

der als Vorgesetzter noch als Organisation selbst zusichern, dass das keine Konsequenzen nach sich ziehen wird. Rechtssysteme stellen zunächst primär die Frage nach der Schuldhaftigkeit und unterscheiden zusätzlich absichtsvolles und/oder fahrlässiges Handeln. Beides würde Konsequenzen nach sich ziehen. Stellt das Rechtssystem weder Absicht noch Fahrlässigkeit fest, so zieht dieser Fehler keine offensichtlichen Konsequenzen nach sich. Wohl aber hat ein Gerichtsverfahren auch bei Freispruch persönliche Konsequenzen für den Betroffenen (Imageverlust, Vertrauenseinbuße, persönliche Belastung etc.) und ist auch nicht unbedenklich für die Organisation selbst, da ja auch sie ein Image zu verteidigen hat, das durch einen Prozess und möglicherweise zusätzliche mediale Berichterstattung leiden würde. Kommt es zu einer rechtskräftigen Verurteilung, so ist offensichtlich, dass die betroffene Person langfristig geschädigt ist („second victim“) und auch die Organisation selbst zumindest mittelfristig einen erheblichen Imageschaden sowie üblicherweise auch einen wirtschaftlichen Schaden erleidet. Daraus ergibt sich die Tatsache, dass es leichter ist über die Fehler und ihre Konsequenzen aus anderen Krankenhäusern zu sprechen. Um nun die Frage zu beantworten, ob man offen über Fehler im Krankenhaus sprechen kann oder nicht, muss man einige Parameter näher betrachten: Um welche Art Fehler handelt es sich und welche Faktoren beeinflussen, ob über Fehler gesprochen werden kann.

Zunächst muss man unterscheiden, ob man einen Fehler als falsche Handlung oder als falsches Ergebnis betrachtet, denn danach richtet sich die weitere Vorgehensweise: Bei der Suche nach Ursachen handelt es sich um eine personenbezogene Betrachtung und damit wird versucht, einen Schuldigen zu finden („naming, blaming and shaming“). Sieht man allerdings den Fehler als das falsche Ergebnis von zumeist mehreren Handlungen (die einzeln für sich durchaus richtig gewesen sein können), so richtet man seinen Blick auf die möglichen Konsequenzen, die man aus dem Fehler ableiten könnte (1). St. Pierre, Hofinger und Buerschaper empfehlen daher, wenn man aus einem Fehler etwas lernen möchte, so sollte man statt nach dem Schuldigen zu suchen drei andere Fragen stellen: Was genau wurde falsch gemacht? Warum wurde etwas falsch gemacht? Welche Kontextfaktoren und Rahmenbedingungen waren wirksam (Team, Organisation, Technik)?

Hauptfehlerverursacher sind die im Krankenhaus arbeitenden Menschen. Ca. 80% aller Unfälle bzw. Zwischenfälle sind auf menschliches Versagen zurückzuführen. Wobei auch 100% aller gelungenen Behandlungen den gleichen Menschen zu verdanken sind!! Es ist also völlig selbstverständlich, dass man bei einer Vielzahl an Entscheidungen nicht immer perfekt „funktionieren“ kann. Menschen können nicht nur rational handeln. Immer schwingt auch der emotionale Anteil mit. Menschen konstruieren sich ihre eigene subjektive Wirklichkeit, und damit machen wir uns Informationen eher „passend“ zu unserer Wirklichkeit als unsere Wirklichkeit zu hinterfragen (2). Mit zunehmender psychischer und physischer Erschöpfung (Stress, Müdigkeit) nimmt die Entscheidungsfähigkeit ab.

Man muss allerdings den Menschen immer auch im Kontext zu seiner Umgebung sehen. Diese Umgebung im Krankenhaus ist in erster Linie das Team in seinem Nahbereich, die Organisation und auch das gesamte Gesundheitswesen. Die Art, wie das Team zusammenarbeiten kann, hat eine große Bedeutung für die Qualitätssicherung. Bei einer offenen, partizipativen Teamfüh-

rung, bei der jeder Einzelne gewohnt ist, Entscheidungen mit zu treffen und damit auch mit zu verantworten, werden auch in Krisensituationen Entscheidungen hinterfragt und gegebenenfalls eigene Bedenken geäußert. In der Teamarbeit kommt es vor allem auf klare Kommunikationsschleifen an.

Die Organisation ist für eine suffiziente Personalwirtschaft verantwortlich und muss die Rahmenbedingungen für die systematische Erfassung von Fehlern (z.B. IRS) schaffen. Das Gesundheitssystem selbst ist für die Gesetze und damit unter anderem für Arbeitszeitregelungen und auch Ressourcenverteilung verantwortlich.

Man fragt daher weiter, auf welcher Ebene der Fehler gemacht wurde, und unterscheidet zwischen Fehlern, die während der Planungsphase entstehen, und Fehlern, die in der Ausführungsphase gemacht werden. Wurde der Fehler mit Absicht herbeigeführt - handelt es sich um einen Regelverstoß - und wenn ja, warum? (Regelverstöße, die gewohnheitsmäßig auftreten, nennt man auch Routineverstöße und diese sind dann fixer Bestandteil der Unternehmenskultur und gelten erst dann als Fehler, wenn sie zu einer Patientenschädigung führen).

Wie lange vor dem Unfall und auf welcher Ebene der Organisation wurde der Fehler gemacht, des Weiteren wird noch zwischen aktiven und latenten Fehlern unterschieden. Aktive Fehler sind die sichtbaren Fehler am Ende der Fehlerkette (z.B. Schnittstelle Arzt/Patient). Latente Fehler können in Strukturen (wie z.B. technische Ausstattung) oder auch im Prozessmanagement (wie z.B. Dienstpläne) auftreten. Letztere „schlummern“ unter der Oberfläche und sind viel schwieriger aufzufinden.

Zusammenfassend kann man sagen, dass Fehler, die an die Oberfläche gelangen, (zumeist als aktiver Fehler, der eine Komplikation verursacht) das Ergebnis der Verknüpfung mehrerer latenter Fehler und der entsprechenden Rahmenbedingungen (Organisation und Gesundheitssystem) darstellt. In der Literatur sowohl als Fehlerkette als auch als Fehlernetz beschrieben. Zum überwiegenden Teil befasst sich unser Kulturkreis mit dem Auffinden eines Schuldigen (letztes Glied in der Fehlerkette). Wenn dieser gefunden wurde, wird eben dieser sanktioniert und er muss damit nicht nur mit dem eigenen Verhalten und den damit bedingten Konsequenzen zurechtkommen („second victim“), sondern er wird auch zum „Sündenbock“ für die gesamte Fehlerkette gemacht. Eine derartige Fehlerkultur als Bestandteil der gesamten Unternehmenskultur versäumt die Chance, aus Fehlern zu lernen und ähnliche oder gleiche Fehler in der Zukunft zu vermeiden.

Daher muss man nebst der Definition Fehler und den verschiedenen Fehlerquellen auch die Faktoren betrachten, die maßgeblich dafür verantwortlich sind, ob über Fehler/Fehlerketten auch offen gesprochen werden kann. Verantwortlich dafür ist in jedem einzelnen Unternehmen der Einfluss verschiedener Kulturen: nationale Kultur, spezifische Berufsgruppenkulturen (z.B. Ärzte, Pflege, Verwaltung, Technik...), die Organisationskultur. Diese Faktoren zusammen prägen letztendlich die individuelle Unternehmenskultur einer Organisation. (Hier Unternehmenskultur als Oberbegriff, in der Literatur üblicherweise Synonym für Organisationskultur).

Der nationale Kultureinfluss ist üblicherweise von Land zu Land verschieden. Aus dem Konfliktmanagement wissen wir, dass der westliche Kulturkreis eher Konflikte vermeidet oder versucht, Schuldige fest zu machen (Rechtssystem), und damit in die Vergangenheit schaut. Im östlichen Kulturkreis wird mehr die Ten-