



DIPLOMARBEIT

Titel der Diplomarbeit

„Der Umgang mit Fehlern in der Pflege“

Verfasser

Martin Kraßnig

angestrebter akademischer Grad

Magister der Philosophie (Mag.Phil.)

Wien, 2010

Studienkennzahl lt. Studienblatt:

A 057/122

Studienrichtung lt. Studienblatt:

IDS Pflegewissenschaft

Betreuerin / Betreuer:

Dr. Monika Linhart

Eidesstaatliche Erklärung

Ich versichere

- Dass ich die Diplomarbeit selbständig verfasst, andere als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel nicht benutzt und mich auch sonst keiner unerlaubten Hilfe bedient habe.
- Dass ich dieses Diplomarbeitsthema bisher weder im Inland- noch im Ausland (einer Beurteilerin/einem Beurteiler zur Begutachtung) in irgendeiner Form als Prüfungsarbeit vorgelegt habe.
- Dass diese Arbeit mir der von der Begutachterin beurteilten Arbeit übereinstimmt

Datum

Unterschrift

Danksagung

An dieser Stelle möchte ich mich bei einigen Personen ganz herzlich für ihre wertvolle Unterstützung bedanken.

Zu Beginn bei meiner Betreuerin Frau Dr. Monika Linhart. Sie war mir während des gesamten Prozesses der Erstellung dieser Arbeit, eine Ratgeberin und stand mir mit ihrer Fachkompetenz und ihrem großartigen Engagement, hilfreich zur Seite.

Auch bei meiner Familie und insbesondere meinen Eltern Ingeborg und Gerhard Krassnig, möchte ich mich bedanken. Sie waren der große Rückhalt in all diesen Jahren und haben niemals den Glauben an mich verloren. Durch ihre aufmunternden Worte und ihre Unterstützung, war es möglich in schwierigen Zeiten und der Doppelbelastung Studium und Arbeit standzuhalten.

Weiter`s möchte ich mich auch ganz herzlich bei meiner Stationsleitung Helga Taraba und meinen ArbeitskollegenInnen bedanken. Die es mir ermöglicht haben, durch flexiblere Arbeitszeiten das Studium zu beginnen und letztlich zu Ende zu bringen.

Und zu guter Letzt gebührt auch jenen KollegenInnen ein großes Dankeschön, die sich bereit erklärt haben, an dieser Studie teilzunehmen.

Kurzfassung

Hintergrund: Patientensicherheit und Fehler in der Gesundheitsversorgung sind gerade in den letzten Jahren zu einem brennenden Thema geworden. Dabei kommt den Fehlern und dem Risikomanagement eine entscheidende Rolle zu. Und doch scheint es Gründe zu geben warum teilweise dieses Management noch nicht funktioniert.

Ziel: Das Ziel der Studie war es, den Entscheidungsprozess, welchen Pflegepersonen bis zur Meldung oder nicht Meldung eines Fehlers durchlaufen aufzuzeigen und sichtbar zu machen.

Methode: Mit zwölf Interviewpersonen, drei Männern und neun Frauen, im Alter von 23 – 45 wurden problemzentrierte Interviews mittels eines flexiblen Interviewleitfadens durchgeführt. Die Analyse erfolgte nach der Methode der Grounded Theory. Jedoch konnte aufgrund des Zeitmangels noch keine theoretische Sättigung erreicht werden.

Erkenntnisse: Im Rahmen der Analyse zeichneten sich zwei Prozesse ab. Im ersten Prozess wurden mögliche Faktoren/Gründe erkennbar, die auf das Phänomen „Umgang mit Fehlern“ wirken. Zum einen zeigte sich hier eine grundlegende Prägung der Interviewpersonen, die aufgrund ihrer Erziehung, Moral und Wertevorstellungen zustande kommt. Zum anderen wurde deutlich, dass neben der persönlichen Prägung auch die Prägung durch und der Umgang mit Fehlern im Berufsalltag sowie die Organisation an sich und die Gesellschaft eine entscheidende Rolle spielen. Außerdem wurde im Rahmen der Interviews erkennbar, dass die Pflegepersonen eine eigene Sicht- und Wahrnehmung von Fehlern haben. Und gleichzeitig eine Bewertung dieser Fehler vornehmen. Der zweite Prozess konnte aufgrund der geringen Teilnehmerzahl noch nicht sichtbar gemacht werden.

Schlussfolgerungen: Die Erkenntnisse zeigen sehr deutlich, dass den ermittelten Faktoren und Gründen erhöhte Aufmerksamkeit zu schenken ist, um ein funktionierendes Fehlermanagement zu praktizieren.

Abstract

Background: Patient's security and mistake in the health care have become just during the last years on a burning subject. Besides, a determining role comes up to the mistakes and the risk management. Nevertheless, there seem to be reasons why this management isn't yet functioning.

Aim: It is the aim of the study, the decision-making processes which nursing personnel up to the announcement or not yet announcement of a mistake run through, to indicate and confirmed.

Method: With twelve people interviewed, 3 men and 9 women, at the age of 23 – 45 years old, problem-centered interviews were carried out with the help of an adaptable interview guide. The analysis occurred after the method of the Grounded Theory. However, there still don't have enough theory could be reached due to lack of time.

Knowledge: Within the scope of the analysis two processes involved. In the first process, possible factors became the reasons to recognize which work on the phenomenon "contact with mistakes". On the other hand, the basic impression of the interviewed people who comes about her education, morality, and value images appeared here. To others became clear that aside the personal impression, the impression also play a play a determining role and contact in the occupational mistakes in everyday living, as well as the organization in itself and the society. Moreover, an assessment of this mistakes will carry out within the scope of the interviews and the same time recognized that the nursing personal have own view and perception about the mistakes. Obviously the second action could not be brought due to the low numbers of participant.

Conclusions: The knowledge shows very clearly, that more attention is to be given to the ascertained factors and reasons to carry out a functioning mistake management.

INHALTSVERZEICHNIS

[_Toc262076246](#)

1. Einleitung	16
1.1 Problem	16
1.2 Ziel und Fragestellung der Arbeit	18
2. Theoretischer Hintergrund	19
2.1 Fehler	19
2.1.1 Definition im Allgemeinen	19
2.1.2 Definition im Gesundheitswesen	19
2.1.3 Verwendung des Begriffs Fehler im Gesundheitswesen	20
2.1.3.1 Patientensicherheit (Patient Safety)	20
2.1.3.3 Unerwünschtes Ereignis (Adverse Event)	20
2.1.3.4 Kritisches Ereignis (Critical Incident)	20
2.1.3.5 Beinahe (Behandlungs)Schaden (Near Miss)	21
2.1.3.6 Behandlungsfehler	21
2.1.4 Ursachen für Fehler	22
2.1.5 Fehlertheorie nach James Reason	23
2.1.5.1 Personen Modell	23
2.1.5.2 System Modell	23
2.1.6 Fehlerklassifikation	24
2.1.6.1 Systematische Fehler	25
2.1.6.2 Unsystematische Fehler	25
2.1.6.3 Aktive Fehler	26
2.1.6.4 Latente Fehler	26
2.1.7 Fehlerentstehung	27
2.1.7.1 Swiss-Cheese-Modell	27

2.1.7.2 Das Eisbergmodell	28
2.1.8 Fehlervermeidung.....	29
2.2 Einführung in das Fehlermanagement.....	30
2.2.1 Warum ein Fehlermanagement?	31
2.2.2 Studie von Leape.....	33
2.2.2.1 Fehler in der konservativen und operativen Behandlung	33
2.2.2.2 Systemfehler in der Diagnostik, Therapie und Prävention	35
2.2.3 Fehlermanagement ja, aber wie ?	38
2.2.3.1 Fehlerdefinition	38
2.2.3.2 Fehleridentifikation	38
2.2.3.3 Fehlerevaluation	39
2.2.3.4 Fehlermeldung.....	39
2.2.3.5 Fehlerprävention	40
2.2.3.6 Evaluation der Fehlerprävention.....	40
2.3 Risikomanagement	41
2.3.1 Allgemeine Definition von Risikomanagement	41
2.3.2 Definition von Risikomanagement im Gesundheitswesen.....	42
2.3.3 Risikomanagementsystem als Prozess	43
2.3.3.1 Risikostrategie	44
2.3.3.2 Risikoinventur/ Risikoanalyse	44
2.3.3.3 Risikobewertung.....	45
2.3.3.4 Risikosteuerung.....	46
2.3.3.5 Risikoüberwachung.....	46
2.3.3.6 Risikodokumentation	46
2.3.3.7 Risikokommunikation.....	47
2.3.4 Risikomanagement als Teil des Qualitätsmanagements	47

2.3.5 Möglichkeiten/Arten des Risikomanagements.....	50
2.3.5.1 Ermittlung potentieller Fehler	50
2.3.5.2 Erfassung bereits eingetretener Schäden.....	52
2.3.5.3 Meldung potentieller Risiken/ Beinahe Schäden	52
2.4. Abschließende Worte zum theoretischen Hintergrund	53
3. Methodik.....	54
3.1 Qualitativer Forschungsansatz.....	54
3.1.1 Grounded Theory	55
3.2 Stichprobengrundlage.....	58
3.2.1 Einschlusskriterien und Rekrutierung.....	58
3.2.2 Beschreibung der TeilnehmerInnen	59
3.2.3 Ethik und Informend Consent.....	59
3.3 Datenerhebung.....	60
3.4 Datenanalyse.....	61
3.5 Gütekriterien.....	61
3.5.1 Glaubwürdigkeit	61
3.5.2 Folgerichtigkeit.....	62
3.5.3 Angemessenheit.....	62
3.5.4 Übereinstimmung	62
4. Erkenntnisse	64
4.1 Beeinflussende Faktoren	64
4.1.1 Ich als Pflegeperson in meiner Persönlichkeit.....	65
4.1.1.1 Moral und Wertevorstellungen als Grundprägung.....	65
4.1.1.2 Moral und Wertevorstellungen in der Erziehung und Schule.....	66
4.1.1.3 Ich möchte perfekt sein als Wunschdenken, fehlerlos zu gelten	68
4.1.1.4 Grundstreben nach Anerkennung	69

4.1.1.5 Persönliche Umstände/ Tagesverfassung	69
4.1.2 Ich als Pflegeperson in meinem Beruf	70
4.1.2.1 Berufsethos	70
4.1.2.2 Abgrenzung im Berufsalltag	71
4.1.2.3 Ausbildung und Status als Auszubildender	73
4.1.2.4 Berufsalltag und Berufserfahrung.....	74
4.1.2.5 Rechtliche und direkte Konsequenzen	75
4.1.2.6 Position/ Status der Pflegeperson im Team	76
4.1.2.7 Persönliche Erfahrungen und Erlebnisse.....	76
4.1.3 Organisation/ Management.....	79
4.1.3.1 Verhalten des Managements	79
4.1.3.2 Status der Pflegeperson in der Hierarchie	80
4.1.3.3 Arbeitsklima.....	82
4.1.3.4 Stationsspezifisch	83
4.1.4 Gesellschaft und Öffentlichkeit.....	84
4.1.4.1 Werte und Normen der Gesellschaft.....	85
4.1.4.2 Erwartungen.....	85
4.1.4.3 Umgang mit Fehlern in den Medien	87
4.2 Fehlerdefinition	88
4.2.1 Allgemein	88
4.2.2 Beruflich	90
4.3 Fehlerbewertung	91
4.3.1 Abstufungen und Auswirkungen von Fehlern	91
4.3.2 Unterschiedliche Sichtweise darüber, wo ein Fehler beginnt und was ein Fehler ist	92
4.4 Wahrnehmung des Fehlermanagements	93
4.4.1 Tabu.....	93
4.4.2 Diskurs über Fehler	94

4.4.2.1 Bewusstseinsbildung der Pflegeperson	94
4.4.2.2 Bewusstseinsbildung der Organisation/ CIRS.....	94
4.5 Umgang mit Fehlern	95
4.5.1 Zugeben des Fehlers	95
4.5.2 Melden des Fehlers.....	96
4.5.3 Nicht Melden des Fehlers	96
4.5.4 Vertuschen/ Verleugnen des Fehlers.....	96
4.6 Abschließende Erklärung.....	97
5. Diskussion und Schlussfolgerungen	101
5.1 Stärken und Schwächen der Arbeit.....	104
5.2 Implikationen für die Pflege	105
5.3 Implikationen für die Pflegeforschung.....	106
6. Literaturverzeichnis	107
7. Abbildungs- und Tabellenverzeichnis.....	112
8. Abkürzungsverzeichnis	113
9. Anhang	114
9.1. Interviewleitfaden.....	114
9.2 Einverständniserklärung	115
9.3. Curriculum Vitae	119

1. Einleitung

Wo immer Menschen zusammenkommen und kooperieren, kristallisiert sich ein bestimmter Umgang mit Fehlern heraus. Dieser Umgang wird in der Literatur als Fehlerkultur beschrieben und stammt ursprünglich aus den Sozial- und Wirtschaftswissenschaften. Der Begriff bezeichnet also die Art und Weise, wie soziale Systeme mit Fehlern, Fehlerrisiken und Fehlerfolgen umgehen.

Obschon sich die Diskussionen über den Umgang mit Fehlern bisher auf Schulen, Unternehmen und Non-Profit-Organisationen konzentrierten, verfügen auch andere soziale Systeme (wie z. B. Familien, Freundescliquen, etc.) über einen bestimmten Umgang mit Fehlern. Dennoch finden solche Betrachtungen bislang primär in der Pädagogik und den Wirtschaftswissenschaften statt. Im Gesundheitswesen gibt es diesbezüglich wenig bis gar keine Diskussion.

Den Forschern zum Thema Fehlerkultur geht es stets um einen konstruktiven Umgang mit Fehlern. In der Schule z. B. steht das Lernen aus Fehlern im Vordergrund, in Unternehmen und Non-Profit-Organisationen ein produktiver Umgang mit Fehlern und innovatives Lernen. Das Spektrum optimalen Verhaltens reicht in diesem Zusammenhang von der Fehlervermeidung bis hin zur Fehlerfreundlichkeit.

Auch im Gesundheitswesen gewinnt der Begriff „Fehlerkultur“ in Zusammenhang mit Patientensicherheit, Qualitätsmanagement, Fehlermanagement, Risikomanagement und Innovationsmanagement im Gesundheitswesen an Bedeutung. (Kahla-Witzsch & Platzer, 2007)

1.1 Problem

Die Schlagwörter Patientensicherheit und Fehler in der Gesundheitsversorgung sind in den letzten Jahren zu einem brennenden gesundheitspolitischen Thema geworden. Tatsache ist, es gibt wirksame Möglichkeiten und vorhandenes Know how (z. B. aus der Luftfahrt) wie Risiken minimiert und wie aus Fehlern gelernt werden kann. Leider wird dieses Wissen bislang aber im Gesundheitswesen noch zu wenig genutzt und systematisch angewandt. (Holzer, Thomeczek, Hauke, Conen, & Hochreutner, 2005)

Ein Grund dafür könnte sein, dass nach wie vor sowohl Ärztinnen und Ärzte als auch Pflegepersonen dem Trugschluss unterliegen, ihnen würden keine Fehler unterlaufen bzw., ihnen dürfen keine Fehler unterlaufen. Diese Selbsteinschätzung wird noch durch die in der Öffentlichkeit herrschende Meinung verstärkt. (Grigger & Meek, 2007)

Seit einiger Zeit jedoch steigt die Sensibilität zum Thema Patientensicherheit und Umgang mit Fehlern. Dies ist nicht zuletzt auch deswegen so, weil man erkannt hat, dass durch Fehler entstandenes Leid, sowohl auf Seite der Ärzteschaft und des Pflegepersonals als auch auf Seite der PatientInnen und deren Angehörigen, im Spitalalltag nicht mehr zu übersehen ist. Auch die aus Fehlern resultierenden Kosten, Imagefolgen und juristischen Konsequenzen werden zunehmend relevant. (Holzer, et al., 2005) Aus diesen Überlegungen heraus gibt es derzeit zahlreiche Bestrebungen, die diesem Thema Rechnung zu tragen versuchen.

Laut Literatur basiert ein funktionierendes Fehler- und Risikomanagement auf dem Bewusstsein, dass Fehler passieren können und ein positiver Umgang mit diesen Fehlern möglich und von Nöten ist. Doch finden diese wichtigen Aspekte auch Anwendung in bestehenden Projekten? Helmreich (1997) meint dazu, dass Risikomanagement und demzufolge der Umgang mit Fehlern in höchstem Maße von Umgangs-, Verhaltens- und Denkformen/normen der Menschen abhängig ist. Ohne eine Reflexion dieser Normen und Werte also, kann ein Fehlermanagement im Betrieb nicht funktionieren.

Tatsache ist, dass die vielen zum Teil bestehenden Bemühungen Fehlermanagement zu leben, diesen doch sehr wichtigen Aspekt in ihren Überlegungen nicht berücksichtigen. Zwar wird immer wieder von einem positiven Umgang mit Fehlern gesprochen und auch darüber, wie wichtig dieser sei, doch scheint es Gründe zu geben warum ein Risiko- und Fehlermanagement und der Prozess, der dem zugrunde liegt, nicht funktioniert. Gibt es also eine Art „Blockade“ im Gedankengut der direkt Betroffenen?

1.2 Ziel und Fragestellung der Arbeit

Mit dieser Arbeit wird der Versuch unternommen, die Problematik rund um das Thema „Fehler- und Risikomanagement“ zu diskutieren und den in der Literatur als wichtig beschriebenen Prozess von einer Fehlerkultur hin zu einer Sicherheitskultur für den Patienten zu erörtern.

Ziel der Arbeit ist es, den Prozess des Fehlermanagements in der Pflege als Teil des Gesundheitswesens sichtbar zu machen, um so die Grundlage für ein Umdenken im Umgang mit Fehlern zu schaffen, so dass in der Zukunft eine Erhöhung der Fehlermeldungen erreicht werden könnte.

Meine Fragen lauten daher:

Welchen Prozess durchlaufen Pflegepersonen bei der Entscheidung, ob sie einen Fehler melden oder nicht?

Welche Faktoren beeinflussen die Entscheidungsfindung?

Welche Gründe liegen vor, dass das derzeit bestehende Reportsystem nur teilweise oder gar nicht angenommen wird?

Welche Faktoren spielen eine Rolle dabei, dass es derzeit in der Pflege noch so schwer fällt, über Fehler offen zu sprechen?

2. Theoretischer Hintergrund

Im folgenden Abschnitt werden die wichtigsten Aspekte rund um die Begriffe „Fehler“, „Fehlermanagement“ und „Risikomanagement“ als Fundament kurz vorgestellt.

2.1 Fehler

Bevor die oben genannten Begriffe näher beleuchtet werden soll im folgendem Kapitel alles rund um den Begriff Fehler erläutert werden.

2.1.1 Definition im Allgemeinen

Generell wird Fehler immer als eine Abweichung von einem einem bestimmten Ziel oder einer bestimmten Norm definiert. Mittlerweile wurde diese Definition modifiziert. So definiert beispielsweise die deutsche Industrie Norm Fehler als „*Nichterfüllung einer Anforderung*“ (Babylon, 2010)

2.1.2 Definition im Gesundheitswesen

Generell herrscht um den Begriff des Fehlers im Gesundheitswesen und in der PatientInnenversorgung ein regelrechtes Begriffswirrwarr. (Kahla-Witzsch & Platzer, 2007) Aufgrund der verschiedenen Begriffe die im Gesundheitswesen verwendet werden ist daher eine Zusammenfassung und die Interpretation der verwendeten Definitionen des Begriffes Fehler sehr schwierig, da es einerseits keine einheitliche Sprache und keine sogenannte Nomenklatur gibt. (Kohn, Corrigan, & Donaldson, 2000) Weiter`s ist aufgrund dieses „Wirrwarrs“ ein Vergleich von Studien, die sich mit dem Thema Fehler und Patientensicherheit beschäftigen, problematisch und kaum möglich. Zusätzlich komme die Schwierigkeit hinzu, für englische Begriffe eine entsprechende, gültige Übersetzung zu finden. (Rohe, Beyer, & Gerlach, 2005)

Im Sinne einer Arbeitsdefinition für diese Arbeit soll hier aber die Definition von Rall, Manser, Guggenberger, Gada und Unertl (2001, S. 324) angeführt werden. Sie definieren Fehler wie folgt:

„Ein Fehler in unserem Sinne ist wertfrei definiert als eine nicht beabsichtigte, oft auch nicht erwartete negative Reaktion auf eine bewusst, oder unbewusst ausgeführte, oder unterlassene Maßnahme. Da besonders in dynamischen Umgebungen ständig entschieden werden muss, ob Maßnahmen notwendig sind oder nicht, ist die Entscheidung ‚Nichts tun‘ ein genauso ‚aktiver‘ Fehler wie die Durchführung einer ‚falschen‘ Maßnahme‘.“

2.1.3 Verwendung des Begriffs Fehler im Gesundheitswesen

Um die nachfolgenden Kapitel und die Arbeit an sich besser verstehen zu können, sollen hier einige Begriffsdefinitionen, die wichtige Bestandteile des Fehler- und Risikomanagement im Gesundheitswesen bilden, erläutert werden.

2.1.3.1 Patientensicherheit (Patient Safety)

Unter dem Begriff Patientensicherheit versteht man ganz allgemein die Freiheit von Verletzungen und Schäden durch Unfälle. (Kohn, et al., 2000).

2.1.3.3 Unerwünschtes Ereignis (Adverse Event)

Ein unerwünschtes Ereignis wird in der Studie des Institutes of Medicine definiert als: *„as a result of a medical treatment resulted and not by the state of the patient caused injury“* (Kohn, 2001, S. 64) Sie untergliedert die unerwünschten Ereignisse in:

- Vermeidbare unerwünschte Ereignisse
 - Behandlungsfehler
- (Kohn, 2001)

2.1.3.4 Kritisches Ereignis (Critical Incident)

Unter dem kritischen Ereignis wird verstanden. Wenn z.b. durch die Organisation dem Menschen oder anderen Faktoren eine gefährliche Situation auftritt. Die in weiterer Folge zu einem Schaden am Patienten führen kann. Wird dieser Schaden aber rechtzeitig erkannt und durch Eingreifen oder bestimmter Abwehrmechanismen

verhindert, so wird das Ereignis auch als Beinahe Schaden bezeichnet (Staender, 2001)

2.1.3.5 Beinahe (Behandlungs)Schaden (Near Miss)

Als Beinahe-Schaden oder auch Beinahe-Behandlungsschaden bezeichnen Kahla-Witzsch und Platzer (2007, S. 47).

„Ein Ereignis, das sich zu einem unerwünschten Ereignis oder Schaden hätte entwickeln können und sich von solchen nur durch die ausbleibenden Folgen unterscheidet“

2.1.3.6 Behandlungsfehler

Unter dem Begriff Behandlungsfehler wird im Prinzip, der klassische Ärzte- oder auch Kunstfehler verstanden. Fehn (2001, S. 470) definiert ihn folgendermaßen:

„Ein Behandlungsfehler ist jede ärztliche Maßnahme, die nach dem Standard der medizinischen Wissenschaft und Erfahrung die gebotene Sorgfalt vermissen lässt und darum unsachgemäß erscheint.“

Zu den Behandlungsfehlern zählen:

- Fehler bei der Durchführung einer Operation, einer Prozedur oder eines Tests
 - Fehler bei der Durchführung der Behandlung
 - Fehler bei der Medikamentendosierung oder der Medikamentenauswahl
 - Vermeidbare Verzögerung in der Behandlung oder in der Reaktion auf ein pathologisches Untersuchungsergebnis
 - Ungeeignete (nicht indizierte) Behandlung
- (Kahla-Witzsch & Platzer, 2007)

Wie die einzelnen Begriffe zusammenhängen, zeigt die nachfolgende Abbildung. Aus ihr wird ersichtlich, wie der eigentliche Fehler vom unerwünschten Ereignis unterschieden wird und wie die beiden zusammenhängen können.

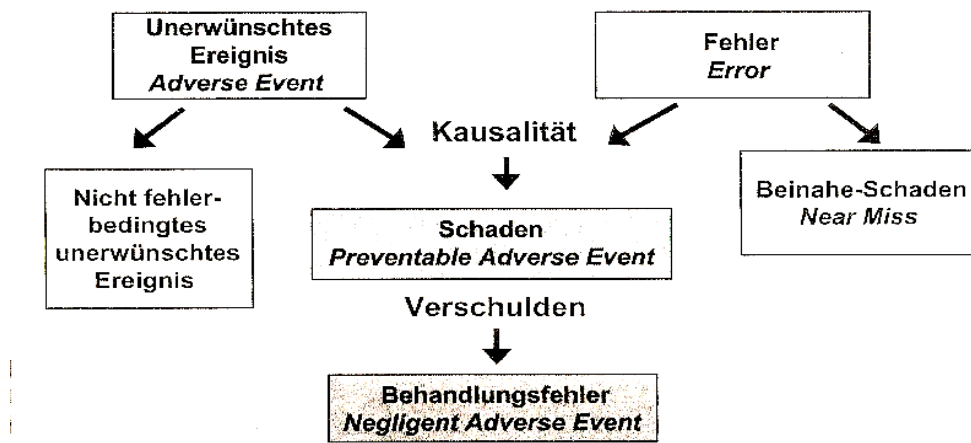


Abbildung 1: Zusammenhang der Fehlerbegriffe (Kahla-Witzsch & Platzer, 2007, S. 47)

2.1.4 Ursachen für Fehler

Das der Mensch nicht unfehlbar ist, ist wohl eine bekannte Tatsache und wird durch zahlreiche wissenschaftliche Studien bestätigt. So ist in etwa davon auszugehen, dass 60% – 80% aller kritischen Zwischenfälle im Gesundheitswesen auf menschliche Fehlleistungen zurückzuführen sind. (Kahla-Witzsch & Platzer, 2007)
Folgende Gründe liegen menschlichen Fehlleistungen zugrunde:

- Mangelhafte Aufmerksamkeit
- Kommunikationsmängel
- Fehleinschätzungen, insbesondere in kritischen Situationen
- Unklare Aufgabenverteilung, insbesondere in kritischen Situationen
- Ungenügende Ausnutzung vorhandener Ressourcen
- Mangel an planvollen und vorausschauendem Handeln
- Mangelnde Erfahrung/ mangelnder Weitblick
- Beeinträchtigung der Leistungsfähigkeit

(Grube, Schaper, & Graf, 2002)

2.1.5 Fehlertheorie nach James Reason

Der wohl bekannteste Autor zum Thema „Fehler“ ist der englische Psychologe James Reason. Seine Fehlertheorie zur Ursache und Entstehung von Fehlern geht davon aus, dass nicht nur der Mensch ein Problem darstellt, sondern, dass auch das System, in dem der Mensch arbeitet, betrachtet werden muss. Er entwickelte in diesem Zusammenhang folgende zwei Modelle:

- Das Personen-Modell (Menschen begehen Fehler)
- Das System-Modell (die Arbeitsbedingungen führen zu menschlichem Fehlverhalten)

Ursprünglich entwickelte er seine Theorie für sicherheitsorientierte Industrien (Kernenergie, Luftfahrt usw.) und erst in den letzten Jahren hat sie Eingang in den Gesundheitsbereich gefunden. (Reason, 2000)

2.1.5.1 Personen Modell

Mit dem „Personen Modell“ beschreibt Reason (2000) jene Fehler, die Personen unterlaufen, die sich am Ende einer langen Kette einer Organisation befinden, so z. B. Pflegepersonen oder TherapeutInnen. Dies kann unterschiedliche Gründe haben. Wie z.B. aufgrund von Leichtsinn, mangelnder Konzentration etc.

Die Fehler ereignen sich zumeist in Folge einer direkten Handlung und führen letztlich zu Auswirkungen/ Konsequenzen am Patienten. Häufig wird darauf mit Sanktionen wie disziplinaire Maßnahmen, Androhung eines Rechtsstreites, Neuformulierung oder Erstellens eines Standards, bis hin zur Bloßstellung des betroffenen Mitarbeiters reagiert.

In der angloamerikanischen Literatur wird dieses Vorgehen auch als „naming-blaming-shaming“ bezeichnet. (Reason, 1995)

2.1.5.2 System Modell

Im System Modell wird der Fehler, eher als Konsequenz und nicht als Ursache gesehen, da ihr Ursprung nach Reason (2000), nicht in der menschlichen Fehlbarkeit liegt, sondern in den Lücken eines systemischen Ablaufs. Reason (2000, S. 768)

äußert dazu: *“we cannot change the human condition, we can change the conditions under which humans work.”*

In manchen Organisationen, wie beispielsweise dem Krankenhaus, ist man sich durchaus bewusst, dass Fehler passieren können und dass der Mensch nicht unfehlbar ist. Aus diesem Grunde sind die Organisationen bestrebt, Mechanismen einzuführen die Fehler erkennen um in weitere Folge diese zu eliminieren. Reason (2000) meint dazu aber, dass jedes noch so gut durchdachte System auch seine Lücken hat. Diese Lücken können zu einem Fehler führen, der aber nicht unbedingt zu einem fatalen Ereignis führen muss. Sehr wohl ist es aber möglich, dass durch mehrere Lücken und dem Zusammentreffen bestimmter Umstände es zu einem irreversiblen Fehler kommt. Dies versucht er im sogenannten Schweizer Käser Modell (Swiss Cheese Modell), auf welches später genauer eingegangen wird, darzustellen.

2.1.6 Fehlerklassifikation

Nach der Definition von Fehler, den verwendeten Begriffen im Gesundheitswesen und den Ursachen soll nun eine mögliche Einteilung von Fehlern vorgestellt werden. Diese Einteilung ist insofern auch wichtig, da sie unter anderem einen wichtigen grundlegenden Baustein im Fehlermanagement bilden, um ein Verständnis von Fehlern zu entwickeln. Glazinski et al. (2004, S. 70) meinen dazu auch

„Eine Klassifikation der Fehler in der Patientenversorgung kann aus der Clusterung der Fehler nach ihren Ursachen abgeleitet werden. Es ist aber auch eine rein deskriptive Einteilung möglich.“

Sie beziehen sich dabei in ihrem Buch auf die Klassifikation nach Rall et.al (2001) und stellen folgende Einteilung vor:

- Systematische Fehler
- Unsystematische Fehler
- Aktive Fehler
- Latente Fehler

(Rall, et al., 2001 zitiert in Glazinski & Wiedensohler, 2004)

2.1.6.1 Systematische Fehler

Unter den systematischen Fehlern versteht man, wenn gleiche Fehler immer wieder begangen werden. Wenn z. B. eine Pflegeperson den Blutzucker eines Patienten oder einer Patientin mit einem nicht geeichten Gerät misst, wird der Wert nicht stimmen. Und mit hoher Wahrscheinlichkeit werden die darauffolgenden Messungen auch vom tatsächlichen Wert immer wieder abweichen und immer zu hoch sein.

Wird dabei im Rahmen einer Fehleranalyse die Ursache gefunden, und die Variablen die zum Fehler geführt haben korrigiert, kann der Fehler leicht behoben werden. (Glazinski & Wiedensohler, 2004) Folgende Eigenschaften kennzeichnen systematische Fehler:

- leichte Erkennbarkeit
 - gute Prognostizierbarkeit
 - gute Analysierbarkeit
 - rasche Korrigierbarkeit
- (Glazinski & Wiedensohler, 2004)

2.1.6.2 Unsystematische Fehler

Im Gegensatz zum systematischen Fehler steht der unsystematische Fehler. Dabei werden, wie im oben genannten Beispiel, die Werte zwar auch immer vom tatsächlichen Wert abweichen, diesmal aber einmal zu hoch, ein anderes Mal zu niedrig und dann wieder im Normbereich sind. Diese unsystematischen Fehler sind zumeist auf unterschiedliche Ursachen zurückzuführen und daher auch schwer zu analysieren. Möglichkeiten für unsystematische Fehler könnten falsches Ablesen oder mangelnde Konzentration des Messenden sein. (Glazinski & Wiedensohler, 2004)

Unsystematische Fehler haben folgende Eigenschaften:

- schlechte Erkennbarkeit
 - keine Prognostizierbarkeit
 - schwere Analysierbarkeit bei multifaktoriellen Ursachen
 - erschwerte Korrigierbarkeit
- (Glazinski & Wiedensohler, 2004)

2.1.6.3 Aktive Fehler

Aktive Fehler sind Fehler, die direkt von einer Person und sich direkt am Ort des Geschehens ereignen. Die Auswirkungen können sofort wahrgenommen werden und sind deshalb auch sofort sichtbar. Diese Auswirkungen bzw. Konsequenzen können sich z.B. in Form von Störungen, Zwischenfällen oder Unfällen bemerkbar machen. Das Problem welches bei den aktiven Fehlern herrscht, ist, das aufgrund ihrer leichten Identifizierbarkeit es sehr schnell zu Sanktionen der verursachenden Person kommt. (Pierre & Hopfinger, 2005) Dies ist gerade im Hinblick auf eine produktive Fehleranalyse im Rahmen des Fehlermanagements kontraproduktiv.

Rohe et al. (2005) fassen aktive Fehler, auch unter den Begriff „Unsichere Handlungen“ zusammen. Sie bezeichnen damit Fehler, die aufgrund einer bestimmten Handlung entstehen. Dabei unterscheiden sie zwischen Handlungen, denen ein falscher Plan zugrunde liegt, sogenannte Irrtümer, und Handlungen, die nicht wie geplant durchgeführt werden können, z. B. Ausrutscher und Aussetzer.

2.1.6.4 Latente Fehler

Im Gegensatz zu den aktiven Fehlern, wo der Fehler direkt von einer Person begangen wird, liegen latenten Fehlern zumeist in Entscheidungen der Organisationen z.B. Stationsleitungen zugrunde. Sie werden häufig auch als systemimmanent bezeichnet und die Folgen bzw. Konsequenzen sich nicht sofort sichtbar und werden oft, erst Tage später z.B. in Kombination der aktiven Fehler bemerkt. (Pierre & Hopfinger, 2005; Mistele, 2007)

Zu den latenten Fehlern zählen:

- Kritische Ereignisse
 - Beinahe Komplikationen
 - Medikationsfehler
 - Unerwünschte Arzneimittelwirkungen
- (Glazinski & Wiedensohler, 2004)

2.1.7 Fehlerentstehung

Komplexe Organisationen wie sie auch Krankenhäuser darstellen, neigen dazu, Fehler als isolierte Einzelereignisse zu betrachten, die auf dem Fehlverhalten einzelner Mitarbeiter beruhen. Gerade wenn aber von Fehlermanagement und Risikomanagement gesprochen wird, ist es besonders wichtig die gesamten Umstände die zu einem Fehler führen in den Blickwinkel zu nehmen. (Glazinski & Wiedensohler, 2004).

Im folgendem werden daher zwei Modelle vorgestellt werden die auf einer solchen systematischen Betrachtungsweise beruhen. Sie wurden ursprünglich von Reason (2000) und Staender (2001) entwickelt.

2.1.7.1 Swiss-Cheese-Modell

Das Swiss Cheese Modell (Abbildung. 2) zeigt, wie das Zusammenwirken von Fehlervorstufen durch Versagen der möglichen Abwehrmechanismen auf den verschiedenen Ebenen zu einem unerwünschten/ negativen Ereignis führen kann. Es lehnt damit an eine systematische Betrachtung an und erläutert, dass es meist erst durch eine Verkettung von unglücklichen Umständen zu einem Fehler kommt. (Reason, 2000 zitiert in Kahla Witzsch & Platzer, 2007)

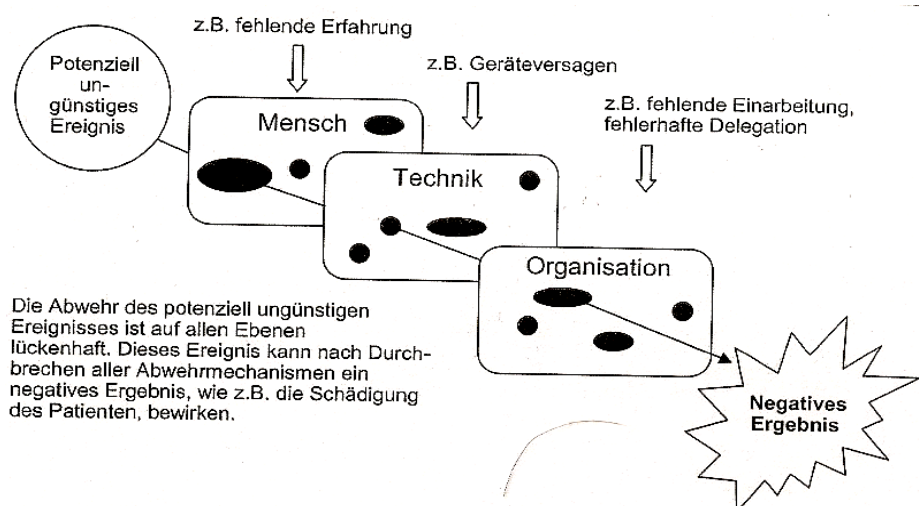


Abbildung 2 Swizz Cheese Modell (Kahla-Witzsch & Platzer, 2007, S. 69)

Um sich den Zusammenhang in der Praxis besser vorstellen zu können, möchte ich hier gerne ein Beispiel nennen, welches von Glazinski und Wiedensohler (2004, S. 61) stammt. Sie beziehen sich auf den Untergang der Titanic und schreiben dazu:

„Die Tatsache, dass der Untergang der Titanic, so vielen Menschen das Leben gekostet hat, ist unter anderem darauf zurückzuführen gewesen, dass die Anzahl der Rettungsboote für die Passagierzahl nicht ausreichend gewesen ist. Offensichtlich hat hier ein Versäumnis sowohl bei der Planung als auch bei der späteren Schiffsabnahme vorgelegen. Wäre die Titanic nicht gesunken, wäre aus dem kritischen Ereignis einer unzureichenden Anzahl von Rettungsbooten niemals eine Katastrophe erwachsen.“

2.1.7.2 Das Eisbergmodell

Das Eisbergmodell (Abbildung 3) zeigt eine andere systematische Betrachtungsweise. Staender hat sich dabei mit sogenannten Fehlervorstufen beschäftigt die er in dem Modell versucht graphisch darzustellen. Die Basis bilden dabei die latenten Fehler. Sie sind die Fehler die zumeist häufiger vorkommen und stellen sozusagen den Grundstein bzw. das Fundament des Eisberges dar. Da sie oft nicht, wie schon beschrieben, sofort erkennbar sind liegen sie auch unter der Wasseroberfläche. Nach oben hin, nehmen zwar die Fehler mit bedrohlichem Charakter ab, jedoch die Wahrscheinlichkeit, dass es in weiterer Folge zu Komplikationen kommt, steigt.(Staender, 2001 zitiert in Glazinski & Wiedensohler, 2004)

Glazinski et al.(2004, S. 59) meinen in diesem Zusammenhang auch: *„Über der Wasseroberfläche und damit unmittelbar sichtbar sind häufig nur noch die manifesten Komplikationen, nicht aber ihre in der Tiefe liegenden Ursprünge.“*

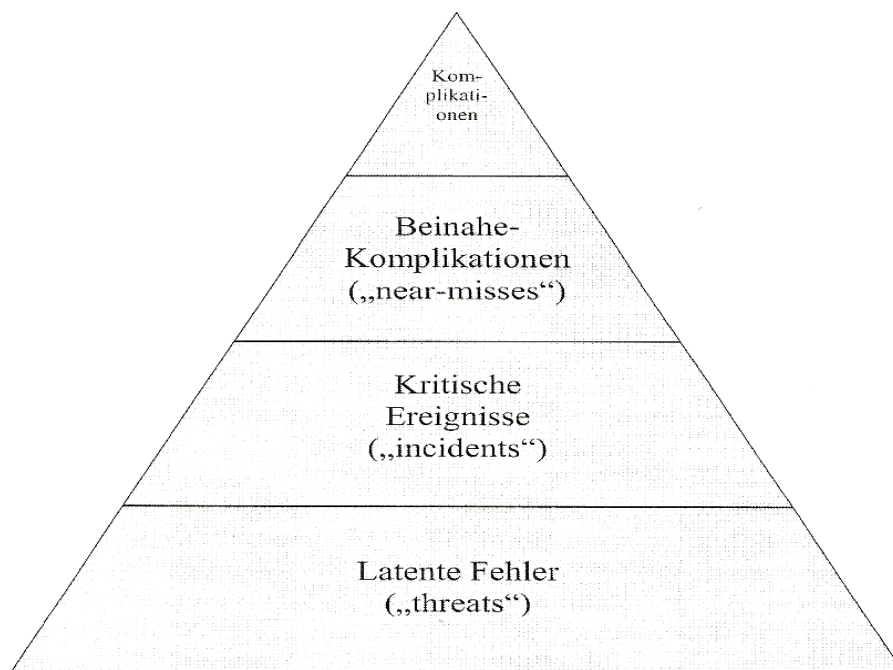


Abbildung 3 Eisbergmodell (Glazinski & Wiedensohler, 2004, S. 60)

Auch mit diesem Modell zeigt sich sehr schön, dass die Ursachen eines Fehlers oft schon viel früher beginnen. Wichtig daher ist es, an diesem Punkt anzusetzen. Das Critical-Incident-Reporting-System (CIRS), welches im Kapitel Risikomanagement näher vorgestellt wird, wäre eine Möglichkeit dazu.

2.1.8 Fehlervermeidung

Nachdem nun die verschiedenen Begrifflichkeiten von Fehlern, Ursachen und mögliche Einteilungen von Fehlern vorgestellt wurde, stellt sich nun natürlich die Frage wie kann man Fehler vermeiden? In diesem Zusammenhang gilt grundsätzlich, Wer Fehler vermeiden möchte, muss sich deren auch bewusst werden. Strafen und Ermahnungen, wie sie teilweise noch in der Pflege bzw. generell in der Medizin vorkommen, führen nicht zum gewünschten Ziel. Im Gegenteil, sie erhöhen das Risiko, dass Fehler totgeschwiegen werden, was im Rahmen des Fehlermanagement geradezu kontraproduktiv wirkt.

Weiss (2005) beschreibt vier Pfeiler, die seines Erachtens wichtig sind, um eine sinnvolle Fehlerbekämpfung zu betreiben:

- Der erste Pfeiler besteht darin, sich bewusst zu machen, dass Fehler auch in der Medizin passieren können und dass diese Fehler erst einmal wahrgenommen werden müssen.
- Der zweite Pfeiler beruht im Bestreben, Berufstätige, die in der Medizin tätig sind, mit Anforderungen zu konfrontieren, die sie auch wirklich bewältigen können.
- Der dritte Pfeiler beschäftigt sich mit der Forderung, sich die Fehlerbekämpfung wie ein Medikament vorzustellen. So wie das Medikament Risiken und Nebenwirkungen hat, ist es eben auch mit der Fehlerbekämpfung.
- Im vierten Pfeiler geht es Weiss darum, dass es den in der Medizin Tätigen wirklich ein großes Anliegen sein sollte, sich auch der Fehlerbekämpfung zu stellen. Nur dann wird Fehlerbekämpfung auch zu guten Resultaten führen. Weiss bezeichnet dies auch als Herzensangelegenheit.

Zusammenfassend lässt sich also festhalten: Nur wenn eine Wahrnehmung der Fehler, eine „Nichtüberforderung“ der Berufstätigen und eine gezielte Sichtweise der Fehlerbekämpfung stattfindet, und wenn die Betroffenen die Fehlervermeidung zur Herzensangelegenheit erklären, kann es auch zu einer Annäherung an das Ziel „Fehlervermeidung“ kommen. Daher ist es wichtig, sich im Rahmen des Fehlermanagements dieser vier Grundpfeiler zu besinnen.

2.2 Einführung in das Fehlermanagement

So wie im vorherigen Kapitel bereits erwähnt, muss sich wohl jeder - bevor man überhaupt von einem Fehlermanagement sprechen kann - die Frage stellen, ob er/ sie persönlich, als Leitung oder als Organisation, für eine Auseinandersetzung mit diesem Thema bereit ist. Letztendlich setzt Fehlermanagement einen grundsätzlichen Schritt voraus, nämlich den des „Zugebens eines Fehlers“ von Seiten des/ der Betroffenen und einen konstruktiven Umgang mit dem Fehler seitens der Leitung und der Organisation. Tatsache ist:

„Überall wo Menschen arbeiten passieren Fehler. Sie gehören zum Menschen. Mehr noch, sie sind Teil seiner Existenz und ein entscheidender Grund für seine enorme Entwicklung. Die Geschichte der Menschheit ist geprägt von Neugier und Wagemut. Irren ist menschlich zu diesem Irren gehören Fehler und das Lernen aus Fehlern, ebenso, wie die Schaffung von Sicherheit, Regeln und Normen“.(Rims, 2006, S. 3)

2.2.1 Warum ein Fehlermanagement?

Warum gerade das Gesundheitswesen sich damit beschäftigen sollte, letztlich eine erhöhte Patientensicherheit zu erreichen, zeigt sehr eindrucksvoll der Bericht des Institute of Medicine. Er wurde im November 1999 veröffentlicht und geht davon aus, dass jährlich in den USA, 44.000, wahrscheinlich sogar 98.000 PatientInnen aufgrund von Behandlungsfehlern sterben. Dieser Bericht hält weiter fest, dass die Todeszahl von PatientInnen wesentlich höher ist als z. B. von denen, die bei Autounfällen, AIDS oder bei Brustkrebserkrankungen ums Leben kommen.(Kohn, 2001) Auch Hochreutner und Conen. (2005) gehen davon aus, dass Fehler in der Gesundheitsversorgung zu den zehn häufigsten Todesursachen gehören und beziehen sich dabei auf Studien in den westlichen Gesundheitssystemen (USA, Großbritannien, Australien, Kanada, Dänemark).

- Bei 3% bis 17% der PatientInnen passieren unerwünschte Ereignisse. Davon können 30% bis 50% als vermeidbare Fehler eingestuft werden.
- 5% bis 13% der unerwünschten Ereignisse führen zum Tode, wovon auch ein erheblicher Anteil vermeidbar wäre.
- Die Kosten für Haftpflichtversicherungen und Schadenersatzansprüche steigen.
- Unerwünschte Ereignisse verursachen neben dem Leid beim Patienten und beim Gesundheitspersonal hohe Kosten.

Weiter` s stellen sie fest, dass diese Zahlen durchwegs auch auf das mitteleuropäische Gesundheitssystem übertragbar sei. Wobei sie aber betonen, dies mit Vorsicht zu tun und durchaus zu hinterfragen. Und trotz dieser Einschränkung

kommen sie zu dem Ergebnis: Würde man nur die niedrigsten Fehlerraten als Umrechnungsgrundlage nehmen, müsste man mit Hunderttausenden von SpitalspatientInnen rechnen, die ein vermeidbares unerwünschtes Ereignis erleben. Auch Langbein (2009) geht davon aus, dass alleine in Österreich 2500 PatientInnen an Behandlungsfehler sterben und es eine wesentlich höhere Anzahl von vermeidbaren unerwünschten Ereignissen gibt. Jedoch fehlen zu diesen Behauptungen auch repräsentative Studien.

Ollenschläger (2001) nimmt auf eine ältere Studie Bezug. Die Studie wurde 1994 von Leape in den USA durchgeführt. Er erfasste dabei eine Gesamtzahl von 98.578 unerwünschten Ereignissen. Davon wurden 68.610, dies entspricht 69,6% der Fälle, als potentiell vermeidbar klassifiziert. (Leape, 1994 zitiert in Ollenschläger 2001)

Er äußert, dass es aufgrund fehlender epidemiologischer Untersuchungen im deutschsprachigen Raum, die es nachzuholen gilt, durchaus sinnvoll wäre, die Zahlen aus den westlichen Gesundheitssystemen heranzuziehen und auf das deutsche System herunterzubrechen. In Anlehnung an die Studie nennt er dabei folgende Ursachen für medizinische Fehler dabei:

- krankheitsimmanente Faktoren (z. B. unbeeinflussbare Progression einer Erkrankung)
- behandlungsimmanente Nebenwirkungen/ Komplikationen (z. B. Nebenwirkungen einer Tumorthherapie)
- Behandlungsfehler durch:
 - organisatorische Unzulänglichkeiten (z. B. Verfahren, Institution, Schnittstellen, Ablauf, Kommunikation usw.)
 - technische Unzulänglichkeiten (von Verfahren, Geräte, Wirksubstanzen)
 - unzureichende Sorgfalt von ÄrztInnen/ TherapeutInnen(Leape, 1994 zitiert in Ollenschläger 2001)

Desweiteren hält er fest, dass aufgrund von internationalen Studien bei den Ursachen zwischen individuellen Fehlern und Systemfehler zu unterscheiden ist. Von individuellen Fehlern spricht man vor allem dann, wenn eine Person den Fehler direkt begangen hat. Dies kommt laut seiner Aussage aber sehr selten vor und spielt daher eine eher untergeordnete Rolle.(Ollenschläger, 2001)

Wesentlich häufiger tritt der sogenannte Systemfehler auf. Definiert wird dieser als ein „*nicht beabsichtigtes unerwünschtes Ergebnis aufgrund von ausgeführter oder unterlassener Maßnahmen, die auf einem Organisationsversagen beruhen*“ (Rall, et al., 2001, S. 324).

Gründe für typische Systemfehler sind laut Kovner et al. (1998) z.B. die unzureichende Ausbildung des Pflegepersonals. So konnten sie zeigen, dass der Ausbildungsstand des Personals direkt mit der Häufigkeit des Auftretens bestimmter postoperativer Komplikationen (z.B. Pneumonien und Thrombosen) in Zusammenhang steht.

2.2.2 Studie von Leape

Wie oben erwähnt, hat Leape im Jahre 1994 eine Studie durchgeführt. Die nun im folgendem kurz vorgestellt werden soll. Dabei wurden zum einen unerwünschte Ereignisse in der konservativen und operativen Behandlung und zum anderen unerwünschte Ereignisse, die auf Systemfehler zurückzuführen sind, untersucht. (Leape, 1994 zitiert in Glazinski & Wiedensohler, 2004)

2.2.2.1 Fehler in der konservativen und operativen Behandlung

Im Rahmen der konservativen Behandlung wurden folgende unerwünschte Ereignisse unterschieden:

- Arzneimitteltherapie
- Diagnostik
- Therapie
- Prozeduren
- Stürze
- Andere Fehler

(Leape, 1994 zitiert in Glazinski & Wiedensohler, 2004)

Die unerwünschten Ereignisse wurden dabei auf ihre Häufigkeit und ihre Vermeidbarkeit untersucht. Es zeigte sich (Tabelle 1), dass unerwünschte Ereignisse in der Arzneimitteltherapie (19.130) im Gegensatz zu den Stürzen (2.662) am

häufigsten auftraten. Jedoch sieht man sehr deutlich, dass die Vermeidbarkeit der unerwünschten Ereignisse bei der Arzneimitteltherapie (45,2%) im Vergleich zu den Stürzen (92,2%) sehr niedrig ausfällt.

Unerwünschte Ereignisse in der konservativen Behandlung	Anzahl	Vermeidbarkeit in Prozent
Arzneimitteltherapie	19.130	45,2%
Diagnostik	7.987	98,8%
Therapie	7.396	91,3%
Prozedurenabhängig	6.903	52,8%
Stürze	2.662	92,2%
Andere Fehler	6.100	54,3%

Tabelle 1 Anzahl und Vermeidbarkeit in der konservativen Behandlung (Glazinski & Wiedensohler, 2004, S. 30)

Bei der Operativen Behandlung wurden zwischen folgenden unerwünschten Ereignissen differenziert:

- Wundinfektion
- Technische Komplikationen
- Spätkomplikationen
- Nicht-technische Komplikationen
- Später Misserfolg der Interventionen

(Leape, 1994 zitiert in Glazinski & Wiedensohler, 2004)

Die größte Gruppe der unerwünschten Ereignisse bilden die Wundinfektionen (13.411), wie aus der Tabelle 2 hervorgeht. Deutlich von der Häufigkeit hebt sich die Gruppe der späten Misserfolge bei Interventionen (3.550) ab. Sie ist aber gleichzeitig mit 94% die Gruppe, die das unerwünschte Ereignis am häufigsten hätte vermeiden können. (Leape, 1994 zitiert in Glazinski & Wiedensohler, 2004)

Unerwünschte Ereignisse in der operativen Behandlung	Anzahl	Vermeidbarkeit in Prozent
Wundinfektionen	13.411	71,9%
Technische Komplikationen	12.721	86,7%
Spätkomplikationen	10.453	67,2%
Nicht-technische Komplikationen	6.903	54,5%
Später Misserfolg der Interventionen	3.550	94,0%

Tabelle 2 Anzahl und Vermeidbarkeit in der operativen Behandlung (Glazinski & Wiedensohler, 2004, S. 31)

2.2.2.2 Systemfehler in der Diagnostik, Therapie und Prävention

Im zweiten Teil der Untersuchung beschäftigt sich Leape mit systembedingten Fehlern. Dazu untersuchte er 68.645 unerwünschte Ereignisse, wovon sich 39,7% der Fälle als vermeidbar herausstellten. Im Gegenzug sind 60,3% somit als unvermeidbar eingestuft worden. (Leape, 1994 zitiert in Glazinski & Wiedensohler, 2004) Glazinski et al. (2004, S. 32) meinen dazu: *„Diese Zahl stimmt bedenklich und sollte Anlass für weitere kritische Fragen nach der prinzipiellen Vermeidbarkeit organisatorischer Mängel sein.“* Die Systemfehler in der Diagnostik werden unterteilt in:

:

- Fehler und Verzögerungen bei der Diagnostik
 - Versäumnis, einen indizierten Test anzuwenden
 - Anwendungen obsoleter Tests
 - Versäumnisse bei Reaktion auf Testergebnisse
- (Leape, 1994 zitiert in Glazinski & Wiedensohler, 2004)

Interessanterweise zeigte sich (Tabelle 3), dass eine doch beträchtliche Zahl (11.731) an Fehlern in der Diagnostik passieren. Diese Fehler können zu einer hohen Gefährdung für PatientInnen führen. Dies liegt vor allem darin, dass PatientInnen sich weiteren Untersuchungen, die unter Umständen nicht ungefährlich sind, unterziehen müssen. Darüber hinaus spielt auch der Kostenfaktor eine wesentliche Rolle, da dadurch unnötige hohe Kosten entstehen. Die Versäumnisse hingegen

fielen eher gering aus, jedoch könnten 91,4% dieser Versäumnisse vermieden werden. (Leape, 1994 zitiert in Glazinski & Wiedensohler, 2004)

Unerwünschte Ereignisse in der Diagnostik	Anzahl	Vermeidbarkeit in Prozent
Fehler und Verzögerungen bei der Diagnostik	11.731	71,1%
Versäumnis einen indizierten Test anzuwenden	782	91,4%
Anwendung obsoleter Test	944	56,4%
Versäumnis bei Reaktion auf Testergebnisse	1.579	55,2%

Tabelle 3 Anzahl und Vermeidbarkeit in der Diagnostik (Glazinski & Wiedensohler, 2004, S. 33)

Folgende Systemfehlern in der Behandlung werden genannt:

- Technische Fehler
 - Fehler bei der Anwendung einer Behandlung
 - Fehler bei Pharmaka-Dosierung/ Anwendung
 - Vermeidbare Therapie-Verzögerung
 - Ungeeignete (nicht indizierte) Behandlung
- (Leape, 1994 zitiert in Glazinski & Wiedensohler, 2004)

Bei diesem Teil der Untersuchung (Tabelle 4) springt deutlich die Vermeidbarkeit von 69,4% der Therapieverzögerungen ins Auge. Leape (1994) äußert dazu, dass diesem Problem nur mit einer entsprechenden Ausbildung der in der Medizin tätigen Personen (ÄrztInnen und Pflegepersonal) entgegen gewirkt werden kann.

Unerwünschte Ereignisse in der Behandlung	Anzahl	Vermeidbarkeit in Prozent
Technische Fehler	30.373	19,8%
Fehler bei der Anwendung einer Behandlung	776	9,1%
Fehler bei Pharmaka-Dosierung/ Anwendung	6.988	37,1%
Vermeidbare Therapie - Verzögerung	3.154	69,4%

Tabelle 4 Anzahl und Vermeidbarkeit in der Behandlung (Glazinski & Wiedensohler, 2004, S. 34)

In der Prävention werden folgende Systemfehler genannt:

- Vorenthalten indizierter präventiver Behandlungen
 - Unangemessene Diagnostik bzw. Follow up
- (Leape, 1994 zitiert in Glazinski & Wiedensohler, 2004)

Die Anzahl von 7.943 registrierten Fällen (Tabelle 5), bei denen eine präventive Behandlung indiziert war, diese aber vorenthalten wurde, stimmt bedenklich. Immerhin hätte bei einer Vermeidbarkeit von 50,3%, ca. jeder zweite Patient eine präventive Behandlung erhalten können. (Leape, 1994 zitiert in Glazinski & Wiedensohler, 2004)

Unerwünschte Ereignisse in der Prävention	Anzahl	Vermeidbarkeit in Prozent
Vorenthalten indizierter präventiver Behandlung	7.943	50,3%
Diagnostik / Follow – Up unangemessen	3.172	36,9%

Tabelle 5 Anzahl und Vermeidbarkeit in der Prävention (Glazinski & Wiedensohler, 2004, S. 36)

2.2.3 Fehlermanagement ja, aber wie ?

Nachdem nun sehr eindrücklich, erläutert wurde warum ein Fehlermanagement im Gesundheitswesen von Nöten ist, wird nun kurz vorgestellt welche grundlegenden Elemente im Rahmen dieses Managements notwendig sind.

„Ein funktionsfähiges Fehlermanagement zeichnet sich durch klar definierte, nach Möglichkeit operationalisierte und in die bestehende Organisationsstruktur implementierte Maßnahmen aus, die sämtlich darauf ausgerichtet sind, die Fehlerrate zu minimieren und die Patientensicherheit zu maximieren.“ (Rims, 2006, S. 4)

Ein funktionierendes Fehlermanagement basiert auf folgenden Elementen:

- Fehlerdefinition
- Fehleridentifikation
- Fehlerevaluation
- Fehlermeldung
- Fehlerprävention
- Evaluation der Fehlerprävention

(Glazinski & Wiedensohler, 2004)

Diese Elemente kann man auch mit einzelnen Schritten vergleichen, die praktisch aufeinander aufbauen. Wenn diese einzelnen Schritte beachtet werden wird es möglich sein, ein funktionierendes Fehlermanagement zu praktizieren.

2.2.3.1 Fehlerdefinition

Siehe Kapitel Fehler (S:14)

2.2.3.2 Fehleridentifikation

Bei der Fehleridentifikation geht es um die Frage Wie wird ein Fehler erkannt? Diese soll gemeinsam mit dem ersten Schritt, der Fehlerdefinition, beantwortet werden.

Dies erfolgt indem darauf geachtet wird um welchen Fehler es sich handelt. (Glazinski & Wiedensohler, 2004)

2.2.3.3 Fehlerevaluation

Als nächsten Schritt gilt es den Fehler zu evaluieren. Dabei sollte man sich überlegen welche Schritte bzw. was ist in weiterer Folge zu tun, wenn der Fehler erkannt worden ist. (Glazinski & Wiedensohler, 2004) Um auf diese Fragen Antworten zu finden, ist es von Nöten, die Fehlerevaluation in Bereiche zu unterteilen:

- *„Fehlerdeskription*
Ziel der Fehlerdeskription ist die Beantwortung der Frage: ‚Worin hat der Fehler genau bestanden?‘ Es erfolgt also eine inhaltliche Präzisierung des Fehlereignisses.
- *Fehleranalyse*
Die Fehleranalyse zielt auf die Ursachen eines Fehlers. Beantwortet werden müssen folgende Fragen: ‚Welcher Umstand führte ausgerechnet zu diesem Fehler?‘ Und: ‚Gab es im Vorfeld dieses Fehlers weitere Fehler?‘
- *Fehlerklassifikation*
Eine exakte Fehlerbeschreibung und Fehleranalyse ist hier von Nöten. Es geht vor allem um die Frage: ‚Um welchen Fehlertyp handelt es sich?‘ (Glazinski & Wiedensohler, 2004, S. 18)

2.2.3.4 Fehlermeldung

Im Rahmen der Fehlermeldung stellt sich die Frage: Wie kann sowohl aus Fehlern als auch aus Fehlervorstufen Nutzen für die Zukunft gezogen werden? Glazinski und Wiedensohler (2004) stellen fest, dass erst eine systematische Erfassung von Fehlern eine gezielte Schwachstellenanalyse innerhalb der Organisationen ermöglicht. Dazu sei es aber nötig, dass Fehler auch gemeldet werden.

2.2.3.5 Fehlerprävention

„Aufgrund welcher Maßnahmen können einmal vorgekommene Fehler in Zukunft verhindert werden?“ (Glazinski & Wiedensohler, 2004, S. 19) Hier sei es sinnvoll, zwischen Maßnahmen auf der Verhaltensebene und solchen auf organisatorischer Ebene zu unterscheiden.

Auf der Verhaltensebene sollten Maßnahmen erfolgen, *„welche das menschliche Verhalten in einer bestimmten erwünschten Richtung modifizieren“* (Glazinski & Wiedensohler, 2004, S. 20). Dazu eigne sich besonders das Management kritischer Situationen. Glazinski und Wiedensohler (2004) führen in diesem Zusammenhang das Beispiel der im angloamerikanischen üblichen Mega-Codes-Trainings an. Diese finden mittlerweile auch im deutschsprachigen Raum ihre Anwendung. Ziel dieses Trainings ist die Beherrschung von lebensrettenden Sofortmaßnahmen. Erst durch solche Trainings von kritischen Situationen erkennt man Defizite in der Koordination und Kommunikation der Teammitglieder sowie Schwächen und Wissensdefizite Einzelner. Diese gilt es dann individuell zu bearbeiten und z. B. im Rahmen von Gesprächen und Nachschulungen zu verbessern.

Auch auf organisatorischer Ebene müsse dafür Sorge getragen werden, Fehler erst gar nicht aufkommen zu lassen. Glazinski und Wiedensohler führen dazu das Beispiel der gefürchteten Schnittstellenproblematik von Krankenhäusern und Praxen an. Sie gehen davon aus, dass erst durch einen

„koordinierten Einsatz von Kontrollmechanismen wie automatische Warnmeldungen, computergestützte Medikamentenpläne, Einsatz von Checklisten etc. die Fehlerrate in der PatientInnenversorgung deutlich reduzierbar ist“ (Glazinski & Wiedensohler, 2004, S. 20).

2.2.3.6 Evaluation der Fehlerprävention

Die Evaluation von Fehlern hat vor allem, das Ziel die Fehlerrate zu senken. Dabei sollten die getroffenen Maßnahmen zur Fehlervermeidung ständig überprüft und evaluiert werden. Der erkannte und evaluierte Fehler sollte in diesem Zusammenhang exakt nur einmal vorkommen. (Glazinski & Wiedensohler, 2004)

Das Kapitel Fehlermanagement sollte einen ersten Einblick in das Fehlermanagement bieten und grundsätzliche Fragen klären, wie z. B.:

- Warum sollte man sich mit Management von Fehlern überhaupt beschäftigen?
- Welche wichtigen Aspekte sind im Rahmen dieser Auseinandersetzung zu beachten?

Zusammenfassend soll daher festgehalten werden, dass Fehlermanagement vor allem die gezielte Steuerung von Aktivitäten im Gesundheitswesen und das Bewusstsein dafür, dass Fehler passieren können, zum Inhalt hat.

2.3 Risikomanagement

Im letzten Kapitel des theoretischen Hintergrundes soll der Begriff „Risikomanagement“ beleuchtet werden. Wenn man über diesen Begriff spricht, gilt es zunächst den Begriff Risiko zu diesem Themenbereich zu klären.

Dazu gibt es in der Literatur keine eindeutigen Definitionen. Laut Romeike (2004, S. 8) reichen die Definitionen von

„Gefahr einer Fehlerabweichung bis zur mathematischen Definition Risiko: Wahrscheinlichkeit $\times$ Ausmaß. [Allgemein betrachtet definiert er Risiko] Als die Gefahr einer negativen Abweichung des tatsächlich erreichten Ergebniswertes vom erwarteten Ergebniswert.“

2.3.1 Allgemeine Definition von Risikomanagement

Auch für den Begriff des Risikomanagement gibt es keine allgemein gültige Definition. Kahla-Witzsch und Platzer. gehen davon aus, dass einerseits die Zielsetzung der Organisation ausschlaggebend ist und andererseits - je nach Blickwinkel - verschiedene Definitionen entwickelt werden, da u. a. unterschiedliche Aspekte im Vordergrund stehen können. (Kahla-Witzsch & Platzer, 2007)

So definiert beispielsweise Schwanborn, (2006, zitiert in Kahla-Witzsch & Platzer, 2007, S. 44) Risikomanagement eher allgemein und versteht darunter eine *„systematische Anwendung von Management-Zielsetzungen, Prozessen und Verfahren für die Analyse, und eine Bewertung und Beherrschung von Risiken“*.

Eine juristisch ausgelegte Definition von Lichtmanegger und Kleitner (2006, S. 9) versteht darunter *„ein Schadenverhütungsprogramm und Risikoversorgungskonzept, mit dessen Hilfe potentielle Haftungsgefahren für Arzt, Pflegepersonal und Krankenhaus aufgespürt und eliminiert bzw. gesenkt werden“*.

2.3.2 Definition von Risikomanagement im Gesundheitswesen

Risikomanagement im Gesundheitswesen wird definiert als

„organisatorische Anstrengung zur Identifikation, Bewertung und Reduzierung, wo angemessen, von Risiken gegenüber Patienten, Besuchern, Mitarbeitern und Vermögenswerten der Organisation“.(Graf, 2003, S. 54)

Von einem klinischen Risikomanagement hingegen sprechen Fühling und Gausman (2004, S. 29). und bezeichnen damit

„ein Präventionssystem, das Risiken bei der Patientenversorgung reduzieren soll und die Zielsetzung der ständigen Verbesserung der Behandlungsqualität und Patientensicherheit verfolgt sowie die Abwehr ungerechtfertigter Anspruchsstellungen von Patienten gegen die Institution Krankenhaus dient“.

Die oben genannte Definition des klinischen Risikomanagements ist nach Kahla-Witzsch und Platzer (2007) ideal, um sich mit dieser Thematik auseinanderzusetzen. Wie eingangs schon erwähnt spielen aber auch die Zielsetzungen eine entscheidende Rolle:

- Förderung des Risikobewusstseins bei Mitarbeitern
 - Umsetzung risikopräventiver Maßnahmen
 - Erfassung tatsächlicher Schadensereignisse
 - Identifizierung und Bewertung potentieller Risiken
 - Lernen aus einmal begangenen Fehlern, um Wiederholungen zu vermeiden
- (Kahla-Witzsch & Platzer, 2007)

2.3.3 Risikomanagementsystem als Prozess

Das Risikomanagementsystem bezeichnet im Prinzip die Gesamtheit aller organisatorischen Regelungen und Maßnahmen, die im Rahmen der Risikoerkennung oder im Umgang mit Risiken getroffen werden. (Graf, 2003)

Laut Kahla-Witzsch et al. handelt es sich hierbei um einen Prozess, der sich in verschiedene Schritte untergliedern lässt. (Abbildung 1)

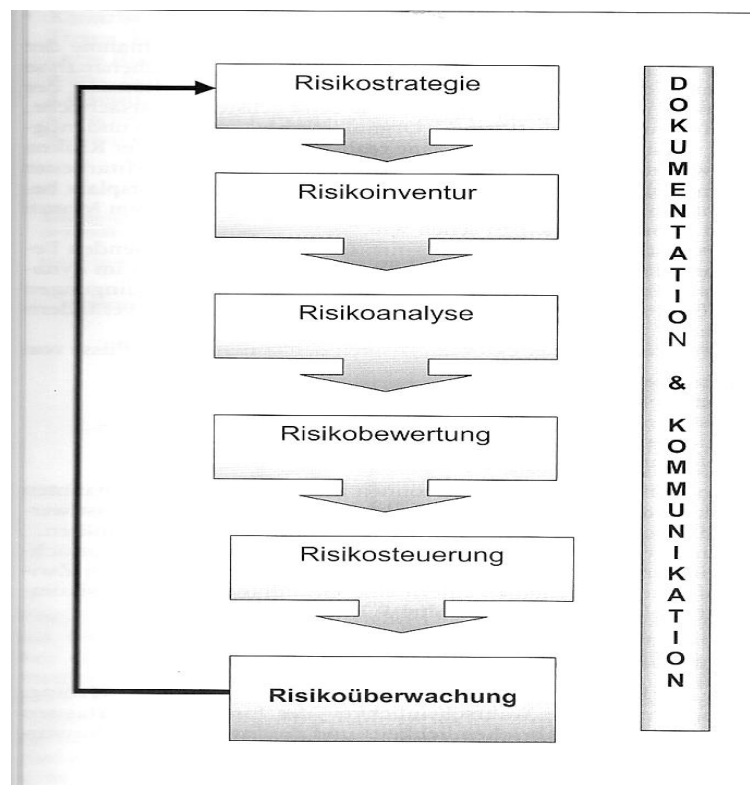


Abbildung 4 Schritte des Risikomanagementsystem
(Kahla-Witzsch & Platzer, 2007, S. 49)

2.3.3.1 Risikostrategie

Die Risikostrategie soll von den Leitungen der Einrichtung festgelegt werden. Sie ist Bestandteil der Unternehmensstrategie, und im Rahmen dieses ersten Schrittes sollen die Rahmenbedingungen für das Risikomanagementsystem festgelegt werden. (Kahla-Witzsch & Platzer, 2007)

2.3.3.2 Risikoinventur/ Risikoanalyse

Hierunter wird eine Art Bestandsaufnahme verstanden in der man die Risiken einer Einrichtung erkennt. Diese werden nach ihrer Identifikation und Analyse in einer Liste erfasst. Bei der Analyse geht es einerseits um die Art des Risikos und andererseits um dessen Ursache. Voraussetzung dafür ist aber ein Bewusstsein der MitarbeiterInnen und der Einrichtung für die Notwendigkeit, diese Risiken erkennen zu wollen und letztlich auch melden zu müssen. (Kahla-Witzsch & Platzer, 2007)

Holzer (2005) sieht dabei sowohl die Einrichtung als auch die Mitarbeiter als Risikoträger. (Abbildung 5) Unter Risikoträger verstehen sie all diejenigen, die von einem Schaden/ Risiko betroffen sein können. Dies kann reichen von MitarbeiternInnen (medizinisches, pflegerisches, kaufmännisches, technisches Personal) im Krankenhaus, Unternehmungen (z. B. Lieferanten), Organisationen (Träger, Staat, Gebietskrankenkassen), gewerbsmäßige Risikoträger (Versicherungen) bis hin zu den PatientInnen.

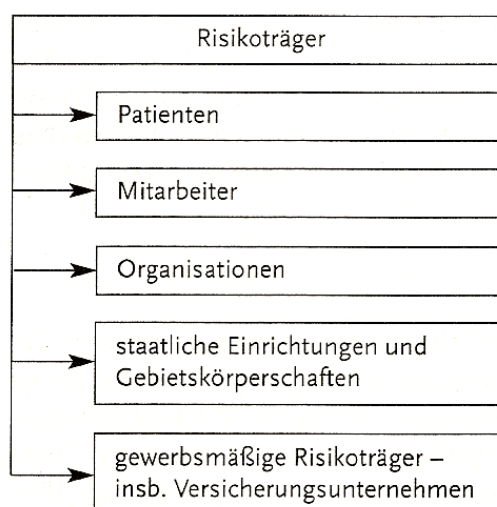


Abbildung 5 Risikoträger (Holzer, 2005, S. 34)

2.3.3.3 Risikobewertung

Nach der Risikoinventur und Risikoanalyse erfolgt die Risikobewertung. Dabei werden die Wahrscheinlichkeit des Eintritts (Eintrittswahrscheinlichkeit) und die Intensität der Auswirkung (Schadenshöhe) bewertet.

Kahla-Witzsch und Platzer (2007) teilen die Risiken in folgende Kategorien ein:

- **Großrisiko**
Darunter fallen Risiken, deren Eintritt die Existenz der Einrichtung, des Unternehmens gefährden würde. Dieses Risiko sollte auf jeden Fall versichert werden.
- **Mittleres Risiko**
Hier handelt es sich um Risiken, deren Eintritt beispielsweise eine Veränderung der Unternehmensziele zufolge hat. Der Abschluss einer Versicherung sollte nach vorheriger Kosten-/ Nutzenbetrachtung in Erwägung gezogen werden.
- **Kleinrisiko**
Hierbei kommt es zu Störungen von Abläufen. Diese Risiken werden häufig nicht versichert, da dies zu teuer wäre.

Im Rahmen der Risikobewertung kann man Risiken auch in andere bzw. mehreren Kategorien unterteilen. Kahla-Witzsch und Platzer (2007) nennen in diesem Zusammenhang die Risikomatrix, in der Risiken in unbedeutend, gering, mittel, schwerwiegend, existenzbedrohend unterteilt werden. Diese Matrix dient vor allem der grafischen Darstellung, um zu sehen, wie hoch die Wahrscheinlichkeit ist, dass es zu einem Risiko kommt und welcher Schaden dadurch entstehen kann. Aus dieser Risikomatrix resultiert letztendlich der Handlungsbedarf, der sich natürlich von Einrichtung zu Einrichtung unterscheidet. Daher sollte die Risikobewertung für jede Einrichtung individuell durchgeführt werden. Diese Matrix (Abbildung 6) kommt unter anderem im Fehlermeldesystem CIRS zur Anwendung.

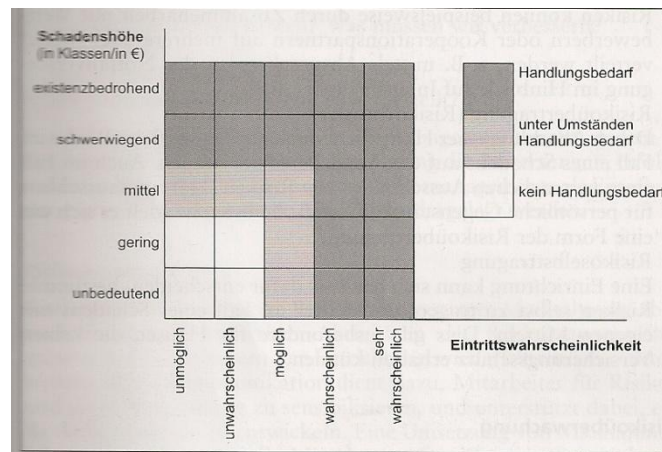


Abbildung 6 Risikomatrix (Kahla-Witzsch & Platzer, 2007, S. 51)

2.3.3.4 Risikosteuerung

Risikosteuerung bezeichnet die Art und Weise, wie in einer Einrichtung mit den zuvor erkannten Risiken umgegangen wird. (Kahla-Witzsch & Platzer, 2007)

2.3.3.5 Risikoüberwachung

Risikoüberwachung impliziert alle Maßnahmen, die dazu dienen, eine kontinuierliche Kontrolle des Risikoprozesses und eine Überprüfung seiner Wirksamkeit zu ermöglichen. (Kahla-Witzsch & Platzer, 2007)

2.3.3.6 Risikodokumentation

Risikodokumentation umfasst sämtliche Dokumentationen und Aufzeichnungen im Rahmen des Risikomanagement. Kahla-Witzsch und Platzer (2007) betonen in diesem Zusammenhang die Bedeutung des Risikomanagementhandbuches. Es bildet das Kernstück der Dokumentation und sollte auf folgende Fragen Antworten geben:

- Was wollen wir erreichen?
- Worauf muss geachtet werden? Was muss verbessert werden?
- Wer ist dafür verantwortlich?
- Was müssen wir tun?

- Wie wird die Durchführung sichergestellt?

Einen weiteren Schwerpunkt bildet der Risikomanagementbericht, worin jährlich die erfolgten Maßnahmen und Ergebnisse mitgeteilt werden sollen.

2.3.3.7 Risikokommunikation

Alle identifizierten Risiken und geplanten Maßnahmen sollen allen mitgeteilt werden. Die Risikokommunikation stellt für Kahla-Witzsch und Platzer (2007) den wichtigsten Punkt dar. Denn eine Umsetzung von geplanten Maßnahmen ist nur dann möglich, wenn alle MitarbeiterInnen einer Einrichtung mit einbezogen werden und ihnen die Zusammenhänge erklärt und verdeutlicht werden. Sie betonen in diesem Zusammenhang: *„Nur wer versteht, warum er zukünftig etwas tun oder nicht mehr tun soll, und sich der möglichen Folgen seines Handelns bewusst ist, wird sein Verhalten nachhaltig ändern.“* (Kahla-Witzsch & Platzer, 2007, S. 53)

2.3.4 Risikomanagement als Teil des Qualitätsmanagements

Nachdem im vorderen Kapitel das Risikomanagement als Prozess dargestellt wurde, stellt sich nun die Frage, wer dafür zuständig ist, bzw., in welches Aufgabengebiet das Risikomanagement fällt.

Kahla-Witzsch und Platzer (2007, S. 64) et fordern: *„Damit Organisationen über ein wirksames Risikomanagement verfügen, muss der Risikomanagementprozess in Wechselwirkung mit den übrigen Prozessen der Organisation stehen.“* Daraus ergeben sich folgende relevanten Fragen:

- In welchem Verhältnis stehen klinisches Risikomanagement und Qualitätsmanagement zueinander?
- Braucht eine Einrichtung mit einem Qualitätsmanagementsystem auch noch ein Risikomanagementsystem?
- Beinhaltet ein Risikomanagement gleichzeitig auch ein Qualitätsmanagement?
(Kahla-Witzsch & Platzer, 2007)

Tatsache ist, dass die meisten Krankenhäuser ein Qualitätsmanagementsystem haben. Oft findet man dazu das einfache Modell der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität nach Donabedian. Ausgangspunkt dieses Modells ist, dass die angestrebten Ergebnisse oder Ziele die Prozesse und diese wiederum die erforderlichen Strukturen bestimmen. Während man im Rahmen der Strukturqualität alle Ressourcen und die Gestaltung einer positiven Arbeitsumgebung zusammenfasst (z. B. Personal, Sachmittel, Technik usw.), bezieht sich die Prozessqualität auf den primären Leistungsprozess sowie auf alle Organisationsprozesse, wie z. B. die Information, die Kommunikation, den Pflegeprozess usw. Unter Ergebnisqualität wird schließlich das Ziel verstanden, die Effektivität von Leistungen also. Zur Feststellung der Ergebnisqualität eignen sich klassische Methoden der Messung wie z. B. Krankenhausaufenthaltsdauer, Wiederaufnahmen, Beschwerden usw. (Schrems, 2008)

Doch wie kann man dieses System auf das Risikomanagementsystem übertragen? Dies soll die folgende Abbildung klären .

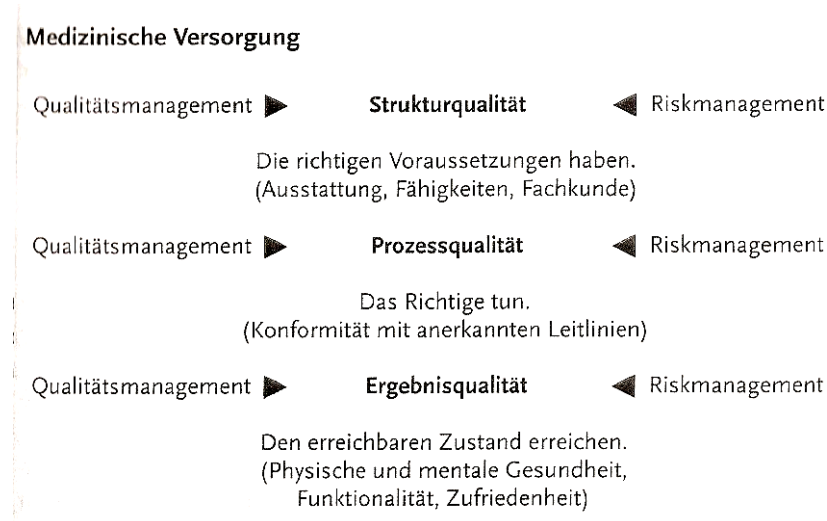


Abbildung 7 Qualitätsmanagement und Risikomanagement
(Weidringer, 2005, S. 53)

Anhand dieser Abbildung sieht man sehr gut, dass das Risikomanagement auf das oben genannte Qualitätsmanagementsystem übertragbar ist. Auch im Risikomanagement geht es darum, die richtigen Voraussetzungen zu schaffen, das Richtige zu tun, um letztlich ein definiertes Ziel zu erreichen.(Weidringer, 2005)

Wie dies nun im Konkreten aussehen könnte, haben Kahla-Witzsch et al. in einer Tabelle dargestellt.

Qualitätsmanagement		Risikomanagement
Die Qualität der Rahmenbedingungen bei der Leistungserstellung <u>Bewertungskriterien</u> Personelle und räumliche Ausstattung	Struktur	• Quantitativ oder qualitative ungenügende Personalbesetzung • Mängel in der Betriebsfähigkeit und Sicherheit von Anlagen, Einrichtung und Ausstattung
Die Qualität des Behandlungsprozesses <u>Bewertungskriterien</u> Ablauf von Diagnostik, Therapie, Pflege, Versorgung aus technischer und zeitlicher Sicht	Prozess	• Fehlentscheidungen oder Ausführungsfehler bei diagnostischen, therapeutischen und pflegerischen Maßnahmen • Fehlbedienung von Apparaten und Geräten oder Missachtung organisatorischer Regelungen • Fehlentscheidungen bei Beschaffung und Einsatz von Ressourcen
Das Behandlungsergebnis gemessen am Behandlungsziel <u>Bewertungskriterien</u> Gesundheitszustand des Patienten, Kundenzufriedenheit	Ergebnis	• Alle Risiken, die den Gesundheitszustand des Patienten und seine Zufriedenheit mit der Behandlung beeinträchtigen • Alle prozess- und strukturbedingten Risiken können zu einer Beeinträchtigung des Behandlungsergebnisses führen • Indikator für ergebnisbedingte Risiken ist die Schadenhistorie

Abbildung 8 Betrachtungsweisen des Qualitäts- und Risikomanagement (Kahla-Witzsch & Platzer, 2007, S. 65)

Diese Tabelle zeigt sehr eindrücklich, wie die Aspekte des Risikomanagementsystems in das des Qualitätsmanagementsystems einfließen. Somit kann die zuvor gestellte Frage, ob das Risikomanagementsystem ein Teil des Qualitätsmanagements ist, eindeutig mit „Ja“ beantwortet werden.

2.3.5 Möglichkeiten/Arten des Risikomanagements

Zu guter letzt sollen nun noch die verschiedenen Möglichkeiten/Arten des Risikomanagements vorgestellt werden.

Kahala Witzsch und Platzer (2007) meinen, um ein effektives Risikomanagement betreiben zu können, bedarf es unterschiedlicher Sammlungen und Festlegungen von Daten.

- Sammlung potenzieller Risiken
- Ermittlung von beinahe eingetretenen Fehlern
- Dokumentation eingetretener Fehler und deren Folgen

Diese Datenerfassung bildet den Grundstein um einerseits den Schaden, die Eintritts-Wahrscheinlichkeit und die damit verbunden Folgen, sowie andererseits die Gewichtigkeit der Risiken festlegen zu können.

Grundsätzlich lassen sich dabei folgende Unterscheidungen treffen:

- Die Ermittlung potentieller Fehler, z. B. die Fehler - Möglichkeits- und Einflussanalyse (FMEA), die Fehlerbaumanalyse (FBA) sowie die Szenariotechnik (SZT)
- Die Erfassung bereits eingetretener Schäden
- Meldung potentieller Risiken/ Beinahe Schäden wie z. B. das Critical Incident Reporting System
(Kahla-Witzsch & Platzer, 2007)

2.3.5.1 Ermittlung potentieller Fehler

Fehler- Möglichkeits- und Einflussanalyse (FMEA)

Die FMEA ist eine Möglichkeit, Schwachstellen in neuen Prozessen und Methoden zu analysieren. Ziel der Analyse ist die Vermeidung bzw. Eingrenzung von möglichen Fehlern. Dabei werden alle möglichen Fehler aufgelistet und hinsichtlich ihrer Folgen für die PatientInnen beurteilt. Die Ursache des Fehlers wird analysiert, um anschließend Methoden festzulegen, die zu einer Vermeidung des Schadeneintritts führen.(Kahla-Witzsch & Platzer, 2007)

Inhalte der FMEA sind:

- Identifikation potentieller Fehlermöglichkeiten
- Beurteilung der möglichen Effekte, die von einem Fehler auf die PatientInnen ausgehen
- Feststellung der möglichen Gründe, die einen Fehlereintritt begünstigen
- Entwicklung von Prüftechniken zur vorzeitigen Fehlererkennung
- Ableitung von Maßnahmen zur dauerhaften Fehlerbehebung und Qualitätsverbesserung

(Kahla-Witzsch & Platzer, 2007)

Ziele der FMEA sind:

- Fehler im Prozess systematisch zu bekämpfen
- Fehler abzubauen und in Zukunft zu vermeiden
- Auf Fehlermöglichkeiten und deren Auswirkungen vorbereitet zu sein

(Kahla-Witzsch & Platzer, 2007)

Fehlerbaum – Analyse (FBA)

Die FBA versucht Aufschluss darüber zu geben, ob das Verhalten hinsichtlich unerwünschter Ereignisse richtig gewesen ist. Sie untersucht auch die Ursachen und die gegenseitigen Abhängigkeiten eines Fehlers. Der Ablauf gliedert sich in fünf Schritte:

- Festlegung des zu untersuchenden Bereiches
- Definition eines näher zu analysierenden unerwünschten Zustandes
- Identifikation der Ursachen für einen unerwünschten Zustand
- Qualitative Auswertung und Ableitung kritischer Fehler und Fehlerkombinationen
- Bestimmung von Eintrittswahrscheinlichkeiten
- Bestimmung von Gegenmaßnahmen

(Kahla-Witzsch & Platzer, 2007)

Die Szenariotechnik (SZT)

Die Szenariotechnik beschäftigt sich mit einer hypothetischen Aufeinanderfolge von Ereignissen/ Fehlern, um eine Analyse von Zusammenhängen zu erreichen. Sie ermöglicht es, das Wissen aller beteiligten MitarbeiterInnen einfließen zu lassen. Es werden Fallbeispiele erörtert, um letztlich Verständnis und Bewusstsein für relevante Zusammenhänge und mögliche Sicherheitslücken zu entwickeln. (Kahla-Witzsch & Platzer, 2007)

2.3.5.2 Erfassung bereits eingetretener Schäden

Für die Erfassung von bereits eingetretenen Schäden werden heutzutage in vielen Krankenhäusern eigens dafür entwickelte Dokumentationsbögen verwendet. Die Bögen sind zumeist unterschiedlich, da es für jeden Vorfall ein eigenes Formular gibt, beispielsweise Bögen nach Stürzen von PatientInnen oder Decubitus-Erfassungsbögen. Wichtig bei solchen Bögen ist eine sorgfältige und zeitnahe Dokumentation, um eine genaue Analyse des Sachverhaltes zu ermöglichen. Auch das Sichern von Beweismitteln sowie die Einbindung aller relevanten Stellen des Krankenhauses wie Pflege, ÄrztInnen, Schnittstellen etc. sind wichtig. Ein weiterer wesentlicher Bestandteil dieser Bögen ist die Transparenz über die Verantwortlichkeiten und über den Bearbeitungsweg. Dazu gehört vor allem die Transparenz der Themen: Wer meldet? Wann wird gemeldet? An wen wird gemeldet?

2.3.5.3 Meldung potentieller Risiken/ Beinahe Schäden

Bei den Meldungen potentieller Risiken/ Beinahe Schäden geht es ausschließlich um eine retrospektive Erfassung von Zwischenfällen. Das heißt, es werden kritische Zwischenfälle, unerwünschte Ereignisse bzw. Fehler gemeldet, die bereits eingetreten sind, ohne dass es aber zu Schäden an PatientInnen gekommen ist.

Das CIRS ist ein solches Meldesystem. Es dient der Sicherheitsverbesserung von PatientInnen. In der Regel erfolgen die Meldungen anonym und haben keine rechtlichen Konsequenzen. Besonders wertvoll sind diese Meldungen dadurch, dass sie helfen beizutragen, genau diese Fehler in Zukunft zu vermeiden. Dazu werden

unter anderem auch die Umstände, die zu dem Fehler geführt haben, analysiert; anschließend werden Empfehlungen ausgesprochen, die dann wiederum von der zuständigen Organisationsleitung umgesetzt werden sollten. (Wiener Krankenanstaltenverbund - Geschäftsbereich Qualitätsarbeit, 2008)

2.4. Abschließende Worte zum theoretischen Hintergrund

Um die nachfolgende Studie durchführen zu können, war es von Nöten die Aspekte rund um die Begriffe „Fehler“, „Fehlermanagement“ und „Risikomanagement“ näher zu erarbeiten.

3. Methodik

Um das Phänomen „Umgang mit Fehlern“ aus Sicht der Pflegepersonen bestmöglich darzustellen, wird ein qualitativer Forschungsansatz gewählt. Gründe für die Wahl dieser Methode sind, dass es einerseits zum Begriff der Fehlerkultur noch sehr wenig an Literatur gibt, und andererseits das Thema Fehler und wie mit ihnen umgegangen wird, vorrangig in den Wirtschaftswissenschaften und nicht in den Gesundheitswissenschaften erforscht ist.

Die Grounded Theory als Forschungsmethode im Rahmen der qualitativen Forschung wird gewählt, da es speziell mit dieser Methode möglich ist, menschliches Verhalten innerhalb eines sozialen Prozesses darzustellen und nach Ursachen und Gründen für dieses Verhalten zu suchen. (Corbin & Strauss, 1996)

Bevor Bezug auf die Datenerhebung genommen und die Darstellung der Ergebnisse erfolgen wird, soll der gewählte Forschungsansatz und dessen Richtung kurz vorgestellt werden.

3.1 Qualitativer Forschungsansatz

In der qualitativen Forschung spielt der Mensch in seiner Ganzheitlichkeit eine zentrale Rolle. Es geht darum den Menschen in seiner Umgebung und mit seinen Erfahrungen zu einem bestimmten Thema zu untersuchen. Die Wahrheit ist dabei subjektiv und nicht wie bei den Naturwissenschaften objektiv. (Mayer, 2002) Sie definiert qualitative Forschung wie folgt:

„Mit qualitativer Forschung will man Phänomene des menschlichen Erlebens möglichst ganzheitlich und von innen heraus ‚subjektiv‘ erfahren und verstehen. Man bedient sich dabei offener, nicht standardisierter Erhebungsverfahren und wertet die Daten mithilfe interpretativer Methoden aus. Auf diese Weise erhält man keine numerischen Daten,

sondern Beschreibungen. Eine Verallgemeinerung der Daten wird nicht angestrebt. Ziel ist, Theorien zu entwickeln.“ (Mayer, 2002, S. 73)

Folgende Grundprinzipien charakterisieren einen qualitativen Forschungsansatz:
(Mayer, 2002)

- Induktiv
- Theoriebildend
- Interpretativ
- Ideographisch
- Subjektiv
- Offen und Flexibel
- Holistisch

Innerhalb des qualitativen Forschungsansatzes haben sich verschiedene Richtungen entwickelt:

- Phänomenologie
 - Grounded Theory
 - Ethnografie
 - Objektive Hermeneutik
- (Mayer, 2002)

3.1.1 Grounded Theory

Das Verfahren der Grounded Theory wurde ursprünglich von Glaser und Strauss in den 60iger Jahren entwickelt. Sie basiert auf der Theorie des Symbolischen Interaktionismus.(Mayer, 2002) Die Grounded Theory eignet sich dazu, Interaktionen, Verhaltensweisen und Erlebnisse der Menschen zu erforschen, aber auch die Wahrnehmung des Einzelnen und seine Überlegungen dazu. *„Sie ist gegenstandsbezogen, weil sie direkt aus der Situation (dem Gegenstand), der Wirklichkeit heraus entwickelt wird.“* (Mayer, 2002, S. 74) Ziel ist die Entwicklung einer möglichen Theorie für menschliches Verhalten und dessen soziale Prozesse. Ein

weiteres Ziel, bzw. eine weitere Möglichkeit der Grounded Theory besteht in der Modifizierung oder Ausweitung bestehender Theorien.(Mayer, 2002)

Um letztendlich das Ziel, die Entwicklung einer Theorie, zu erreichen ist es notwendig, eine Frage zu formulieren. Laut Corbin und Strauss dient diese als eine Art

„Wegweiser, der den Forscher unmittelbar dazu anhält, einen ganz bestimmten Gegenstandsbereich, den Ort oder Platz, an dem Ereignisse stattfinden, Dokumente und das Handeln der Menschen zu untersuchen oder Informanten zu interviewen“ (Corbin & Strauss, 1996, S.24).

Ein spezifisches Merkmal der Grounded Theory ist, zu Beginn die Forschungsfrage möglichst offen zu halten, da sie während des Forschungsverlaufes ständig erweitert und verändert wird, um die Sichtweise der Befragten möglichst großflächig einzufangen bzw. darzustellen.

Ein weiterer Schwerpunkt in der Methode ist die Theoretische Sensibilität. Sie bezieht sich auf die persönliche Fähigkeit des Forschenden. Corbin und Strauss meinen damit

„das Bewusstsein für die Feinheiten in der Bedeutung der Daten [Dieses Bewusstsein ist von großer Bedeutung, da] erst die theoretische Sensibilität erlaubt, eine gegenstandsverankerte, konzeptuelle dichte und gute integrierte Theorie zu entwickeln“ (Corbin & Strauss, 1996, S. 25).

Dabei unterscheiden sie zwischen einer Vielzahl von Quellen an der die Sensibilität des Forschenden trainiert bzw. entwickelt werden kann. Sie nennen dazu die Literatur sowie die berufliche und die persönliche Erfahrung. Auch beschreiben sie, dass durch die ständige Auseinandersetzung mit Daten und mit der Literatur eine theoretische Sensibilität erworben wird. Neben der Fachliteratur spielt dabei - im Gegensatz zu anderen Forschungsmethoden - auch der Einsatz von nichtfachlicher Literatur, wie z. B. Briefe und Tagebücher, eine große Rolle. Sie dienen auch als wichtige Datenquellen und wirken meist ergänzend mit. (Corbin & Strauss, 1996)

Wesentliche Bestandteile der Grounded Theory sind, wie auch bei anderen qualitativen Ansätzen, die Beobachtung und die Befragung. Anschließend werden diese Beobachtungen und Befragungen geordnet und klassifiziert. Im Unterschied zu anderen qualitativen Ansätzen verläuft der Forschungsprozess zyklisch, d. h. Datenerhebung und Datenanalyse wechseln einander ab. Die Analyse erfolgt in drei Schritten. Corbin und Strauss nennen diese Schritte auch „offenes kodieren“, „axiales kodieren“ und „selektives kodieren“. (Corbin & Strauss, 1996) Das

„offene kodieren stellt in der Grounded Theory den analytischen Prozess dar, durch den Konzepte identifiziert und Bezug auf ihre Eigenschaften und Dimensionen entwickelt werden. [Dies wird vor allem durch] das Stellen von Fragen an die Daten, und das Vergleichen hinsichtlich Ähnlichkeiten und Unterschieden zwischen jedem Ereignis, Vorfall und anderen Beispielen für Phänomene.“ (Corbin & Strauss, 1996, S. 55) erreicht.

Beim axialen kodieren steht der Prozess des

„in Beziehung setzen der Subkategorien zu einer Kategorie [...] nach dem paradigmatischen Modell [im Vordergrund. Es geht darum] eine Kategorie zu entwickeln die in Bezug auf die ursächlichen Bedingungen, die zum dem Phänomen führen, und in Bezug auf die spezifischen dimensional Ausprägungen dieses Phänomens hinsichtlich seiner Eigenschaften [zu entwickeln]. (Corbin & Strauss, 1996, p. 93)

Der letzte Schritt ist das „selektive kodieren“. Dieser Schritt dient vor allem der Identifizierung der zentralen Kernvariable und der Entwicklung einer Theorie. (Corbin & Strauss, 1996)

In der vorliegenden Arbeit konnte aufgrund der geringen Teilnehmeranzahl und der beschränkten Zeitressourcen keine Datensättigung erreicht und damit nicht bis zu diesem letzten Schritt vorgedrungen werden. Zum Schluss sei hier noch erwähnt, dass Feldnotizen, theoretische sowie methodische Memos und Diagramme weitere wichtige Bestandteile der Grounded Theory bilden. Diese dienen vor allem einem

besseren Verständnis der Daten und der wesentlichen Zusammenhänge. Neben der Beobachtung sind diese „Werkzeuge“ wesentliche Bausteine in der Entwicklung einer möglichen Theorie. (Corbin & Strauss, 1996)

3.2 Stichprobengrundlage

3.2.1 Einschlusskriterien und Rekrutierung

Ausdrückliche Einschlusskriterien für die Teilnahme an der Studie erübrigten sich, da ich den Zugang zum Spital hatte und die Interviews, auch auf Wunsch der Pflegedirektion, nur in einem Krankenhaus durchgeführt wurden. Die einzige Voraussetzung für die Interviewpersonen war der Besitz des Gesundheits- und Krankenpflegediploms.

Bei der Rekrutierung der InterviewteilnehmerInnen wurde ich in unerwarteter Weise mit Problemen konfrontiert, die hier näher beschrieben werden sollen

Um möglichst vielen die Möglichkeit zu bieten, an der Studie teilzunehmen, wollte ich mich mit einem Informationsschreiben an das gesamte beschäftigte Dipl. Gesundheits- und Krankenpflegepersonal im Krankenhaus wenden; dies wurde jedoch von Seiten der Pflegedirektion nicht genehmigt. So erfolgte die Bekanntgabe der Studie direkt über die Pflegedirektion, die im Rahmen einer Sitzung die pflegerischen Abteilungsleitungen darüber informierte. Um die Anonymität der TeilnehmerInnen zu gewährleisten wurde vereinbart, dass die Personen, die an der Studie teilnehmen wollten, sich bei mir persönlich mit einer Email oder telefonisch melden sollten.

Leider kam es anders; ca. einer Woche nach der Besprechung bekam ich von den Abteilungsleitungen ein Schreiben, in denen die möglichen TeilnehmerInnen namentlich mit Stationszugehörigkeit aufgelistet waren. Insgesamt wurden 25 Personen gemeldet. Mit dieser Liste war jetzt die Anonymität, Objektivität und Freiwilligkeit aus folgenden Gründen nicht mehr gegeben:

- Durch die Bekanntgabe der Namen wussten die Abteilungsleitungen über die mögliche Teilnahme der Personen Bescheid
- Es konnte nicht ausgeschlossen werden, dass eine mögliche Verzerrung der Daten durch Beeinflussung der Leitungen an die Personen eintritt
- Die Freiwilligkeit der Personen konnte nicht zweifelsfrei nachgewiesen werden

Nach Rücksprache mit meiner Betreuerin, Frau Dr. Linhart, wurde daher vereinbart, an die genannten Personen nochmals mit einem Informationsschreiben heranzutreten. Darin wurden sie ausdrücklich darauf hingewiesen, sich unmittelbar an den Forscher zu wenden, um die oben beschriebenen Kriterien zu erfüllen.

Schließlich meldeten sich daraufhin nur mehr zwölf Personen. Dies ließ zumindest begründete Zweifel an der Freiwilligkeit und Objektivität der ursprünglich getroffenen Auswahl aufkommen. Die nochmalige Kontaktaufnahme erwies sich daher durchaus als richtig und notwendig.

3.2.2 Beschreibung der TeilnehmerInnen

Es wurden zwölf Interviews durchgeführt. Die zwölf TeilnehmerInnen setzten sich aus drei Männern und neun Frauen zusammen, mit einem Durchschnittsalter von 36,58 Jahren und aus den unterschiedlichsten Arbeitsgebieten. Fast 50% davon arbeiten in einer psychiatrischen Abteilung und bilden damit den höchsten Anteil eines bestimmten Arbeitsgebietes. Neun Personen sind bereits in der Funktion als Stationsleitung tätig. Die übrigen Teilnehmenden arbeitet direkt am Krankenbett. Dementsprechend hoch ist auch die Anzahl der Berufsjahre; diese liegen bei einem Durchschnittswert von 17,83 Jahren.

3.2.3 Ethik und Informend Consent

Um die ethischen Richtlinien zu beachten, konnten sich einerseits die Interviewpersonen Ort und Zeitpunkt des Interviews aussuchen, und andererseits wurde vor Beginn des Interviews eine Einverständniserklärung (Informed Consent) eingeholt. Wichtige ethische Punkte, wie die Anonymität, Vertraulichkeit der Daten, das genaue Vorgehen und die Freiwilligkeit sind darin enthalten und wurden im

Vorfeld des Interviews nochmal ausführlich besprochen. Die InterviewteilnehmerInnen und ich als Forscherer erhielten im Anschluss je ein persönliches Exemplar.

3.3 Datenerhebung

Die Erhebung der Daten erfolgte durch folgende Methoden

- Problemzentrierte Interviews und ein flexibler Interviewleitfaden
- Teilnehmende unstrukturierte Feldbeobachtung
- Memos und Feldnotizen

Alle an den Interviews teilnehmenden Pflegepersonen wurden persönlich befragt. Dabei konnten sie wählen, ob das Interview aufgenommen werden durfte oder nicht. Da die Interviewpersonen auch den Ort, an dem sie interviewt werden wollten, wählen konnten, war bei jedem Interview von Anfang an eine sehr angenehme und entspannte Atmosphäre. Manche entschieden sich für die Befragung am Arbeitsplatz, andere wiederum bevorzugten ihr privates Umfeld. Eine Person wählte einen öffentlichen Ort, in diesem Fall war es eine Pizzeria. Eine weitere Person entschied sich, zu mir persönlich zu kommen. Wie wichtig die angenehme und entspannte Atmosphäre ist, zeigte sich vor allem auch daran, dass ein Nachfragen größtenteils nicht von Nöten war.

Vor den Hauptfragen der Interviews wurde der Informed Consent besprochen und anschließend die soziodemografischen Daten erhoben. Zu den erhobenen soziodemografischen Daten gehörten das Alter, das Geschlecht, die Position auf der Station und die Berufsjahre.

Das problemzentrierte Interview wurde mit einem flexiblen Leitfaden durchgeführt, der offene Fragen zu den Themen Umgang mit Fehlern auf der Station, Definition und Bedeutung von Fehlern enthielt. Aufgrund des zyklischen Vorgehens bei der Analyse wurde der Leitfaden nach den jeweiligen Auswertungen adaptiert. Eine große Hilfe waren dabei die Feldnotizen und die angefertigten Memos.

3.4 Datenanalyse

Die Analyse mittels der Grounded Theory begann bereits nach dem ersten Interview. Wie schon erwähnt, konnte aus zeitlichen Gründen nicht mehr als 12 Interviews durchgeführt werden. Daher ist eine Datensättigung noch nicht erreicht.

In den ersten Interviews waren schon viele benötigte Informationen enthalten, sodass der halbstandardisierte, offene Interviewleitfaden adaptiert werden musste.

Die aufgenommenen Interviews wurden anschließend in ein Word-Dokument transkribiert, wobei darauf geachtet wurde, alle personenbezogenen Daten, welche einen Rückschluss und eine eventuelle Identifizierung der Befragten ermöglicht hätten, zu entfernen. Anschließend begann das offene Kodieren im Rahmen der Grounded Theory. Dazu wurden wichtige Aussagen die sich in den Daten verbargen herausgefiltert und niedergeschrieben. In einem weiteren Schritt wurden dann diese vorläufigen Kategorien neu beschrieben und zu Hauptkategorien, Subkategorien und deren dazugehörigen dimensional Ausprägungen zusammen gesetzt.

3.5 Gütekriterien

Grundsätzlich werden laut Mayer (Mayer, 2002) bei einer Grounded Theory Studie auch die allgemein gültigen Gütekriterien einer qualitativen Forschung angewendet. Diese lauten wie folgt:

- Glaubwürdigkeit
- Folgerichtigkeit
- Angemessenheit
- Übereinstimmung

3.5.1 Glaubwürdigkeit

Unter dem Kriterium Glaubwürdigkeit wird verstanden, ob die gewonnen Daten auch die Sicht der TeilnehmerInnen widerspiegelt.. Es geht also darum, dass der/ die ForscherIn die Befunde richtig interpretiert hat. Daher ist während der Analyse auch

ein kontinuierliches Hinterfragen, ob die Sicht der TeilnehmerInnen widerspiegelt wird, sehr wichtig.

3.5.2 Folgerichtigkeit

Folgerichtigkeit zeigt sich vor allem darin Ob die Arbeit an sich, von der Forschungsfrage bis hin zu Auswertung auch nachvollziehbar. Dies erreicht man durch eine genaue Verfahrensdokumentation (Mayer, 2002).

3.5.3 Angemessenheit

Mit der Angemessenheit meint Mayer (2002, S. 81) die *„Genauigkeit, mit der die Wirklichkeit der TeilnehmerInnen wiedergegeben wird“*

3.5.4 Übereinstimmung

Beim Gütekriterium der Übereinstimmung kommt es darauf an, *„dass die Ergebnisse zeigen, dass die drei oben genannte Kriterien beachtet wurden“* (Mayer, 2002, p. 81).

Ein weiteres Gütekriterium im Rahmen der Grounded Theory ist die Reflexivität. Es lehnt sich an die oben genannten Kriterien nach Mayer (2002) an, Hall und Callery (2001) meinen dazu, es sei besonders wichtig, das Bewusstsein des Forschers bzw. der Forscherin dahingehend zu schärfen, dass er/sie sich jederzeit hinterfragt, ob nicht durch seine eigene Einstellung oder das Verhalten im Allgemeinen, die Interviewsituation und die zu gewinnenden Daten beeinflussen. Dieses Bewusstsein trägt vor allem dazu bei, den Datengewinnungsprozess dahingehend zu gestalten, möglichst unerverzerrte Daten zu erhalten.

In der vorliegenden Arbeit wurde versucht, die oben genannten Kriterien zu erfüllen. Das Gütekriterium der Glaubwürdigkeit kann dadurch erfüllt werden, dass einerseits die Ergebnisse der Studie mit vorhandener Literatur verglichen werden konnten und andererseits durch eine kontinuierliche Reflexion der Sicht der TeilnehmerInnen. Dem Gütekriterium der Folgerichtigkeit und der Angemessenheit wurde dadurch Rechnung getragen, dass die Arbeit in sich schlüssig ist und die Ergebnisse der Studie mit direkten Zitaten der InterviewteilnehmerInnen veranschaulicht werden

konnte. Dem Gütekriterium Reflexivität kann dadurch bestätigt werden, dass ich einerseits gegenüber meinen KollegenInnen immer klargestellt habe, meine Rolle als Forschender und dem Hinweis auf die Anonymität und meiner Verschwiegenheitspflicht. Andererseits wurde durch die positive Rückbestätigung der Erkenntnisse, zweier KollegenInnen deutlich, dass die Daten unter keinem Umstand verzerrt sind.

4. Erkenntnisse

Die Analyse und Darstellung des Prozesses „Wie mit Fehlern umgegangen wird“ konnten interessanterweise nicht direkt, sondern nur indirekt herausgearbeitet werden. Schnell wurde nämlich deutlich, dass die InterviewteilnehmerInnen, bevor sie auf den Umgang mit Fehlern zu sprechen kamen, im Geiste zuerst andere Aspekte in Betracht zogen.

Um den eigentlichen Entscheidungsprozess verstehen zu können, wurde in der Folge versucht, zuerst die Gesichtspunkte dieses „vorgeschalteten“ Prozesses sichtbar zu machen.

Im folgendem werden deshalb erst die vier Hauptkategorien „Beeinflussende Faktoren“, „Fehlerdefinition“, „Fehlerbewertung“, „Wahrnehmung des Fehlermanagements“ vorgestellt, die durch die Analyse der Daten identifiziert werden konnten, und dann in entsprechende Subkategorien unterteilt, um die Zusammenhänge besser sichtbar machen zu können.

Am Ende dieser Darstellung wird dann noch auf die ersten Erkenntnisse zu dem Entscheidungsprozess „Wie wird mit Fehlern umgegangen“, die mit der Kategorie „Umgang mit Fehlern“ betitelt wurde, eingegangen.

4.1 Beeinflussende Faktoren

Die Hauptkategorie „Beeinflussende Faktoren“ beschreibt die verschiedenen Sichtweisen, Wahrnehmungen und Prägungen der Interviewpersonen, die sowohl in deren Persönlichkeit als auch in deren Berufsalltag begründet liegen.

Jedes menschliche Individuum wird geprägt und definiert sich durch eine bestimmte Meinung, ein bestimmtes Gedankengut zu verschiedenen Themen. Festzuhalten dabei ist, dass dieses Gedankengut, diese Meinung, jede Person in irgendeiner Weise beeinflusst, und zwar in den alltäglichen Entscheidungen und Handlungen.

Auch im Rahmen der geführten Interviews wurden viele verschiedene Faktoren genannt, die in weiterer Folge einen möglichen Einfluss auf den Umgang mit Fehlern haben, also darauf, ob in erster Instanz über Fehler gesprochen wird bzw. diese zugegeben werden, und in weiterer Folge im Rahmen des Risikomanagements auch gemeldet, nicht gemeldet oder - im schlimmsten Fall - vertuscht werden.

Wie vielseitig die verschiedenen Wahrnehmungen und Sichtweisen sind, zeigt sich nicht zuletzt anhand der verschiedenen Hierarchieebenen in einem Krankenhaus. Daher setzt sich die Hauptkategorie „Beeinflussende Faktoren“ aus den vier Subkategorien „Ich als Pflegeperson in meiner Persönlichkeit“, „Ich als Pflegeperson in meinem Beruf“, sowie der Subkategorien „Gesellschaft und Öffentlichkeit“ und „Organisation/Management“ zusammen. Diese können ihrerseits wieder in verschiedene Dimensionen, sogenannte Sub-Subkategorien, zerlegt werden. Nachfolgend sollen die vier Subkategorien sowie deren Ausprägungen näher erläutert werden.

4.1.1 Ich als Pflegeperson in meiner Persönlichkeit

Die erste Subkategorie „Ich als Pflegeperson in meiner Persönlichkeit“ spiegelt die Aussagen der TeilnehmerInnen wieder, wie sie Fehler und dem Umgang damit in ihrer Persönlichkeit wahrnehmen, und was sie daraus gelernt haben. Dabei zeigte sich, dass bereits von Kindesbeinen an eine Prägung stattfindet, die sich durch die gesamte Lebenslaufbahn durchzieht. Je positiver die Erlebnisse im Umgang mit Fehlern und das Lernen daraus stattfinden, umso leichter fällt es, mit den Pflegepersonen offen über Fehler zu sprechen. Aus den Interviews konnten verschiedene Faktoren gefiltert werden, die im folgendem näher vorgestellt werden sollen.

4.1.1.1 Moral und Wertevorstellungen als Grundprägung

Die Kategorien „Moral“ und „Wertevorstellungen“ beziehen sich auf unser Verhalten, unsere Handlungen, wie sie von Seiten der Eltern, aber auch von der Gesellschaft erwartet werden. In diesem Zusammenhang kann aber auch vermutet werden, dass die Kultur, in der man lebt, und die kulturellen Vorstellungen und Handlungen einer Gesellschaft einen möglichen Einfluss nehmen. Oft basiert die vorherrschende Moral nicht nur auf den christlichen Werten, vielmehr wird diese auch durch kulturelle Unterschiede geprägt. So ist z. B. das Gebot „Du sollst nicht ehebrechen“ ein christlicher Wert, den unsere Gesellschaft erwartet, aber auch in der islamischen Welt wird Ehebruch als Todsünde angesehen. Dies hat zum Beispiel zur Folge, dass vor allem Frauen, als „Abschaum“ der Gesellschaft angesehen werden.

In den Interviews zeigte sich, dass die Kategorien „Moral“ und „Wertevorstellungen“ sehr eng mit der Kategorie „Erziehung und Schule“ zusammenhängen. Andererseits stehen sie implizit für das Gedankengut und die Persönlichkeit der Befragten. Die Erziehung spielt insofern eine Rolle, als die Interviewpersonen meinten, dass sie durch ihre Erziehung Werte und Moralvorstellungen vermittelt bekommen haben. Dabei werden die Eltern als Vorbilder gesehen, und ihr Verhalten wird von Kindesbeinen an mehr oder weniger kopiert. Neben den Eltern spielen aber auch die Schule und die Gesellschaft eine wichtige Rolle.

4.1.1.2 Moral und Wertevorstellungen in der Erziehung und Schule

Besonders in den Bereichen Erziehung und Schule stellten sich die Kategorien „Moral“ und „Wertevorstellungen“ als wesentliche beeinflussende Faktoren des zu untersuchenden Phänomens dar.

Quer durch die gesamten Interviews nannten alle InterviewteilnehmerInnen Erziehung und Schule als prägende Instanzen. Die Eltern aber auch die LehrerInnen wurden dabei als die Personen genannt, die sie auf das Leben in der Gesellschaft und später auf den Beruf vorbereitet haben. Im Zusammenhang mit dem Thema „Fehler“ wurde deutlich, wie letztlich die Reaktion der Eltern oder LehrerInnen auf Fehler, die passieren, als entscheidend für den Umgang mit Fehlern in der weiteren Lebenslaufbahn gesehen wird. Sie berichteten in diesem Zusammenhang, dass Fehler oft mit Strafen sanktioniert wurden. Für viele Befragten war daher die Verheimlichung von Fehlern die logische Konsequenz. In der Schule hingegen spielt die Notengebung eine entscheidende Rolle. Wer Fehler macht, bekommt automatisch eine schlechte Note. Dabei stellte sich für viele InterviewteilnehmerInnen die Frage, warum es nicht schon in der Schule, aber auch zu Hause, möglich ist, aus Fehlern zu lernen. Wie soll man später im Berufsalltag offen über Fehler sprechen können, wenn einerseits dies nicht gelernt wurde und andererseits ständig mit Sanktionen gerechnet werden muss? Daher lässt sich vermuten, dass eher mit Ablehnung, dem Thema „Fehler“ begegnet wird. Entscheidend dafür ist, wie die Pflegepersonen das Verhalten der Eltern oder des Lehrers/ der Lehrerin erlebt haben.

Eine Interviewperson meinte auf die Frage, ob sie glaube, dass wir durch die Erziehung und die Schule geprägt werden:

„Ja, möglich - schwierig – ja doch. Das ist immer sehen und handeln. Ja, das wird schon so sein. Denn, wenn ich so erzogen werde, dass alles mir abgenommen wird und jeder immer hinter mir her ist und uns die kleinen Dinge, die man als kleines Kind schon macht, ohne dass es von den Eltern reflektiert wird, ob dies richtig oder falsch ist, dann ist es natürlich wahrscheinlich so, wenn man älter ist und im Berufsleben steht, dass man es auch so macht. Man weiß es vielleicht, aber im Unterbewusstsein verdrängt man es wieder. Und ich glaube, es ist alles in Ordnung. Sehen und handeln, verantwortungsvoll sein, das haben nicht alle.“

Eine andere Interviewperson äußerte dazu:

Die Erziehung ist mit Sicherheit auch ein großer Faktor im Umgang mit Fehlern. Wie habe ich den Umgang mit meinen Fehlern von meinen Eltern gelernt? Wie haben sie reagiert auf meine Fehler? Konnte ich aus meinen Fehlern lernen, oder wurde ich zugleich bestraft? Muss ehrlich gestehen, ich war sicherlich kein einfaches Kind, und ich hatte strenge Eltern, die mich sehr viel bestraft haben. Und daher habe ich meine Fehler auch manchmal verheimlicht. So wie Unterschriften gefälscht oder einfach gelogen, wenn ich zum Beispiel wo hin wollte. Aber ich denke, dass macht wohl jeder in seinem Leben.

Eine weitere Gesprächspartnerin meinte auf die konkrete Frage, ob man denn neben den Eltern auch von der Schule geprägt werden würde:

„Ja natürlich die Schule auch. Letztendlich sollte aber die Schule auch da sein, um aus Fehlern lernen zu können. Aber das geht, glaube ich, auch sehr schwer, da die Schule ja doch uns auch auf den Berufsalltag vorbereiten sollte. Und da wir in einer Gesellschaft leben, in der du nur bestehen kannst, wenn du gute Noten, also deine Leistung bringst, dann

stellt sich für mich natürlich die Frage, inwieweit ein Lernen aus Fehlern möglich ist.“

4.1.1.3 Ich möchte perfekt sein als Wunschdenken, fehlerlos zu gelten

Desweiteren wurde in den Interviews sehr deutlich, dass von den Befragten ein gewisser Leistungsdruck von Seiten der Gesellschaft, aber auch der Organisation „Krankenhaus“ wahrgenommen wird. So wurde von vielen Interviewpersonen gemeint, man müsse hundertprozentig funktionieren, um in einem solchen System überhaupt bestehen zu können. Fehler sind in diesem Zusammenhang deshalb unerwünscht und würden die Produktivität eines Betriebes deutlich herabsetzen - gerade auch in einem Krankenhaus, wo es letztlich um menschliches Leben gehe. Fehler würden daher gleichzeitig auch das Ansehen und die Vertrauenswürdigkeit schwächen. Aufgrund dieses Leistungsdruckes und der hohen Erwartung zu funktionieren, aber auch aufgrund des Anspruches an sich selbst, perfekt zu sein, kann angenommen werden, dass ein gewisses Wunschdenken dahingehend herrscht, als fehlerlos zu gelten. Denn nur wer keine Fehler macht, kann bestehen und wird in weiterer Folge auch anerkannt und gelobt werden.

„Naja ich glaube schon, dass dieses perfekt-sein-wollen und dieses „ich bin so toll“, „wie bin ich - so super“, da gibt es keine Fehler bei manchen. Manche glauben - und sind von sich so überzeugt und glauben wirklich -, dass sie auch die Kraft haben durch ihre eine einzige Person, so viel Überzeugungskraft haben, dass sie die anderen 15 oder 20 Personen, die auf der Station sind, so kontrollieren und beeinflussen können, dass die auch glauben, sie machen keine Fehler. Was für mich persönlich ein falsches Weltbild ist. Aber ich glaube schon, dass wir einfach so gedrillt worden sind. Letztendlich geht es um Leistung. Dies kann ich zwar überhaupt nicht nachvollziehen, aber ich weiß, dass es so passiert.“

Eine weitere Aussage, die diesen Aspekt bestätigt, war zum Beispiel:

„Ich meine, einerseits hängt es sicherlich mit der Psychologie zusammen dass der Mensch im Laufe seiner Entwicklung (Textpassage nicht

verstanden). angewiesen ist und im Laufe der Kindheit, Anerkennung kriegst, wenn du perfekt bist, so wie ich es will, dies ist sicherlich eine Faktor. Das andere ist möglicherweise, dass manche Pflegepersonen gerne halbe Ärzte wären und jeder (Textpassage nicht verstanden) desto näher komme ich an den Arzt heran, vielleicht ist dies noch ein Faktor. (,) Dann vielleicht auch eine gewisse Größenhaltung im Pflegebereich, dass manche sich und ihre Möglichkeiten überschätzen und im Zuge des Helfersyndroms, dass man dem Patienten möglichst viel helfen will und möglichst beste Pflege bieten will, und das überhaupt nicht aushaltet, wenn etwas mal nicht so passt. (,) Oder wenn man es auch nicht aushält, wenn der Patient mal nicht so mitmacht, wie man sich dies vorstellt, zum Beispiel bei Pflegehandlungen. Dass er die Füße nicht eine Viertelstunde hoch lagert, bevor man die Stützstrümpfe anzieht. Oder, dass er in der Früh aufsteht und nicht die Stützstrümpfe anzieht, weil er aufs WC geht. Oder solche Geschichten vielleicht. Was manche besser aushalten, aber andere die halt perfekt sein wollen, das weniger aushalten.“

4.1.1.4 Grundstreben nach Anerkennung

Diese Kategorie hängt sehr eng mit den oben genannten Kategorien zusammen. Das Grundstreben nach Anerkennung ist in jedem Menschen vorhanden, da jedes Handeln und Tun damit verbunden ist, in irgendeiner Weise auch Lob dafür zu bekommen. Fehler sind kontraproduktiv und werden auch so gesehen.

4.1.1.5 Persönliche Umstände/ Tagesverfassung

Ein Aspekt, der nicht außer Acht gelassen werden darf und der sich quer durch die Interviews zog, war die Tatsache, dass anscheinend auch die persönlichen Umstände und die Tagesverfassung Einfluss auf das zu untersuchende Phänomen nehmen. Dabei wurde deutlich, dass Probleme im privaten Umfeld oder im Arbeitsumfeld Auswirkungen auf die Konzentrationsfähigkeit der Pflegepersonen haben können, weil man mehr oder weniger nicht mit voller Konzentration bei der Arbeit sein kann. Den Pflegepersonen ist dieses Dilemma durchaus bewusst, aber es fehlt an Verhaltensmuster und Bewältigungsstrategien, mögliche Probleme zu

kompensieren. Warum dies so ist, bzw., warum dies so erlebt wird, konnte im Rahmen der Interviews noch nicht geklärt werden.

4.1.2 Ich als Pflegeperson in meinem Beruf

Neben der Subkategorie „Ich als Pflegeperson in meiner Persönlichkeit“ steht die Subkategorie „Ich als Pflegeperson in meinem Beruf“. Sie steht für die Sichtweise und Wahrnehmung der Pflegepersonen in ihrem Berufsalltag. Dabei zeigte sich, dass die Pflegepersonen hier eine ganz spezifische Sichtweise und Wahrnehmung haben und verschiedene Faktoren genannt haben, die Einfluss auf das Phänomen „Umgang mit Fehlern“ nehmen. Im folgendem sollen die Ausprägungen dieser Subkategorie näher vorgestellt werden.

4.1.2.1 Berufsethos

Mit der Kategorie „Berufsethos“ sind alle sittlichen und moralischen Grundsätze im Berufsalltag der Interviewpersonen gemeint. Diese bestimmen wiederum das Handeln der Betroffenen. Dabei blickt gerade die Berufsgruppe der Pflege auf eine langjährige Tradition zurück. Sie ist seit jeher sehr eng mit dem Begriff des „Helfens“ verbunden und definiert sich auch dadurch. In den Interviews wurde daher auch sehr deutlich, wie dieser Begriff sämtliche Pflegepersonen prägt. Der Wunsch und auch die grundlegende Überzeugung, den PatientInnen keinen Schaden zuzufügen und ihnen letztlich zu helfen, spielt eine zentrale Rolle und wird in den Vordergrund des beruflichen Handelns gestellt. Desweiteren ist gerade dieser Aspekt des Helfens für viele Pflegepersonen die Motivation, diesen Beruf auch auszuüben und darin eine gewisse Erfüllung zu finden. Sollte jetzt der Pflegeperson ein Fehler passieren, steht sie damit im Konflikt mit sich selbst. Die Tatsache, dass durch ihr Verschulden unter Umständen ein Patient/ eine Patientin zu Schaden gekommen ist, wird dabei als sehr belastend empfunden. Eine Interviewperson meinte dazu folgendes:

„Ich glaube, dass viele Pflegepersonen viel zu sehr noch dieses sogenannte Helfersyndrom in sich haben. Und man versucht dann halt (,), wie soll ich dies näher beschreiben (,) also indem man eben versucht dem Patienten möglichst viel zu helfen, dadurch aber unter Druck kommt, wenn

der Patient nicht mitmacht, wenn dann das, was ich ihm helfe, nicht den gewünschten Erfolg hat. Aber ich versuche dem Patienten nur deshalb so viel zu helfen, weil ich mein persönliches Ego damit befriedigen möchte. Weil ich damit zeigen möchte, wie gut ich bin, und dafür wieder Anerkennung möchte vom Patienten.

Auf die Frage, wie dies in Bezug auf Fehler zu verstehen sei, entgegnete die Interviewperson:

„Entschuldigung, ich bin jetzt vielleicht etwas vom Thema abgekommen. Aber ich denke mir, wenn jetzt etwas passiert, also ein Fehler, dann fühlt sich die Pflegeperson schuldig. Wobei ich hier schon auch erwähnen möchte, dass wir uns sobald irgendetwas passiert, ja sofort schuldig fühlen. Ich denke, dies hat auch etwas mit unserer Berufsidentität zu tun.“

4.1.2.2 Abgrenzung im Berufsalltag

Ein weiterer interessanter Aspekt, der sich in den Interviews zeigte, und der sicherlich sehr eng mit der oben genannten Subkategorie „Berufsethos“ zusammenhängt, scheint die Tatsache zu sein, dass es den Pflegepersonen sehr schwer fällt, sich abzugrenzen. Einerseits zeigt sich die fehlende Abgrenzung in der direkten Arbeit am Patienten, wenn Gefühle wie Mitleid und ein stark ausgeprägtes helfen wollen in den Vordergrund treten, und andererseits fällt es einem Großteil der Pflegepersonen auch sehr schwer, sich in der interdisziplinären Arbeit abzugrenzen. In diesem Zusammenhang wurde sehr deutlich, dass sich die Pflegepersonen für alles und für jeden zuständig fühlen. Im Hinblick auf das Thema kann daher vermutet werden, dass die Fehleranfälligkeit in Folge mangelnder Abgrenzung steigt.

Dies wurde vor allem durch folgende Aussagen deutlich:

„...Weil so viel an Informationen und rund herum auf uns einströmt, dass man oft unterbrochen wird. Und dadurch schon. Und wir auch glauben, dass ist auch unsere eigene Schuld, wir müssen immer sofort agieren. Telefon, irgendjemand fragt, irgendjemand will was und man rennt gleich,

ohne das, was man gerade tut, fertig zu machen. Und da glaube ich, passieren halt diese ganzen beinahe Fehler oder so oder halb, es wird nicht so ordentlich durchgeführt. Und das sind die Fehler, wo man erst nach drei Wochen darauf kommt, aha, hätte ich doch...“

Eine weitere Interviewperson meinte:

„Wir können uns nicht abgrenzen. Man muss wissen, dass die Tätigkeit, die man tut, egal welche das jetzt ist auf der Station (,) das fängt bei der Körperpflege an, Medikamente einschachteln, Infusionen herrichten, egal was (,) jede Tätigkeit ist wichtig für den Patienten. Und wenn ich jetzt gerade die Infusionen herrichte, und es ist jetzt ein Herzalarm oder einer stürzt vor mir, na dann ist klar, dann muss sich sofort agieren, aber wenn irgendjemand nur Auskunft oder so, dann muss der Mensch halt warten. Denn wenn du auf ein Amt gehst oder zum Doktor gehst, musst du auch warten. Und ich glaube schon, dass da manches mal (Textpassage nicht verstanden). Das entdecken wir oft gar nicht. Ich bin mir sicher, viele Fehler bemerken wir gar nicht, weil der Mensch eh einiges aushält, und an einem falschen Medikament stirbt er nicht gleich. Gott sei Dank! Aber dieses Abgrenzen und das Wissen, dass diese Tätigkeit, die ich jetzt mache, wirklich wichtig ist, das haben wir alle nicht. Ich weiß nicht warum, das ist in der Pflege besonders. Die Ärzte haben das eher, dass sie gelernt haben, sich abzugrenzen. Die Pflege gar nicht.“

Eine weitere Interviewperson nahm Stellung zum Aspekt „Abgrenzen gegenüber den PatientInnen“:

„Weißt du, ich kann mich oft schwer abgrenzen. Dies mag vielleicht auch darin liegen, dass ich noch sehr jung bin. Aber mir tun oft die Leute so leid, und wenn ich dann sehe, was wir oft tun(,) dieses unnötig Leben verlängern, dann tu ich mich schon sehr schwer. Und wenn ich mir dann überlege, mir würde ein Fehler passieren, Gott sei Dank ist dies noch nicht passiert, dann würde mir dies auch sehr schwer fallen mich abzugrenzen.“

Ich glaube, egal welche Umstände zum Fehler geführt haben, ich würde mich schuldig fühlen“.

4.1.2.3 Ausbildung und Status als Auszubildender

Die Ausbildung im Pflegeberuf wird von allen Interviewpersonen als sehr wertvoll und praxisnahe gesehen. Und doch wurde deutlich, dass viele Pflegepersonen bereits in der Ausbildung den Aspekt des Fehlermachens und den Umgang mit Fehlern vermissen. Der Wunsch, diese für viele wichtigen Bausteine in die Ausbildung zu integrieren, wurde mehrmals genannt. Gerade in einer so berufsbezogenen Ausbildung sollte doch auch der Umgang mit Fehlern ein Thema sein. So meinten jedenfalls einige Interviewpersonen. Der Status des Schülers wird dabei als eine Position gesehen, in der es möglich ist, aus Fehlern zu lernen, aber auch als Schutz, da die Ausbildungsverordnung klar regelt, dass ein Schüler/ eine Schülerin nur unter Aufsicht arbeiten darf und daher auch keine direkten Konsequenzen auf die berufliche Laufbahn zu befürchten hat.

„Ich glaube einfach, dass auch in unserer Ausbildung noch immer dieses schulmäßige lernen (,) man lernt etwas und dann kannst es oft auswendig für die Prüfung. Und dass es dann oft in der Realität und vor allem in dem Beruf, also auf der Station, ganz anders aussieht. Und wenn du dann in so einen Betrieb bist, wo viele Leute auf einem Haufen sind, Ärzte, Schwestern, Patienten, Angehörige, Hausarbeiter, dieses Durcheinander, das oft stattfindet, dann glaube ich auch, dass unser Beruf einfach fehleranfällig ist“.

Eine weitere Interviewperson äußerte dazu:

„Der Schüler hat doch die Möglichkeit, Fehler zu machen und dann aus Fehlern zu lernen. Aber ich denke mir, wenn dies in der Ausbildung kein Thema ist, wie soll er dies können.“

4.1.2.4 Berufsalltag und Berufserfahrung

Der Eintritt in das „wahre“ Berufsleben stellt für viele Pflegepersonen einen weiteren wichtigen Baustein in ihrer Berufslaufbahn dar. Die plötzliche Umstellung des Auszubildenden zum Ausbilder wird dabei als ein gewisser „Schock“ bzw. als eine Überforderung wahrgenommen. Letztendlich trägt die Pflegeperson mit Eintritt in den Berufsalltag, im Gegensatz zum Schüler, die volle Verantwortung und ist dadurch in weiterer Konsequenz für ihr Tun und Handeln an den PatientInnen verantwortlich. Die Angst und in weiterer Folge die Wahrscheinlichkeit, dass Fehler, speziell in diesem Anfangsstadium passieren, ist als sehr hoch einzustufen, vor allem aufgrund von noch bestehenden Informations- und Wissensdefizite. Die Auswertung der Interviews hat jedoch ergeben, dass es unerheblich ist, inwieweit die Pflegeperson ihr Wissen durch die Ausbildung erweitern und mehr Sicherheit durch die verschiedensten Praktika gewinnen konnte. Eine gewisse Unsicherheit und Scheu bleibt trotz allem bestehen, und erst im Laufe weiterer Berufsjahre werden eine bestimmte Professionalität und ein stationsspezifisches Fachwissen erworben. Dadurch sinkt natürlich einerseits die Wahrscheinlichkeit, dass Fehler passieren, und andererseits wird ein professioneller Umgang mit Fehlern, sofern dieser auch auf der Station praktiziert und gelebt wird, erlernt.

„Ich denke mir halt, dass es für neue zu Beginn sehr schwierig ist, zum einen eine neue Station, neues Team. Und viele kommen ja zwar mit einem gewissen Rüstzeug auf die Station, aber lernen müssen trotzdem. Und deshalb glaube ich halt, dass auch die Fehleranfälligkeit am Anfang ziemlich hoch ist. Zum Beispiel, wenn jemand einen Schrittmacher erhalten hat und nicht unbedingt mit Hanteln arbeiten sollte, postoperativ, dies sollte man wissen, wenn man eine Schwester auf der Kardiologie ist. Weiß man dies nicht, ist das ein Fehler, egal von wem auch immer. So sehe ich das. Vielleicht gibt es einen netten Standard, dass man es wissen sollte, aber das ist ja auch schon ein Fehler, dass viele Sachen nicht standardisiert sind. Zumindest das glaube ich. Und natürlich kann es auch sein, dass ich es weiß, aber vergessen habe weil ich 17 Patienten habe(.) und - warum auch immer - es nicht umgesetzt habe.“

4.1.2.5 Rechtliche und direkte Konsequenzen

Die Angst vor rechtlichen und direkten Konsequenzen ist ein weiterer, wesentliche beeinflussender Faktor. Dabei wurde durch die Auswertung der Interviews deutlich, dass nicht primär Angst vor den eigentlichen Konsequenzen herrscht. Vielmehr besteht die Angst darin, dass viele Pflegepersonen gar nicht wissen, was im Fall der Fälle mit ihnen passieren würde. Das nicht informiert werden und das nicht wissen, welche Folgen zu erwarten sind, wird für die Interviewpersonen als sehr belastend empfunden. Dies stellte sich auch im Rahmen des Risikomanagements so dar. Auch hier tritt eine große Unsicherheit auf. Denn die Fehlermeldung wird einerseits für viele aufgrund der nicht vorhandenen Transparenz als großes Problem gesehen, und andererseits wird diese Meldung des Fehlers schon als Schuldeingeständnis gewertet. Daher kann hier vermutet werden, dass dies in weiterer Folge natürlich Konsequenzen hat, und sich deshalb viele Pflegepersonen schon im Vorfeld überlegen, ob sie den Fehler letztlich melden oder nicht. Die Wahrscheinlichkeit, dass der Fehler schließlich nicht gemeldet wird, ist hier sicherlich als sehr hoch einzustufen.

„Es ist ja oft so, dass wir gar nicht wissen, was mit uns passiert. Das sagt dir ja auch kein Mensch. Und da wird auf der einen Seite so groß gequasselt von Fehlermanagement, und wie wichtig es ist. Aber auf der anderen Seite weiß kein Mensch, was passiert mit mir, wenn ich einen Fehler begangen habe. Was passiert mit meiner Fehlermeldung? Wozu soll ich diese Fehlermeldung überhaupt ausfüllen? Das sind für mich essentielle Fragen.“

Eine andere Pflegeperson meinte:

„Weißt du, und dieses Risikomanagement, was jetzt in unserem Haus existiert, das ist für mich nicht nachvollziehbar. Und dieses Ausfüllen des Fehlermeldeblatts zum Beispiel vielleicht zu viel ist, oder man nicht weiß, wie man das so formulieren kann, dass man erstens anonym bleibt, ist sicher auch ein sehr wichtiger Faktor. Und zweitens ist das Hinschreiben oft dann so viel Eingeständnis meiner Schuld, dass sich da manche, glaube ich, ein bisschen dagegen wehren.“

4.1.2.6 Position/ Status der Pflegeperson im Team

Einen weiteren beeinflussenden Faktor im Umgang mit Fehlern bildet die Frage, welche Position bzw. Status die Pflegepersonen in ihrem Arbeitsumfeld/ Team innehaben und inwieweit die MitarbeiterInnen im Team integriert sind. Dies scheint den Pflegepersonen gerade aufgrund der Multiprofessionalität des Teams und der verschiedenen Hierarchieebenen im Krankenhaus besonders wichtig zu sein. Je nachdem, ob und wie die Betroffenen in diesem sozialen Gefüge integriert sind, werden ihnen, meist unbewusst, gewisse Rollen zugeteilt. Sie entwickeln dabei gewisse Verhaltensmuster und Kompetenzen, die dem Team nützen und letztlich ihren Status im Team prägen. Dabei spielt neben der sozialen Kompetenz der MitarbeiterInnen auch die persönliche Bereitschaft, sich in das Team zu integrieren, eine entscheidende Rolle. Ergänzend dazu ist natürlich auch das Team gefordert. Neben der Bereitschaft und der Offenheit bzw. dem Willen, die MitarbeiterInnen in das Team zu integrieren, wird von diesen auch soziale Kompetenz gefordert. Dabei konnte in den Interviews herausgefiltert werden, dass der Stationsleitung eine entscheidende Rolle zukommt. Sie wird dabei als die Person angesehen, die darauf zu achten hat, dass jede/ jeder sich auf der Station wohlfühlt und im Team integriert ist.

4.1.2.7 Persönliche Erfahrungen und Erlebnisse

Auch die persönlichen Erfahrungen und Erlebnisse im Umgang mit Fehlern stellen einen weiteren wichtigen Aspekt dar. Schon von Kindesbeinen an (siehe Kategorie Erziehung) werden wir geprägt, wie mit unseren Fehlern, die wir im Laufe unseres Lebens machen, umgegangen wird.

Dabei wurde in den Interviews deutlich, dass es ihnen umso leichter fällt über das Thema „Fehler“ zu sprechen, je positiver die Betroffenen Erlebnisse mit diesem Thema verknüpfen. Ob diese Einstellung aufrecht erhalten werden kann, - wobei es unerheblich ist, ob positiv oder negativ - hängt von den weiteren Erfahrungen im Lebens- und Berufsalltag ab. Fakt ist, dass es dem Großteil der Pflegepersonen durchaus bewusst ist, wie schnell ein Fehler im Berufsalltag passieren kann, egal in welcher Situation, und wie die Umstände sind, die letztlich zu dem Fehler führen. Gerade aus diesem Grund ist es aber den Pflegepersonen besonders wichtig, nicht als „Sündenbock“ abgestempelt zu werden. Vielmehr wünschen sie sich Verständnis,

und dass sie sich in einer solchen Situation nicht alleine gelassen fühlen müssen. Auch das Wissen, wie mit dem Geschehenen umgegangen wird, ist für viele Betroffene sehr wichtig. Dabei spielen sowohl die Reaktion und das Verhalten der Stationsleitung als auch der übrigen Teammitglieder eine wesentliche Rolle. Meist wird speziell am Anfang der Berufskarriere, je nach vorhergegangenen Erfahrungen, der erste Fehler zugegeben und gemeldet. Ob in weiterer Folge auch weitere Unachtsamkeiten bzw. Fehler gemeldet werden, ist wiederum, von den persönlichen Erfahrungen und Erlebnissen mit dem Geschehenen abhängig, aber auch von Beobachtungen in Bezug auf den Umgang mit Fehlern von KollegInnen.

„Also, wenn es jetzt um meine Fehler gegangen ist, also wo ich etwas falsch gemacht habe, mache ich mir natürlich Vorwürfe warum und wieso. Das mach ich mir auch, obwohl ich im Stande bin, wohin zu gehen und darüber zu sprechen. Auch geht's mir schlecht, wenn ein Fehler passiert ist auf der Station, und ich muss das jetzt eben melden, weil Gefahr im Verzug ist, oder was auch immer, da geht es mir auch nicht gut dabei. Weil ich ja diesen Menschen sehe, dem das passiert ist, und mir vorstelle und auch erlebt habe, diese Qualen die man halt hat, diese Selbstvorwürfe die man hat, leid tut, dass es diesem Menschen passiert ist. Aber trotzdem geht es halt nicht anders, manchmal, oder ist es auch gut, dass man manche Dinge nicht unter den Teppich kehrt. Und man wird ja auch abhängig davon. Wenn so etwas passiert, und das bleibt unter zwei Menschen, das ist eh nicht gut. Für beide nicht. (kurze Pause) Ich bin ja ein positiv denkender Mensch und darum weiß ich ja, dass es für alles eine Lösung gibt.“

Eine weitere Interviewperson meinte:

„Fehler würde ich beziehungsweise hat für mich schon so einen Beigeschmack, dass es etwas Schlechtes ist. Das hat es für mich schon. (,) Und so aus meiner Erfahrung her, wenn es um Fehler geht, ist die Versuchung sehr nahe, dass man gleich nach Schuldigen gesucht. Wer ist schuld am Fehler? Das ist schon meine Erfahrung. Wenn man sich zwar bewusst macht, dass es vielleicht um etwas anderes gehen könnte, ist ja

häufig der Reflex da, wer ist schuld daran. Das erlebe ich auch sehr stark zwischen den Berufsgruppen, dass, wenn irgendein Fehler passiert ist, eine Berufsgruppe gerne es auf die andere Berufsgruppe schiebt und die andere wieder auf die andere Berufsgruppe, und, dass es manchmal gar nicht so einfach ist zu analysieren, was steckt jetzt hinter dem Fehler. Wie ist der jetzt entstanden und wie könnte ich es (,) das nächste Mal anders machen?“

Auf die Frage, was sie mit dem Wort „Sündenbock“ meine bzw. wie sie dies definieren würde, antwortete die Interviewperson:

„Naja, dass man eben dann versucht für diesen Fehler einen Schuldigen, einen Sündenbock, zu finden, der eben dafür verantwortlich ist. Weil dies meistens einfacher und schneller geht als zu schauen, was steckt hinter diesem Fehler eigentlich. Sind das zum Beispiel Organisationsabläufe, die man ändern sollte? Sind Informationsflüsse nicht vorhanden, die vorhanden sein sollten? Liegt es am Meinungs Austausch oder am fehlenden Meinungs Austausch, dass dieser Fehler passiert ist? Und in die Richtung geht es eben. Es ist eben einfacher und schneller einen Sündenbock zu finden.“

Eine weitere Interviewperson äußerte dazu:

„Ich denke mir, so etwas muss wachsen und man muss das leben und erleben. Und man kann mir schon erzählen: „Ich tu dir nichts.“ Wenn du einen Fehler machst, dann muss man das erst erlebt haben. Ich glaube, man muss es erleben und nur die schönen Worte alleine - also ich rede jetzt nur einmal für mich - nur schöne Worte geben mir noch keine Sicherheit. Ich muss das einmal erleben und selber den Mut fassen dazu, mir ist das passiert, das und das ist schief gelaufen. Und wenn ich es dann erlebe, dass mit Fehlern positiv beziehungsweise zu mindestens neutral umgegangen wird, dann wird es mir das nächste Mal leichter fallen. Das muss man erleben, nur zu reden ist zu wenig.“

4.1.3 Organisation/ Management

Eine weitere Ebene der beeinflussenden Faktoren ist die Subkategorie „Organisation/ Management“. Sie repräsentiert einerseits Aussagen bzw. Wünsche der Pflegepersonen an die Vorgesetzten, und andererseits werden Aspekte, die die Organisation betreffen, genannt und daher dieser Kategorie zugeordnet. Die Auswertung der Interviews ergab, dass hier den Vorgesetzten eine wesentliche Rolle zukommt. Sie werden als die Personen angesehen, die den offenen Umgang mit Fehlern ermöglichen und praktizieren sollen. Welche Aspekte bzw. Wünsche an sie herangetragen werden, und welche Faktoren noch der Kategorie zugeteilt werden können, soll im folgendem kurz vorgestellt werden.

4.1.3.1 Verhalten des Managements

Das Verhalten des Managements stellte sich als zentral heraus. Es zog sich in unterschiedlichen Ausprägungen wie ein roter Faden durch alle Interviews. Dabei wurde neben der Oberschwester und der Pflegedirektion von den meisten befragten Personen in erster Linie die Stationsleitung genannt. Sie wird als die Person wahrgenommen, die die Verantwortung für das Team trägt. Auch wird sie von vielen als Stationsmutter gesehen, die dafür Sorge zu tragen hat, dass es den Pflegepersonen gut geht, und die zum Wohlbefinden jedes Einzelnen beiträgt. Um einen positiven Umgang mit Fehlern zu erleben und zu praktizieren, wird von den Pflegepersonen eine hohe soziale Kompetenz der Stationsleitung gefordert. Aber auch das Verhalten der Vorgesetzten sei wichtig. Dabei wird von Seiten der Pflegepersonen sehr genau darauf geachtet, wie Stationsleitungen auf Fehler reagieren. Für viele Pflegepersonen ist es daher wichtig, dass ein Vertrauensverhältnis zur Vorgesetzten/ zum Vorgesetzten herrscht. Dies wird auch von den interviewten Stationsleitungen so gesehen. Ist diese Vertrauensbasis nicht vorhanden, wird die Meldung eines Fehlers als kontraproduktiv gesehen. Somit wird es in diesem Fall auch sehr schwierig sein, einen offenen Umgang mit Fehlern zu leben.

„Für mich persönlich sage ich, dass ich mich schon immer bemüht habe, einen offenen Umgang mit Fehlern zu haben. Weil ich weiß, wohin es Menschen treiben kann, wenn es eben nicht so ist. Aber da habe ich eben

meine Erfahrung gemacht, die manch anderer - Gott sei Dank - nie machen hat müssen. Und ich eben auch so offen bin oder war, dies anzunehmen, um aus diesem Fehler zu lernen. Weil, für mich gibt es keinen Fehler, den jetzt irgendjemand, (,) weil ich mache genauso Fehler und habe wie ich noch im Radl war Fehler gemacht. Und es gibt keinen Fehler, egal was passiert, den man jetzt nicht. (,) Also ich möchte jetzt, wenn ein Mitarbeiter einen Fehler macht, zu mir oder zu einem anderen auf der Station kommt, und das Vertrauen hat, von vornherein das Vertrauen hat, dorthin geht und darüber sprechen kann. Also das ist etwas, was ich schon immer wirklich praktiziere. Und ich denke schon, dass das meine Mitarbeiter auch so sehen.“

Eine weitere Pflegeperson meinte:

Ich denke, es ist besonders wichtig ein Vertrauen zur Stationsleitung zu haben. Und ich glaube auch, dass es deshalb wichtig ist zu ihr zu kommen und ihr zu sagen, dies und das ist mir passiert, aus dem oder dem Grund, egal warum auch immer. Erstens, dass ich es mal los bin, und zweitens kann man dann schauen, was kann man tun, warum ist das passiert.

Eine weitere Stationsleitung entgegnete auf die Frage, warum sie glaube, dass ihr Fehler sehr wohl gemeldet werden würden:

„Ich glaube, dass sie dies auch tun, weil sie erstens das Vertrauen haben, ohne dass ich jemand niedermache, oder herumrenne und jedem erzähle, weil das ist ja diese Scham, die wir haben, wenn wir Fehler machen, das ist ja ganz natürlich. Und ja, darum glaube ich, sagt man mir das.“

4.1.3.2 Status der Pflegeperson in der Hierarchie

Neben dem Status und der Integration im Team jeder Pflegeperson, ist auch ausschlaggebend, auf welcher Hierarchieebene die Pflegeperson steht. Die Auswertung der durchgeführten Interviews zeigte dahingehend einen spannenden

Aspekt auf. So wurde von Seiten der interviewten Stationsleitungen deutlich, dass die Hierarchieebene insofern einen Einfluss auf das Zugeben eines Fehlers bzw. auf die Meldung hat, als es ihnen gegenüber, also den Stationsleitungen gegenüber, wesentlich leichter fällt, Fehler offen auszusprechen. Manche vermuten, dass es bei vielen Pflegepersonen dabei um das Grundstreben nach Anerkennung und nach Lob geht. Auf der anderen Seite kann vermutet werden, dass die Pflegepersonen davon ausgehen, die Meldung eines Fehlers oder einer möglichen Fehlerquelle, hebe unter Umständen ihr Ansehen und ihren Status im Team und gegenüber ihrer Leitung.

Gleichzeitig wurde aber auch der Umkehrschluss deutlich: Gegenüber gleichgestellten Personen, also ArbeitskollegInnen, werden Fehler nicht gemeldet bzw. wird nicht offen darüber gesprochen. In diesem Zusammenhang wird deutlich, dass hier das Schamgefühl und das Bloßstellen vor den KollegInnen (was könnte die andere Person über mich denken) eine große Rolle spielt. Dies wird jedenfalls von den Stationsleitungen so wahrgenommen. Ob diese Sicht auch von den Pflegepersonen geteilt wird, kann aufgrund der zu geringen interviewten Pflegepersonen, die direkt am Krankenbett arbeiten, nicht beantwortet werden. Darüber hinaus begreifen sich die Stationsleitungen als Führungskräfte, die eine Vorbildfunktion haben und daher sei es ihnen auch wichtig, ihren Teams gegenüber offen über Fehler sprechen und diese auch zugeben zu können.

Eine Stationsleitung meinte auf die Frage, ob sie Fehler schon zugegeben hätte:

„Ja, auch in meinem Team. Weil ich habe, wie soll ich dir sagen, natürlich habe ich auch ein Schamgefühl. Aber ich hätte jetzt keinen Grund, wenn ich einen Fehler mache, würde ich auch mit meinem Team darüber zu sprechen. Also ich würde dies als Vorbild oder als Erziehung, je nachdem, sehen. Weil ich denke, es ist auch gut, wenn ein Chef einmal einen Fehler macht und dies auch zugibt. Weil dies ist ganz menschlich, würde ich sagen. Und auch meiner Vorgesetzten gegenüber. Also auch da hätte ich kein Problem zu sagen, das und das ist mir passiert, ist mein Fehler.“

Eine weitere Stationsleitung sagte:

„Also ich muss sagen, dadurch, dass ich schon über zehn Jahre auf dieser Station Stationsleitung bin, habe ich mir doch schon eine gewisse Position

erarbeitet, und alleine aufgrund meiner Position kann ich auch Fehler leichter zugeben, weil es auch schon viele Jahre gegeben hat, wo ich keine Fehler gemacht habe. Und selbst wenn es Aufregung geben würde vom Team her, ja es ist so passiert und aus. Also ich bin dann schon auch in der mächtigeren Position, muss ich dann ganz ehrlich sagen. Was es mir dann wiederum leichter macht, über Fehler zu sprechen.“

In Bezug auf das Eingestehen von Fehlern von Seiten der Pflegepersonen wurde zum Beispiel von einer Stationsleitung berichtet:

„Sie sollen mir sagen können, mir ist dies und das unterlaufen, was soll ich jetzt machen. Das man gemeinsam dann auch nach Lösungen sucht. So würde ich es mir gegenüber jetzt vorstellen. Und im Idealfall wäre es auch im Team, dass sie auch untereinander Fehler zugeben können. Was manchmal vielleicht sogar schwieriger ist, als gegenüber dem Vorgesetzten, möglicherweise.“

Eine weitere Stationsleitung äußerte auf die Frage, ob Pflegekräfte über Fehler, die ihnen unterlaufen sind, sprechen würden:

Ja. Also mit mir. Das heißt noch lange nicht, dass sie untereinander über Fehler sprechen. Das wird, glaube ich, nicht so offen gemacht. Weil natürlich jeder . . . man will ja nicht als der Schuldige oder als der Dumme dastehen. Dies will ja der Mensch nicht.

Eine andere Stationsleitung meinte auf die Frage, warum sie glaube, dass es den Pflegepersonen so schwer fällt, untereinander Fehler zuzugeben:

„Ich glaube, dass man sich vor den Kollegen nicht so bloßstellen will.“

4.1.3.3 Arbeitsklima

Besonders das Arbeitsklima wurde in den Interviews als wichtig erachtet. Denn je harmonischer dieses sei, desto leichter falle es auch den Pflegepersonen offen über

Fehler zu sprechen. Dabei wurden Faktoren wie Vertrauen, Akzeptanz und Respekt untereinander genannt.

„Naja, das irgendwie ein Gesprächsklima herrscht, ein Arbeitsklima, wo man, wenn man einen Fehler gemacht hat, auch sagen kann, ohne dass man gleich befürchten muss, man wird jetzt fast gesteinigt, im bildlichen Sinn. Sondern dass man eben sagen kann: „O.k., ich habe ihm jetzt die falschen Medikamente gegeben.“ Man sagt es dem Arzt, der schaut sich das an und sagt dann: O.k., es war nicht so schlimm.“ Oder: „Da müssen wir dieses Medikament zugeben, oder er kriegt eine Infusion.“ Also meistens gibt es eh irgendwelche Mittel, um die Auswirkungen möglichst gering halten zu können. Nur muss man es vorher sagen können. Das wichtigste ist, dass man es vorher auch sagen kann, wenn es passiert ist, ohne dass man dann Disziplinarverfahren befürchten muss. Das, glaube ich, ist das wichtigste. Dieses Klima, in dem man Fehler auch zugeben kann.“

4.1.3.4 Stationsspezifisch

Auch der Einsatzort einer Pflegeperson, also auf welcher Station bzw. Fachrichtung jemand arbeitet, bildet einen weiteren wichtigen Baustein. Viele Pflegepersonen sind der Meinung, dass Fehler auf Intensivstationen nicht passieren dürfen bzw. ein viel offenerer Umgang mit Fehlern stattfinden müsste. In diesem Zusammenhang sind auch viele der Meinung, dass es wichtiger wäre auf den Intensivstationen das CIRS zu implementieren als beispielsweise in einem Altersheim. Als Grund dafür nannten sie die folgeschwereren Konsequenzen eines Fehlers und auch die höhere Fehleranfälligkeit auf einer Intensivstation gegenüber einem Altersheim. Dabei scheint es für die Befragten - abgesehen von den möglichen direkten und rechtlichen Konsequenzen - völlig unerheblich zu sein, dass ein Fehler, egal wo er passiert oder um welchen Fehler es sich handelt, unter Umständen immer schlimme Auswirkungen für die PatientInnen haben kann.

Eine Interviewperson äußerte auf die Frage, warum sie glaube, dass das CIRS primär auf den Intensivstationen implementiert wurde:

„Also ich könnte mir vorstellen, dass in diesen High-Risk-Bereichen die Arbeitsabläufe sehr eindeutig festgelegt sind oder eindeutiger. Und da geht es eher um die Abläufe. Währenddessen es in anderen Bereichen, wie zum Beispiel der Langzeitpflege, um das andere Extrem zu nennen, kommt es eher auf die persönliche Initiative darauf an. Um persönliche Entscheidungen, wie geht man mit einem Patienten um, vielleicht auch mehr persönlicher Freiraum. Und da könnte dann ein Fehler, den man bekannt gibt, auf die eigene Person zurückfallen. Also, dass man sagt: „O.k., dies liegt an mir persönlich.“ Vielleicht so in High-Risk-Bereichen, technischen Bereichen, geht es eher tatsächlich um einen Ablauf, den man gerne anders haben möchte. Da kommt eher die eigene Persönlichkeit, also kommt da nicht so zu tragen. Wenn der eh sediert da liegt und schläft und narkotisiert ist und seine intensiv medizinischen Behandlungen bekommt, vielleicht hängt es damit zusammen“.

Zu der Frage, ob sie denn meine, dass es auch andere Bereiche geben müsse, wo das CIRS implementiert werden müsste, entgegnete die Interviewperson:

„Nein, da ich glaube, dass das System auf Intensivstationen eher angenommen wird und eben auf anderen Stationen weniger. Da macht es keinen Sinn. Die Fehler auf Intensivstationen haben ja auch drastischere Folgen. Und außerdem glaube ich, fällt es in solchen High-Risk-Bereichen eher auf, wenn Fehler passieren.“

4.1.4 Gesellschaft und Öffentlichkeit

Die Sichtweise und Wahrnehmung der Gesellschaft und der Öffentlichkeit und demzufolge letztlich der PatientInnen, die sich in ein Krankenhaus begeben, auf die Problematik „Fehler und wie damit umgegangen wird“, hat einen weiteren Einfluss auf dieses Thema. Die Kategorien „Gesellschaft“ und „Öffentlichkeit“ werden eher als ein gewisser Druck auf die Pflegepersonen wahrgenommen. Die Haltung zu dem Thema „Fehler“ wird dabei von den Pflegepersonen größtenteils als negativ gesehen.

Zu dem eigentlichen Versorgungsauftrag der Gesellschaft an das Krankenhaus und damit verbunden an alle Beteiligten im Gesundheitswesen, kommt noch die Erwartungshaltung, in einem Krankenhaus dürfen keine Fehler passieren, hinzu.

Auch der Umgang mit Fehlern in der Öffentlichkeit, wenn etwas passiert ist, scheint eine entscheidende Rolle zu spielen.

4.1.4.1 Werte und Normen der Gesellschaft

Die Kategorie „Werte und Normen einer Gesellschaft“ konnte gebildet werden, da die Auswertung der geführten Interviews ergab, dass auch die PatientInnen mit ihren Werten und Normen Einfluss auf das zu untersuchende Phänomen haben. Im Gegensatz zu den Moral- und Wertevorstellungen jedes einzelnen Individuums sind dabei die erstrebenswerte Zustände bzw. Ziele, die sich eine Gesellschaft setzt, gemeint. Diese Werte dienen dazu, das Zusammenleben sinnvoll zu regeln und sicherzustellen, wobei die Gesellschaft diese Werte nur allgemein definiert; konkret definiert werden sie in Normen. So gilt beispielsweise die Versorgung von Alten und Kranken als ein gesellschaftlicher Wert. Die Sicherstellung und Umsetzung der Versorgung im Krankenhaus wird dann als Norm gesehen.

4.1.4.2 Erwartungen

Neben den Normen und Werten einer Gesellschaft kommt auch eine gewisse Erwartungshaltung der PatientInnen und demzufolge der Öffentlichkeit gegenüber den Beteiligten im Gesundheitswesen zum Tragen. Dabei wurde in den Interviews deutlich, dass diese Erwartungshaltung von den Pflegepersonen unterschiedlich wahrgenommen wird. Zum einen herrscht die Meinung, dass sich die PatientInnen durchaus bewusst sind, dass Fehler auch in einem Krankenhaus passieren können und dementsprechend offen dann auch damit umgegangen wird, wenn ein Fehler passiert ist. Zum anderen aber wurde geäußert, dass Fehler nicht passieren dürfen und dass dies auch von den PatientInnen so wahrgenommen wird. Als möglichen Grund gaben die Befragten an, dass das Krankenhaus als ein Ort der Geborgenheit gesehen würde. Es gehe letztendlich um ein Vertrauensverhältnis, das dann gestört wäre, wenn ein Fehler passieren würde. Gerade dieser Bruch des Vertrauensverhältnisses wird für viele Pflegepersonen aber als Belastung gesehen,

da der grundlegende Wunsch, ein solches aufzubauen, präsent ist. Ein wesentlicher Aspekt, den die Pflegepersonen in den Interviews genannt haben, war auch der Wunsch, dass ihnen Fehler, wenn sie selbst als Patient oder Patientin in einem Krankenhaus liegen würden, auch mitgeteilt würden. Das Vertuschen eines Fehlers durch die Pflegepersonen würde, in der Situation als PatientIn, als unfair und falsch empfunden.

„Ich glaube, also wenn du jetzt krank bist und in ein Spital musst, dass du in erster Linie daran denkst an die Hilfe, die du bekommen wirst. Gar nicht so sehr an die Fehler. Also ich glaube schon, dass die meisten Patienten ein Grundvertrauen in den Arzt haben, auch in die Schwestern. Das wird ihnen wahrscheinlich genommen, wenn der erste Fehler passiert, was man nicht so versteht als Patient. Da fängt es an. Aber am Anfang haben die meisten ein gutes Vertrauen zu den Ärzten und den Schwestern, wenn sie nicht schon woanders, also in einem anderen Spital, negative Dinge erlebt haben.“

Auf die Frage, ob sie denn glaube, dass ein Patient im Spital eine gewisse „Fehlerlosigkeit“ voraussetze, antwortete die Interviewperson:

„Ja natürlich!“

Auf die Frage, ob sie sich dies auch als Patient wünschen würde, antwortete sie:

„Ja, würde ich auch verlangen von der Grundeinstellung her. Weil, ich will ja wieder gesund das Krankenhaus verlassen. Wobei ich weiß, und das weiß ja jeder Mensch, dass Fehler passieren können. Weil auch beim Billa passieren Fehler oder in der Tischlerei. Weil, dies ist ja normal. Nur ich denke, mir es kommt darauf an, wie wird mir dieser Fehler erklärt. Wie ist das, wenn das verschwiegen wird, und ich komme dann selber darauf. Als Patient bin ich dann viel beleidigter und reagiere mit Unverständnis und Misstrauen. Ich denke mir schon, wenn jemand kommt und sagt: „Passen`s auf das und das ist uns passiert, wir machen dies und das, um den Fehler zu korrigieren“, glaube ich schon, dass die Leute auch da noch

Vertrauen haben. Weil, es ist jedem bewusst, das Fehler passieren können.“

4.1.4.3 Umgang mit Fehlern in den Medien

Wie letztlich mit Fehlern in den Medien umgegangen wird, scheint einen weiteren Einfluss auf das Phänomen „Fehler und wie damit umgegangen wird“, zu haben. Dabei wird von Pflegepersonen erwähnt, dass es für sie oft unverständlich ist, wie Fehler teilweise, vor allem durch die Medien, aufgebauscht werden. Ein weiteres Problem, welches sich herauskristallisierte, ist die Tatsache, dass die Ursachen bzw. mögliche Hintergründe, die zu dem Fehler geführt haben, in den Medien nicht zur Sprache kommen. Auf Seiten der Medien wäre auch eher die Tendenz spürbar, einen Schuldigen zu finden und diesen mehr oder weniger an den Pranger zu stellen:

„Die Medien suchen ja auch nach Schuldigen! Zum Beispiel, du kennst ja sicher den Fall der in Medien ganz groß drinnen stand. Wo irgendein Witziger eine Granate anzündet und nebelt die Autobahn ein. Und schon geht die Suche nach dem Schuldigen los. Natürlich, der der die Nebelgranate gezogen hat, nämlich viel zu knapp wenn dies überhaupt wahr ist, aber ist wurscht, nehmen wir das mal an. Das natürlich ein Nebel auch ohne Granate entstehen kann. Dass die abgebremst hat, während die anderen mit Vollgas weitergefahren sind. Dass dies überhaupt vorkommt weil der viel zu knapp ist. Das irgendwo an einer Seite 300 m steht, aber niemand weiß, wie viel 300m im Gelände wirklich, weil dann hüpf man einmal vor zum Baum, damit weiß man, wie viel 300 m sind. Wird man wahrscheinlich nach den ersten 100, 150 m bereits die ersten haben die sagen das sind 300m in Wirklichkeit sind es, aber erst 150m. Ich habe keine Ahnung, da gibt es 100 Einflüsse, dass vielleicht auch die Wettersituation an diesem Tag ganz fruchtbar war, wie in den letzten 25 Jahren. Kann ja schon alles sein. Aber wenn ich dies aufklären beziehungsweise durchziehen muss, dann brauche ich ein Opfer und wenn man das hat, dann ist man mehr oder weniger schon zufrieden. Und dies wird auch von den Medien so vermittelt. Und dies ist auch in der Medizin so, nur vielleicht etwas einfacher, die OP geht schief, keiner

interessiert sich dafür, dass der über 30 Jahre schon einen Hba1C Wert von über 30 hat und seine Gefäße, wenn man sich anschaut, schon bröselig sind. Keiner interessiert sich dafür, weiß nicht keine Ahnung. 17 Jahre zuvor gar nicht zum Arzt gegangen ist und alles Mögliche andere auch. Aber der letzte, der dort am OP Tisch steht, der ist schuld, weil der hat das gemacht, ich habe das abgegeben die Verantwortung und die Verantwortung liegt damit bei jemand anderem. Verantwortung hat wer anderer, dies ist immer gut. Und der soll tun und richtig tun, was dies auch immer heißen mag.“

Eine weitere Interviewperson antwortete auf die Frage, warum sie meine, dass das Wort „Fehler“ so negativ besetzt sei:

I

„Ich denke einfach persönliche Erfahrungen, die man gemacht hat in solchen Situationen. (,) Wenn man gewisse Erfahrungen häufiger macht, prägt dies einen in eine gewisse Richtung. Ich könnte mir auch vorstellen, dass manche Medienberichte hier auch irgendwie in die Richtung eher puschen. So gewisse Headlines und Tageszeitungen, wo es auch sehr viel geht um Fehler, Schuld, Unschuld, das könnte ich mir vorstellen.“

4.2 Fehlerdefinition

Hinsichtlich der Definition wie Pflegepersonen Fehler für sich definieren, wurden unterschiedliche Ansätze deutlich. Zum einen kristallisierte sich eine sehr allgemeine Definition von „Fehler“ heraus, die vor allem durch eine persönliche Sicht/ Einstellung zu diesem Thema gekennzeichnet ist, Zum anderen wurden dazu Aussagen aus dem eigenen Berufsalltag getroffen.

4.2.1 Allgemein

Die allgemeine Definition beschreibt die Aussagen der TeilnehmerInnen auf die Frage: Wie definieren bzw. was verstehen Sie unter dem Begriff „Fehler“ persönlich?“ Die Unterscheidung zwischen der Definition im Berufsalltag und im Privaten wurde

erst nach den ersten zwei Interviews getroffen, da sich zeigte, dass die InterviewteilnehmerInnen neben einer Definition in Bezug auf den Berufsalltag auch eine eigene Definition aus ihrer persönlichen Sicht haben. Daher fielen im Rahmen dieser Kategorie Aussagen, die man allgemein sowohl mit Verstoß gegen Normen und Werte der Gesellschaft als auch unter dem Begriff „persönliche Fehler im alltäglichen Leben“ zusammenfassen könnte.

„Fehler ist, irgendetwas nicht richtig machen. Es gibt kleine Fehler, schwerwiegende Fehler. Fehler ist immer dann, wenn es eine Richtlinie gibt, wie etwas zu geschehen hat, und es letztendlich dann nicht so passiert.“

Auf die Frage, was sie mit einer Richtlinie meine, antwortete die Interviewperson:

„Es gibt eine Richtlinie. Man darf bei Rot nicht über die Kreuzung gehen, wenn ich es trotzdem tue, dann mache ich einen Fehler. Wenn ich bei Rot über eine Straße fahre, wenn jemand über die Straße geht, dann mache ich einen schweren Fehler, wenn ich bei Rot in eine Seitenstraße fahre, dann mache ich einen leichten, vielleicht geringeren Fehler.“

Eine weitere Teilnehmerin äußerte dazu:

„Ich kann es nicht so konkretisieren beziehungsweise so konkret formulieren, wie Sie es vielleicht meinen - ich denke Fehler (.) Es passieren laufend immer wieder Dinge, die nicht gut laufen; dies kann man als Fehler bezeichnen. Es können kleine Dinge oft große Auswirkungen haben. Ich glaube, man kann nicht mit dem Wort „Fehler“ alles so gut beschreiben. Das ist ein Wort für so vieles, was nicht gut läuft, und dann vielleicht nur nicht gut läuft, weil es unter Umständen andere Ursachen gibt und mitunter dann große Auswirkungen hat.“

Ein Teilnehmer meinte:

„Fehler ist, etwas falsch machen. Etwas falsch machen, was in meiner Norm, in der gesellschaftlichen Norm, in den Strukturen, die erprobt erkannt sind. Wenn ich diese nicht so mache, oder dem nicht entspreche, habe ich einen Fehler gemacht. (.) In meinen Strukturen, persönlichen Strukturen, in öffentlichen Strukturen im öffentlichen Abkommen, Abmachungen, Gesetzten - das ist für mich ein Fehler.“

4.2.2 Beruflich

Im Gegensatz zur allgemeinen Definition beschreibt diese Kategorie die Definition von Fehler im beruflichen Alltag, also wie Pflegepersonen Fehler in ihrer direkten Arbeit an den PatientInnen definieren. Interessanterweise zeigte sich hier, dass die Definitionen der einzelnen Befragten Gemeinsamkeiten aufweisen und zum Teil sehr genau den Definitionen des im ersten Teil dargestellten Literaturstudiums entsprechen. Ob die Pflegepersonen dies bewusst so sehen, konnte nicht geklärt werden. Im folgendem sollen einige der Aussagen wiedergegeben werden:

„Naja, ich würde sagen, es ist etwas passiert, das nicht passieren hätte sollen. So würde ich es für mich definieren. Zunächst ohne damit auszudrücken, dass das schlecht ist, was passiert ist. Wobei, wenn man von Fehler spricht, meint man meist was Schlechtes. Es ist etwas passiert, das nicht vorgesehen war, beziehungsweise nicht passieren hätte sollen. Es muss aber nicht unbedingt dadurch jemand bereits einen Schaden erlitten haben.“

Eine weitere Person äußerte:

„Fehler ist für mich dann, wenn ein anderer durch das zu Schaden kommt oder (kurze Pause) ja eigentlich, wenn jemand anderer zu Schaden kommt, dann würde ich dies als Fehler betiteln.“

Und eine andere Interviewperson meinte dazu:

„Na ja, es gibt die Fehler, die passieren, wo man nur indirekt jemand anderen schädigen könnte. Das sind zum Beispiel diese Hygienemaßnahmen, die manchmal nicht wirklich ordentlich eingehalten werden. Wo man gar nicht denkt, dass durch das, weil ich jetzt nachlässig in der Hygiene (bin), jemand anderer zu Schaden kommen könnte. Also, das sehe ich als Unterlassung und auch im weitesten Sinne als Fehler.“

4.3 Fehlerbewertung

Eine Besonderheit, die sich neben der Kategorie „Fehlerdefinition“ zeigte, ist die Tatsache, dass die Beteiligten eine Abstufung der Fehler vornehmen, nämlich in klein, mittlerer, schwerer Fehler oder grobe und schwere Fehler. In weiterer Folge wird aufgrund dieser Abstufungen gezielt darauf geachtet, ob und in welchem Ausmaß der Fehler Folgen und Auswirkungen auf das persönliche Umfeld oder eben auf die PatientInnen hat. Auch wurde deutlich, dass es anscheinend neben den genannten Abstufungen und Auswirkungen auch eine unterschiedliche Sichtweise darüber gibt, wo ein Fehler beginnt, und ob eine gewisse Unachtsamkeit schon als Fehler gewertet werden kann. Um einen Überblick über diese Hauptkategorie zu bekommen, werden im folgendem zwei Subkategorien vorgestellt.

4.3.1 Abstufungen und Auswirkungen von Fehlern

Neben der eigentlichen Fehlerdefinition scheint es für viele Pflegepersonen wichtig zu sein, was es für ein Fehler ist und welche Auswirkungen dieser hat. In den geführten Interviews wurde deutlich, dass diese Differenzierung einen direkten Einfluss auf den Umgang mit Fehlern hat. So kann vermutet werden, dass solche Fehler, die als klein oder ohne Auswirkungen auf die PatientInnen eingestuft werden, seltener gemeldet werden als jene Fehler, deren Auswirkungen offensichtlich sind und daher auch nicht vertuscht werden können. In diesem Zusammenhang konnte jedoch nicht festgestellt werden, inwieweit die Meldung eines Fehlers von seiner Offensichtlichkeit und damit von einem bestehenden Handlungsbedarf abhängt, oder

aber von der Angst vor Bloßstellung oder dem Ertapptwerden von KollegInnen, die der oder dem Betroffenen unterstellen könnten, dass sie den Fehler hätten vertuschen wollen.

„Es gibt so einem Raster, aber diesen habe ich jetzt nicht im Kopf, weiß ich nicht. Also, diese beinahe Fehler, wo noch nichts passiert ist, wo man nur knapp davor war, etwas zu tun, bis dahin gehend, wo wirklich etwas passiert und ein Menschenleben irreparabel geschädigt oder auch der Tod am Ende steht. Und dazwischen gibt es natürlich auch noch was, aber das weiß ich jetzt nicht. Natürlich gibt es für mich auch Dinge. Wenn ich jetzt einem Diabetiker das Vollkost Essen hingebe, über das rede ich nicht einmal viel. Und diese Händedesinfektion, wo ich gesagt habe, dass man das aufmerksam machen muss, was die Folgeschäden sein können, bis hin zu den Lagerungen und Medikamenten, vertauschen oder noch schlimmere Dinge. Also ich mache für mich schon auch Unterschiede, das macht ja eh jeder Mensch. Aber es gibt Leute, für die ist es schon ein fruchtbarer Fehler, jemanden in der Windelhose liegen lassen zu müssen, weil gerade etwas anderes zu tun ist. Auch das gibt es, jeder ist halt anders gepolt und hat andere Grenzen.“

4.3.2 Unterschiedliche Sichtweise darüber, wo ein Fehler beginnt und was ein Fehler ist

Einen interessanten Aspekt, der in den Interviews deutlich wurde, bildet die Tatsache, dass die interviewten Personen eine unterschiedliche Auffassung und Sichtweise darüber haben, wo ein Fehler beginnt und was bereits ein Fehler ist. Oft werden Fehler nur als Lappalien gewertet und daher auch nicht gemeldet. Vor allem zwischen den interviewten Stationsleitungen und den Pflegepersonen, die direkt an den PatientInnen arbeiten, wurde diese unterschiedliche Bewertung deutlich. Als mögliche Ursache dafür gaben die Stationsleitungen an, dass es vielen Pflegepersonen gar nicht bewusst sei, welche Auswirkungen und Konsequenzen ein kleiner Fehler bereits haben kann.

4.4 Wahrnehmung des Fehlermanagements

Die Hauptkategorie „Wahrnehmung des Fehlermanagements“ fasst die aktuelle Auffassung und das Gedankengut sowie die Meinungen zum bestehenden Fehlermanagement zusammen. Sie zeigt sehr eindrücklich die Ist-Situation und wie derzeit das Thema „Fehlermanagement“ und der Umgang mit Fehlern auf den Stationen allgemein wahrgenommen wird und was in diesbezüglich getan wird.

Dabei konnten unterschiedliche Ansätze herausgearbeitet werden. Zum einen herrscht zwar noch immer eine Tabuisierung des Themas „Fehler“, zum anderen aber findet ein gewisser Diskurs über den Umgang mit Fehlern statt. Gerade dieser Diskurs steht einerseits für das Bestreben der Organisation, Fehlermanagement zu praktizieren, und andererseits für die Entwicklung eines Bewusstseins dafür, dass Fehler im Krankenhaus passieren können. Eine Besonderheit, die sich in diesem Zusammenhang zeigte, ist die Tatsache, dass das Thema „Fehlermanagement“ mittlerweile nicht nur das Managements interessiert, sondern sich auch Pflegepersonen damit beschäftigen und bereits ein Bewusstsein für die Notwendigkeit, offen über Fehler zu sprechen, haben.

4.4.1 Tabu

Die derzeitige Auffassung der Pflegepersonen über den Umgang mit Fehlern spiegelt sich in dieser Kategorie wieder. Dabei ergaben die geführten Interviews, dass noch immer eine Scheu besteht, offen über Fehler zu sprechen. Sowohl die Bestrebungen der Organisation mehr Offenheit dafür zu schaffen, als auch das implementierte Risikomanagementsystem CIRS wird dabei mit Befremden wahrgenommen.

Aus diesem Grunde wurde die Kategorie mit dem Begriff „Tabu“ betitelt, was folgende Aussagen nahe legten:

„Das Thema „Fehler“ ist für mich wie eine Art Gespenst, das in unserem Berufsalltag herum schwebt. Es existiert, aber keiner will darüber offen sprechen.“

Eine weitere Teilnehmerin äußerte dazu:

„Fehler, die sind doch ein Tabu?“

Eine Teilnehmerin war von diesem Thema überhaupt sehr betroffen. Auf die Frage, ob ihr persönlich denn schon mal ein Fehler passiert sei, antwortete sie sehr eindrücklich:

„Mir passieren keine Fehler.“

4.4.2 Diskurs über Fehler

Die Kategorie „Diskurs über Fehler“ zeigt sehr eindrücklich, dass ein gewisser „Ruck“ bzw. ein Bewusstwerdung zu dieser Thematik stattfindet. Sowohl die Organisation/ das Management als auch einige Pflegepersonen wissen, dass es Bestrebungen gibt, die dem Thema „Fehlermanagement“ Rechnung zu tragen versuchen und zwar durch eine Enttabuisierung dieses Themas bis hin zu der Anerkennung der Tatsache, dass Fehler auch im Krankenhaus passieren können und tatsächlich auch passieren.

4.4.2.1 Bewusstseinsbildung der Pflegeperson

Aufgrund der getroffenen Aussagen von manchen Pflegepersonen kann davon ausgegangen werden, dass sich eine Bewusstmachung dieser Thematik auch von Seiten der Pflegepersonen vollzieht. Inwieweit die Pflegepersonen dann auch über Fehler offen sprechen, konnte hier nicht festgestellt werden.

„Ich denke, man hat gelernt, dass Fehler passieren können. Wir sind doch alle nur Menschen. Und Menschen passieren nun mal auch Fehler. Keiner ist davor gefeit.“

4.4.2.2 Bewusstseinsbildung der Organisation/ CIRS

Ergänzend zur Bewusstseinsbildung der Pflegepersonen steht die Bewusstseinsbildung der Organisation. Sie versucht mit Hilfe des implementierten Risikomanagementsystems CIRS einen offenen Umgang mit Fehlern zu praktizieren. Inwieweit dies von den Pflegepersonen auch wahrgenommen wird, spielt in diesem Zusammenhang eine geringe Rolle. Vielmehr steht diese Kategorie für die Bemühungen der Organisation, einen positiven Umgang mit Fehlern zu ermöglichen.

„Also, ich finde das (,) grundsätzlich hat sich ja unsere Abteilung dazu entschieden, vor circa zwei Jahren bei diesem Projekt mitzumachen, und es ist ein sehr positives Instrument, um Fehler mal offen aufzuzeigen, um darüber reden zu können und zu schauen, welche Strukturen oder Strategieveränderungen, oder was auch immer, Organisationsveränderungen man braucht, um Fehler, die immer wieder passieren zu vermeiden oder ganz zu verhindern. Es ist ein gutes Instrument (lange Pause), nämlich auch für die Leute, die vorher überhaupt keinen Umgang mit Fehlern hatten - also als Lernprozess. Das glaube ich schon, dass dies wichtig ist.“

Hier endet die Analyse des ersten Prozesses. Wie ersichtlich wurde, scheint im Rahmen dieses ersten Prozesses ein „Vorfilter“ zu existieren, der das eigentliche Phänomen „Wie mit Fehlern umgegangen wird“ beeinflusst. Es konnte sichtbar gemacht werden, dass verschiedene Faktoren und Gründe diesen ersten Prozess bedingen. Im folgendem soll nun kurz, wie eingangs schon beschrieben, auf den zweiten Prozess eingegangen werden.

4.5 Umgang mit Fehlern

Der eigentliche Umgang mit Fehlern kann derzeit aufgrund der geringen Datenmenge noch nicht sichtbar gemacht werden. Wohl aber zeigen sich aufgrund der Interviews Ansätze, die im folgendem kurz vorgestellt werden sollen.

4.5.1 Zugeben des Fehlers

Mit Zugeben des Fehlers wird vor allem gemeint, dass die Pflegepersonen sich selbst in erster Linie eingestehen müssen, dass ihnen ein Fehler unterlaufen ist. Erst wenn dieser erste Schritt getan ist, kann auch gegenüber anderen Personen der Fehler zugegeben werden - sofern auch ein offener Umgang mit Fehlern auf der Station herrscht.

4.5.2 Melden des Fehlers

Das Melden eines Fehlers setzt einen grundlegenden Schritt voraus, nämlich den des oben genannten Zugebens des Fehlers. Erst dann wird der oder die Betroffene im Rahmen des Risikomanagements auch Fehler melden und das Fehlermeldeblatt ausfüllen.

4.5.3 Nicht Melden des Fehlers

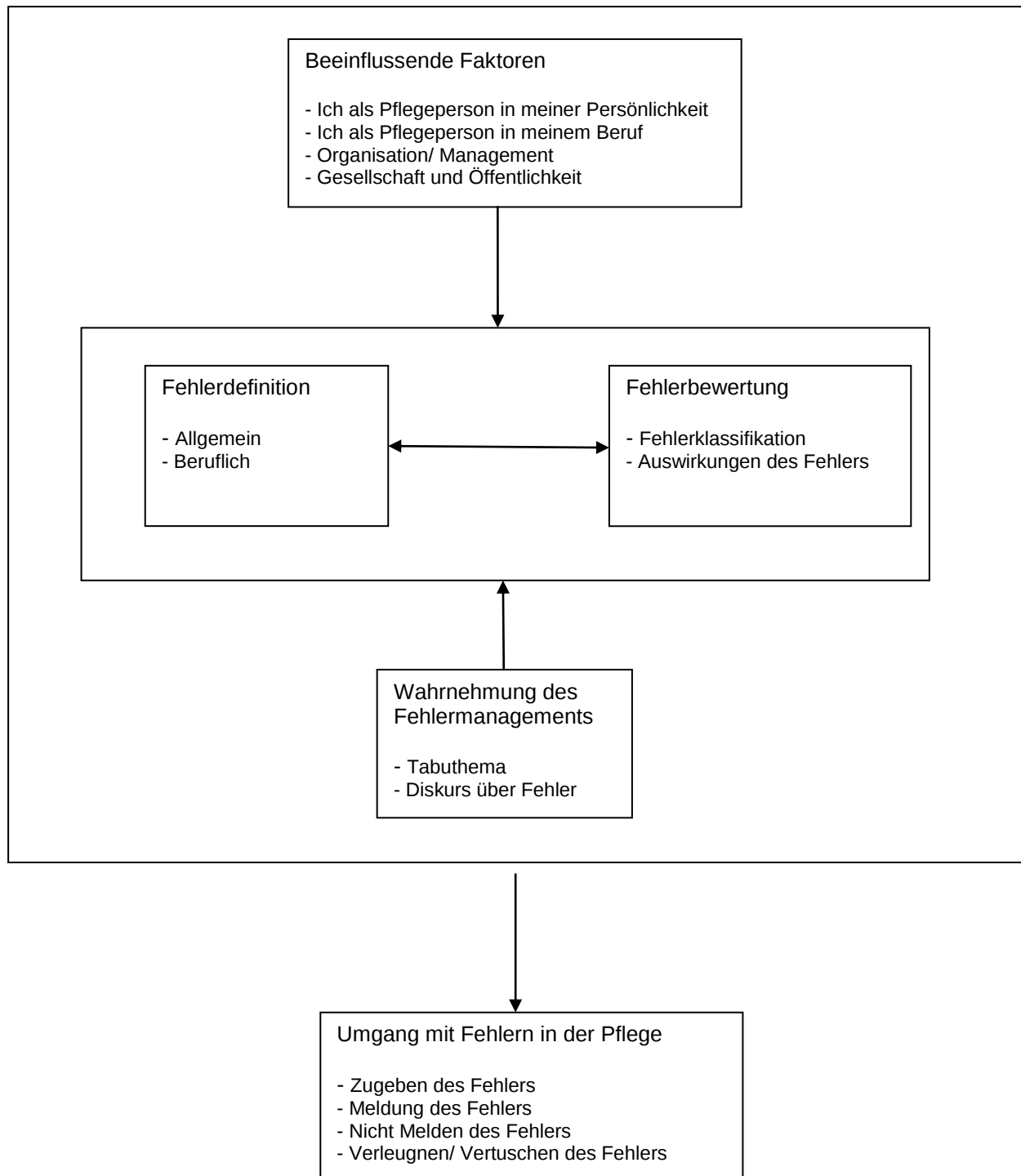
Das nicht Melden eines Fehlers mag, wie in den oben genannten Kategorien bereits beschrieben, verschiedene Gründe haben. Hier könnte zum Beispiel die Angst vor den Konsequenzen, also was auf die oder den Betroffenen zukommt, wenn ein Fehler passiert, eine Rolle dabei spielen, dass der Fehler nicht gemeldet wird. Ein weiterer Grund könnte sein, dass für viele das Ausfüllen des Fehlermeldeblattes – wie eine Interviewteilnehmerin meinte - schon ein Schuldeingeständnis sei.

4.5.4 Vertuschen/ Verleugnen des Fehlers

Ein Vertuschen/ Verleugnen des Fehlers kann damit erklärt werden, dass die Erwartungshaltung der Gesellschaft, aber auch die Erwartungshaltung der Person an sich selbst den Anspruch impliziert, perfekt sein zu wollen. Wenn ich mir selbst den Fehler nicht eingestehen kann, warum auch immer, werde ich daher eher dazu tendieren, den Fehler zu verheimlichen.

4.6 Abschließende Erklärung

Mit dem folgenden Erklärungsmodell sollen die Erkenntnisse, welche im Rahmen dieser Arbeit gewonnen werden konnten, noch einmal im Überblick dargestellt werden. Dieses Modell soll in anschaulicher Weise verdeutlichen, welche grundlegenden Faktoren auf das Phänomen „Umgang mit Fehlern“ wirken und damit eine zentrale Rolle spielen.



Wie am Ende mit Fehlern umgegangen wird, wird von einem Prozess zusammenwirkender Faktoren bestimmt, welcher sich aus den Hauptkategorien „Beeinflussende Faktoren“, „Fehlerdefinition“, „Fehlerbewertung“ und „Wahrnehmung des Fehlermanagements“ zusammensetzt.

Dabei zeigte sich bei der Analyse der Daten sehr schnell, dass zwei unterschiedliche Prozesse ineinander wirken: Zum einen der Prozess, der sich aus den ersten vier Hauptkategorien zusammensetzt, und zum anderen der eigentliche Prozess „Umgang mit Fehlern in der Pflege“. Letzterer kann aufgrund der noch nicht erreichten Datensättigung nicht beschrieben werden. Diesbezüglich können daher nur Vermutungen geäußert werden, die aus den Kategorienbeschreibungen hervorgehen.

Der erste Prozess, der den Umgang mit Fehlern beeinflusst, konnte hingegen sehr deutlich nachvollzogen werden. Dabei zeigte sich, dass es einerseits grundlegende Faktoren/ Gründe gibt, die das Phänomen beeinflussen, wie z. B. die beiden Hauptkategorien „Beeinflussende Faktoren“ und die Hauptkategorie „Wahrnehmung des Fehlermanagements“. Andererseits scheint die Pflege im Rahmen dieses ersten Prozesses ihre eigene Definition und Bewertung von Fehlern zu haben. Wie diese einzelnen Faktoren nun zusammenwirken, soll nochmals kurz erläutert werden.

Die erste Kategorie, welche im Rahmen dieser Arbeit ermittelt werden konnte, wurde mit dem Begriff „Beeinflussende Faktoren“ betitelt. Dabei zeigte sich in den Interviews, dass diese Faktoren auf unterschiedlichen Ebenen wirken. Diese einzelnen Ebenen spiegeln Aussagen der TeilnehmerInnen wieder, wie diese Fehler wahrnehmen, ihre spezifischen Sichtweisen und Prägungen zu diesem Thema. Es wurde dabei deutlich, dass diese Faktoren einen entscheidenden Einfluss auf den Umgang mit Fehlern haben. Beispielsweise kann vermutet werden, dass die Erziehung, welche im Rahmen der Kategorie „Ich als Pflegeperson in meiner Persönlichkeit“ ermittelt wurde, insofern als wesentlicher Faktor herangezogen werden kann, als sich in den Interviews zeigte, wie sich der persönliche Umgang und das Verständnis gegenüber Fehlern am Verhalten von Bezugspersonen orientiert. Wie bin ich erzogen worden, was wurde mir vorgelebt? Wurde ich darin erzogen, zu meinen Fehlern zu stehen und diese auch offen zu zugeben, ohne dass ich Angst vor Sanktionen haben muss? Natürlich sind Sanktionen in einem gewissen Maße notwendig und auch wichtig, um einen reifen, verantwortungsvollen Menschen

heranzuziehen. Aber hier geht es primär darum, ob das Lernen aus Fehlern im Vordergrund steht und eben nicht die oben genannten Sanktionen.

Darüber hinaus scheint auch die Kategorie „Ich als Pflegeperson in meinem Berufsalltag“ und die Kategorie „Organisation/ Management“ eine entscheidende Rolle zu spielen. In diesem Zusammenhang wurde ersichtlich, dass verschiedene Faktoren insofern von Bedeutung sind, als neben der Prägung und Vermittlung von Werten es auch Gründe im Berufsalltag zu suchen gilt, wieso es manchen Pflegepersonen noch so schwer fällt, offen über Fehler zu sprechen. Dabei kommt neben dem Berufsethos, der die Pflegepersonen aufgrund der langjährigen Tradition des Berufsstandes prägt, auch der Stationsleitung eine wesentliche Rolle zu. Sie wird in den Interviews als die Führungskraft gesehen, die es ermöglichen soll, einen offenen Umgang mit Fehlern zu praktizieren. Neben den Werten wie soziale Kompetenz wird hier von den Pflegepersonen Offenheit und ein positives Vertrauensverhältnis gewünscht.

Besondere Beachtung gilt es außerdem der ermittelten Kategorie „Gesellschaft und Öffentlichkeit“ zu schenken. Die Gefahr, speziell die Erwartungshaltungen der PatientInnen einfach zu übernehmen und diese als gegebenen Faktor zu akzeptieren, kann sich sicherlich als kontraproduktiv im Umgang mit Fehlern erweisen, besonders da dies von den Pflegepersonen auch als Belastung wahrgenommen wird.

Auch die Kategorien „Fehlerdefinition“ und „Fehlerbewertung“ stehen im engen Zusammenhang mit dem untersuchten Phänomen „Umgang mit Fehlern“ und beeinflussen sich gegenseitig. Hierbei wurde ersichtlich, dass die Pflegepersonen eine ganz spezifische und teilweise sehr unterschiedliche Sichtweise von Fehlern haben. Neben der eigentlichen Definition von Fehlern, die in eine allgemeine und eine berufliche differenziert werden kann, werden anscheinend Fehler hinsichtlich ihrer Art und den möglichen Auswirkungen auf die PatientInnen bewertet. Daher kann vermutet werden, dass es bereits im Rahmen der Definition und Bewertung von Fehlern zu einem Entscheidungsprozess darüber kommt, ob der Fehler gemeldet wird oder nicht.

Die letzte ermittelte Kategorie „Wahrnehmung des Fehlermanagements“ zeigt sehr eindrücklich die Ist-Situation, und wie derzeit allgemein das Thema „Fehlermanagement und der Umgang mit Fehlern auf den Stationen“ wahrgenommen wird, und was dahingehend getan wird. Man könnte diese

Hauptkategorie auch unter dem Begriff der derzeitigen Befindlichkeiten aller beteiligten Personen zusammenfassen. Dabei ergab die Analyse verschiedene Blickwinkel. Auf der einen Seite steht die Sicht der Pflegepersonen. Diese Kategorie wurde mit dem Titel „Tabu“ gebildet, da es den Beteiligten noch immer sehr schwer fällt, offen über Fehler zu sprechen, und diese Tabuisierung von Fehlern anscheinend noch immer präsent ist. Auf der anderen Seite jedoch findet ein Diskurs über Fehler statt. Dabei konnten verschiedene Perspektiven deutlich gemacht werden. Einerseits wurde das Bestreben der Organisation, Fehlermanagement zu praktizieren, ersichtlich und andererseits auch eine Bewusstmachung der Tatsache, dass Fehler im Krankenhaus passieren können. Eine Besonderheit im Rahmen dieser Kategorie machte deutlich, dass sich nicht nur das Managements, sondern mittlerweile auch Pflegepersonen mit dem Thema „Fehlermanagement“ beschäftigen und sich durchaus der Notwendigkeit, offen über Fehler zu sprechen, bewusst sind. Es kommt also langsam zu einer Bewusstseinsänderung im Umgang mit Fehlern. Dies bedeutet aber nicht, dass letztendlich auch Fehler wirklich gemeldet werden. Es können daher nach derzeitigem Wissensstand der Analyse, da noch keine Datensättigung erreicht wurde, nur Vermutungen angestellt werden. Wahrscheinlich werden aber diese Personen eher dazu neigen Fehler letztendlich auch zu melden. Ganz klar hingegen ist dabei die Überzeugung des Managements, dessen Bestreben es ist, neben der Implementierung des Fehlermeldesystems CIRS, dass auch die Pflegepersonen Fehler melden.

5. Diskussion und Schlussfolgerungen

Mit der vorliegenden Arbeit wurde versucht, den Umgang mit Fehlern in der Pflege zu beleuchten und mögliche Hintergründe zu finden, warum teilweise noch immer eine Tabuisierung des Themas „Fehler und wie damit umgegangen wird“ herrscht. Dies war auch Grund dafür, sich mit diesem Thema auseinanderzusetzen.

Fakt ist: Wir alle machen Fehler. Schon als Kleinkinder lernen wir anhand unserer Fehler. Und auch in der Schule werden wir mit Fehlern konfrontiert, wobei sich immer wieder die Frage stellt: „Hätten wir es besser wissen müssen, und was können wir das nächste Mal besser machen?“ Auch im Berufsalltag werden wir mit diesem Thema konfrontiert. Dabei sind die Beteiligten im Gesundheitswesen einem großen Risiko ausgesetzt, da Fehler hier fatale Konsequenzen haben können, wenn sie die ihnen anvertrauten PatientInnen betreffen.

Eine Auseinandersetzung mit dem Thema ist daher besonders auch im Gesundheitswesen wichtig. Tagtäglich treffen wir Entscheidungen, und jede dieser Entscheidungen könnte ein potentieller Fehler sein. Doch was benötigen wir, um uns dessen auch bewusst zu werden? Reicht es wirklich aus, einfach darüber zu sprechen?

Schüttelkopf (2008) meint dazu, dass es einerseits eines klaren Fehlerverständnisses und einer Fehlerkompetenz bedarf, andererseits einer Fehlerkultur, in der es möglich ist, offen über Fehler zuzusprechen. Auch Glazinski und Wiedensohler (2004) stellen dazu fest, dass es besonders im Gesundheitswesen, wo es um das Leben von Menschen geht, eine culture of safety zu implementieren gilt. Sie sehen Fehler als Chance, um künftig Fehler zu vermeiden. Dabei gehe es primär nicht darum, Fehler positiv zu bewerten, sondern das Lernpotential in jedem Fehler zu sehen.

Mit dem Fehlermanagement wird versucht, diesen Aspekten Rechnung zu tragen. Dabei geht es primär um das Bewusstsein, dass Fehler passieren können und wie man konstruktiv damit umgehen kann. Das Risikomanagement soll dabei helfen, mögliche Risiken zu identifizieren, zu bearbeiten und in weiterer Folge Strategien zur Vermeidung dieser Fehler zu entwickeln.

Dies setzt aber einen grundlegenden Schritt voraus, nämlich die Meldung von Fehlern durch die/ den Beteiligte(n). Doch funktioniert dies auch? Werden Fehler tatsächlich gemeldet? Auf der Grundlage der durchgeführten Interviews können diese Fragen mit einem eindeutigen „Nein“ beantwortet werden. Dies liegt vor allem

daran, dass für die meisten Interviewpersonen der Begriff „Fehler“ noch immer sehr negativ behaftet ist und es in deren Augen darum geht, immer einen Schuldigen zu finden. Auch die Literatur bestätigt dieses Denken. Die derzeit vorherrschende Fehlerkultur, also der Umgang mit Fehlern, sei noch immer vor allem durch Personalisierung (naming-blaming-shaming) bzw. Externalisierung, d. h. durch eine Verlagerung der Schuld außerhalb des Krankenhauses oder des Teams, behaftet. (Holzer, et al., 2005) Doch warum ist das so? Sind wir in der heutigen Zeit noch nicht so weit, offen über Fehler sprechen zu können? Gerade jetzt, im aufgeklärten 21. Jahrhundert, spricht man ja von Fehler- und Risikomanagement.

Dinges (2005) meint dazu, die fehlende Offenheit würde sowohl an unseren eingelernten Kommunikationsformen als auch an unseren vorhandenen religiösen Prägungen sowie an unseren Moral und Wertevorstellungen liegen.

Die durchgeführten Interviews bestätigten diese Annahme. So wurden von den interviewten Pflegepersonen verschiedene Faktoren/ Gründe genannt, die auf die Entscheidung über die Meldung eines Fehlers Einfluss nehmen. Ob Fehler gemeldet, nicht gemeldet oder eben vertuscht werden hängt einerseits von der persönlichen Prägung und Lebensgeschichte der jeweiligen Pflegeperson ab, andererseits aber auch von dem direkten Umfeld, in dem sie arbeitet. So konnte beispielsweise festgestellt werden, dass die Prägung der Interviewpersonen sehr stark davon beeinflusst wird, wie sie aufgewachsen sind, und wie sie den Umgang mit Fehlern in der Erziehung gelernt haben. Auch scheint die Schule eine wesentliche Rolle einzunehmen. Viele Befragten berichteten in diesem Zusammenhang, dass Fehler in der Schule meist mit schlechten Noten bestraft wurden. Ein produktiver Umgang mit Fehlern wäre kaum Thema gewesen. Zusätzlich rückt auch noch der Aspekt der Anerkennung ins Zentrum des Geschehens. Einige Befragte meinten dazu, jeder Mensch habe ein natürliches Streben nach Anerkennung und Lob. In diesem Zusammenhang sind Fehler kontraproduktiv. Im Berufsalltag der Pflegepersonen zeigten sich weitere deutliche beeinflussende Faktoren. Neben der Ausbildung, in der Fehler kein Thema sei, ist auch dem Faktor „Berufsethos“ besondere Beachtung zu schenken. Hier wurde ersichtlich, wie sich Pflege definiert, und warum es womöglich so schwer fällt, auch offen über Fehler zu sprechen. Die Pflegepersonen definieren sich in diesem Zusammenhang noch immer sehr über den Begriff des „Helfens“. Hier gilt es anzusetzen und sich zu überlegen, ob und inwieweit das

Pflegeverständnis aufgrund der langjährigen Tradition des Berufsstandes auf das Phänomen „Fehler“ Einfluss nimmt.

Einen weiteren wichtigen Aspekt bildet die Tatsache, dass es für viele Interviewpersonen sehr wichtig ist, zu sehen, ob und wie mit Fehlern umgegangen wird. In diesem Zusammenhang rückt die Vorbildfunktion des Managements besonders in den Vordergrund.

Dass dem Management und der Organisation eine wesentliche Rolle zukommt, ist nicht nur verständlich, sondern wird auch in der Literatur erwähnt. So betont beispielsweise Schüttelkopf (2008), dass die Organisation insofern eine entscheidende Rolle einnimmt, als sie den Mitarbeitern die möglichen Ressourcen und das nötige Rüstzeug vermitteln können soll. Dabei spielen Werte wie eine Mitarbeiterorientierung, Fehleroffenheit, sowie Fehlerfreundlichkeit und Fehlertoleranz eine wesentliche Rolle.

Zusammenfassend lässt sich daher festhalten, dass die Fehlerkultur im Schnittpunkt unterschiedlicher Kulturen steht, nämlich der persönlichen Kultur von Menschen, der Teamkultur und der Berufsethiken auf den unterschiedlichen Stationen, sowie auch der Organisationskultur von Krankenhäusern. (Dinges, 2005)

Aber auch die Öffentlichkeit und die Gesellschaft gilt es in den Blickwinkel zu nehmen. In den Interviews wurde ersichtlich, dass in der Gesellschaft eine gewisse Erwartungshaltung zum Thema „Fehler“ herrscht. Das Krankenhaus sei demnach ein Ort des Vertrauens und der Geborgenheit, in dem keine Fehler passieren dürfen. So ist es auch nicht verwunderlich, dass Pflegepersonen äußerten, es sei doch völlig klar, dass Fehler verheimlicht würden. Rims (2006) nennt dazu als möglichen Grund für das Verleugnen von Fehlern das öffentliche Ausschlachten von Fehlern in Pflegeeinrichtungen. Pflegeeinrichtungen seien daher sehr vorsichtig mit der Bekanntgabe von Fehlern und Fehlermanagementsystemen, da dazu in der Öffentlichkeit die Meinung herrsche, wer ein Fehlermanagement praktiziere, tue dies, weil Fehler in der Einrichtung passieren.

Dass dieses Denken daher starken Einfluss auf die Entscheidung nimmt, Fehler zu melden oder nicht, ist sehr verständlich und kann nur durch eine verstärkte Bewusstseinsbildung auch in der Öffentlichkeit verändert werden. Die Implementierung eines erfolgreichen Risikomanagements und das Praktizieren eines produktiven Fehlermanagements setzt ein Verständnis der grundlegenden Faktoren voraus, die in den Interviews und teilweise in der Literatur benannt wurden. Erst

wenn verstanden wird, wie bzw. welche Faktoren auf das Phänomen „Fehler“ wirken und beeinflussen, wird es möglich sein, eine „neue“ Fehlerkultur zu leben und zu praktizieren.

5.1 Stärken und Schwächen der Arbeit

Da es sich bei der vorliegenden Arbeit um eine Diplomarbeit handelt, konnten aus Zeitgründen lediglich zwölf Interviews durchgeführt werden. In weiterer Folge konnte daher die Methode der Grounded Theory nicht im kompletten Umfang durchgeführt werden. Auch konnte keine Datensättigung erreicht und das selektive Kodieren nicht durchgeführt werden, wodurch die Kernvariable verborgen blieb.

Der eigentliche Prozess im Umgang mit Fehlern ist noch nicht erklärbar. Es konnten lediglich mögliche Faktoren/ Gründe ermittelt werden, die auf den Prozess des Umgangs mit Fehlern wirken. Um festzustellen, wie letztendlich mit Fehlern im Gesundheitswesen umgegangen wird, bedarf es weiterer Untersuchungen. Aufgrund dieser Tatsache konnte bislang nur ein Erklärungsmodell erstellt und noch keine endgültigen theoretischen Aussagen erarbeitet werden.

Auch wurden im Vorfeld keine eindeutigen Einschlusskriterien formuliert, was aber hinsichtlich einer Theorieentwicklung nachzuholen wäre. Insbesondere die verschiedenen Hierarchieebenen in einem Krankenhaus und die Bedeutung der Gesellschaft/ Öffentlichkeit sollten - um eine Datensättigung zu erreichen - Berücksichtigung finden.

Positiv ist bei dieser Arbeit hervorzuheben, dass die angestrebten Forschungsfragen zum größten Teil beantwortet werden konnten. Auch die Tatsache, dass die InterviewpartnerInnen der Studie einem doch noch sehr heiklen Thema offen entgegengetreten sind, kann durchaus positiv gewertet werden. Dadurch war es möglich, eine Datenvielfalt zu erreichen, die ohne die Offenheit der Beteiligten, wahrscheinlich nicht hätte erreicht werden können.

Ein weiterer interessanter Punkt dieser Arbeit ist die Erkenntnis, dass Pflegepersonen eine ganz gezielte Sichtweise auf und Wahrnehmung von Fehlern haben und bei der Definition und Bewertung von Fehlern ihre eigene Perspektive ansetzen.

5.2 Implikationen für die Pflege

Um einen produktiven und vor allem offenen Umgang mit Fehlern zu praktizieren, sind unterschiedliche Ansätze, deren Beachtung wichtig ist, von Bedeutung.

Zu Beginn soll daher kurz zum eigentlichen Begriff des Pflegeverständnisses Stellung bezogen werden, da durch die Interviews wichtige Kriterien wie Moral, Werte und Berufsethos deutlich wurden. Die Pflege entwickelt sich gerade in der heutigen Zeit und nicht zuletzt durch die Einführung des GUKG 1997 in eine Richtung, die Professionalität und Selbstständigkeit eines jeden Einzelnen fordert. Umso wichtiger ist es, sich zu verdeutlichen, dass ein gewisser Lernprozess im Bereich der Pflege stattfinden sollte. Tatsache ist nämlich, dass es heute noch immer Missverständnisse zu und Unverständnis gegenüber der sogenannten Neuorientierung, d. h. hin zu einer eigenständigen Profession der Pflege, gibt. Hier gilt es in Bezug auf das Thema „Umgang mit Fehlern in der Pflege“ grundlegend anzusetzen. Denn nur dann, wenn die Pflege es endlich gelernt hat, sich als eigenständige Profession wahrzunehmen, wird sie sich auch dahingehend definieren.

Ein weiterer Aspekt, den es zu thematisieren gilt, ist die Tatsache, dass derzeit das Problem „Umgang mit Fehlern“ in der Ausbildung nicht verankert ist. Die Pflegekräfte sollten bereits in der Grundausbildung mehr Wissen dazu vermittelt bekommen. Dabei sollte vor allem dem Faktor Mensch und der Anerkennung der Tatsache, dass Menschen nun mal Fehler passieren, ein größerer Stellenwert eingeräumt werden. Auch das Management und die Organisation sind dahingehend gefordert, einen gewissen Druck auf die Schulen auszuüben, dies in den Curricula der Gesundheits- und Krankenpflegesschulen zu thematisieren. Denn wie sollen bereits Schüler einen offenen Umgang mit Fehlern lernen, wenn in der Schule, genauso wie teilweise im Berufsalltag, eine Tabuisierung vorherrscht?

Das Management ist aber auch gefordert, in ihren eigenen Organisationen durch mehr Informationen und diverse Schulungen das Thema „Fehler“ auf die Tagesordnung zu setzen. Dabei ist besonders dem Aspekt der möglichen Konsequenzen besondere Aufmerksamkeit zu schenken, da oft noch die Angst davor herrscht, was im Fall der Fälle mit dem oder der Betroffenen geschieht. Auch gilt es, darauf zu achten, dass das Management eine Vorbildfunktion einnimmt. Denn nur dann, wenn die Beteiligten auch sehen, dass ein offener und positiver Umgang mit

Fehlern gelebt wird, werden diese im Gegenzug sich auch für ein eigenes Eingeständnis von Fehlern öffnen.

Der Versuch, mit Hilfe eines Fehlermeldesystems wie dem CIRS dies mehr oder weniger zu ermöglichen, und die bloße Behauptung, es herrsche damit ein offener Umgang mit Fehlern sind sicherlich kritisch zu hinterfragen.

Fakt ist: Was nützt jedes noch so großartige System und die Bemühungen, wenn diese gar nicht oder nur teilweise angenommen werden? Sollte dann nicht ein Umdenken stattfinden?

5.3 Implikationen für die Pflegeforschung

Für die weitere Pflegeforschung kann festgehalten werden, dass weitere Untersuchungen zum Thema „Umgang mit Fehlern in der Pflege“ erstrebenswert sind, um zusätzliche Erkenntnisse über den eigentlichen Entscheidungsprozess zu erhalten. Ein interessanter Aspekt, der sich in den bereits geführten Interviews zeigte, sollte dabei nicht vernachlässigt werden, nämlich die Tatsache, dass auch die kulturelle Prägung einen wichtigen Einfluss auf diesen Entscheidungsprozess zu nehmen scheint. Außerdem sollte bis zur Saturierung rekrutiert werden, um mehr Daten zu bekommen und genauere Kenntnisse hinsichtlich dieses Prozesses gewinnen zu können.

6. Literaturverzeichnis

Babylon (2010). Definition von Fehler Zugriff am 20.01.2010, unter <http://woerterbuch.babylon.com/fehler/>

Corbin, A., & Strauss, J. (1996). *Grounded Theory. Grundlagen qualitativer Sozialforschung*. Weinheim: Peltz, Psychologie Verlag Union.

Dinges, S. (2005). Zur Etablierung einer neuen Fehlerkultur im Umgang mit Fehlern in der stationären Patientenversorgung. In E. Holzer, C. Thomeczek, E. Hauke, D. Conen & M.-A. Hochreutener (Eds.), *Patientensicherheit. Leitfaden für den Umgang mit Risiken im Gesundheitswesen*. Wien: Facultas Verlags- und Buchhandels AG.

Fehn, K. (2001). [Overview of medical errors]. *Z Arztl Fortbild Qualitatssich*, 95(7), 469-474.

Führung, M., & Gausmann, P. (2004). *Klinisches Risikomanagement im DRG-Kontext. Integration von Risiko-Kontrollpunkten in klinische Pfade*. Stuttgart: Kohlhammer

Glazinski, R., & Wiedensohler, R. (2004). *Patientensicherheit und Fehlerkultur im Gesundheitswesen. Fehlermanagement als interdisziplinäre Aufgabe in der Patientenversorgung*. Eschborn: Verlag Dr.Dr. Rolf Glazinski.

Graf, V. P. (2003). *Risk Management im Krankenhaus. Risiken begrenzen und Kosten sparen*. Neuwied-Kriftel Luchterhand Verlag.

Grigger, N., & Meek, V. (2007). Toward Theory of Self Rechonciliation. Following Mistakes in Nursing Practise. *Journal of Nursing Scholarship*, 2(4), 177-183.

Grube, C., Schaper, N., & Graf, B. M. (2002). [Man at risk. Preventive strategies and risk management for patient safety]. *Anaesthesist*, 51(4), 239-247.

Hall, W. A., & Callery, P. (2001). Enhancing the rigor of grounded theory: incorporating reflexivity and relationality. *Qual Health Res*, 11(2), 257-272.

Helmreich, R. L. (1997). Managing human error in aviation. *Sci Am*, 276(5), 62-67.

Hochreutener, M.-A., & Conen, D. (2005). Was bedeuten Risiken im Gesundheitswesen? Von welchen Risiken sprechen wir? In E. Holzer, C. Thomeczek, E. Hauke, D. Conen & M.-A. Hochreutener (Eds.), *Patientensicherheit. Leitfaden für den Umgang mit Risiken im Gesundheitswesen*. Wien: Facultas Verlags und Buchhandels AG.

Holzer, E. (2005). Grundsätzliches zum Umgang mit Risiken - traditionelles Risikomanagement. Risikoanalyse bestehend aus Risikoerkennung und Risikobewertung. In E. Holzer, C. Thomeczek, E. Hauke, D. Conen & M.-A. Hochreutener (Eds.), *Patientensicherheit. Leitfaden für den Umgang mit Risiken im Gesundheitswesen*. Wien: Facultas Verlags- und Buchhandels AG.

Holzer, E., Thomeczek, C., Hauke, E., Conen, D., & Hochreutner, M.-A. (2005). *Patientensicherheit. Leitfaden für den Umgang mit Risiken im Gesundheitswesen*. Wien: Facultas Verlags- und Buchhandels AG.

Kahla-Witzsch, H.-A., & Platzer, O. (2007). *Risikomanagement für die Pflege. Ein praktischer Leitfaden*. Stuttgart: Kohlhammer GmbH.

Kohn, L. (2001). The Institute of Medicine report on medical error: overview and implications for pharmacy. *Am J Health Syst Pharm*, 58(1), 63-66.

Kohn, L., Corrigan, J., & Donaldson, M. (2000). *To Err is human. Building a Safer Health System*. Washington: Institute of Medicine.

Kovner, C., & Gergen, P. J. (1998). Nurse staffing levels and adverse events following surgery in U.S. hospitals. *Image J Nurs Sch*, 30(4), 315-321.

Langbein, K. (2009). *Verschlusssache Medizin. Wie sie uns krank macht, wer davon profitiert und wie Sie das System überleben*. Wien: Ecowin Verlag.

Leape, L. L. (1994). Error in medicine. *JAMA*, 272(23), 1851-1857. Zugriff am 10.01.2010 unter http://hospitalsandbox.ucsf.edu/improve/literature/error_in_medicine_leape_jama.pdf

Lichtmanegger, R., & Kleitner, G. (2006). Schadensstatistik aus Sicht eines Heilwesenschaftspflichtversicherers. In D. Berg & K. Ulsenheimer (Eds.), *Patientensicherheit, Arztpraxis, Praxis- und Krankenhausorganisation*. Berlin Heidelberg: Springer Verlag.

Mayer, H. (2002). *Einführung in die Pflegeforschung*. Wien: Facultas Verlags- und Buchhandels AG.

Mistele, P. (2007). *Faktoren des verlässlichen Handelns. Leistungspotentiale von Organisationen in Hochrisikoumwelten*. Wiesbaden: Deutscher Universitätsverlag.

Ollenschläger, G. (2001). Medizinische Risiken Fehler und Patientensicherheit. Zur Sicherheit in Deutschland. *Schweizerische Ärztezeitung*, 82(26), 1404 - 1410. Zugriff am 10.01.2010 unter <http://www.saez.ch/pdf/2001/2001-26/2001-26-261.pdf>

Pierre, M., & Hopfinger, G. (2005). *Notfallmanagement. Human Factors in der Akutmedizin*. Heidelberg: Springer Verlag.

Rall, M., Manser, T., Guggenberger, H., Gaba, D. M., & Unertl, K. (2001). [Patient safety and errors in medicine: development, prevention and analyses of incidents]. *Anesthesiol Intensivmed Notfallmed Schmerzther*, 36(6), 321-330.

Reason, J. (1995). Understanding adverse events: human factors. *Qual Health Care*, 4(2), 80-89.

Reason, J. (2000). Human error: models and management. *BMJ*, 320(7237), 768-770.

Rims, M. (2006). Fehlermeldung mit System. Zugriff am 20.01.2010 unter http://www.emcl.de/downloads/downloads_allgemein/Fehlermanagement.pdf

Rohe, J., Beyer, M., & Gerlach, F. (2005). Aspekte zu Risiken aus der Sicht der Health Professionals. Begriffe und Definitionen. In E. Holzer, C. Thomeczek, E. Hauke, D. Conen & M.-A. Hochreutener (Eds.), *Patientensicherheit. Leitfaden für den Umgang mit Risiken im Gesundheitswesen*. Wien: Facultas Verlags- und Buchhandels AG.

Romeike, F. (2004). *Lexikon Risiko-Management*. Köln: Bank-Verlag GmbH.

Schrems, B. (2008). Skriptum zur Vorlesung Qualitätsmanagement im Rahmen des Individuellen Diplomstudienganges Pflegewissenschaft an der Universität Wien.

Schüttelkopf, E. (2008). Erfolgsstrategie Fehlerkultur - Wie Organisationen durch einen professionellen Umgang mit Fehlern ihre Performance optimieren. In G. Ebner, P. Heimerl & E. Schüttelkopf (Eds.), *Fehler - Lernen - Unternehmen. Wie sie die Fehlerkultur und Lernreife Ihrer Organisation wahrnehmen und gestalten*. Frankfurt am Main: Peter Lang GmbH Internationaler Verlag der Wissenschaften

Staender, S. (2001). [Incident reporting as a tool for error analysis in medicine]. *Z Arztl Fortbild Qualitätssich*, 95(7), 479-484.

Weidringer, J. (2005). Risikomanagement als Teil des Qualitätsmanagements. Qualitätsmanagement und Risikomanagement - Gemeinsamer Nutzen für Patienten, Angehörige der Gesundheitsberufe und verschiedene Kostenträger In E. Holzer, C. Thomeczek, E. Hauke, D. Conen & M.-A. Hochreutener (Eds.), *Patientensicherheit. Leitfaden für den Umgang mit Risiken im Gesundheitswesen*. Wien: Facultas Verlags- und Buchhandels AG.

Weiss, H. (2005). *Fehler und Fehlverhalten in der Medizin*. Nierstein/Rh: Iatros Verlag & Service GmbH.

Wiener Krankenanstalten Verbund, Geschäftsbereich Qualitätsarbeit. (2008). Erprobung eines Fehlerberichtssystems (CIRS) im Hinblick auf eine flächendeckende Einführung im KAV.

7. Abbildungs- und Tabellenverzeichnis

Abbildung 1	Zusammenhang der Fehlerbegriffe
Abbildung 2	Schweizer Käse Modell
Abbildung 3	Eisbergmodell
Abbildung 4	Schritte des Risikomanagementssystems
Abbildung 5	Risikoträger
Abbildung 6	Risikomatrix
Abbildung 7	Qualitätsmanagement und Risikomanagement
Tabelle 1	Anzahl und Vermeidbarkeit in der konservativen Behandlung
Tabelle 2	Anzahl und Vermeidbarkeit in der operativen Behandlung
Tabelle 3	Anzahl und Vermeidbarkeit in der Diagnostik
Tabelle 4	Anzahl und Vermeidbarkeit in der Behandlung
Tabelle 5	Anzahl und Vermeidbarkeit in der Prävention

8. Abkürzungsverzeichnis

bzw.	Beziehungsweise
CIRS	Critical Incident Reporting System
FBA	Fehler Baum Analyse
FMEA	Fehler Melde Einfluss Analyse
SZT	Szenariotechnik
u.a	unter anderem
z.B.	Zum Beispiel

9. Anhang

9.1. Interviewleitfaden

Wie definieren bzw was bedeutet für sie Fehler ?

Was verstehen sie unter einem Fehler ?

Sind Fehler in der Pflege möglich ?

Was verstehen sie unter Fehlerkultur ?

Wie würden Sie Fehlerkultur definieren ?

Können Sie offen über Fehler auf ihrer Station sprechen ?

(JA: Warum; was wird auf Ihrer Station getan um offen über Fehler sprechen zu können)

(Nein: Was würden Sie sich wünschen damit es Ihnen ermöglicht wird über Fehler sprechen zu können)

Kennen sie das Projekt des KAV in Bezug auf Fehlermanagement ?

(JA: Woher kennen Sie es, wird es auf Ihrer Station gelebt ?)

(NEIN: Warum glauben Sie, dass es Ihnen nicht bekannt ist ?)

Kennen Sie CIRS ?

Was glauben Sie – warum wird zum Teil das bestehende System noch zu wenig angenommen ?

Haben Sie schon Fehler gemeldet ?

Ist Ihnen selbst oder haben Sie schon Fehler bei anderen bemerkt/gesehen ?

(JA: Wie sind Sie damit umgegangen ?)

9.2 Einverständniserklärung



UNIVERSITÄT WIEN

**INSTITUT FÜR PFLEGEWISSENSCHAFTEN
FAKULTÄT FÜR SOZIALWISSENSCHAFTEN**

**EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG ZUR TEILNAHME
AN EINER FORSCHUNGSSTUDIE**

mit dem Titel:

„Umgang mit Fehlern in der Pflege“

Untersucher:

Kraßnig Martin / Matr.Nr.: 0508424

Dipl. Gesundheits- und Krankenpfleger / Student des Studienganges
Pflegerwissenschaft an der Universität Wien

Betreuer:

Dr. Monika Linhart, Krankenschwester, Dipl. Pflegewirtin (FH)

Institut für Pflegewissenschaft der Universität Wien

Alser Straße 23

A – 1080 Wien

Studienzweck und Hintergrund

Martin Kraßnig führt unter der Begleitung von Frau Dr. Monika Linhart eine Studie zur Erforschung der Fehlerkultur im Gesundheitswesen durch. Die Studie wird unabhängig, zu dem derzeit laufenden Projekt „Riskmanagement“ des Wiener Krankenanstaltenverbundes durchgeführt. Sie sind gefragt worden oder haben sich freiwillig gemeldet an dieser Studie teilzunehmen, da Sie als Diplomierte(r)

Gesundheits- und Krankenschwester/Krankenpfleger in einer Krankenanstalt arbeiten.

Vorgehen

Wenn Sie sich entschließen an dieser Studie teilzunehmen, dann werden Sie sich für ungefähr ein bis zwei Stunden an einem für Sie angenehmen Ort, wie zum Beispiel in Ihrer Wohnung oder einem anderen Ort Ihrer Wahl unterhalten. Herr Kraßnig wird Ihnen dabei einige Fragen zum Thema Fehlerkultur im Gesundheitswesen stellen, welche Sie ihm im Laufe des Gespräches beantworten können. Wenn es Ihnen recht ist, wird die Unterhaltung auf Tonband aufgenommen. Bei Unklarheiten bezüglich Ihrer Aussagen könnte es notwendig werden, Sie telefonisch noch einmal zu kontaktieren.

Risiko / Unbehagen

Mit der Beantwortung der Fragen ist grundsätzlich kein Risiko verbunden. Jedoch kann es sein, dass Sie einige Fragen langweilen werden oder Unbehagen bei Ihnen auslösen könnten. Sie können sich zu jeder Zeit weigern eine Frage zu beantworten. Sie können sich auch zu jedem Zeitpunkt des Interviews noch dazu entscheiden, doch nicht an der Studie teilzunehmen.

Wenn Ihnen die Tonbandaufnahme Ihrer Antwort auf eine bestimmte Frage unangenehm ist, können Sie nach Beginn des Interviews Herrn Kraßnig Martin jederzeit darum bitten das Tonband, für die Zeit der Beantwortung dieser Frage, auszuschalten. Er wird sich in dieser Zeit dann Notizen von Ihrer Antwort machen.

Vertraulichkeit Ihrer Angaben (Datenschutz):

Eine Teilnahme an einem Forschungsprojekt bringt immer einen gewissen Verlust von Privatsphäre mit sich. Jedoch versichern wir Ihnen, dass ihre Unterlagen so vertraulich wie möglich gehandhabt werden. Nur die an diesem Projekt beteiligte Forscherin Frau Dr. Linhart und Herr Kraßnig werden Zugang zu dem Datenmaterial dieser Studie haben.

Herr Kraßnig wird das Interview transkribieren, das heißt er wird alles was Sie ihm erzählt haben in ein computergestütztes Schreibprogramm übertragen. Während des Abschreibens wird er jegliche Information, die Sie identifizieren könnte, aus dem

Manuskript entfernen und das Tonband wird nach Beendigung der Datenauswertung sofort gelöscht werden. Ihr Name wird nirgends im Studienmaterial erscheinen. Das Gleiche gilt auch für jegliche Veröffentlichung von Studienergebnissen. Das gesamte Studienmaterial wird für einen Zeitraum von fünf Jahren in einem abschließbaren Aktenschrank verwahrt und danach vernichtet werden.

Mit der Teilnahme an dieser Studie sind keine direkten Vorteile für Sie verbunden, jedoch können Sie einen wesentlichen positiven Beitrag dazu leisten, dass die Erkenntnisse aus der Studie zu einer Verbesserung der Fehlerkultur in Gesundheitseinrichtungen führt und dadurch auch die Sicherheit der PatientenInnen steigt.

Kosten / Kostenerstattung:

Mit der Teilnahme an dieser Studie sind keine Kosten für Sie verbunden.

Bezahlung:

Für die Teilnahme an dieser Studie wird Ihnen auch keine Bezahlung zu teil.

Fragen:

Die Studie wurde Ihnen von Herrn Martin Kraßnig erklärt, und alle Ihre Fragen diesbezüglich wurden beantwortet. Sollten Sie dennoch weitere Fragen oder Bedenken haben, können Sie jederzeit entweder Herrn Kraßnig Martin oder Frau Dr. Linhart unter folgenden Adressen kontaktieren:

Martin Kraßnig
Tel.: 0699/11185486

Dr. Monika Linhart
Institut für Pflegewissenschaft der
Universität Wien
Alser Straße 23
A – 1080 Wien
01 - 4277- 498 01

Einverständniserklärung

Die Teilnahme an diesem Forschungsprojekt ist vollkommen freiwillig.

Sie haben das Recht die Teilnahme grundsätzlich abzulehnen oder auch später Ihre Einverständniserklärung zu jedem Zeitpunkt der Studie zurückzuziehen.

Wenn eines der Themen, die im Verlauf des Interviews angesprochen werden, Sie negativ berührt oder Ihnen zu schwierig ist, dann können Sie jederzeit ablehnen darüber zu sprechen. Ebenso können Sie das Interview zu jedem Zeitpunkt abbrechen.

Ganz herzlichen Dank, dass Sie vorhaben an diesem Forschungsprojekt teilzunehmen.

Wenn Sie teilnehmen wollen, dann unterschreiben Sie bitte in der folgenden Zeile.

Eine Kopie dieser Einverständniserklärung wird Ihnen für Ihre Unterlagen zur Verfügung gestellt.

Datum

Unterschrift der Teilnehmerin

Datum

Unterschrift des Untersuchers

9.3. Curriculum Vitae

Persönliche Daten:

Name, Vorname	Kraßnig Martin
Familienstand	Ledig
Geburtsdaten	07.06.1978, Klagenfurt
Staatsbürgerschaft:	Österreich



Ausbildung

10/2005 – 05/2010	Studium des IDS Pflegewissenschaften an der Universität Wien
09/2002 – 09/2005	Vorbereitungslehrgang für die Berufsreifeprüfung an der VHS Meidling
09/1996 – 09/1999	Allgemeine Gesundheits- und Krankenpflegeschule am SMZ Ost in Wien

Schulausbildung

09/1993 – 07/1999	Fachschule für Sozialberufe in Klagenfurt
09/1992 – 07/1993	Polytechnischer Lehrgang in Feldkirchen/Kärnten
09/1988 – 07/1992	Hauptschule mit musischen Schwerpunkt in Feldkirchen/Kärnten

09/1984 – 07/1988

Volksschule in Kärnten

Beruflicher Werdegang

Seit 09/1999

Dipl. Gesundheits- und Krankenpfleger am SMZ Süd in Wien

- » Schwerpunkt Infektions- und Tropenmedizin
- » Umgang mit überwachungspflichtigen Patienten
- » EBN Mentor (seit 2005)
- » Praxisanleitung (seit 2003)

Nebenberuflich

Seit 09/2005

Gast -Referent, im Rahmen des Unterrichtsfaches Hygiene und Infektionslehre an der Allgemeinen Gesundheits- und Krankenpflegeschule SMZ Ost und SMZ Süd

05/2000 – 09/2005

Freiberufliche Tätigkeit als Dipl. Gesundheits- und Krankenpfleger

- » Private Seniorenresidenzen und Pflegeheime
- » Pflegeheim Pottenbrunn (1 Jahr)
- » Landesklinikum Mödling – Unfallchirurgie (1Jahr)

Projektmitarbeiten

06/2006 – 12/2008

Mitarbeit am Projekt IZEP

10/2005 – 10/2008

Mitglied der EBN Plattform des Wiener Krankenanstaltenverbundes