

Beitrag aus der Schriftenreihe zum

**Wittener Krankenhausforum 2015//»Riskante Mutationen«**

**Themenschwerpunkt//Hierarchie & Netzwerk**

**Workshop//Kultur im Umgang mit Fehlern**

### **Kontakt**

Gesellschaft für Krankenhausmanagement mbH  
Alfred-Herrhausen-Str. 44  
D-58455 Witten

T +49 (0)2302 926 874  
[info@wittener-krankenhausforum.de](mailto:info@wittener-krankenhausforum.de)  
[www.wittener-krankenhausforum.de](http://www.wittener-krankenhausforum.de)

## Kultur im Umgang mit Fehlern



Referent:  
Dr. Leopold-Michael Marzi

### Impuls//Fehler passieren

Im Gesundheitswesen ist der richtige Umgang mit Fehlern ein stark vernachlässigtes Thema. Dr. Leopold-Michael Marzi, Leiter der Rechtsabteilung des Allgemeinen Krankenhauses der Stadt Wien, wollte die Teilnehmenden daher für die Etablierung einer möglichen Fehlerkultur und eines Wandels im Umgang mit Fehlleistungen im hochproblematischen Kontext des Krankenhauses sensibilisieren. Denn auch wenn nicht gerne über die eigenen Fehler gesprochen wird: sie passieren allen. Dazu stellte sich zunächst die grundsätzliche Frage, ob sich Fehler und Schäden im Gesundheitswesen überhaupt effektiv reduzieren lassen. Dr. Marzi beantwortete diese Frage mit einem »ja«. Der Mensch wird zwar immer fehlerhaft bleiben, was sich aber ändern lässt sind die Rahmenbedingungen, in denen Fehler geschehen. Umso wichtiger ist eine retrospektive Ursachenanalyse, um Schadensfälle durch die Anpassung der Umstände in Zukunft vermeiden zu können. Dazu ist man auf eine freiwillige Meldung der Beteiligten angewiesen; Fehler und beinahe geschehene Fehler müssen transparent gemacht werden. Das erfordert jedoch die Anpassung der Rahmenbedingungen in der Hinsicht, dass man von Schuldzuweisungen abrückt. Nicht alles, was schiefgeht, hat auch einen Schuldigen und wer einen Schaden verursacht, ist noch lange kein Versager. Ein solches Bewusstsein zu schaffen ist allerdings schwer und braucht Zeit.

### Der Umgang mit Fehlern

Wie gehen Menschen mit eigenen und fremden Fehlern um? Die Reaktionen können ganz unterschiedlich ausfallen und haben zum größten Teil negative Konsequenzen. Ignoranz oder Belehrungen ermöglichen kaum eine effektive Verhinderung von zukünftigen Fehlern, da weder Einsicht noch Reflexion gefördert werden. Auch das Aussprechen von Strafen führt höchstens zu mehr Unsicherheit auf Seiten der Mitarbeitenden, da sie Furcht vor einer weiteren Strafe bei erneuten Fehlern haben. Die permanente Angst vor Fehlern beeinträchtigt jedoch die schnelle Entscheidungsfähigkeit, welche gerade in Krankenhäusern enorm wichtig ist. Resignation ist eine weitere Möglichkeit, mit eigenen und auch mit fremden Fehlern umzugehen. Damit wird aber die Sicht auf einen wichtigen Punkt verzerrt: Fehler müssen nicht hingenommen werden, sie können entweder ganz vermieden oder zumindest minimiert werden. Für den Workshop war daher vor allem wichtig, dass man nicht nur aus den eigenen, sondern auch aus den Fehlern anderer lernen und somit Veränderungen für die

Zukunft bewirken kann. Nur wer seine Fehler kennen will, kann sich nachhaltig verbessern.

## Fehler im System

Dr. Marzis These war, dass sich schon in der frühen Kindheit der Umgang mit Fehlern entscheidet. Wer in einer Null-Fehler-Kultur mit entsprechender Null-Fehler-Toleranz aufwächst, der entwickelt eine nicht zielführende Einstellung zu Fehlern. Eine solche Null-Fehler-Kultur scheint auch im Gesundheitswesen vorzuherrschen. Die daraus resultierenden Ansprüche machen das System allerdings selbst fehleranfällig. Falsch verstandener Perfektionismus, Mangel



*Dr. Leopold-Michael Marzi zog das AKH Wien als Fallbeispiel heran.*

an »Dehnfugen« und die Nichtbeachtung des »human factors« sind dabei nur einige Faktoren, die Fehler eher noch begünstigen als sie zu vermeiden. Der Erfolg eines Systems hängt aber langfristig davon ab, wie es mit eigenen und fremden Fehlleistungen umgeht. Für eine nachhaltig verbesserte Gesamtleistung des Gesundheitswesens muss aus Fehlern gelernt werden, indem sie systematisch erfasst und analysiert werden. Entsprechende Veränderungen des Systems brauchen jedoch Zeit und Freiräume. Häufig trifft man auf Unverständnis und Widerstand bei diesen Veränderungen – der »Sammelweis-Reflex«. So setzen sich gute Ideen oft erst nach langer Zeit durch.

## Diskussion//Best-Practice-Beispiel AKH Wien

Die Diskussion drehte sich im Anschluss primär um das Best-Practice-Beispiel AKH Wien. Dort werden seit dem 01.01.2000 alle Schadensfälle, die zu einer Zahlung der Haftpflichtversicherung geführt haben, fortlaufend systematisch erfasst, analysiert und nach Kategorien geordnet. Neben der Klärung der üblichen Fragen »Wann?«, »Wo?«, »Wer?«, »Warum?« etc. geht es bei der retrospektiven Schadensanalyse um die möglichst genaue Aufarbeitung der Umstände. Dazu müssen auch konkrete Fragen zur Situation im Krankenhausalltag gestellt werden, z.B.:

- War der Mitarbeitende, dem der Fehler unterlaufen ist, überlastet, unroutiniert o.Ä.?
- War die personelle Ausstattung zum Zeitpunkt des Schadensereignisses ausreichend?
- Gibt es für den konkreten Arbeitsablauf ein Ablaufprozedere?

Nur so kann aus Fehlern nachhaltig gelernt und der Schaden reduziert werden. Für das AKH Wien ergab sich, dass der typische Schadensfall einem überdurchschnittlich guten Mitarbeitenden in einem Risikofach an einem Freitag nach 14:00 Uhr im Januar, März oder Juli aufgrund eines vorangegangenen Fehlers in der Kommunikation und nicht ausreichend kritischen Verhaltens passiert.

Mit diesen Erkenntnissen und entsprechenden präventiven Maßnahmen konnte die Anzahl der schweren Schäden im AKH Wien in den letzten 15 Jahren trotz eines schwierigen Umfelds um über 50% gesenkt werden. Zum einen profitieren davon die Patienten und zum anderen spart es dem Krankenhaus Schadensersatz- und Prozesskosten.

Auf die Frage, welcher der Teilnehmenden die Schadensdaten seines Krankenhauses auf ähnliche Weise aufbereitet habe, gab es allerdings keine Meldungen. Hier zeigte sich die Relevanz der von Dr. Marzi vorgeschlagenen Hinwendung zu einer flächendeckenden Kultur im Umgang mit Fehlern im Gesundheitswesen. Die Erfolgswahlen des Best-Practice-Beispiels konnten die Teilnehmenden überzeugen. Gerade im Hinblick auf die damit verbundene Notwendigkeit, eine Vertrauensatmosphäre für die Mitarbeitenden zu schaffen, kam jedoch die Frage auf, wie ein solcher Kulturwechsel bei einem Maximalversorger von statten gehen kann. Schließlich ist man auf eine freiwillige Meldung angewiesen – mit allen damit verbundenen Ängsten.

## Ausblick//Der erreichbare Jurist

Innerhalb der Diskussion zeigte sich, dass der Umgang mit Fehlern einen entscheidenden Beitrag zur Verbesserung des Gesundheitswesens leisten kann. Dabei liegt die Lösung für die schwierig anzustoßende aber notwendige Einführung der freiwilligen Meldung in einer Kontinuität in Bezug auf die handelnden Personen, d.h. die Rechtsabteilung muss stets in Kontakt mit den betroffenen Personen stehen und vor Ort sein: Der erreichbare Jurist. So kann eine persönliche Verbindung aufgebaut werden, die das nötige Vertrauen schafft und festigt. Das bedeutet für den Juristen aber auch, außerhalb der Bürozeiten erreichbar zu sein. Alle Mitarbeitenden lernen so, dass es nicht um Schuldzuweisung geht und dass sie bei Fehlern, die im Normbereich liegen, nichts zu fürchten brauchen. Schließlich muss der Jurist transparent über die Fehler und beinahe Fehler informiert werden, um Änderungen herbeiführen zu können. Abschließend lautete die These: Wird die Angst des Personals vor einem Schadensfall effektiv reduziert, jeder eingetretene Schadensfall aber ausreichend abgearbeitet, steigen mittelfristig sowohl die Qualität der Leistung als auch die Arbeitszufriedenheit.

»Kultur im Umgang mit Fehlern ist die  
Voraussetzung für eine verbesserte  
Gesamtleistung des Gesundheitswesens!«

**Sie haben Fragen zum Thema?**

Kontaktieren Sie uns!  
[info@wittener-krankenhausforum.de](mailto:info@wittener-krankenhausforum.de)