

# Sicherheitskultur: So klappt's

Um aus Fehlern zu lernen, braucht es in der Praxis eine Sicherheitskultur – also einen gemeinsamen Leitgedanken, wie man die Patientensicherheit fördern will. **Sechs Ansatzpunkte** helfen, eine solche Kultur aufzubauen.



Dipl. Soz.  
Martin Beyer  
Arbeitsbereich  
Patientensicherheit  
Institut für Allgemeinmedizin  
Goethe-Universität  
Frankfurt  
Beyer@allgemein-  
medizin.uni-  
frankfurt.de

Ein Praxisteam muss eine Sicherheitskultur leben, damit es von einem Fehlerberichts- und Lernsystem überhaupt profitieren kann. Praxisleitung und Mitarbeiter/innen müssen eine Vision haben, wie sie die Patientensicherheit gemeinsam fördern können. Wir brauchen praktikable Systeme und die Motivationsgrundlagen dafür. Was aber meint aktive Sicherheitskultur? Und woran liegt es, dass viele Praxisteams vom Fehlermanagement nicht so profitieren können, wie sie sich das eigentlich wünschen?

Wenn nur ‚nach Protokoll‘ Sicherheitsprobleme berichtet werden, ändert sich in der Praxis möglicherweise wenig, wenn die Motivation, die Einstellungen und Werte nicht dazu passen. Sowohl aus internationalen Erfahrungen (der Literatur) wie auch aus eigenen Forschungen lassen sich einige **Kernpunkte** herauskristallisieren:

■ Die **Leitungskraft** (meist Praxisinhaber/in) engagiert sich ersichtlich für Patientensicherheit. Der Fehlerbericht (s. Kasten) zeigt einen drastischen Fall, in dem die Führungskraft das nicht tut. Bei der Leitung eines Teams reicht

es nicht, den gemeinsam verabschiedeten Regeln zu folgen: Führung muss auch bedeuten, den Mitarbeitern deutlich zu machen, dass man die Maßnahmen für sinnvoll und zielführend hält. (Wenn das anders ist – sehen Sie sich die intensiven Diskussionen zu diesem Fall im Netz an: Ob Theophyllin überhaupt in die Notfalltasche gehört, und ob der Guedel-Tubus nicht auch nach dem Verfalldatum brauchbar ist, gehört diskutiert.) Rückendeckung durch Führung ist sicher ein entscheidendes Element, auch deswegen:

- Damit allen im Team klar ist, dass die gesundheitliche Versorgung ein risikoreiches Arbeitsfeld ist und die **Förderung der Sicherheit für alle ein notwendiges Ziel** sein soll. Etwas anders als bei der Qualität, die als Ziel immer positiv anmutet und die man oft durch positive Anstrengung erreichen kann, geht es bei Sicherheit ja eher um ein negatives Ziel (möglichst kein Auftreten eines negativen Ergebnisses). Das muss man in Teamdiskussionen berücksichtigen, zumal bei kritischen Ereignissen ‚dumme Fehler‘ bei routinisierten Handlungen genauso zählen wie ‚schwierige Fehler‘ (etwa diagnostische Einordnungen). An der Herstellung von Sicherheit nehmen alle Anteil, unabhängig davon, wie intellektuell komplex ihre Aufgabe ist. Übrigens sehen Patientenpräferenzen das teilweise etwas anders: Ihnen ist die ‚Sicherheit‘, dass nichts gravierend Negatives passiert (oder dass man bei ‚Fehlern‘ mit ihnen spricht) oft wichtiger als ein qualitativ herausragendes Ergebnis.
- Im Team gibt es eine **auf Vertrauen basierende offene Kommunikation** und es wird sachlich über sämtliche Ereignisse gesprochen. Das erscheint auf den ersten Blick nahezu trivial: Wozu setzt man sich sonst zusammen? Das heißt aber auch, dass man hierarchisch oder fachspezifisch unterschiedliche Perspektiven austauschen muss.
- Alle Beteiligten arbeiten hierarchieübergreifend bei der **Suche nach Verbesserungsmaßnahmen** zusammen. Im vorliegenden Fall könnte sich die Führungskraft gedacht haben: „Ist mir doch egal, was im

## Schritte für eine Sicherheitskultur



Quelle: Aktionsbündnis Patientensicherheit

## Fehlerbericht #530

**Was ist passiert?**

In einer unserer Teambesprechungen wurde festgelegt, dass die MFA zweimal jährlich den Notfallkoffer in der Praxis kontrollieren sollen. Order war: Überprüfung der Verfalldaten der Notfallmedikamente, Anfertigung einer Liste der abgelaufenen Medikamente und Aushändigung dieser an den Arzt. Der Arzt sollte dann die Bestellung der Medikamente anordnen bzw. selbst durchführen. Bei einer kürzlich erforderlichen Notfallbehandlung eines Patienten fiel dem Arzt auf,

dass das Verfalldatum der steril verpackten Guedel-Tuben abgelaufen war und das der Theophyllinampullen ebenfalls.

**Was war das Ergebnis?**

Keine Folgen für den Patienten, da beides nicht gebraucht wurde. Verärgerung im Team.

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

Die beschriebene Vorgehensweise wurde von den MFA ein Jahr lang durchgeführt. Brav wurde die Liste der abgelaufenen Medikamente angefertigt und dem Arzt ausgehändigt. Der Arzt je-



doch nahm seinen Teil der Arbeitsanweisung nicht so ernst. Er gab weder eine Rückmeldung an seine MFA weiter, dass dieses

oder jenes bestellt werden sollte, noch führte er die Bestellungen selbst aus. Dies löste bei den MFA Verärgerung aus, schließlich kostete es eine Menge Zeit, den Koffer gewissenhaft zu prüfen und die Listen anzufertigen: Konsequenz war das Einschlafen des Standardverfahrens.

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

Wenn der Chef eine Anweisung gibt und ernst genommen werden will, dann muss er sich selbst auch an Vereinbarungen halten.

Koffer ist – den Patienten bringe ich durch“ und die (aufgebrachte, berichtende) MFA: „Der Doktor versaut mir noch jede organisierte Qualitätsförderung.“ Ein weiterer Gedanke des Praxischefs könnte sein: „Meine Mitarbeiter/innen können noch nicht einmal den Koffer in Ordnung halten.“ Wohingegen die MFA denken könnte: „Gründliches, präzises Arbeiten geht in dieser Praxis nicht.“

Das sind Vermutungen. Sie veranschaulichen aber, dass Offenheit hohe Anforderungen an die verschiedenen Hierarchien in einem Team und an die fachlichen Perspektiven stellt. Helfen kann hier nur, wenn man sich über die Vision (s.o.) einig ist.

- Nicht „Wer ist schuld?“, sondern „**Warum ist es passiert?**“: Weder Berichtende noch an den Ereignissen Beteiligte sollten Angst vor negativen Konsequenzen haben. Man sollte nicht nach Schuldigen suchen, sondern nach den Ursachen des Ereignisses. Das sollte man ausdrücklich fixieren. Natürlich bleibt das Problem, auf das wir mehrfach in „Jeder Fehler zählt“ hingewiesen haben, dass Ereignisse, bei denen persönliche Faktoren (Gesundheit, fehlende Arbeitseinstellung, teils Qualifikation) eine wesentliche Rolle spielen, auch einer persönlichen Kritik bedürfen (eine Teambesprechung ist da-

für nicht unbedingt der richtige Rahmen).

- Man lernt aus Ereignissen und aus den Berichten **resultieren erkennbare Veränderungen** für mehr Sicherheit in der Patientenversorgung. Das Praxisteam investiert in entsprechende personelle und finanzielle Ressourcen, um die Patientensicherheit zu stärken. Veränderungen im Praxisablauf, aufgrund des Lernens aus Fehlern, müssen sichtbar werden: So sollte es einen „**Kümmerer**“ geben, der die Absprachen und Veränderungen verfolgt, und dafür Sorge trägt, dass das Team neue Handlungsstrategien übernimmt. Womit wir wieder am Anfang – oder beim Fall – sind, in dem ausgerechnet der Praxisleiter die Handlungsstrategie unterläuft.

Diese Ecksteine einer Sicherheitskultur, die wir bei der Entwicklung der Handlungsempfehlung mit dem Aktionsbündnis Patientensicherheit (s. Kasten rechts) herausgearbeitet haben, sollten Sie in Ihrem Praxisteam durchaus zur Diskussion stellen. Sie können Ihnen helfen, wie der Prozess des Berichtens und Lernens aus Fehlern effektiver werden kann.

*Mögliche Interessenkonflikte: Der Autor ist sowohl Mitglied der Arbeitsgruppe des Aktionsbündnisses wie des Projekts Cirsforte.*

**Aktionsbündnis Patientensicherheit**

Das Aktionsbündnis Patientensicherheit ([www.aps-ev.de](http://www.aps-ev.de)) hat mit dem Projekt CIRSforte eine **Handlungsempfehlung** für die ambulante medizinische Versorgung „**Berichts- und Lernsysteme einrichten und erfolgreich betreiben**“ entwickelt. Sie soll im Frühjahr 2018 veröffentlicht werden. Wir werden die Empfehlung dann hier vertiefend vorstellen.