

# Jede Organisation hat eine Fehlerkultur

## Ein Plädoyer gegen die Technisierung des Qualitätsverständnisses in sozialen und gesundheitlichen Berufen

Michael Herzig

>> Wo Menschen am Werk sind, passieren Fehler. Einige können gravierende Folgen haben, andere sind vielleicht bloß ärgerlich. Aber alle Patzer, Irrtümer und Fehler haben Eines gemeinsam: Man kann und sollte dabei etwas lernen – nicht nur individuell, sondern auch als Organisation.

Weil Fehler im Arbeitsprozess immer mal wieder passieren und sich in Organisationen soziale Muster im Umgang mit sich wiederholenden Handlungen ausprägen, hat jede Organisation eine Kultur im Umgang mit Fehlern. Allerdings nicht immer diejenige Kultur, die sich das Management wünscht.

Der Soziologe Dirk Baecker formuliert es als Paradoxie: „Wir gehen davon aus, dass jede Handlung eines Managers oder eines anderen sozialen Akteurs in sozialen Situationen stattfindet, in denen nicht nur gehandelt, sondern auch beobachtet wird, und zwar vor allem die Handlungen der anderen beobachtet werden“ (Baecker 2012, S. 56). Deshalb führe eine Aufforderung wie „macht keine Fehler“ nicht effektiv zu weniger Fehlern, sondern vor allem zu einer höheren Anstrengung, Fehler zu entdecken. Und als Reaktion auch, Fehler zu verstecken, ließe sich anfügen. „So berechtigt die Aufforderung sachlich sein mag, so desaströs sind ihre sozialen Folgen, weil sich wegen der Angst vor Sanktionen, die man zu gewärtigen hat, wenn doch einmal ein Fehler passiert, eine ebenso große Angst ausbreitet, vom Pfad des als richtig definierten Verhaltens abzuweichen“ (Baecker 2012, S. 56).

Seit drei Jahren beschäftigen wir uns am Institut für Sozialmanagement der Schule für Soziale Arbeit in Zürich mit den Themen Fehler und Fehlerkultur. Auslöser war die Feststellung eines Kollegen, dass Sozialarbeitende und Pflegefachleute in Supervisionen eher verkrampft reagieren würden, wenn mal etwas

schiefgegangen war. Aus diesem Grund beschlossen wir, Organisationen im Sozialbereich und im Gesundheitswesen genauer unter die Lupe zu nehmen. In einer (unveröffentlichten) Studie untersuchten wir drei unterschiedliche Institutionen: eine ambulante Beratung, eine Klinik und eine Justizvollzugsinstitution. Ein Grund für diese Auswahl war, dass in allen drei Organisationen unterschiedliche Berufsgruppen zusammenarbeiten. Zudem gibt es in allen diesen Arbeitsprozessen relativ hohe Risiken wie beispielsweise falsch dosierte oder verwechselte Medikamente, Suizide, Gewalt unter den Klientinnen und Klienten oder gegen Mitarbeitende. Gleichzeitig sind es Tätigkeiten, in denen die Mitarbeitenden situativ fachlich anspruchsvolle Entscheide treffen müssen. Darum wollten wir wissen, wie das Management dieser Organisationen mit dem Spannungsfeld zwischen Kontrolle und Vertrauen umgeht.

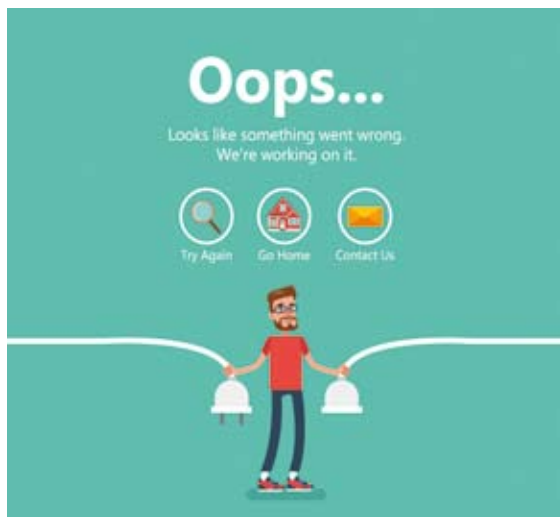
Im Ergebnis fanden wir drei vollkommen verschiedene Typen von Fehlerkulturen vor, die wir folgendermaßen charakterisierten:

**1 Fehler als Damoklesschwert über den Köpfen der Mitarbeitenden:** Diese Organisation ist geprägt durch rigide Regeln und eine hohe Normendichte, die Mitarbeitenden sind starkem Kontrolldruck ausgesetzt, Fehler sind explizit kein Thema, implizit aber omnipräsent. Es existiert ein umfangreiches Regelwerk, das die verschiedenen Arbeitsschritte teilweise bis ins Detail regelt. Darin finden sich allerdings keinerlei Handlungsanweisungen für den Fall, dass jemandem einmal ein Fehler passieren sollte. In der Vergangenheit reagierte das Management auf Fehler ausschließlich mit disziplinarischen Mitteln. Das Misstrauen unter den Mitarbeitenden ist relativ hoch. Unter der Hand zirkulieren Verdächtigungen. Eine neue Leitung strengt nun einen Kulturwandel an und steht vor der Herausforderung, ein stark auf Sicherheit ausgerichtetes System durch ein breiteres und differenzierteres

Qualitätsverständnis abzulösen, ohne die Mitarbeitenden allzu fest zu verunsichern und letztlich die Sicherheit zu vermindern.

**2 Fehler als Risiko und Chance zugleich:** In dieser Organisation besteht ein Regelwerk zur Überwachung und Vermeidung von Fehlern, gleichzeitig werden Anstrengungen unternommen, trotz Kontrolldruck angstfrei über Fehler zu sprechen und daraus zu lernen. Dazu gibt es parallel zu den bestehenden Qualitätsmanagementmechanismen wie Audits und Auditberichte eine interdisziplinäre Arbeitsgruppe, die sich explizit mit Fehlern beschäftigt. Dabei kann es um hohe Risiken gehen, aber auch um weniger folgenreiche Patzer. Eine Herausforderung in dieser Konstellation sind die unterschiedlichen Kommunikationskulturen der beteiligten Berufsgruppen.

**3 Fehler als Lernfeld:** In dieser Organisation ist Fehlerkultur ein strategisches Schwerpunktthema; das Leitbild postuliert einen konstruktiven Umgang mit Fehlern. Für die Umsetzung sind Verfahren, Gefäße und Instrumente definiert. Im Risiko- und Qualitätsmanagement wurde von einem rigiden Top-Down-System auf dialogische und partizipative Verfahren umgestellt. So gibt es teamübergreifende Fallanalysen, in denen tatsächliche oder potentielle Fehler besprochen werden. Das gewonnene Wissen wird der gesamten Organisation zur Verfügung gestellt. Die effektive Nutzung dieser Instrumente und Verfahren hängt allerdings stark von der verantwortlichen Führungsperson ab.



An Fehlern arbeiten – eine Aufgabe für jeden einzelnen Mitarbeitenden, aber auch für die Organisationsentwicklung und das Management.

Mindestens für diese drei untersuchten Beispiele bestätigen wir die These Dirk Baeckers, dass Fehlervermeidung als einziges Postulat im Umgang mit Fehlern primär zu einer Tabuisierung von Fehlern führe. Das ging in einer der drei Institutionen so weit, dass man von einer Kultur der Verantwortungslosigkeit sprechen könnte: Mitarbeitende handelten in bestimmten Situationen lieber gar nicht, als falsch. Entsprechend nahmen sie es einem Arbeitskollegen übel, dass er durch nicht regelkonformes Handeln den Suizid eines Klienten verhinderte. Während der (neue) Vorgesetzte Initiative, Geistesgegenwart und Verantwortungsbewusstsein dieses Mitarbeitenden lobte, forderten die Kolleginnen und Kollegen Sanktionen.

Dieses Handeln erklärt sich mit Verweis auf Dirk Baecker folgendermaßen: „Jede Regel, die vielleicht nur erfunden wurde, um in Zweifelsfällen eine gewisse Orientierung zu geben, wird in allen Fällen dankbar aufgegriffen, weil sich an sie zu halten auf keinen Fall falsch sein kann. Das Verhalten wird starr, stur und rücksichtslos“ (Baecker 2012, S. 56). In dem vorliegenden Fall hätten einige Mitarbeitende eher den Tod eines Klienten in Kauf genommen, als einen Regelbruch zu begehen.

Angst vor Sanktionen ist auch in Fällen handlungsleitend, in denen sie sachlich kaum begründet ist. Ich erfuhr das in meiner Zeit als Leiter einer Institution der Suchthilfe. In meiner eigenen Wahrnehmung setzten wir im Management dieser Organisation stark auf Kooperation und Dialog. Trotzdem vertuschten Mitarbeitende einen Fehler, der für einen Klienten Folgen hatte. Ich war sprach- und verständnislos, aber mitverantwortlich. Nicht primär wegen des Fehlers, sondern wegen des Vertuschungsversuchs beziehungsweise der von mir mit verantworteten Fehlerkultur.

## 1. Fehler definieren

„Ein Fehler ist kein Gegenstand der Beurteilung, sondern das Resultat der Beurteilung eines Gegenstands.“ (Heid 2015, S. 33) Der Pädagoge Helmut Heid weist mit Nachdruck darauf hin, dass Definition und Anwendung von Fehlerkriterien sich auch „als Mittel bzw. Maßnahmen der Machtausübung, der Disziplinierung oder gar der Unterdrückung verwenden“ ließen (Heid 2015, S. 40). Der Schüler und die Schülerin, die an der Aufnahmeprüfung ins Gymnasium scheitern, haben keine Definitionsmacht über die Beurteilungskriterien. Selbst unter Einbezug in einen partizipativen Prozess,

um die Prüfungskriterien intersubjektiv auszuhandeln, blieben ökonomische, soziale und kulturelle Machtunterschiede bestehen (Heid 2015, S. 40). Das ist ein guter Grund zu untersuchen, wer in einer Organisation zu welchem Zweck und auf Grundlage welcher Kriterien eine Handlung zum Fehler deklariert.

Ein Fehler definiert sich nicht von selbst, sondern durch sein Gegenteil. In Arbeitsprozessen wird dies in der Regel als Qualität bezeichnet, zu deren Beurteilung Kriterien und Standardwerte definiert werden. Erst solche Standards ermöglichen eine objektivierbare Fehlerdefinition und erübrigen die wiederkehrende Diskussion, was eine hohe oder tiefe Arbeitsqualität ist.

Entfällt die kollektive Auseinandersetzung darüber, was ein Fehler ist, verliert auch die individuelle Selbstreflexion an Bedeutung. Darin liegt die Attraktivität von Standardisierungen: Das Handeln der Mitarbeitenden wird beurteilbar, berechenbar und steuerbar, wenn es gelingt, alle denkbaren Fehler vorauszusagen und mit entsprechenden Qualitäts- und Risikomanagement-Maßnahmen zu vermeiden, sodass unvorhersehbare Fehler auszuschließen sind. „Man kann die Gefahr vernachlässigen, einen dieser noch unbestimmten Fehler zu machen, wenn es gelingt, das eigene Verhalten zu technisieren, das heißt, bestimmte Handlungsschritte, Ursachen und Wirkungen festzulegen und gegenüber allem anderen zu isolieren“ (Baecker 2012, S. 57).

Die Reduktion von Arbeitsprozessen auf einfache Ursache-Wirkungsketten und deren Isolierung von ihrem sozialen Kontext schafft gemäß Dirk Baecker Sicherheit. Sowohl für die Organisation als auch für die einzelnen Mitarbeitenden. „Nicht zuletzt daraus zieht die Praxis die große Attraktivität des Verzichts auf Selbstbeobachtung und Reflexion. Nur wer sich selbst technisiert, ist sicher“ (Baecker 2012, S. 58). Das ist in einer ökonomischen Logik effizient, weil es zeitintensive Aushandlungsprozesse erspart. Es ist vor allen Dingen aber auch bequem.

Nun zeichnen sich soziale, gesundheitliche und auch pädagogische Berufe gerade dadurch aus, dass Entschiede getroffen werden müssen, für die es nicht immer vorhersehbare Musterlösungen gibt. Der amerikanische Philosoph Donald Schön spricht in diesem Zusammenhang von „uncertainty, instability, uniqueness, and value conflict“ (Schön 1983, S. 49). Zum Umgang mit solchen Unsicherheiten und Wertekonflikten entwickelte er sein Modell der Reflexivität (reflection in action on action). Auch andere Autorinnen und Autoren bezeichnen mit oder ohne Bezug zu Schön die systematische (Selbst-)Reflexion als wesentliches

Element der Qualität. Darauf gründen Qualitätssicherungsmethoden wie Inter- und Supervision oder kollegiale Beratung. Es stellt sich also die Frage, ob und wie in Gesundheits- und Sozialberufen dialogische Methoden zur Qualitätsentwicklung mit technischen kombiniert werden können.

Zu diesem Thema führte ich eine Diskussion mit Qualitätsverantwortlichen mehrerer Spitäler. Es ging um die Erfahrungen mit dem Fehlermeldesystem CIRS (Critical Incident Reporting System). Mit diesem System werden kritische oder gefährliche Situationen gemeldet. Die registrierten Ereignisse werden im Hinblick auf eine mögliche Verbesserung der Arbeitsqualität hin analysiert. Die daraus gewonnenen Erkenntnisse fließen in die Überarbeitung der Standards mit ein, und auch in andere Maßnahmen (beispielsweise in die Weiterbildungsplanung). In dieser Diskussion fiel auf, dass gemessen am Personalbestand relativ viele Meldungen eingingen, darauf aber sehr wenige Rückmeldungen zurück in die Organisation erfolgten. Der Prozentsatz der (teilweise seit einem Jahr) unbearbeiteten Meldungen schien zudem hoch. Auf die Frage, nach welchem Kriterium die Meldungen abgearbeitet werden, lautet die Antwort: Patientensicherheit.

Wenn aber Fehlermeldungen kein Anlass sind, auf allen Ebenen der Organisation über die Qualität zu sprechen, sondern vor allem, um in den Stabsdiensten das Regelwerk zu überarbeiten, und wenn die Beurteilung von Fehlern primär aufgrund ihrer Relevanz für die Sicherheit geschieht, warne ich mit dem Verweis auf Dirk Baecker davor, dass hier eine Technisierung des



*Thematisierung von Fehlern im Team auf allen hierarchischen Ebenen – ein Hinweis auf gelebte Führungs- und Fehlerkultur*

Qualitätsverständnisses in Gang ist – ausgerechnet in Berufen, die eine hohe Reflexivität fordern.

In einem anderen Spital werden im Abteilungsrapport seit Jahren Fehler thematisiert. Dabei berichten Mitarbeitende aller Berufsgruppen über eigene Patzer, Irrtümer und Fehler. Gemeinsam werden Lösungen gesucht. Diese können sowohl struktureller Art sein, indem Abläufe geändert werden. Es kann aber auch die individuellen Kompetenzen, Fähigkeiten und das Verhalten betreffen, beispielsweise mittels Fortbildungen oder Trainings. Auf die Frage, warum dieses System in seiner Abteilung funktioniert, antwortete der leitende Arzt: Weil er zuerst immer seine eigenen Fehler thematisiere – ein weiterer Hinweis auf den Zusammenhang von Führungs- und Fehlerkultur.

## 2. Fehler kategorisieren

Zu einem Managementthema wurden Fehler bezeichnenderweise zuerst in Industriezweigen mit hohen Sicherheitsrisiken (Flugverkehr, Atomindustrie), wobei Kontrolle und Vermeidung von Fehlern im Vordergrund standen. Ab den 1980er Jahren wurden Fehler zunehmend Gegenstand sozial-, geistes- und wirtschaftswissenschaftlicher Studien. Dabei versuchte man, das Entstehen von Fehlern mit psychologischen oder organisationsoziologischen Ansätzen zu erklären. Der Umgang mit Fehlern wurde als möglicher Ausdruck von Organisationskultur gesehen (Gartmeier 2015, S. 8–9; Schreyögg 2015, S. 224 ff.; Grillitsch 2013, S. 22).

Eine zugleich breite und differenzierte Sichtweise führte der britische Psychologe James Reason ein. Indem er Fehler kategorisierte, lenkte er weg von der reinen Fokussierung auf das Vermeiden von Fehlern. Dazu unterschied er zwischen aktiven und latenten Fehlern bzw. zwischen Personen- und Systemfehlern. Außerdem legte er den Fokus auf die Verknüpfung mehrerer Fehler, sogenannte Fehlerketten (Reason 1994, 82 ff.). Mit seinem Modell ergänzte James Reason die rein individuelle Dimension eines Fehlers (und damit auch die Frage nach der Schuld) um die organisationalen Rahmenbedingungen. Im Weiteren lieferte er Kriterien, um zwischen Fehlern zu unterscheiden, die zu vermeiden sind, und solchen, aus denen man lernen kann. Heutige Fehlermeldesysteme wie das erwähnte CIRS basieren auf dieser Überlegung. Dabei gilt es, vor allem Verknüpfungen von Fehlern zu vermeiden, bei denen die Kombination von individueller Unachtsam-

keit, Irrtümern und struktureller Probleme in die Katastrophe mündet, was Reason anhand realer Unglücke nachwies.

Mit Verweis auf James Reason ließe sich sagen, dass Fehlerketten essenziell für das Risiko- und Qualitätsmanagement sind, Fehler an sich aber ein Thema für Lernschlaufen und Reflexionsrunden. Latente Fehler müssen in der Organisationsentwicklung thematisiert werden, aktive Fehler in der Personalentwicklung. Führung und Management sind in beiden Fällen gefordert.

## 3. Fehler nutzen

Fehler sind unvermeidbar, Fehler kann man nicht magen. Man kann aber die Rahmenbedingungen in einer Organisation so gestalten, dass Fehler insgesamt früh erkannt, fatale Fehler und vor allem Fehlerketten möglichst vermieden werden. Das erfordert zunächst einmal eine hohe Reflexivität in der täglichen Arbeit, damit Fehler vor Ort erkannt werden und nicht in einer Stabstelle. Auch die Diskussion darüber, was ein Fehler sein könnte und was nicht, sollte nicht Qualitätsverantwortlichen überlassen werden. Darum sind in sozialen und gesundheitlichen Berufen direkte und unmittelbare Feedbacks zwischen Mitarbeitenden und auch Vorgesetzten wichtig. Das ist nicht immer einfach und schon gar nicht selbstverständlich, vor allem nicht, wenn formale Hierarchien und gesellschaftliche Status- und Machtunterschiede im Weg stehen, wie möglicherweise zwischen Pflegerinnen und Ärzten.

In einem Altenheim ist die Arbeit in der Küche, im Service und in der Reinigung genauso relevant für die Lebensqualität der Bewohnerinnen und Bewohner wie die Leistung der Pflegefachpersonen, der Therapeutinnen und des Arztes. Darum sollten alle Mitarbeitende über die Fähigkeit zur Reflexion und zum Dialog verfügen, um gemeinsam zu lernen – aus Fehlern, die gemacht wurden und aus solchen, die gerade noch vermieden werden konnten. Ein solcher disziplinärer, sozialer und kultureller Grenzüberschreitender Dialog ist anspruchsvoll und braucht Geduld – und damit auch Zeit und Geld. Wird er aber geführt, findet man möglicherweise heraus, dass die etablierten Qualitätsmanagement-Maßnahmen nicht immer zweckmäßig sind. Beispielsweise arbeiten die meisten Systeme mit schriftlichen Meldungen. Mitarbeitende, die im schriftlichen Ausdruck nicht so geübt sind, kann das abschrecken. Erst recht, wenn sie



*Es gibt Fehler, die vermieden werden sollten, und solche, die eine Lernchance eröffnen.*

in einer Fremdsprache schreiben sollen. In solchen Situationen fördern Nachbesprechungen, Debriefings oder periodische Workshops Informationen zu Tage, die ansonsten verborgen bleiben.

Wenn man produktiv mit Fehlern umgehen will, sollte man als Erstes akzeptieren, dass Fehler passieren und sich nicht darauf versteifen, unbedingt stets alle Fehler vermeiden zu wollen. Wenn man dies nämlich tut, lernt man wenig bis nichts, weil Fehler entweder nicht passieren oder vertuscht werden. Und falls doch einmal einer auffliegt, steht die Frage der Schuld im Vordergrund und nicht das Lernen. Ringt man sich aber dazu durch, zwischen Fehlern zu unterscheiden, die vermieden werden sollten, und solchen, die man als Lernchance willkommen heißt, sollte man dafür sorgen, dass dieses Lernen systematisch erfolgt und nicht zufällig. Nur unter dieser Voraussetzung kann man Instrumente wie ein Fehlermeldesystem einführen.

Die Gestaltung der Fehlerkultur auf das Anschaffen solcher Instrumente zu beschränken, ist in der Praxis zwar beliebt, aber nutzlos. Arbeitsbeziehungen sind soziale Beziehungen. Man kann sie technisch unterstützen, aber nicht technisch regeln.

Eine Organisation mit einer produktiven Fehlerkultur zeichnet sich durch eine Haltung gegenüber Fehlern aus, die es Mitarbeitenden erlaubt, offen und frei von Angst vor Sanktionen oder Diskreditierung darüber zu sprechen. Die Vorgesetzten leben dies vor und legen ihre eigenen Fehler offen. In einer solchen Organisation traut sich eine Pflegerin, nach dem Patientenbesuch den Arzt auf unhygienisches Verhalten aufmerksam zu machen. Die Sozialarbeiterin nimmt Hinweise aus der Administration über fehleranfällige Abläufe interessiert entgegen. Und nach einem Vorfall mit einer schwierigen, allenfalls aggressiven,

vielleicht sogar gewalttätigen Klientin nimmt sich das gesamte Team Zeit für eine Nachbesprechung. Dazu wird ein strukturierter Ablauf verwendet, wie es Debriefings, Lessons-Learned-Schlaufen oder After Action Reviews vorsehen. Die Erkenntnisse aus solchen Besprechungen bleiben nicht bei den beteiligten Mitarbeitenden, sondern werden in der gesamten Organisation geteilt. Entweder schriftlich oder mündlich, in dringenden Fällen auf beide Weisen.

Wenn das Management einer Organisation sich im Klaren ist, wie es die Zusammenarbeit und den Umgang mit Fehlern auf der Ebene der Strategie, der Struktur und der Kultur gestalten kann, wenn die Vorgesetzten eine klare Haltung dazu haben, diese auch vorleben und über die notwendigen Kompetenzen und ein zweckmäßiges Instrumentarium zu ihrer Umsetzung verfügen, dann hat es diejenige Fehlerkultur, die es will, und nicht die, die es verdient.

#### Literatur

- Baecker, D. (2012): Organisation und Störung. Aufsätze, Berlin: Suhrkamp.
- Gartmeier, M. et al. (2015): Fehler. Ihre Funktionen im Kontext individueller und gesellschaftlicher Entwicklung/Errors; their functions in context of individual and societal development. Münster, New York 2015: Waxmann.
- Grillitsch, W. (2013): „Fehlerlose Soziale Arbeit? – Fehlerkultur zwischen Selbsterneuerung und Verweigerung“. In: Sozialarbeit in Oesterreich. Zeitschrift für Soziale Arbeit, Bildung und Politik (3), S. 20–25.
- Heid, H. (2015): Über Relevanz und Funktion des Fehlerkriteriums. In: Gartmeier et.al. 2015, S. 33–51.
- Reason, J.T. (1994): Menschliches Versagen: Psychologische Risikofaktoren und moderne Technologien (Spektrum Psychologie). Heidelberg: Spektrum.
- Schön, D. (1983): The Reflective Practitioner: How professionals think in action, London: Temple Smith.
- Schreyögg, A. (2015): Fehlerkultur im Kinderschutz – Sind wir schon gut aufgestellt? In: Organisationsberatung, Supervision, Coaching, 22 (2), S. 223–233.

### Der Autor:



#### Michael Herzig

Zürcher Hochschule für angewandte Wissenschaften  
ZHAW  
Institut für Sozialmanagement  
Pfungstweidstr. 96  
Postfach  
CH – 8037 Zürich  
michael.herzig@zhaw.ch

### Über den Autor:

Michael Herzig ist freiberuflicher Autor und Dozent für Sozialmanagement an der Zürcher Hochschule für angewandte Wissenschaften ZHAW. Seit 2015 arbeitet er zu Themen wie Sucht, Drogenpolitik, Strategie, Qualität und (lernende) Organisation. Zuvor war er 16 Jahren lang im Sozialbereich tätig – zunächst als Drogenbeauftragter der Stadt Zürich, danach als Leiter sozialmedizinischer Einrichtungen für sozial marginalisierte Menschen.

### Stichwörter:

- Fehler
- Fehlerkultur
- Fehlermanagement
- Organisationsentwicklung
- Personalentwicklung