



Universität Regensburg

Institut für Pädagogik

Lehrstuhl Prof. Dr. Regina Mulder

**LERNEN AUS FEHLERN IM BEREICH
KRANKENHÄUSLICHER PFLEGE
ERGEBNISSE EINER EXPERTENBEFRAGUNG**

Johannes Bauer & Regina H. Mulder

Universität Regensburg

Institut für Pädagogik

Bauer, J. & Mulder, R. H. (2005). *Lernen aus Fehlern im Bereich krankenhäuslicher Pflege. Ergebnisse einer Expertenbefragung* (Forschungsbericht Nr. 1). Universität Regensburg, Lehrstuhl für Pädagogik II.

© Johannes Bauer, 2005
Universität Regensburg
Institut für Pädagogik
Lehrstuhl Prof. Dr. Regina Mulder
93040 Regensburg
e-Mail: johannes1.bauer@paedagogik.uni-regensburg.de
Tel: 0941 / 943 - 37 90; Fax: 0941 / 943 - 43 69

1 Lernen aus Fehlern im Gesundheitsbereich	2
2 Ergebnisse einer Expertenbefragung im krankenhäuslichen Pflegebereich.....	3
2.1 Ziele der Befragung.....	3
2.2 Stichprobe	4
2.3 Ergebnisse.....	5
2.3.1 Veränderungen im Arbeitsalltag.....	5
2.3.2 Fallbeispiele für regel- und missensbasierte Fehler.....	6
2.3.3 Notwendige Lernaktivitäten	9
3 Ausblick	11
Literatur	12
Dank.....	12

1 Lernen aus Fehlern im Gesundheitsbereich

Fehler sind im Gesundheitsbereich ein besonders heikles Thema. Dies einerseits aufgrund des Anspruchs, dass medizinische und pflegerische Dienstleistungen professionell und unter Einhaltung höchster Qualitätskriterien zu erbringen sind; andererseits aufgrund der Tatsache, dass Fehler in Behandlung und Pflege potentiell zu schwerwiegenden Beeinträchtigungen der Gesundheit des schutzbefohlenen Patienten führen können. Ein Patient befindet sich subjektiv und objektiv in einer Notsituation, in der er oder sie ein besonderes Schutzbedürfnis hat. Deshalb gilt es, diesen Schutz mit allen zur Verfügung stehenden Mitteln zu gewährleisten und die Vertrauensbasis zwischen Patient, behandelndem Arzt und pflegerisch tätigen Personen aufrecht zu erhalten (Jonitz, 2005). Dennoch lässt sich aus solchen Forderungen aus logischen und praktischen Gründen nicht ableiten, dass Behandlungs- und Pflegefehler im Alltag der Gesundheitsversorgung nicht auftreten. Menschliches Handeln scheint aus prinzipiellen Gründen anfällig für Fehler und Fehlhandlungen zu sein. In jüngster Zeit häufen sich deshalb im Gesundheitsbereich unter den Stichworten Patientensicherheit, Fehlermanagement oder Fehlerkultur Forderungen nach einem konstruktiven und lernorientierten Umgang mit Fehlern (z. B. Jonitz, 2005; Kron, 2005; Schrappe, 2005). Die genannten Konzepte implizieren in der Regel folgende Punkte: (1) Die Anerkennung, dass Fehler auch in hochgradig gegen Fehler gesicherten Systemen immer wieder auftreten können; (2) einen nicht schuldorientierten Ansatz, in dem im Fall eines Fehlers das primäre Ziel nicht die Identifizierung und Sanktionierung „Schuldiger“ ist, sondern versucht wird, die negativen Auswirkungen eines Fehlers möglichst schnell einzudämmen und zu beseitigen (Fehlermanagement); (3) die Überzeugung, dass solche Fehler – auch wenn sie unerwünscht und zu vermeiden sind – zu Verbesserungen und Lernprozessen führen können. Entsprechend wurden Methoden und Leitfäden zum Thema Patientensicherheit und zum Fehler- und Risikomanagement entwickelt (z. B. Holzer, Thomeczek, Hauke, Cohnen & Hochreutener, 2005). Verschiedene Organisationen und Gruppierungen haben einen Schwerpunkt auf dieses Thema gelegt (z. B. „Deutsches Netz Gesundheitsfördernder Krankenhäuser“ DNGFK; „Zentralstelle der Deutschen Ärzteschaft zur Qualitätssicherung in der Medizin“ ÄZQ; „Stiftung für Patientensicherheit“).

Insgesamt herrscht in dieser Debatte eine Perspektive vor, die Lernen aus Fehlern aus Sicht der Organisations- und Arbeitsplatzgestaltung analysiert. Im Sinn des Qualitätsmanagements und der Patientensicherheit dürfte jedoch eine Strategie notwendig sein, die Fehler sowohl in Hinsicht auf Veränderungsbedarf in der Organisation analysiert als auch die Frage einbezieht, welches Potential Lernen aus Fehlern für die Kompetenzentwicklung und zukünftige Fehlervermeidung einzelner Beschäftigter hat. Für den letzteren Aspekt fehlen jedoch weitestgehend empirische Forschungsergebnisse. Offene Fragen sind dabei, (1) ob aus allen Fehlern gleichermaßen gelernt werden kann, oder ob verschiedene Fehlertypen zu unterscheiden sind, (2) in welche Lernaktivitäten sich eine Person engagieren muss, um aus einer Fehlersituation zu lernen, (3) zu welchen Wissensbeständen solches Lernen beiträgt (4) welche Rahmenbedingungen an einem Arbeitsplatz – sowohl in sozialer als auch in technisch-organisationaler Hinsicht – es Beschäftigten erleichtern, aus Fehlern zu lernen, und (5) wie und unter welchen Bedingungen sich solches Lernen in verän-

derem Verhalten und in der zukünftigen Vermeidung gleicher oder ähnlicher Fehler niederschlägt.

Am Institut für Pädagogik der Universität Regensburg läuft derzeit ein Forschungsprojekt, das zur Klärung dieser Fragen beitragen soll. Ziel des Projekts ist es, herauszuarbeiten, unter welchen Bedingungen im Bereich krankenhäuslicher Pflege Lernen aus Fehlern am Arbeitsplatz gefördert wird. Dabei muss einerseits auf die Person fokussiert werden, die sich aktiv mit der Fehlersituation auseinandersetzt, andererseits muss aber auch der Arbeitskontext berücksichtigt werden, der ein solches Lernen begünstigt oder erschwert. Lernaktivitäten können dabei sowohl individuell ablaufen – z. B. durch Reflexion über einen Vorfall – als auch kooperativ – z. B. durch den Austausch mit Kolleginnen und Kollegen. Sie zielen somit auf eine Verbesserung individueller Handlungskompetenz wie auch auf eine Nutzbarmachung auf Ebene der Arbeitsgruppe bzw. Organisation. Ziel der Untersuchung ist die Klärung der Frage, in welchem Ausmaß die individuelle Einstellung Beschäftigter gegenüber Fehlern und das Engagement in Lernaktivitäten als Reaktion auf eine Fehlhandlung mit Einflüssen im Arbeitskontext zusammenhängen. Dabei wird die Qualität sozialer Beziehungen zu Vorgesetzten und Kolleg/innen beleuchtet, ob in einem Arbeitsteam im Fall eines Fehlers eher eine Orientierung auf Schuldzuweisungen oder auf eine Lösung des Problems erfolgt und schließlich, welche Rolle Arbeitsintensität und Tätigkeitsspielraum spielen. Die Untersuchung fokussiert auf den Pflegebereich, weil Pflegende in ihrem täglichen Arbeitshandeln bedeutsam zur Dienstleistungsqualität in Krankenhäusern beitragen. Der Aufbau einer Kultur, die einen lernförderlichen Umgang mit Fehlern fördert, ist in diesem Bereich unter der Zielsetzung einer Verbesserung der Patientensicherheit ein praktisch bedeutsames Thema. Das Projekt will hierzu einen Beitrag leisten, indem es relevante Einflussfaktoren im Arbeitsalltag aufdeckt, die mit dem Engagement in fehlerbezogene Lernaktivitäten in Zusammenhang stehen.

2 Ergebnisse einer Expertenbefragung im krankenhäuslichen Pflegebereich

2.1 Ziele der Befragung

Im Rahmen des oben beschriebenen Projektes wurde eine explorative Expertenbefragung in Form eines Leitfadeninterviews durchgeführt, die folgende Zielsetzungen verfolgte:

1. Es sollte analysiert werden, welche Rolle Veränderungen im pflegerischen Arbeitsalltag spielen. Dies erfolgte unter der Annahme, dass Fehler und Lernen aus Fehlern in Arbeitsumfeldern, die sich schnell und häufig ändern eine besondere Relevanz haben. Dabei spielt auch die Notwendigkeit, selbständig Entscheidungen zu treffen eine Rolle.
2. Es sollten beispielhafte Fehler herausgearbeitet werden, die im Pflegebereich als relevant erachtet werden. Dabei wurde auf solche Fehler fokussiert, die auf dem bewussten Treffen von Entscheidungen, der Einschätzung von Situationen und Defiziten im Wissensstand beruhen („regel- und wissensbasierte Fehler“; RWF). Ein Beispiel für einen RWF ist, wenn das Dekubitus-Risiko für einen Patienten nicht richtig eingeschätzt und deshalb nicht rechtzeitig und intensiv genug eingegriffen wird. Diese Fehler stehen im Gegensatz zu solchen, bei denen die

Fehlerursache in Aufmerksamkeits- und Gedächtnisvorgängen liegt, die nicht willentlich gesteuert werden können („Ausrutscher und Aussetzer“; AA). Ein Beispiel in diesem Bereich wäre die Verwechslung eines Medikaments. Es wurde vorausgesetzt, dass individuelles Lernen aus Fehlern nur bei RWF erfolgen kann, weil hier im Gegensatz zu AA die Möglichkeit einer bewussten Einflussnahme gegeben ist.

3. Es sollte heraus gearbeitet werden, welche Lernaktivitäten im Anschluss an einen Fehler als notwendig erachtet werden, um gleiche oder ähnliche Fehler in Zukunft vermeiden zu können. Dabei wurde angenommen, dass folgende Prozesse notwendig sind: (1) Reflexion und Ursachenanalyse, (2) Entwicklung einer alternativen Handlungsstrategie – also aus der Reflexion Schlussfolgerungen für das zukünftige Handeln zu ziehen – und (3) Ausprobieren und Bewerten der neuen Strategie. Diese Aktivitäten können sowohl allein als auch im Austausch mit Anderen erfolgen (s. Tab. 1).

Tabelle 1: Lernaktivitäten

Aktivität	individuell oder kooperativ
Reflexion	Ursachenanalyse <ul style="list-style-type: none"> ➤ Person ➤ Team ➤ Arbeitsumfeld
Entwicklung einer neuen Handlungsstrategie	Andere Strategie suchen und abwägen Informationen und Wissen sammeln Planung der Umsetzung
Ausprobieren und Bewerten der neuen Strategie	Experimentieren mit neuer Strategie Bewerten der neuen Strategie

2.2 Stichprobe

Zielgruppe der Befragung waren Experten im Pflegebereich in Krankenhäusern. Als Kriterium für Experten wurde erstens eine Berufserfahrung vom mindestens zehn Jahren festgelegt. Zweites Kriterium war die Stellung in einer Leitungsposition, da davon ausgegangen wurde, dass solche Personen leichter eine kritische Distanz gegenüber dem Pflegeberuf und -alltag einnehmen können und somit eine validere Auskunft über auftretende Fehler und den Umgang mit ihnen geben können als Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter an der Basis. An der Befragung nahmen von elf angefragten Personen insgesamt zehn teil. Die Befragten waren im Mittel seit 27.13 Jahren im Pflegebereich tätig ($SD=4.39$). Davon waren fünf Personen als Stationsleitung tätig, weitere fünf gehörten der oberen Leitungsebene des Pflegedienstes an oder waren in den Bereichen Qualitätsmanagement und Weiterbildung tätig. Alle Personen hatten zu Beginn ihrer Berufstätigkeit eine Berufsausbildung zur Krankenpflegerin bzw. zum Krankenpfleger absolviert und sich dann beruflich weiterentwickelt. Dazu gehörten entsprechende Weiterbildungen oder der Besuch weiterführender Studiengänge. Alle Probandinnen und Befragten gaben an, Erfahrung in unterschiedlichen Fachbereichen bzw. Stationen gesammelt zu haben, so dass davon ausgegangen werden kann, dass sie einen Überblick über die Verhältnisse in verschiedenen Abteilungen hatten. Die Interviews dauerten durchschnittlich 59 Minuten ($SD=18$).

2.3 Ergebnisse

Im Folgenden werden die Ergebnisse der Befragung dargestellt. Dabei wird zunächst auf das Ausmaß an Veränderungen im Arbeitsalltag eingegangen. Im Anschluss folgt eine Darstellung der Fallbeispiele zu Fehlern aus dem Pflegealltag sowie zu notwendigen Lernaktivitäten.

2.3.1 Veränderungen im Arbeitsalltag

In Bezug auf den Arbeitsalltag von Pflegekräften wurde hauptsächlich nach relevanten Veränderungen im Arbeitsumfeld gefragt. Hierbei kamen einerseits personelle Veränderungen in Betracht, weil ein Wechsel zwischen verschiedenen Fachbereichen oder zwischen Krankenhäusern für die betroffene Person in der Regel auch eine inhaltliche und arbeitsorganisatorische Umorientierung bedeutet. Des Weiteren wurde nach inhaltlichen Veränderungen in der Arbeitstätigkeit gefragt, wie sie durch die Veränderung relevanter Wissensbestände oder die Einführung neuer Arbeitsmethoden und Technologien verursacht werden. Solche Veränderungen bringen Beschäftigte in eine Situation, in der bewährte Handlungsmuster und Routinen angepasst werden müssen. Dies dürfte einerseits damit verbunden sein, dass Fehler häufiger auftreten, andererseits spielt dadurch ein reflexiver Umgang mit etwaigen Misserfolgen eine bedeutsame Rolle.

Personelle Veränderungen. Die personelle Fluktuation wurde von den Befragten insgesamt als eher gering eingeschätzt. Die Wechselbereitschaft zwischen Krankenhäusern oder Stationen sei früher sehr hoch gewesen, im Moment aber vor allem aufgrund der Arbeitsmarktsituation stark zurückgegangen. Dies betrifft auch den Wechsel zwischen verschiedenen Stationen (abgesehen von einem flexiblen Personaleinsatz mit vorbereiteten Springern). Prinzipiell wurden solche Wechsel aber als positiv eingeschätzt, weil sie mit einer Wissens- und Kompetenzerweiterung verbunden seien.

Inhaltliche Veränderungen. Im Gegensatz zu den personellen Veränderungen wurden inhaltliche Veränderungen von den Befragten mit Ausnahme einer Person als sehr häufig eingeschätzt. Abhängig von Veränderungen in der Medizin und auch in Pflege-theorien ändern sich Standards, Therapien und Behandlungsmethoden. Darin realisiert sich auch der Anspruch, dass sich verwendete Standards an wissenschaftlichen Erkenntnissen orientieren und evidenzbasiert sein sollen. Neben solchen Veränderungen, die durch eine Änderung des relevanten, dem beruflichen Handeln zu Grunde liegenden Wissens verursacht werden, wurden von den Befragten auch Veränderungen aufgrund von politischen Entscheidungen thematisiert. Änderungen im Gesundheitssystem - z. B. durch die Einführung des Fallpauschalensystems – und die verstärkte Dienstleistungs- und Wettbewerbsorientierung hätten in jüngster Zeit starke Veränderungen verursacht, die als sehr massiv empfunden werden.

Insgesamt wurden Veränderungen im Arbeitsalltag also als häufig und teilweise auch als weitreichend dargestellt. Die Befragten sprachen deshalb von dem Problem, dass aktuell immer sehr viele Dinge im Kopf zu haben sind und dass es schwierig ist, im Tagesgeschäft den Überblick zu behalten, auch wenn sich manchmal nur Kleinigkeiten ändern. Daraus resultiert das Problem, sich über Änderungen fachlicher wie organisatorischer Art auf dem Laufenden zu halten. Es

wurde betont, dass dem ständigen Auffrischen von Wissen – z. B. über den Besuch von Weiterbildungen und die Lektüre von Fachzeitschriften – eine große Bedeutung zukomme und zum Anspruch der Professionalität gehöre. Allerdings werde dieser Anspruch an der Basis nicht immer eingelöst. Aus Führungsperspektive wurde dabei auch die Notwendigkeit und die Bedeutung von Information und Einbindung der Basis in Veränderungsprozesse betont.

Eigene Entscheidungen treffen. Neben den relevanten Veränderungen im Arbeitsalltag war auch von Interesse, in wie weit es zum Arbeitsalltag von Pflegekräften gehört, selbständig und eigenverantwortlich Entscheidungen zu treffen. Hier ergab sich ein zweiseitiges Bild: Einerseits wurde von Seiten der Befragten immer wieder betont, dass sowohl das medizinische als auch das pflegerische Handeln durch schriftlich fixierte Standards und Leitlinien weitgehend reglementiert ist. Zudem sind Ärzte den Pflegenden gegenüber fachlich weisungsbefugt und treffen die schwerwiegenden Entscheidungen im Rahmen von Diagnostik und Therapie. Hierdurch entsteht der Eindruck, dass selbständiges Entscheiden im Pflegeberuf eine eher geringe Rolle spielt. Demgegenüber betonten die Befragten aber, dass trotz dieser Vorgaben die Freiheit und die Notwendigkeit bestünden, eigenständige Entscheidungen zu treffen. Die Verfahren sind durch die Standards nicht bis ins Detail geregelt, sondern sind grobe Leitlinien, die individuellen Spielraum lassen. Sie gehen von einem Standardpatienten unter Standardbedingungen aus. Deshalb muss je nach den spezifischen Eigenheiten und Bedürfnissen eines Patienten von den Standards abgewichen werden. Dabei ist es auch notwendig, auf momentane Situationsanforderungen zu reagieren. Ein weiterer Grund ist, dass es aus organisatorischen Gründen nicht immer möglich ist, einen Arzt zu finden, der die nötige Entscheidung trifft.

Insgesamt ist festzuhalten, dass die Befragten das pflegerische Arbeitsumfeld inhaltlich als sehr veränderlich und wissensintensiv wahrnehmen. Dies beinhaltet die Notwendigkeit ständigen Weiterlernens sowohl in selbstständiger Form als auch in Form von Weiterbildung. Pflegetätigkeiten sind zwar einerseits weitgehend geregelt, fordern jedoch in der konkreten Anwendung das selbständige Treffen von Entscheidungen auf Basis der eigenen Situationseinschätzung. Fehler und Lernen aus Fehlern haben in einem komplexen und veränderlichen Arbeitsumfeld prinzipiell eine besondere Bedeutung, weil die Beschäftigten vorhandene Arbeitsroutinen ändern und sich auf die neuen Anforderungen einstellen müssen. Deshalb dürften weitere Untersuchungen über Bedingungen und Möglichkeiten des Lernens aus Fehlern im Pflegebereich im Sinn der Patientensicherheit und Dienstleistungsqualität im Krankenhaus interessant und aufschlussreich sein.

2.3.2 Fallbeispiele für regel- und wissensbasierte Fehler

Ein zweites Ziel der Studie war es, konkrete Fallbeispiele für RWF heraus zu arbeiten, die im Pflegealltag tatsächlich vorkommen. Dies diente einerseits dazu, abzuschätzen, ob diese Fehlerkategorie im Pflegebereich eine Rolle spielt und welche Fehler dabei konkret auftreten. Die Befragten wurden gebeten, Fallbeispiele zu skizzieren, die ihrer Erfahrung nach im Pflegebereich auftreten. Neun von zehn Personen nannten dabei eines oder mehrere Beispiele. Eine Person gab an, zu weit weg von der Basis zu sein, um solche Beispiele liefern zu können. Die folgende Tabelle 2 enthält die genannten Fallbeispiele. In der linken Spalte sind die genannten Beispiele in Katego-

rien zusammengefasst. Die Zahlen in Klammern weisen darauf hin, dass das gleiche Beispiel mehrmals genannt wurde. In der rechten Spalte ist die Anzahl der Befragten angegeben, die in der jeweiligen Kategorie ein Beispiel nannten:

Tabelle 2: Fehlerbeispiele

Fehler	Häufigkeit
<i>Falsche Einschätzung einer Situation</i>	6
<ul style="list-style-type: none"> • Dekubitus-Risiko wird nicht richtig eingeschätzt und deshalb nicht rechtzeitig und intensiv genug eingegriffen • Es wurde zwar ein Lagerungsplan festgelegt, aber die Haut schlecht beurteilt oder falsch eingeschätzt und deshalb eine falsche Dekubitus-Prophylaxe festgelegt • Falsche Interpretation von Herzwerten am Monitor kann dazu führen, dass nicht rechtzeitig interveniert wird und es zu einem schweren Zwischenfall (Herzstillstand, Herzrasen, Herzinfarkt) kommt • Werte am Monitor werden nicht mit der Klinik des Patienten in Beziehung gesetzt und abgeglichen, so dass ggf. falsche oder unnötige Maßnahmen eingeleitet werden • Komplikationen beim Patienten werden nicht erkannt, falsch eingeschätzt oder falsche Rückschlüsse gezogen • Eine Pflegekraft glaubt zu wissen, wie viel Schmerzen ein Patient hat oder aushalten kann. Sie verlässt sich auf ihre Einschätzung oder auf das Messen von Blutdruck und Puls und achtet zu wenig auf das, was der Patient sagt • Ein Patient bekommt ein Schmerzmittel wegen Schmerzen im Bein, hat aber eine Thrombose 	
<i>Nicht-Anwendung einer neuen bzw. aktuellen Methode</i>	4
<ul style="list-style-type: none"> • Nicht Einsetzen von Dekubitus-Risikoskalen (Braden-Skala) (2) • Statt einer neuen, besseren Methode wird eine alte angewandt, weil die Mitarbeiter die neue noch nicht gewohnt sind und sich die Anwendung nicht zutrauen, sich aber auch nicht trauen, nachzufragen • Expertenstandard zur Schmerzmittelgabe wird nicht angewandt, weil Pflegende auf altes Wissen zurückgreifen, dass Schmerzmittel schnell abhängig machen 	
<i>Alte Rituale bzw. veraltete Techniken werden angewandt, obwohl deren schädliche Wirkung erwiesen ist</i>	3
<ul style="list-style-type: none"> • Falsche Dekubitusbehandlung: Eisen und Föhnen (2) • Anwendung von Franzbranntwein (2) • Anwendung von Mercurochrom 	
<i>Mangelnde Kenntnisse von Richtlinien und Standards</i>	3
<ul style="list-style-type: none"> • Falsche Vorbereitung eines Patienten für eine OP aufgrund mangelnder Kenntnisse neuer Richtlinien • Mangelndes Wissen über Vorgehensweisen und Standards: z. B. welches Verbandsmaterial für welche Wunde • Mangelndes Wissen über Möglichkeiten zur Einschätzung der Dekubitusgefahr und Standards zur Dekubitusprophylaxe • Nicht wissen, dass es für etwas einen Standard gibt (z. B. Kostaufbau nach Darmoperation) 	

Tabelle 2: Fehlerbeispiele (Fortsetzung)

Fehler	Häufigkeit
<i>Fehlerhafte Anwendung einer Methode</i>	3
<ul style="list-style-type: none"> • Patientenstürze bei der Mobilisation, durch falsches Anfassen, falsche Mobilisierungs- und Stützungsstechniken aufgrund mangelnder Qualifikation bzw. fehlenden Wissens wie man jemanden anfasst, eine Bewegung absichert (2) • Fehler im Abführen vor einer endoskopischen Darmuntersuchung können bewirken, dass noch Fremdkörper im Darm sind und der Patient nicht untersucht werden kann. Die Fehlerursache sind mangelnde Kenntnisse, wie individuell bezogen auf einen Patienten (welches Mittel in welcher Dosierung in Bezug auf Alter, Geschlecht, etc. des Patienten) abgeführt wird • Patient erwirbt eine Infektion beim Setzen eines Urin-Katheters aufgrund mangelnden Wissens, wie man ihn unter sterilen Bedingungen legt • Falsche Entscheidungen aufgrund mangelnder Erfahrung: im Stress einer Reanimationssituation hält man sich nicht an das vorgegebene Prozedere 	
<i>Sich bei Unsicherheit nicht rückversichern oder nachfragen</i>	3
<ul style="list-style-type: none"> • Nicht Nachfragen bei Unsicherheiten • Gefahr einer Situation nicht richtig einschätzen und nicht oder zu wenig bei Erfahreneren nachfragen • Jüngere, unerfahrene Mitarbeiter tun etwas, ohne sich rückzuversichern (z. B. falsche Gabe von Heparin oder Blutdruckmitteln bei Dialysepatienten; beim Spritzen von Insulin nicht wissen, dass es verschiedene Insuline gibt, die unterschiedlich schnell und lang anhaltend wirken) 	
<i>Fehler im zwischenmenschlichen Bereich</i>	2
<ul style="list-style-type: none"> • Fehler in der Kommunikation zwischen Berufsgruppen oder mit Patienten • Zu familiärer Umgang mit einem Patienten 	
Nicht Hinterfragen von Anweisungen aufgrund mangelnden Wissens	1

Die Beispiele sind unterschiedlich abstrakt oder konkret formuliert, liefern aber ein reichhaltiges Bild. Dabei standen fachliche Probleme im Vordergrund, wobei die Kategorie „falsche Einschätzung einer Situation“ am stärksten belegt ist. Dies ist insofern interessant, als dies Fehler sind, die einer reflexiven Auseinandersetzung zugänglich sind und somit auch Lernen im Sinn einer individuellen Weiterentwicklung ermöglichen. In wie weit dies im Arbeitsalltag umgesetzt wird und zu einer künftigen Vermeidung ähnlicher Fehler führt, ist allerdings bislang nicht empirisch geklärt. Die Kategorien „nicht-Anwendung einer neuen oder aktuellen Methode“, „Anwendung von veralteten Methoden“ und „mangelnde Kenntnisse von Richtlinien und Standards“ spiegeln das Problem der Umsetzung ständiger Veränderungen wieder, wie es oben beschrieben wurde. Allerdings wurden hier von den Befragten auch Motivationsprobleme seitens der Beschäftigten an der Basis genannt, Neuerungen umzusetzen. Eine weitere Kategorie, die die Fachlichkeit betrifft, ist die falsche Anwendung bzw. Durchführung von bestehenden Methoden, die von den Befragten letztlich auf mangelndes Wissen, Kompetenz und Erfahrung zurückgeführt wurde. Die Kategorie, sich bei Unsicherheiten nicht rückzuversichern oder nachzufragen, betrifft ebenfalls die Erfahrung. Fehler in diesem Bereich wurden vor allem mit jüngeren, unerfahrenen Beschäftigten in Verbindung gebracht. Schließlich wurden auch Beispiele in einem Bereich genannt, der weniger die fachliche Komponente beinhaltet, sondern die Interaktion mit Patienten und anderen Berufsgruppen im Krankenhaus betrifft. Als Einzelaspekt wurde genannt, Anweisungen von Vorgesetzten nicht kritisch zu hinterfragen.

Die Fülle der genannten Beispiele ist nicht als Beleg dafür zu werten, dass im Pflegebereich ständig Fehler in diesen Bereichen passieren. Insgesamt wurden RWF im Vergleich zu AA als seltener beurteilt. Zwei Personen gaben an, dass in diesem Bereich kaum oder gar keine Fehler auftreten. Die Beispiele verdeutlichen jedoch, in welchen unterschiedlichen Formen Fehler prinzipiell auftreten können. Sie liefern damit Ansatzpunkte, solchen Vorkommnissen durch Organisationsgestaltung und Qualifizierung vorzubeugen. Andererseits dürften Pflegende aber auch selbst aus solchen Fehlern lernen können, wenn die entsprechenden Rahmenbedingungen gegeben sind. Dabei stellt sich die Frage, was eine Person tun muss, damit ihr ein ähnlicher Fehler nicht mehr passiert, sie also daraus lernt.

2.3.3 Notwendige Lernaktivitäten

Drittes Ziel der Studie war es, das oben beschriebene theoretische Konzept von Lernaktivitäten durch die Experten zu konkretisieren. Dabei standen die Fragen im Vordergrund, was eine Person tun kann, damit ihr der gleiche Fehler nicht wieder passiert und welche unterschiedlichen Lernaktivitäten hierzu eine Rolle spielen. Die Befragten sollten sich hierzu zunächst frei äußern und wurden später anhand eines Fragebogens gebeten, die Bedeutung verschiedener Lernaktivitäten einzuschätzen, die anhand des oben beschriebenen Modells zusammengestellt worden waren. Die folgende Tabelle enthält die von den Befragten genannten Lernaktivitäten. In der linken Spalte sind die genannten Beispiele in Kategorien zusammengefasst. Die Zahlen in Klammern weisen darauf hin, dass das gleiche Beispiel mehrmals genannt wurde. In der rechten Spalte ist die Anzahl der Befragten angegeben, die in der jeweiligen Kategorie ein Beispiel nannten:

Tabelle 3: Lernaktivitäten

Aktivität	Häufigkeit
(1) Lernen im Arbeitsalltag	
<i>(a) Lernen im Austausch mit anderen</i>	
<i>Austausch mit Kolleg/innen</i>	7
<ul style="list-style-type: none"> • Kolleg/innen um Rat fragen • Austausch mit erfahreneren Kolleg/innen bzw. Personen (6) • Gegenseitige Kontrolle und Kritik 	
<i>Austausch mit Vorgesetztem</i>	4
<ul style="list-style-type: none"> • Fehler mit Vorgesetztem diskutieren (2) • Vorgesetzten um Unterstützung bitten (2) • Mit Vorgesetztem analysieren, was die Ursache des Fehlers war 	
<i>Besprechung im Team</i>	3
<ul style="list-style-type: none"> • Offene Besprechung im Team, damit alle Gelegenheit haben, etwas aus dem Fehler zu lernen (2) • Fehler im Team besprechen 	
<i>(b) Individuelle Reflexion</i>	
<i>Ursachenanalyse</i>	4
<ul style="list-style-type: none"> • (Selbst-)Reflexion über Fehlerursachen (falsche Einschätzung der Situation, fehlerhafte Planung, Wissensdefizite, eigene Auffassungen, organisatorische Dinge, Fehlen nötiger Hilfsmittel, fehlende Unterstützung) (4) 	

Tabelle 3: Lernaktivitäten (Fortsetzung)

Aktivität	Häufigkeit
<i>Reflexion über andere Handlungsmöglichkeiten</i>	2
<ul style="list-style-type: none"> • Reflektieren bzw. überlegen, was man das nächste Mal anders machen kann bzw. muss (2) 	
<i>(c) Selbstgesteuertes Lernen</i>	
<ul style="list-style-type: none"> • Fachzeitschriften lesen (2) • Wissenslücken selbst auffüllen; dafür sorgen, dass man auf dem neuesten Stand ist (3) • Standards auffrischen 	4
(2) Lernen in Schulungen und Weiterbildungsveranstaltungen	
<ul style="list-style-type: none"> • Schulungen, Fort- und Weiterbildungen besuchen (5) • Überlegen, wo man Bedarf für Weiterbildung und Qualifizierung hat. 	5
(3) Emotionale Reaktion	
<ul style="list-style-type: none"> • Emotionale Prägung durch den Fehler • Viele kommen ins Grübeln und verharren darin • Austausch mit Kolleg/innen, auch um das eigene Gewissen rein zu waschen 	4

Die Nennungen der Befragten zu den Lernaktivitäten lassen sich in drei große Bereiche kategorisieren:

(1) Der erste Bereich betrifft Lernaktivitäten, die in den Arbeitsalltag eingebettet sind und nicht in formellen Weiterbildungsveranstaltungen stattfinden. Sie lassen sich in mehrere Teilkategorien aufspalten: (a) Einen großen Bereich stellen kooperativ orientierte Lernaktivitäten dar, die den Austausch mit erfahreneren Personen sowie die gemeinsame Lösungssuche und Ursachenanalyse betreffen. Hier wurden von den Befragten der Austausch mit Vorgesetzten sowie mit Kolleginnen und Kollegen, und die offene Besprechung im Team betont. (b) Auf Ebene der einzelnen Person wurde Reflexion in Form von einer Analyse der Fehlerursachen genannt. Hierbei wurden sowohl Ursachen im Wissen und im Handlungsprozess der verantwortlichen Person als auch in den Arbeitsbedingungen und zur Verfügung stehenden Ressourcen in Betracht gezogen. Weiterhin wurde Reflexion über zukünftige alternative Handlungsmöglichkeiten thematisiert. (c) Als dritter Teilbereich wurden selbstgesteuerte bzw. autodidaktische Lernaktivitäten genannt, die von der Person selbstständig durchgeführt werden. Dabei verfolgt die lernende Person das Ziel, das eigene Wissen selbstständig aufzufrischen und auf den aktuellen Stand zu bringen. Hierfür wurde die Lektüre von Fachzeitschriften und -literatur sowie von dokumentierten Standards genannt.

(2) Der zweite Bereich betrifft Lernen in Form des Besuchs von fachlichen Fort- bzw. Weiterbildungsveranstaltungen, die dazu dienen, das Wissen einer Person auf den neuesten Stand zu bringen, oder die Anwendung bestimmter Methoden zu erlernen oder zu vertiefen. Diese Lernform wurde relativ einheitlich von fünf Befragten genannt. Zu dieser Kategorie wurde auch die Analyse des eigenen Bedarfs an Qualifizierung und Weiterbildung gerechnet.

(3) Ein dritter Aspekt betrifft die emotionale Reaktion auf die Fehlersituation. Dies stellt insofern eine Besonderheit dar, als sie keine Lernaktivität im Sinn absichtsvollen Handelns darstellt.

Trotzdem wurde von mehreren Befragten betont, dass das Auftreten von negativen Emotionen

und der Umgang mit Schuldgefühlen eine bedeutsame Rolle für das Lernen spielen. Hier wurde sowohl ein positiver wie auch ein negativer Effekt negativer Emotionen genannt: In positiver Hinsicht wurde genannt, dass eine emotionale Reaktion in Form von Schuld und Angstgefühlen zu einer Prägung führt, die bewirkt, dass man sich in jeder Wiederholungssituation an die Fehlerepisode erinnert und den Fehler dadurch vermeidet. In negativer Hinsicht wurde aber auch beschrieben, dass eine solche emotionale Reaktion auch dazu führen kann, dass die Person „aus dem Grübeln nicht mehr herauskommt“. Diese Ambivalenz kam auch in der bisherigen Forschung zum Lernen aus Fehlern zum Ausdruck, in der festgestellt wurde, dass negative Emotionen und Betroffenheit über einen Fehler Lernen auslösen kann, dass solche Gefühle andererseits aber auch Reflexions- und Lernprozesse blockieren können. Hier ist weitere Forschungsarbeit angebracht.

Insgesamt deckten die von den Befragten genannten Lernaktivitäten sowohl individuelle Lernaktivitäten als auch solche in Kooperation mit Anderen ab. Aus dem oben beschriebenen Modell zu Lernaktivitäten wurden besonders die Bereiche der „Reflexion“ und „Entwicklung einer neuen Handlungsstrategie“ hervorgehoben. Der Bereich „Experimentieren mit und Bewerten der neuen Handlungsstrategie“ tauchte hier nicht auf, wurde aber im anschließenden Fragebogen ebenfalls als bedeutsam eingestuft. Insgesamt bestätigten die Ergebnisse des Fragebogens die hier beschriebenen Befunde.

Interessant an diesen Ergebnissen ist, dass der Bereich von Lernaktivitäten, die direkt im Arbeitsprozess und in Kooperation mit Anderen stattfinden sehr reichhaltig ist. Dies verdeutlicht, dass Lernen aus regel- und wissensbasierten Fehlern in der Praxis nicht auf den Besuch von Weiterbildungsveranstaltungen beschränkt ist, so wichtig diese in bestimmten Fällen sein mögen. Insgesamt steht jedoch ein größeres Repertoire an Lernmöglichkeiten zur Verfügung. Daran schließt sich die Frage an, unter welchen Rahmenbedingungen Beschäftigte im Pflegebereich solche Möglichkeiten im Fall eines Fehlers nutzen können und tatsächlich nutzen. Dies ist Gegenstand der weiteren Untersuchungen des oben beschriebenen Projekts.

3 Ausblick

Insgesamt konnten in der Studie interessante und reichhaltige Daten über Fehler und den lernförderlichen Umgang mit ihnen im Bereich der krankenhäuslichen Pflege gesammelt werden. Dabei hat sich dieses Feld als prinzipiell geeignet und interessant für weitere Untersuchungen herausgestellt. Weiterführende Fragestellungen sind hier, (1) in welchem Ausmaß sich Pflegekräfte im Anschluss an eine erlebte Fehlerepisode tatsächlich in verschiedene Lernaktivitäten engagieren. Da von den Befragten die Bedeutung kooperativ orientierter Aktivitäten betont wurde, dürfte unter anderem davon abhängen, wie sich das soziale Klima am Arbeitsplatz gestaltet. Andererseits dürfte dieses Engagement auch von der Motivation der Person und von ihrer generellen Einstellung gegenüber Fehlern abhängen. (2) Offen ist weiter, inwiefern das Engagement in solche Lernaktivitäten tatsächlich zu einem Lernerfolg im Sinn der zukünftigen Fehlervermeidung,

aber auch der individuellen Kompetenzentwicklung führt. Dazu gehört auch die Frage, wie solche Lernprozesse auf die Ebene eines Teams gebracht werden können, also andere Teammitglieder in den Lernprozess einbezogen werden können und so die Gelegenheit erhalten, aus Fehlern anderer zu lernen. Insofern ist hier wieder die Ebene der Organisationsgestaltung angesprochen, die einerseits hierfür entsprechende Rahmenbedingungen bereit stellen kann, andererseits über die Einführung neuer Richtlinien und Standards solche Lernprozesse organisationsweit wirksam werden lassen kann. (3) Schließlich ist zu klären, ob und wie durch Anleitung und Training solche Lernprozesse auf individueller und Teamebene unterstützt werden können.

Literatur

- Holzer, E., Thomeczek, C., Hauke, E., Cohnen, D. & Hochreutener, A.-A. (Hrsg.) (2005). *Patientensicherheit. Leitfaden für den Umgang mit Risiken im Gesundheitswesen*. Wien: Facultas.
- Jonitz, G. (2005, Mai). *Ärztliches Fehlermanagement / Patientensicherheit*. Vortrag auf dem 108. Deutschen Ärztetag. Entnommen am 12.5.2005 von http://www.bundesaerztekammer.de/30/Aerztetag/108_DAET/24Referate/Top07Jonitz.html
- Kron, T. (2005, 19. September). Konstruktiv Fehlern begegnen. *Ärzte Zeitung*. Entnommen am 20.9.2005 von <http://www.aerztezeitung.de/docs/2005/09/19/166a0204.asp?cat=>
- Schrapp, M. (2005, Mai). *Ärztliches Fehlermanagement und Patientensicherheit*. Vortrag auf dem 108. Deutschen Ärztetag. Entnommen am 12.5.2005 von http://www.bundesaerztekammer.de/30/Aerztetag/108_DAET/24Referate/Top07SchrappFolien.pdf

Dank

Wir danken Frau Christa Rustler für ihr persönliches Engagement bei der Herstellung von Kontakten ins Feld. Des Weiteren bedanken wir uns bei allen Teilnehmerinnen und Teilnehmern der Studie für Ihre Bereitschaft zur Teilnahme und ihre Offenheit.

Kontakt

Universität Regensburg
Institut für Pädagogik
Lehrstuhl Prof. Dr. Regina Mulder
93040 Regensburg
e-Mail: johannes1.bauer@paedagogik.uni-regensburg.de
regina.mulder@paedagogik.uni-regensburg.de
Tel: 0941 / 943 - 37 90; Fax: 0941 / 943 - 43 69