

# ZUR SACHE BW

## BERUF: RISIKOREICH FEHLER MACHEN: AUSGESCHLOSSEN

Ein Heft über Fehlerkultur und Risikomanagement

### Der fehlbare Soldat

Wie die Bundeswehr mit Fehlern umgeht

### Hybride Kriege

... und die Folgen für die Innere Führung

### Es geht ums Gehen

Was man vom Pilgern erwarten kann – und was nicht



## 04 **Wir träumen von einer besseren Welt**

Die Evangelische Kirche in Deutschland forderte Versöhnung zwischen Völkern

## 06 **Editorial**

# SCHWERPUNKT

## BERUF: RISIKOREICH FEHLERMACHEN: AUSGESCHLOSSEN

### 08 **Der fehlbare Soldat**

Fehler machen ist menschlich – bei der Bundeswehr aber kaum toleriert  
Von Markus Huth

### 14 **Gute Aussicht**

Eine Meditation über das Erinnern an Fehler und das Vergeben  
Von Friedrich Lohmann

### 18 **Dinge nicht vertagen**

Hellmut Königshaus, der ehemalige Wehrbeauftragte des Deutschen Bundestages, über Fehlerkultur in der Bundeswehr  
Von Manon Priebe

### 22 **Was macht den Fehler zum Fehler?**

Ein Beitrag aus Sicht der psychologischen Fehlerforschung  
Von Theo Wehner

### 25 **Um Leben und Tod**

In Krankenhäusern sind Fehler ein Tabuthema. Ein anonymes Meldesystem soll das ändern  
Von Veronika Drews-Galle

### 28 **Weg ins Freie**

Mit dem Stuttgarter Schuldbekennnis arbeiten die Kirchen Schuld auf  
Von Siegfried Hermle

### 32 **Das Bruchstück als Ganzes**

Über Henning Luthers Konzept von „Identität und Fragment“  
Von Anne Peters-Rahn

### 36 **Knapp gewonnen**

Wäre der verantwortliche General in der Schlacht bei Tannenberg dem Befehl seines Vorgesetzten gefolgt, hätte sie anders ausgehen können  
Von John Zimmermann

### 39 **Wer ist schuld am Glatteis?**

Die Schuldfrage zu klären, hat für Menschen eine große Bedeutung  
Von Christian Renovanz

### 40 **Unter den Teppich gekehrt**

Die scheidende Pröpstin Friederike von Kirchbach wünscht sich eine offenere Fehlerkultur in der Kirche  
Von Verena Horeis

### 44 **Der Null-Fehler-Gangster**

Eine Geschichte über die Angst vor Fehlern und die eigene Unsicherheit  
Von Walter Linkmann



### **Das Titelbild und seine Geschichte**

Der Soldat auf unserem Cover wird im Morgengrauen vom Camp Marmal in Mazar-e Scharif ins OP North gebracht – das war im Januar 2013. Der Fotograf, Daniel Pilar von der Agentur laif, der die Soldaten damals in Afghanistan besucht hat, hat den Mann an diesem Januarmorgen in einem nachdenklichen Moment fotografiert. Wir wissen nicht, was den Soldaten in dem Augenblick beschäftigt. Aber uns hat das Bild bewegt, weil es für uns einen Soldaten zeigt, der sich am Morgen dem täglichen Einsatz stellt und dem keine Fehler unterlaufen sollten – und der doch eben ganz Mensch ist und deswegen Fehler machen darf.

# INHALT



## FRIEDENSETHIK

### 46 Gerechtes polizeiliches Handeln

Die Idee der Gewaltminimierung bei „Just Policing“ kann Konfliktprävention voranbringen  
Von Ines-Jacqueline Werkner

### 49 Christ und Soldat sein?

Rezension von Martin Luthers „Ob Kriegsleute auch in seligem Stande sein können“  
Von Dirck Ackermann

### 50 Verpuffte Hilfe

Warum deutsche Entwicklungshilfe in Afrika nicht immer ankommt  
Von Klaus Liebetanz

## SICHERHEITSPOLITIK

### 52 Früher, entschiedener, substanzieller

Die Rolle und Verantwortung Deutschlands in der Außen- und Sicherheitspolitik  
Von Armin Staigis

### 57 Die Schuldfrage

Rezension von Herfried Münklers „Der große Krieg – Die Welt 1914–1918“  
Von Ulrich Kronenberg

### 58 Unbewaffneter Widerstand

Gewaltfreie Antworten auf hybride Angriffskriege  
Von Björn Kunter

### 60 Buntbuch statt Weißbuch

Die sicherheitspolitischen Herausforderungen sind gewaltig. Um sie zu lösen, braucht es auch nicht-militärische Akteure  
Von Winfried Nachtwei

## GLAUBENSFRAGEN

### 72 Nennen wir es Pilgern!

Was man von geistlichem Wandern erwarten kann – und was besser nicht  
Von Alexander Liermann

### 75 Falsch gedacht

Rezension von Gregor Eisenhauers „Die 10 wichtigsten Fragen des Lebens“  
Von Veronika Drews-Galle

### 76 Kirche unter den Soldaten

Die sieben Fenster der Kapelle im Feldlager in Mazar-e Scharif  
Von Friedemann Schmidt

### 77 Impressum

### 78 Querdenker

Kunst durch bewusste Fehler: Henry Fabers Motiv wird so zum Hingucker

## INNERE FÜHRUNG

### 64 Geistiges Rüstzeug

Innere Führung ist ein Baustein, um hybriden Kriegen entgegenzutreten  
Von Uwe Hartmann

### 70 Große Worte

Rezension von „Armee im Aufbruch“. Zur Gedankenwelt junger Offiziere  
Von Ina Wiesner



# UM LEBEN UND TOD



## In Krankenhäusern sind Fehler ein Tabuthema. Ein anonymes Meldesystem soll das ändern

Von Veronika Drews-Galle



**Veronika Drews-Galle** ist Grundsatzreferentin im Evangelischen Kirchenamt für die Bundeswehr, zuvor hat sie als Vorstandsassistentin in einem diakonischen Krankenhauskonzern Prozesse der Unternehmenskulturentwicklung begleitet.

**D**ie Vorstellung gleicht einem Alptraum: Beim Zunähen einer Operationswunde bleibt unabsichtlich ein Nahtspatel im Bauch des Patienten. Es kann Jahre dauern, bis so ein Fremdkörper als Ursache für nicht erklärable Schmerzen entdeckt wird. Im schlimmsten Fall führen Infektionen oder andere Komplikationen zum Tod. Wie oft Gegenstände in einer Operationswunde vergessen werden, darüber gibt es keine gesicherten Erkenntnisse. Laut dem Aktionsbündnis Patientensicherheit bleibt hierbei aber kein Bereich ausgespart. Kein sonderlich beruhigender Gedanke.

In diesem Fall ist die Sache noch einmal glimpflich ausgegangen: Rein zufällig wurde die Unaufmerksamkeit nach dem Ende der Operation bemerkt und der Nahtspatel sofort entfernt. Die Verunsicherung des Patienten wird als minimaler Schaden eingestuft. Der Fall ist im Internet dokumentiert als „Fall des Monats April 2013“ auf der Internetseite des Krankenhaus-CIRS-Netz Deutschland. CIRS ist die Abkürzung von „Critical Incident Reporting Systems“. Das sind Berichtssysteme zur anonymisierten Meldung von kritischen Ereignissen und Beinaheschäden. In Deutschland gibt es sie in erster Linie in Einrichtungen des Gesundheitswesens und in der Luftfahrt.

### Ärzte machen keine Fehler

„Unaufmerksamer Operateur, Zählkontrolle mangelhaft“, lautet die nüchterne Analyse des Falls im CIRS. Ein absoluter Tabubruch, denn die Hemmschwellen, im Krankenhaus offen über Fehler zu reden, sind vielfältig. Einer, der davon erzählen kann, ist Dr. Nils Löber vom klinischen Qualitäts- und Risikomanagement der Berliner Charité. Er hat über „Fehlerkultur im Krankenhaus“ promoviert.

Eine Schlüsselrolle für die Fehlerkultur im Krankenhaus spielen aus Löbers Sicht die Ärzte: „Fehler machen passt nicht zu dem Berufs- und Wertekodex, den sich Ärzte auferlegen. ‚Zunächst einmal dem Menschen nicht schaden‘ ist eigentlich die oberste Handlungsmaxime. Wenn doch ein Fehler begangen wird, bei dem vielleicht sogar ein Patient zu Schaden kommt, dann kriegt dieses Ethos einen ordentlichen Knacks.“ Zugleich gebe es in der ärztlichen Ausbildung und Hierarchie eine starke Tendenz, Fehler zu personalisieren. Gerade in der Ausbildungszeit werde man für Fehler systematisch vorgeführt, berichten Assistenzärzte. Erst mit zunehmender Übung und Erfahrung nähmen die Fehler ab, mit der Hierarchiestufe stiegen zugleich das Ansehen und die (Selbst) Achtung. „Was bleibt, ist ein hoher Anspruch an sich und andere und eine gewisse Scheu, Unsicherheiten und Fehler einzugestehen“, sagt einer, der es als Arzt selbst weit gebracht hat.

**„Wer arbeitet, macht Fehler.  
Wer viel arbeitet, macht mehr  
Fehler. Nur wer die Hände  
in den Schoß legt, macht gar  
keine Fehler.“**

(Alfred Krupp, 1812 bis 1887,  
deutscher Industrieller und Erfinder).

## Hierarchisierung bringt Menschen zum Schweigen

In vielen Krankenhäusern sind es vorrangig die Pflegekräfte, die das CIRS mit Fällen füttern. Sie bilden die größte Berufsgruppe und sind oft näher an den Patienten. Auch bieten die Pflorgeteams einen geschützten Raum, in dem Fehler angesprochen und auf ihre Ursachen hin analysiert werden können. Schwierig wird es, sobald ein Problem interprofessionell gelöst werden muss. Denn in der starren Hierarchie eines deutschen Krankenhauses sind die Pflegenden häufig nur Befehlsempfänger. Wenn etwas schief läuft, dann heißt es: „Wenn das nochmal passiert, möchte ich die Schwester Maria hier auf Station nicht mehr sehen.“ Ein anonymes Meldesystem eröffne laut Löber neue Lösungswege: „Niemand muss mehr den Kopf hinhalten, weil er ein Problem beim Namen nennt. Das Miteinander-Reden kann das auf Dauer aber natürlich nicht ersetzen“.

## Blickwechsel vom Schuldigen auf die Rahmenbedingungen

Um die Patientensicherheit zu erhöhen, muss an den latenten Fehlern gearbeitet werden, die auf der Führungs- und Organisations-ebene angelegt sind, lange noch bevor tatsächlich etwas schiefgeht. „Es geht darum, Risikokonstellationen aufzuzeigen und bearbeitbar zu machen“, erklärt Dr. Christian Thomeczek, kommissarischer Leiter des Ärztlichen Zentrums für Qualität in der Medizin (ÄZQ) und dort zuständig unter anderem für Patientensicherheit und CIRSmedical.de. Eine wichtige Frage lautet daher auch im CIRS: Welche Faktoren trugen zu dem Ereignis bei? In der Liste der möglichen Angaben werden neben Fragen der technischen Ausstattung und Prozessgestaltung auch Fragen zu Personaldecke, Arbeitsbelastung oder Zusammenarbeit genannt. „Alles, was in der Patientenbetreuung ein Risiko darstellt, ist ein Thema für CIRS, dazu kann auch Führungsverhalten zählen“, betont Thomeczek.

Worauf lässt sich nach dieser Logik nun der vergessene Nahtspatel zurückführen? Im CIRS angekreuzt wurden „Ausbildung und Training“ sowie „Organisation (zu wenig Personal, Standards, Arbeitsbelastung, Abläufe etc.)“. Als Lösungsansatz angeboten wird eine Handlungsempfehlung des Aktionsbündnisses Patientensicherheit mit dem passenden Titel „Jeder Tupfer zählt“. Mithilfe der enthaltenen Checklisten kann geprüft werden, ob nach der Operation alle Instrumente ihren Weg zurück in die Hände des Teams gefunden haben. Problem gelöst?

„Angesichts der hohen Arbeitsverdichtung gibt es eigentlich in jedem Krankenhaus noch immer Arbeitsprozesse oder Strukturen, die dazu verleiten, Regeln zu umgehen“, gibt Löber zu bedenken. Aus seiner Zeit als Berater weiß er: „Jede Minute, die

Im Bauchraum:  
Ultraschallaufnahme fünf Monate  
nach einer Operation, bei  
der eine chirurgische Schere  
vergessen wurde

BrightSpeed  
Ex: 24623  
Se: 1 SCOUT  
In: 1

R  
2  
6  
5

kV 120  
mA 20  
Az 180  
14:47:39  
W:500 L:50

### Protokoll eines Fehlers:

Folgende Fragen stammen aus einem Protokoll, wie es im Krankenhaus-CIRS-Netz Deutschland dokumentiert wird. Der Fall: Was befindet sich im Notfallrucksack?

### Was ist passiert?

Intubationsnotfall auf Normalstation. Es wurde ein Reanimationsteam angefordert. In deren Notfallrucksack (verplombt) befanden sich keine Medikamente. Ein zeitgleich eintreffendes Anästhesieteam hatte zusätzlich Medikamente dabei.

### Was war das Ergebnis?

Patientin konnte intubiert und auf die Intensivstation verlegt werden.

### Wo sehen Sie Gründe für dieses Ereignis?

Unzureichende Kommunikation über Inhalt des Rucksacks; Notfallrucksack war nicht einsehbar (verplombt); keine Hinweise auf dem Rucksack bzgl. der unzureichenden Bestückung.

C.I.M.E.P - Centre d'Imagerie de Paris-Bercy - 01 43 96 78 40



Exemplaire patient à usage non diagnostique

ein Operationsaal leer steht, kostet Geld.“ Entsprechend werde auch das OP-Personal ausgelastet. Interessenkonflikte liegen da auf der Hand.

### Probleme auf dem Weg

Seit 2013 sind Krankenhäuser verpflichtet, ein Fehlermeldesystem einzuführen, was Thomeczek sehr begrüßt: „Es ist eine große Chance, wenn Missstände, die eigentlich bekannt sind, aber vor denen man gerne die Augen verschließt, dokumentiert werden können und so ihre Bearbeitung möglich und vor allem auch notwendig wird.“ Ein CIRS nutze dazu Wissen und Erfahrungen aller Mitarbeitenden.

Ein häufiges Problem auf diesem Weg: Es gibt zwar ein CIRS, dieses wird aber kaum genutzt. Thomeczek sieht die Ursache hierfür weniger bei den Ärzten als in der Ernsthaftigkeit, mit der die Leitungsebene das Thema vorantreibt. „Als Erstes muss Anonymität und Sanktionsfreiheit sichergestellt werden. Das technisch umzusetzen und dann auch noch den Mitarbeitern glaubhaft zu machen, das ist gar nicht so einfach. Eigentlich braucht es dafür eine Treuhandstelle, aber das bedeutet ‚patientenferne‘ Ausgaben, die in Krankenhäusern schwer zu rechtfertigen sind.“ In der Praxis sind es in der Regel interne CIRS-Beauftragte, die die Fälle sichten und, wenn nötig, nachanonymisieren.

Wenn die Mitarbeiter sich sicher sind, dass die Nutzung des CIRS für sie keinen Nachteil bedeutet, brauchen sie zudem noch Raum und Zeit, um Fälle zu dokumentieren. Selbst ein 13-Fragen-Katalog bedeutet oft Überstunden. Außerdem müsse sichergestellt werden, dass die Meldungen schnell bearbeitet würden. Den Mitarbeitern müsse mitgeteilt werden, dass sie eine hilfreiche Rückmeldung gegeben haben und an einer Lösung gearbeitet werde, beschreibt Löber die Herausforderung. Sein Fazit: „Es ist tödlich für die Fehlerkultur, wenn Sie keine ausreichenden Ressourcen einsetzen, um gemeldete Probleme dann auch abzustellen.“

### Eine fehlerfreundliche Kultur kann man nicht erzwingen – oder doch?

Investitionen in Fehlerkultur sind eine unternehmenspolitische Frage – und zunehmend erfolgsrelevant. Die mediale Aufmerksamkeit für Skandale wie Operationsfehler ist groß, Reputationschäden sind wirtschaftlich messbar. Derzeit sind es Haftungsprämien, die das Thema Fehlerkultur im Krankenhaus vorantreiben.

Viele Mitarbeiter haben trotzdem weiterhin Angst, offen mit Fehlern umzugehen. Es braucht einen Kulturwandel, vor allem in der Führung. CIRS ist darin nur ein Baustein, ein erster Schritt.

#### Kam der Patient zu Schaden?

Nein.

#### Welche Faktoren trugen zu dem Ereignis bei?

- Kommunikation (im Team, mit Patienten, mit anderen Ärzten etc.)
- Organisation (zu wenig Personal, Standards, Arbeitsbelastung, Abläufe etc.)
- Technische Geräte (Funktionsfähigkeit, Bedienbarkeit etc.)

#### Wo ist das Ereignis passiert?

Krankenhaus.

#### Versorgungsart:

Nothilfe.

#### Wie häufig tritt dieses Ereignis ungefähr auf?

Monatlich.

#### Wer berichtet?

Pflege-, Praxispersonal.

(Fall des Monats März 2015, Quelle: <http://www.kh-cirs.de/faelle/maerz15.html>, leicht gekürzt).