

# Jeder Feh

## „No blame, no shame“



Dipl. Soz.  
Martin Beyer,  
Arbeitsbereich  
Patientensicherheit  
Institut für  
Allgemeinmedizin  
Goethe-Universität  
Frankfurt  
beyer@  
allgemeinmedizin.  
uni-frankfurt.de

Der Umgang mit Fehlern will gelernt sein, gerade in kleinen Praxisteams, bei denen schnell Einzelne an den Pranger geraten können. Eine **Sicherheitskultur** baut dabei vor allem auf dem Prinzip „no blame, no shame“ auf.

Öffentliches „Bloßstellen“ (to shame) und persönliche Schuldzuweisungen (to blame) eines Teammitglieds nach einem Fehler sind keine geeigneten Mittel, um die Sicherheitskultur in einem Team zu fördern, aus mindestens zwei Gründen:

**1.** Viele unerwünschte Ereignisse beruhen nicht auf dem individuellen Versagen oder der Schuld eines Einzelnen. Vielmehr spielt die Arbeitsorganisation, das Sicherheitsbewusstsein im Team und auch etwa der Ausbildungsstand eine wesentliche Rolle, für die der Einzelne nicht verantwortlich ist.

**2.** Persönliche Schuldzuweisung und Sanktionierung zerstört die Sicherheitskultur im Team, führt zu mangelnder Offenheit über Risiken und Sicherheitspro-

bleme und untergräbt das gegenseitige Vertrauen.

Im vorliegenden Fall berichtet – ungewöhnlich genug – eine Medizinstudentin von ihrem ersten Tag in der Famulatur. Sie beobachtet, dass eine Medizinische Fachangestellte (MFA) eine Lungenfunktionsprüfung nicht korrekt vornimmt, was ihr als vorher langjährige Medizinisch-technische Assistentin (MTA) sofort auffällt. Das Ergebnis ist ein falsch positiver Befund. Sie traut sich verständli-

cherweise nicht, am ersten Tag gleich die MFA zu kritisieren, aber überlegt, wie das Problem angegangen werden kann. Sie erklärt den MFA in einem vertraulichen Gespräch, worauf bei der Lungenfunktionsprüfung zu achten ist

*Schuldzuweisung führt zu mangelnder Offenheit über Risiken und untergräbt Vertrauen.*

und versucht überdies eine gemeinsame Fortbildung zu initiieren. Eine sehr gute Lösung.

Freilich stecken hinter der Frage nach persönlicher Verantwortlichkeit, der Sanktionierung von „Schuldigen“ und der Frage nach dem „Systemansatz“ in der Patientensicherheit weitere, noch keineswegs ausdiskutierte Probleme. Dies wurde recht spektakulär letztes Jahr deutlich in einer Podiumsdiskussion der US-amerikanischen National Patient Safety Foundation zwischen zwei Protagonisten der Patientensicherheit, Robert M. Wachter und Gregg S. Meyer.

Wachter, Klinikchef aus San Francisco, plädierte dafür, dass bei aller Berücksichtigung sanktionsfreier Sicherheitskultur im Einzelnen, in kleinen Teams letztlich bei wiederholten Zuwiderhandlungen und fehlender Vorbildfunktion doch persönliche Verantwortlichkeit (und damit auch Sanktionen) greifen müsste(n). Als Beispiel zitierte er Ärzte, die beharrlich die Regeln zur Handhygiene verletzen. Andernfalls, und wenn sich zu oft auf das „System“ berufen werde, gewinne organisierte Unverantwortlichkeit die Oberhand. Meyer, Gesundheitsmanager in Boston, setzte dem unter

anderem entgegen: Wenn es nicht gelinge, den Belangen der Patientensicherheit in Organisationen Anerkennung zu verschaffen, seien individuelle Sanktionen auch nicht geeignet, eine Sicherheitskultur durchzusetzen. Viele Teams, die sich darum kümmern, würden so frustriert. Denn Sanktionen führten zu Kontrolle und Vertrauensverlust.

Interessanterweise wurden vor, während und nach der Debatte die Meinungen einiger Kongressteilnehmer erhoben:

- Vor der Debatte waren fast 80 % der Zuhörer Wachters Meinung.
- Während der Debatte regten sich bei 36 % Zweifel.
- Am Ende standen aber wieder 78 % zu Wachter.

Also ein Problem, das noch nicht ausdiskutiert ist.

Für die Praxis muss man, das war in der Debatte unstrittig, persönliche Verantwortlichkeit möglichst präzise definieren (wo sie am Platze ist). Und auch alle Teammitglieder motivieren, Verantwortung zu übernehmen. Eine andere Frage ist es, welche Konsequenzen man dann aus der Verletzung solcher Verantwortlichkeiten zieht. Wie handhaben Sie das?



## Fehlerbericht #800

*Der jugendliche Patient hat berichtet, dass er in den letzten Tagen „schlechter Luft bekommen hat“.*

*Da die Lunge beim Abhören frei war, ordnete der Arzt eine Lungenfunktionsuntersuchung an. Diese nahm eine MFA wie folgt im Nachbarraum vor:*

*Der Patient saß auf einer Liege und sollte den Anweisungen auf dem Bildschirm folgen, welches er auch (äußerst demotiviert) tat. Das Ergebnis lag etwas unterhalb des Normwerts. Ich selbst hätte die Ergebnisse nicht freigegeben (ich war MTA der Funktionsdiagnostik mit langjähriger Erfahrung), wollte jedoch nicht an meinem ersten Famulaturtag direkt die Untersuchungstechniken des Praxisteam bemängeln.*

### Was war das Ergebnis?

Der Arzt hat sich die Kurve digital angesehen und dem Jugendlichen ein Beta-2-Sympathomimetikum zum Erweitern der Lunge mitgegeben.

### Mögliche Gründe, die zu dem Ereignis geführt haben können?

Für mich war die Fehleranalyse sehr einfach: Die MFA hat die Untersuchung in der Ausbildung nicht gelernt und sich somit selbst aneignen müssen.

- 1) Der Patient muss aufrecht sitzen, damit ein vollständiges freies Atmen möglich wird.
- 2) Wichtig sind eine tiefe Inspiration und ZÜGIGE Expiration, damit die richtigen Volumina und eine sinnvolle FEV1 gemessen werden

können. Damit hätte der Jugendliche bei der Messung die Normwerte erreicht.

### Welche Maßnahmen wurden aufgrund dieses Ereignisses getroffen oder planen Sie zu ergreifen?

Im Verlauf meiner Famulatur habe ich mir die jeweiligen MFA zum persönlichen Feedbackgespräch zur Seite genommen und ihnen die Relevanz der Untersuchungstechniken sowie die Tricks zum Animieren der Patienten erklärt.

Das Ärzteteam wurde von mir ebenfalls informiert, eine gemeinsame Fortbildung haben wir bisher nicht hinbekommen. Der Arzt wollte das Thema jedoch noch im Teammeeting ansprechen.