universität wien

DIPLOMARBEIT

Titel der Diplomarbeit

„Risiko –und Fehlermanagement in der Gesundheits– und Krankenpflege“

Verfasserin

Manuela Vera Gruber-Aigner

angestrebter akademischer Grad

Magistra der Philosophie (Mag^{a}.phil.)

Wien, im Jänner 2010

Studienkennzahl lt. Studienblatt:	A 057/122
Studienrichtung lt. Studienblatt:	IDS Pflegewissenschaft
Betreuerin	V.-Prof. Dr. Hanna Mayer

EHRENWÖRTLICHE ERKLÄRUNG

Ich versichere,

dass ich die Diplomarbeit selbständig verfasst, andere als angegebene Quellen und Hilfsmittel nicht benutzt und mich auch sonst keiner unerlaubten Hilfe bedient habe, dass ich dieses Diplomarbeitsthema bisher weder im In – noch im Ausland (einer Beurteilerin/einem Beurteiler zur Begutachtung) in irgendeiner Form als Prüfungsarbeit vorgelegt habe, dass diese Arbeit mit der vom Begutachter beurteilten Arbeit übereinstimmt.

…… ……

Datum Unterschrift

INHALTSVERZEICHNIS

1 EINLEITUNG ..... - 7 -

2 FRAGESTELLUNG UND ZIELSETZUNG ..... - 8 -

3 DIE BEDEUTUNG VON FEHLERN ..... - 10 -

3.1 Der Fehlerbegriff im allgemeinen ..... - 10 -

3.2 Der Begriff des Pflegefehlers ..... - 12 -

3.3 Fehlertheorie nach James Reason ..... - 14 -

3.4 Klassifikation von Fehlern ..... - 17 -

3.4.1 Aktive Fehler ..... - 17 -

3.4.2 Latente Fehler ..... - 20 -

3.5 Der Umgang mit Fehlern – die Fehlerkultur ..... - 21 -

3.6 Risiko ..... - 24 -

3.7 Risikomanagement ..... - 25 -

3.7.1 Einsatzgebiete des Risikomanagements ..... - 27 -

3.7.2 Der Risikomanagementprozess ..... - 27 -

Risikoerkennung **..... - 28 -**

3.7.3 Ziele des Risikomanagements ..... - 30 -

3.8 Patientensicherheit ..... - 32 -

3.9 CIRS – Critical Incident Reporting System ..... - 41 -

3.10 Erfahrungsdrehscheibe ..... - 42 -

3.11 Plattform Patientensicherheit in Österreich ..... - 43 -

4 EMPIRISCHE UNTERSUCHUNG ..... - 45 -

4.1 Die Forschungsfrage und das Ziel der Untersuchung ..... - 45 -

4.2 Methodik ..... - 46 -

4.3 Das halbstandardisierte Interview ..... - 46 -

4.3.1 Die Rollen innerhalb eines Interviews ... - 47 -

4.4 Die Entstehung des Interviewleitfadens und die Abläufe der Interviews ... - 48 -

4.4.1 Die Entwicklung des Interviewleitfadens ... - 48 -

4.4.2 Die Auswahl der InterviewpartnerInnen ... - 48 -

4.4.3 Die Durchführung des Interviews ... - 49 -

4.4.4 Ethische Überlegungen ... - 51 -

4.5 Datenaufbereitung und Auswertung ... - 52 -

4.6 Gütekriterien ... - 54 -

5 DIE ERGEBNISSE DER INTERVIEWS ... - 55 -

5.1 Allgemeines Wissen über Fehler – und Risikomanagement ... - 56 -

5.2 Die Bedeutung von „Begehen eines Fehlers“ ... - 59 -

5.3 Reaktionen auf Fehler ... - 61 -

5.4 Eventuelle Konsequenzen ... - 62 -

5.5 Ursachenrecherche und Veränderungen ... - 64 -

6 DISKUSSION ... - 65 -

7 EMPFEHLUNG ZUR ETABLIERUNG EINER NEUEN FEHLERKULTUR ... - 72 -

7.1 Bewusstseinsarbeit ... - 72 -

7.2 Kommunikation ... - 74 -

7.3 Hierarchiebarrieren abbauen ... - 75 -

8 ZUSAMMENFASSUNG ... - 76 -

9 LITERATURVERZEICHNIS ... - 81 -

10 ANHANG ... - 86 -

1 Einleitung

Eine erst vor einigen Monaten diplomierte Gesundheits- und Krankenschwester kommt in den Nachtdienst. Nach der Dienstübergabe beginnt sie die i.v.-Medikamente für die Patienten vorzubereiten. In einer Patientenkurve ist eine Vorschreibung eines Herzmedikamentes nicht korrekt durchgeführt, sodass die Dosierung und die Applikation in mehreren Varianten interpretiert werden kann. Diejenigen Schwestern, die bereits länger an der Station arbeiten und den Arzt und seine Modalität der Medikamentenvorschreibung kennen, wissen wie dieses Medikament zu verabreichen ist – oder besser ausgedrückt – wie diese Vorschreibung gemeint ist. Die unerfahrene Kollegin interpretiert die Vorschreibung falsch, der Turnusarzt kontrolliert die Medikamente nicht mit der Patientenkurve und der Patient muss nach der Gabe des Medikamentes reanimiert werden. In den folgenden Tagen und Wochen läuft ein übliches Procedere im Gesundheitswesen ab, nämlich die Suche nach der/dem Schuldigen. Das weitere Vorgehen brauche ich nicht näher erläutern, da jeder der im Gesundheitswesen tätig ist weiß, dass Fehler nicht erlaubt sind und jeder der einen begeht, dafür zur Rechenschaft gezogen wird.

In unserer Gesellschaft haben die meisten Menschen Angst einen Fehler einzugestehen. Gerade in medizinischen Disziplinen kann ein Fehler fatale Folgen haben, der bis zum Tod eines Menschen führen kann. Die im Moment vorherrschende Fehlerkultur im Alltag der Gesundheits- und Krankenpflege birgt keinerlei Ansätze zu einer Fehlereingrenzung oder Vermeidung in sich. In meiner Literaturrecherche habe ich kaum Berichte über Fehlermanagement in der Gesundheits– und Krankenpflege gefunden. Mediziner beschäftigen sich vereinzelt mit diesem Thema, jedoch bin ich der Meinung, dass Fehlermanagement nur im multiprofessionellen Team einen Sinn ergibt. Die vielen Schnittstellen der einzelnen Professionen müssten in einem übergeordneten Organisationssystem miteinander vernetzt werden. Deshalb ist mir ein Umdenken und Neuerarbeiten in der Fehlerkultur enorm wichtig, um sie mit den Ergebnissen anderer Professionen verbinden zu können.

Leider musste ich im Rahmen meiner Recherchen über Fehlermanagement im Gesundheitswesen feststellen, dass die Situation nicht nur in Österreich, sondern in vielen anderen Ländern der Welt der unseren ähnlich ist. Es gibt eine negative Fehlerkultur (naming, shaming, blaming – ich werde später näher darauf eingehen) welche sich zwar nicht bewährt, da sie nicht zur Fehlervermeidung führt, aber sie ist einfacher zu praktizieren.

.

Es gibt bereits Ansätze, da an der Universitäts-Frauenklinik im Wiener AKH die Abteilung für Risikomanagement und Patientensicherheit, unter der Leitung von Univ.Prof.Dr. Norbert Pateisky, entstanden ist, aber eine Zusammenarbeit mit der Pflege wird nicht ausdrücklich erwähnt. Risikomanagement muss multiprofessionell passieren und daher möchte ich in dieser Arbeit aufzeigen, wie die Pflege bei der Weiterentwicklung einer positiven Fehlerkultur ihren Beitrag leisten kann.

2 Fragestellung und Zielsetzung

Im Gesundheitswesen beginnt langsam ein Umdenken beim Umgang mit Fehlern. Dieser Prozess ist leider noch ganz am Anfang und wird auch noch nicht von allen Bereichen des Gesundheitswesens unterstützt oder als notwendig erachtet.

Alle in der Medizin und Pflege tätigen Personen sehen sich mit besonderen Herausforderungen konfrontiert. Kaum ein Arbeitsbereich ist zurzeit so massiven Veränderungen ausgesetzt, wie das Krankenhaus. Nicht nur medizinische, wissenschaftliche oder technische Fortschritte, auch gesellschaftliche und politische Entwicklungen prägen diesen fortwährenden Wandel.

Die Krankenhauslandschaft wird momentan dramatisch umgestaltet. Viele der heute noch bestehenden Häuser werden in wenigen Jahren nicht mehr existieren, die verbleibenden Kliniken müssen dann wesentlich mehr

Patienten in immer kürzerer Zeit versorgen. Natürliche Folge wird eine auffallend höhere „Behandlungsdichte“ sein, als sie bisher üblich war (vgl. Paula, 2007 S.V).
Dies alleine ist schon Grund genug über neue Strategien puncto Patientensicherheit nachzudenken. Aber auch die Komplexität und die Zusammenarbeit der verschiedenen Patientengruppen und medizinischen Disziplinen im Krankenhaus, zwingen zu solchen Überlegungen.
Viele gängige Methoden des Risikomanagements sind im Krankenhauswesen noch großteils unbekannt. Ein Krankenhaus ist eine einzigartige Arbeitswelt – jedoch nicht so einzigartig, dass nicht die Möglichkeit besteht von anderen Branchen zu lernen. Wir brauchen das Rad nicht neu erfinden, eine gänzliche Kopie von Risikomanagementsystemen aus der Industrie ist aber nicht sinnvoll. Es können jedoch wichtige Anregungen und einzelne Strategien übernommen werden, um daraus ein krankenhausspezifisches Risikomanagement zu entwickeln. Dies setzt allerdings voraus, dass die Problematik erkannt, akzeptiert und auch ernst genommen wird.

Meine Frage lautet nun: *Ist die* Gesundheits-*und Krankenpflege bereit in ihrer Fehlerkultur einen Paradigmenwechsel durchzuführen und welche Veränderungen sind dafür notwendig?*

Ziel dieser Arbeit ist es, eine Antwort zu finden, ob die Gesundheits-und Krankenpflege den bereits eingeschlagenen Weg der Veränderung in der Fehlerkultur auch umsetzt oder nach wie vor an ihren alten Verhaltensmustern haften bleibt. Weiters gilt es, zu erkennen woran die Umsetzung möglicherweise scheitert und wie diese Hürde überwunden werden kann.

3 Die Bedeutung von Fehlern

Im folgenden Kapitel werden einige Bedeutungen des Begriffs „Fehler“ beschrieben um die Vielschichtigkeit dieses Wortes aufzuzeigen.

3.1 **Der Fehlerbegriff im Allgemeinen**

Beschäftigt man sich mit dem Thema Fehler, erhält man eine Vielzahl an Fehlerbegriffen. Hermann Weimar ist einer der Pioniere der Fehlerforschung und Weingardt (2004 S.44) fast dessen Erkenntnisse so zusammen, dass Weimar Täuschungen und Fälschungen, welche bewusst gemacht werden, von Fehlern und Irrtümern, welche unabsichtlich passieren, unterscheidet.

In einem anderen Bereich, wie zum Beispiel der Psychologie, werden Fehler mit Synonymen wie Devianz, Defizit oder Dysfunktion belegt (…) und in der Technik unterscheidet man zwischen menschlichem Versagen, Bedienungsfehlern sowie technischen Fehlern, wie Material – und Messfehlern (Schüttelkopf, 2008 S.165).

In der Pädagogik kamen Oser, Hascher und Spychiger (1999 S.11) zu folgendem Ergebnis: „Der Begriff ‚Fehler’ wird in der Literatur uneinheitlich verwendet. Keller (…) definiert Fehler als ‚Frustration von Erwartungen’, Gloy (…) als ‚Abweichen von individuellen Absichten’. Statt von Fehlern kann man auch von Falschem, Nichtrichtigem Irrtum und Fehlverhalten ect. gesprochen werden. Die Begriffliche Differenzierung erfolgt meist nach der Funktion dieser je nach Kontext anders benannten ‚Falschheit’“.

In der Kirche hingegen, werden Fehler anders gesehen. Gott ist unfehlbar und der Mensch eben nicht. Der Fehler wird hier als Sünde beschrieben und wer eine Sünde begeht muss Buße tun oder wird dafür bestraft. (Genesis, Kap. 3,1-24; S.19) Adam und Eva haben für ihren „Fehler“, sich

verführen zu lassen und nicht zu gehorchen, ihre Strafe bekommen, aber in der Kirche wurden auch andere „Verfehlungen“ bestraft. Frauen welche ein Muttermal besaßen (welches ein Zeichen Satans war, das er hinterließ nachdem er mit ihnen verkehrt hatte) wurden öffentlich am Scheiterhaufen verbrannt (Bucher, 1999 S.159).

In der Medizin kennt man ganz andere Fehlerbegriffe. Da gibt es Organfehler, Organversagen, Fehlfunktionen und Fehlstellungen oder Missbildungen und Schönheitsfehlern (vgl. Schüttelkopf, 2008 S. 165).

Im Gesundheitswesen ist der Begriff „Fehler“ nicht durch eine einzige Definition beschrieben, da es keine einheitliche Nomenklatur gibt. Dies ist auch bei Kohn et.al. 1999 S.28, bereits erwähnt.

Die IOM – Studie (Institute of Medicine) definiert Fehler wie folgt: Eine geplante Handlung kann nicht wie beabsichtigt durchgeführt werden (Durchführungsfehler) oder zur Zielerreichung wurde ein falsches Vorgehen verwendet (Planungsfehler) (vgl. Kohn et.al. 1999 S.28).

Bei Leape (1994 S.1851) wird ein Fehler ebenfalls als „ eine unbeabsichtigte Handlung, entweder als Unterlassung oder Durchführung, die nicht zum gewünschten Ergebnis führt“, beschrieben.

Durch diese Vielzahl an Definitionen der verschiedenen Disziplinen wird deutlich, dass je komplexer die Materie wird, desto schwieriger ist der Begriff zu definieren. Als Konsequenz operiert man verstärkt mit einer Definition die den Fehler als Abweichung von einer Norm bzw. vorgegeben Forderung versteht (Schüttelkopf 2008, S.166).
Den Begriff des Fehlers in der Pflege werde ich im folgenden Kapitel gesondert behandeln.

3.2 **Der Begriff des Pflegefehlers**

Die Krankenpflege umfasst die eigenverantwortliche Versorgung und Betreuung von Menschen aller Altersgruppen, alleine oder in Kooperation mit anderen Berufsgruppen.
Nicht nur der eigenverantwortliche Bereich (Diagnostik, Planung, Organisation, Durchführung und Kontrolle aller pflegerischer Maßnahmen im intra- und extramuralen Bereich, § 14 GuKG, Weiss-Fassbinder/Lust 2000 S.57), sondern auch der mitverantwortliche Tätigkeitsbereich (Durchführung diagnostischer und therapeutischer Maßnahmen nach ärztlicher Anordnung, § 15 GuKG ebenda, S.62) ist ein Bestandteil der Krankenpflege.
Im interdisziplinären Bereich (umfasst jene Bereiche, die sowohl die Gesundheits- und Krankenpflege als auch andere Berufe des Gesundheitswesens betreffen, § 16 GuKG, ebenda, S.81) haben die Angehörigen des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege das Vorschlags- und Mitentscheidungsrecht.

Von einem Pflegefehler spricht man dann, wenn gegen elementare Berufspflichten verstoßen wird. Dazu gehören zum Beispiel:

- Die Kompetenzüberschreitung
- Fehler in der Grundpflege
- Fehler in der Behandlungspflege
- Verwechslung oder Falschdosierung von Medikamenten

(vgl. Molketin, 1999 S.797f)

Kohn et.al (1999 S.4) definieren Fehler in der Pflege auf folgende Art:

- Diagnostische Fehler
- Behandlungsfehler
- Fehler bei der Prävention

- Sonstige Fehler

Henke und Hostmann (2008 S.11f) erklären den Begriff Pflegefehler wie folgt: „Der Begriff *Pflegefehler* ist nicht geklärt und wird sehr unterschiedlich verwendet. Allein ein solches Begriffswirrwarr kann bereits als ‚sonstige Fehler' (struktureller Organisationsfehler der Metaebene) betrachtet werden, denn die oben beschriebene fehlende Einheitlichkeit macht Fehlererkennungssysteme unmöglich. Dennoch soll und muss derjenige, der einen Fehler macht, dazu stehen. Schließlich kann es nach Einreichen einer Klage durch die geschädigte Person zu Rechtsverfahren kommen. Diese hat Beweise für eine widerrechtliche Behandlung bzw. für einen Pflegefehler zu erbringen. In der Regel besteht jedoch die Beweislastumkehr. D.h., die Pflegeeinrichtung muss beweisen, dass sie den zu Pflegenden sicher und gut versorgt hat. Die Beweislastumkehr gilt z.B. bei lückenhafter oder fehlender Dokumentation, bei fehlender oder unvollständiger Aufklärung des Pflegebedürftigen sowie bei groben Behandlungsfehlern."

Die einzelnen Begriffserklärungen zum Thema Pflegefehler lassen nun erkennen, dass auch dieser Begriff keine eindeutige Definition zulässt. Zusammenfassend kann man einen Pflegefehler als Abweichung von der professionellen Pflege bezeichnen, die eine qualifizierte Pflegeperson begeht.

Es stellt sich nun die Frage, wie entstehen Fehler eigentlich? Wodurch und warum können Fehler passieren? Der Psychologe James Reason hat sich mit diesem Thema genauer beschäftigt und folgendes herausgefunden:

3.3 **Fehlertheorie nach James Reason**

Der englische Psychologe James Reason entwickelte in den 90 Jahren diese Theorie ursprünglich für sicherheitsorientierte Industrien (z.B. Kernenergie, Schifffahrt, kommerzielle Luftfahrt,…). Erst in den letzten Jahren fand sie im medizinischen Bereich Anwendung.

Laut Reason kann das human error problem, also das Problem des menschlichen Versagens auf zwei Arten gesehen werden:
Einerseits als Fehler eines Einzelnen (person approach) oder als Fehler in der Organisation (system approach)[J.Reason,2000 S.768]

Person appraoch (Personenmodell):

Damit beschreibt Reason jene Fehler, die denjenigen passieren, die sich am Ende einer langen Kette einer Organisation befinden: Pflegepersonen, Ärzte, Therapeuten,…
Ihnen können Fehler unterlaufen, die auf Grund von Unaufmerksamkeit, Vergessen, mangelnder Motivation, Leichtsinn, Fahrlässigkeit, etc. entstehen können. Um einem solchen unerwünschten Verhalten gegenzusteuern, gibt es in den Organisationen verschiedenste Maßnahmen wie z.B. disziplinäre Maßnahmen, Androhung eines Rechtsstreites, Neuformulierung eines Standards oder Erstellen eines solchen, falls es ihn bis dato noch nicht gab oder das öffentliche zur Schau stellen desjenigen der einen Fehler begangen hat mit anschließender Bestrafung (naming-blaming-shaming). Die Literatur spricht häufig vom „spitzen Ende“ des Eisberges.
Laut Reason (2000 S.768) tendieren Verfechter dieser Vorgehensweise dazu, dass Fehler nur „schlechten“ Menschen passieren.
Im Gesundheitswesen hat das seine Tradition. Personen wegen ihrer Fehler zu denunzieren ist befriedigender als sich um den Grund des

„Versagens“ zu kümmern und eventuell feststellen zu müssen, dass der Fehler vielleicht ganz wo anders liegt.
Wenn ein Fehler von jemand oder einer Gruppe von Personen begangen wird, ist es einfacher diese dafür verantwortlich zu machen. Es ist für eine Organisation – also für ein Krankenhaus – einfacher und zweckmäßiger den einzelnen oder eine Gruppierung für einen Fehler die Verantwortung zu geben, als selbst dafür geradezu stehen (ebenda).

System approach (Systemmodell):

Da der Mensch nicht unfehlbar ist, ist es auch in der besten Organisation möglich, dass Fehler passieren. Fehler werden eher als Konsequenz und nicht als Ursache gesehen, welche nicht aufgrund menschlicher Unzulänglichkeit sondern wegen Lücken im systemischen Ablauf ihren Ursprung haben. Reason (2000 S.768) sagt in diesem Zusammenhang: “…we cannot change the human condition, we can change the conditions under which humans work“.
In vielen Organisationen ist man sich der menschlichen Fehlbarkeit bewusst und es werden eine Vielzahl an Kontrollen, Überwachungen, Checklisten, usw. erstellt um diese zu umgehen. Jedoch gibt es immer Lücken, welche zu einem Fehler führen können und nicht jeder Fehler führt zu einem fatalen Ereignis. Es ist aber sehr wohl möglich, dass mehrere Lücken, durch Zusammenfallen bestimmter Umstände zu einem irreversiblen Fehler führen (auch Schweizer-Käse-Modell genannt).

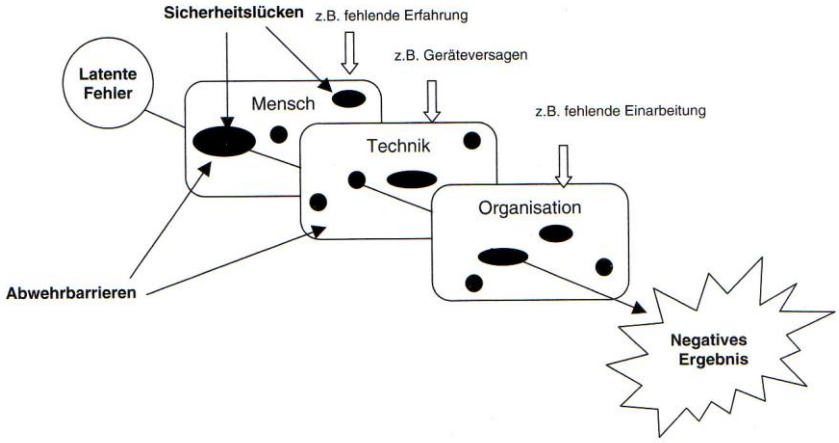

Abbildung 1:Das Schweizer-Käse Modell, Kahla-Witzsch (2005 S.83)

Reason (2000 S.768) bewertet das Personenmodell unter anderem als das im Gesundheitswesen meist tradierte Verhalten bei Fehlern, als anderswo. Jeder Mensch muss für seine Taten Verantwortung übernehmen und es ist auch für das Management einer Organisation einfacher, eine einzelne Person als sich selbst, also der Organisation, diese zu übertragen. Dieser Umstand besteht aber nicht nur in Österreich, sondern laut James Reason ist dies auch in Großbritannien der Fall.

Eine weitere Schwäche des Personenmodells ist es, dass es sich auf den Fehler des einzelnen zu sehr fixiert und einen systemischen Zusammenhang nicht erkennen lässt. Auch den besten und genauesten Mitarbeiter können mitunter schwerwiegende Fehler unterlaufen, denn Fehler sind kein Monopol für die weniger guten Mitarbeiter, sie unterlaufen jedermann. Bei einem Fehler der im System steckt, kommt es zu einer Wiederholung dieses Fehlers, der in verschiedenen Mustern auftreten kann. Hier komme ich auf das vorhin erwähnte Schweizer-Käse-Modell zurück. Die Löcher im Käse sind willkürlich angeordnet, aber es besteht die Möglichkeit, dass mehrere hintereinander angeordnet sind. Genauso verhält es sich mit Fehlern. Eine Aneinanderreihung von Fehlern, die durch keinerlei Kontrollsysteme oder nicht ausreichende Kontrollen passieren können, kann zu einem sehr unangenehmen Ergebnis führen (vgl.Reason,2000 S.769).

3.4 Klassifikation von Fehlern

Bei einem unbeabsichtigten Fehlhandeln kommt es zu Fehlern in der Handlung, obwohl der Handelnde alles richtig machen wollte. Abhängig davon, wo dabei die Fehler gemacht wurden, kann zwischen aktiven und latenten Fehlern unterschieden werden (vgl. Mistele 2007 S.43).

3.4.1 Aktive Fehler

Aktive Fehler treten auf der Ebene der praktisch tätigen Leistungsträger auf (etwa die Verabreichung einer falschen Arzneimitteldosis) und sind einfacher zu messen, da sie zeitlich und räumlich begrenzt sind.
Aktive Fehler werden somit zumeist sofort sichtbar und lösen unmittelbare Konsequenzen in Form von Störungen, Zwischenfällen oder Unfällen aus. Durch ihre leichte Identifizierbarkeit werden aktive Fehler Gegenstand des öffentlichen Interesses und haben zumeist eine Sanktionierung der verursachenden Person zur Folge (vgl. St.Pierre et al. 2005 S.28).

Aktive Fehler können sein:

Unsichere Handlungen (unsafe acts):
Fehler (errors): eine geplante Handlung erreicht das gewünschte Ziel nicht. Der Handlung liegt entweder ein falscher Plan zugrunde (Irrtümer[mistakes]), oder die Handlung wird nicht geplant durchgeführt (Ausrutscher [slips] und Aussetzer[lapses]).
Irrtümer (mistakes): Der Plan ist nicht geeignet, das Ziel zu erreichen. Ein regelbasierter oder ein wissens-basierter Irrtum liegt vor.
Ausrutscher (slips): Problem der Aufmerksamkeit
Aussetzer (lapses): Problem des Gedächtnisses
(Reason,1990 S.8)

Das Ausführen von automatisierten Handlungen, wie z.B. Autofahren und Telefonieren führt zum Auftreten von slips. Wie groß ist die

Wahrscheinlichkeit, dass so etwas passiert? Das Eisbergmodell von Heinrich gibt ein Beispiel dafür (vgl. von Eiff, 2003 S.480).

300 Mal fährt man mit dem Auto und telefoniert, es geschieht nichts
29 Mal kann durch eine Notbremsung ein Unfall vermieden werden
1 Mal passiert ein Unfall.

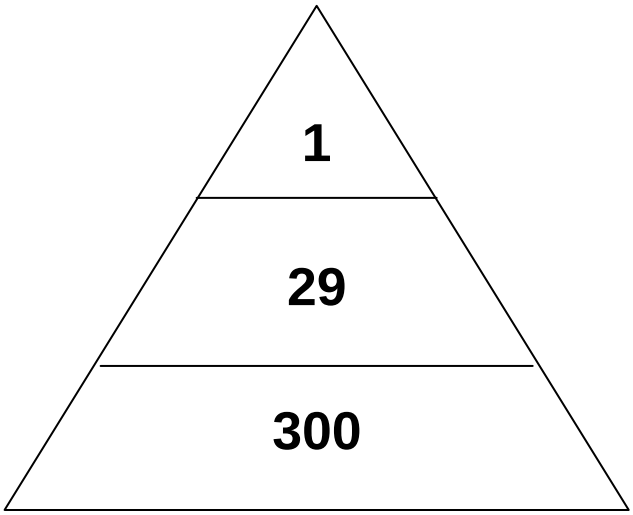

Abbildung 2: Heinrichs Gesetz (vgl. von Eiff 2002 S.51)

Umgelegt auf das Gesundheitswesen bedeutet das, dass es 300 Mal zum Auftreten von Beinahe Fehlern (near misses) kommt, 29 Mal zum Auftreten von unerwünschter Ereignissen mit geringfügigem und 1 Mal mit großem Schaden kommt.

Zuwiderhandlungen einer Regel oder Verfahrensanweisung (violations): Die Handlung ist beabsichtigt, nicht das eventuell schlechte Ergebnis. Es werden routinemäßige, optimierende und notwendige/situationsbedingte Zuwiderhandlungen unterschieden (Reason 1990 S.95).

Behandlungsfehler (medical errors)
Ein Behandlungsfehler liegt bei einem diagnostischen oder medizinischem Eingriff vor, wenn der Eingriff nicht medizinisch indiziert war oder wenn nach den Erkenntnissen der medizinischen Wissenschaft und ärztlicher Praxis die unter den jeweiligen Umständen erforderliche Sorgfalt objektiv außer Acht gelassen wurde, sowie bei der Unterlassung eines nach diesen Maßstäben gebotenen Eingriffs (Fehn 2001 S.470).

Behandlungsschaden (adverse event):
„An adverse event is defined as an injury caused by medical management rather than by the underlying disease or condition of the patient“
(Institute of Medicine, 2000 S.29)

Folgende Definitionen werden von Rohe/Beyer/Gerlach (2005 S.17ff), wie folgt beschrieben:

Kritisches Ereignis (critical incident):
Durch ein oder mehrere Faktoren (z.B. Organisation, Technik, Mensch, Umgebung) tritt eine gefährliche Situation auf; potentiell kann daraus ein Behandlungsschaden resultieren

Beinahe-(Behandlungs)schaden (near miss):
„Ein Behandlungsfehler bleibt ohne negative gesundheitliche Auswirkungen aufgrund glücklicher Umstände, durch rechtzeitiges, korrigierendes Eingreifen und/oder ‚überholende Kausalität'.“
Die Medikationsfehler zählen zu den häufigsten medizinischen Fehlern. Sie sind per definitionem vermeidbar, führen nur selten zu Arzneimittelschäden und sind meist von unerwünschten Arzneimittelschäden abzugrenzen.

Medikationsfehler (medication error):
„Ein Medikationsfehler ist jedes vermeidbare Ereignis, das unsachgemäße Medikationsanwendung oder Schaden des Patienten verursachen kann oder dazu führt. Diese Ereignisse können mit fachlicher Praxis, Gesundheitsprodukten, Arbeitsschritten und Systemen in Zusammenhang stehen. Darin beinhaltet sind Verschreibung, Kommunikation von Anordnungen, Beschriftung, Verpackung und Nomenklatur des Produkts, Zusammensetzung, Vergabe, Verteilung, Verabreichung, Schulung, Überwachung und Gebrauch des Medikaments“

Unerwünschte Arzneimittelwirkung - UAW (adverse drug reaction – ADR):
„Eine schädliche und unbeabsichtigte Wirkung eines Medikaments, die in Dosierungen auftritt, welche beim Menschen für die Prophylaxe, Diagnose, Therapie einer Krankheit oder die Modifikation der physiologischen Funktion üblich sind.“

Arzneimittelschaden (adverse drug event – ADE):
Verletzung (Schaden), die aus einer medizinischen Behandlung mit einem Medikament resultiert.

3.4.2 Latente Fehler

Im Krankenhausalltag werden sicherheitskritische Entscheidungen auch weitab vom Geschehen des Patienten getroffen, zumeist von Personen, die mit Patienten weder räumlich noch zeitlich direkt zu tun haben. Wird die Sicherheit eines Systems durch Fehlentscheidungen beeinträchtigt, wird von latenten Fehlern gesprochen (vgl. St.Pierre et al.2005 S.28).

Latente Fehler sind häufig systemimmanent und meist lange nicht sichtbar. Dadurch werden sie auch als latente Systembedingungen bezeichnet. Sie stellen daher Entscheidungen am „stumpfen Ende“ der Organisation dar, die auf allen Ebenen (von direkten Vorgesetzten bis zur Verwaltung) gemacht werden. Latente Fehler können beispielsweise in Strukturen (z.B. bauliche Gegebenheiten) oder Prozessen (z.B. Ausbildung, Dienstplangestaltung) der Organisation vorliegen. Sie haben keine unmittelbare Konsequenzen treten demnach erst dann zu Tage, wenn sie in Kombination mit auslösenden Faktoren (z.B. aktiven Fehlern) zusammentreffen. Latente Fehler werden oft durch soziale Werte und Normen beeinflusst und begründen sich in grundlegenden Planungen und Entscheidungen von Gesetzgebern, Management oder Entwicklern (vgl. Mistele 2007 S.45; St.Pierre 2005 S.28).

Kommt es nun zu einem Fehler oder Ereignis, stellt ich die Frage, wie wird mit dem entdeckten Fehler umgegangen?

3.5 **Der Umgang mit Fehlern – die Fehlerkultur**

Wie in einer Organisation mit Fehlern umgegangen wird erkennt man in der dort gelebten Fehlerkultur.

„Die Fehlerkultur beschreibt einen gewandelten Umgang mit Fehlern von einer oberflächlichen, reaktiven Kultur der Schuldzuweisung (culture of blame) hin zu einer systemanalytischen, proaktiven Sicherheitskultur (safety culture) mit vorurteilsfreiem Umgang mit Fehlern.“
(http://www.forum-patientensicherheit.de/glossar_faqs/index_html#f
v.18.07.2008)

„Traditionell herrscht im Gesundheitswesen eine personenbezogene Fehlerkultur vor, von der Annahme ausgehend, dass sich der Mensch frei und bewusst zwischen einer sicheren und einer unsicheren Arbeitsmethode entscheidet. Fehler sind demnach immer selbst verschuldet. Moral spielt eine wichtige Rolle: bösen Menschen passieren böse Sachen. Traditionell wird daher mit der Angst vor Fehlern gearbeitet, mit der öffentlichen Rüge durch die Stationsleitung, mit Schuldzuweisungen und Disziplinarmaßnahmen“ (Kela, 2006 S.55).
Wissenschaftler haben festgestellt, dass persönliches Bestrafen als emotional befriedigender empfunden wird, als die Alternative, eine systembezogene Fehlerkultur (vgl. Reason, 2000 S.768).

In Tokyo wurde eine Studie bezüglich des Zusammenhangs, in der Krankenpflege, zwischen der Übermüdung und einer gewissen Fehleranfälligkeit durchgeführt (Suzuki 2005). In dieser Studie wurde festgestellt, dass Übermüdung im direkten Zusammenhang mit Medikamentenfehlern oder Bedienungsfehlern an medizinischen Geräten steht. Durch die Schichtarbeit und zu wenig Schlaf(< 6 Stunden) erhöht sich die Fehleranfälligkeit.
Eine weitere Studie, welche sich unter anderem auch mit dem Thema Übermüdung beschäftigt hat, ist jene von Sexton et al (2000).
In der Studie über „Fehler, Stress und Teamarbeit in Medizin und Luftfahrt“ wurde einerseits herausgefunden, dass Ärzte nur widerwillig Einwände von untergeordneten Teammitgliedern akzeptieren. In dieser Studie wurden 30 000 Piloten der größten Airlines weltweit und 1 033 Ärzte und Krankenschwestern zum Thema Stress, Fehler und Teamarbeit befragt.
Andererseits, zeigt diese Studie auch auf, dass das Personal im Gesundheitswesen davon überzeugt ist, bei Übermüdung noch effektiv zu arbeiten. 70% der Chirurgen waren dieser Überzeugung, jedoch beim Vergleich bei den Piloten, waren nur 26% der Meinung, im übermüdeten Zustand volle Leistung zu erbringen. Auch die Fehleranfälligkeit bei Stress wird im Gesundheitswesen weit mehr negiert als bei der Luftfahrt. Auf die Frage wie gut man bei persönlichen Problemen arbeiten könne,

antworteten 82% der Ärzte und sogar 60% der Schwestern, dass dies keinen Einfluss auf ihre Arbeitsqualität hätte.
Dies zeigt uns sehr deutlich, dass im Gesundheitswesen eine völlig falsche Fehlerkultur vorherrscht. Das Machen von Fehlern ist nicht vorgesehen und wird erst gar nicht angedacht. Wenn Fehler passieren, war die Hälfte des befragten Intensivpflegepersonals der Meinung, dass nicht darüber gesprochen werden sollte.
Dieses Verhalten ist aber nicht nur an Intensivstationen zu erkennen.

In der Pädagogik gibt es einen weiteren Zugang zu Fehlern und Fehlerkultur. Für Oser (2005 S.27) kann ein subtiler Umgang mit Fehlern (Fehlerkultur) dazu führen, dass Personen den gleichen Fehler nicht ein zweites Mal tun, sondern gleichsam durch den Fehler ein inneres Warnsystem aufbaut, also ein negatives Wissen, das genau dann zum Tragen kommt, wenn der Protagonist in eine ähnliche Situation gerät.
Negatives Wissen sagt uns, was etwas nicht ist (im Gegensatz zu dem, was es ist) und wie etwas nicht funktioniert (im Gegensatz zu dem, wie es funktioniert) und warum manche Zusammenhänge nicht stimmen (im Gegensatz dazu warum sie stimmen). Negatives Wissen ist die Repräsentation der gleichen Vorgänge – nur mit umgekehrten Vorzeichen. Es gibt professionelles negatives Wissen, z.B. jener Ärzte, die operative Eingriffe und komplizierte Aktionen vornehmen müssen, weil sie bestimmte Gefäße nicht verletzen dürfen (2005 S.26). Oser meint weiter, dass eine wichtige Komponente im Zusammenhang mit dieser Fehlerkultur besteht in der Behauptung, dass das negative Wissen nicht gelöscht, geopfert oder verdrängt werden darf. Es muss dem positiven zur Seite gegeben werden und es hat dieses in Gleichzeitigkeit und Gleichwertigkeit zu begleiten.
In dieser Form der Fehlerkultur macht man sich den Fehler zu Nutze, um daraus zu lernen.

3.6 **Risiko**

Jede Organisation ist mit einer Vielzahl von Risiken konfrontiert. Risiken welche die Organisation von außen bedrohen, und Risiken, welche in der Unternehmung selbst durch ihr Wirken und ihre Prozesse und Strukturen entstehen und somit ihre Kunden oder ihr Umfeld, aber damit auch die Organisation selbst bedrohen. Eine Organisation ist also sowohl Risiko“opfer“ und Risiko“erzeuger“. Für jede Organisation ist es enorm wichtig, dass sie nicht nur für die externen Risiken gewappnet ist, sondern dass die Risiken, welche sie selber erzeugt, durch den Nutzen den sie produziert, stark übertroffen werden bzw. dass sie ihr Risikopotential unter Kontrolle hat, um für ihre Kunden Sicherheit zu gewährleisten.
Dass Gesundheitseinrichtungen schon durch den Umstand, dass sie Patienten behandeln, und durch die Art, wie sie organisiert und strukturiert sind, erhebliche (theoretisch vermeidbare) Risiken für die Patienten generieren, wurde lange nicht voll erkannt (vgl. Hochreutener, Conen 2005 S.19-20).

Eine Definition für Risiko lautet: „Risiko wird definiert als ein geplantes oder ungeplantes unerwünschtes Ereignis, welches möglicherweise eine Organisation, einen Vorgang, Prozess oder ein Projekt beeinträchtigen kann
(www.exit18.com/risk_mamagement_definition.htm Stand März 2005)

„Es beschreibt immer ein Wagnis bzw. die Möglichkeit, dass eine Handlung oder Aktivität einen körperlichen oder materiellen Schaden oder Verlust zur Folge hat oder mit anderen Nachteilen verbunden ist“ (Duden, 2007 S.432).

Risiko wird auch als unerwünschte Nebenfolge einer Handlung bezeichnet, sowie als Möglichkeit, dass sich Erwartungen aufgrund von Störprozessen nicht erfüllen (Holzer, 2005 S.33).

Alle diese Definitionen lassen erkennen, dass der Begriff „Risiko“ im Sprachgebrauch negativ besetzt ist und wird als Gegenteil von Sicherheit verstanden.
Für die Thematik des Gesundheitswesens ist die obengenannte Definition von Conen und Hochreutener am treffendsten, da sie sich mit der Organisation Krankenhaus, auseinandersetzt.
Organisationen, welche in ihrem Betätigungsfeld immer mit einem hohen Risiko arbeiten müssen oder deren Tätigkeit mit einem erhöhten Risiko verbunden ist, müssen dieses Risiko für das Unternehmen oder die Organisation kalkulierbar, oder abschätzbar, machen. Dies zeigt sich darin, dass in solchen Organisationen im Rahmen der Qualitätssicherung auch Risikomanagement betrieben wird.

3.7 **Risikomanagement**

Der Begriff Risikomanagement wird, abhängig von der jeweiligen Branche, teilweise sehr unterschiedlich interpretiert. An dieser Stelle zeigt sich gleich das erste Problem, es gibt keine allgemein verbindliche Definition für Risikomanagement. Im wirtschaftlichen Bereich, bei Unternehmen, Banken, ect. steht vor allem die Absicherung von finanziellen Risiken im Vordergrund. Eine wesentlich umfassendere Bedeutung kommt dem Risikomanagement in den Bereichen zu, in denen nicht nur materielle Werte, sondern auch Menschenleben zu schützen sind. Solche Bereiche werden als Hochrisiko-/Hochsicherheitsbereiche bezeichnet, weil hier das Risiko als sehr hoch einzuschätzen ist und deswegen dem Faktor Sicherheit entsprechend große Bedeutung zukommt. „High-Reliability-Organization“ (HRO), ein ebenfalls weit verbreiteter Begriff für solche Arbeitswelten, bedeutet in etwa „Hoch-Zuverlässigkeits-Organisation“. Dieser Ausdruck gibt die besonderen Anforderungen, die an eine solche Arbeitswelt gestellt werden, deutlich wieder. In einem Krankenhaus als

HRO gelten dabei ganz besondere Bedingungen. Die Patienten sind ohnehin schon durch ihre Erkrankung oder Verletzung vorgeschädigt und müssen deshalb als besonders anfällig angesehen werden. Hinzu kommt, dass die Leistungserbringung direkt erfolgt und ihre Wirkung zumeist nicht zurückgenommen werden kann. Somit kommt der präventiven Fehlervermeidung große Bedeutung zu, da nachträgliche Korrekturen von Fehlern nicht, bzw. nur mit verstärktem Aufwand möglich sind (vgl.Paula, 2007 S.4).

Hochreutener und Conen (2005 S.20) definieren Risikomanagement folgendermaßen: „Klinisches Risikomanagement hat zum Ziel, das Risiko, das der Patient eingeht, indem er sich einer Gesundheitsorganisation anvertraut, zu minimieren, oder anders gesagt: die Patientensicherheit zu optimieren, indem die Ursachen vermeidbarer Behandlungsfehler eliminiert werden. Damit schützt die Organisation nicht nur ihre Kunden, sondern langfristig auch sich selbst."

Eine weitere Definition für Risikomanagement lautet: „ An adverse event that is planned or unplanned and can potantially impact an organization, operation, process or project. It is usually defined in negative terms as an outcome. If a risk has a positive outcome, it will be an opportunity." (http://www.exit18.com/risk_management_definition.htm ,2005)

Man kann sagen, dass es sich bei Risikomanagement um eine Management-Methode handelt, die das Ziel verfolgt, in einer systematischen Form Fehler oder Risiken zu erkennen, zu analysieren, zu verhindern oder ihre Folgen zu begrenzen, sowie die hierzu ergriffenen Maßnahmen hinsichtlich ihrer Wirksamkeit kontinuierlich zu bewerten (Kahla-Witzsch,2005 S.15).

3.7.1 Einsatzgebiete des Risikomanagements

Für die Ermittlung und Beurteilung von Risiken gibt es für die diversen Einsatzgebiete auch unterschiedliche Methoden und Techniken, die nicht in jeder Organisation uneingeschränkt einsetzbar sind. Laut Führing und Gausmann (2004 S.29f) bieten sich für das Krankenhaus daher folgende Einsatzgebiete für das Risikomanagement an:

Risikomanagement im Krankenhaus analysiert Prozesse, Strukturen und Ergebnisse aus der Sicht tatsächlicher Schadensereignisse und dient somit der Identifizierung und Bewertung potenzieller Risiken und der Umsetzung risikopräventiver Maßnahmen.
Es setzt sich ebenfalls zum Ziel, das Risikobewusstsein der MitarbeiterInnen zu fördern und sie für eventuelle Gefahrenquellen zu sensibilisieren. Risikomanagement hat auch zum Ziel, aus begangenen Fehlern zu lernen und eine Wiederholung zu vermeiden. Dadurch kommt es auch zu einer Erhöhung der Patientensicherheit.

3.7.2 Der Risikomanagementprozess

Der typische Ablauf beim Risikomanagement sieht nacheinander die Erkennung, Bewältigung und Überwachung von potenziellen Gefahren vor.

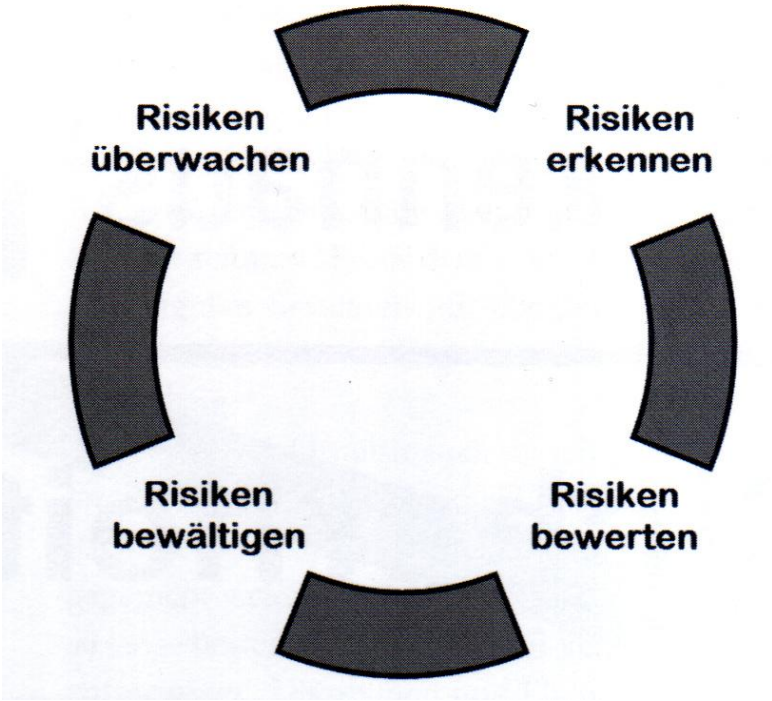

Abbildung 3: Paula, 2007 S.102

Risikoerkennung

Unter Risikoerkennung ist zu verstehen, dass man im Vorfeld versucht, möglichst viele potentielle Risiken aufzudecken. Risikomanagement bedeutet deshalb auch, die systematische Suche nach möglichen Fehlerquellen (vgl. Paula 2007 S.72).

Risikobeurteilung

Die Phase der Risikobeurteilung basiert auf den Ergebnissen der Risikoerkennung und beinhaltet eine möglichst vollständige und kontinuierliche quantitative und qualitative Beurteilung aller identifizierten Risiken (vgl. Denk 2005 S.91).

Die Ergebnisse der Risikobewertung können in Form einer Risikomatrix (Abb. 4) dargestellt werden. Dieses Instrument bietet die Möglichkeit der Darstellung, aus welchen Risiken in Abhängigkeit von Eintrittswahrscheinlichkeit und zu erwartender Schadenshöhe welcher Handlungsbedarf resultiert und hilft auf diese Weise, Prioritäten in der Risikobewältigung zu setzen (Kahla-Witzsch 2005 S. 53).

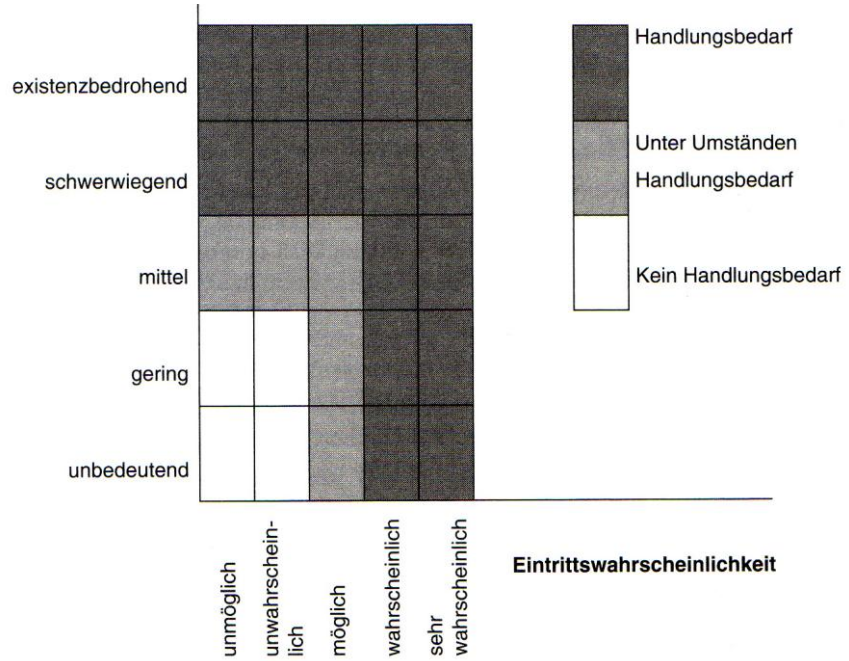

Abbildung 4: Kahla-Witzsch, 2005 S.53

Risikobewältigung

Die Bewältigung potenzieller Risiken ist der eigentliche Zweck des Risikomanagements. Da die meisten Prozesse naturgemäß immer mit einem gewissen Risiko behaftet sind, kann dies zumeist nur durch Eliminierung einzelner Gefahrenquellen geschehen. Die Gesamtwirkung

ergibt sich dann aus der Kombination der verschiedenen Einzelmaßnahmen. Gute Vorarbeit (Erfassung, Analyse und Bewertung) ermöglicht es zielgerichtet die dringendsten Probleme zu lösen (Paula, 2007 S.110).

Risikoüberwachung

Unter Risikoüberwachung versteht man die stetige Kontrolle des Risikoprozesses und die laufende Überprüfung seiner Wirksamkeit. Im Rahmen der Risikoüberwachung sollen folgende Fragen beantwortet werden:

- Wurden im Vorfeld alle Risiken identifiziert, sind neue dazugekommen oder welche entfallen?
- Ist die Bewertung der Risiken noch zutreffend?
- Wurden die Risiken in ihrem Schadensausmaß korrekt eingeschätzt?
- Konnten die Maßnahmen zur Risikovermeidung umgesetzt werden?

(vgl. Kahla-Witzsch 2005 S. 55)

3.7.3 Ziele des Risikomanagements

Die allgemeinen Ziele des Risikomanagements sind:

- Überleben der Organisation sicherzustellen
- Ziele und Strategien mit der Risikofähigkeit abgleichen

- Wirksamkeit und Effizienz der Organisation zu verbessern
- Planungssicherheit erhöhen
- Sicherheit von Infrastruktur erhalten (wie beispielsweise Arbeitsplatz, Gerätschaften, Räumlichkeiten, usw.)
- Sicherheit der Mitarbeiter, Umwelt gewährleisten
- Bedürfnisse von Kunden und Partnern befriedigen

(vgl. Brühweiler, 2007 S.34ff)

Ziel eines Risikomanagements ist nicht Vermeidung, sondern ein kontrollierter und effektiver Umgang mit Risiken, sowie die rechtzeitige Erkennung und Umsetzung von Chancen.
Eine weitere Zielsetzung besteht darin, das Risikobewusstsein bei Mitarbeitern zu fördern, sie für mögliche Gefahrenquellen zu sensibilisieren und eine stärkere Identifikation des Einzelnen mit seiner Aufgabe zu bewirken. Ein wesentlicher Aspekt besteht darin, aus einmal begangenen Fehlern zu lernen und damit eine Wiederholung zu vermeiden. Auf diese Weise wird zum einen die Patientensicherheit erhöht, zum anderen aber auch eine Absicherung der Beschäftigten im Krankenhaus im Falle einer Anspruchsstellung erreicht (vgl. Kahla-Witzsch 2005 S.15).

Daraus lässt sich schließen, dass im Rahmen des Fehlermanagements und Risikomanagements das Thema der Patientensicherheit, von großer Bedeutung ist. Die Patientensicherheit ist in der Gesundheitsversorgung eines der brennendsten gesundheitspolitischen Themen geworden.

3.8 **Patientensicherheit**

Seit dem Erscheinen des Buches „ To err is human“, (Institute of medicine, USA, 2000) beschäftigt sich das Gesundheitswesen intensiver mit dieser Thematik.
Der vom Institute of Medicine veröffentlichte Bericht besagt, dass in den Vereinigten Staaten zwischen 44 000 und 98 000 Patienten jährlich an vermeidbaren Fehlern in der Gesundheitsversorgung sterben. Dies ist die acht häufigste Todesursache in Amerika, sie kommt noch vor AIDS und Brustkrebs (IOM 2000 S.1). Im Mittelpunkt jeder qualitätsorientierten Gesundheitsversorgung steht die Sicherheit des Patienten. Unerwünschte Ereignisse wie z.B. das ungewollte Ergebnis einer Behandlung, sollen vermieden werden.

Laut Hochreutener und Conen (2005 S.20) zeigen Studien in westlichen Gesundheitssystemen (USA, Großbritannien, Australien, Dänemark und Kanada) das Problemausmaß deutlich:

- bei 3-17% der hospitalisierten Patienten passieren unerwünschte Ereignisse (adverse events). Davon werden 30-50% als vermeidbar eingestuft.
- 5-13% der unerwünschten Ereignisse führen zum Tode, wovon ebenfalls ein erheblicher Anteil vermeidbar wäre.
- Unerwünschte Ereignisse verursachen neben Leid bei Patienten und beim Gesundheitspersonal hohe Kosten. In der Literatur wird geschätzt, dass pro betroffenen Patient ca. 4 000-8 000 Euro zusätzlicher Behandlungskosten entstehen.
- Zudem steigen die die Kosten für Haftpflichtversicherungen und Schadenersatz. Die Schweizer Haftpflichtversicherer beispielsweise vermerken in den letzten zehn Jahren eine Verdoppelung der Haftpflichtfälle, eine Verdreifachung der Prämienhöhe und eine Verzehnfachung der Versicherungsdeckungen.

Ebenso sind Hochreutener und Conen (2005 S.21) davon überzeugt, dass wenn man davon ausgeht, dass die mitteleuropäischen Gesundheitssysteme mit denjenigen Gesundheitssystemen einigermaßen vergleichbar sind, aus denen solche zuverlässigen Zahlenwerte existieren, so ist zwar eine Umrechnung auf unsere Verhältnisse mit Vorsicht zu nehmen und zu interpretieren. Würde man aber nur schon die niedrigsten Fehlerraten als Umrechnungsgrundlage nehmen, müsste man mit hunderttausenden von Spitalspatienten rechnen, die ein vermeidbares, unerwünschtes Ereignis erleben. Zehntausende Spitalspatienten würden wegen unerwünschter Ereignisse jährlich sterben. Mehrere Milliarden Euro könnten eingespart werden, wenn die vermeidbaren Ereignisse verhindert werden würden.

Der Bericht des Institute of Medicine, veranlasste die Weltgesundheitsorganisation, sich dem Thema Patientensicherheit anzunehmen.
Im Oktober 2004 wurde das Programm „World Aliance For Patient safety“ gestartet. Dieses Programm (www.who.int/patientsafety 04.02.2009) hat zum Ziel, ein Konzept zu entwickeln, welches die Patientensicherheit weltweit verbessert.
In den vereinigten Staaten wurde von der Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organisations (JCAHO) im Jahr 2005, das Joint Commission International Center for Patient Safety (JCIPS) gegründet. JCIPS hat zur Aufgabe, in sämtlichen Bereichen des Gesundheitswesens die Patientensicherheit zu erhöhen, sowie die nationale und internationale Zusammenarbeit zu fördern. Die JCIPS arbeitet mit der unter anderem mit der World Alliance for Patient Safety zusammen. Gemeinsam haben diese beiden Organisationen im Mai 2005 die Lösungskonzepte zur Patientensicherheit, der weltweiten Fachwelt vorgestellt. Die Lösungskonzepte der Patientensicherheitsziele sind keine Verpflichtung für die jeweiligen Mitgliedstaaten, es sind Vorschläge, welche zur Verbesserung der Patientensicherheit dienen und jedes Land muss selbst entscheiden, in wie fern es diese Vorschläge umsetzen

kann/will. Die beiden Organisationen haben neun Lösungskonzepte erarbeitet, die wie folgt lauten:

1. ähnlich aussehende, ähnlich klingende Medikamente
2. Patientenidentifikation
3. Kommunikation bei der Patientenweiterleitung
4. Durchführung des richtigen Verfahrens an der richtigen Körperstelle
5. Kontrolle von konzentrierten Elektrolytlösungen
6. Garantie der Medikamentensorgfalt bei Versorgungsübergängen
7. Vermeidung von Katheter-und Schlauchfalschanschlüssen
8. Einmalanwendungen von Injektionsgeräten
9. Verbesserte Händehygiene zur Prävention von Infektionen im Zusammenhang mit Gesundheitsfürsorge

(www.jcipatientsafety.org, 28.07.2008)

ad 1) Problem: es gibt zurzeit viele tausende Medikamente auf dem Markt, bei denen die Möglichkeit der Verwechslung aufgrund ähnlich klingender Namen und/oder ähnlicher Verpackung sehr hoch ist. Dazu kommt häufig noch eine unleserliche Handschrift in der Medikamentenvorschreibung, wenn es sich zusätzlich um ein neues, noch unbekanntes Medikament handelt, das ähnliche Dosierungsstärken oder –arten hat, steht einem Irrtum nichts mehr im Weg.	Lösungskonzept: • Lagerung von Problemmedikamenten in getrennten Bereichen • Mündliche und telefonische Anordnungen minimieren • Entwicklung von Strategien zur Vermeidung von Falschlesen durch unleserliche Verordnungen (schreiben des Medikamentennamens und der Verabreichungsform in Druckbuchstaben verlangen)
ad 2) Problem: durch das Fehlen einer richtigen Patientenidentifikation kommt es häufig zu Falschbehandlungen, Transfusionsfehlern, Medikationsfehlern und zur Entlassung von Neugeborenen in die falschen Familien.	Lösungskonzept: • Mindestens zwei verschiedene Methoden zur Patientenidentifikation verwenden (Name, Geburtsdatum) bevor man eine Behandlung oder einen Eingriff vornimmt. (Blutabnahme, Medikamentenverabreichung oder Operation) • Tragen von Identifikationsbändern mit Namen und Geburtsdatum

ad 3) Problem: die Kommunikation bei der Patientenübergabe bezieht sich auf den Vorgang der Weitergabe patientenspezifischer Informationen von einer Pflegeperson/Arzt an die/den nächsten. Auch kann es die Weitergabe von patientenspezifischen Informationen an die Familie sein, welche, wenn sie fehlerhaft oder inkomplett ist, die Versorgungskontinuität des Patienten in allen Fällen beeinträchtigt.	Lösungskonzept: • Verwendung einer standardisierten Methode zur Informationsweitergabe von Patientendaten • Bereitstellung von genügend Zeit zur Übermittlung der Patientendaten und Möglichkeit des Nachfragens und Wiederholens geben • Gesundheitsorganisationen müssen Systeme umsetzten, die bei der Entlassung aus dem Krankenhaus sicherstellen, dass Patient und anschließend behandelnder Arzt, alle notwendigen Informationen zur Weiterbehandlung erhalten • Schulung des Personals im Gesundheitswesen für eine effektive Informationsübergabe

ad 4) Problem: Behandlungsmethoden bei denen es zur Seitenverwechslung kommt (einschließlich falsche Stelle, falsches Organ oder falsches Implantat) sind nicht seltene Ereignisse im Krankenhausalltag	Lösungskonzept: • Markierung der Operationsstelle, gemeinsam mit dem Patienten, um die zu operierende Stelle korrekt bestimmen zu können • Verifikation des betroffenen Patienten, des Verfahrens, der Körperstelle und des Implantates oder der Prothese vor dem Eingriff, als standardisierte Methode
ad 5) Problem: Verwechslung von konzentrierten Elektrolytlösungen sind Ursachen für Tod, schwere Verletzungen oder Behinderungen. Meißt ist es klinisch unmöglich, die Wirkung von konzentrierten Elektrolytlösungen rückgängig zu machen.	Lösungskonzept: • Idealerweise soll erreicht werden, dass konzentrierte Elektrolytlösungen aus Pflegeeinrichtungen entfernt werden und an speziellen Orten (Apotheke) oder an versperrbaren Plätzen aufbewahrt werden • Ist diese Art von Lagerung nicht möglich, darf nur eine speziell ausgebildete und qualifizierte Person (Arzt, Pflegeperson, Pharmazeut) diese Lösung zubereiten • Nach Zubereitung muss diese Lösung von einer zweiten qualifizierten Person verifiziert werden. • Die Lösungen müssen mit einem Hochrisiko-

	Warnhinweis gekennzeichnet werden
ad 6) Problem: häufig kommt es zu Medikamentenirrtümern bei einem Versorgungsübergang (Entlassung, Transferierung, Einweisung oder ambulanter Termin)	Lösungskonzept: • Erstellen eines standardisierten Systems zur Informationssammlung der zu verabreichenden Medikamente des Patienten, zu welchem medizinisches Personal Zugang hat und es jederzeit abrufen kann.
ad 7) Problem: Schläuche, Spritzen und Katheter sind durch ihre Herstellung so konzipiert, dass sie überall angeschlossen werden können. Durch diese Eigenschaft der Materialien ist es möglich, unbeabsichtigt Medikamente oder Nahrung in die dafür eigentlich nicht vorgesehenen Konnektionsstellen zu applizieren.	Lösungskonzept: • Etikettieren von Hochrisiko-Kathetern (arterielle, intrathekale, epidurale) • Die Anwendung von Spritzen mit Standard Luer-Anschlüssen untersagen • Förderung des Kaufes von Schläuchen und Kathetern, die die Möglichkeit von Fehlanschlüssen nicht bieten.
ad 8) Problem: durch die Wiederverwendung von Injektionsgeräten	Lösungskonzept: • Förderung von 1x Verwendung von Injektionsgeräten

kommt es zur Verbreitung von HIV und Hepatitis C. Dieses Problem besteht in entwickelten Ländern genauso wie in Entwicklungsländern.	
ad 9) Problem: Patienten erkranken häufig an Infektionen, welche sie sich während eines Krankenhausaufenthaltes erworben haben.	Lösungskonzept • Übernahme der neun Empfehlungen der WHO – Leitlinien zur Händehygiene in der Gesundheitsfürsorge • Unterweisung de Personals in der richtigen Technik der Händehygiene • Überprüfungsmaßnahmen zur richtigen Durchführung der Händehygiene mit anschließendem Feedback an das medizinische Personal

(vgl. www.jcipatientsafety.org 28.07.2008)

Von der WHO wurde unter dem Titel „Clean Care is Safer Care“ eine der ersten Kampagnen, die „Cleanyourhands“ Kampagne initiiert. Diese Kampagne wurde in einigen Ländern umgesetzt. Österreich nimmt ebenfalls mit einigen Krankenhäusern an diesem Projekt teil.

In Österreich wurde zur Verbesserung der Patientensicherheit ein weiteres Projekt gestartet: Riskmanagement im Gesundheitswesen - Patientensicherheit. An diesem Projekt nahmen die Schweiz, Deutschland und Österreich teil. Wie man mit Fehlern im Gesundheitswesen umgeht hat in den deutschsprachigen Ländern nur wenig Tradition. Transparenz und Offenheit fehlen und die Angst vor Sanktionen überwiegt bei den Angehörigen der Gesundheitsberufe.
Studien über Fehler im Gesundheitswesen sind in Österreich kaum durchgeführt worden. Anders ist die Entwicklung im Ausland gelaufen, wo der Hochrisikobereich Gesundheitswesen nicht nur erkannt und analysiert wurde, sondern auch Strategien und Instrumente zur Verbesserung der Situation entwickelt worden sind. In Österreich erkannte man, dass das Thema Patientensicherheit durch ein Riskmanagement aufzuarbeiten ist, um die zweifellos vorhandenen Verbesserungspotentiale auszuschöpfen (vgl. Hauke, 2005).

Die Ergebnisse dieses Projekts beinhalten keine fertiges Konzept, sondern Lösungsvorschläge, die jedes System für sich bearbeiten kann um eine Verbesserung zu erzielen. In Wien hat der Krankenanstaltenverbund (eine der größten Gesundheitseinrichtungen Europas) begonnen die Patientensicherheit durch ein verbessertes Risikomanagement zu erhöhen. Man ist bestrebt, die traditionelle Fehlerkultur (Fehler mit menschlichem Versagen gleichzusetzen und diese aus Angst vor Sanktionen zu verschweigen) in eine positive Fehlerkultur umzusetzen. Dies versucht man dadurch zu erreichen, indem

ein Fehlerberichtsystem erprobt wird, welches es ermöglicht Fehler oder Beinahe Fehler anonym zu melden und keine Angst vor eventuellen Strafen haben zu müssen. Dieses Fehlerberichtssystem nennt sich CIRS (Critical Incidents Reporting System) und hat den Zweck, anonyme Meldungen von Fehlern und Zwischenfällen zu ermöglichen, welche einen Patientenschaden hervorrufen hätten können. An diesem Pilotprojekt haben seit 2006 mehrere Abteilungen in verschiedenen Spitälern des KAV teilgenommen. Zu Beginn waren zwölf Abteilungen für das Pilotprojekt geplant, letztendlich waren es fünfzehn Abteilungen die daran teilgenommen haben.

3.9 **CIRS – Critical Incident Reporting System**

Das Fehlerberichtssystem funktioniert wie folgt:
Innerhalb einer Abteilung können sich alle MitarbeiterInnen als MelderInnen betätigen. Es können Zwischenfälle genauso eingegeben werden wie Fehler und die Anonymität der Meldenden ist gewährleistet. Die Eingabe einer Meldung ist freiwillig, es kann niemand dazu gezwungen werden eine Meldung einzugeben. Die Eingabe erfolgt über eine EDV-Maske, welche die nötigen Informationen abfragt. An jeder Abteilung gibt es MeldekreismanagerInnen (ein Meldekreis umfasst eine Abteilung) welche die Nichtidentifizierbarkeit der Meldung sicher stellt und den inhaltlichen Kern der Meldung an das Analyseteam weiterleitet. Dieses Team arbeitet die Meldung auf, wobei wenn notwendig geschulte Fachkräfte, wie z.B. Risiko- oder Qualitätsmanager, unterstützend mitwirken.
Nach den Sitzungen des Analyseteams werden die Mitarbeiter der Abteilung über die Ergebnisse und etwaige Prozessänderungen informiert. Die Abteilungsleitung hat die Durchführung der Änderungen zu kontrollieren und muss zwei Mal jährlich einen Bericht für die Projektleitung verfassen.

Es kann aber auch nicht alles im CIRS gemeldet werden. Meldungen welche Fehler mit Personenschaden oder Schuldzuweisungen beinhalten, müssen von den MeldekreismanagerInnen entfernt werden, denn diese Art von Meldungen muss an die Abteilungsleitung erfolgen.

3.10 **Erfahrungsdrehscheibe**

Die Erfahrungen einzelner MitarbeiterInnen können im KAV per Intranet für alle anderen MitarbeiterInnen mittels der Erfahrungsdrehscheibe publik gemacht werden. Dadurch können alle von diversen Fehlerquellen profitieren, ohne sie selbst entdecken zu müssen.

Wird eine Fehlerquelle entdeckt, (Materialfehler, Bedienungsfehler, Situation die leicht zu Fehlern führen kann,…) analysiert und danach so bearbeitet, dass sie nicht mehr auftreten kann, ist dieser Prozess für die jeweilige Station/Abteilung in der die Fehlerquelle aufgetreten ist, abgeschlossen. Durch eine Meldung, welche über ein Formular im Intranet (Riskmanagement) getätigt werden kann, besteht die Möglichkeit, die Fehlerquelle -anonym- weiter zu melden.

Die Meldung wird über die Serviceeinheit Organisations – und Personalentwicklung (OPE) auf Anonymität überprüft und die Information wird in der Erfahrungsschatzkiste eingetragen.
Die Erfahrungsschatzkiste ist für alle MitarbeiterInnen im KAV zugänglich.
Gibt es einen neuen Eintrag, wird dieser an die Kollegiale Führung weitergeleitet, damit diese feststellen kann, ob diese Fehlerquelle in ihrem Haus ebenfalls besteht und ob die Maßnahmen, welche in der Erfahrungsschatzkiste dargestellt sind, übernommen werden können.
Die Teilnahme an der Erfahrungsdrehscheibe ist freiwillig. Die Kollegiale Führung eines jeden Hauses bestimmt, ob das entsprechende Formular

im Intranet ausgefüllt werden kann. Ebenso ist es nicht verpflichtend eine Meldung an die Erfahrungsdrehscheibe weiterzugeben.
Die Anonymität der Meldung ist durch ein bestimmtes technisches System gewährleistet. Es besteht aber auch die Möglichkeit, das Formular auszudrucken, auszufüllen und über den Postweg abzuschicken. (www.wienkav.at/riskmanagement 18.10.2008)

Die Erfahrungsschatzkiste ist ein gutes Mittel, um Fehlerquellen bekannt zu machen, damit nicht jede einzelne Abteilung durch ihre eigenen Fehler lernen muss, sondern die Möglichkeit besteht, aus den Fehlern anderer zu profitieren.

Die Patientensicherheit ist eine wichtige Aufgabe im Gesundheitssystem. Im Rahmen des Risikomanagements und der Qualitätssicherung ist man bemüht, diese so hoch wie möglich zu halten. Deshalb wurde ein nationales Netzwerk in Österreich geschaffen, welches für alle Berufsgruppen im Gesundheitswesen, die sich mit Patientensicherheit beschäftigen, zur Verfügung steht. Es nennt sich „ Die österreichische Plattform für Patientensicherheit“.

3.11 **Plattform Patientensicherheit in Österreich**

Im Dezember 2007 kam es zu einem Expertentreffen im Bundesministerium für Gesundheit und Familie, wo die Empfehlung ausgesprochen wurde, ein nationales Expertenforum für Patientensicherheit zu gründen.
Daraufhin kam es zu Gesprächen mit in- und ausländischen Experten zum Thema Patientensicherheit. Das erste Treffen fand am 24.06.2008 statt und am 09.10.2008 kam es zur Vereinsgründung.

Die Ziele der Plattform für Patientensicherheit sind:

- Förderung, Entwicklung und Koordination von Projekten
- Wissenschaftliche Erarbeitung des Themas Patientensicherheit
- Fort -und Weiterbildung
- Öffentliche Information zu Aktivitäten im Bereich Patientensicherheit
- Zusammenarbeit mit internationalen Netzwerken im Bereich Patientensicherheit (z.B. EUnetPAS)

Forderungen der Plattform für Patientensicherheit (= AnetPAS austrian network for patient safety) an die Regierung:

- Umsetzung und Implementierung der internationalen Empfehlungen (WHO, Council of Europe,…) und Unterstützung der EU – Vorhaben im Bereich Patientensicherheit
- Änderungen der rechtlichen Rahmenbedingungen zur Förderung einer Sicherheits- und Fehlerkultur
- Förderung von Aus -, Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen im Bereich Patientensicherheit
- Mehr Ressourcen für Patientensicherheit
- Evaluation der sicherheitsrelevanten Auswirkungen für alle Entscheidungen im Gesundheitswesen

4 Empirische Untersuchung

Im folgenden Kapitel werden die Forschungsfrage und das Ziel der Untersuchung dargestellt. Das Leitfadeninterview wird näher beschrieben und die Vorteile und die Kritik an dieser Erhebungsmethode werden ebenfalls erörtert. Die Wahl der InterviewpartnerInnen, die Entwicklung des Leitfadens und die Planung und Durchführung der Interviews sind auch ein Teil dieses Kapitels. Zum Schluss werden die ethischen Überlegungen zu dieser Forschungsarbeit zu finden sein.

4.1 Die Forschungsfrage und das Ziel der Untersuchung

Die Krankenpflege und auch die Medizin befinden sich zurzeit in einer aktiven Phase des Umbruchs wenn es um das Thema Fehler und Fehlerkultur in Österreich geht. Dadurch drängt sich folgende Forschungsfrage auf:

Ist die Gesundheits- und Krankenpflege bereit in ihrer Fehlerkultur einen Paradigmenwechsel durchzuführen und welche Veränderungen sind dafür notwendig?

Die untergeordneten Fragestellungen lauten:

- Wie ist der Wissensstand bezüglich Risiko– und Fehlermanagement?
- Wie sind die Reaktionen auf einen begangen Fehler?
- Sind Veränderungen in der Fehlerkultur erkennbar?

Ziel dieser Untersuchung ist es, herauszufinden, ob die vielen Projekte, Aktionen und Fortbildungen, welche im Gesundheitswesen zur Zeit angeboten werden auch wirklich ihre Wirkung erzielen, oder ob die Bemühungen, die Fehlerkultur zu verbessern, trotz allem noch am Anfang stehen. Ein weiteres Ziel ist es, herauszufiltern, falls Probleme bei der Einführung einer neuen Fehlerkultur auftreten, wie man diesen entgegentreten kann. Durch die Interviews und durch die theoretischen Grundlagen werden am Ende dieser Arbeit mögliche Vorschläge zur Implementierung einer neuen Fehlerkultur erarbeitet.

4.2 **Methodik**

Für diese empirische Arbeit wurde ein qualitatives Interview als Methode der Wahl angesehen.
In der quantitativen und qualitativen Forschung gibt es unterschiedliche Arten von Interviews. In der quantitativen Forschung wird mit standardisierten (strukturierten) Interviews gearbeitet, wogegen in der qualitativen Forschung mehr mit halbstandardisierten (semistrukturierten) oder offenen (nicht standardisierten) Interviews gearbeitet wird (Mayer 2007 S.174).
Um die Forschungsfrage bezüglich der Veränderungen in der Fehlerkultur der Gesundheits – und Krankenpflege zu beantworten, wurden halbstandardisierte Interviews durchgeführt.

4.3 **Das halbstandardisierte Interview**

Beim halbstandardisierten Interview kommt der Befragte möglichst frei zu Wort und es kommt einem offenen Gespräch nahe. Es ist aber zentriert auf eine bestimmte Problemstellung, die der Interviewer einführt, auf die er immer wieder zurückkommt. Die Problemstellung wurde vom Interviewer

bereits vorher analysiert, er hat bestimmte Aspekte erarbeitet, die in einem Interviewleitfaden zusammengestellt sind und im Gesprächsverlauf von ihm angesprochen werden (Mayring ,2002 S.67).

Bei dieser Arbeit wurden Interviews mit Hilfe eines halbstandardisierten Leitfadens geführt, die Fragen wurden situationsbedingt nicht immer in der gleichen Reihenfolge gestellt. Ziel dieser Arbeit ist es auch, das subjektive Erleben der InterviewpartnerInnen in bestimmten Situationen zu erfahren und dies ist durch quantitative Interviews schwer zu erfassen.

4.3.1 Die Rollen innerhalb eines Interviews

Während eines Interviews soll eine stärkere Vertrauensbeziehung zwischen Interviewer und Befragten aufgebaut werden. Der Befragte soll sich ernst genommen fühlen und nicht ausgehorcht. Wenn an relevanten gesellschaftlichen Problemen angesetzt wird und im Interview eine möglichst gleichberechtigte, offene Beziehung aufgebaut wird, so profitiert auch der Interviewte direkt vom Forschungsprozess. Deshalb ist es in der Regel auch ehrlicher, reflektiver, genauer und offener als bei einem Fragebogen oder einer geschlossenen Umfragetechnik – das zeigen auch alle Erfahrungen mit dieser Methode (Mayring 2002 S.69).
Bei dieser Arbeit wurden hauptsächlich Interviews mit KollegInnen geführt, daher ist ein gewisser Vertrauensvorschuss von Anbeginn vorhanden gewesen. Der Beziehungsaufbau zu Beginn der Interviews konnte deshalb sehr kurz gehalten werden.

4.4 Die Entstehung des Interviewleitfadens und die Abläufe der Interviews

In diesem Kapitel wird die Entwicklung des Interviewleitfadens beschrieben und auf die Auswahl der InterviewpartnerInnen eingegangen. Weiters wird die Durchführung der Interviews genauer erklärt.

4.4.1 Die Entwicklung des Interviewleitfadens

Um die Interviews führen zu können, wurde ein halb standardisierter Interviewleitfaden in einer Zeitspanne von drei Wochen erstellt.
Der Leitfaden besteht aus jeweils vier Hauptpunkten mit den dazugehörigen Unterpunkten. Im ersten Punkt geht es um das allgemeine Wissen zum Thema Risiko – und Fehlermanagement. Im zweiten Punkt geht es darum, was die InterviewpartnerInnen unter „Fehler machen“ verstehen. Der dritte Punkt bearbeitet die Frage über selbst – oder miterlebte Konsequenzen nach einem Fehler und im letzten Punkt wird die Frage über Veränderungen bei der Arbeit, nach diesem Fehler, besprochen.
Nach dem ersten Interview wurde beschlossen, dass die inhaltliche Struktur bestehen bleiben kann und je nach InterviewpartnerIn flexibel durch andere Fragen ergänzt werden kann. Der Interviewleitfaden ist im Anhang zu finden, es wurde aber nur die ursprüngliche Form dargestellt und nicht alle sechs Leitfäden, die sich teilweise nur minimal voneinander unterscheiden.

4.4.2 Die Auswahl der InterviewpartnerInnen

Um die Forschungsfrage genauer betrachten zu können ist die Auswahl der InterviewpartnerInnen nicht auf eine der Führungsebenen getroffen

worden, sondern InterviewpartnerInnen aus der Basis, sprich Diplomkrankenschwestern und – pfleger der allgemeinen Gesundheits – und Krankenpflege und der Kinder – und Jugendheilkunde aus den verschiedensten Fachgebieten wurden ausgewählt. Bei der Auswahl der InterviewpartnerInnen wurde darauf geachtet, eine gewisse Vielfalt zu erlangen, um den Focus der Befragung nicht auf ein kleines Gebiet zu beschränken. Daher stammen sie aus unterschiedlichen Krankenhäusern, arbeiten in unterschiedlichen Abteilungen (Neugeborenenzimmer, Intensivstation, Operationssaal, Dialyse, Chirurgie und Neonatologie) haben verschieden lange Berufspraxis und ihre Diplome beinahe alle an verschiedenen Krankenpflegeschule gemacht.
Ein Großteil hat den Vorschlag, auf Wunsch auch anonym bleiben zu können, angenommen. Aus diesem Grund werden keine InterviewpartnerInnen in dieser Arbeit namentlich erwähnt.

4.4.3 Die Durchführung des Interviews

Die Kontaktaufnahme der einzelnen InterviewpartnerInnen erfolgte hauptsächlich per Telefon. Mit zwei InterviewpartnerInnen wurde der Kontakt persönlich aufgenommen. Dabei wurde das Thema der Befragung vorgestellt und zu welchem Zweck dies gehalten wird. Die InterviewpartnerInnen wurden ebenfalls über den universitären Rahmen aufgeklärt. Ebenso wurde erwähnt, warum gerade sie für dieses Interview ausgesucht wurden. Die Terminvereinbarung erfolgte auch sofort bei der ersten Kontaktaufnahme. Die anderen InterviewpartnerInnen wurden telefonisch kontaktiert und erhielten auf diesem Wege die gleichen Informationen. Auch hier wurde bei der ersten Kontaktaufnahme sofort ein Termin für das Interview ausgemacht. Bis auf eine Interviewpartnerin stellte die Terminvereinbarung kein Problem dar. Bei ihr kam es immer

wieder zu kurzfristigen Terminverschiebungen und deshalb wurde nach einiger Zeit von einem Interview Abstand genommen.

Gleich zu Beginn der Interviews wurde besprochen, in welcher Form die Gespräche aufgezeichnet werden und alle Interviewpartner waren mit einer Tonbandaufnahme mittels Diktaphon einverstanden. Zusätzlich wurden schriftliche Notizen gemacht, dass bei technischen Problemen das Interview nicht wiederholt oder verworfen werden muss.
Es wurde auch mit den Interviewpartnern ausgemacht, dass sie das Interview jederzeit ab – oder unterbrechen können, auch ohne Angaben von Gründen.
Den InterviewpartnerInnen wurde zugesichert, dass sie auf Wunsch jederzeit in die schriftlichen Protokolle und die Tonbandaufzeichnungen einsehen können.

Die Durchführung des Interviews war in drei Phasen gegliedert:

1. Die Einstiegsphase = Gesprächsbeginn, Einstiegsfrage
2. Hauptphase = Erzählphase, Fragen nach zentraler Problematik, Nachfragen
3. Abschlussphase = Angaben zur Person, Dank und Klären der weiteren Vorgangsweise

(Mayer, 2007 S.188)

In der Einstiegsphase wurde der berufliche Werdegang erfragt und um einen Überblick über die Berufserfahrung zu erhalten. Daran schloss sich die Erzählphase, in der die InterviewpartnerInnen die Möglichkeit hatten ihre Erfahrungen mitzuteilen.

Im Rahmen der Abschlussphase wurde versucht, über etwaige Veränderungen zu sprechen oder Verbesserungsvorschläge zu formulieren, welche die InterviewpartnerInnen im Zuge ihrer praktischen Tätigkeit für sinnvoll erachten würden.

4.4.4 Ethische Überlegungen

Verschiedenste Vereinigungen der Pflege geben Empfehlungen zur Forschungsethik heraus. Mayer (2007 S.61f) stellt fest, dass die unterschiedlichsten Ethikrichtlinien auf den Prinzipien der biomedizinischen Ethik basieren. Diese lauten wie folgt:

- Autonomie
- Benefizienz (Gutes tun)
- Non-Malefizienz (nichts Schlechtes tun – d.h. vor Schaden schützen)
- Gerechtigkeit

Davon leiten sich die drei Grundprinzipien des Persönlichkeitsschutzes ab,

1. umfassende Information und freiwillige Zustimmung aller Teilnehmer (= freiwillige Teilnahme)
2. Anonymität
3. Schutz des Einzelnen vor eventuellen psychischen und physischen Schäden

Die TeilnehmerInnen wurden bei dieser Arbeit, bereits bei der ersten Kontaktaufnahme, genau darüber informiert, worum es sich bei dieser Studie handelt, zu welchem Zweck sie durchgeführt wird, wie die Befragung durchgeführt wird und wie groß der Zeitaufwand in etwa sein wird. Außerdem erfolgte eine Information darüber, was mit den Daten gemacht wird und wieweit die Anonymität gewährleistet ist.

Die TeilnehmerInnen wurden davon in Kenntnis gesetzt, dass sie jederzeit ihre Teilnahme an der Studie beenden können. Ebenso war ihnen bekannt, dass die Teilnahme an der Studie keinen Nachteil mit sich bringt. Die Einhaltung dieser Forderungen nennt man „informed consent“ oder „aufgeklärte Einwilligung“.

4.5 **Datenaufbereitung und Auswertung**

Die Interviews wurden mittels Diktiergerät aufgezeichnet und anschließend wörtlich transkribiert. Die Auswertung passierte nach der zusammenfassenden Inhaltsanalyse nach Mayring(2008).
Laut Mayring ist das Ziel der Analyse, das Material so zu reduzieren, dass die wesentlichen Inhalte erhalten bleiben, durch Abstraktion einen überschaubaren Corpus zu schaffen, der immer noch Abbild des Grundmaterials ist (Mayring 2008 S.58).
Mayring (2008 S.61) beschreibt diesen Vorgang in sieben Schritten:

- *1.Schritt: Bestimmung der Analyseeinheit*
  Es werden jene Textpassagen bestimmt, welche für die Thematik relevant sind

- *2.Schritt: Paraphrasierung der inhaltstragenden Textstellen*
  Die einzelnen Kodiereinheiten werden in knappe, nur auf den Inhalt beschränkte, beschreibende Form umgeschrieben (Paraphrasierung). Ziel ist es auf eine einheitliche Sprachebene zu kommen, die den Kern der Aussage trifft.

- *3. Schritt: Bestimmung des angestrebten Abstraktionsniveaus und Generalisierung der Paraphrasen unter diesem Abstraktionsniveaus*

Hier werden die Paraphrasen auf eine höhere Sprachebene gebracht (Generalisierung) Unwichtige oder nichts sagende Paraphrasen können weggelassen werden.

- *4.Schritt: 1.Reduktion durch Selektion, Streichen bedeutungsgleicher Paraphrasen*
  Durch die Generalisierung entstehen inhaltsgleiche Paraphrasen, die nun gestrichen werden können.

- *5.Schritt: 2.Reduktion durch Bündelung, Konstruktion, Integration von Paraphrasen auf dem angestrebten Abstraktionsniveau*
  In diesem Schritt werden nun mehrere, sich aufeinander beziehende und oft über das Material verstreute Paraphrasen zusammengefasst und durch eine neue Aussage wiedergegeben.

- *6.Schritt: Zusammenstellung der neuen Aussagen als Kategoriensystem*
  Am Ende der Reduktionsphase werden Kategorien konstruiert und systematisiert.

- *7.Schritt: Rücküberprüfung des zusammenfassenden Kategoriensystems am Ausgangsmaterials*
  Das Ausgangsmaterial muss nochmals mit den neu erstellten Kategoriensystemen, überprüft werden

Häufig sind jedoch weitere Zusammenfassungen nötig. Dies ist einfach zu erreichen, indem das Abstraktionsniveau auf eine noch höhere Ebene festgelegt wird und die nachlaufenden Interpretationsschritte neu durchlaufen werden. Das neue Kategoriensystem muss wiederum rücküberprüft werden.

4.6 **Gütekriterien**

Für die qualitative Forschung wurden eigene Kriterien entwickelt. Mayring (2008 S.144) beschreibt diese wie folgt:

Verfahrensdokumentation: in der qualitativ orientierten Forschung ist das Vorgehen auf den jeweiligen Gegenstand bezogen und die Methoden werden speziell für diesen Gegenstand entwickelt oder differenziert. Das muss bis ins Detail dokumentiert werden um es für andere nachvollziehbar werden zu lassen.
Diese Arbeit wird diesem Anspruch insofern gerecht, dass das gesamte Forschungsvorhaben samt Beschreibung der Methoden, Datenerhebung und Datenanalyse erkennbar gemacht wurde.

Argumentative Interpretationsabsicherung: Interpretationen spielen eine entscheidende Rolle in qualitativ orientierten Ansätzen. Interpretationen lassen sich aber nicht wie Rechenoperationen nachvollziehen, daher müssen sie argumentativ begründet werden. Die Argumentation muss in sich schlüssig sein.

Regelgeleitetheit: Das Gütekriterium Regelgeleitetheit schreibt vor, dass bestimmte Regeln, eingehalten werden müssen.
Die Auswertung der Daten in dieser Arbeit wurden anhand der Inhaltsanalyse nach Mayring (2008) ausgearbeitet, wodurch die Regelgeleitetheit gegeben ist.

Nähe zum Gegenstand: In der qualitativen Forschung wird das dadurch erreicht, dass man möglichst nahe an der Alltagswelt des beforschten Subjekts anknüpft. Wenn ich wissen will, wie jemand ein gewisses Ereignis erlebt, muss ich mich zu ihm begeben und kann dies nicht im Labor oder am Schreibtisch feststellen.
Ort und Zeitpunkt der Befragung konnten die Interviewpartner selbst bestimmen, ebenso bin ich aufgrund meiner Ausbildung mit dem Tätigkeitsfeld der InterviewpartnerInnen vertraut.

Kommunikative Validierung: Die Gültigkeit qualitativer Forschungsergebnisse kann auch so überprüft werden, indem man sie dem Beforschten vorlegt und mit ihm darüber diskutiert. Die Ergebnisse können aber auch innerhalb des Forscherteams diskutiert werden.
Auf diesen Punkt wurde, aufgrund von Zeitmangel der Interviewpartner, bewusst verzichtet.

Triangulation: meint immer, das man versucht, für die Fragestellung unterschiedliche Lösungswege zu finden und die Ergebnisse zu vergleichen. Die Triangulation kommt in dieser Arbeit nicht zur Anwendung.

5 Die Ergebnisse der Interviews

In diesem Kapitel werden die Ergebnisse der Interviews dargestellt.

Die wörtlich transkribierten Interviews wurden mit Hilfe der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring (2002 S.114) bearbeitet.
Bevor die transkribierten Interviews analysiert wurden, wurden fünf Themenkomplexe erarbeitet. Diese Themenkomplexe lauten:

Allgemeines Wissen über Risiko –und Fehlermanagement

Bedeutung von „Fehler begehen“

Reaktionen auf Fehler

Konsequenzen

Ursachenanalyse

Die wesentlichen Aussagen der Interviewpartner wurden dann den jeweiligen Themenkomplexen zugeordnet und weniger relevante Aussagen wurden zur Bewertung nicht herangezogen. Als nächstes wurden die Inhalte der einzelnen Themenkomplexe verdichtet und die Aussagen, der Interviewpartner welche die Ergebnisse erhärten ausgewählt.

Der ersten Themenkomplex beschäftigt sich mit dem allgemeinen Wissen über Risiko - und Fehlermanagement und im nachfolgendem Punkt wird die Bedeutung von Begehen eines Fehlers, diskutiert. Im dritten Themenkomplex werden die Reaktionen auf die begangenen Fehler beschrieben. Der vierte Teil bearbeitet die Konsequenzen, welche danach gefolgt sind und der letzte Themenkomplex behandelt die Ursachenanalyse.

5.1 Allgemeines Wissen über Fehler – und Risikomanagement

Die InterviewpartnerInnen haben alle in Wien diplomiert jedoch an unterschiedlichen Krankenpflegeschulen. Die Interviewpartnerin mit der längsten Berufserfahrung hat vor 28 Jahren diplomiert, der Interviewpartner mit der kürzesten, vor 16 Jahren. Sie haben aber alle eines gemeinsam, dass sie während ihrer Berufsausbildung nichts über Risiko – und Fehlermanagement gehört haben. In den Schulen der

Gesundheits – und Krankenpflege ist die Thematik nur so weit behandelt, dass gelehrt wird, wie etwas zu geschehen hat, aber richtiges Handeln bei eventuellen Fehlern wird nicht in Betracht gezogen. Das Thema wurde auch nicht unter einer anderen Bezeichnung behandelt, es ist einfach nicht vorgekommen. Die Antworten diesbezüglich waren sehr eindeutig. (die Interviewpartner werden in Folge nur mit IP dargestellt)

IP1+3: davon habe ich nie etwas gehört

IP2: eigentlich habe ich nichts darüber gelernt und wenn dann hab ich`s schon vergessen.

IP4: das war kein Thema

Die Fragen, über Informationen bezüglich Risiko – und Fehlermanagement während der Berufsausübung wurden schon unterschiedlicher beantwortet. Zwei Interviewpartnerinnen hatten mit den Abteilungen an denen sie beschäftigt sind, bereits an einem CIRS – Projekt teilgenommen und waren recht gut informiert.

IP1: ja, genug bei uns ist das Projekt mit der AUA gelaufen. Abchecken – wiederholen – briefing, sicher 3-4 Fortbildungen. Da haben wir auch gelernt, wenn etwas nicht klar ist, sollen wir es trotzdem ansprechen, auch wenn`s der OA ist.

IP6: ja jetzt hab ich das CIRS an der Abteilung, im OP ist die Tätigkeit so angelegt, dass es viele Kontrollmechanismen gibt

Die anderen InterviewpartnerInnen, welche keine Projekte an den Abteilungen hatten, hörten hauptsächlich im Rahmen einer

Zusatzausbildung (Intensivkurs, Weiterbildung für mittleres und basales Pflegemanagement, OP-Kurs,…) über Fehlermanagement, als DGKS/P ohne Zusatzausbildung waren die Informationen eher spärlich.

IP2: Ich habe nur Schlagworte gehört, wie „aus Fehlern lernen" oder dass man Infusionen doppelt kontrollieren soll, bevor sie der Patient erhält.

IP3: ja ca. vor 11 Jahren auf einem Intensivkongress. Thema war „die Fehlerhäufigkeit beim Therapieaufziehen" oder so ähnlich. Man soll sich nicht stören lassen war das Ergebnis.

IP4:Als Pflegekraft am Patienten sicher nicht, frühestens 2003 und das eher bei innerbetrieblichen Fortbildungen und beim leitenden Kurs.

IP5: ja in der Zusatzausbildungen 1994 und 2004. Sonst hab ich es eher nicht gemerkt, dass es thematisiert wurde.

Der Wissensstand bezüglich Risiko – und Fehlermanagement ist im Allgemeinen als sehr gering zu erachten. Dies beruht darauf, dass es bis heute in der Ausbildung keine Erwähnung findet. Risiko –und Fehlermanagement ist zwar im Rahmen mehrerer Projekte im Krankenanstaltenverbund zum Thema geworden, doch in der Ausbildung des Pflegepersonals und der Mediziner wird es nach wie vor nicht angesprochen. Wer nicht im Rahmen einer Zusatz –oder Sonderausbildung, in welchen es mittlerweile wenige Unterrichtseinheiten umfasst, davon gehört hat, hat einen geringen oder nur sehr spärlichen Wissensstand vorzuweisen. Die Möglichkeit sich im Intranet über die Erfahrungsdrehscheibe oder den eigenen Link des Risikomanagements darüber zu informieren ist den meisten unbekannt gewesen. Die Information, ob die Stationsleitungen darüber Bescheid wissen, konnten

auch nicht alle InterviewpartnerInnen mit Sicherheit beantworten, somit ist klar, dass die Transparenz des Themas an einzelnen Stationen nicht gegeben ist.

5.2 **Die Bedeutung von „Begehen eines Fehlers“**

Fehlermachen ist für jeden IP etwas Menschliches, das jedem passieren kann und zum Leben dazu gehört. Dass bei der täglichen Arbeit Fehler passieren ist für keine InterviewpartnerIn etwas Außergewöhnliches und dafür zeigen alle Verständnis. Persönliche Zweifel haben bis auf eine Interviewpartnerin, die Befragten nicht, wenn ihnen ein Fehler unterläuft, wobei es da auch auf den Schweregrad des Fehlers ankommt. Eine einzige Interviewpartnerin empfindet einen begangenen Fehler, auch wenn er gering ist, als ein persönliches Versagen.

IP2: dass ich nicht gut genug bin, mein Drang zum Perfektsein wird angekratzt.

IP3: jeder macht Fehler, man muss es sich nur bewusst machen und sie vermeiden wo`s geht.

IP4: jeder macht Fehler, das ist normal, das gehört zum Leben wie das Atmen

IP6: ist menschlich, jeder macht sie – jeder Fehler ist nur 1x erlaubt, durch gegenseitige Kontrolle soll man sie auf das Minimum reduzieren

Gleichzeitig gibt es auch eine Unterteilung von Fehlern. Die InterviewpartnerInnen unterscheiden zwischen groben und leichten Fehlern, wobei sie unter leichten Fehlern jene verstehen, welche reparabel sind und als grobe Fehler werden jene eingestuft, welche zu einem Schaden beim Patienten führen. Als Schaden definieren sie die Gabe eines falschen Medikamentes, Verletzungen durch falsche oder mangelnde Pflege, Verabreichung der falschen Ernährung ect. und alle diese Irrtümer können unterschiedliche Reaktionen beim Patienten auslösen. Je nachdem wie heftig die Reaktion ausfällt (Unwohlsein bis vitale Bedrohung) wird der Fehler auch als gering oder schwer definiert.

IP1: wenn ich z.B. einer Mutter ein fremdes Neugeborenes zum Stillen bringe oder einem Kind geht es schon länger schlecht und ich tu nichts – das sind dann schon gröbere Fehler

IP2: ein grober Fehler ist, na ja wenn es eine Auswirkung auf den Patienten gibt, wenn sein Zustand sich verschlechtert oder er sogar verstirbt. Und ein geringer Fehler ist es wenn es keine Auswirkung auf den Patienten hat

IP3: grobe Fehler – na wenn ein Patient dabei zu Schaden kommt und geringe sind halt ärgerlich, aber zu korrigieren

IP4: wenn ein Menschenleben bedroht ist sehe ich es als groben Fehler an, alles andere sind kleine Fehler

5.3 **Reaktionen auf Fehler**

Alle InterviewpartnerInnen haben zugegeben, dass ihnen bereits Fehler unterlaufen sind, wobei es sich Großteils um geringe Fehler handelte, also um solch Fehler, welche keinen gesundheitlichen Schaden beim Patienten hervorgerufen haben. Ebenso gaben sie Auskunft darüber, wie Kollegen, Vorgesetzte und sie selbst auf Fehler reagierten (auf die eigenen Fehler und die der anderen).

Die meisten sprachen nur über Fehler mit geringem oder gar keinem Schadensausmaß für den Patienten. Manche dieser Fehler wurden entweder für sich behalten – da kein offensichtlicher Patientenschaden entstanden ist, oder aber auch der Stationsleitung gemeldet. Bei geringen Fehlern fiel die Reaktion der Vorgesetzten in der Pflege meist milde aus. Keiner der InterviewpartnerInnen schilderte, dass mit Konsequenzen gedroht oder unangenehme Gespräche mit Vorgesetzten geführt wurden.

IP1: wenn man es sich selbst richten kann, wird nicht viel darüber gesprochen, vor allem wenn die Betroffene selbst darüber erschüttert ist. Weder STL noch der Arzt haben reagiert.

IP2: wenn ich es gesagt habe, wurde es zur Kenntnis genommen. Es hat nur geheißen, dass ich das nächste Mal besser aufpassen soll.

IP5: eine Kollegin hat einmal eine Schachtel verwechselt, STL hat mit ihr gesprochen und eine genaue Kontrolle von Armband und Medikamentenschachtel verlangt.

Bei groben Fehlern fallen die Reaktionen schon unterschiedlicher aus. Die Palette der Reaktionen ist hier breiter gefächert. Sie reicht von Verständnis und Hilfe in der unangenehmen Situation, bis zu Gesprächen mit Vorgesetzten. Eine Interviewpartnerin erwähnt den starken Zusammenhalt zwischen Arzt und Pflegepersonal, wenn ein Vorfall „nach außen“ dringt – also nicht verschwiegen werden kann.

IP4: Ich habe die Erfahrung gemacht, dass man versucht sich gegenseitig aus der Patsche zu helfen. Wenn zwei Berufsgruppen betroffen sind und es geht „hinaus“ wird gedeckt wo geht. Ich habe selbst nie Vorwürfe erhalten.

IP3: vor vielen Jahren hab ich einem Patienten das falsche FFP gegeben – mir ist richtig schlecht geworden. Dem Patienten ging es noch gut und ich hab sofort den Arzt verständigt, der hat mich dann beruhigt. Ich wär` am liebsten im Boden versunken.

Eine weitere Interviewpartnerin spricht ebenfalls von einer positiven Reaktion, nachdem ihr ein schwerwiegender Fehler unterlaufen war. Der Arzt, den sie sofort davon in Kenntnis gesetzt hat, versuchte beruhigend auf sie einzuwirken.

5.4 **Eventuelle Konsequenzen**

Eine Interviewpartnerin sprach nicht aus eigener Erfahrung, aber sie konnte erleben, wie es einer Kollegin erging, bei der es aufgrund eines Fehlers zu einer Gerichtsverhandlung kam. Bis zur Verhandlung wurde ihr

untersagt, am Krankenbett zu arbeiten. Das Schlimme daran war, dass im Team alle wussten was geschehen war, aber nicht offen darüber gesprochen wurde. Niemand traute sich die Stationsleitung zu fragen, was jetzt geschieht oder mit welchen Konsequenzen das Team oder die Betroffene zu rechnen haben. Es wurde seitens der Stationsleitung auch nie ein offenes Gespräch angestrebt. Besprechungen fanden statt, aber im Ausschluss des Teams. Diese Zeit wurde von den betroffenen Kolleginnen als sehr belastend empfunden.

Nach einer Patientenverwechslung im OP gab es für Arzt und Schwester schwerwiegende Konsequenzen. Der Arzt musste das Fach wechseln und die Schwester wurde in eine andere Abteilung versetzt. In diesem Fall gab es ebenfalls keine offenen Gespräche, in denen der Vorfall bearbeitet wurde um eine Wiederholung zu vermeiden, oder den Grund für diese Verwechslung herauszufinden. Für diejenigen, die nicht direkt betroffen waren hatte es den Anschein, dass nicht darüber gesprochen werden darf, da dieser Fehler eine Niederlage darstellte, für den/diejenigen, den/en er passiert ist. Es konnte nicht herausgefunden werden, in welche Richtung die Gespräche hinter verschlossenen Türen gingen.

IP6: Das war noch vor der Zeit der Identifikationsarmbänder. Im Vorbereitungsraum muss die Verwechslung passiert sein, der Patient sprach schlecht Deutsch und er erhielt eine Operation, die für ihn gar nicht vorgesehen war.

Nicht so drastisch wurde mit einer Kollegin umgegangen, die nicht bemerkt hat, dass sich eine Mutter ein fremdes Neugeborenes aus dem Neugeborenenzimmer holte (in der Annahme es sei ihr eigenes). Die Kinderschwester bemerkte zwar den Irrtum bevor es der Mutter selbst aufgefallen war, wurde aber trotzdem vom Oberarzt und der Stationsleitung zu einem Gespräch geladen. Dieses Gespräch hatte für

die anderen Kolleginnen den Anschein, dass es sehr unangenehm verlaufen ist, da die Betroffene danach sehr deprimiert war. Ein offenes Gespräch über diesen Vorfall mit dem Team fand nicht statt.

Bei schwerwiegenderen Fehlern kommt es vor, dass mit der/m Betroffenen ein Gespräch geführt wird. Solche Gespräche werden aber meist nicht offen geführt, das heißt, die Ergebnisse dieser Gespräche bleiben für das restliche Team verborgen. Durch den Ausschluss des Teams entsteht eine unangenehme Situation, welche die MitarbeiterInnen verunsichert. Kommt es dann noch zu Sanktionen, wie z.B. Versetzung, macht das das Zugeben eines Fehlers eher schwierig und begünstigt die Vertuschung eines solchen.

5.5 **Ursachenrecherche und Veränderungen**

Bei der Ausbildung zum Risikomanager lernt man, dass nach einem jeden Fehler, egal in welcher Größenordnung er sich befindet, eine Ursachenrecherche zu erfolgen hat (ÖQmed, 2008 S.30). Der Focus der Recherche soll aber auf den Vorgang und nicht auf die daran beteiligten Personen gelegt werden. Durch die Interviews wurde festgestellt, dass bei den wenigsten Fehlern eine solche Recherche erfolgt ist und wenn, dann war sie für die MitarbeitetInnen nicht transparent.
Eine Kollegin musste nicht lange nach der Ursache ihres Fehlers suchen, ihr Fazit aus diesem Vorfall war, dass sie nie wieder ein Medikament im Halbdunkeln herrichten wird. Ursachen, welche nicht so offensichtlich zu erkennen sind, müssen genauer beleuchtet werden. Bei der Patientenverwechslung im OP vermuteten die Interviewpartner nur, dass es eine Ursachenrecherche gab. Bestätigen konnte es aber niemand, da die Kommunikation hinter geschlossenen Türen stattgefunden hat.

Es gab allerdings eine Veränderung, die durch diesen Vorfall zustande kam, es wurden nämlich die Identifikationsarmbänder zwingend für jeden Patienten, in Wien flächendeckend, eingeführt.
Veränderungen wurden nur wenige beschrieben, welche nach Vorfällen eingetreten sind. Es gab nur bei Fehlern, bei denen der Patient zu Schaden gekommen ist, eine Veränderung in der Organisation, wie z.B. nach der Gabe eines falschen Medikamentes oder einer falschen Dosis, wurde darauf bestanden, dass die Pflege die Medikamente immer zu zweit kontrollieren müssen.
Geringere Fehler hatten keinerlei Änderungen zur Folge.

IP2: die einzige Auswirkung war, dass wir jetzt das Vier-Augen-Prinzip bei den Medikamenten haben.

6 Diskussion

Ziel dieses Kapitel ist es, die Ergebnisse der Interviews mit Hilfe der Literatur über Risiko – und Fehlermanagement zu diskutieren. Die Diskussion wird anhand der Themen der Interviewergebnisse geführt.

Allgemeines Wissen über Risiko –und Fehlermanagement

Das allgemeine Wissen über Risiko – und Fehlermanagement hat sich bei den InterviewpartnerInnen als sehr rudimentär herausgestellt. Die Ursachen dafür sind an den verschiedensten Stellen zu finden. Einerseits ist Risiko – und Fehlermanagement in keiner Grundausbildung ein fixer Bestandteil. Grundsätzlich wird in der Pflegeausbildung nicht darauf eingegangen. Es wird im letzten Curriculum der Krankenpflegeausbildung

zwar über Qualitätssicherung gesprochen, die rein die Fehlervermeidung als Ziel vorsieht. Richtiges Handeln bei bereits passierten Fehlern wird in der Ausbildung nicht erwähnt. Genauso verhält es sich bei Fort – und Weiterbildungen in der Pflege. Im Rahmen der Sonderausbildungen (Weiterbildung für Intensivstationen, OP, Dialyse, basales und mittleres Pflegemanagement,…) gibt es ebenfalls nur wenige Unterrichtseinheiten, in denen über die Erfahrungsdrehscheibe oder das Projekt CIRS vorgestellt wird, aber nicht ausreichend behandelt. Gerade in der Weiterbildung für leitendes Pflegepersonal wäre eine intensivere Ausbildung von Vorteil, in der Verhalten und Vorgehen bei Eintreten eines Fehlers bei einer Pflegehandlung geschult wird.

Einzig und allein die Ausbildung zum Risikomanager beinhaltet logischer Weise diese Thematik, doch um eine Veränderung in der Fehlerkultur zu bewirken, muss das Pflegepersonal im Gesamten darüber informiert sein und nicht nur einige Spezialisten.

Diejenigen InterviewpartnerInnen, deren Abteilungen bereits an einem der CIRS – Projekte teilgenommen haben, sind recht gut informiert gewesen. Sie wussten mit den Begriffen (Risikomanagement, Fehlermanagement, Erfahrungsdrehscheibe,…) umzugehen da sie zu Beginn der Projekte an ihren Abteilungen genaue Information darüber erhalten haben. Andere jedoch, deren Abteilung noch nicht involviert waren, hatten ein großes Wissensdefizit. Somit ist erkennbar, dass die Transparenz des Themas, in den diversen Abteilungen, nur lückenhaft gegeben ist. Gründe dafür können mehrfach vorliegen. Einerseits besteht die Möglichkeit, dass die Stationsleitungen selbst schlecht informiert sind oder, dass sie ihre Kenntnisse diesbezüglich nicht an das Team weitergeben.

Paula (2007 S.61) vertritt die Ansicht, dass nur wenige Arbeitsbereiche einem so starkem Wandel unterzogen sind, wie Medizin und Pflege. Mit der permanenten Weiterentwicklung aller Fachgebiete sind zumeist auch neue Herausforderungen verbunden. Für die Krankenhausmitarbeiter bedeutet das, die ständige Konfrontation mit Neuerungen und vor allem die Bereitschaft sich ständig fortzubilden. Da fast jeder Fortschritt nicht nur Vorteile sondern auch Risiken mit sich bringt, müssen diese Gefahrenquellen ständiges Thema bei Fortbildungen sein. Es sollte

zunehmend versucht werden, alle Krankenhausmitarbeiter laufend über neue und alte Risiken zu informieren.

Die Bedeutung von Fehlern

Die InterviewpartnerInnen waren sich einig, dass Fehler machen etwas durchaus Menschliches sei und das jedem Menschen bei der Arbeit welche unterlaufen. Alle jedoch haben in irgendeiner Art und Weise erwähnt, dass es ihnen unangenehm ist, wenn ihnen ein Fehler passiert. Es wurde auch betont, dass Fehler unterschiedliche Bedeutungen haben. Es wurden zwei Kategorien gebildet, die eine Kategorie waren die leichten Fehler und die zweite Kategorie wurde aus den groben gebildet. Die Unterscheidung bestand im Wesentlichen darin, dass bei geringen Fehlern ein reversibler oder kein Schaden entstanden und bei groben Fehlern, ein irreversibler Schaden entstanden ist. Der Großteil der InterviewpartnerInnen gibt zu, ein großes Streben nach Perfektionismus in sich zu tragen und deshalb Fehler als ein persönliches Versagen ansehen – auch wenn es sich um einen geringen Fehler handelt.

Scheidegger (2005 S.72) bemerkt, dass alle Menschen Fehler machen und dass die Anzahl der Fehlleistungen unter Stress und hoher Arbeitsbelastung zunimmt und dass das in der Medizin, in der Vergangenheit völlig negiert wurde. Von Fehlern durfte nicht gesprochen werden. Fehler wurden bestraft, was wiederum dazu geführt hat, dass sie nicht berichtet wurden und keine Lehren daraus gezogen werden konnten.

Dingens (2005 S.77) erklärt, dass das Empfinden – zu versagen, wenn man einen Fehler begangen hat – sich nicht nur auf medizinisches Personal bezieht, sondern dies ist in der Gesellschaft weit verbreitet. Das hängt mit eingelernten Kommunikationsformen (top down) in hierarchischen Organisationen (Schule, Universität, Krankenhaus, öffentliche Verwaltung, …) zusammen. Maßgeblich sind auch die, nach wie vor im gesellschaftlichen Bewusstsein vorhandenen religiösen

Prägungen im Umgang mit Fehlern: Fehler werden mehrheitlich negativ bewertet, die Thematisierung von Fehlern wird an Regeln und Tabus gebunden (ärztliche Schweigepflicht, Standesregeln, Recht auf Aussageverweigerung); Organisationen neigen dazu (bestimmte) Personen zu schützen.
Fehler werden solange als möglich intern, diskret und vertraulich, nicht öffentlich bearbeitet (Muster Beichte).

Fehler begehen ist ein Makel, der in der Gesellschaft negativ bewertet wird und aus Angst vor Strafe oder weil es als Karrierehindernis angesehen wird, wenn man seine Fehlerhaftigkeit zugibt, werden sie verschwiegen. Dadurch wird bei den InterviewpartnerInnen ein Verständnis für Fehler reflektiert, aber nur für die Fehler der anderen. Die Akzeptanz für eigene Verfehlungen ist nicht vorhanden, man will dem Bild der Fehlerlosigkeit entsprechen.

Reaktionen auf Fehler

Die InterviewpartnerInnen berichten, dass die Reaktionen auf geringe Fehler auch eher gering ausfallen. Es werden vereinzelt Gespräche geführt, die mehr Aufmerksamkeit der/des Betroffenen verlangen. Auch die Literatur ist nicht sehr ergiebig im Hinblick auf das angestrebte Verhalten von Kollegen und Vorgesetzten bei entdecken eines Fehlers.
Leider ist die Literaturrecherche bezüglich Verhalten bei groben Fehlern ebenfalls nicht sehr lukrativ ausgefallen. Die InterviewpartnerInnen berichten von Reaktionen bei groben Fehlern, wie verschweigen, nicht öffentlich machen und Gesprächen hinter verschlossenen Türen.
Es gibt in der Literatur jede Menge Beispiele, wie mit MitarbeiterInnen im schlimmsten Fall umgegangen wird, jedoch fehlt es an Beispielen, wie es besser zu machen ist.
In der Weiterbildung für basales und mittleres Pflegemanagement wird sehr viel über Qualitätssicherung gelehrt, jedoch der wichtige Aspekt, dass

Führungspersonal im Falle eines Fehlers mit Patientenschaden, nicht in eine Rolle fallen, in der nur nach dem Schuldigen gesucht wird, sondern eine objektive Ursachenrecherche beginnen sollten, wird außer Acht gelassen. Gerade in Führungspositionen muss dieses Verhalten verinnerlicht werden, um die Fehlerkultur einer Veränderung unterziehen zu können.

Konsequenzen

In den Interviews werden vereinzelt Konsequenzen beschrieben, welche die Pflegepersonen zu tragen hatten. Es werden nur solche Konsequenzen beschrieben, welche die Person betreffen, welcher ein Fehler unterlaufen ist. Paula (2007) erwähnt, dass sofern es sich nicht um einen Fall von wiederholter Fahrlässigkeit handelt, dürfen einem Mitarbeiter keine Konsequenzen drohen, wenn er einen Fehler eingesteht.
Weingardt (2000) vertritt ebenfalls die Meinung, dass das Ziel nicht die Bestrafung der Schuldigen, sondern die Verhinderung von ähnlichen Fehlern in der Zukunft, ist.
Laut den Erfahrungen der InterviewpartnerInnen ist diese Handlungsweise noch nicht hundertprozentig umgesetzt worden, sie wird noch nicht gelebt.

Ursachenrecherche

Bei Zwischenfällen oder Beinahe- Zwischenfällen muss das Ziel der Untersuchung sein, die Ursache zu finden wodurch das Ergebnis zustande gekommen ist. Durch diese Untersuchungen sollen für die Zukunft Verbesserungen im Arbeitsablauf gefunden werden, dass es zu keiner Wiederholung des Vorfalls kommt. (Paula, 2007 S.75)

Paula vertritt auch den Standpunkt, dass eine Abklärung der Schuldfrage eher kontraproduktiv sei. Die zentrale Frage bei der Ursachenrecherche muss lauten WARUM und keinesfalls WER!

Bei den ExpertInnen ist dieser Tenor leider nicht zum Ausdruck gebracht worden. Es wurde eine Untersuchung als solches entweder nicht erkannt oder nicht durchgeführt. Wenn menschliches Versagen als Begründung feststand, wurde einem „warum“ auch nicht mehr ausreichend nachgegangen.

Die Ursachenanalyse kann mittels einer Fehlerbaumanalyse durchgeführt werden. Diese geht von einem unerwünschten Ereignis aus und untersucht dieses hinsichtlich seiner Ursachen und gegenseitigen Abhängigkeiten. Mit Hilfe graphischer Symbole wird in Schritten abgebildet, welche Ursache/n das Ereignis nach sich ziehen. Daraus resultiert eine baumartige Struktur. Diese Methode hilft strukturiert, die wirklichen Ursachen eines Problems aufzudecken und zwischen den „Ursachen auf den ersten Blick“ und den wirklichen Ursachen zu unterscheiden (Kahla-Witzsch, 2005 S.61).

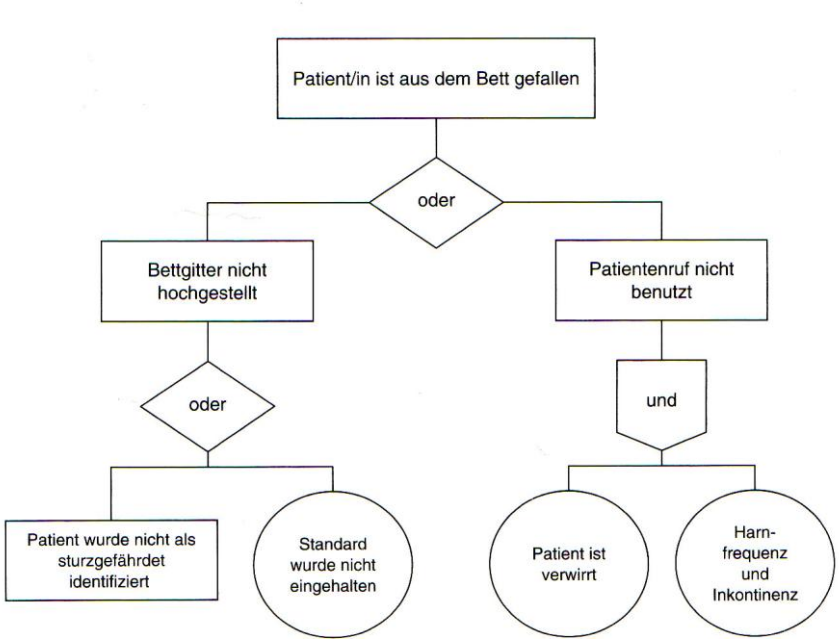

Abbildung 5: von Eiff/Middendorf 2004 S.541

Weiters kann zur Ursachenanalyse auch ein „Warum – Warum – Diagramm“ verwendet werden. Es ist ein einfaches Mittel zur systematischen Analyse von Problem- oder Fehlerursachen. Ausgehend von einem genau definierten Problem wird mehrfach die Frage nach dem „Warum?“ gestellt.

Beim ersten Schritt stellt man die Frage warum es zu diesem Problem gekommen ist. Für jede im ersten Schritt gefundene Hauptursache, versucht man zu klären, warum sie möglicherweise entstanden ist. In weiteren Schritten werden die benannten Ursachen und Unterursachen weiter analysiert (Kahla-Witzsch, 2005 S.64).

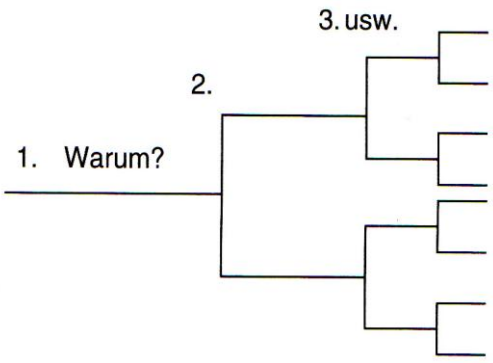

Abbildung 6:Kahla-Witzsch 2005S.64

7 Empfehlung zur Etablierung einer neuen Fehlerkultur

In diesem Kapitel soll dargestellt werden, welche Voraussetzungen zur Einführung einer neuen Fehlerkultur erfüllt werden müssen, dass dies auch nachhaltig und erfolgreich geschieht. Das Hauptaugenmerk liegt in der Mitarbeiterführung und Verbesserung der Kommunikation, auch auf interdisziplinärer Ebene. Die gegeben Literatur über Risiko – und Fehlermanagement im Gesundheitswesen, die Ergebnisse der Experteninterviews und der rechtliche Rahmen stellen die Basis für diese Empfehlungen dar. Gerade die Interviews eröffnen einen speziellen Einblick auf die vorherrschende Situation und tragen so einen wesentlichen Beitrag für die Entwicklung des Empfehlungsvorschlags bei.

7.1 **Bewusstseinsarbeit**

Conen und Hochreutener (2005 S.25) haben festgestellt, dass der Umgang mit Fehlern im höchsten Masse von der Kultur (also Umgangs-, Verhaltens- und Denkformen und –normen) welche in einem Betrieb herrschen, abhängig ist.
Laut Helmreich (1997) gibt es eine nationale, eine professionelle und eine Organisationskultur. In der Gesellschaft verankerte Wertvorstellungen, Gemeinsamkeiten, Gesetzgebungen und andere normative Elemente sind das Band, das eine Gesellschaft zusammen hält. Die Stellung und die Achtung, die Gesundheitsleistungserbringer (Arzt und Pflegepersonal) in der Gesellschaft genießen, werden wesentlich auf dieser Ebene geprägt.

In der medizinischen oder pflegerischen Ausbildung, in denen eine Nullfehlertoleranz vermittelt wird, die davon ausgeht, dass Fehler gar nicht stattfinden dürfen, prägen die professionelle Kultur. Auf dem Hintergrund

dieser professionellen Kultur wird jeder Fehler zur persönlichen schamvollen Katastrophe, die verheimlicht werden muss (Hochreutener, Conen 2005 S.25).
. Diese Kultur muss bereits durch eine Veränderung der Ausbildung der Mediziner und der Krankenpflege, umgewandelt werden. Hier sind die ersten Ansätze des Kulturwandels anzusehen. Wenn in der Ausbildung schon klar ist, dass Fehler möglich sind, ist die Bereitschaft zum Erstellen von konstruktiven Lösungsansätzen auch gegeben.

Es müssen aber auch jene Mitarbeiter, welche noch die Kultur der Null-Fehler-Toleranz leben, diesen Kulturwandel vollziehen können. Erreicht werden kann dies durch die laufende Thematisierung von Zwischenfällen und einem möglichst offenen Umgang mit auftretenden Fehlern. Dieser Vorgang muss aber top down vor sich gehen, denn ohne Vorbildwirkung des oberen und mittleren Managements lässt sich ein Kulturwandel nicht vollziehen. Es ist nicht ausreichend Fehlermeldesysteme bereit zu stellen und Programme und Projekte mit dem Thema Patientensicherheit zu starten, sondern die Führungsebenen müssen die gewünschte Kulturumwandlung auch von Beginn an leben. Durch die Vorbildwirkung der Führungsebene kommt es schneller zur Umsetzung und Akzeptanz der neuen Kultur.
MitarbeiterInnen müssen auch motiviert werden, Anregungen bezüglich der Verbesserung der Patientensicherheit geben zu können. Aktivitäten, die von der Basis ausgehen (bottom up), gehören zu den elementaren Grundsätzen des Risiko- und Fehlermanagements (Paula, 2007 S.134).
Dass MitarbeiterInnen in dieser Art überhaupt mitwirken können, setzt voraus, dass sie über das Unternehmensziel genauestens informiert sind. Veränderungsbereitschaft zu schaffen erfordert Geduld und Verständnis bei allen Beteiligten, sowie ständige interne Kommunikation (Paula, ebenda).

7.2 **Kommunikation**

Kommunikation ist ein weiterer wesentlicher Bestandteil bei der Etablierung einer neuen Fehlerkultur. Das Nichtkommunizieren über Fehler vermittelt eine falsche Sicherheit. Nur weil nicht darüber gesprochen wird, heißt es nicht, dass Fehler nicht passieren. Das Verbalisieren eines Fehlers, oder eines beinahe Fehlers, muss für alle Hierarchieebenen gleich möglich sein. Das Pflegepersonal muss einen Fehler, den sie beim Arzt oder Chefarzt entdecken, genauso ansprechen dürfen, wie es umgekehrt der Fall ist. Dafür bedarf es einiger Schulungen, denn im Allgemeinen herrscht im Krankenhaus eine streng hierarchische Organisationskultur und weder Pflege noch Turnusarzt wagen es Kritik an der Stationsleitung oder den Abteilungsvorständen, zu üben. An einigen Abteilungen im Krankenanstaltenverbund wurden solche Programme bereits erfolgreich durchgeführt und eine Interviewpartnerin berichtete, dass es zu einer Verbesserung der Kommunikation zwischen Ärzten und Pflegepersonal gekommen ist. Eine wertschätzende Kommunikation und Zusammenarbeit erleichtert MitarbeiterInnen wesentlich den offenen Umgang mit Fehlern.

Diese Programme müssen flächendeckend für alle Abteilungen durchgeführt werden um längerfristig einen Erfolg erzielen zu können.

Nicht nur die Kommunikation bezüglich Fehlerentdeckung ist wesentlich, auch die interdisziplinäre Informationsweitergabe muss verbessert werden. Viele Krankenhäuser verfügen noch über stark nach Berufsgruppen gegliederten Kommunikationsstrukturen, wie Pflegeübergabe oder ärztliche Morgenbesprechungen. Auch Abteilungsübergreifende Informationen (Ambulanz – Station, Station – OP) sind häufig fehler- oder lückenhaft und bergen somit Fehlerquellen in sich. Die Vielfalt der einzelnen Kommunikationsstrukturen muss vereinfacht und optimiert werden.

7.3 **Hierarchiebarrieren abbauen**

Wie schon in den vorigen Kapiteln beschrieben, herrscht in der Gesundheits – und Krankenpflege eine strenge Hierarchiestruktur, welche bei der Erreichung einer neuen Fehlerkultur ein gewisses Hindernis darstellt, das abgebaut werden muss um eine Veränderung längerfristig zu erreichen.

Paula (S.29) bemerkte bereits, dass Führung prinzipiell nicht als negativ zu bewerten ist, sie gilt sogar als wichtigstes Qualitätsmerkmal in einem Unternehmen. Der Abbau von Hierarchiebarrieren darf deswegen auch nicht mit der Missachtung von Rangordnungen verwechselt werden.

Die Stationsleitung muss in der Lage sein, Kritik oder eventuelle Fehler auf die sie von MitarbeiterInnen hingewiesen wird, auch annehmen zu können. Dies betitelt man als kooperative Zusammenarbeit, die nicht an Hierarchiebarrieren scheitert. Die Fähigkeit des Teamworks ist somit eine wichtige Voraussetzung für eine leitende Position, laut Paula (S.30). Das Berichten von Fehlern oder risikoreichen Situationen muss prinzipiell frei von negativen Konsequenzen sein und von der Führungsebene sogar gefördert werden.

Leitende Personen können durch ihre persönliche Einstellung sehr großen Einfluss auf die Arbeitsweise in ihrem Verantwortungsbereich ausüben. Prinzipiell haben Vorgesetzte eine Vorbildfunktion und können dadurch die MitarbeiterInnen zu mehr Risikobewusstsein heranführen. Dieses Verhalten muss aber von allen Hierarchieebenen gelebt werden können um Veränderungen zu erreichen.

Kurz zusammengefasst bedeutet das, dass eine positive Fehlerkultur nur dann zu greifen beginnt, wenn

- die Führungskraft ihre Vorbildfunktion wahrnimmt
- der Umgang mit konstruktiver Kritik möglich ist
- jedes Teammitglied berechtigt und sogar verpflichtet ist auf Risiken hinzuweisen
- das gesamte Team an Entscheidungsprozessen beteiligt ist und

- der Umgang mit Fehlern und beinahe Fehlern verbessert wird.

8 Zusammenfassung

Die vorherrschende Fehlerkultur (naming – shaming – blaming Kultur) in der Gesundheits – und Krankenpflege, soll in eine Kultur mit einem konstruktivem Umgang mit Fehlern und beinahe Fehlern, ohne Angst vor Konsequenzen umgewandelt werden.
In dieser Arbeit wurde untersucht, ob die Gesundheits – und Krankenpflege, den angestrebten Paradigmenwechsel in der Fehlerkultur bereits vollzogen hat und falls dies nicht der Fall ist, welche Voraussetzungen dafür notwendig sind.

Die Arbeit gliedert sich in zwei Teile. Im ersten Teil wird ein Überblick über die theoretischen und praktischen Hintergründe der vorherrschenden Fehlerkultur gegeben.
Im zweiten Teil wurde konkret der Frage über die Fehlerkultur in der Gesundheits – und Krankenpflege nachgegangen. Dazu wurden halbstandardisierte Interviews durchgeführt, um die vorherrschende Situation als Wissensquelle zu verwenden. Anhand der Interviews und der theoretischen Grundlage wurde eine Empfehlung erarbeitet, welche zu einer besseren Verbreitung der neuen Fehlerkultur führen soll. Im Folgenden wurden zuerst die theoretischen Erkenntnisse zusammenfassend dargestellt und anschließend die Ergebnisse der Interviews und die Empfehlungen näher erläutert.

Zu Beginn wurden die vielen Definitionen des Begriffs „Fehler“ beleuchtet um die Vielschichtigkeit dieses Wortes aufzuzeigen.

Im Gesundheitswesen herrscht keine einheitliche Nomenklatur und daher ist der Begriff „Fehler“ nicht durch eine, sondern durch mehrere Definitionen, beschrieben.
In der Pädagogik verhält es sich nicht anders, auch hier gibt es keine eindeutige Definition. Laut Oser (1999 S.11) kann von Falschem, Nichtrichtigem, Irrtum oder Fehlverhalten gesprochen werden.
Die Kirche wiederum betrachtet Fehler in einem anderen Licht. Der Fehler wird hier als Sünde beschrieben und eine Verfehlung muss bestraft werden.
Von einem Pflegefehler spricht man laut Molketin (1999 S.79) wenn gegen elementare Berufspflichten verstoßen wird. Kohn et al. (1999 S.4) definieren Pflegefehler wiederum als Diagnostikfehler, Behandlungsfehler, Fehler bei Prävention und als sonstige Fehler. Der Begriff „Pflegefehler“ ist daher auch nicht einheitlich geklärt.

Im nächsten Kapitel wird über die Entstehung von Fehlern gesprochen. Es wurde genauer auf die Fehlertheorie von James Reason eingegangen. James Reason ist englischer Psychologe, welcher in den 90er Jahren für die Industrie (Luftfahrt, Schifffahrt und Kernenergie) diese Theorie entwickelt hat, welche aber erst in letzter Zeit im Gesundheitswesen Anwendung findet.
Man spricht von einem Personenmodell und einem Systemmodell. Beim Personenmodell unterlaufen denjenigen die Fehler, welcher am Ende einer langen Kette einer Organisation (Arzt, Pflege, Therapeuten,…) Um Fehler zu vermeiden bedient man sich in diesen Organisationen disziplinärer Maßnahmen und Erstellen neuer Standards.
Im Systemmodell geht man davon aus, dass Fehler aufgrund von Lücken im System geschehen und nicht die Fehlbarkeit eines einzelnen darstellt.

Ein Kapitel behandelt die Klassifikation der Fehler und Handlungen, welche grob unterteilt, in aktive und latente Fehler eingeteilt werden können.

Der Umgang mit Fehlern, also die Fehlerkultur, wird im nächsten Kapitel beschrieben, wobei sich herausstellt, dass im Gesundheitswesen eine personenbezogene Fehlerkultur vorherrscht (Kela 2006).
Die Themen Risiko, Risikomanagement und Patientensicherheit haben im Rahmen des Fehlermanagements eine bedeutende Rolle eingenommen. Vor allem die Patientensicherheit ist in der Gesundheitsversorgung eines der bedeutendsten gesundheitspolitischen Themen geworden.
Die WHO startete 1994 das Programm „World Aliance for Patient Safety“ um die Patientensicherheit weltweit zu verbessern. ImJahr 2005 wurde in den Vereinigten Staaten von der Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organisation das Joint Commission International Center for Patient Safety gegründet, welches sich zur Aufgabe gemacht hat, die Patientensicherheit zu erhöhen und die nationale Zusammenarbeit zu fördern. Gemeinsam mit der World Aliance of Patient Safety haben sie neun Lösungskonzepte zur Verbesserung der Patientensicherheit erarbeitet.

Im letzten Drittel des ersten Teiles wurden die Fehlermeldesysteme CISR und die Erfahrungsdrehscheibe, vorgestellt. Dies sind Fehlerberichtsysteme, welche es dem Melder ermöglichen, seine Beobachtungen, anonym und ohne Angst vor Konsequenzen, bekannt geben zu können. Zum Schluss des ersten Teiles wurde die Plattform Patientensicherheit in Österreich vorgestellt, welche im Dezember 2007 gegründet wurde.

Im zweiten Teil der Arbeit wurden die Interviews, deren Ergebnisse, die anschließende Diskussion und die Empfehlung für eine schnellere Verbreitung der neuen Fehlerkultur dargestellt.
Vor der Analyse der transkribierten Interviews wurden fünf Themenkomplexe definiert.

Im ersten Themenkomplex wurde das allgemeine Wissen über Risiko – und Fehlermanagement dargestellt. Im Großen und Ganzen konnte man

durch die Interviews feststellen, dass der Wissenstand bezüglich Risiko – und Fehlermanagement äußerst gering ist.

Der zweite Themenkomplex befasste sich mit der Bedeutung von Fehlern. Fehler sind laut Aussagen der InterviewpartnerInnen etwas Menschliches und gehören zum Leben dazu. Jeder hat Verständnis für die Fehler der anderen, doch bei sich selbst wird absolute Perfektion erwartet und ein Fehler als Versagen empfunden. Es existiert eine Unterteilung der Fehler in leichte und grobe Fehler. Leichte Fehler hinterlassen keine irreversiblen Schäden beim Patienten, grobe Fehler sind durch diese gekennzeichnet.

Der nächste Themenkomplex bearbeitete die Reaktion auf diverse Fehler. Dabei wurde beobachtet, dass bei einem geringen Fehlerausmaß die Reaktionen der Vorgesetzten auch geringfügig ausfallen. Fehler die einen Schaden für den Patienten zur Folge hatten, brachten unangenehme Prozeduren mit sich, wie Gespräche hinter verschlossenen Türen und die Taktik des Verschweigens und des Bemühens den Vorfall so diskret (geheim) wie möglich zu halten.

Der vierte Themenkomplex beschäftigt sich mit den Konsequenzen für die Pflegenden. Je nach Vorfall können die Konsequenzen zu Versetzungen, Arbeitsverbot am Krankenbett bis zur Gerichtsverhandlung oder Einzelgesprächen mit Vorgesetzten, reichen.

Der letzte Themenkomplex behandelte die Ursachenrecherche. Es ist immer noch Tradition, nach einem Vorfall danach zu suchen „ wer“ schuld daran ist und nicht der Frage nach zu gehen „warum“ ist das passiert. Es gibt im Risikomanagement einige Varianten der Ursachenrecherche, wie z.B. die Fehlerbaumanalyse oder das Warum – Warum Diagramm. Diese Analyseverfahren kommen leider noch zu wenig zum Einsatz.

Durch die Basis der Meinungen der InterviewpartnerInnen und der theoretischen Grundlagen, wurde eine Empfehlung für eine erfolgreiche Verbesserung der Fehlerkultur erarbeitet.
Durch die Interviews wurde festgestellt, dass das Bewusstsein über den Umgang mit Fehlern von Grund auf nicht bearbeitet wird. Das Negieren eines Fehlers beginnt bereits in der Ausbildung der Pflege und bei den Medizinern ist es ebenso. Fehler werden nicht besprochen und wie man sich verhalten soll, wenn einem ein Fehler unterlaufen ist, bleibt ebenfalls unbehandelt. Hier ist der erste Ansatz zu vollziehen, nämlich in der Grundausbildung der Gesundheitsleistungserbringer. Mögliche Fehler müssen thematisiert werden und die Vorgehensweise bei der Behebung eines solchen ebenso. Dadurch wird der Grundstein für Fähigkeit konstruktive Lösungsansätze im beruflichen Alltag zu erstellen, gegeben.
MitarbeiterInnen, welche den Großteil ihrer Berufsausübung mit der Null – Fehler Toleranz gearbeitet haben, müssen den Kulturwandel auch mitmachen können. Hier sind laufende Fortbildungen zum Thema Risiko– und Fehlermanagement wichtig, ständige Thematisierung von Zwischenfällen und eine Führungsebene, welche diese Fehlerkultur lebt und als Vorbild gesehen wird.

Ein weiterer Bestandteil bei der Etablierung einer neuen Fehlerkultur ist die Kommunikation. Pflege und Mediziner müssen gleichberechtigt über Fehler kommunizieren können. Dabei ist eine Umstrukturierung des hierarchischen Denkens in der Medizin und in der Krankenpflege angebracht. Hiermit ist nicht an den Abbau von Hierarchieebenen im Allgemeinen gedacht, sondern dass Führungsebenen Kritik von Mitarbeitern zu lassen und annehmen können. Jedes einzelne Teammitglied muss berechtigt sein, auf Risiken hinzuweisen und das ohne Konsequenzen befürchten zu müssen. Der Umgang mit Fehlern und beinahe Fehlern kann dadurch verbessert werden.

9 Literaturverzeichnis

Die Bibel, Einheitsübersetzung der Heiligen Schrift, Gesamtausgabe, Verlag Katholisches Bibelwerk GmbH

Böhme Hans (2006), Falsche Anordnung – Falsche Gabe In: Die Schwester – Der Pfleger, 45.Jhg., 05,S. 394-396

Buchner Anton A. (1999) In: Fehlerwelten, Verlag Leske+Budrich

Brühweiler B. (2007), Risikomanagement als Führungsaufgabe: Unter der Berücksichtigung der neuesten internationalen Standardisierung; Bern, Stuttgart, Wien: Haupt Verlag

Denk Robert, Exner-Merkelt Karin (2005), Corporate Risk Management. Unternehmensweites Risikomanagement als Führungsaufgabe. Linde Verlag Wien

Dingens Stefan (2005), Zur Etablierung einer neuen Fehlerkultur im Umgang mit Fehlern in der stationären Patientenversorgung in: Patientensicherheit. Leitfaden für den Umgang mit Risiken im Gesundheitswesen, facultas Verlag Wien

Der kleine Duden (2007) , Fremdwörterbuch, Bibliographisches Institut und F.A.Brockhaus AG, Mannheim

Fehn Karsten (2001), Der ärztliche Behandlungsfehler im Abriss. Zeitschrift für ärztliche Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen (2001) 95: 469-474

Führinger Marsha, Gausmann Peter(2004), Klinisches Risikomanagement im DRG-Kontext. Integration von Risiko-Kontrollpunkten in klinische Pfade. Kohlhammer Verlag Stuttgart

Hauke Eugen, (2005), Jahresbericht 2005, Institut für Krankenhausorganisation

Häußle Astrid (1999), Gesundheits-und Krankenpflege aus der Sicht des Mangements. In: Österreichische Krankenhaus –Zeitung, 40.Jhg., 6/99, S.45-48

Helmreich Robert (1997), Managing Human Errors in Aviation, Scientific American 276;5:62-65

Henke Friedhelm, Christian Horstmann (2008), Pflegekniffe von A-Z, Kohlhammer Verlag Wien

Henneman Elisabeth A. (2006), Testing a classification model for emergency department errors. In: Journal of Advanced Nursing, Vol. 55, No.1, S.90-99

Hochreutener Marc-Anton, Conen Dieter (2005), Was bedeuten Risiken im Gesundheitswesen. In: Patientensicherheit. Leitfaden für den Umgang mit Risiken im Gesundheitswesen, Facultas Verlag Wien

Holzer Ellke (2005), Grundsätzliches zum Umgang mit Risiken – traditionelles Risikomanagement. In:Patientensicherheit. Leitfaden für den Umgang mit Risiken im Gesundheitswesen, Facultas Verlag Wien

Institute of Medicine (2000), To Err Is Human, Building a safer health system. National Academy Press, Washington D.C.

Jacobs Peter (2007), Schluss mit der Suche nach dem Schuldigen. In: Die Schwester – Der Pfleger, 46.Jhg., 05/07, S.394-396

Kahla-Witzsch Heike A. (2005), Praxis des klinischen Risikomanagements. Ecomed Medizin, Verlagsgruppe Hüthig Jehle Rehm GmbH

Kela Nina und Pasi (2006), Miteinander statt gegeneinander. In: Pflegezeitschrift, 59.Jhg., Heft 1, S.54-57

Kohn et al (1999) In: To Err Is Human. Washington D.C. : National Academy Press

KörtnerUlrich (2004), Grundkurs Pflegeethik, Facultas Verlag Wien

Krobath Peter A. (2005), Fehler sind der schnellste Weg zur Verbesserung. In: Clinicum, 3/05, S.12-13

Lmnek Siegfried. (2005), Qualitative Sozialforschung Lehrbuch, Beltz Verlag Weinheim

Leape Lucian L. (1994) Error in Medicine. In: JAMA 272/1994 (23), S.1851-1857

Mayer Hanna (2007), Pflegeforschung anwenden, Facultas Verlag Wien

Mayring Philipp (2002), Einführung in die qualitative Sozialforschung, Beltz Verlag Weinheim

Mayring Philipp (2008), Qalitative Inhaltsanalyse, Beltz Verlag Weinheim

Meurier C.E. (2000), Understanding the nature of errors in nursing: using

a model to analyse critical incident reports of errors which had resulted in an adverse of potentially adverse event. In: Journal of Advanced Nursing, Vol.32, No.1, S.202-207

Mistele Peter (2007), Faktoren des verlässlichen Handelns. Leistungspotenziale von Organisationen in Hochrisikoumwelten. Wiesbaden: Deutscher Universitätsverlag

Moltenkin Thomas (1999), Was sind grobe Pflegefehler? In: Pflegezeitschrift, 52.Jhg. Heft 11, S.797-799

Needleman, J. et al (2002): Nurse-stuffing levels and quality of care in hospitals. In: New England Journal of Medicine, 346 S.1715-1722

Oser Fritz, Hascher Tina, Spychiger Maria (1999), Lernen aus Fehlern, S.11. In: Fehlerwelten, Vom Fehlermachen und Lernen aus Fehlern, Wolfgang Althof (Hrsg.) Leske+Buderich

Oser Fritz (2005), Lernen ist schmerzhaft, Beltz Verlag Wernheim

Österreichische Gesellschaft für Qualitätssicherung & Qualitätsmanagement in der Medizin GmbH (2005), Skriptum zur Ausbildung zum Riskmanager

Paula Helmut (2007), Patientensicherheit und Risikomanagement im Pflege –und Krankenhausalltag, Springer Medizin Verlag, Heidelberg

Reason James, (1990), Human Error, Cambridge University Press

Reason James (2000), Human Error: Models and Management, British Medical Journal 2000;320;768-770

Rohe Julia, Beyer Martin, Ferdinand M. Gerlach (2005) Aspekte zu Risiken aus der Sicht der Health Professionals. In: Patientensicherheit. Leitfaden für den Umgang mit Risiken im Gesundheitswesen, Facultas Verlag Wien

Rollett Birgit (1999) In: Fehlerwelten, Verlag Leske+Budrich

Sexton et al.(2000), Error, stress and teamwork in medicine and aviation:cross sectional surveys. In: British Medical Journal, 320 S. 745-749

Scheidegger Daniel (2005), Aufbau einer Risikokultur im Gesundheitswesen. In: Patientensicherheit. Leitfaden für den Umgang mit Risiken im Gesundheitswesen Facultas Verlag, Wien

Schrappe Matthias, Patientensicherheit und Riskmanagement. In:

Lauterbach,K.W./Schrappe,M.:Gesundheitsökonomie, Qualitätsmanagement und Evidence-based Medicine. 2. Aufl. Stuttgart : Schattauer 2004, S.334-346

Schüttelkopf Elke (2008), Erfolgsstrategie Fehlerkultur In: Fehler-Lernen-Unternehmen, Peter Lang Verlag, Wien

St. Pierre Michael , Hopfinger Gesine (2005) ; Notfallmanagement. Human Factors in der Akutmedizin ; Heidelberg : Springer Verlag

Suzuki Kenshu (2005), Daytime sleepness, sleep habits and occupational accidents among hospital nurses. In: Journal of Advanced Nursing Vol.56., No.4, S.445-45

Thomaczek Christian, (2001) Fehlerquelle Mensch. In: www.aerztekammerberlin.de (vom 31.03.2000)

Thomas Eric J./Peterson Laura A.(2003), Measuring Errors and Adverse Events in health Care. Journal of General International Medicin; 18: 61-67

Von Eiff Wilfried (2002), 99,9% Sicherheit reicht nicht aus. In: Klinik-Markt, Juni 2002, S.50-51

Von Eiff Wilfried(2003), Teure Nachbesserungen, das „verborgene“ Krankenhaus, unterschätze Risiken gefährden Patienten. In: Krankenhausumschau 72 Jg. 2003, Heft 6 S.478-481

Von Eiff Wilfried/Middedorf Conrad (2004), Klinisches Risikomanagement–kein Bedarf für deutsche Krankenhäuser? In: Das Krankenhaus 7/2004, S. 537-542

Weingardt et al. (2000), Epidemiologie of Medical Error, British Medical Journal, 320; S.774-777)

Weingardt Martin (2004), Fehler zeichnen uns aus. Transdisziplinäre Grundlagen zur Theorie und Produktivität des Fehlers in Schule und Arbeitswelt. Bad Heilbrunn, Klinkhardt Verlag

Weiß-Fassbinder Susanne/Lust Alexandra(2000), Gesundheits – und Krankenpflegegesetz. Manz Verlag Wien

www.exit18.com/risk_management_definition.htm (Stand 2005, link existiert nicht mehr)
www.forum-patientensicherheit.de/glossar_faqs/index_html#f (18.07.2008)
Thomaczek C. et al. (2004) Das Glossar Patientensicherheit. Ein Beitrag zur Definitionsbestimmung und zum Verständnis der Thematik Patientensicherheit und Fehler in der Medizin. Gesundheitswesen (2004); 66(12) S.833-840
www.jcipatientsafety.org (28.07.2008)
www.qualitas.at (Stand vom 07.02.2007)
www.who.int/patientsafety (04.02. 2009)
www.wienkav.at/riskmanagement (18.10.2008)

10 ANHANG

Interviewleitfaden

1. Wie lange sind Sie schon diplomiert?
2. Was haben Sie während ihrer Ausbildung über **Fehlermanagement** gehört?
3. Was haben Sie während Ihrer beruflichen Tätigkeit über Fehlermanagement gehört? **Wenn ja:** * Was konkret wird es an Ihrer Station besprochen, wird damit gearbeitet? (Erfahrungsschatzkiste – im Intranet des KAV für jeden MA zugänglich) **Wenn nein**: * Was stellen Sie sich darunter vor? Gibt es an Ihrer Station Vorkehrungen zur Fehlervermeidung oder Vorsichtsmaßnahmen dazu?
4. Was bedeutet für Sie einen „Fehler machen“(in der Arbeit)?
5. Was ist für Sie ein grober und was ein geringer Fehler?
6. Ist Ihnen schon ein Fehler passiert (wenn ja wann ca.)?
7. Wie wurde auf einen geringen Fehler reagiert (geschwiegen, nur hinter verschlossenen Türen darüber gesprochen, vor allen angeprangert, denunziert…)?
8. Wie auf einen groben (geschwiegen, nur hinter verschlossenen Türen darüber gesprochen, vor allen denunziert,…)?
9. Welche Konsequenzen hatten Sie zu tragen?
10. Wie wurde versucht, die Fehlerursache zu finden?
11. Bei einem groben Fehler: Hat man Sie unterstützt, Ihnen geholfen, Hilfe angeboten oder sich selbst überlassen?
12. Wie sind die Gespräche abgelaufen?
13. Wurde versucht einen „Nutzen“ aus dem Fehler zu ziehen (egal welcher Fehler)?
14. Hat sich durch den Fehler bei der Arbeit etwas verändert/verbessert?
15. Was wünschen Sie sich für die Zukunft beim Thema Fehlervermeidung?
16. Danke für das Gespräch!

KURZDARSTELLUNG (ABSTRACT)

Ziel dieser Arbeit ist es, das Verhalten in der Gesundheits– und Krankenpflege zu beschreiben, nachdem ein Fehler passiert ist.

Die Auslegungen der Begriffe, Fehler und Risiko, sind vielfältig und es gibt keine einheitliche Definition.
In den letzten Jahren hat man sich in der Gesundheits– und Krankenpflege viel mit dem Thema Fehlermanagement beschäftigt, um eine angst– und sanktionsfreie Fehlermeldung zu erreichen. Projekte wurden durchgeführt welche Verbesserungen in der Kommunikation, Fehlermeldung und Fehlererkennung zum Ziel hatten.

Die theoretische Auseinandersetzung dieser Arbeit besteht in den Begriffsdefinitionen von Fehler und Risiko und der Erklärung von Fehler- und Risikomanagement. Es werden auch Fehlermeldesysteme vorgestellt.
Als Methode wurde das qualitative Interview ausgewählt und mittels zusammenfassender Inhaltsanalyse nach Mayring (2008) ausgearbeitet.

Fehler in der Gesundheits – und Krankenpflege können schwerwiegende Folgen haben und es muss ein Klima geschaffen werden, in dem die Betroffenen zu ihren Fehlern stehen können, ohne Angst vor Konsequenzen haben zu müssen.

Es ist bereits eine Tendenz zu einer besseren Fehlerkultur in der Gesundheits – und Krankenpflege vorhanden, aber es sind noch Schritte zu tun um eine idealere Situation zu erreichen.

ABSTRACT

The object of this paper is to describe how we should deal with a situation in the area of medical and health care after a mistake has occurred.

There is no uniform definition for the concept of mistake and risk because there are so many possibilities in this whole area.
In recent years a lot of effort has been put into the area of medical and health care with a focus on the theme of dealing with fault management. The idea here is to develop a climate where there is no fear of sanction for reporting where error in patient-care has taken place. Projects have been conducted with the emphasis on improvements in communication with regard to the identification of health care patient mismanagement.

The theoretical side of this work lies in defining fault and risk and explaining fault and risk management in this area. Furthermore error reporting mechanisms have been presented. The method chosen is an in depth interview whereby its content is analysed thoroughly with reference to Mayring (2008).
Mistakes in medical and health care can have far reaching consequences; therefore a climate has to be established where the person in question takes responsibility for his or her mistake without having fear of a possible consequence.

There has already been the tendency towards a better “fault culture” concerning medical and health care but still there is a lot to do reach a satisfactory situation.

Curriculum Vitae

Manuela Gruber-Aigner

Geboren: 11.02.1966 in Wien

Beruflicher Werdegang:

Seit 2000	Donauspital Wien/Abt. für Kinder – u. Jugendchirurgie
1998 – 2000	Karenz
1997 – 1998	Donauspital Wien/Abt. für Kinder – und Jugendchirurgie
1995 – 1997	Donauspital Wien/ Kinderintensivstation
1994 – 1995	Karenz
1992 – 1994	Donauspital Wien/Kinderintensivstation
1989 – 1992	Mautner Markhof`sches Kinderspital Kinderintensivstation
1992	St. Anna Kinderspital

Ausbildung:

2005	Weiterbildung für basales und mittleres Pflegemanagement
Seit 2000	Studium der Pflegewissenschaft
1992 – 1993	Weiterausbildung Intensivpflege
1985 – 1989	Kinderkrankenpflegeschule am Gottfried v. Preyer'schen Kinderspital mit Diplomabschluss
1984 – 1985	Studium der Handelswissenschaften
1976 – 1984	AHS Wien
1972 – 1976	Volksschule Wien

Wien, am 20.November 2009