

Eine Frage der Kultur?

Was es braucht, um richtig Fehler zu machen - Julian Flucht

Der Bericht „To Err is Human: Building a safer Health System“ des Institute of Medicine (IOM) erschien im Jahr 2000 und machte darauf aufmerksam, dass Schätzungen nach 44.000 bis 98.000 Menschen pro Jahr durch medizinische Fehler in Krankenhäusern der USA sterben. Im Erscheinungsjahr starben damit mehr Menschen als durch Autounfälle, Brustkrebs oder AIDS. Auch heute noch kommen durch Behandlungsfehler mehr Personen zu Schaden als man denkt: alleine in Deutschland sind jährlich ungefähr ein bis zwei Millionen Patienten¹ von unerwünschten Ereignissen (UE) betroffen. Diese UE führen schließlich bei ca. 0,1% der Patienten jährlich in Deutschland nachweislich zum Tod, wodurch medizinische Fehler auf Platz 8 der deutschen Todesursachenstatistik (1) lägen. In High Reliability Organisations (HRO) wie der Notfall- und Akutmedizin entstehen bis zu 80% der Fehler aufgrund des „Faktors Mensch“, wobei wiederum 80% dieser Fehler vermeidbar seien (2).

Doch wie lässt sich nun das Risiko für den einzelnen Patienten senken? Was kann medizinisches Fachpersonal von anderen Berufsgruppen lernen? Liegt die Ursache eines Fehlers gar nicht im Verursachenden? Was funktioniert schon gut? Wie ist der Umgang mit UE und Behandlungsfehlern; wo stehen wir im Rettungsdienst mit der Fehlerkultur? Diese Fragen werden im Folgenden anhand von Studien und Expertenmeinungen erörtert.

Um das Ausmaß begreifen zu können, muss ein Blick auf die genauen Zahlen geworfen werden.

Pro Jahr werden in Deutschland rund 20 Millionen Patienten ambulant oder stationär im Krankenhaus versorgt (3). Anhand des Eisbergmodells lässt sich die Häufigkeit der Zwischenfälle veranschaulichen, wobei der größte Anteil, ca. 90% bekanntlich unterhalb der Wasseroberfläche liegt: am häufigsten, also bei 5-10% aller versorgten Patienten tritt ein UE auf (Bsp.: ein Patient reagiert allergisch auf ein Medikament, ein Allergie war nie bekannt), ein vermeidbares UE (VUE) bei 2-4% (Bsp.: ein Patient reagiert allergisch auf ein Medikament, es wurde zuvor nicht nach Allergien gefragt). Bei 1% der Behandelten tritt ein Behandlungsfehler (Bsp.: ein Medikament wird trotz ausgewiesener Allergie verabreicht) auf und 0,1% der Patienten versterben aufgrund einer vermeidbaren Ursache (4), das sind ca. 20.000 Patienten pro Jahr (3). Dies würde der Passagieranzahl von fast 38 Flugzeugen des Modells A380 von Lufthansa entsprechen, die jährlich ums Leben kämen. Doch gerade von der Luftfahrt lassen sich im Umgang mit Fehlern einige Vorgehensweisen abschauen, die dort schon vor Jahrzehnten umgesetzt wurden. Ein nachhaltiger Umgang mit Beinahezweischenfällen, unerwünschten Ereignissen oder ähnlichem wurde hier nicht alleine durch das Einführen eines Berichts- und Lernsystems oder CIRS (Critical Incident Reporting System) implementiert. Ausschlaggebend dafür ist hingegen das Schaffen einer Fehlerkultur, bei der nicht mit dem Finger auf den Verursachenden gezeigt und dieser zur Rechenschaft gezogen wird. Diese Blame Culture

beeinflusst heutzutage noch häufig den Umgang mit Zwischenfällen in der Medizin und wird vor allem dadurch begünstigt, dass eine Organisation sehr kontrollbasiert ist und einen steilen Hierarchiegradienten hat. Die Mitarbeitenden sichern sich durch Formalitäten wie Dienstanweisungen oder SOPs ab oder beschuldigen andere, ohne den Grund für verschiedene Vorgehensweisen zu verstehen. Statt einer proaktiven Problemlösung, bei der ein Zwischenfall schon vor seinem Entstehen aufgedeckt und verhindert werden kann, wird die reaktive Problemlösung umgesetzt. Dabei reagiert man erst nach einem Zwischenfall, obwohl dieser durch Prozessanalysen oder Auditorien durch Risikobeauftragte hätte verhindert werden können. Auch wenn das Potential der Arbeitenden nicht ausgeschöpft wird, kann die dadurch entstehende Unterforderung ebenso aber auch eine Überforderung zu einer höheren Fehlerwahrscheinlichkeit führen. Diese Bereiche der Unter- und Überforderung lassen sich mittels der Gauß'schen Glockenfunktion anschaulich darstellen, wobei der mittlere, größte Bereich derjenige ist, in dem die Mitarbeitenden suffiziente Arbeit abliefern.

Der Mensch bewertet den Verursacher eines Fehlers meist vor der Fehleranalyse. Als Ursache des menschlichen Fehlers wird häufig davon ausgegangen, dass der Verursacher „dumm“ oder zumindest „unfähig“ sei. Was in der Situation aber wirklich geschah, wie die mentalen Modelle der Mitwirkenden im Team aussahen und wie sich die Situation ereignete, wird beim ersten Urteil gar nicht in Betracht gezogen. Die Fehler werden vereinfacht gesehen und die Ursache wird nicht im System sondern bei den Kollegen gesucht. So entsteht Unsicherheit bei den Mitarbeitenden, der Einzelne scheut davor zurück, eigene Fehler aufzuzeigen.

Stattdessen muss ein offener Umgang mit Fehlern gefördert werden. Der Verursachende sollte nicht als Schuldiger gesehen werden und derjenige, der sich als Verursacher bekennt, darf nicht verurteilt werden. Nur so besteht die Möglichkeit, aus den Ereignissen der anderen zu lernen und den Umgang mit Patienten sicherer zu gestalten, ohne dass gleiche Fehler wiederholt werden. Denn warum sollte dieser Mitarbeiter möglicherweise entlassen werden, wenn er schließlich die Person ist, die für Diskussion und Aufklärung sorgt? Ein Zitat von D. John Doyle beschreibt eindrücklich die Situation: „The problem is not bad people in health care — it is that good people are working in a bad system that need to be made safer.“ (5), es muss also nicht der Verursachende im Mittelpunkt stehen, sondern das System geändert und Abläufe hinterfragt werden.

Ein solcher Umgang ist in der sogenannten Just Culture (6) der Fall: dabei wird ein nicht-punitives System erschaffen, bei dem genau die Frage nach dem „Warum“ gestellt wird, um Fehlerquellen aufzudecken und zu verhindern, dass sich der Fehler in Zukunft wiederholt. Es muss also eine Balance gefunden werden zwischen Verantwortung übernehmen und Lernen ermöglichen. Sicher muss bei denjenigen Vergehen, bei denen eine böse Intention

nicht ausgeschlossen werden kann, mit Sanktionen reagiert werden, jedoch haben (fast) alle Mitarbeitenden im Gesundheitssystem Gutes im Sinn. Ein Konzept zur Analyse von Zwischenfällen gibt es von der NHS aus England (7).

Dafür muss die Fehlerkultur auch auf den höchsten Ebenen der Organisation verankert sein und gelebt werden: ist die Führung beispielsweise daran interessiert, einen Schuldigen auszumachen, resultiert dies in Angst bei den Mitarbeitenden, Fehler aufzuzeigen. Ein Verbesserungsprozess kommt dann nicht zustande, da Fehler eher vertuscht werden. So kommt schließlich eine Intransparenz zustande, es werden Schuldfragen gestellt und eine Non Compliance bildet sich aus. Das bedeutet beispielsweise, dass Beinahefehler nicht mehr kommuniziert werden. Der Teamgedanke würde verloren gehen und der Mitarbeitende hofft für sich, nicht beschuldigt zu werden. Handelt die Führung der Organisation hingegen lösungsorientiert, so wird ein angstfreies Umfeld geschaffen und ein aktiver Verbesserungsprozess kann in Gang gesetzt werden. Dies gelingt durch Feedbacks unter Kollegen und „Speak up“ bei Unstimmigkeiten. So bauen sich in der Organisation Transparenz, psychologische Sicherheit und Compliance auf, was schließlich zur Weiterentwicklung führt (8). Eine Möglichkeit, die Mitarbeitenden zu schulen wäre, das Thema nicht nur in Form eines theoretischen Unterrichts in den jährlichen Fortbildungsstunden der Mitarbeitenden im Rettungsdienst einzubringen, sondern die Umsetzung anhand von Fallbeispielen zu schulen. In diesen läge das Hauptaugenmerk auf Kommunikation, CRM und Teamarbeit anstatt auf dem medizinischen Vorgehen. Neben einer besseren Zusammenarbeit unter den Mitarbeitenden resultiert aus der Just Culture im Gesundheitswesen außerdem eine höhere Arbeits- und Patientensicherheit. Werden Schwachstellen aufgedeckt und Prozesse überarbeitet, entstehen schlussendlich weniger Ereignisse, bei denen Mitarbeitende oder Patienten Schaden nehmen können. Aus diesen Verbesserungen resultiert zudem eine finanzielle Entlastung des Gesundheitssystems: laut einer Berechnung aus dem Jahr 2011 entstehen 15% aller Krankenhausausgaben weltweit durch unerwünschte Ereignisse und sind damit auf Platz 14 der Burden of Disease. Die Höhe der Ausgaben ist vergleichbar mit der Malaria oder TBC (8). An einem weiteren Beispiel der Thromboembolien lässt sich veranschaulichen, dass diese ca. 6% der jährlichen Krankenhauskosten weltweit verursachen, wovon ⅔ vermeidbar wären (9).

In der KHaSiMiR Studie aus dem Jahr 2022 wurden Ergebnisse einer Befragung zur Implementierung des klinischen Risikomanagements in Deutschland zusammengefasst. Daraus lässt sich unter anderem ableiten, dass 93% aller Allgemeinkrankenhäuser (AKH) bereits über ein einrichtungsinternes Berichts- und Lernsystem (CIRS) verfügen. Dies wurde vor allem beschleunigt, nachdem eine Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses aller Krankenhäuser zum Einrichten eines CIRS als Bestandteil des Risiko- und Qualitätsmanagements verpflichtete (10). Gerade einmal 61% der Befragten geben aber an, dass die Leitungen ein Arbeitsklima schaffen würden, das die Patientensicherheit fördere, über ein Drittel stimmen nicht oder nur teilweise zu. Weiter zeigt die Auswertung, dass über 75% der Befragten aller AKH einen Fortbildungsbedarf bei der

Förderung der Sicherheitskultur sehen und sich Kommunikationsschulungen wünschen (11). Dieser Anteil hat sich innerhalb von zwölf Jahren auch nur um vier Prozentpunkte verringert (12).

Der Wunsch nach einem offeneren Umgang mit Fehlern und Schwachstellen im System ist seit 2010 zwar zurückgegangen, liegt aber weiterhin bei knapp 60% (13).

Dass in dieser Ausarbeitung so viele Studien aus dem klinischen Bereich verwendet wurden, liegt daran, dass im Bereich der Präklinik noch nicht viele aussagekräftige Studienergebnisse vorliegen. Es ist bekannt, dass im Jahr 2019 die Gesamtanzahl der behandelten Notfallpatienten (Rettungsdienste, Notaufnahmen, Notdienste der KV-Ärzte) 27,8 Millionen Patienten betrug (14), die Zahlen überschneiden sich dabei zu einem großen Teil mit der Zahl klinisch versorgter Patienten.

Die Auswertung einer Datenbankanalyse der anästhesiologischen CIRS-Datenbank ergab zwischen den Jahren 2010 und 2019 79 Fälle aus der Präklinik, jedoch wird aufgrund des spezifischen Nutzer-Pools des Portals sowie einer freiwilligen Nutzung eine deutlich höhere Dunkelziffer vorliegen (15).

Die Auswertungen der Studienergebnisse belegen eindrücklich, dass ein Umgang mit Fehlern trotz der hohen Relevanz im Gesundheitssektor noch nicht der Just Culture entspricht. Das geringe Literaturangebot zu den Themen gerade in Bezug auf den präklinischen Bereich beweist zudem, dass die Forschung in dieser Branche noch am Anfang steht. Fehler sind bei menschlicher Arbeit natürlich, ermöglichen immer ein Verbesserungspotential und sollten als Lernangebot gesehen werden. Ziel der Zusammenarbeit sollte immer sein, als Team das Beste für den Patienten erreichen zu wollen. Es genügt jedoch nicht, das Melden eines Zwischenfalls im CIRS in Form von einer Dienstanweisung vorzuschreiben, da die Mitarbeitenden eine Möglichkeit finden würden, das Melden zu umgehen. Ein fairer, offener Umgang mit Fehlern, bei dem nach einer Ursache, dem „warum“ und nicht nach dem Verursachenden gefragt wird, ist entscheidend. Damit die Vorstellungen der Just Culture in der Organisation umgesetzt werden können, muss diese von den Personen in Führungspositionen vorgelebt und von der Struktur der Organisation ermöglicht werden. Denn: JA, es IST eine Frage der Kultur.

Sicherlich wird es sich als eine zeitaufwändige Aufgabe herausstellen, ein Umdenken bei allen Mitarbeitenden zu fördern. Durch Fortbildungen des bestehenden Personals und das Schaffen einer „neuen Generation“ an NotSan und RettSan, die die Themen von Beginn der Ausbildung an auch praktisch lernen, ließe sich der Wandel beschleunigen. Durch solche oder ähnliche Ansätze würde das Umfeld Rettungsdienst für den Patienten sicherer werden.

*„When you can get that voice that would not normally ever be allowed to speak up [...] that is the holy grail“
- John J Nance, Pilot und Analyst für Luftfahrt- und Gesundheitssicherheit.*

Literatur

- (1) Todesursachen in Deutschland - Fachserie 12 Reihe 4 - 2015 des Statistischen Bundesamts https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Todesursachen/Publikationen/Downloads-Todesursachen/todesursachen-2120400157004.pdf?__blob=publicationFile , stand: 18.12.2023 21:13 Uhr
- (2) Koppenberg, J. (2016). Der Faktor Mensch – Human Factors. In: Neumayr, A., Baubin, M., Schinnerl, A. (eds) **Risikomanagement in der prähospitalen Notfallmedizin. Springer, Berlin, Heidelberg.** https://doi.org/10.1007/978-3-662-48071-7_3 , aufgerufen am 18.12.2023 17:30 Uhr
- (3) M. Schrappe, APS-Weißbuch Patientensicherheit 3.6 Neuere Studien unter besonderer Betrachtung der Situation in Deutschland, S. 315; https://www.aps-ev.de/wp-content/uploads/2018/08/APS-Weissbuch_2018.pdf aufgerufen am 18.12.2023 22:26 Uhr
- (4) **M. Schrappe, APS-Weißbuch Patientensicherheit 3.6 Neuere Studien unter besonderer Betrachtung der Situation in Deutschland**, S. 311; https://www.aps-ev.de/wp-content/uploads/2018/08/APS-Weissbuch_2018.pdf aufgerufen am 18.12.2023 22:27 Uhr
- (5) Doyle DJ. Good people in bad systems. CMAJ. 2001 Feb 20;164(4):527. PMID: PMC80784.
- (6) Sidney Dekker, Just Culture: Balancing Safety and Accountability
- (7) **A just culture guide** https://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2021/02/NHS_0932_JC_Poster_A3.pdf , aufgerufen am 19.12.2023 16:30
- (8) **Rettungsdienstkongress 2023 - Lion von zur Gathen. Just-Culture & Fehlerkultur.** <https://vimeo.com/medilearn/review/883721217/07d4a31ad0> , aufgerufen am 18.12.2023 um 11:57 Uhr
- (9) Deep-vein thrombosis: A United States cost model for a preventable and costly adverse event Charles E. Mahan , Mark T. Holdsworth , Shawn M. Welch , Matt Borrego , Alex C. Spyropoulos. (2011) DOI: 10.1160/TH11-02-0132 <https://www.thieme-connect.com/products/ejournals/abstract/10.1160/TH11-02-0132> , aufgerufen am 19.12.2023 06:32 Uhr
- (10) [https://www.aerztezeitung.de/Wirtschaft/Oft-ueberwiegt-die-Angst-250852.html#:~:text=Interne Berichts- und Lernsysteme \("Mitarbeitern aber unterschiedlich stark genutzt.\)](https://www.aerztezeitung.de/Wirtschaft/Oft-ueberwiegt-die-Angst-250852.html#:~:text=Interne%20Berichts- und Lernsysteme%20(,Mitarbeitern aber unterschiedlich stark genutzt.),) , aufgerufen am 17.12.2023 16:53 Uhr
- (11) **KHaSiMiR Abschlussbericht Teil I**, 2022, 4.12.8.
- (12) KHaSiMiR Abschlussbericht Teil II, 2022, 4.9.8.
- (13) KHaSiMiR Abschlussbericht Teil II, 2022, 4.9.7. , aufgerufen am 16.12.2023 14:20 Uhr
- (14) <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/145702/Patient-Notfallmedizin-Rettungsdienst-soll-reformiert-werden> , aufgerufen am 16.12.2023 14:20 Uhr
- (15) Weilbacher, F., Popp, E., St. Pierre, M. et al. Zwischenfälle in der Notfallmedizin. Notfall Rettungsmed (2023). <https://doi.org/10.1007/s10049-023-01215-z> , aufgerufen am 19.12.2023 9:02 Uhr

¹ zur besseren Lesbarkeit wird das generische Maskulinum verwendet, es sind jedoch bei allen Verwendungen, sofern nicht explizit darauf hingewiesen, Personen jeglichen Geschlechts gemeint