

BACHELORARBEIT

Fehlermanagement in der stationären Akutpflege

vorgelegt am 2. Juni 2023
Clara Irina Falk

1. Prüferin: Dr. Stefanie Schniering
2. Prüferin: Katrin Behrens

**HOCHSCHULE FÜR ANGEWANDTE
WISSENSCHAFTEN HAMBURG**
Departement Pflege und Management
Alexanderstraße 1
20099 Hamburg

Abstract

Hintergrund: Die komplexe Arbeitsorganisation innerhalb der stationären Krankenhausversorgung erfordert Planungs- und Kommunikationsprozesse, um eine sichere und sachgerechte Versorgung über verschiedene Schnittstellen und Organisationsbereiche hinweg zu gewährleisten. Es können Fehler in Bereichen wie Hygiene, Medikation und der allgemeinen Organisation auftreten. Eine passende Sicherheitskultur, die das Fehlermanagement einschließt, kann dazu beitragen, unerwünschte Ereignisse (UE) zu reduzieren. Pflegende spielen eine entscheidende Rolle bei der Identifikation, Meldung und Vermeidung von Fehlern, doch Fehler werden im Gesundheitswesen immer noch oft tabuisiert.

Fragestellung: Inwieweit beeinflusst das Fehlermanagement die Qualität der stationären Akutpflege?

Methoden: Systematische Literaturrecherche in PubMed, Katalogplus (Bibliothekssystem der Universität Hamburg) und Cinahl, sowie Google Scholar zuzüglich einer Handsuche im Zeitraum vom 10. bis 26.04.2023.

Ergebnisse: Fehlermeldesysteme, wie das Global Trigger Tool (GTT), Critical Incident Reporting System (CIRS) und das National Reporting and Learning System (NRLS) sind wichtige Bestandteile des Fehlermanagements. Studien zeigten, dass sie bei der richtigen Anwendung in der Lage sind die Fehlerquote zu minimieren, die Patient:innensicherheit zu erhöhen und somit die Versorgungsqualität zu steigern. Um jedoch die Fehlermeldesysteme im Krankenhaus etablieren und infolgedessen aus Fehlern lernen zu können, um sie zukünftig zu vermeiden, ist eine transparente Fehlerkommunikation und ein offenes, vertrauenswürdiges Umfeld vonnöten.

Schlussfolgerungen: Eine gut etablierte Sicherheitskultur, die das Fehlermanagement einschließt zuzüglich einer transparenten Fehlerkultur innerhalb von Krankenhäusern ist notwendig, um eine gute Versorgungsqualität gewährleisten zu können.

Schlüsselwörter: Fehlermanagement, Pflegefehler, unerwünschte Ereignisse, stationäre Pflege, Fehlerkultur

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung.....	1
2. Theoretischer Hintergrund.....	2
2.1 Begriffserklärungen	2
2.1.1 Fehler.....	2
2.1.2 Fehlermanagement.....	5
2.1.3 Risikomanagement	6
2.1.4 Qualitätsmanagement.....	7
2.1.5 Qualität	8
2.2 Fehlermeldesysteme.....	9
2.3 Relevanz für die Pflege	10
2.3.1 Fehlerkultur im Gesundheitswesen.....	11
3. Methodik.....	13
4. Ergebnisse	15
4.1 Fehlermeldungen	15
4.2 Unerwünschte Ereignisse: Ursachen und Folgen	17
4.3 Fehlermeldesysteme & deren Nutzen in der stationären Versorgung.....	21
4.3.1 Global Trigger Tool.....	21
4.3.2 Critical Incident Reporting System und National Reporting and Learning System.....	23
4.3.3 Faktoren, die die Fehlermeldebereitschaft beeinflussen.....	25
4.3.4 Maßnahmen zur Verbesserung der Pflegequalität und Patient:innensicherheit.....	26
5. Diskussion	28
5.1 Hauptergebnisse.....	29
5.2 Stärken und Limitationen	32
6. Fazit	34

Literaturverzeichnis	IV
Anhangsverzeichnis	XII
Eidesstaatliche Erklärung	XIII

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Anteil der behandelten Patient:innen mit vermeidbaren und nicht vermeidbaren UE, die 18-64 Jahre und über 64 Jahre alt waren zwischen 2013 und 2016. (Nilsson et al., 2018, S. 5) 22

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Ein- und Ausschlusskriterien..... 14

Tabelle 2: Angaben zu Hindernissen, Fehler zu melden. Deskriptive Ergebnisse und Vergleich Krankenhaus-Pflegeheim. (Cramer et al., 2014, S. 488) 16

Abkürzungsverzeichnis

CIRS	Critical Incident Reporting System
END	Electronic Nursing Documentation
EMT	Error Management Theory
GTT	Global Trigger Tool
NRLS	National Reporting and Learning System
QM	Qualitätsmanagement
UE	Unerwünschtes Ereignis

1. Einleitung

Gegenstand der Bachelorarbeit ist das Fehlermanagement im stationären Krankenhaussetting, dem das QM übergeordnet ist (Kirchner & Dreinhöfer, 2016). Behandlungsfehler treten in Krankenhäusern immer wieder auf und haben hohe Mortalitätsraten und Kosten zur Folge (Kirchner & Dreinhöfer, 2016; Latzke et al., 2014). Durch ein systematisches Fehlermanagement können Behandlungsfehler jedoch bearbeitet und vermieden werden, so dass schädliche Folgen abgewendet werden können (Kirchner & Dreinhöfer, 2016). Eine offene Auseinandersetzung mit stattgefundenen Fehlern liefert wichtige Informationen für ihre zukünftige Handhabung und Prävention (ebd.).

Im Jahr 2021 wurden in Deutschland vom Medizinischen Dienst der Krankenkassen rund 13.000 fachärztliche Gutachten zu vermuteten Behandlungsfehlern erstellt (Gronemeyer, 2021). In 3.250 Fällen wurde tatsächlich ein Fehler mit anschließendem Schaden bestätigt (ebd.). Darunter war in 2600 Fällen auch der Fehler selbst die Ursache für den erlittenen Schaden (ebd.). Die Dunkelziffer aller Behandlungsfehler liegt jedoch deutlich über der genannten Zahl (ebd.). Zwei Drittel der erhobenen Behandlungsvorwürfe bezogen sich auf die Leistungen der stationären Versorgung, hauptsächlich in Krankenhäusern (Gronemeyer, 2021). Angesichts der hohen Zahl ergibt sich aus Sicht der Autorin ein Handlungsbedarf, um die Patient:innensicherheit konsequenter gewährleisten zu können.

Probleme bei der Patient:innensicherheit verursachen Leiden, Kosten und sogar Todesfälle, was auf Probleme und Lücken in der Versorgungsqualität hinweist. Für Führungskräfte im Gesundheitswesen ist es eine große Herausforderung, die Sicherheitskultur zu verbessern. Es gibt immer mehr Belege für den Zusammenhang zwischen der Pflege und einer hohen Qualität der Patient:innenversorgung, einschließlich ihrer Sicherheit. (Turunen et al., 2013)

Für den pflegerischen Alltag ist das Fehlermanagement von großer Relevanz. Im stationären Krankenhaussetting arbeiten verschiedenste pflegerische Fachkräfte aus unterschiedlichen Fachbereichen zusammen, um Patient:innen zu behandeln und zu versorgen. Diese komplexe Arbeitsorganisation erfordert Planung und Kommunikation, um eine sichere Versorgung zu gewährleisten. UE in der Pflege können vermieden werden, indem eine angemessene Sicherheitskultur entwickelt

wird, die das Fehlermanagement einschließt. (Athié-Gutiérrez & Dubón-Peniche, 2020) In den Kapiteln „Relevanz für die Pflege“ und „Fehlerkultur im Gesundheitswesen“ wird dies anhand weiterführender Thematiken ausführlicher beschrieben.

In der Bachelorarbeit werden folgende Schwerpunkte bearbeitet: Verschiedene Aspekte des Fehlermanagements, was genau es beinhaltet und welchen Nutzen es für die pflegerische Praxis hat. Dabei sollen zusätzlich typische Behandlungsfehler auf Seiten der Pflegenden aufgezeigt und beschrieben werden.

Die dargestellten Gesichtspunkte führen zur Forschungsfrage der Bachelorarbeit, die folgendermaßen lautet: **Inwieweit beeinflusst das Fehlermanagement die Qualität der stationären Akutpflege?**

2. Theoretischer Hintergrund

In den folgenden Kapiteln werden zentrale Begriffe erklärt und für die Thematik relevante, theoretische Grundlagen aufgegriffen.

2.1 Begriffserklärungen

2.1.1 Fehler

Um eine Grundlage für alle folgenden Kapitel zu schaffen, wird zunächst der Begriff „Fehler“ erklärt. Es gibt mehrere Definitionen dafür in der Literatur. Eine Definition für Fehler lautet folgendermaßen: Ein Fehler umfasst eine Handlung oder ein Unterlassen, bei dem es zu einer Abweichung vom geplanten Vorgehen kommt, entweder aufgrund eines falschen Plans, eines fehlenden Plans oder einer fehlerhaften Umsetzung des Plans. Für die Definition eines Fehlers ist es unerheblich, ob daraus ein Schaden resultiert oder nicht. Ein Beispiel für einen Fehler im Gesundheitswesen kann folgendermaßen lauten: Beim Verschreiben des Penicillins wird nicht auf Warnhinweise in der Patient:innenakte geachtet. (Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin, 2021) Bei dem Beispiel muss beachtet werden, dass es sich hierbei um eine ärztliche Aufgabe handelt.

Des Weiteren spielen weitere, verwandte Begriffe eine Rolle: Ein UE wird als schädliches Vorkommnis definiert, das durch die medizinische Versorgung entstanden ist oder dazu beigetragen hat und welches eine zusätzliche Überwachung, Behandlung oder Hospitalisierung erforderte oder zum Tod führte. Es kann vermeidbar oder unvermeidbar sein. Zur Veranschaulichung wird das eben genannte Beispiel erneut aufgegriffen und entsprechend abgewandelt: Ein:e Patient:in entwickelt eine allergische Hautreaktion, nachdem er:sie Penicillin erhalten hat. (Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin, 2021; Nilsson et al., 2018)

Ein kritisches Ereignis ist hingegen ein Ereignis, das zu einem UE führen könnte oder die Wahrscheinlichkeit des Eintretens deutlich erhöht. Zum Schluss wird der Beinahe-Schaden erläutert: Dies ist ein Fehler ohne Schaden, der zu einem Schaden hätte führen können. (Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin, 2021)

Fehler können verschiedene Ursachen haben. Im Institute of Medicine Report „To Err Is Human“ (2000) werden Fehler in zwei Ursachen unterteilt: Zum einen lassen sich Planungsfehler aufgrund einer suboptimalen Planung oder eines unangemessenen Vorgehens identifizieren, während zum anderen Durchführungsfehler infolge einer fehlerhaften oder mangelhaften Ausführung einer geplanten Handlung auftreten können. Beide Stränge, zusammen mit einem UE können zu einem Schaden führen (Ahrens, 2020). Sollte kein UE eintreten, wird dies als Beinahe-Schaden oder Beinahe-Fehler bezeichnet (ebd.). Es ist ebenso möglich, dass UE ohne zugrundeliegenden Fehler auftreten (ebd.).

Darüber hinaus wurden weitere mögliche Gründe für Fehler im klinischen Bereich genannt: Mangel an Systemen und Prozessen zur Fehlererkennung und -vermeidung, Versagen der technischen Geräte oder anderes Systemversagen (Institute of Medicine, 2000).

Nun wird ein wichtiges Beispiel für Systemversagen näher erläutert: Greß und Stegmüller (2014) haben in ihrem Gutachten zum Thema Personalbemessung im Zusammenhang mit der Versorgungsqualität herausgestellt, dass es umfangreiche Belege für einen engen Zusammenhang zwischen einer angemessenen Personalausstattung in der stationären Krankenhauspflege und einer qualitativ

hochwertigen Versorgung gibt. Untersuchungen würden zeigen, dass in Kliniken mit einer besseren Ausstattung an qualifizierten Pflegekräften die Sterblichkeitsrate von Patientinnen und Patienten niedriger ist im Vergleich zu Kliniken mit einer geringeren pflegerischen Personalausstattung (Greß & Stegmüller, 2014). Es gebe auch klare Hinweise darauf, dass eine niedrige Personalausstattung Fehler bei der Medikamentengabe begünstigen und das Risiko von Krankenhausinfektionen erhöht.

Des Weiteren gibt es Fehler, denen menschliche Fehlleistungen zugrunde liegen: Eine unzureichende Überwachung und Aufsicht einer Behandlung, fehlende oder schlechte Kommunikation, mangelhafte Aufmerksamkeit und Sorgfalt, Fehleinschätzungen, besonders in kritischen Situationen, ungenügende Ausnutzung vorhandener Ressourcen, unzureichend geplantes Verhalten, mangelnde Erfahrung oder Weitblick und eine Beeinträchtigung der Leistungsfähigkeit. (Institute of Medicine, 2000; Martin Kraßnig, 2010, zitiert nach Siller, 2019) In der Regel treten Fehler im Anschluss an direkte Handlungen auf und können letztendlich zu Konsequenzen für Patient:innen führen.

Fehler können bestimmten Kategorien zugeordnet werden: „Nach der Art: Denk-, Ausführungs- oder Formelfehler; nach dem:r Verursacher:in: Ärztliches Personal, Pflegende, Verwaltungskräfte, Patient:innen, Besucher:innen; nach der Verantwortung: Von einer bestimmten Person zu verantwortende beziehungsweise nicht zu verantwortende Fehler; nach der Schwere: A-, B- und C-Fehler und nach dem Grad der Fahrlässigkeit: Fahrlässigkeit ist die Außerachtlassung der gehörigen Sorgfalt.“ (Siller, 2019, S.676)

Zudem lässt sich zwischen Individual- und Systemfehlern unterscheiden (Siller, 2019). Von einem Systemfehler ist die Rede, wenn ein nicht beabsichtigtes UE aufgrund von ausgeführten oder unterlassenen Maßnahmen, die auf einem Organisationsversagen beruhen, stattfindet (ebd.). Ein Beispiel für einen Systemfehler im klinischen Setting sind technische Fehler, Fehler bei der Pharmaka-Dosierung, vermeidbare Therapie-Verzögerungen oder eine falsche, nicht indizierte Behandlung (ebd.). Dem gegenüber steht der individuelle Fehler, der besteht, wenn eine Person einen Fehler direkt begangen hat. (Rall et al. 2001, S. 324, zit. nach Siller, 2019)

2.1.2 Fehlermanagement

Das Fehlermanagement ist ein wesentlicher Bestandteil und Instrument des Qualitäts- und Risikomanagements und umfasst den systematischen, bewussten und vorurteilsfreien Umgang mit Fehlern, kritischen und unerwünschten Ereignissen und Schäden (Kassenärztliche Bundesvereinigung, 2022a). Es beinhaltet sowohl das Erkennen als auch das Nutzen von Fehlern und UE, um Verbesserungsprozesse einzuleiten und um sie im nächsten Schritt bewältigen und kontrollieren zu können, damit sie zukünftig möglichst präveniert werden (Gemeinsamer Bundesausschuss, 2020; Kassenärztliche Bundesvereinigung, 2022a).

Fehler und UE im Rahmen der stationären Patient:innenversorgung sind alle Schädigungen, die nicht auf die zugrundeliegende Erkrankung zurückgeführt werden können (Hoffmann & Rohe, 2010). Um jedoch ein effektives Fehlermanagementsystem im klinischen Bereich zu etablieren, sind detaillierte Kenntnisse über die Wahrnehmung und Kontrolle von Fehlern, auch unter den Pflegekräften, von entscheidender Bedeutung (Kocks et al., 2014).

Für ein erfolgreiches Fehlermanagement ist es von entscheidender Bedeutung, dass Betroffene den Fehler zugeben und dass die Organisationsführung im weiteren Verlauf einen konstruktiven Umgang damit pflegt. Im Gesundheitswesen bedeutet dies, dass das Fehlermanagement gezielte und systematische Aktivitäten umfasst, die darauf abzielen, das Bewusstsein dafür zu schaffen, dass Fehler passieren können. Das Ziel des Fehlermanagements besteht darin, durch klar definierte Maßnahmen, die nach Möglichkeit operationalisiert und in die bestehende Organisationsstruktur integriert sind, die Fehlerrate zu minimieren und die Patient:innensicherheit zu maximieren. Ein effektives Fehlermanagement basiert auf verschiedenen Elementen, wie der Fehlerprävention, der Fehleridentifikation, der Fehleranalyse, der Fehlerkommunikation sowie der Evaluation der Fehlerprävention. (Siller, 2019)

Um die eben genannten Elemente umsetzen zu können, benötigt das klinische Fehlermanagement unter anderem folgende Instrumente: Fehlermeldesysteme, Morbiditäts- und Mortalitäts-Konferenzen, Fallanalysen oder Risiko-Audits (Hensen, 2022). Der Schwerpunkt dieser Arbeit liegt jedoch vor allem auf den

Fehlermeldesystemen und deren Nutzen, da eine ausführlichere Behandlung zusätzlicher Themenbereiche den festgelegten Rahmen der Arbeit überschreiten würde.

Ein Fehlermeldesystem sollte für alle Fach- und Berufsgruppen übergreifend ohne besonderen Aufwand zugänglich sein und mühelos zu bedienen sein. Des Weiteren sollten die Meldungen freiwillig und anonym durch die Mitarbeitenden erfolgen können. Außerdem sollten die Meldungen sanktionsfrei behandelt werden. Im Anschluss an eine Meldung empfiehlt es sich, den Fehler systematisch aufzuarbeiten, so dass Handlungsempfehlungen zur Prävention abgeleitet und in der Zukunft umgesetzt werden können. Die Wirksamkeit der Interventionen wird im weiteren Verlauf bestenfalls evaluiert und bei Bedarf angepasst. (Gemeinsamer Bundesausschuss, 2020)

Das systematische Fehlermanagement ist eine wichtige Voraussetzung für jedes Qualitätsmanagementsystem (Ertl-Wagner et al., 2013). Im Rahmen des Fehlermanagements gilt das Prinzip, dass jeder Fehler zählt und jedes gemeldete Ereignis als Chance betrachtet werden sollte, um daraus zu lernen und Verbesserungen vorzunehmen (ebd.). Um eine hohe Qualität in einer Organisation zu gewährleisten, ist ein strukturierter Umgang mit Fehlern und Beschwerden unerlässlich (ebd.). Das Risiko- und Fehlermanagement ist zusammenfassend von großer Relevanz, da die Patient:innensicherheit ein vorrangiges Anliegen ärztlichen und pflegerischen Handelns ist. (Kassenärztliche Bundesvereinigung, 2022a)

2.1.3 Risikomanagement

Das klinische, strukturierte Risikomanagement ist ein Verfahren, das mithilfe der Risikoerkennung, -bewertung und -bewältigung die Behandlungs- und Patient:innensicherheit in Gesundheitseinrichtungen erhöhen soll. Damit dient es zusätzlich der Reduktion potenzieller Behandlungsfehler, der Kostensenkung und der Imagepflege der Einrichtung. (Bucher, 2017)

Um die wesentlichen Aufgaben und Ziele des Risikomanagements zu strukturieren, gibt es einen Risikomanagementprozess (Bucher, 2017). Dieser umfasst im Allgemeinen vier Schritte: Zum einen die Risikoidentifizierung: Das Feststellen bereits erfolgter und künftig möglicher Ereignisse (ebd.). Der zweite Schritt ist die

Risikobewertung: Die Einschätzung der Wahrscheinlichkeit des Auftretens eines kritischen Ereignisses und des damit verbundenen potenziellen Schadens (ebd.). Als nächstes die Risikobewältigung: Gegenmaßnahmen auf fachlicher Ebene werden identifiziert, um das Risiko zu reduzieren oder zu vermeiden (ebd.). Dies kann die Einführung von Richtlinien und Verfahren wie die Verwendung von Checklisten, umfassen (Bucher, 2017). Der vierte Schritt ist die Risikokontrolle: Dies bedeutet die langfristige Überwachung zur Kontrolle und Steuerung, unter anderem mithilfe eines Fehlermeldesystems, zum Beispiel dem CIRS (ebd.). Dieses wird im weiteren Verlauf definiert und erklärt. Da das Fehlermanagement und das Risikomanagement ähnliche Ziele verfolgen, wird das Fehlermanagement oft in das Risikomanagement eingebunden (Ahrens, 2020).

2.1.4 Qualitätsmanagement

Die QM-Richtlinie des gemeinsamen Bundesausschusses ist zum 16. Dezember 2016 in Kraft getreten. Die Richtlinie legt Anforderungen an ein internes QM fest und nennt das Risikomanagement als einen wesentlichen Bestandteil. Aufgrund der gesteigerten Verbindlichkeit der Richtlinien gewinnt nicht nur das QM, sondern auch das Risikomanagement in Krankenhäusern zusätzlich an Bedeutung. (Gemeinsamer Bundesausschuss, 2020) Das QM hat unter anderem das Ziel die Behandlungsabläufe zu optimieren, während das Risikomanagement versucht, die Risiken innerhalb des Behandlungsprozesses zu identifizieren und zu bewältigen. (Ahrens, 2020)

Das Krankenhausstrukturgesetz ist am 1. Januar 2016 noch vor der QM- Richtlinie in Kraft getreten. In diesem Gesetz werden Maßnahmen formuliert, die die Qualität der Krankenhausversorgung stärken sollen. Bei der Krankenhausplanung wird die Qualität als entscheidendes Kriterium eingeführt (Bundesministerium für Gesundheit, 2017)

Das QM ist ein Instrument der Unternehmensführung und zielt hauptsächlich auf eine größtmögliche Patient:innensicherheit, Prozessoptimierung und der allgemeinen Verbesserung von Gesundheitseinrichtungen ab. Das QM beschreibt einen systematischen Weg, um sicherzustellen, dass Maßnahmen exakt und gemäß der vorherigen Planung ausgeführt werden. Das Hauptaugenmerk liegt

darauf, Probleme von Anfang an zu vermeiden, indem notwendige Voraussetzungen geschaffen werden. Um dieses Vorhaben verfolgen und umsetzen zu können, benötigt es eine klare Struktur, die durch den PDCA-Zyklus vorgegeben wird. Die einzelnen Buchstaben stehen dabei für „plan“, „do“, „check“ und „act“. Dieser Zyklus versteht sich als kontinuierlicher Verbesserungsprozess. (Kassenärztliche Bundesvereinigung, 2022b; Petzina & Wehkamp, 2022)

Neben dem PDCA-Zyklus beinhaltet das QM weitere Prinzipien und Methoden, um eine Qualitätsverbesserung im Krankenhaus gewährleisten zu können. Es gibt verschiedene Instrumente, die für das QM unverzichtbar sind. Die wichtigsten sind dabei Checklisten für sicherheitsrelevante Prozesse, Teambesprechungen, Fortbildungs- und Schulungsmaßnahmen, das Beschwerdemanagement, Risiko- und Fehlermanagement, Fehlermeldesysteme, Patient:innen- und Mitarbeiter:innenbefragungen, sowie die Patient:inneninformation und -aufklärung. (Petzina & Wehkamp, 2022)

2.1.5 Qualität

Der Qualitätsbegriff wird in der Literatur unterschiedlich definiert. Im Allgemeinen umschließt der Qualitätsbegriff die Eigenschaften von Handlungen, Objekten, Produkten oder Dienstleistungen (Petzina & Wehkamp, 2022). Die Erfüllung von Qualitätsanforderungen lässt sich als Maßstab für die Qualität eines Produkts oder einer Dienstleistung betrachten (Ahrens, 2020). Die Qualitätsanforderungen dienen dabei als Soll-Vorgaben, während die Ist-Leistung den tatsächlichen Grad der Erfüllung angibt (ebd.). Die Erwartungshaltungen verschiedener Interessengruppen sowie gesetzliche Vorgaben dienen als Grundlage zur Definition der Qualitätsanforderungen (ebd.). Um die gegebene Qualität objektiv betrachten zu können, gibt es Qualitätsmerkmale (Petzina & Wehkamp, 2022). Diese beschreiben spezifische Eigenschaften, die zum Beispiel Produkte oder Dienstleistungen erfüllen sollten (ebd.). Idealerweise lassen sich die Merkmale möglichst präzise definieren, so dass sich die Einhaltung der Vorgaben entsprechend prüfen lässt (ebd.). Eine patient:innenbezogene Qualität zeichnet sich beispielsweise dadurch aus, dass sie sich an den speziellen, individuellen Bedürfnissen, Wünschen und Erwartungen der Patient:innen orientiert (Ahrens, 2020).

2.2 Fehlermeldesysteme

Im Jahr 2013 wurden Fehlermeldesysteme im Rahmen vom Risiko- und Fehlermanagement innerhalb von Krankenhäusern verpflichtend. Grund dafür ist das Patient:innenrechtegesetz, das am 26.02.2013 in Kraft trat. Dieses gibt den Patient:innen das Recht auf eine angemessene Behandlung, umfassende Informationen über ihre Erkrankung, Therapie oder Behandlung, auf die Wahl der ärztlichen Betreuung sowie auf die Einwilligung in medizinische Maßnahmen. (Bundesgesetzblatt, 2013)

Das Gesetz schreibt auch vor, dass die ärztliche Aufklärung über die Risiken und Nebenwirkungen einer Behandlung verständlich sein muss und dass Patient:innen das Recht haben, ihre Krankenakte einzusehen und Kopien zu erhalten. Des Weiteren regelt das Gesetz den Umgang mit Beschwerden und den Schutz vor Diskriminierung im Gesundheitswesen. Es gibt Patient:innen das Recht, sich bei Beschwerden an eine unabhängige Patient:innenberatung zu wenden. Zusätzlich stärkt das Gesetz auch die Verfahrensrechte bei Behandlungsfehlern. (Bundesgesetzblatt, 2013)

Ein Beispiel für ein Fehlermeldesystem ist das bereits erwähnte CIRS. Das Ziel dieser CIRS- Plattform ist es, aus Fehlern oder Beinahefehlern anderer zu lernen, um in Zukunft die Sicherheit von Patient:innen zu verbessern und Schäden zu vermeiden (Niemeijer, 2020)

Das CIRS ist ein Instrument, das zur Risikoverminderung durch Risikofrüherkennung beitragen kann. Durch die Verwendung eines CIRS können Informationen bezüglich potenzieller Risiken bereits in der Frühphase der Fehlerentstehung generiert werden, was wiederum die Aussichten auf eine Risikoprävention signifikant erhöht (Woloshynowych et al. 2005, zitiert nach Hensen, 2019). Eine zentrale Zielsetzung besteht zusätzlich darin, dass das CIRS durch sämtliche Führungsebenen des Unternehmens unterstützt wird und die Mitarbeitenden ausgiebig über die Zielsetzungen und Vorgehensweisen des CIRS aufgeklärt und motiviert werden sollten, um die Nutzung dessen zu erhöhen (Hensen, 2019).

Eine nachhaltige Verbesserung der Patient:innensicherheit kann nur erreicht werden, wenn die aus dem CIRS gewonnenen Erkenntnisse in Maßnahmen zur Fehlerprotektion umgesetzt werden und zu einer Anpassung der Arbeitsabläufe führen. Daher ist es nicht nur wichtig, dass CIRS eine Berichtsfunktion besitzt, sondern auch als Lernsystem genutzt wird. Die Berichterstattung sollte hierbei grundsätzlich freiwillig geschehen können. Die Anonymität bei der Fehlermeldung kann zu einer höheren Transparenz in der Sicherheit der Patient:innen und Mitarbeitenden führen. Ein Fehlermeldesystem ist dann besonders erfolgreich, wenn es als Bestandteil eines effizienten Risikomanagements gesehen wird. (Riedel & Schmieder, 2014)

Neben dem CIRS-Fehlermeldesystem gibt es zusätzlich das GTT. Dies ist ein weiteres System, mit dem die Patient:innensicherheit kontrolliert werden kann und gegebenenfalls Verbesserungsmaßnahmen abgeleitet werden können. Es handelt sich dabei um eine retrospektive Screening-Methode, bei der eine vorgeschriebene Anzahl an Patient:innenakten systematisch auf Trigger beziehungsweise aufgetretene Patient:innenschäden hin untersucht werden, die auf das Vorhandensein eines UE hinweisen könnten (Niemeijer, 2020). Anschließend wird eine detaillierte Untersuchung durchgeführt, um festzustellen, ob tatsächlich ein UE eingetreten ist, und um die Schwere und Vermeidbarkeit des Ereignisses zu bewerten. (Mull et al., 2015)

2.3 Relevanz für die Pflege

Im stationären Krankenhaussetting ist häufig eine komplexe Arbeitsorganisation vorzufinden. Viele verschiedene Fachkräfte aus verschiedenen Fachbereichen sind in der direkten sowie indirekten Patient:innenversorgung tätig. Das heißt, dass die Patient:innen zur gleichen Zeit von Beschäftigten aus verschiedenen Fachdisziplinen behandelt und versorgt werden. Diagnostiken und Therapien sind teilweise mit einem hohen Komplikationsrisiko verbunden, insbesondere bei vulnerablen Patient:innen wie Frühgeborenen, sehr alten oder kritisch kranken Patient:innen. Um jedoch die sichere und sachgerechte Versorgung über diese verschiedenen Schnittstellen und Organisationsbereiche zu gewährleisten, sind

einige Planungs- und Kommunikationsprozesse notwendig. Dazu gehört ebenso das Fehlermanagement. (Hoffmann & Rohe, 2010).

Zu wichtigen Problemfeldern, bei denen es sehr wahrscheinlich ist, dass Fehler passieren, gehören die Hygiene und die allgemeine Medikation. Auch bei der Verlegung eines:r Patient:in aus einem Fachbereich in einen anderen können wichtige Behandlungsinformationen verloren gehen. Somit können notwendige Therapien gar nicht oder nur fehlerhaft fortgesetzt werden. Das Fehlermanagement könnte eine wichtige Rolle bei der Prävention solcher UE spielen. (Hoffmann & Rohe, 2010).

Für eine Studie wurden insgesamt 3260 UE in einem mexikanischen Krankenhaus analysiert und nach Kategorien sortiert. 333 Vorfälle wurden mit einer fehlerhaften Pflege in Verbindung gebracht und 470 Fälle mit der Medikation. Die restlichen Vorfälle ordneten die Verfasser der Studie anderen gesundheitlichen Organisationsbereichen zu, die für das Vorhaben der Bachelorarbeit jedoch irrelevant sind. (Athié-Gutiérrez & Dubón-Peniche, 2020)

Einige Beispiele für vermeidbare, UE auf pflegerischer Seite seien: Folgen einer versäumten Mobilisation der Patient:innen, wobei eine mögliche Folge die Entstehung eines Dekubitus wäre. Darüber hinaus die unangemessene Nachsorge der Patient:innen und ein akutes Lungenödem sowie in Folge dessen ein Versagen der Respirationsapparates. Um solche UE reduzieren oder verhindern zu können, sei es wichtig, eine passende Sicherheitskultur zu entwickeln, die das Fehlermanagement miteinschließt. (Athié-Gutiérrez & Dubón-Peniche, 2020)

2.3.1 Fehlerkultur im Gesundheitswesen

Pflegende gehören im Gesundheitswesen zu der zahlenmäßig größten Berufsgruppe, die in verschiedensten patient:innen- und bewohner:innennahen Settings arbeitet und an den unterschiedlichsten Prozessen beteiligt ist. Die Prozesse müssen Pflegende zusätzlich zu einem großen Teil selbst verantworten. Pflegende spielen daher sowohl für die Identifikation als auch für die Vermeidung potenzieller Fehler eine große Rolle. (Kocks et al., 2014)

Fehler werden im Gesundheitswesen, speziell in der Pflege, nach wie vor stark tabuisiert. Das kann dazu führen, dass in der Pflege die Auseinandersetzung mit

Fehlern erschwert oder sogar verhindert wird. Infolgedessen wird zusätzlich die Möglichkeit strukturierter, organisatorischer und individueller Lernprozesse beeinträchtigt. Pflegende empfinden Fehler oder Beinahe-Fehler häufig als Versagen und empfinden Schuld und Inkompetenz. Die Angst vor Sanktionen und rechtlichen Konsequenzen führt dazu, dass Fehler oft verschwiegen werden. Indessen ist das Wissen über die Konsequenzen von Fehlern für Pflegende im Allgemeinen eher rudimentär. (Kocks et al., 2014)

Der Begriff "Fehler" hat überwiegend negative Konnotationen und wird oft mit der Suche nach Schuldigen verbunden, die für die Fehler verantwortlich gemacht werden können (Ahrens, 2020). Im Umgang mit Fehlern gibt es grundsätzlich zwei Ansätze, die im Folgenden erläutert werden (ebd.). Auf der einen Seite gibt es die Straf- und Schuldkultur und auf der anderen die Sicherheits- und Verbesserungskultur (ebd.). Beide Ansätze beschreiben eine Einstellung zu Fehlern unabhängig davon, ob tatsächlich ein Fehler passiert ist oder nicht (ebd.). Die Kultur der Bestrafung und Schuldzuweisung repräsentiert eine destruktive Herangehensweise an Fehler, während die Kultur der Verbesserungskultur eine konstruktive Herangehensweise an bereits aufgetretene Fehler darstellt (Löber, 2012, zit. nach Ahrens, 2020).

Wenn ein Fehler entstanden ist, werden die Verantwortlichen innerhalb der Straf- und Schuldkultur durch Sanktionen bestraft (Löber, 2012, zit. nach Ahrens, 2020). Einige Merkmale dieser Straf- und Schuldkultur sind: das Überwiegen von negativen Emotionen, eine mangelnde Fehlerkommunikation, geringe Wertschätzung der Mitarbeitenden, kaum vorhandene Vertrauensbasis und ein niedriges oder nicht vorhandenes Gerechtigkeitsempfinden (ebd.). Neben der Straf- und Schuldkultur gibt es die Drohkultur, die zweite Form der destruktiven Fehlerkultur (Ahrens, 2020). Diese hat das Ziel, das Auftreten von Fehlern durch die Aussprache von Drohungen zu verhindern (ebd.)

Innerhalb der Sicherheits- und Verbesserungskultur, auch positive Fehlerkultur genannt, wird versucht, das Risikomanagement von vornherein so mit einzubeziehen, dass das Eintreten von Fehlern möglichst vermieden wird und somit eine gewisse Sicherheit für die Patient:innen gewährleistet werden kann. Die Sicherheit wird hierbei als das Nicht-Auftreten von Unfällen oder UE verstanden.

Bei der Analyse der Fehlerentstehung innerhalb der Sicherheits- und Verbesserungskultur wird nicht allein der oder die Fehlerverursacher:in verantwortlich gemacht und beschuldigt, sondern das gesamte betroffene Umfeld mit einbezogen. Dazu zählen unter anderem die Mitarbeitenden, die Abteilungen und die dazugehörigen Krankenhausprozesse. Folgende Merkmale hat dieser Ansatz: „Aus Fehlern lernen“, wertschätzender Umgang mit den Mitarbeiter:innen, offene Fehlerkommunikation, ausgeprägte Sicherheitskommunikation, Förderung einer positiven Fehleremotionalität, hohes Gerechtigkeitsempfinden und eine starke Vertrauensbasis. (Ahrens, 2020)

3. Methodik

In diesem Kapitel wird die Vorgehensweise zur Beantwortung der Fragestellung dieser Arbeit, inwieweit das Fehlermanagement die Qualität der stationären Akutpflege beeinflusst, beschrieben.

Um die Thematik hinführend zur Forschungsfrage zu beschreiben und die Ergebnisse passend darzustellen, wurde eine systematische Literaturrecherche im Zeitraum vom 10. bis zum 26.04.2023 durchgeführt. Dafür wurden die Datenbanken PubMed, Katalogplus (Bibliothekssystem der Universität Hamburg), Cinahl, sowie Google Scholar verwendet.

Für die Literaturrecherche wurden zwei verschiedene, aber ähnliche Suchstränge mit Suchbegriffen erstellt, die mithilfe der Bool'schen Operatoren (AND, OR, NOT) verbunden wurden, um möglichst viele passende Ergebnisse zu erlangen. Der erste Hauptsuchstrang wurde bei PubMed, Cinahl und Katalogplus angewendet: hospital acute care AND error management AND quality of care. Als nächstes wurde ergänzend ein zweiter Suchstrang erstellt, da die Suche bei der Datenbank Cinahl zunächst gar keine passenden Ergebnisse ergab. Aus diesem Grund wurde dort mit folgendem zweiten Suchstrang gesucht: error management AND hospital or acute setting OR inpatient OR ward AND quality of care. Bei Google Scholar wurden zusätzlich folgende, deutsche Suchbegriffe genutzt: Fehlermanagement, Krankenhaus, Pflege. Die beiden Suchen mit den verschiedenen Suchsträngen wurden in einem PRISMA Flussdiagramm dargestellt (siehe Anhang 1). Für den theoretischen Hintergrund wurde eine Handsuche

durchgeführt. Die ausgewählten Studien wurden anhand der Evidence-based Nursing (EBN) Methode geprüft. Anhand einer Studie wurde beispielhaft eine Analyse durchgeführt (Siehe Anhang 2). Alle einbezogenen Studien wurden innerhalb einer Tabelle übersichtlich dargestellt (siehe Anhang 3).

Die Ein- und Ausschlusskriterien (siehe Tabelle 1) wurden auf fast alle eingeschlossenen Studien bezogen. Allerdings wurden die Studien von Cramer et al. (2012) aus dem Ergebnisteil und die Studie vom Institute of Medicine (2000), sowie der Artikel von Hoffmann, B., & Rohe, J. (2010) aus dem theoretischen Hintergrund von der Regel ausgenommen, da sie von der Autorin als relevant genug eingeschätzt wurden, um trotz des Jahreslimits mit aufgenommen zu werden.

Tabelle 1: Ein- und Ausschlusskriterien

Einschlusskriterien	Ausschlusskriterien
Verfügbarkeit in deutscher oder englischer Sprache	Keine Verfügbarkeit in deutscher oder englischer Sprache
Veröffentlichungsdatum 2013 oder später	Veröffentlichungsdatum vor 2013
Thematisierung von Pflegenden im Zusammenhang mit Fehlern oder UE	Keine Thematisierung von Pflegenden im Zusammenhang mit Fehlern oder UE
	Ausschließliche Thematisierung vom ärztlichen Personal im Zusammenhang mit Fehlern oder UE
Bezug auf Fehlermanagement, QM oder ein Fehlermeldesystem	Kein Bezug auf Fehlermanagement, QM oder Fehlermeldesystem
Bezug auf Pflegefehler, UE allgemein	Bezug auf einen spezifischen Pflegefehler
	Bezug von UE nur auf eine bestimmte Patient:innengruppe

Der Grund für das Jahreslimit ab 2013 ist das Patient:innenrechtegesetz, das am 26.02.2013 in Kraft trat (Siehe Kapitel 2.2). (Bundesgesetzblatt, 2013).

4. Ergebnisse

4.1 Fehlermeldungen

Im Folgenden wird zunächst anhand einer Studie aus Deutschland von Cramer et al. (2014) aufgezeigt, wie viele UE gemeldet wurden und welche Hindernisse es für die Pflegenden gab, wenn UE nicht gemeldet wurden. Dafür wurden insgesamt 1100 ausgebildete Pflegekräfte, darunter 724 Pflegenden aus 30 Kliniken in Norddeutschland und 376 aus dem Pflegeheimsektor, anhand eines Fragebogens befragt (Cramer et al., 2014). Dabei wurde herausgefunden, dass rund 55% aller Befragten angegeben hätten, im letzten halben Jahr keinen Fehler gemeldet zu haben (ebd.). Zusätzlich hätten 23,4 % der Befragten ein oder zwei Fehler im letzten halben Jahr gemeldet, während 15,8 % mehr als zwei Fehler gemeldet hätten (ebd.). Turunen et al. (2013) fanden heraus, dass mehr Stationsleitungen als Pflegepersonal der Meinung waren, dass Fehler häufiger gemeldet wurden. 67% der Stationsleitungen und 59% des examinierten Pflegepersonals gaben an, dass ein Fehler, der dem:r Patient:in potenziell schadet, ohne dass ein Schaden wirklich eintritt "meistens/immer" gemeldet wird (Turunen et al., 2013). Nur rund 16% der Teilnehmenden hätten ausgesagt, dass mindestens die Hälfte aller Fehler gemeldet wird (Cramer et al., 2014). Die Etablierung eines Meldesystems (zum Beispiel CIRS) in der Klinik hätte kaum Auswirkungen auf die Häufigkeit der Meldungen (ebd.).

Tabelle 2: Angaben zu Hindernissen, Fehler zu melden. Deskriptive Ergebnisse und Vergleich Krankenhaus-Pflegeheim. (Cramer et al., 2014, S. 488)

Item	Gesamt	Krankenhaus	Pflegeheim	OR (95%-KI)*	p-Wert
	Anteile n=1 100	Anteile n=724	Anteile n=376		
Die Meldung (der Vorgang selbst) würde sehr viel Aufwand/Arbeit mit sich bringen	12,2%	14,2%	8,2%	1,85 (1,16–2,97)	0,010
Mir ist unklar, welche Ereignisse gemeldet werden sollen	31,2%	35,8%	22,3%	1,93 (1,42–2,63)	<0,001
Mir ist unklar, wie bzw. bei wem der Fehler gemeldet werden soll	11,5%	13,5%	7,4%	1,95 (1,25–3,02)	0,003
Es würde ohnehin keine Rückmeldung von der Stelle geben, bei der der Fehler gemeldet wird.	21,4%	22,4%	19,4%	1,20 (0,85–1,70)	0,29
Die Person, die den Fehler gemacht hat, würde Ansehen verlieren	18,5%	19,5%	16,5%	1,18 (0,83–1,69)	0,35
Die Person, die den Fehler gemacht hat, würde ungerecht behandelt werden	15,6%	15,2%	16,5%	0,91 (0,65–1,29)	0,60
Die Meldung könnte zu disziplinarischen Maßnahmen führen	22,1%	19,9%	26,3%	0,70 (0,52–0,94)	0,015
Ich würde Ansehen verlieren, wenn ich einen Fehler meiner KollegInnen melde	19,7%	20,0%	19,1%	1,05 (0,76–1,46)	0,77

In der folgenden Tabelle 2 werden die Hindernisse aufgezeigt, die Pflegende von der Meldung eines Fehlers abhielten. (Cramer et al., 2014)

Hierbei werden, aufgrund des Schwerpunktes der Arbeit, nur die Ergebnisse von Pflegenden aus den Krankenhäusern berücksichtigt. Gut ein Drittel (35,8 %) der Teilnehmenden gäben an, dass ihnen unklar sei, welche Ereignisse in erster Linie gemeldet werden sollten. Knapp 20% würden die Sorge äußern, die Meldung könnte disziplinarische Maßnahmen nach sich ziehen. (Cramer et al., 2014)

Einige (14,2 %) meinten, dass die Erstellung dieser Meldung an sich sehr aufwändig sei. 13,5 % der Befragten wüssten nicht, wie und bei wem der Fehler gemeldet werden sollte. Viele (22,4 %) meinten, sie würden keine Fehler mehr melden, weil es ohnehin keine Rückmeldung von der Stelle gäbe, bei der der Fehler gemeldet wurde. Ein Fünftel der Teilnehmenden äußerte die Sorge, selbst Ansehen zu verlieren, wenn er:sie Fehler von Kolleg:innen melden würde. Oder aber die Person, die den Fehler gemacht hätte, würde dadurch Ansehen verlieren, befürchteten 19,5 %. Über eine mögliche folgende ungerechte Behandlung der Person, die den Fehler gemacht hatte, sorgten sich weitere 15,2%. (Cramer et al., 2014)

Diese Sorge deckt sich mit dem Ergebnis einer Online- Umfrage, die Turunen et al. (2013) mit Pflegepersonal und Stationsleitungen in vier finnischen Krankenhäusern durchführten. 74% der Stationsleitungen und 51% des Pflegepersonals gäben an, dass Fehlerpräventionsmaßnahmen innerhalb ihrer Station besprochen würden. Darüber hinaus würde ein Viertel des Pflegepersonals angeben, das Gefühl zu haben, dass sich mehr auf die Sanktionen für die Person konzentriert wurde, die den Fehler gemacht hat, statt die Ursache für den Fehler selbst im Team zu besprechen. Dem gegenüber stehen nur 8 % der Stationsleitungen, die dieses Gefühl hatten. (Turunen et al., 2013)

4.2 Unerwünschte Ereignisse: Ursachen und Folgen

In einem Review wurde anhand von 25 Studien aus 27 Ländern unter anderem versucht herauszufinden, welche Arten von UE häufig auftreten und welche Folgen sie haben. Zudem wurde eine Einschätzung der Vermeidbarkeit vorgenommen. (Schwendimann et al., 2018)

Die häufigsten und konsequent berichteten Arten von UE seien operative/chirurgische Ereignisse, die oft auf prozedurale Komplikationen und Verletzungen zurückzuführen wären, wie z.B. Nachblutungen oder erneute Operationen (ebd.). Die zweithäufigste Art wären Medikationsfehler und an dritter Stelle stünden nosokomiale Infektionen und allergische Reaktionen. (Schwendimann et al., 2018; Recio-Saucedo et al, 2018). Kalisch et al. (2014) nannten ebenfalls Medikationsfehler und nosokomiale Infektionen als häufige UE. Jedoch die am häufigsten gemeldeten UE seien das Trockenlaufen und die Paravasation der Infusion (ebd.). Weitere gemeldete UE seien Hautverletzungen und Stürze (Kalisch et al., 2014). Auch Urquhart et al. (2021) nannten Medikationsfehler in ihrer Studie als zweithäufigste UE. Überwachungsfehler wurden ebenso genannt (Urquhart et al., 2021). An erster Stelle standen jedoch die Diagnostikfehler (ebd.).

Zusätzlich beschrieben Hampel und Palle (2015), dass die meisten gemeldeten Fehler auf die Kategorien Mitarbeit bei ärztlicher Diagnostik und Therapie (68,1%) und Medikationsfehler (61,5%) entfielen. Direkte Pflegefehler (14,1%), Fehler bei Koordination und Kooperation (2,6%), Kommunikation mit Patient:innen (2,2%)

sowie Gewalt und Missachtung (2,5%) wären ebenfalls genannt worden. (Hampel & Palle, 2015)

Die meisten Fehler entstünden laut der Befragten bei der Kooperation mit anderen Berufsgruppen und der Pflegedokumentation, während direkte Pflegeaktivitäten, entgegen vorangegangenen Rechercheergebnissen, eher selten fehlerhaft seien. Hygienefehler, unzureichende Flüssigkeitszufuhr, Fehler bei der Wundversorgung, der Versorgung von Blasenkathetern oder Magensonden sowie mangelnde Hilfe bei der Nahrungsaufnahme wären als häufige Fehlerquellen erwartet worden, jedoch seien sie innerhalb der Befragung selten genannt worden. (Hampel & Palle, 2015)

Aus Sicht der Patient:innen seien folgende fünf Pflegeelemente am häufigsten als versäumt genannt worden: Mundpflege, Umpositionierung, Mobilisation aus dem Bett in einen Stuhl und fehlende Informationen über Testergebnisse und Behandlungsverfahren. (Kalisch et al., 2014)

Die UE würden anhand der Berichte der Patient:innen über ihr Auftreten gemessen werden, die sich als weitgehend zutreffend erwiesen hätten. Eine andere Studie habe die Übereinstimmung von Patient:innenberichten über UE mit ärztlichen Berichten über UE untersucht. Diese hätte beispielsweise eine Übereinstimmung in 72,2 % der Fälle ergeben (Kalisch et al., 2014). Des Weiteren zeigen die Ergebnisse von Kalisch et al. (2014), dass Patient:innen, bei denen Hautverletzungen oder Druckgeschwüre, Medikationsfehler, Neuinfektionen, Austrocknen und Paravasation von Infusionen und andere Probleme aufträten, signifikant häufiger über verpasste Pflege berichteten.

Laut Schwendimann et al. (2018) und Halfon et al. (2017) seien die Folgen der UE größtenteils vorübergehend und minimal, wobei die Genesungsdauer unter einem Monat liege oder sie keinerlei Schaden für die Patient:innen verursachten. Allerdings litten einige Betroffene unter mäßigen Beeinträchtigungen, wobei die Genesungsdauer 1-12 Monate betrüge. Vereinzelt würden die UE sogar zu einer dauerhaften Behinderung führen. Bei wenigen Patient:innen träte der Tod ein, die von mindestens einem UE betroffen wären. (Schwendimann et al., 2018)

Schwendimann et al. (2018) fanden heraus, dass den Studien, die sie in ihr Review einschlossen, mehr als die Hälfte der Ereignisse als vermeidbar angesehen. Ein UE

würde, basierend auf der fachlichen Einschätzung des Chart Reviewers über den Vorfall, als vermeidbar eingestuft werden. Meistens werde die Vermeidbarkeit von UE anhand einer 6-Punkte-Skala bestimmt, die von "kaum Hinweise auf Vermeidbarkeit" (1 Punkt) bis "nahezu sichere Hinweise auf Vermeidbarkeit" (6 Punkte) reicht. (Schwendimann et al., 2018) Auch Halfon et al. (2017) stufen knapp die Hälfte der in ihrer Studie identifizierten UE als vermeidbar ein, wobei der Anteil der Krankenhauseinweisungen mit einem oder mehreren UE 12,3 % betrug. Dies scheint also keine Seltenheit zu sein.

Schwendimann et al. (2018) und Mull et al. (2015) empfehlen, dass Akutversorgungskrankenhäuser umfassende und ausgewogene Rahmenbedingungen wie die verfügbaren Maßnahmen zur Messung, Überwachung und Verbesserung der Versorgungssicherheit nutzen müssten, um die Sicherheitskultur zu fördern. Eine genaue Überwachung von UE im Krankenhaus, einschließlich retrospektiver Aufzeichnungsüberprüfungen, wäre unerlässlich für die Umsetzung und Evaluation evidenzbasierter Strategien zur Verringerung des Auftretens von UE und des Patient:innenschadens (Schwendimann et al., 2018). In den letzten Jahren hätte die Untersuchung von Qualitätsverbesserungsmaßnahmen außerdem zu großen Fortschritten in der Patient:innensicherheit geführt (Schwendimann et al., 2018).

Als nächstes werden Fehlerursachen und Fehlerfolgen behandelt, die Habermann und Cramer (2013) innerhalb ihrer teilstrukturierten Interviews mit 18 Pflegenden aus Krankenhäusern und Pflegeheimen erfragten. Als Fehlerursache seien hauptsächlich ein hoher Arbeitsanfall, Personalmangel sowie Überarbeitung (76,10 %) benannt worden, aber auch Wissensmangel sei als möglicher Grund aufgezählt worden (10,64 %) (Habermann & Cramer, 2013). Auch in dem Review von Duarte et al. (2013) und der Studie von Recio-Saucedo et al. (2018) wurde ein Zusammenhang zwischen der Arbeitsüberlastung und medizinischen Fehlern dargestellt. In dem Kontext wurde ebenso verdeutlicht, dass es zu wenig Pflegefachpersonal für die übermäßige Menge an Aufgaben gäbe (Duarte et al., 2015). Cramer et al. (2012) erfragten die häufigsten Folgen, die sich für die Pflegenden im Anschluss an erlebte Fehler ergaben. Für die Studie wurde eine Zufallsstichprobe von 1148 Pflegenden aus 46 norddeutschen Pflegeheimen und

30 norddeutschen Krankenhäusern befragt (Cramer et al., 2012). Hierbei werden erneut ausschließlich die Daten der Pflegenden aus den Krankenhäusern eingeschlossen.

70,3% gaben an, den Fehler zu bedauern (Cramer et al., 2012). Dies war die häufigste genannte Fehlerfolge. Viele (56,1%) seien nach dem Fehlergeschehen aufgeregt, gestresst und oder verärgert gewesen (ebd.). Einige (37,7 %) empfänden Scham für den Fehler (ebd.). Gut die Hälfte der Befragten hätte aus dem Fehler etwas für die Arbeit gelernt (51 %) oder wäre persönlich daran gewachsen (23 %) (ebd.). Jedoch bliebe bei 23,2% der Teilnehmenden die Angst, dass der Fehler erneut passieren könnte (Cramer et al., 2012). Weitere Befragte wären mit dem Gefühl der Inkompetenz und Unsicherheit zurückgeblieben, stellten sich teilweise als Person in Frage, litten unter Schlafstörungen oder erlebten berufliche und rechtliche Folgen (ebd.)

Auch Duarte et al. (2015) fand heraus, dass die starke Strafkultur, die in einigen Einrichtungen des Gesundheitswesens immer noch bestünde, ebenfalls dazu beitrage, dass solche Fehler verschwiegen werden. Außerdem bestehe die Notwendigkeit einer Sicherheitskultur in allen gesundheitlichen Einrichtungen, die es dem Team ermögliche, sich bei der Meldung von Fehlern sicher zu fühlen. Denn nur durch das Wissen über UE wäre es möglich, die Situation angemessen zu verstehen, um wirklich wirksame Präventivmaßnahmen ergreifen zu können. (Duarte et al., 2015)

Das Wissen, dass geschehene Fehler innerhalb des Teams auf positive Weise gehandhabt werden können, verringere das Gefühl der Verletzbarkeit, das die Pflegefachkräfte empfinden. (Duarte et al., 2015)

4.3 Fehlermeldesysteme & deren Nutzen in der stationären Versorgung

4.3.1 Global Trigger Tool

In diesem Kapitel geht es um Fehlermeldesysteme und deren Bedeutung innerhalb der stationären Akutversorgung. Mull et al. (2015) hatten das Ziel, die Anwendung des GTT als Methode zur Identifizierung von UE in einem Krankenhaus in den USA zu untersuchen. Es handelt sich um eine Pilotstudie, bei der die Eignung des GTT überprüft und bei positivem Ergebnis Empfehlungen für eine größere Implementierung ausgesprochen werden sollten. Das GTT würde für die Messung von UE auf nationaler Ebene als relevant eingeschätzt werden (Nilsson et al., 2018).

Mull et al. (2015) fanden heraus, dass viele der identifizierten UE, wie z.B. therapieassoziierte Infektionen, Stürze und chirurgische Probleme bereits bekannt wären und durch bestehende Überwachungs- und Qualitätsverbesserungsmaßnahmen bearbeitet würden. Der GTT könne jedoch mehr UE entdecken als andere Methoden zur Fehleridentifizierung. Mull et al. (2015) empfehlen, die Methode in Kombination mit anderen Patient:innensicherheitsmaßnahmen anzuwenden, um bisher unentdeckte Ursachen für Sicherheitseinschränkungen für die Patient:innen zu identifizieren. (Mull et al., 2015)

Nilsson et al. (2018) haben ebenfalls die Implementierung des GTT und gleichzeitig die nationale Inzidenz unerwünschter Ereignisse über einen Zeitraum von vier Jahren überprüft und kamen auch zu dem Schluss, dass das GTT eine hohe Spezifität und Zuverlässigkeit besitzt und sensibler ist als andere Methoden. Es wurden Teilnehmende randomisiert in die Studie mit einbezogen, die älter als 18 waren und im Zeitraum von 2013 bis 2016 in ein somatisches Akutkrankenhaus in Schweden aufgenommen wurden (Nilsson et al., 2018). Dabei wurden alle Akutkrankenhäuser in Schweden berücksichtigt. Insgesamt hätte es in den Jahren 2013 bis 2016 eine Verringerung der Anzahl von UE pro behandeltem:r Patient:in gegeben. Besonders die Anzahl der vermeidbaren UE habe signifikant abgenommen, wie in der folgenden Abbildung 1 zu sehen ist. (Nilsson et al., 2018)

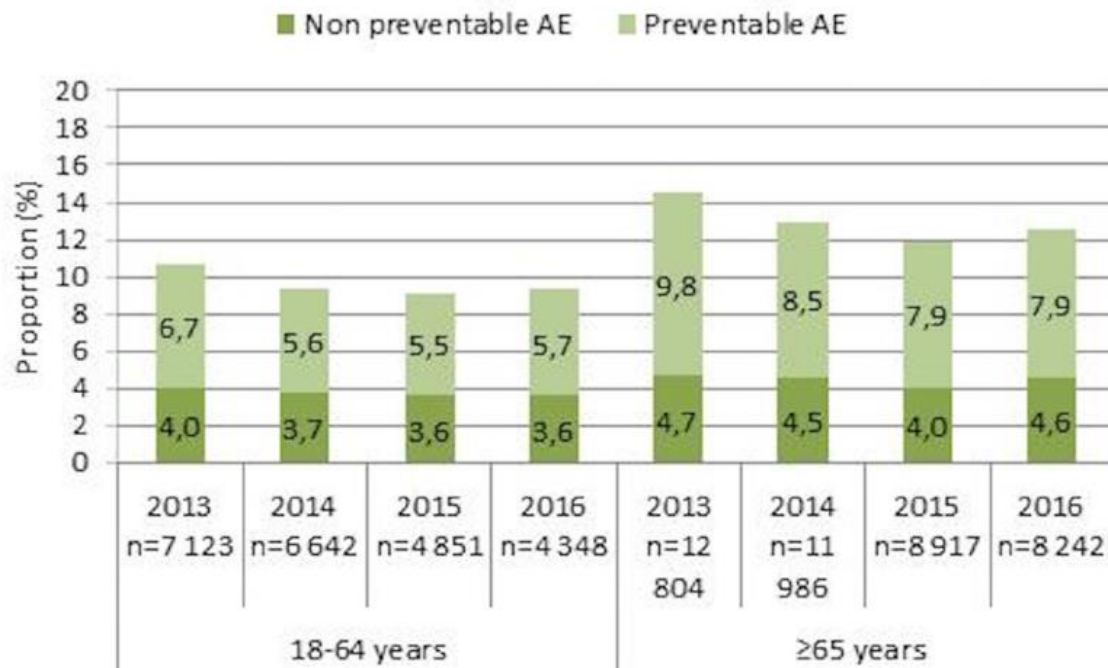


Abbildung 1: Anteil der behandelten Patient:innen mit vermeidbaren und nicht vermeidbaren UE, die 18-64 Jahre und über 64 Jahre alt waren zwischen 2013 und 2016. (Nilsson et al., 2018, S. 5)

Die Arten von UE, die signifikant abnahmen, seien nosokomiale Infektionen, Harnblasenüberdehnung, gefährlich abnormale Vitalzeichen und "andere" (Nilsson et al., 2018) Die letzte Gruppe würde allergische Reaktionen, Blutungen, die nicht operationsbedingt wären, Venenthrombosen oder Lungenembolien, oberflächliche Blutgefäß- oder Hautschäden, anästhesiebedingte UE und alle anderen UE umfassen (ebd.). Um insgesamt aussagekräftige Daten für das Management der Patient:innensicherheit zu erhalten wurde empfohlen, UE nach ihrer Art zu kategorisieren und die Schäden nach dem Standort im Krankenhaus aufzuschlüsseln. (Mull et al., 2015)

In beiden Studien schlussfolgern die Autor:innen, dass die GTT-Methode eine effektive Möglichkeit zur Überwachung von AEs im Krankenhaus darstellt und für andere Krankenhäuser als nützliche Ergänzung zu bestehenden Überwachungs- und Qualitätsverbesserungsmaßnahmen betrachtet werden kann. (Mull et al., 2015; Nilsson et al., 2018)

4.3.2 Critical Incident Reporting System und National Reporting and Learning System

Das CIRS ist ebenso ein Fehlermeldesystem innerhalb des Fehlermanagements, dessen Einfluss auf die Fehlerhäufigkeit geprüft wurde. Latzke et al., 2014 führten eine Studie in einem quasi-experimentellen Design in vier Abteilungen desselben Krankenhauses durch (ebd.). Zwei Abteilungen wurden der Interventionsgruppe zugeteilt, in der CIRS eingeführt wurde, während die anderen beiden Abteilungen ohne CIRS als Kontrollgruppe dienten (ebd.). Vor der Einführung von CIRS wurden das ärztliche sowie pflegerische Personal befragt (ebd.). Ein Jahr später wurde dieselbe Gruppe erneut zur Lern- und Sicherheitskultur sowie wahrgenommenen Fehlern befragt (Latzke et al., 2014). Die Ergebnisse zeigen, dass das CIRS zu einer direkten und indirekten Verringerung der Fehlerhäufigkeit führe und das explizite Lernen verbessern würde, während es das implizite Lernen nicht beeinflussen würde (ebd.). Jedoch hätte das implizite Lernen einen größeren Einfluss auf die Fehlerhäufigkeit im Vergleich zum expliziten Lernen (ebd.)

Im Folgenden wird der Nutzen von nationalen Berichts- und Lernsystemen (National Reporting and Learning Systems (NRLS)) in deutschen Krankenhäusern anhand einer explorativen Online-Querschnittsbefragung mit 51 Expert:innen für NRLS aus 51 Akutkrankenhäusern aufgezeigt. (Kuske et al., 2022)

Das NRLS ist ein weltweit genutztes Instrument im Gesundheitswesen zur Verbesserung der Patient:innensicherheit. Es erfasst kritische Ereignisse, Fehler, Risiken und Beinaheunfälle in Krankenhäusern. Es soll individuelles und strukturiertes organisatorisches Lernen im Gesundheitswesen fördern, um die Patient:innensicherheit durch die Vermeidung von Fehlern und Schäden zu verbessern. (Kuske et al., 2022)

Ein NRLS basiert auf den folgenden vier Kernphasen. 1. Die Vorbereitungsphase: Information der Zielgruppe über das zu meldende Ereignis, wer es melden sollte und wie es gemeldet werden sollte, unter Berücksichtigung der Infrastruktur für Vertraulichkeit und Art des NRLS; 2. die Meldephase: Sammeln von Berichten und Dokumentation sowie Expert:innenanalyse der eingehenden Berichte, einschließlich einer Klassifizierung; 3. die Analysephase: Risiko- und

Systemanalyse; und 4. die Intervention: Ableitung präventiver Interventionen. (Kuske et al., 2022)

Länder haben unterschiedliche Anforderungen an das zu meldende Ereignis, wer es melden sollte, wie Berichte erstellt und wie Daten analysiert, kommuniziert und verwendet werden. Alle Teilnehmenden (N=51) gäben an, dass ihr Krankenhaus ein NRLS nutzte. 61 % der antwortenden Expert:innen gäben an, lokale und krankenhaushausweite RLS zu haben. 39% hätten lokale RLS. Die meisten Teilnehmenden (77%), gäben an, dass die lokale NRLS-Implementierung überwacht wurde, während 24% angäben, dass dies nicht der Fall war. (Kuske et al., 2022)

In der Studie wurden insgesamt 44 Maßnahmen zur Überwachung der Implementierungsergebnisse eines lokalen NRLS dargestellt. Diese Maßnahmen wurden in quantitative und qualitative Maßnahmen unterteilt und deckten sowohl Kosten als auch Nutzen ab. Die Kosten wurden in verschiedenen Kategorien wie Personalkosten, Nebenkosten, Realisierungskosten, Analysekosten, Versicherungsgebühren und Softwarekosten zusammengefasst. Der Nutzen wurde durch Prozess-Effizienz und Effektivität operationalisiert. Diese beinhalteten beispielsweise eine Verringerung von schädlichen, unerwünschten Ereignissen, den Nutzen aus Verbesserungsinterventionen, Risikobewertung und -prävention sowie nicht identifizierte Problemfelder. (Kuske et al., 2022)

Für eine Studie in England untersuchten Howell et al. (2015) die jährlichen Meldungsraten von Zwischenfällen in Krankenhäusern als möglichen Ersatzindikator für die Sicherheit einzelner Krankenhäuser. Ziel war es auch herauszufinden, welche Merkmale der Krankenhäuser mit hohen Melderaten für Zwischenfälle korrelieren und ob Krankenhäuser mit hohen Melderaten sicherer für Patient:innen sind als jene mit niedrigen Raten. Zudem wurde untersucht, welche Faktoren in Krankenhäusern eine Fehlermeldung seitens des Personals fördern. Die Studie nutzte einen gemischten Methodenansatz zur Bewertung der NRLS-Daten. Innerhalb der Studie wurde aufgezeigt, dass Krankenhäuser, in denen das Personal mehr Zwischenfälle meldete, weniger Klagen wegen Rechtsstreitigkeiten hervorbrachten. Zudem würden weniger Fälle gemeldet werden, bei denen

Patient:innen zu Schaden kamen, wenn die Personalausstattung der Pflegenden im Krankenhaus besser war. (Howell et al., 2015)

Howell et al. (2015) resümiert, dass die Ergebnisse der Studie dazu beitragen können, den Nutzen von Meldesystemen zu erhöhen. Außerdem wäre deutlich geworden, dass Patient:innensicherheitsberichte ein nützliches Instrument für die Verbesserung der Patient:innensicherheit und die Qualität der Versorgung in Krankenhäusern sein können. Krankenhäuser müssten jedoch darauf achten, die Unterschiede in der Größe und Art der Einrichtungen zu berücksichtigen, um aussagekräftige Vergleiche ermöglichen und ihre Patient:innensicherheitspraktiken gezielt verbessern zu können. (Howell et al., 2015)

4.3.3 Faktoren, die die Fehlermeldebereitschaft beeinflussen

Bei der Implementierung von Systemen zur Selbstberichterstattung unerwünschter Ereignisse, wie dem NRLS, sei die "wahrgenommene Nützlichkeit" (Akzeptanz) deutlich mit der Meldequote verbunden und die "wahrgenommene Benutzerfreundlichkeit" (Durchführbarkeit) sei sowohl mit der "Verhaltensintention" (Adoption) als auch mit der "wahrgenommenen Nützlichkeit" (Akzeptanz) verbunden. (Kuske et al., 2022)

Mehrere andere Faktoren würden die Bereitschaft und Motivation zur Meldung (Adoption) beeinflussen, wie beispielsweise die Arbeitsbelastung und intrinsische Motivation (Kuske et al., 2022). Es seien Empfehlungen zur Verbesserung der Akzeptanz von RLS identifiziert worden (ebd.). Folgende Faktoren der Sicherheitskultur, wie beispielsweise die vertrauliche Behandlung von Berichten, die Inkenntnissetzung des Personals über Vorfälle und die Rückmeldung zu vorgenommenen Änderungen seien mit höheren Meldequoten verbunden gewesen (ebd.). Allerdings sei die Meldequote signifikant niedriger gewesen, wenn es Sanktionen für Vorfälle gab (Kuske et al., 2022). Auch die Ergebnisse der Personalumfrage einer englischen Studie zeigten, dass ein unterstützendes Umfeld und der Umstand keine Angst vor Sanktionen haben zu müssen, dazu beitragen, dass mehr Zwischenfälle gemeldet werden (Howell et al., 2015).

Durch die Schaffung eines ansprechenden, verantwortungsvollen und vertraulichen Lernumfelds könne die Bereitschaft des Personals zur Offenlegung von Fehlern erhöht werden (Howell et al., 2015). Ertl-Wagner et al. (2013) kommt ebenfalls zu der Aussage, dass es von grundlegender Bedeutung sei, dass die Meldenden Vertrauen in das Meldesystem haben. Nur wenn sich die Mitarbeitenden sicher seien, dass die Anonymität gewährleistet ist und dass das System nicht zur Denunziation verwendet werden könne, würden Meldungen eingehen, die eine konstruktive Fehleranalyse ermöglichen (Ertl-Wagner et al., 2013). Schließlich würde die Chance, Schwachstellen im System zu erkennen und durch geeignete Maßnahmen zu beheben, umso größer sein, je mehr Zwischenfälle gemeldet würden (Ertl-Wagner et al., 2013).

4.3.4 Maßnahmen zur Verbesserung der Pflegequalität und Patient:innensicherheit

Im nächsten Abschnitt geht es um ein Review, das sich mit der Frage beschäftigt, ob und inwieweit die elektronische Pflegedokumentation (Electronic Nursing Documentation (END)) die Pflegequalität und die Patient:innensicherheit verbessern könnte (McCarthy et al., 2019). Denn die Pflegedokumentation stellt laut Hampel und Palle (2015) eine Fehlerquelle dar.

Alle eingeschlossenen Studien würden sich mit der Qualität der Pflege oder der Qualität der Pflegedokumentation im Hinblick auf die Auswirkungen der END befassen.

In zwei Studien wäre die Qualität spezifischer Pflegeinterventionen gemessen worden, wobei in beiden über einige signifikante Verbesserungen nach der Intervention berichtet worden sei.

Es sei ein Rückgang der Dokumentationszeit während der Tagesschicht von 72,5 auf 28,7 Stunden pro Woche und während der Abendschicht von 61,9 auf 22,5 Stunden pro Woche festgestellt worden. Zusätzlich sei die durchschnittliche Dokumentationszeit für jede:n Patient:in nach der END-Intervention von 18,42 auf 9,32 Minuten gesunken.

Laut McCarthy et al. (2019) hätten die END-Maßnahmen das Potenzial, Dokumentationsfehler, Stürze und Infektionen zu verringern und gleichzeitig die

Qualität der Dokumentation zu verbessern. Zudem würden die END die Dokumentationszeit während der Tagesschichten verringern. (McCarthy et al. (2019)

Als nächstes wird der Nutzen von Schnellreaktionssystemen (Rapid Response Systems (RRS)) für die Sicherheit von Patient:innen behandelt. (Hillman et al., 2014) RRS sind ein Konzept für die Patient:innensicherheit. Sie werden häufig im gesamten Krankenhaus eingesetzt und reagieren auf alle Risikopatient:innen, unabhängig von der Ursache der Verschlechterung des Zustands. Das RRS-Konzept beinhaltet die Verwendung von Vitalparametern und Beobachtungen, um gefährdete und schwerkranke Patient:innen in einem frühen Stadium ihrer Krankheit zu identifizieren. Nach der Identifizierung einer Zustandsverschlechterung wird unverzüglich eine Reaktion ausgelöst und der:die Betroffene wird infolgedessen von Pflegefachpersonal mit den entsprechenden Fähigkeiten, Kenntnissen und Erfahrungen betreut. Ein weiterführendes Ziel eines RRS ist es, ein Versorgungsniveau zu bieten, das dem der Bereiche der Operationssäle und Intensivstationen entspricht. (Hillman et al., 2014)

Allgemein formuliert sind RRS auf die individuellen Bedürfnisse der Patient:innen ausgerichtet, zielen darauf ab, Todesfälle und schwerwiegendste UE in Krankenhäusern zu verhindern und tragen dazu bei, sicherheitseinschränkende Zwischenfälle bei Patient:innen zeitnah zu erkennen. (Hillman et al., 2014)

Die Ergebnismaße, die mit RRS verbunden sind, seien klinisch relevant, würden von denjenigen, die die Gesundheitsversorgung erbringen, übernommen und ermöglichen eine einfache Analyse sowie Möglichkeiten zur Verbesserung des Systems. Ein effizient funktionierendes RRS könne Patient:innen auf allgemeinen Stationen von Akutkrankenhäusern dieselbe Expertise bieten, die beispielsweise auf einer Intensivstation verfügbar sei. (Hillman et al., 2014)

Dies ist von großer Relevanz, da auch Urquhart et al. (2021) in ihrer Studie herausfanden, dass das Versäumnis, eine Verschlechterung des Zustands von akut erkrankten Patient:innen zu erkennen oder darauf zu reagieren, eine Hauptursache für Todesfälle sei.

RRSs hätten sich als wirksam erwiesen, um die Patient:innensicherheit signifikant zu erhöhen und die Mortalitäts- und Herzstillstandsrate in Akutkrankenhäusern weltweit deutlich zu senken. Die Implementierung eines organisationsweiten Systems, wie das RRS zur Patient:innensicherheit ermögliche es daher, die

Sicherheit eines Akutkrankenhauses zu bewerten, indem der Einfluss der Implementierung auf Endpunkte wie die Verhinderung von Todesfällen und Herzstillständen bei Patient:innen ohne "Do Not Resuscitate"-Anordnung gemessen werde. (Hillman et al., 2014)

Hillman et al. (2014) fasst zusammen, dass die nächste Herausforderung in der Entwicklung von RRS und ihrem Beitrag zur Patient:innensicherheit darin bestehe, Patient:innen zu identifizieren, die in einem früheren Stadium ihrer Erkrankung eine dringende Intervention benötigen. Dies könne durch die Bereitstellung verbesserter Technologien erreicht werden, die in der Lage sind, eine klinische Verschlechterung in einem früheren Stadium zu erkennen. (Hillman et al., 2014)

Abschließend werden die Rolle und der Stellenwert des Fehlermanagements in der Pflege erneut aufgegriffen. Dafür wird der Artikel von Guttman et al. (2019) herangezogen. Die EMT (Error Management Theory) basiere auf der Erkenntnis, dass Fehler ein natürlicher Bestandteil jedes komplexen Systems sind. Im Gegensatz zu Ansätzen, die darauf abzielen, Fehler zu vermeiden, verfolge EMT einen Ansatz, bei dem Lernende aktiv nach Fehlern suchen und während ihrer Ausbildung bewusst und absichtlich Fehler machen müssen. EMT fördere das Bewusstsein der Lernenden für die Umstände, die zu Fehlern führen können, und dafür, wie verschiedene Arten von Fehlern aussehen, damit sie effektiv erkannt werden können. (Guttman et al., 2019)

Das derzeitige Ausbildungsparadigma konzentrierte sich jedoch vielmehr auf die Fehlervermeidung, wobei Lernende darauf trainiert würden, sich auf die richtigen Handlungen zu konzentrieren und sich nicht mit der Fehlererkennung zu befassen. Dieser Ansatz zielt darauf ab, Fehler zu vermeiden, bevor sie auftreten, indem Barrieren zwischen den Schritten errichtet werden, die zu einem Fehler beitragen. In dem Modell der EMT würden Fehler hauptsächlich behandelt, nachdem sie aufgetreten sind. (Guttman et al., 2019)

5. Diskussion

Das Ziel dieser Arbeit war die systematische und kritische Auseinandersetzung mit Literatur, um die Frage zu beantworten, welchen Einfluss das Fehlermanagement auf die Qualität der stationären Akutpflege hat. 16 Studien, darunter drei Reviews, sowie vier Artikel wurden in den Ergebnisteil einbezogen.

5.1 Hauptergebnisse

Zunächst konnte aufgezeigt werden, welche UE und Pflegefehler am häufigsten auftreten und welche Ursachen und Folgen sie haben. Nachblutungen oder erneute Operationen, Medikationsfehler, nosokomiale Infektionen und allergische Reaktionen, Trockenlaufen und Paravasation einer Infusion, Hautverletzungen und Stürze wurden von einigen Studien als häufigste UE identifiziert. (Schwendimann et al., 2018; Kalisch et al., 2014; Hampel & Palle, 2015; Recio-Saucedo et al., 2018; Urquhart et al., 2021)

Zusätzlich wurden UE bei Koordination und Kooperation mit anderen Berufsgruppen, Pflegedokumentation, Kommunikation mit Patient:innen, sowie Gewalt und Missachtung genannt (Hampel & Palle, 2015). Außerdem wurden bestimmte Pflegeelemente identifiziert, die als vernachlässigt oder fehlerhaft angesehen wurden: Mundpflege, die regelmäßige Umpositionierung der Patient:innen, die Unterstützung bei der Mobilisation vom Bett in einen Stuhl, sowie unzureichende Informationen über Testergebnisse und Behandlungsverfahren. (Kalisch et al., 2014)

Zu beachten ist, dass die verschiedenen Studien teilweise verschiedene Begriffe für ein UE hatten. Es gab die Begriffe Pflegefehler, Zwischenfall, Fehler und UE. Es lässt sich jedoch davon ausgehen, dass in allen Fällen das Gleiche gemeint ist, aufgrund der Einordnung in den Kontext.

Die Ergebnisse zeigen, dass die verschiedenen Fehlermeldesysteme wie das GTT, das CIRS und das NRLS die Häufigkeit von Fehlern und UE reduzieren können. Zum Beispiel nahm die Anzahl der behandelten Patient:innen bei denen ein UE auftrat in den Jahren 2013 bis 2016 nach der Implementierung des GTT in der Studie von Nilsson et al. (2018) ab. Mull et al. (2015) fand zusätzlich heraus, dass das GTT mehr UE entdecken kann als andere Methoden zur Fehleridentifizierung. Genau gesagt stellen Fehlermeldesysteme und Patient:innensicherheitsberichte eine effektive Möglichkeit zur Überwachung von UE und Pflegefehlern im Krankenhaus dar und können als eine sinnvolle Ergänzung zu bereits bestehenden Überwachungs- und Qualitätsverbesserungsmaßnahmen betrachtet werden. (Mull et al., 2015; Nilsson et al., 2018)

Viele Studien stimmen in dem Punkt überein, dass Fehlermeldesysteme nützliche Instrumente für die Verbesserung der Patient:innensicherheit und die Qualität der Versorgung in Krankenhäusern sind (Howell et al., 2015; Mull et al., 2015; Nilsson et al., 2018; Schwendimann et al., 2018). Insgesamt wurde deutlich, dass spezielle Maßnahmen zur Verringerung des Patient:innenschadens und des Auftretens von UE notwendig sind, damit eine Sicherheitskultur, die das Fehlermanagement mit einschließt, innerhalb des Krankenhauses etabliert werden kann (Schwendimann et al., 2018; Mull et al., 2015; Duarte et al., 2015).

Es wurde klar, dass Fehlermeldesysteme das Auftreten von UE reduzieren können. Die Autorin vermutet jedoch, dass die Absicht, das Pflegehandeln gemäß den Qualitätskriterien und rechtlichen Rahmenbedingungen des Krankenhauses auszurichten, möglicherweise ebenso dazu beitragen könnte, die Anzahl der UE zu minimieren. Diese Qualitätskriterien und Rahmenbestimmungen, die dabei helfen, Pflege korrekt und ganzheitlich auszuführen, lassen sich unter anderem in den krankenhausesinternen Expert:innenstandards finden.

Laut McCarthy et al. (2019) und Hillman et al. (2014) können die END und das RRS zusätzlich zu einer verbesserten Patient:innensicherheit und erhöhten Versorgungsqualität beitragen. Dabei ist das RRS kein Fehlermeldesystem, sondern identifiziert schwerkranke Patient:innen möglichst in einem frühen Stadium anhand von Vitalparametern und Beobachtungen. Damit versucht das RRS-Konzept unter anderem UE zu verhindern. Innerhalb der Studie von McCarthy et al. (2019) wurde geschlussfolgert, dass die END-Maßnahmen das Potenzial hätten, Dokumentationsfehler, Stürze und Infektionen zu verringern und gleichzeitig die Dokumentationsqualität zu verbessern. Diese Erkenntnisse gilt es jedoch mit Vorsicht zu genießen, da der Nutzen dieser beiden Konzepte innerhalb dieser Arbeit lediglich in zwei Artikeln behandelt wurde.

Wichtig zu erwähnen ist, dass Duarte et al. (2015) und Kuske et al. (2022) in ihren Studien hervorgehoben haben, dass Sanktionen innerhalb der Strafkultur, die noch in vielen Krankenhäusern besteht, oft dazu führen, dass Fehler seitens des pflegerischen Personals verschwiegen und keinem Fehlermeldesystem zugeführt werden. Auch Cramer et al. (2014) fanden in ihrer Studie heraus, dass knapp 20% der befragten Pflegenden die Sorge äußerten, dass die Meldung disziplinarische

Maßnahmen nach sich ziehen könnte. Infolgedessen ist es anzunehmen, dass diese Fehler immer wieder passieren, ohne dass aus ihnen gelernt werden kann. Ein offenes, vertrauenswürdiges Umfeld trüge dazu bei, dass mehr Zwischenfälle und UE gemeldet werden (Howell et al., 2015).

Zu einem beruflichen Selbstverständnis gehört es zu wissen, welche Verantwortlichkeiten und Ziele die eigene berufliche Rolle umfasst. Aus Sicht der Autorin gehört es zu der Verantwortung der Pflegenden, entstandene Pflegefehler zu melden und diese transparent zu besprechen. So könnte in Zukunft besser aus ihnen gelernt werden, damit die Patient:innensicherheit gewährleistet und Schäden minimiert werden. Die fehlende Vertrauensbasis, eine bestehende Strafkultur und das rudimentäre Wissen über den Vorgang der Fehlermeldung könnten in vielen Krankenhäusern die Nutzung eines Fehlermeldesystems jedoch einschränken, weshalb dieselben Fehler immer wieder passieren. Ein Beispiel für die spärliche Nutzung eines Fehlermeldesystems ist die Umfrage von Cramer et al. (2014), in der nur 16% der Teilnehmenden aussagten, dass die Hälfte aller Fehler gemeldet würde. Es sollte möglichst in allen Krankenhäusern über die Nutzung und Funktion bestehender Fehlermeldesysteme aufgeklärt werden, um die Melderaten zu erhöhen. Diese sollten zusätzlich anonym genutzt werden können. Außerdem sollte die Strafkultur abgeschafft und die Transparenz im Umgang mit Fehlern erhöht werden. Im besten Fall werden in regelmäßigen Abständen die immer noch bestehenden Hürden einer Fehlermeldung evaluiert und mit den Pflegenden besprochen, um diese möglichst zu reduzieren. Die Umsetzung der Vorschläge würde die Pflegenden in der Ausführung und beim Erlangen ihres beruflichen Selbstverständnisses sicherlich unterstützen.

Weiterhin ist es von großer Relevanz zu wissen, welche Ursachen Fehler überhaupt haben können, um die Problematik von Grund auf angehen zu können. Als Hauptgründe für Fehler wurden vor allem eine hohe Arbeitsbelastung, Personalmangel und Überarbeitung genannt, aber auch mangelndes Wissen wurde als möglicher Faktor aufgeführt (Habermann & Cramer, 2013). In dem Review von Duarte et al. (2013) und der Studie von Recio-Saucedo et al. (2018) konnten ebenfalls ein Zusammenhang zwischen Arbeitsüberlastung und medizinischen Fehlern festgestellt werden. Es wurde betont, dass es zu wenig Pflegefachpersonal

für die übermäßige Arbeitslast gibt (Duarte et al., 2015). Auch Howell et al. (2015) kamen zu der Aussage, dass ein guter Personalschlüssel dazu beitrage, dass weniger Fälle, bei denen Patient:innen zu Schaden kommen, gemeldet werden. Jedoch ist kritisch zu betrachten, dass der Personalmangel als Ursache für UE und die damit einhergehende geminderte Pflegequalität nur in drei Studien oberflächlich beschrieben und in den übrigen Studien gar nicht erwähnt wurde. Zumal im theoretischen Hintergrund im Kapitel 2.1.1 im Gutachten von Greß & Stegmüller (2014) von einem engen Zusammenhang zwischen einer angemessenen Personalausstattung in der stationären Krankenhauspflege und einer qualitativ hochwertigen Versorgung die Rede war. Auch aufgrund der Aktualität des Personalmangels im Gesundheitswesen wäre es aus Sicht der Autorin angebracht, weitere Forschung zu betreiben.

Diese Arbeit führt zusammenfassend wichtige Aspekte verschiedener Studien zusammen, die belegen, dass Fehlermeldesysteme innerhalb vom Fehlermanagement einen positiven Einfluss auf die Versorgungsqualität haben.

5.2 Stärken und Limitationen

Die internationale Relevanz dieses Themas wird durch die Vielzahl der Länder, in denen Studien durchgeführt wurden, deutlich. Positiv ist zu erwähnen, dass drei der eingeschlossenen Studien (Cramer et al., 2014; Kalisch et al., 2014; Turunen et al., 2013) eine Stichprobe von über 500 Teilnehmenden hatten. Vorteilhaft ist auch, dass die Studien von Urquhart et al. (2018), Nilsson et al. (2018) über einen langen Zeitraum von vier und zehn Jahren durchgeführt wurden, sodass viele Daten erhoben und verglichen werden konnten.

Als kritisch zu werten ist, dass zwei Studien (Cramer et al., 2012; Cramer et al., 2014) mit Umfragen arbeiteten, innerhalb derer die Teilnehmenden aufgefordert wurden, retrospektiv Erinnerungen zu bestimmten Ereignissen anzugeben. Daher könnten einige Ergebnisse durch Erinnerungslücken der Pflegekräfte oder die zeitliche Distanz anders wiedergegeben worden sein als sie tatsächlich erlebt wurden.

Es wurden verschiedene Studienarten in die Arbeit einbezogen. Darunter retrospektive, quasi- experimentelle, explorative Querschnittsstudien und Mixed

Methods Studien. Teilweise führten diese Umfragen durch, die an Patient:innen, Pflegepersonal und Stationsleitungen und Expert:innen gerichtet waren. Zum Teil wurden innerhalb der Studien Patient:innenberichte und Fallberichte über einen längeren Zeitraum ausgewertet. Die Studien hatten teilweise unterschiedliche Herangehensweisen und Fragestellungen, die nicht unbedingt alle miteinander vergleichbar waren. Es war jedoch möglich, sie groben Themenbereichen zuzuordnen und somit einzubeziehen. Zusätzlich konzentrierten sich alle Studien auf das übergeordnete Thema der Sicherheit der Patient:innen und der Qualität der Versorgung.

Weiterhin ist zu beachten, dass die eingeschlossenen Studien und Artikel hauptsächlich aus dem Zeitraum zwischen 2013 und 2023 stammen und somit nicht älter als zehn Jahre sind, was sowohl positive als auch negative Aspekte hat. Einerseits werden aktuelle Daten geliefert, andererseits besteht die Möglichkeit, dass relevante Studien, die außerhalb dieses Zeitrahmens liegen, nicht berücksichtigt wurden. Zudem wurde das Jahreslimit ab 2013 aufgrund des Patient:innengesetzes, das 2013 in Deutschland in Kraft getreten ist, gewählt. Dies lässt sich nicht unbedingt auf die anderen Studien außerhalb Deutschlands übertragen. Des Weiteren bezieht sich die Arbeit vorrangig auf die Fehleridentifikation mittels der Fehlermeldesysteme und die Fehlerkommunikation innerhalb der stationären Akutpflege. Weitere Bestandteile des Fehlermanagements wurden eher oberflächlich behandelt. Eine weitere Beschränkung ist, dass die Literaturrecherche, die Auswahl der eingeschlossenen Studien und die Datenanalyse nur von einer Person durchgeführt wurden. Zudem könnte es einen Sprach-Bias geben, da nur Veröffentlichungen in englischer oder deutscher Sprache einbezogen wurden.

Die Arbeit konnte beweisen, dass das Fehlermanagement einen positiven Einfluss auf die Versorgungsqualität hat. Dies ist eine wichtige Erkenntnis für jegliche Einrichtungen des Gesundheitswesens. Außerdem konnte die Wichtigkeit eines offenen, transparenten Umgangs mit Fehlern innerhalb der pflegerischen Versorgung für die Patient:innensicherheit herausgestellt werden und welche Hindernisse dabei aus Sicht der Pflegenden bestehen. Die Arbeit dient somit als gute Grundlage für die Ableitung von Handlungsempfehlungen für die pflegerische Praxis. Es wurde zusätzlich deutlich, dass weitere Forschung, vor allem in Bezug

auf den Personalmangel und dessen Einfluss auf die Versorgungsqualität notwendig wäre.

6. Fazit

Diese Bachelorarbeit befasste sich mit der Frage, inwieweit das Fehlermanagement die Qualität der stationären Akutpflege beeinflusst.

In dieser Arbeit konnte aufgezeigt werden, welche die häufigsten UE in der stationären Versorgung sind, wodurch sie entstehen können und welche Folgen sie haben. Dabei wurde der Personalmangel von der Autorin besonders hervorgehoben, der von Studien zwar als Ursache von UE genannt, jedoch nicht näher behandelt wurde. Eine weitere wichtige Erkenntnis ist, dass einige Studien Fehlermeldesysteme, wie das GTT, CIRS, NRLS innerhalb des Fehlermanagements als besonders relevant und hilfreich hervorgehoben haben, um UE innerhalb der stationären Versorgung zu vermeiden und die Patient:innensicherheit gewährleisten zu können. Es wurden auch die END und die RRS als zusätzliche Systeme genannt, welche die Versorgungsqualität steigern. Es konnte in einigen Studien gezeigt werden, dass die Fehlerkultur in den Krankenhäusern noch zu wünschen übrig. Zudem lässt sich der Forschungsbedarf bezüglich des Personalmangels als Ursache für UE identifizieren.

Die Forschungsfrage lässt sich damit beantwortet werden, dass das Fehlermanagement ein wichtiger Bestandteil einer jeden Sicherheitskultur im Krankenhaus ist. Vor allem die Instrumente des Fehlermanagements, wie Fehlermeldesysteme tragen dazu bei, Fehler zu identifizieren, zu analysieren und zu kontrollieren, um sie in Zukunft vermeiden und die Patient:innensicherheit gewährleisten zu können. Um aus Fehlern lernen zu können müssen diese allerdings gemeldet werden. Für eine effektive Umsetzung ist es erforderlich, dass ein anonymes und sanktionsfreies Meldesystem für Fehler im jeweiligen Krankenhaus etabliert ist. Im Anschluss an einen Fehler muss es zusätzlich möglich sein, diesen in einem vertrauenswürdigem Umfeld, ohne jegliche Schuldzuweisungen besprechen zu können. Um diese Rahmenbedingungen zu schaffen, ist vielerorts noch viel Veränderung und Arbeit notwendig.

Literaturverzeichnis

Ahrens, J. (2020). *Klinische Behandlungspfade als Instrument zur Unterstützung des Qualitäts- und Risikomanagements*. In W. Zapp (Hrsg.), *Qualitäts- und Risikomanagement im Krankenhaus: Analyse – Verfahren – Anwendungsbeispiele* (S. 1-53). Springer Fachmedien. <https://doi.org/10.1007/978-3-658-31491-0>.
Abgerufen von: <https://link.springer.com/content/pdf/10.1007/978-3-658-31491-0.pdf> [10.04.2023]

Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin. (2021). *Definitionen und Klassifikation zur Patientensicherheit- Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin*. Definitionen und Klassifikation zur Patientensicherheit. Abgerufen von: <https://www.aeqz.de/patientensicherheit/definition-ps> [25.04.2023]

Athié-Gutiérrez, C., & Dubón-Peniche, M. C. (2020). *Ethical evaluation of medical errors and the patient's safety*. *Cirugia Y Cirujanos*, 88(2), 219–232. Abgerufen von: https://www.cirugiyacirujanos.com/files/es/circir_uk_20_88_2_216-229.pdf [13.01.2023]

Bucher, M. (2017). *Strukturiertes klinisches Risikomanagement*. Pschyrembel Online. Abgerufen von: <https://www.pschyrembel.de/Risikomanagement%2C%20strukturiertes%20klinisches/K01BM/doc/> [11.04.2023]

Bundesministerium für Gesundheit. (2017). *Krankenhausstrukturgesetz (KHSG)*. Bundesministerium für Gesundheit. Abgerufen von: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/begriffe-von-a-z/k/krankenhausstrukturgesetz-khsg.html> [25.04.2023]

Bundesgesetzblatt. (2013). Gesetz zur Verbesserung der Rechte von Patientinnen und Patienten. *Bundesgesetzblatt Teil I*, 9, 277. Abgerufen von: https://www.bgbl.de/xaver/bgbl/start.xav?startbk=Bundesanzeiger_BGBI&bk=Bundesanzeiger_BGBI&start=/*%5B@attr_id=%27bgbl113s0277.pdf%27%5D#__bgbl__%2F%2F*%5B%40attr_id%3D%27bgbl113s0277.pdf%27%5D__1682426191764 [25.04.2023]

Cramer H, Foraita R, Habermann M (2012). Pflegefehler und die Folgen. Ergebnisse einer Befragung von Pflegenden in stationären Versorgungseinrichtungen. *Pflege* 25(4), 245–259. Abgerufen von: <https://econtent.hogrefe.com/doi/epdf/10.1024/1012-5302/a000213> [13.04.2023]

Cramer, H., Foraita, R., & Habermann, M. (2014). Fehlermeldungen aus Sicht stationär Pflegender: Ergebnisse einer Befragung in Pflegeheimen und Krankenhäusern. *Das Gesundheitswesen*, 486–493. <https://doi.org/10.1055/s-0033-1361113>. Abgerufen von: <https://bit.ly/3ONTKlK> [13.04.2023]

Duarte, S. da C. M., Stipp, M. A. C., Silva, M. M. da, & Oliveira, F. T. de. (2015). Adverse events and safety in nursing care. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 68, 144–154. <https://doi.org/10.1590/0034-7167.2015680120p>. Abgerufen von: <https://www.scielo.br/j/reben/a/mBxyRmzXxjVYbDQZfg7phyj/?format=pdf&lang=en> [12.04.2023]

Ertl-Wagner, B., Steinbrucker, S., & Wagner, B. C. (2013). Modelle des Qualitätsmanagements. In B. Ertl-Wagner, S. Steinbrucker, & B. C. Wagner (Hrsg.), *Qualitätsmanagement und Zertifizierung: Praktische Umsetzung in Krankenhäusern, Reha-Kliniken, stationären Pflegeeinrichtungen* (S. 29–72). Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-642-25316-4_3. Abgerufen von: https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-3-642-25316-4_3 [14.04.2023]

Gemeinsamer Bundesausschuss. (2020). *Qualitätsmanagement-Richtlinie/QM-RL*. Abgerufen von: https://www.g-ba.de/downloads/62-492-2309/QM-RL_2020-09-17_iK-2020-12-09.pdf [13.04.2023]

Greß, S. & Stegmüller, R. (2014). *Personalbemessung und Vergütungsstrukturen in der stationären Versorgung. Gutachterliche Stellungnahme für die Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft (ver.di)*. Abgerufen von: <https://gesundheit-soziales-bildung.verdi.de/++file++58307761e58deb0c2cad86da/download/Gutachten%20Gre%C3%9F%20Stegm%C3%BCller.pdf>

Gronemeyer, D. S. (2021). *Pressekonferenz Medizinischer Dienst stellt Jahresstatistik 2021 zur Behandlungsfehlerbegutachtung vor*. Abgerufen von: https://md-bund.de/fileadmin/dokumente/Pressemitteilungen/2022/2022_06_30/22_06_30_PK_BHF_Statement_Gronemeyer.pdf [15.04.2023]

Habermann M & Cramer H (2013). *Pflegefehler, Fehlerkultur und Fehlermanagement in stationären Versorgungseinrichtungen*. In J. Borgwart & K. Kolpatzik (Hrsg.). Abschlussbericht für ein Teilprojekt des Pflegeforschungsverbundes Nord. ZePB-Zentrum für Pflegeforschung und Beratung, Bremen 2007–2009. Abgerufen von: <https://link.springer.com/book/10.1007/978-3-642-12623-9> [15.04.2023]

Halfon, P., Staines, A., & Burnand, B. (2017). Adverse events related to hospital care: A retrospective medical records review in a Swiss hospital. *International Journal for Quality in Health Care*, 29(4), 527–533. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzx061>. Abgerufen von: <https://academic.oup.com/intqhc/article/29/4/527/3861696?login=true> [10.04.2023]

Hampel, E., & Palle, C. (2015). *Fehler in der pflegerischen Versorgung* (S. 182–189). Abgerufen von: https://www.researchgate.net/profile/Eva-Hampel-4/publication/284717415_Fehler_in_der_pflegerischen_Versorgung/links/60660c5ca6fdccad3f6638cc/Fehler-in-der-pflegerischen-Versorgung.pdf [10.04.2023]

Hensen, P. (2019). Entwicklung und Grundlagen des Qualitätsmanagements. In P. Hensen (Hrsg.), *Qualitätsmanagement im Gesundheitswesen: Grundlagen für Studium und Praxis* (S. 41–77). Springer Fachmedien. https://doi.org/10.1007/978-3-658-25913-6_2. Abgerufen von: https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-3-658-25913-6_2 [15.04.2023]

Hensen, P. (2022). Anforderungen und Modelle des Qualitätsmanagements. In P. Hensen (Hrsg.), *Qualitätsmanagement im Gesundheitswesen: Grundlagen für Studium und Praxis* (S. 117–156). Springer Fachmedien. https://doi.org/10.1007/978-3-658-38299-5_4. Abgerufen von: https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-3-658-38299-5_4 [15.04.2023]

Hillman, K. M., Lilford, R., & Braithwaite, J. (2014). Patient safety and rapid response systems. *Medical Journal of Australia*, 201(11), 654–656. <https://doi.org/10.5694/mja14.01260>. Abgerufen von: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.5694/mja14.01260> [12.04.2023]

Hoffmann, B., & Rohe, J. (2010). *Patientensicherheit und Fehlermanagement*. Deutsches Ärzteblatt. Abgerufen von: <https://www.aerzteblatt.de/archiv/67632/Patientensicherheit-und-Fehlermanagement> [24.04.2023]

Howell, A.-M., Burns, E. M., Bouras, G., Donaldson, L. J., Athanasiou, T., & Darzi, A. (2015). Can Patient Safety Incident Reports Be Used to Compare Hospital Safety? Results from a Quantitative Analysis of the English National Reporting and Learning System Data. *PLOS ONE*, 10(12), 1–15. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0144107>. Abgerufen von: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4674095/pdf/pone.0144107.pdf> [15.04.2023]

Institute of Medicine. (2000). *To Err Is Human: Building a Safer Health System*. Washington, DC: The National Academies Press. <https://doi.org/10.17226/9728>.

Abgerufen von:

https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK225182/pdf/Bookshelf_NBK225182.pdf
[26.04.2023]

Kalisch, B. J., Xie, B., & Dabney, B. W. (2014). Patient-Reported Missed Nursing Care Correlated With Adverse Events. *American Journal of Medical Quality*, 29(5), 415–422. <https://doi.org/10.1177/1062860613501715>. Abgerufen von:

<https://journals.sagepub.com/doi/epub/10.1177/1062860613501715> [10.04.2023]

Kassenärztliche Bundesvereinigung. (2022a). *Risiko- und Fehlermanagement*.

Kassenärztliche Bundesvereinigung. Abgerufen von:

<https://www.kbv.de/html/qualitaetsmanagement.php> [10.04.2023]

Kassenärztliche Bundesvereinigung. (2022b). *Qualitätsmanagement (QM)*.

Kassenärztliche Bundesvereinigung. Abgerufen

von: <https://www.kbv.de/html/qualitaetsmanagement.php> [10.04.2023]

Kirchner, H., & Dreinhöfer, K. (2016). *Fehlermanagement*. Pschyrembel online.

Abgerufen von: <https://www.pschyrembel.de/fehlermanagement/T01LV/doc/>

[15.04.2023]

Kuske, S., Willmeroth, T., Schneider, J., Belibasakis, S., Roes, M., Borgmann, S.

O., & Cartes Febrero, M. I. (2022). Indicators for implementation outcome monitoring of reporting and learning systems in hospitals: An underestimated need for patient safety. *BMJ Open Quality*, 11(2), e001741.

<https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-001741>. Abgerufen von:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9016397/pdf/bmjopen-2021-001741.pdf> [12.04.2023]

Kocks, A., Stolz, R., Feuchtinger, J., Eberl, I., & Tuschy, S. (2014). Pflege, Patientensicherheit und die Erfassung pflegesensitiver Ergebnisse in deutschen Krankenhäusern. *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen*, 108, 18–24. <https://doi.org/10.1016/j.zefq.2014.01.030>.

Abgerufen von:

<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1865921714000312>

[12.04.2023]

Latzke, M., Schiffinger, M., & Steyrer, J. (2014). Der Einfluss eines anonymen Fehlermeldesystems auf das organisationale Lernen und die Häufigkeit von Behandlungsfehlern. *Schmalenbachs Zeitschrift für betriebswirtschaftliche Forschung*, 66(2), 120–146. <https://doi.org/10.1007/BF03372894>. Abgerufen von:

<https://link.springer.com/article/10.1007/BF03372894> [11.04.2023]

McCarthy, B., Fitzgerald, S., O’Shea, M., Condon, C., Hartnett-Collins, G., Clancy, M., Sheehy, A., Denieffe, S., Bergin, M., & Savage, E. (2019). Electronic nursing documentation interventions to promote or improve patient safety and quality care: A systematic review. *Journal of Nursing Management*, 27(3), 491–501.

<https://doi.org/10.1111/jonm.12727>. Abgerufen von:

<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/jonm.12727> [12.04.2023]

Mull, H. J., Brennan, C. W., Folkes, T., Hermos, J., Chan, J., Rosen, A. K., & Simon, S. R. (2015). Identifying Previously Undetected Harm: Piloting the Institute for Healthcare Improvement’s Global Trigger Tool in the Veterans Health Administration. *Quality Management in Health Care*, 24(3), 140–146.

<https://doi.org/10.1097/QMH.0000000000000060>. Abgerufen von:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4570496/pdf/nihms719238.pdf>

[10.04.2023]

Niemeijer, V. C. (2020). *Risikomanagement im Gesundheitswesen – Analyse von zwei ausgewählten Verfahren: Critical Incident Reporting System (CIRS) und Global Trigger Tool (GTT)*. In W. Zapp (Hrsg.), *Qualitäts- und Risikomanagement im Krankenhaus: Analyse – Verfahren – Anwendungsbeispiele* (S. 59-119).

Springer Fachmedien. <https://doi.org/10.1007/978-3-658-31491-0>. Abgerufen von: <https://link.springer.com/content/pdf/10.1007/978-3-658-31491-0.pdf> [10.04.2023]

Petzina, R., & Wehkamp, K. (2022). *Qualitätsmanagement und Qualitätssicherung im Gesundheitswesen*. In R. Haring (Hrsg.), *Gesundheitswissenschaften* (S. 831–846). Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-662-65219-0_65. Abgerufen von: https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-3-662-65219-0_65 [15.04.2023]

Nilsson, L., Borgstedt-Risberg, M., Soop, M., Nylén, U., Ålenius, C., & Rutberg, H. (2018). Incidence of adverse events in Sweden during 2013–2016: A cohort study describing the implementation of a national trigger tool. *BMJ Open*, 8(3), 1–8.

<https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-020833>. Abgerufen von: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5884347/pdf/bmjopen-2017-020833.pdf> [10.04.2023]

Recio-Saucedo, A., Dall'Ora, C., Maruotti, A., Ball, J., Briggs, J., Meredith, P., Redfern, O. C., Kovacs, C., Prytherch, D., Smith, G. B., & Griffiths, P. (2018). What impact does nursing care left undone have on patient outcomes? Review of the literature. *Journal of Clinical Nursing*, 27(11–12), 2248–2259.

<https://doi.org/10.1111/jocn.14058>. Abgerufen von: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6001747/pdf/JOCN-27-2248.pdf> [11.04.2023]

Riedel, R., & Schmieder, A. (2014). *Einführung von Risikomanagement und CIRS im Krankenhaus als ökonomische Aufgabe anhand eines praktischen Beispiels*. In W. Merkle (Hrsg.), *Risikomanagement und Fehlervermeidung im Krankenhaus* Springer (S. 174-183). Berlin Heidelberg. <https://doi.org/10.1007/978-3-642-38045-7>. Abgerufen von: <https://link.springer.com/content/pdf/10.1007/978-3-642-38045-7.pdf> [15.04.2023]

Schwendimann, R., Blatter, C., Dhaini, S., Simon, M., & Ausserhofer, D. (2018). The occurrence, types, consequences and preventability of in-hospital adverse events – a scoping review. *BMC Health Services Research*, 18(1), 521. <https://doi.org/10.1186/s12913-018-3335-z>. Abgerufen von: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6032777/pdf/12913_2018_Article_3335.pdf [12.04.2023]

Siller, H. (2019). *Fehler- und Risikomanagement*. In J. Stierle, H. Siller, M. Fiedler, & S. Ortner (Hrsg.), *Handbuch Strategisches Krankenhausmanagement* (S. 669–699). Springer Fachmedien. https://doi.org/10.1007/978-3-658-13646-8_32. Abgerufen von: https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-3-658-13646-8_32 [12.04.2023]

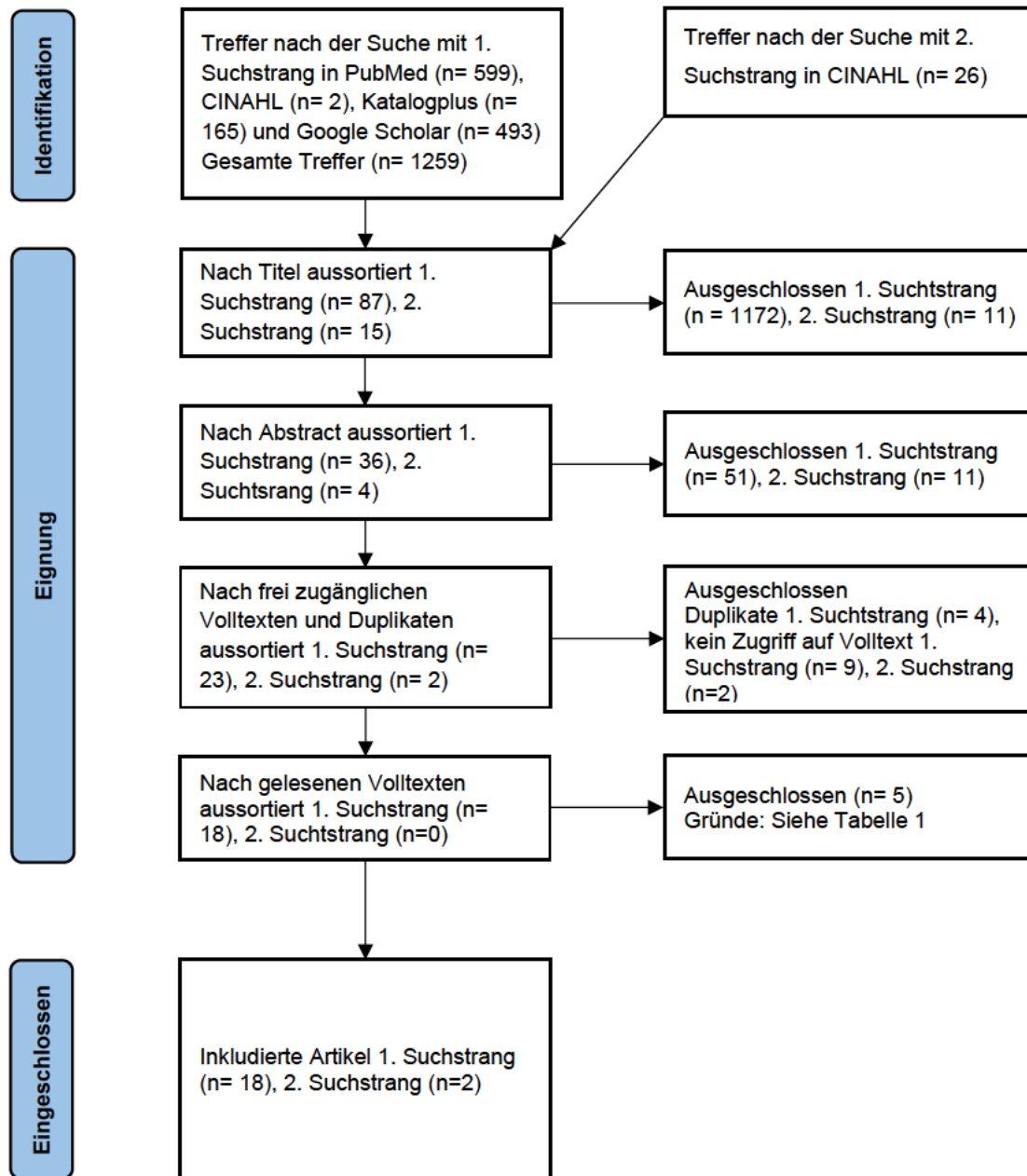
Turunen, H., Partanen, P., Kvist, T., Miettinen, M., & Vehviläinen-Julkunen, K. (2013). Patient safety culture in acute care: A web-based survey of nurse managers' and registered nurses' views in four Finnish hospitals. *International Journal of Nursing Practice*, 19(6), 609–617. <https://doi.org/10.1111/ijn.12112>. Abgerufen von: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/ijn.12112> [12.04.2023]

Urquhart, A., Yardley, S., Thomas, E., Donaldson, L., & Carson-Stevens, A. (2021). Learning from patient safety incidents involving acutely sick adults in hospital assessment units in England and Wales: A mixed methods analysis for quality improvement. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 114(12), 563–574. <https://doi.org/10.1177/01410768211032589>. Abgerufen von: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8722780/pdf/10.1177_01410768211032589.pdf [14.04.2023]

Anhangsverzeichnis

Anhang 1: Suchstrang eins und zwei PRISMA 2020 flow diagram (eigene Darstellung)	A1
Anhang 2: Beispielhafte kritische Beurteilung einer Kohortenstudie	A2
Anhang 3: Übersichtliche Darstellung der einbezogenen Studien (eigene Darstellung)	A5

Anhang 1: Suchstrang eins und zwei PRISMA 2020 flow diagram (eigene Darstellung)



Anhang 2: Beispielhafte kritische Beurteilung einer Kohortenstudie

Quelle: Nilsson, L., Borgstedt-Risberg, M., Soop, M., Nylén, U., Ålenius, C., & Rutberg, H. (2018). Incidence of adverse events in Sweden during 2013–2016: A cohort study describing the implementation of a national trigger tool. *BMJ Open*, 8(3), 1–8. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-020833>

STROBE Statement—Checklist of items that should be included in reports of *cohort studies*

	Item No	Recommendation	Page No
Title and abstract	1	(a) Indicate the study's design with a commonly used term in the title or the abstract	Ja, S. 1
		(b) Provide in the abstract an informative and balanced summary of what was done and what was found	Ja, S. 1
Introduction			
Background/rationale	2	Explain the scientific background and rationale for the investigation being reported	Ja, S. 1
Objectives	3	State specific objectives, including any prespecified hypotheses	Ja, S. 1
Methods			
Study design	4	Present key elements of study design early in the paper	Ja, S. 1-2
Setting	5	Describe the setting, locations, and relevant dates, including periods of recruitment, exposure, follow-up, and data collection	Ja, S. 2
Participants	6	(a) Give the eligibility criteria, and the sources and methods of selection of participants. Describe methods of follow-up	Ja, S. 2
		(b) For matched studies, give matching criteria and number of exposed and unexposed	Nein
Variables	7	Clearly define all outcomes, exposures, predictors, potential confounders, and effect modifiers. Give diagnostic criteria, if applicable	Ja, S. 3-5
Data sources/measurement	8*	For each variable of interest, give sources of data and details of methods of assessment (measurement). Describe comparability of assessment methods if there is more than one group	Ja, S. 3-5
Bias	9	Describe any efforts to address potential sources of bias	Ja, S. 6
Study size	10	Explain how the study size was arrived at	Ja, S. 2

Quantitative variables	11	Explain how quantitative variables were handled in the analyses. If applicable, describe which groupings were chosen and why	Nein
Statistical methods	12	(a) Describe all statistical methods, including those used to control for confounding	Ja, S. 3-5
		(b) Describe any methods used to examine subgroups and interactions	Ja, S. 3-5
		© Explain how missing data were addressed	Nein
		(d) If applicable, explain how loss to follow-up was addressed	Nein
		(e) Describe any sensitivity analyses	Nein
Results			
Participants	13*	(a) Report numbers of individuals at each stage of study—eg numbers potentially eligible, examined for eligibility, confirmed eligible, included in the study, completing follow-up, and analysed	Ja, S. 2
		(b) Give reasons for non-participation at each stage	Nein
		© Consider use of a flow diagram	Nein
Descriptive data	14*	(a) Give characteristics of study participants (eg demographic, clinical, social) and information on exposures and potential confounders	Ja, S. 3-4
		(b) Indicate number of participants with missing data for each variable of interest	Nein
		© Summarise follow-up time (eg, average and total amount)	Nein
Outcome data	15*	Report numbers of outcome events or summary measures over time	Ja, S. 3-5
Main results	16	(a) Give unadjusted estimates and, if applicable, confounder-adjusted estimates and their precision (eg, 95% confidence interval). Make clear which confounders were adjusted for and why they were included	Nein
		(b) Report category boundaries when continuous variables were categorized	Ja, S. 2
		© If relevant, consider translating estimates of relative risk into absolute risk for a meaningful time period	Nein

Other analyses	17	Report other analyses done—eg analyses of subgroups and interactions, and sensitivity analyses	Nein
Discussion			
Key results	18	Summarise key results with reference to study objectives	Ja, S. 6
Limitations	19	Discuss limitations of the study, taking into account sources of potential bias or imprecision. Discuss both direction and magnitude of any potential bias	Ja, S. 6
Interpretation	20	Give a cautious overall interpretation of results considering objectives, limitations, multiplicity of analyses, results from similar studies, and other relevant evidence	A, S. 6-7
Generalisability	21	Discuss the generalisability (external validity) of the study results	Ja, S. 6
Other information			
Funding	22	Give the source of funding and the role of the funders for the present study and, if applicable, for the original study on which the present article is based	Ja, S. 7

*Give information separately for exposed and unexposed groups.

Anhang 3: Übersichtliche Darstellung der einbezogenen Studien (eigene Darstellung)

Autor:innen/ Jahr	Studien- design	Stichprobe	Ergebnisse	Land
Cramer et al. (2014)	Querschnitts- studie	1100 Pflegende	Viele Hindernisse, die einer Fehlermeldung entgegenstehen. Diese müssen abgebaut werden, um UE verhindern zu können.	Deutsch- land
Turunen et al. (2013)	Baseline Studie	723 Pflegende und 109 Stations- leitungen	Pflegende und Stationsleitungen bewerten den Zustand der patient:innensicherheit kritisch. Pflegende gaben Sanktionen nach UE als einschüchternd an. Leitungen müssen versuchen, Arbeitsumfeld angenehmer zu gestalten	Finnland
Schwendimann et al. (2018)	Scoping Review	25 Studien	Häufigste UE: operationsbedingt, medikamentenbedingt und nosokomiale Infektionen	Schweiz
Recio-Saucedo et al. (2018)	Systematisches Review	14 Studien	Die Begrenzung von Pflegeversäumnissen könnte die Patient:innensicherheit- und zufriedenheit erhöhen. Die Versorgung ist suboptimal, wenn die Personalausstattung unzureichend ist	England
Kalisch et al. (2014)	Querschnitts- studie	729 Patient:innen	Aus Sicht der Patient:innen am häufigsten versäumt worden: Mundpflege, Umpositionierung, Mobilisation aus Bett in einen Stuhl und fehlende Informationen über Testergebnisse und Behandlungsverfahren. Häufigste UE: operative/chirurgische	Amerika

			Ereignisse, Medikationsfehler, nosokomiale Infektionen und allergische Reaktionen	
Urquhart et al. (2021)	Retrospektive mixed methods Studie	377 Schadens- berichte	Häufigste UE: Medikationsfehler, Überwachungsfehler und Diagnostikfehler. Versäumnis, eine Verschlechterung des Zustands der Patient:innen zu erkennen oder darauf zu reagieren → Hauptursache für Todesfälle	England
Hampel und Palle (2015)	Artikel	-	UE bei Koordination & Kooperation mit anderen Berufsgruppen, Pflegedokumentation, Kommunikation mit Patient:innen, sowie Gewalt und Missachtung, Mitarbeit bei ärztlicher Diagnostik und Therapie und Medikationsfehler	Deutsch- land
Halfon et al. (2017)	Zweistufige retrospektive Studie	1007 Patient:innenfälle	Häufigste UE: Medikationsfehler, operationsbedingt. Knapp die Hälfte der in ihrer Studie identifizierten UE sind vermeidbar	Schweiz
Mull et al. (2015)	Pilotstudie	288 Patient:innen- akten	GTT identifizierte bisher unentdeckte UE → Qualitätsverbesserung	Amerika
Habermann und Cramer (2013)	Teilstrukturierte Interviews	18 Pflegende	Fehlerursachen: hoher Arbeitsanfall, Personalmangel, Überarbeitung und Wissensmangel	Deutsch- land
Duarte et al. (2015)	Integratives Review	21 Studien	Meldung von UE verbessert Versorgungsqualität, Pflegende brauchen besseres Verständnis dafür, sanktionsfreie Fehlermeldungen heben Meldequote	Brasilien

Cramer et al. (2012)	Querschnittsstudie	1148 Pflegende	Häufigste Fehlerfolgen: Bedauern, Aufregung, Stress, Verärgerung, Scham. Hälfte der Befragten lernten aus dem Fehler oder sind persönlich daran gewachsen	Deutschland
Nilsson et al. (2018)	Kohortenstudie	64.917 Patient:innenfälle	GTT senkte nachweislich die Rate von UE	Schweden
Latzke et al. (2014)	Quasi-experimentelle Studie	276 Pflegende und Ärzt:innen	CIRS trägt sowohl direkt als auch indirekt über das organisationale Lernen zur Fehlerreduktion bei	Österreich
Kuske et al. (2022)	Explorative Querschnitts Online-Umfrage	51 Expert:innen aus Akutkrankenhäusern	NRLS verhilft zur Verringerung von schädlichen, unerwünschten Ereignissen. Sanktionen im Anschluss an UE verringern Fehlermeldequoten	Deutschland
Howell et al. (2015)	Mixed methods Studie	Rund 6 Millionen Schadensberichte	Patient:innensicherheitsberichte → nützliches Instrument für Verbesserung der Patient:innensicherheit und Versorgungsqualität, mehr Personal=weniger Schadensfälle, vertrauensvolles und sanktionsfreies Umfeld erhöhen Meldequote	England
Ertl-Wagner et al. (2013)	Artikel	-	Vertrauen der Pflegenden in Meldesystem ist sehr wichtig, Anonymität muss gewahrt werden. Nur so wird ein Meldesystem genutzt und somit die Fehlerrate reduziert	Deutschland
McCarthy et al. (2019)	Systematisches Review	Sechs Studien	END-Maßnahmen können Dokumentationsfehler, Stürze und Infektionen verringern und die Qualität der	Irland

			Dokumentation zu verbessern	
Hillman et al. (2014)	Artikel	-	RRSs wirksam, um Patient:innensicherheit zu erhöhen und die Mortalitäts- und Herzstillstandsraten in Akutkrankenhäusern weltweit zu senken.	Australien
Guttman et al. (2019)	Artikel	-	Nach dem EMT sind Fehler natürlicher Bestandteil jedes Systems. EMT fördert das Bewusstsein für Fehlerursachen und -arten, um sie effektiv erkennen zu können	Amerika

Eidesstaatliche Erklärung

Hiermit versichere ich, dass ich die vorliegende Bachelorarbeit mit dem Titel: *Inwieweit beeinflusst das Fehlermanagement die Qualität der stationären Akutpflege?* ohne fremde Hilfe selbständig verfasst und nur die angegebenen Hilfsmittel benutzt habe. Wörtlich oder dem Sinn nach aus anderen Werken entnommene Stellen sind unter Angabe der Quelle kenntlich gemacht.

Hamburg, den 02.06.2023,

Clara Irina Falk

