

# Wie Risiko- und Fehlermanagement die Sicherheit erhöhen

Autor(en): **Wyss, Susanne**

Objektyp: **Article**

Zeitschrift: **SuchtMagazin**

Band (Jahr): **41 (2015)**

Heft 3

PDF erstellt am: **21.07.2024**

Persistenter Link: <https://doi.org/10.5169/seals-800796>

## **Nutzungsbedingungen**

Die ETH-Bibliothek ist Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Inhalten der Zeitschriften. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern.

Die auf der Plattform e-periodica veröffentlichten Dokumente stehen für nicht-kommerzielle Zwecke in Lehre und Forschung sowie für die private Nutzung frei zur Verfügung. Einzelne Dateien oder Ausdrucke aus diesem Angebot können zusammen mit diesen Nutzungsbedingungen und den korrekten Herkunftsbezeichnungen weitergegeben werden.

Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Die systematische Speicherung von Teilen des elektronischen Angebots auf anderen Servern bedarf ebenfalls des schriftlichen Einverständnisses der Rechteinhaber.

## **Haftungsausschluss**

Alle Angaben erfolgen ohne Gewähr für Vollständigkeit oder Richtigkeit. Es wird keine Haftung übernommen für Schäden durch die Verwendung von Informationen aus diesem Online-Angebot oder durch das Fehlen von Informationen. Dies gilt auch für Inhalte Dritter, die über dieses Angebot zugänglich sind.

# Wie Risiko- und Fehlermanagement die Sicherheit erhöhen

**Sicherheit ist eine wichtige Eigenschaft für Organisationen, die mit Menschen zu tun haben. Im Artikel werden verschiedene Punkte aus dem Risiko- und Fehlermanagement erläutert, welche einen Einfluss auf die Sicherheit haben. Die strukturierte Vorgehensweise beim Risikomanagement und kulturelle Aspekte des Fehlermanagements sind dabei wichtige Schwerpunkte.**

## Susanne Wyss

MSc, MBA, Verantwortliche Organisationsentwicklung Clenia AG, Gtrudstrasse 17, CH-8400 Winterthur, +41 (0)71 929 62 02, susanne.wyss@clenia.ch, www.clenia.ch

### Schlagwörter:

Fehlermanagement | Risikomanagement | Just Culture | Achtsamkeit |

## Sicherheit

Organisationen, die unter risikoreichen Bedingungen arbeiten und trotzdem weit weniger Unfälle oder Störungen aufweisen, als statistisch zu erwarten wäre, werden High Reliability Organizations (HRO) genannt, also Hochzuverlässigkeitsorganisationen.<sup>1</sup> Im Gesundheitswesen haben wir regelmässig mit schwierigen Bedingungen zu kämpfen und dennoch wird (zu Recht) erwartet, dass keine Fehler, v. a. solche, die KlientInnen oder Mitarbeitende schädigen, auftreten. Im folgenden Artikel werden das Risiko- und das Fehlermanagement als etablierte Vorgehensweisen in Organisationen beschrieben, um die Sicherheit zu erhöhen und Fehler zu verringern. Das Risikomanagement beschäftigt sich mit unerwünschten Ereignissen (Risiken) in der Zukunft und das Fehlermanagement mit unerwünschten und kritischen Ereignissen (Fehlern), die bereits eingetreten sind. Beide Vorgehensweisen rechnen damit, dass Risiken und Fehler eintreten. Durch umsichtiges Vorgehen können jedoch die Wahrscheinlichkeit des Eintretens und die Auswirkungen vermindert werden.

## Risikomanagement

### Risikomanagement als Verbesserungszyklus

Das Risikomanagement wird in einem – meist jährlichen – Zyklus durchgeführt und beinhaltet die wichtigsten Aktivitäten im Umgang mit Risiken. Der Zyklus beginnt mit der Risikoidentifikation, gefolgt von der Risikobewertung und der Risikobewältigung und leitet mit dem Risikocontrolling in den neuen Zyklus der Risikoidentifikation über (vgl. Abb. 1).<sup>2</sup>

Risikoidentifikation: Risiken müssen als erstes erkannt und benannt werden.<sup>3</sup> Dabei besteht die Schwierigkeit insbesondere darin, potenzielle, kaum eintretende Risiken oder Ausreisser zu erkennen. Solche Risiken werden schwarze Schwäne<sup>4</sup> genannt und sind unwahrscheinliche, aber mögliche Ereignisse, die erst im Nachhinein erklärt werden können (z. B. Finanzkrise). Diese raren Risiken sind im Gegensatz zu den bekannten Risiken kaum

zu evaluieren, können jedoch massive Folgen haben.

Typische Risiken sind in der gängigen Literatur zu finden (analytische Methode)<sup>5</sup> oder können anhand der Häufigkeit kritischer Ereignisse innerhalb der Organisation abgeleitet werden (quantitative Methode). So findet man auch in verschiedenen Qualitätsanforderungen des QuaTheDA-Referenzsystems Hinweise auf Risikokategorien die Klientel, das Personal oder die Betriebssicherheit betreffend.<sup>6</sup>

Bereits bei der Identifikation ist das Nutzen des Wissens sämtlicher Mitarbeitenden eine wichtige Grundlage (qualitativer Ansatz). Der qualitative Ansatz kann durch grosse Erfahrung der Mitarbeitenden und das Eingebundensein im operativen Alltag als der wirksamste angesehen werden. Das Credo lautet: «Hören Sie Ihren Mitarbeitenden zu!»

### Risikokategorien

Die Risiken werden häufig in Kategorien eingeteilt. Eine grobe Einteilung könnte sein:

Strategische Risiken, welche das Fortbestehen der Organisation gefährden,<sup>7</sup> und operative Risiken, welche die Schädigung von Menschen<sup>8</sup> und Sachschäden<sup>9</sup> betreffen.

Bei der Risikoidentifikation muss darauf geachtet werden, dass die spezifischen Risiken der Institution beachtet werden, damit nicht nur allgemeine Risiken berücksichtigt werden. So spielen im Suchtbereich die spezifischen Themen wie fehlende Compliance der KlientInnen, ungenügende Absprachefähigkeit und Nebenwirkungen durch die Multimorbidität eine grosse Rolle für mögliche Schädigungen.

### Risikobewertung

Unter einer Risikobewertung versteht man die Evaluation gemäss einer «Kombination aus der Wahrscheinlichkeit eines Zwischenfalls und seiner Konsequenzen».<sup>10</sup> Sie wird anhand einer Einstufung der Eintretenswahrscheinlichkeit und der Auswirkung gemacht. Diese beiden Werte werden in einem Diagramm eingetragen, das bereits je nach Risikobereitschaft in kleine Risiken (grün), mittlere Risiken (gelb) oder hohe Risiken (rot) eingeteilt wurde (vgl. Abb. 2).

Bei hohen Risiken sind zwingend Massnahmen zu ergreifen. Bei mittleren Risiken entscheidet die Organisation, ob Massnahmen definiert werden müssen oder ob ein engmaschiges

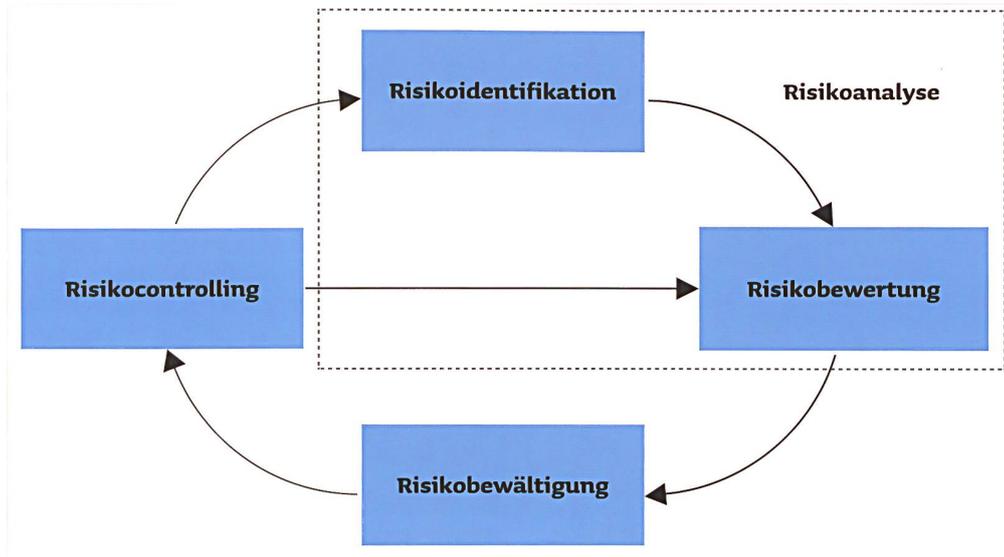


Abb. 1: Risikozyklus (eigene Darstellung, angelehnt an Eiff 2007).

Monitoring reicht. Grüne Risiken werden häufig nur beobachtet, aber nicht weiter bearbeitet.

Die Bewertung der Risiken wird anhand einer Vierer- bis maximal Zehnerskala vorgenommen. Die einzelnen Stufen werden häufig mit Worten beschrieben (z.B. sehr selten, selten, häufig, sehr häufig oder vernachlässigbar, spürbar, kritisch, katastrophal). Zum besseren Verständnis müssen die Stufen jedoch mit Werten hinterlegt werden (z. B. 1x pro 10 Jahre, 1x pro Jahr, 1x pro Monat, 1x pro Woche und bei den Auswirkungen mit Frankenbeiträgen).

Die Bewertung der Risiken erfolgt subjektiv. Die Eintretenswahrscheinlichkeit ist kaum mit objektiven Daten zu hinterlegen und die Auswirkung kann häufig verschiedene Stufen annehmen. Es muss deshalb ein gesundes und akzeptiertes Mittel gefunden werden. Eine weitere Hürde muss bei der Bewertung der Auswirkung genommen werden. Nicht alle Konsequenzen können finanziell ausgedrückt werden. Wie können ein Imageverlust, Angst der Mitarbeitenden oder der Rückgang der Zufriedenheit der Interessengruppen bewertet werden?

Weiter verleiten gewisse menschliche Faktoren dazu, Risiken unterschiedlich einzustufen. So werden Risiken mit einer emotionalen Komponente, einer direkten Betroffenheit oder im Zusammenhang mit einem näher rückenden Ereignis häufig grösser eingeschätzt. Es empfiehlt sich deshalb, die Bewertung durch heterogene Gruppen durchführen zu lassen und nicht durch eine Person, selbst wenn es sich dabei um eine/-n ausgewiesene/-n Experten/-in handelt. Die Heterogenität einer Gruppe fördert man durch die Einbindung verschiedener Funktionen, Berufsgruppen und Hierarchiestufen. Es müssen nicht zwangsläufig externe ExpertInnen beigezogen werden. Die Diskussion in dieser Gruppe unterstützt beim Finden des idealen Mittels.

### Risikobewältigung

Die Bewältigung der Risiken kann aktiv oder passiv erfolgen.<sup>11</sup> Die aktive Bewältigung beinhaltet Risikovermeidung und -verminderung und verändert die Risikostrukturen. Die passive Bewältigung befasst sich mit Risikotransfer und -vorsorge und lässt die Risikostrukturen bestehen.

Die Risikostruktur wird verändert, indem die Eintretenswahrscheinlichkeit oder die Auswirkung des Risikos vermindert werden. Weiter kann eine frühe Entdeckung eines Risikos ebenfalls dessen Konsequenzen reduzieren.<sup>12</sup>

Als Beispiel könnte hier das Risiko der Überdosierung bei der Abgabe von Substitutionsmitteln aufgeführt werden. Ursachen könnten ein Horten oder Mischen von Mitteln, die Abgabe

einer falschen Dosis oder eines falschen Stoffes sein. Die Verminderung der Eintretenswahrscheinlichkeit kann durch eine regelmässige Abgabe, durch das Vieraugenprinzip beim Richten der Mittel oder das Treffen von speziellen Vereinbarungen nach Einschätzung der Compliance erreicht werden.<sup>13</sup> Die Auswirkungen können durch Bereitstellung von Notfallequipment und Gegenmitteln reduziert werden. Die Entdeckungswahrscheinlichkeit wird durch die Einnahme vor Ort erhöht.

Beim Risikotransfer werden die Risiken an jemanden anderen übergeben, z.B. durch ein Outsourcing der Aktivität oder es wird eine Vorsorge durch das Abschliessen einer Versicherung getroffen.

### Risikocontrolling

Die Überwachung der Wirksamkeit der Massnahmen wird im Risikocontrolling integriert. Zusätzlich werden jedoch auch weitere Faktoren berücksichtigt, die das Risiko beeinflussen könnten. Anhand des Controllings werden neue Informationen zur Risikoanalyse und -bewertung gewonnen.

### Einführung eines Risikomanagements

Die grösste Gefahr bei der Einführung eines Risikomanagements liegt darin, dass Risiken überdokumentiert werden und die Dokumente anschliessend unbeachtet in einer Schublade landen. Risiken und deren Steuerung können auch nicht delegiert werden. Die Verantwortung für die Risiken muss von der gesamten Organisation getragen werden und Führungskräfte sollten sich vorbildhaft mit den Risiken beschäftigen. Relevante Risiken müssen in der gesamten Organisation bekannt sein. Zu Recht verlangen verschiedene ISO-Normen<sup>14</sup>, dass Risiken kommuniziert und die Mitarbeitenden in deren Umgang geschult werden. Ohne diese Transparenz und Übung werden Risiken verdrängt und es wird keine aktive Vorsorge getroffen.

Bereits bei der Identifikation und Bewertung von Risiken sind davon Betroffene mit einzubeziehen. Dabei ist darauf zu achten, dass nicht zu viele Risiken erfasst werden. Manchmal lohnt sich der Mut zur Lücke, wenn dafür zu den übrigen Risiken effektive Massnahmen definiert und umgesetzt werden. Denn selbst durch ExpertInnen definierte und bewertete Risiken haben die Eigenschaft, nicht nach Plan aufzutreten. Das heisst, dass selbst ein ausgereiftes Risikomanagement nicht alles abdecken und 100% Sicherheit bieten kann. Benannte und bewertete Risiken täuschen häufig Objektivität und Sicherheit vor, trotzdem bleibt für die Organisationen bei Entscheiden immer ein Unsicherheitsfaktor.

Es ist jedoch erwiesen, dass Organisationen, die sich mit uner-

<b>häufig</b> (1x/Woche)					
<b>möglich</b> (1x/Monat)					
<b>selten</b> (1x/6 Monate)					
<b>sehr selten</b> (1x/1 Jahre)					
<b>unwahrscheinlich</b> (1x/10 Jahre)					
	<b>minim</b>	<b>gering</b>	<b>spürbar</b>	<b>kritisch</b>	<b>katastrophal</b>

Abb. 2: Vorlage Risikomatrix.

wünschten Ereignissen auseinandersetzen, eine höhere Flexibilität und Widerstandsfähigkeit erlangen. Dies wiederum erhöht die Zuverlässigkeit und Sicherheit der Organisation.<sup>15</sup>

**Fehlermanagement**

Fehler sind eine Abweichung von einem als richtig angesehenen Verhalten oder von einem gewünschten Handlungsziel, das die handelnde Person eigentlich hätte erreichen können.<sup>16</sup> Sie können eingeteilt werden in das ungewollte Scheitern einer Aktion durch das Nutzen eines falschen Planes oder das falsche Umsetzen eines richtigen Planes. Wichtig ist jedoch, dass Fehler grundsätzlich nie absichtlich und bewusst gemacht werden. Diese Überzeugung sollte durch das gesamte Fehlermanagement spürbar werden. Es gibt also keine klaren «Schuldigen» bei Fehlern, sondern Betroffene. Werden Standardvorgehen und Regeln mit Absicht übergangen oder verändert und es resultieren unerwünschte Ereignisse, spricht man von Verstößen.

*Just Culture*

Beim «Kaizen» (japanische Philosophie der kontinuierlichen Verbesserung) werden Fehler und Verbesserungspotenziale «Schätze» genannt. Sie bieten die Möglichkeit, etwas zu lernen und sich zu verbessern. Diese Haltung verlangt westlichen Organisationen und ihren Mitarbeitenden zuweilen sehr viel ab. Heute spricht man im angloamerikanischen Raum auch von einer «Just Culture».<sup>17</sup> Eine Just Culture beinhaltet kontinuierliches Lernen sowie ein Verantwortungsgefühl der Beteiligten, um zu lernen und Fehler anzugehen. Weiter werden kritische Ereignisse als Gratislektionen angesehen, die genutzt werden dürfen. Es werden weder Strafen bei Fehlern ausgesprochen noch die Verursachenden stigmatisiert. Bei einer Just Culture akzeptiert die Organisation, dass Fehler gemacht werden (Irren ist menschlich) und dass immer wieder kritische Ereignisse eintreten können. Gleichzeitig ist die Linie zwischen akzeptablem und inakzeptablem Verhalten definiert und Regelverletzungen werden konsequent angegangen.

*Fehlermeldungen und Vertrauen*

Eine Institution, in der viele Fehler gemeldet werden, ist nicht prinzipiell unsicher. Vielmehr werden Mitarbeitende ermutigt, sicherheitsrelevante Informationen weiterzuleiten und häufig Fragen zu stellen. Eine offene Kommunikation von Fehlern und kritischen Ereignissen stellt die Basis für mehr Sicherheit dar. So kann eine Offenlegung einer falschen Einschätzung der Absprachefähigkeit eines Klienten den anderen Teammitgliedern helfen, die nächste Einschätzung genauer zu machen.

Alle genannten Faktoren tragen zu einem hohen Vertrauen bei und unterstützen ein kooperatives Handeln. Dennoch wird geschätzt, dass in den Organisationen weniger als 10% der Fehler rapportiert werden. Dies hängt damit zusammen, dass über gemachte Fehler nicht gerne gesprochen wird oder kritische Ereignisse häufig nicht als solche erkannt werden. «Ist ja nichts passiert» wird als Begründung vorgebracht. Obwohl Mitarbeitende nach Fehlern nicht eine Schuld zugesprochen werden sollte, tragen diese dennoch eine Verantwortung. Sie liegt darin, Fehler anzusprechen und Massnahmen zu deren Verhinderung zu finden. «We can create accountability not by blaming people, but by getting people actively involved in the creation of a better system to work in.»<sup>18</sup>

*Achtsamkeit*

Aus diesem Grund besteht der erste Schritt zu einer guten Fehlerkultur im Aufbau von Achtsamkeit: Achtsamkeit, dass Menschen Fehler machen können, und Achtsamkeit für unauffällige, aber aussergewöhnliche Ereignisse oder kritische oder risikoreiche Situationen.

*Fehler haben eine Geschichte*

Im nächsten Schritt geht es um die Fehlerbehandlung. Hier ist zu beachten, dass Fehler häufig eine Geschichte haben, bevor sie wirklich auftreten und wahrgenommen werden. «When large systems fail, it is due to multiple faults that occur together».<sup>19</sup> Für jeden Fehler sind mehrere Faktoren (latente Fehler) zu finden, die einen wirklichen Fehler (aktiver Fehler) ermöglichen oder die Entwicklung eines Fehlers beschleunigen (fehlerbegünstigende Faktoren). Diese Faktoren müssen analysiert und neutralisiert werden. Durch diesen systemischen Blick auf Fehler eröffnen sich Möglichkeiten für wirksame Massnahmen, anstatt täuschender Kosmetik der Fehlersymptome. Wenn man das Übel an der Wurzel packt, kann viel bewirkt werden.

*Aufbau einer Just Culture*

Der Aufbau einer Just Culture oder eines wirksamen Fehlermanagements beinhaltet deshalb folgende Schritte. Die Mitarbeitenden müssen zum Thema Fehler und kritische Situationen geschult werden. Weiter müssen Meldesysteme aufgebaut werden. Häufig lohnt es sich, mit anonymen Meldemöglichkeiten zu beginnen. Später, wenn das Vertrauen gewachsen ist, kann die Anonymität aufgehoben werden. Weiter muss die Meldeschwelle durch einfache Handhabung und Vermeidung unnötiger Administration möglichst tief gehalten werden. Es muss sichergestellt werden, dass die Meldungen durch ein kom-

petentes, neutrales Team besprochen und Massnahmen abgeleitet werden. Die Ursachenanalyse kann anhand des für das Gesundheitswesen entwickelten London Protokolls<sup>20</sup> oder mit gängigen Analysetools wie dem Fischgerätediagramm unterstützt werden. Dies hilft, die systemische Sicht zu behalten.

Es lohnt sich, die Meldungen und Massnahmen im Betrieb transparent zu kommunizieren. Mitarbeitende müssen erkennen, dass ihre Meldungen wahrgenommen werden und etwas bewirken, ansonsten sinkt die Melderate unweigerlich. Möchte man eine Verbindung zum Risikomanagement schaffen, können die Meldungen auch kategorisiert werden und in die Risikoidentifikation einfließen und so den Kreis schliessen.

Als letzter Schritt – sowohl beim Risiko- wie auch beim Fehlermanagement – gilt die Resistenz gegen Selbstzufriedenheit, denn Erfolg macht träge. Fehler und Risiken können immer und immer wieder in neuen Formen oder an neuen Orten auftreten. Deshalb kann nicht auf den Lorbeeren ausgeruht werden, sondern das Lernen geht kontinuierlich weiter. Bleiben Sie achtsam. ●

#### Literatur

- Badke-Schaub, P./Hofinger, G./Lauche, K. (2012): Human Factors, Psychologie sicheren Handelns in Risikobranchen. Berlin: Springer.
- Beutel, M. (2009): Klinisches Risikomanagement. Ein Handbuch für Rehabilitationskliniken. Kassel: Deutsche Gesellschaft für Qualitätsmanagement in der Suchttherapie e. V. deQus.
- BAG – Bundesamt für Gesundheit (2012): Das modulare QuaTheDA-Referenzsystem. Die Qualitätsnorm für die Suchthilfe, Prävention und Gesundheitsförderung. Bern: BAG. [www.tinyurl.com/o6btcee](http://www.tinyurl.com/o6btcee), Zugriff 14.04.2015.
- Dekker S. (2011): Patient Safety, a Human Factors Approach, London/New York: CRC Press.
- Eiff, W. (2007): Risikomanagement, Kosten-/Nutzen-basierte Entscheidungen im Krankenhaus, Wegscheid: WIKOM GmbH.

Kohn, I. (2000): To err is human. Building a Safer Health System. Washington: National Academy Press.

Seghezzi, H.D./Fahmi, F./Hermann, F. (2007): Integriertes Qualitätsmanagement: der St. Galler Ansatz. München: Carl Hanser.

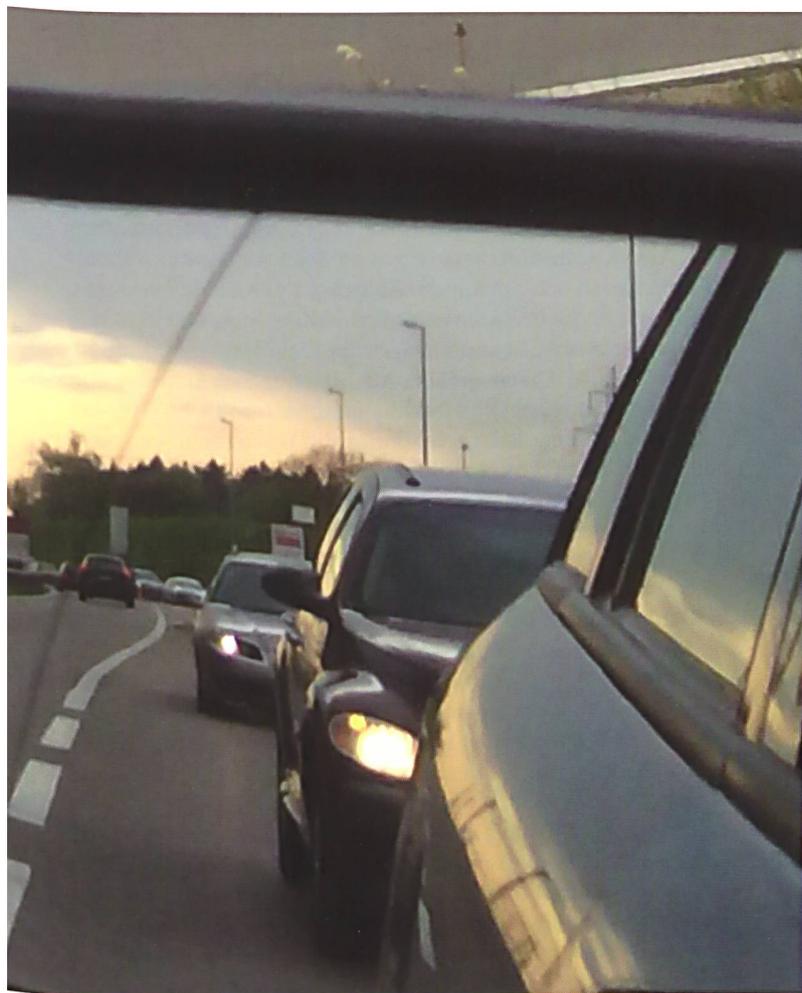
Taleb, N. (2008): Der Schwarze Schwan. Die Macht höchst unwahrscheinlicher Ereignisse. München: Carl Hanser.

Taylor-Adams, S./Vincent, C. (Hrsg.) (2007): Systemanalyse klinischer Zwischenfälle. Das London-Protokoll. Imperial College London. Übersetzung: Stiftung für Patientensicherheit, [www.tinyurl.com/nbnqh64](http://www.tinyurl.com/nbnqh64), Zugriff 27.04.2015.

Weick, K.E./Sutcliffe, K. (2010): Das Unerwartete managen. Wie Unternehmen aus Extremsituationen lernen. Stuttgart: Schäffer-Poeschle.

#### Endnoten

- 1 Weick 2010: 2.
- 2 Eiff 2007: 63.
- 3 Siehe z.B. QuaTheDA B/10/5, vgl. BAG 2012.
- 4 Taleb 2008: Prolog.
- 5 Vgl. z.B. Beutel 2009.
- 6 Vgl. BAG 2012.
- 7 Siehe QuaTheDA B/7 und B/9, vgl. BAG 2012.
- 8 Siehe QuaTheDA B/9/3 und B/10, vgl. BAG 2012.
- 9 Siehe QuaTheDA B/9, vgl. BAG 2012.
- 10 EN 15224 2013: 17.
- 11 Eiff 2007: 65.
- 12 Seghezzi 2007: 182.
- 13 Siehe QuaTheDA I/3, vgl. BAG 2012.
- 14 Vgl. EN 15224 2012; ISO 9001 2015; ISO 31000 2009.
- 15 Weick 2010: 76.
- 16 Badke-Schaub 2012: 40.
- 17 Decker 2010: 187.
- 18 Decker 2010: 196: «Wir können keine Verantwortlichkeit erzeugen durch Schuldzuweisungen, sondern durch aktives Miteinbeziehen von Menschen in der Schaffung eines besseren Systems».
- 19 Kohn 2000: Pos. 2023: «Wenn ein grosses System versagt, geschieht dies, weil viele Fehler gleichzeitig auftreten».
- 20 Vgl. Taylor/Vincent 2007.



„Gefangensein in schlechter Lebensqualität kann einem unverhofft Momente des Glücks schenken, für die man sonst vielleicht kein Auge frei gehabt hätte.“