

---

# PROJEKT – FEHLER - KULTUR

Training für ein systemisches  
Fehlermanagement und eine neue Kultur im  
Umgang mit Fehlern  
in Krankenhäusern

---

Dr. Stefan Dinges

Abteilung Palliative Care und OrganisationsEthik



Fakultät für Interdisziplinäre Forschung  
und Fortbildung  
Klagenfurt | Graz | Wien

UNIVERSITÄT  
KLAGENFURT



# Worum geht es?

## Es geht um ...

- ◆ Schadensfälle, Behandlungs- u. Ablauffehlern, kritische Situationen, Gefahren und Risiken etc. im Gesundheitswesen
- ◆ einen anderen Umgang und eine neue Kultur der Fehlerbearbeitung
- ◆ ein verbindliches, strukturiertes Lernen aus Fehlern
- ◆ Komplementärer Zugang/Nutzen von Unterschieden und ‚Fremdprophetie‘

# Relationale Menschenbilder

- ◆ Person – Individuum – soziale Netzwerke – neue Gesellschaftsformen
- ◆ Kunstwerk des Lebens (Loewy) – Lebenskunst (Foucault) - „τεχνη του βιου“
- ◆ Machtanalysen
- ◆ Beschreiben der unterschiedlichen Kulturen
- ◆ Agonale Auseinandersetzung und Konfliktkultur



# Vorherrschende Fehlerkultur

## Hierarchische Organisationen neigen dazu...

- Fehler zu personalisieren und negativ zu sanktionieren (Muster Sündenbock, Mythos Fehlervermeidung)
- Fehler intim, diskret, vertraulich, nicht-öffentlich zu bearbeiten (Muster Beichte)
- Thematisierung von Fehlern an Regeln und Tabus zu binden (ärztliche Schweigepflicht, Standesregeln, Recht auf Aussageverweigerung)
- (bestimmte) Personen zu schützen

# Entlernen der alten Muster

Es braucht eine Auseinandersetzung mit der vorherrschenden Fehlerkultur und ein Entlernen der disfunktionalen Muster durch..

- Aufbrechen der Opfer-Täter-Dichotomie
- Keine falsche Sicherheit durch Nicht-Kommunikation
- Nullfehler-Toleranz – nicht nur Mythos, sondern Irrglaube (Konsequenz: Vermeidung, Vertuschung, Angst)
- Paradoxon Fehlerfreundlichkeit
- Paradigmenwechsel in der Medizinhaftung/Verbandshaftung
- Fehlermanagement ist nicht allein aus den Krankenhaus heraus zu organisieren.

# Einen Unterschied machen...

## **Systemisches Fehlermanagement lebt von unterschiedlichen Perspektiven/Expertisen im Training:**

- ◆ Prinzipien der lernenden Organisation und der Organisationsentwicklung (systemischer Zugang)
- ◆ Ethischen Entscheidungsprozesse als Bestandteil der Versorgungsqualität
- ◆ Prinzipien von Palliative Care (WHO 2002), d.h. ein bio-psycho-soziales und spirituell-kulturelles Menschenbild und damit umfassendere Vorstellung von Krankheit und Heilung
- ◆ Organisationskultur: Interprofessionelles Zusammenspiel medizinischer, pflegerischer und sozialer Berufe

# Training Fehlerkultur und Systemisches Fehlermanagement

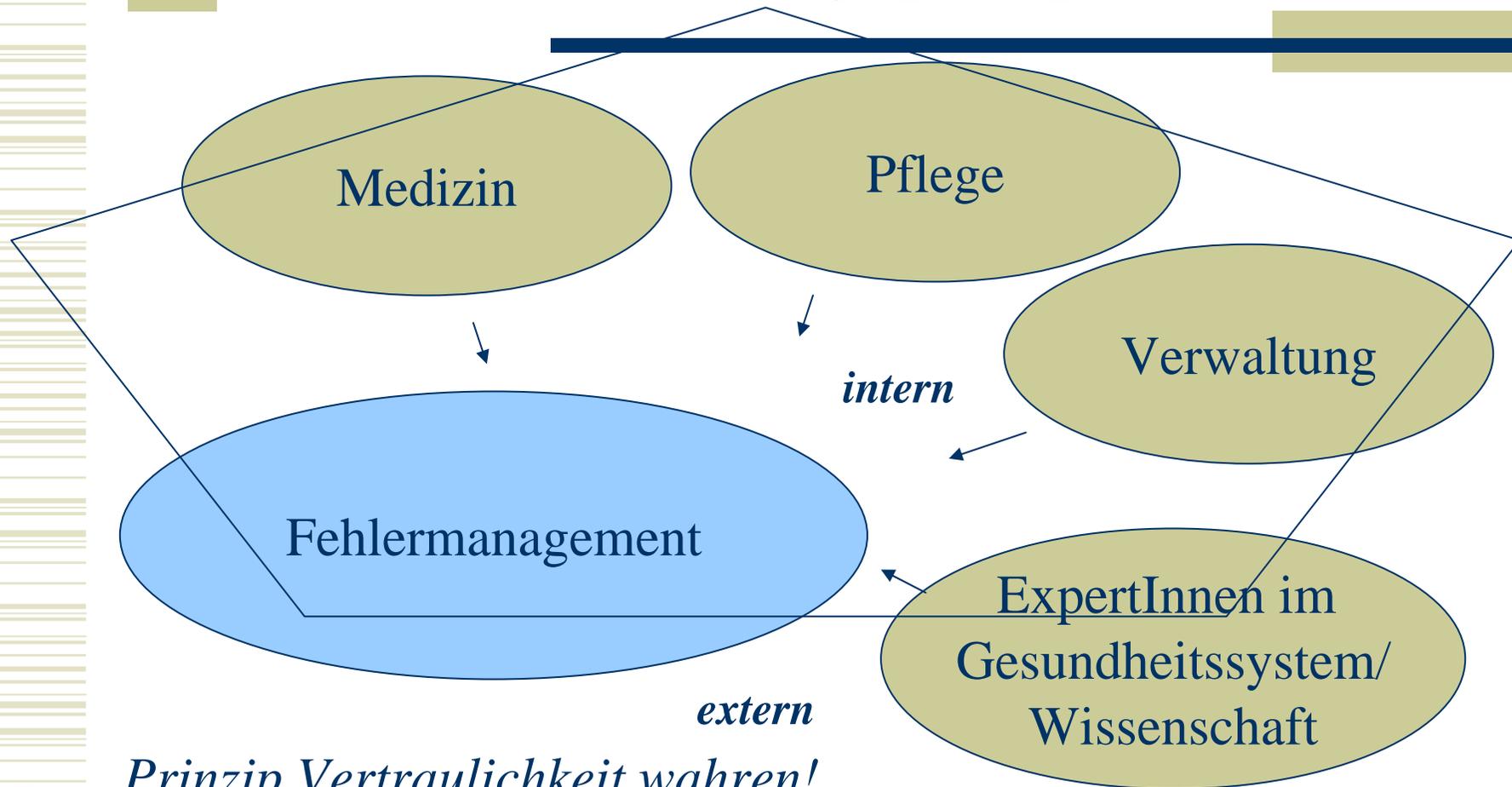
Projekt: Fehlerkultur und systemisches Fehlermanagement

3x3 Tage  
Training:  
interdisz.  
interprof.  
interorg.  
3-4 Pers.

Interne  
Projekt-  
gruppe(n)  
Fehlerkultur  
6-8 Pers.

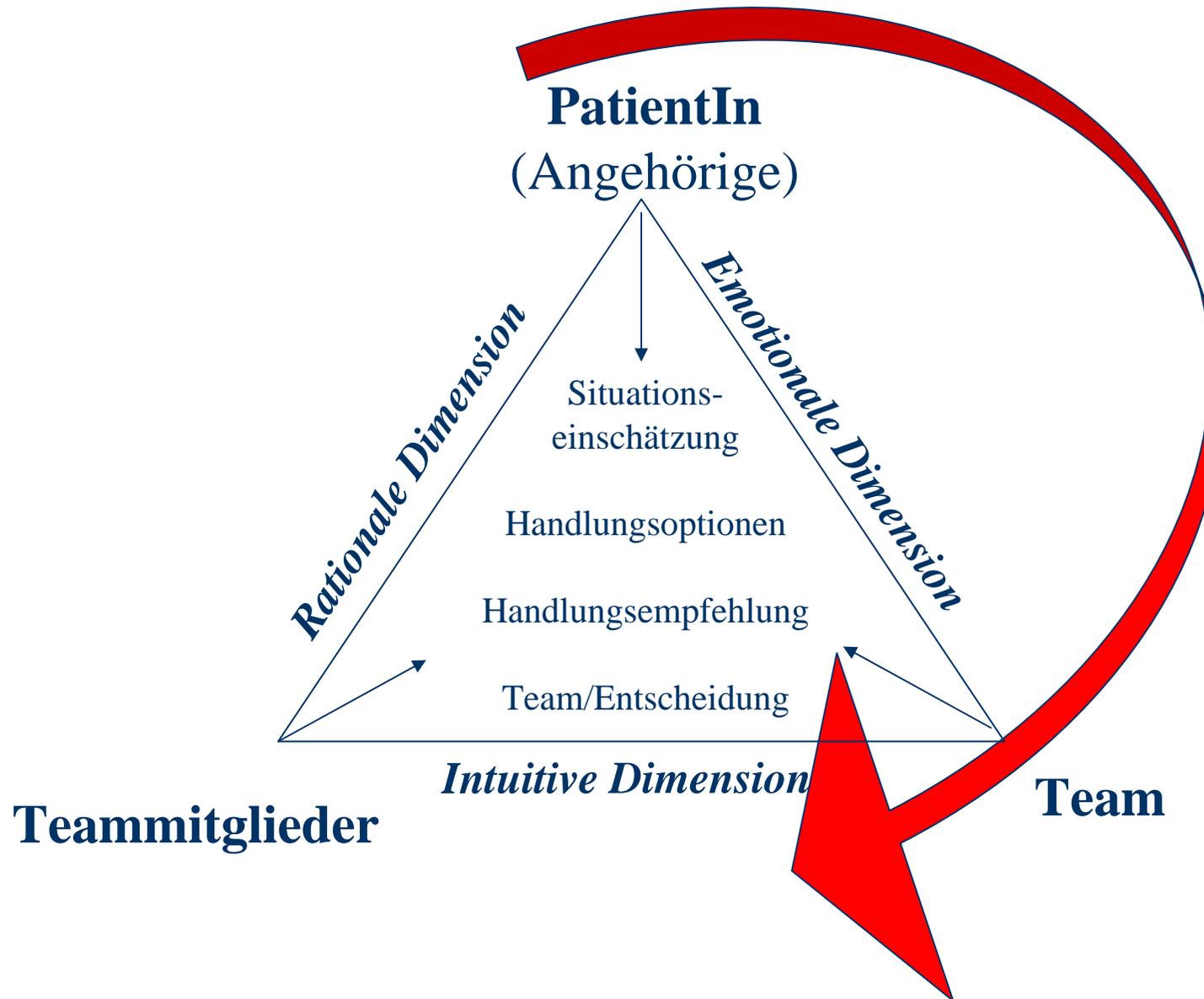
Externe  
Beratung  
und  
Begleitung  
im Haus  
3 Halbtage

# Zu nutzende Beobachtungsperspektiven



*Prinzip Vertraulichkeit wahren!*

# Dimensionen der Bearbeitung



# Fehlertypen und Fehlerkultur

(Beispiel für ein deskriptives Analyseinstrument)

<i>Perspektiven auf Fehler</i>	multifaktoral prozessual	<b>Systemische Fehlersicht</b>	<b>Prozess- orientierte</b>	<b>Systemische Fehlerkultur und Bearbeitung</b>
	monokausal/linear	<b>Interne Fehler- bearbeitung</b>	<b>Fehler- bearbeitung</b>	<b>Fehler- management</b>
		fachspezifisch	interprofessionell kommunikativ	organisational
<i>Bearbeitungskontexte/Dimensionen</i>				

# Konzentration und Fokussierung

- ◆ Starke Konzentration auf „Fachfehler“ vs. Fehler in Kommunikation und Organisation
- ◆ Starke disziplinäre Fokussierung vs. Interdisziplinäre Teamarbeit
- ◆ Mehr vom selben Muster (z.B. Kontrolle) vs. Unterbrechung: Wo findet sich Zeit zum Innehalten für Reflexion? Selbstreflexion: Tun wir das Richtige auf die richtige Weise in der rechten Zeit?
- ◆ Personalisierung vs. Systemsicht
- ◆ Org. Rahmenbedingungen vs. Gesundheitssystem

# Förderliche und hinderliche Rahmenbedingungen

- ◆ Kooperation vs. Konkurrenz
- ◆ Teamgeist vs. gemeinsame Leitlinien als Orientierungshilfe
- ◆ Beziehungen als Basis für gute Kommunikation
- ◆ Stressabbau – MitarbeiterInnenzufriedenheit
- ◆ Hinderliche Rahmenbedingungen:  
Ressourcenknappheit (Personal), Dienstzeiten,  
Kommunikationstradition und Rollenbilder

# Organisationstypen von Fehlerkultur

*Dimension der Organisationseinheit*

Station, Abteilung  
Krankenhaus  
Träger, Länder  
Kommunen

<p><b>Rechtliche Rahmenbedingungen</b></p>	<p><b>Vernetzung Benchmarking Trainings</b></p>	<p><b>Fehlerkultur Reportings, Analysen</b></p>
<p><b>Standards Richtlinien</b></p>	<p><b>Schnittstellenmanagement Teamentwicklung Beratung</b></p>	<p><b>Patientensicherheit</b> <i>Betroffene werden</i></p>
<p><b>Unmittelbarkeit Schnelle Reaktionsmöglichkeiten</b></p>	<p><b>Gemeinsame Aufmerksamkeit Verantwortliche Entscheidungen</b></p>	<p><b><i>Beteiligte</i></b> <b>Prävention</b></p>

Innerprofessionell

interprofessionell

interorganisational  
bürgerschaftlich

*Dimension der Bearbeitungstiefe/Beteiligung*

# Was ist zu lernen?

- ◆ Irren ist menschlich, aber für ca. 10% der Menschen, die im Krankenhaus einen Schaden erleiden, tödlich.
- ◆ Das Krankenhaus hat einen Gesundheitsauftrag, aber Menschen kommen zu Schaden.
- ◆ Fehlerkultur kann nicht allein Aufgabe eines Krankenhauses sein, sie ist eine ethische Grundfrage des Gesundheitswesens.
- ◆ Patientensicherheit ist eine Kooperation zwischen Krankenhaus und seinen Akteuren und dem Patient und seinen Angehörigen.
- ◆ Patientensicherheit entsteht durch das Sichtbarmachen und verbindliche Bearbeiten der Widersprüche (Gesundheit vs. Schaden, Fehler vs. Sicherheit, etc.).

# Zukunftsperspektiven / notwendige Rahmenbedingungen in der österreichischen Gesundheitspolitik

- ◆ Commitment und Auftrag von Politik, Trägern und Finanzierungssystem für unabhängige Fehlermanagement-Strukturen
- ◆ Österreichweite qualitativ/quantitative Forschung zu Fehlergeschehen im Gesundheitswesen
- ◆ Nationales Kompetenzzentrum/Netzwerk für Fehlermanagement: Reporting System und Auswertungen, Empfehlungen und Training