

# «AUS FEHLERN LERNEN»

**Wer arbeitet, macht Fehler. Besonders im Gesundheitswesen können Fehler aber schlimme Konsequenzen haben. Anstatt diese zu tabuisieren, bedarf es einer offenen Fehlerkultur. Denn lernen kann nur, wer über Fehler spricht.**

**TEXT: Anne Czernotta FOTO: Shutterstock**

Als Laura Zoller\* aus der Narkose erwacht, verspürt sie ein schmerzhaftes Ziehen am linken Fussgelenk. Als sie die Bettdecke wegzieht, bekommt sie einen Schock: Nicht ihr rechter, sondern ihr linker Fuss wurde operiert. Später ist nicht mehr nachvollziehbar, wie das Unheil begann – wahrscheinlich hatte der OP-Pfleger aus Versehen den falschen Fuss gekennzeichnet.

Laut der Stiftung Patientensicherheit muss in Schweizer Spitälern mit mindestens 700 bis 1700 fehlerbedingten Todesfällen pro Jahr gerechnet werden. Studien zeigen, dass bei 2 bis 8 Prozent aller Spitalaufenthalte vermeidbare Zwischenfälle (= Fehler) stattfinden. Davon führt ein erheblicher Teil zu vorübergehender (30–50%) oder zu permanenter (9%) Schädigung.

«Wo Menschen arbeiten, passieren Fehler», sagt Michael Herzig, Dozent am Institut für Sozialmanagement der Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften (ZHAW). «Problematisch wird es erst dann, wenn Mitarbeitende Fehler machen und sich dafür schuldig fühlen müssen.» Denn dann werden die Fehler zukünftig nicht mehr angesprochen. «Fehler lassen sich aber nicht immer verhindern, nur den Umgang mit ihnen können wir ändern: damit wir systematisch aus ihnen lernen, um die Qualität zu verbessern», so der Dozent.

Der englische Psychologe James Reason beschäftigte sich erstmals wissenschaftlich mit Fehlerbereichen. Er analysierte grosse Unglücke wie den Atomreaktorunfall in Tschernobyl oder die Chemiekatastrophe von Bhopal. Reason vertritt die Hypothese, dass die meisten Unfälle auf einen oder mehrere Fehlerbereiche zurückgeführt werden können und nicht allein personenbasiert sind. Stattdessen führen bereits vor der Katastrophe vorhandene widrige Ereignisse auf der Führungs- und Organisationsebene in Kombination mit ungüns-

tigen Umständen und aktivem Versagen einzelner Personen zum Unfall.

«Im Strassenverkehr kann ein Unfall auch mehrere Ursachen haben», erklärt Herzig dieses Modell, «das Verhalten des Autofahrers, der für einen Moment unaufmerksam ist, aber auch die Strassenverhältnisse, ein vielleicht fehlender Reifendruck am Auto und schlechtes Wetter.»

Im Gesundheitswesen führten die Erkenntnisse von Reason in den neunziger Jahren zu einer starken Standardisierung von Prozessen. «Ein sogenanntes Qualitätsmanagement mit Zertifizierungen begann», so Herzig. «Nach wenigen Jahren zeigte sich jedoch, dass Standards allein innovationsfeindlich sind und es besser ist, mit Fehlern konstruktiv umzugehen.»

Das Critical Incident Reporting System (CIRS, Berichtssystem über kritische Vorkommnisse oder Beinahezwisefälle) ist ein solches System. Mitarbeiter können anonym eigene oder auch beobachtete Fehler melden, ohne mit Sanktionen rechnen zu müssen. Ist ein Bericht eingetroffen, erfolgt zeitnah eine strukturierte Analyse. Die Meldungen können falsch verabreichte oder falsch dosierte Medikamente oder Fehler aufgrund schlecht organisierter Prozesse wie im oben beschriebenen Fall betreffen.

Am Universitätsspital in Zürich (USZ) gingen im Jahre 2016 allein 1939 CIRS-Meldungen von Mitarbeitenden ein. Was sich im ersten Moment erschreckend anhört, ist für Dr. phil. Saskia Huckels-Baumgart, Projektleiterin und stv. CIRS-Managerin, ein grosser Erfolg: «Die Höhe der Meldungen zeigt, dass CIRS als Lerninstrument sehr gut akzeptiert ist. Mitarbeitende im USZ haben demnach keine Angst, kritische Ereignisse zu melden.» Besonders positiv findet sie die Entwicklung, dass bei den Meldungen oftmals gleich Vorschläge gemacht werden, wie es besser laufen könnte. «Das heisst, die Mitarbeitenden sind aufmerksam, lernen aus den Ereignissen und sind an einer hohen Versorgungsqualität interessiert.»

Auch für Dr. phil. Amanda van Vegten, stv. Leitung Qualitätsmanagement und Patientensicherheit am USZ, sind die vielen Meldungen ein po-

\*Name geändert

Fehler lassen sich nicht immer verhindern. Aber wir können den Umgang mit ihnen ändern.

sitives Zeichen. Einzig mit dem Begriff Fehler oder Fehlerkultur bekundet sie Mühe: «Wir wollen keine Fehler kultivieren, sondern für die Sicherheit unserer Patienten sorgen und mögliche Abweichungen frühzeitig erkennen und aus Fehlern auch auf der Systemebene lernen.» Statt von Fehlerkultur spricht sie deshalb lieber von Sicherheitskultur. Zentral sei dabei die Kommunikation: «Angestellte in Führungspositionen müssen offen über Fehler kommunizieren können. Nur wer Offenheit vorlebt, kann diese von anderen erwarten.» Dazu gehöre beispielsweise, dass Pflegende den Mut haben, Ärzte offen anzusprechen, wenn diese beispielsweise ein Instrument fallen lassen und das nun nicht sterile Instrument wieder benutzen möchten. Im Fachjargon heisst dies «Speak-up» – oder gezieltes Ansprechen von Bedenken, unabhängig davon, auf welcher Hierarchiestufe sich jemand befindet. Angeboten werden zudem fachliche Simulationstrainings, in denen kritische Situationen trainiert und nachher besprochen werden.

•  
**«Nur wer Offenheit vorlebt, kann diese von anderen erwarten.»**  
•

Aber CIRS-Meldungen finden nicht nur im USZ statt. Am Universitätsspital Basel (USB) ist das CIRS eine von vielen Möglichkeiten, um über Feh-



ler oder kritische Ereignisse zu sprechen. «Kritische Ereignisse werden häufig in Teamsitzungen näher betrachtet und Verbesserungsmassnahmen diskutiert», sagt Giulia Lara Mohr, Expertin Patientensicherheit am USB.

Die Stiftung Patientensicherheit initiiert mittlerweile auch nationale Kampagnen zum Thema Patientensicherheit. Dafür wertet und analysiert sie die eingegangenen schweizweiten CIRS-Meldungen aus und identifiziert sogenannte Hotspots, d.h. für die Patientensicherheit relevante Problemfelder, die gehäuft in mehreren Einrichtungen vorkommen. Solche Hotspots gibt es z.B. in den derzeit laufenden nationalen Programme zur sicheren Medikation in Pflegeheimen oder bei der Doppelkontrolle von Medikamenten in Spitälern.

Ist das Tabu der Fehlermeldung damit gebrochen? Dr. Olga Frank, Leiterin Projekte, Produkte, Dienstleistungen bei der Stiftung für Patientensicherheit Schweiz, verneint. «Man spricht darüber, aber noch immer nicht offen.» Gründe dafür gibt es in vielerlei Hinsicht. Teils wird von Pflegenden oder Ärzten aus

Angst vor juristischen Folgen erwartet, dass diese die Fehler nicht eingestehen. Dabei ist sich Olga Frank sicher, dass Angehörige nicht prozessieren würden, wenn mit ihnen offen und empathisch über den Zwischenfall gesprochen wird: «Es ist eher die mangelnde Information oder Empathie, die bei verzweifelten Betroffenen oder Angehörigen den Gang zum Juristen auslöst. Betroffene wollen in erster Linie Antworten auf ihre Fragen, kein Geld.»

Aufseiten der Spitäler und Pflegeheime hat sich demnach einiges bewegt. Wie sieht es bei den Samariterinnen und Samaritern aus? «Im Rettungswesen ist ein CIRS nicht vorgeschrieben», sagt Dr. Frank. Es sind eher zertifizierte Kurssysteme, die dort für eine gute Versorgungsqualität sorgen. Dr. Florian Marti, Anästhesist am St. Galler Kantonsspital, der die Zusammenarbeit mit Samaritern gut kennt, sieht dort aber beispielsweise im Briefing und im Debriefing Entwicklungspotenzial. «Es wäre gut, heikle und schwierige Situationen im Anschluss an ein Ereignis zu besprechen.»