Fehlern Verbesserungen notwendig hat, ebenso viele glauben an eine Steigerung der Patientensicherheit durch ein aktives Fehlermanagement. Zwei Drittel der Befragten ist der Ansicht, das sich in ihrem Bereich Systemänderungen durchführen lassen, ein Drittel jedoch hält das herrschende Regime für zu starr und unflexibel um Veränderungen zuzulassen. Immerhin haben 40% aller Mitarbeiter Angst vor persönlichen Konsequenzen und besonders interessant erscheint, dass 50% der Pflegekräfte und 81% der Ärzte die Datensicherheit in einem anonymen System bezweifeln.

Eine genaue Auflistung aller Fragen und deren Ergebnisse, in tabellarischer Form, ist dem Anhang beigefügt.

#### 4.4 Fehlerpropädeutik

In unserem Arbeitsbereich ergibt sich die Fehlerkompetenz des Einzelnen sehr häufig aus langjähriger Erfahrung und sozialem Verantwortungsbewusstsein. Neue Mitarbeiter werden nur in sehr geringem Rahmen, wenn überhaupt, im Zuge der Einarbeitung, mehr oder weniger zufällig, auf Fehlerquellen aufmerksam gemacht. Das Festhalten an nicht immer

zeitgemäßen Standards die bereits eher zur Tradition oder zum Ritual geworden sind, tragen ihrerseits nicht zur Verbesserung des Umgangs mit Fehlern bei. Der allgemeine Umgang mit Fehlern sollte als so genannte Fehlerpropädeutik eigentlich bereits fester Bestandteil der Berufsausbildung oder des Studiums werden. Analog zur Fehlerkompetenz sollte der Begriff Fehlerpropädeutik nicht als Anleitung zum Fehlermachen gesehen werden, sondern als Strategie des Erlernens von Techniken der Fehlervermeidung. Fehlerkompetenz bedeutet also den adäquaten Umgang mit potentiellen Fehlermöglichkeiten im Sinne ihrer Vermeidung. Der Grad der Fähigkeit zum Umgang mit dieser Thematik ist ein eindeutiges Qualitätsmerkmal eines Teams, ob im Bereich der Luftfahrt, Atomindustrie oder im Krankenhaus. Wenn die Sensibilisierung eines Mitarbeiters für dieses Thema in der Berufsausbildung nicht gelingt, ist ein aktiver Umgang mit Fehlern im Laufe seiner Tätigkeit nicht gewährleistet. Fehlerkompetenz ist also der Nährboden für die Entwicklung einer Fehlerkultur. Bei der Betrachtung der Ergebnisse des Fragebogens wird sichtbar, dass das Fehlerbewusstsein und der Wunsch nach einem aktiven Umgang mit Fehlern in unserem Arbeitsumfeld bereits sehr weit fortgeschritten ist. Die Etablierung eines Fehlermanagementsystems sollte dann als Werkzeug für die Verwirklichung des nächsten Schrittes in Richtung Fehlerkultur sein. Um den Ablauf der Entwicklung einer Fehlerkultur noch einmal grafisch darzustellen dient Abbildung 9.

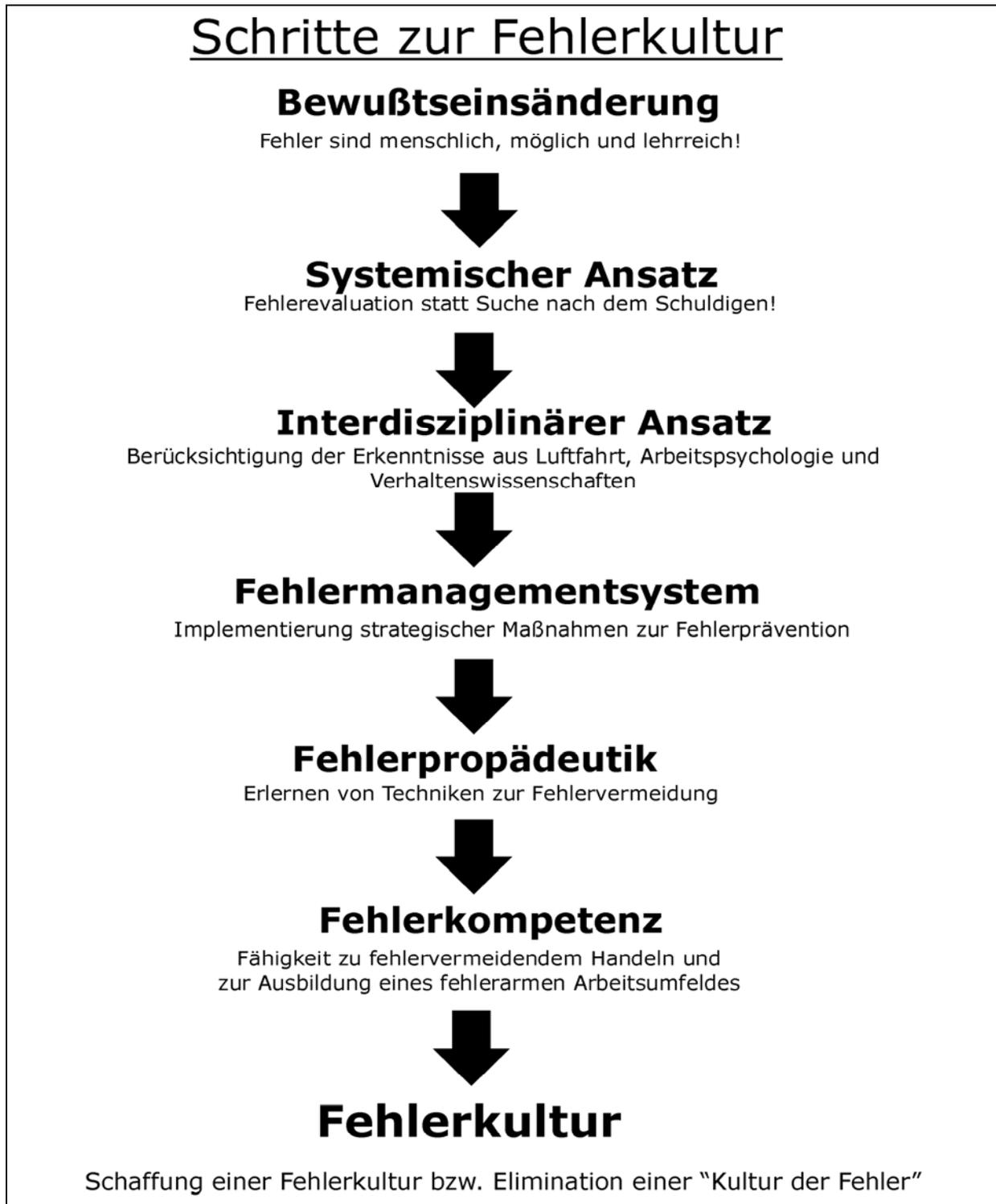


Abbildung 9: Schritte zur Fehlerkultur

## 5 Zusammenfassung

Die Art und Weise, wie in unserem Arbeitsbereich mit Fehlern umgegangen wird, kann also als nicht zeitgemäß und zufrieden stellend betrachtet werden. Andere Dienstleistungsunternehmen mit ähnlichen hochkomplexen Hintergründen, haben dies längst erkannt und darauf reagiert. Obwohl Pflege und Behandlung vielerorts noch als Kunst aufgefasst wird, sollten wissenschaftliche Erkenntnisse aus der Fehlerforschung nicht ausgeklammert werden, nur weil es ein unangenehmes Thema ist. Empirische Forschung bedeutet eben auch, dass Dinge zuerst falsch gemacht werden, das Ergebnis kontrolliert wird und dann, den neuesten Ergebnissen angepasst, die Maßnahmen richtig gestellt werden. Nur wer wissentlich falsch handelt, kann als fahrlässig gelten. Aus ethisch moralischen Gründen ist dies nicht vertretbar.

Das Interesse, sich mit seinen Fehlern aktiv auseinander zu setzen, scheint in unserem Arbeitsbereich bereits gegeben. Die Entwicklung einer Fehlerkultur ist jedoch eine interdisziplinäre Aufgabe. Vor allem das Management muss davon überzeugt werden, dass die Suche nach einem Schuldigen *nach* einem Schadensereignis keine Lösung ist. Leider ist diese Form der Aufarbeitung auch gesellschaftlich noch fest verankert.

Arbeitsbereiche mit einem technisch hochkomplexen Umfeld wie etwa Intensivstationen oder die Anästhesie, bieten sich für eine Umsetzung des Fehlermanagements mit den entsprechenden Strukturen jedoch an. Das dort tätige Personal weist eine hohe Kritikfähigkeit, soziale Kompetenz und Verantwortlichkeit auf. Sie wären mit hoher Wahrscheinlichkeit eine geeignete Plattform, um entsprechende Systeme zu testen und Erfahrungen zu sammeln. Analog zu bereits laufenden Projekten in der Schweiz wäre es so möglich, ein entsprechendes Bewusstsein zu bilden, Erfahrungen zu sammeln und solche Fehlermanagementsysteme in der Praxis interdisziplinär zu etablieren.

Schlussendlich soll dies jedoch keine Aufforderung zum Fehlermachen sein. Man muss sich auch nicht über einen gemachten Fehler freuen. Prof. Dr. Scheidegger, Chefarzt des Departments für Anästhesie am Kantonsspital Basel versuchte es im Rahmen eines Vortrags so auszudrücken:

***„Ist Ihnen heute schon ein Fehler unterlaufen?“ – „Nein!“ –  
„Schade, dann haben Sie heute noch nichts gelernt!“***

Dies trifft in wenigen Worten den Kern des Problems. Wer Fehler nicht vertuscht und sich vor ihnen fürchtet, sich aktiv mit ihnen auseinandersetzt, die Chance der Verbesserung in ihnen erkennt und so positiv auf die Qualität und die Patientensicherheit einwirkt, ist bereits auf dem besten Weg zur Entwicklung einer Fehlerkultur!

## Literaturverzeichnis

**Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS (eds).** To Err Is Human. Building a safer health system. Committee on Quality of Health Care in America. Washington, DC: Institute of Medicine 1999.

**Rall M, Manser T, Guggenberger H, Gaba MD, Unertl K.** Patientensicherheit und Fehler in der Medizin. Entstehung, Prävention und Analyse von Zwischenfällen. AINS 2001; 36:321-330.

**Reason J.** Human Error. New York: Cambridge University Press, 1994

**Scheidegger D.** System zur Fehlermeldung. Die Fehler vor dem Fehler. In: Berliner Gesundheitspreis 2002; Das AOK Forum für Politik, Praxis und Wissenschaft 2003; Spezial 5: 8.

**Sexton JB, Thomas EJ, Helmreich RL.** Error, stress and teamwork in medicine and aviation: cross sectional surveys. BMJ 2000; 320: 745-749.

**Staender S.,** "Incident Reporting" als Instrument zur Fehleranalyse in der Medizin. Z.ärztl. Fortbildung und Qualitätssicherung (ZaeFQ) 2001; 95: 479-484.

**Thomeczek C.** Fehlerquelle Mensch. Berliner Ärzte 2001; 38: 12-16

**Wilson RM, Runciman WB, Gibberd RW, et al.** The Quality in Australian Health Care Study. Med J Austral 1995; 163:458-471

## Erklärung

Ich erkläre, dass die vorliegende Arbeit von mir selbst verfasst wurde und keine anderen Hilfsmittel als die hier angegebenen verwendet wurden.

Ich erkläre mich mit der Weitergabe der Arbeit einverstanden.

**Anhang****Auswertung und Ergebnisse zum Fragebogen "Fehlerkultur"**

Ausgewertete Fragebögen:	61	
davon Pflege:	50	
davon Ärzte:	11	
 Rücklaufquote:		
Pflege:	83,3	%
Ärzte:	18,3	%
 Berufserfahrung:		
bis 2 Jahre:	12	%
2 – 5 Jahre:	36	%
mehr als 5 Jahre:	52	%