

See discussions, stats, and author profiles for this publication at: <https://www.researchgate.net/publication/284717415>

Fehler in der pflegerischen Versorgung

Chapter · October 2015

CITATIONS
0

READS
375

2 authors, including:



[Eva Hampel](#)

WiDi-Kontor, Hamburg (Scientific Services)

26 PUBLICATIONS 123 CITATIONS

SEE PROFILE

Eva Hampel und Christian Palle

5.8 Fehler in der pflegerischen Versorgung

5.8.1 Einführung

Gesundheits- und Krankenpfleger im Pflege- und Funktionsdienst stellen die quantitativ größte Berufsgruppe im Gesundheitswesen. Ihr obliegt die Umsetzung standardisierter als auch individuell geplanter grund- und behandlungspflegerischer Maßnahmen und Anwendungen, sowie die Organisation der diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen. Im Jahr 2013 arbeiten von 1,3 Mio. Beschäftigten im bundesdeutschen Gesundheitswesen (~ 850.000 Vollzeitstellen) etwa 75 % in der Pflege und 14 % im ärztlichen Dienst. Der Anteil des ärztlichen Personals ist in Österreich (21,3 %) und der Schweiz (24,6 %) etwas höher.²

Die Ausbildungsziele für Gesundheits- und Krankenpfleger/innen (§ 3, Abschnitt 2 des Krankenpflegegesetz) umfassen als eigenständige Aufgaben: (a) Erhebung und Feststellung des Pflegebedarfs, Planung, Organisation, Durchführung und Dokumentation der Pflege, (b) Evaluation der Pflege, Sicherung und Entwicklung der Qualität der Pflege, (c) Beratung, Anleitung und Unterstützung von zu pflegenden Menschen und ihrer Bezugsperson in der individuellen Auseinandersetzung mit Gesundheit und Krankheit, (d) Einleitung lebenserhaltender Sofortmaßnahmen bis zum Eintreffen des Arztes. Außerdem im Sinne der Gesundheitspflege Hilfen für Patienten zur Erhaltung und Aktivierung der eigenständigen Lebensführung. Aufgaben im Rahmen der Mitwirkung sind: (a) Eigenständige Durchführung ärztlich veranlasster Maßnahmen, (b) Maßnahmen der medizinischen Diagnostik, Therapie und Rehabilitation und (c) Maßnahmen in Krisen- und Katastrophensituationen. Außerdem gehört es zu den Aufgaben, interdisziplinär mit anderen Berufsgruppen zusammen zu arbeiten und dabei multidisziplinäre und berufsübergreifende Lösungen von Gesundheitsproblemen zu entwickeln. So karg umreißt der Gesetzestext das hoch komplexe Aufgabenspektrum für Pflegepersonal im Gesundheitswesen – dem mit Abstand größten sozio-technischen System in den Industrieländern.

Pflegende sind in die meisten Prozesse im Krankenhaus eingebunden und agieren hier in sehr unterschiedlichen Settings (Notfallambulanz, Funktionsdiagnostik, Kreißsaal, Stationen aller Fachrichtungen, Intensivstation, Isolierstation, OP etc.). Wegen ihrer großen zeitlichen und räumlichen Nähe zum Patienten ist es nicht überraschend, dass sie an vielen „Fehlern“³ beteiligt sind oder sie auch selbst verursachen.

² Österreich 2011: gesamt 111.167 Beschäftigte in Krankenhäusern/gerechnete Vollzeitstellen, davon 87.491 (78,7 %) Pflegepersonal und 23.676 (21,3 %) ärztlicher Dienst. Schweiz 2013: gesamt 83.123 Beschäftigte in Krankenhäusern/gerechnete Vollzeitstellen, davon 62.644 (75,4 %) Pflegepersonal und 20.479 (24,6 %) ärztlicher Dienst.

³ Der Begriff „Fehler“ wird in diesem Text unspezifisch für alle Arten von Fehlern, also ohne Berücksichtigung der Ursachen, Personen, Orte und Auswirkungen etc., benutzt; differenzierte Darstellung dazu siehe Kap. 5.2 in diesem Buch.

Weil Pflegende fast überall vertreten sind, sind sie zugleich auch *die* Berufsgruppe mit dem größten Potenzial Fehler zu erkennen, sie ggf. abzufangen und gefährlichen Verläufen vorzubeugen (Kocks et al. 2014).

Risikomanagement in der Pflege, – so die hier vertretene These – sollte (1) genau hinschauen und analysieren, welche Fehler passieren wo und warum (nicht: „wer ist schuld“) und sollte (2) die besondere Kompetenz der Pflegenden, als relevante Ressource für die Patientensicherheit systematisch erschließen und konzeptionell verankern. Letztere ergibt sich vor allem aus ihrer patientennahen Tätigkeit und ihrer konstitutiven Verflechtung in fast alle organisatorischen, technischen und psychosozialen Prozesse im Krankenhaus.

In ihren frühen Analysen stellen Strauss et al. 1985 u. a. „safety work“ als genuinen Aspekt der Arbeit der Pflegenden heraus. Die „Sicherheitsarbeit“ der Pflegenden schütze den Patienten gegenüber verschiedenen Risiken die ihm aus seiner Krankheit, durch ihre Behandlung und durch die Organisation von Klinik und Station drohen. Auch „Articulation work“ ist eine zentrale Aufgabe der Pflegenden: Sie leisten „Verbindungsarbeit“, indem sie alle notwendigen Arbeiten im Kontext der Erkrankung (Genesen oder auch Sterben, „illness trajectory“) koordinieren und in eine sinnvolle Abfolge bringen.⁴

5.8.2 Komplexität sichtbar machen

Pflegearbeit ist ein komplexes Geschehen in das meistens auch andere Professionen und Berufsgruppen aus der Klinik oder auch dem ambulanten Bereich involviert sind. Ein unerwünschtes Ergebnis lässt sich oftmals keiner einzelnen Handlung zuordnen und die genaue Beschreibung der Ursachen (Handlung ggf. ihre Unterlassung, Umstände, Informationsstand, eingesetzte Mittel, beteiligte Personen etc.) ist immer kompliziert. Pflegende sind überall präsent und beteiligt, aber in der externen Qualitätssicherung (SGB V §135a Abs. 2 und §137 Abs. 1 Nr. 1) wird lediglich *ein* definierter Qualitätsindikator „Dekubitusprophylaxe“ erhoben.

Es gibt kaum valide Zahlen zur Häufigkeit von Fehlern in der Pflege. Fehler sind nur da zu definieren, wo auch verbindliche Standards etabliert sind. Wegen der vielen Beteiligten blieben Fehler aber auch dann noch schwer zuzuordnen (Beispiel Hygienefehler). Fehler in der Pflege zu erheben ist mit einem enormen organisatorischen und zeitlichen Aufwand verbunden. Pflegearbeit folgt allgemeinen Standards; in der praktischen Ausführung sind aber meist wegen der jeweiligen Umstände (Besonderheiten des Patienten, zeitlich-räumliche und materiell-technische Bedingungen, situationsbedingt unvollständiges Wissen, Erfahrungsgrad der Beteiligten etc.) große

⁴ Weitere Differenzierungen bei Strauss et al. (1985) betreffen Aspekte der Technik (machine work), der Befindlichkeitsarbeit (comfort work) und vor allem sehr detailliert die Gefühlsarbeit (sentimental work).

Anpassungsleistungen zu vollbringen. Diese Anpassungsleistungen in alle Richtungen gehören zum Kerngeschäft in der Pflege; von daher ist für die Akteure selbst (und auch für Forscher/innen) eine fehlerhafte Handlung oftmals gar nicht so einfach zu erkennen.

5.8.3 Fehlermeldungen in der Pflege

Cramer et al. (2014) haben sich die Mühe gemacht, herauszufinden, was Pflegende überhaupt für einen Fehler halten, welche Kategorien, Häufigkeiten, Ursachen sie benennen und welche Folgen sie beobachtet und welchen Umgang sie erfahren haben. Dazu befragten sie in einer geschichteten repräsentativen Zufallsstichprobe retrospektiv Pflegende (n = 724) aus 30 Kliniken in Norddeutschland. Auf die Frage nach der Anzahl der im letzten halben Jahr einem Vorgesetzten oder über ein Berichtssystem gemeldeten Fehler gaben 60,8 % der hierzu Antwortenden (n = 651) an, *keine* Fehler gemeldet zu haben. Weitere 23,4 % hatten einen oder zwei Fehler gemeldet und 15,8 % hatten mehr als zwei Fehler im letzten halben Jahr gemeldet. Ob in der Klinik ein Meldesystem (CIRS) etabliert war oder nicht, hatte kaum Einfluss auf die Meldehäufigkeit.

Was waren die Hindernisse, die sie von einer Fehlermeldung abhielten? Gut ein Drittel (35,8 %) der Teilnehmenden gaben an, es sei ihnen unklar, welche Ereignisse überhaupt gemeldet werden sollten. 19,9 % hatten Sorge, die Meldung könnte disziplinarische Maßnahmen nach sich ziehen. Einige meinten, die Meldung (der Vorgang selbst) würde sehr viel Aufwand/Arbeit mit sich bringen (14,2 %). Auch war 13,5 % der Antwortenden das Procedere unklar; sie wussten nicht, wie bzw. bei wem der Fehler gemeldet werden sollte. Viele meinten, sie würden keine Fehler (mehr) melden, weil es ohnehin keine Rückmeldung von der Stelle gäbe, bei der der Fehler gemeldet würde (22,4 %). Jede/r fünfte hatte Sorge, selbst Ansehen zu verlieren, wenn er/sie einen Fehler einer Kollegin/eines Kollegen melde würde (20,0 %); oder die Person, die den Fehler gemacht hätte, würde dadurch Ansehen verlieren (19,5 %) oder ungerecht behandelt werden (15,2 %). Manche lehnten Fehlermeldungen auch grundsätzlich ab, weil solche Vorkommnisse besser im Team besprochen werden sollten. Cramer et al. haben hier sehr wichtige Aspekte versammelt, die bearbeitet werden müssen, wenn man eine bessere Sicherheitskultur in den Kliniken verankern will. Dabei ist wahrscheinlich das Thema „Was ist ein berichtswertes Ereignis?“ noch recht einfach zu bearbeiten; schwieriger und entscheidend sind jedoch die zu Grunde liegenden Sorgen und Vorbehalte zu lösen. Letztere sind eng verbunden mit der sozialen Stellung der Pflegenden im Gesundheitswesen. Die praktische Umsetzung von Maßnahmen zur Verbesserung der Patientensicherheit führt anscheinend nicht selten auch zu Loyalitätskonflikten.

5.8.4 Welche Fehler werden gemeldet?

Gemeldete Fehler gehörten am häufigsten in die Kategorie Mitarbeit bei ärztlicher Diagnostik und Therapie (68,1 %) und Medikationsfehler (61,5 %). Weiterhin wurden direkte Pflegefehler (14,1 %), Fehler aus Koordination und Kooperation (2,6 %), Kommunikation mit Patienten (2,2 %) und Gewalt/Missachtung (2,5 %) benannt. Befragt nach dem Anteil der gemeldeten Fehler in der jeweiligen Klinik gaben drei Viertel der Antwortenden (n = 538/74,5 %) an, dass ihrer Einschätzung nach weniger als die Hälfte aller Fehler gemeldet würden.

Die meisten Fehler entstehen (nach Ansicht der Antwortenden) also in der Kooperation mit anderen Berufsgruppen und in der Pflegedokumentation und relativ selten bei direkten Pflegeaktivitäten. Hygienefehler, unzureichende Flüssigkeitszufuhr, Fehler bei der Wundversorgung, bei der Versorgung eines Blasenkatheters oder einer Magensonde oder mangelnde Hilfe bei der Nahrungsaufnahme, obwohl sie notwendig gewesen wäre, wurden selten genannt. Über diese Diskrepanz in der Wahrnehmung lässt sich nur spekulieren.

5.8.5 Ursachen und Folgen von Fehlern

Als Fehlerursache wurden vor allem hoher Arbeitsanfall, Personalmangel sowie Überarbeitung (76,10 %) benannt, aber auch Unterbrechungen (19,06 %) und Wissensmangel (10,64 %).

Welche Folgen hatten die erlebten Fehler für die Pflegenden? Am häufigsten wurde Bedauern (70,3 %) genannt; viele waren danach auch aufgeregt, gestresst und/oder verärgert gewesen (56,1 %) oder hatten sich für den Fehler geschämt (37,7 %). Jede/r Zweite hatten aus dem Fehler etwas für den Job gelernt (51 %), war persönlich daran gewachsen (23 %). Aber es blieb auch die Angst, dass der Fehler noch mal passieren würde und es bleiben Gefühle von Inkompetenz und Unsicherheit, man fühlte sich als Person in Frage gestellt, erlebte Schlafstörungen und bekam beruflich-rechtliche Folgen zu spüren (nicht genauer definiert).

Habermann und Cramer (Abschlussbericht 2013) erfragten auch, wie die Pflegenden mit Fehlern umgingen, wenn sie sie bei anderen bemerken würden. Die meisten sprechen direkt die Kollegin/den Kollegen darauf an und viele haben „in Zukunft ein besonderes Augenmerk auf die Qualität der Arbeit der Kollegin/des Kollegen“. Manche reagieren „nur dann, wenn ich der Meinung bin, dass der Patient durch die Handlung geschädigt wird“. Sie sprechen über ihre Beobachtung mit anderen Kollegen und selten mit Vorgesetzten.

Welche Gründe geben diejenigen an, die ihre Kollegen *nicht* auf fehlerhafte Handlungsweisen ansprechen? Die meisten möchten die Kollegin/den Kollegen nicht kränken, sie kämen sich „übergenu und besserwisserisch“ vor, wenn sie Fehler ansprechen würden. Sie fürchten einen Konflikt, haben Sorge ihre „Argumente fachlich nicht

überzeugend vertreten“ zu können und möchten sich keine Blöße geben, wenn ihr Einwand sich als nicht berechtigt herausstellen sollte. Wichtig ist auch ihre Sorge, die Kollegin/der Kollege könne „im Gegenzug meine eigene Arbeitsleistung stark auf Fehler hin beobachten und kritisieren“. Fehler sorgen für erhebliche offene, aber vor allem verdeckte Spannungen im Team; eine ungute Situation, die aus sich heraus schon wieder bester Nährboden für Fehler aller Art ist.

Die Autor/innen der hier vorgestellten Studie des Bremer Zentrums für Pflegeforschung und Beratung sind vorsichtig mit Schlussfolgerungen. Obwohl sie eine gute Rücklaufquote von 37,5 % erreichten, könnten sie einen Bias hinsichtlich der Beteiligungsbereitschaft bei diesem Thema nicht ganz ausschließen. Trotzdem, mit ihrer Studie lenken sie unsere Aufmerksamkeit auf die vielen Facetten die bei der Implementierung eines funktionierenden Risikomanagements zu berücksichtigen sind. Um zu einem fairen, kollegialen und zugleich sicheren anwaltschaftlichen Handeln für den Patienten zu kommen, müssen viele Aspekte auf ganz unterschiedlichen Ebenen aufgespürt, eingesammelt und verbunden werden. Die Bremer Studie zeigt schon mal wichtige Themen des zu bewältigenden Spektrums auf.

5.8.6 Auswirkungen von Fehlern bei den Akteuren

Laurent et al. (2014) haben in einer Interviewstudie (n = 40) versucht, die psychischen Auswirkungen und Abwehrmechanismen von Ärzten und Pflegenden von Intensivstationen nach erlebten Fehlern zu ergründen. Wie und mit welchen Mitteln werden Fehler kurz- und mittelfristig bewältigt? Primäre Empfindungen nach dem Ereignis waren Schuld, Scham, Grübeleien und Sorge um den Patienten. Sie empfanden Unsicherheit und Selbstzweifel und oft waren sie zunächst unfähig über das Geschehen zu sprechen, oder sie waren auch verärgert über ihr Team. Längerfristig blieb das Ereignis im Gedächtnis tief verankert, und die Personen beobachteten an sich eine erhöhte Aufmerksamkeit und vermehrte Kontrollhandlungen im Kontext von ähnlichen Aktivitäten. Hilfreich in der Verarbeitung waren das Sprechen darüber und der Erwerb zusätzlicher Kenntnisse und Fertigkeiten, oder auch die Relativierung und Rückweisung der Verantwortung. Sehr interessant war die Beobachtung, dass viele während des Interviews ihren Fehler „klein redeten“.

5.8.7 Strategien zur Erkennung, Abwehr und Korrektur von Fehlern

Wie schon einleitend bemerkt, verursachen Pflegenden Fehler – aber sie vereiteln sie auch. Solche Vorgänge des Verhinderns, Auf- oder Abfangens, des schnellen Ausgleichens etc. zu verstehen ist sicherlich hilfreich, weil gerade diese situationsbezogenen Aktivitäten wichtige Ansatzpunkte bieten, Pflegearbeit sicherer zu machen. Henne-man et al. (2010) haben im Rahmen von Fokus-Gruppen mit Pflegenden deren Strate-

gien bei der Identifikation, dem Abwenden und Korrigieren eines Fehlers oder eines gefährlichen Verlaufs, herausgearbeitet.

Dabei identifizierten sie insgesamt 17 Strategien. (A) Acht *Strategien zur Fehlererkennung*: (1) den Patienten „kennen“ (Diagnose, medizinische Vorgeschichte, Medikation, kulturellen Hintergrund, Kontakt zu Angehörigen, Gespräche, Zuhören etc.), (2) die „Mitspieler“ (Team), ihre Haltung, Sorgfalt und Vorlieben, Stärken und Schwächen kennen, (3) den Pflege-/Therapieplan kennen, ihn auf Konsistenz prüfen oder sein Fehlen bemerken, (4) die Abläufe (Untersuchung, Station, Klinik etc.) kennen, aktiv auf Neulinge und konsiliarisch Tätige achten. (5) Überwachung (der Daten aber auch der direkten physischen Umgebung, Wahrnehmung von Veränderungen, Geräusche, Gerüche etc.) und (6) Anordnungen gegenkontrollieren, ggf. die Kollegin dazu befragen, (7) Abweichungen (von den „normalen“ Abläufen) identifizieren, (8) Fragen stellen, Unklarheiten nachgehen, Erklärungen erbitten. (B) Drei *Strategien zur Vorbeugung/Abwendung/Unterbrechung eines fehlerhaften Verlaufes*: (1) dem Kollegen Hilfe anbieten (Anwesenheit), (2) Klärung herbeiführen, Wissen mit welchen Strategien man den Anderen für ein Überdenken des eigenen Vorhabens gewinnen kann, (3) den Mut haben, eine Handlung aktiv zu unterbrechen. (C) Sechs *Strategien Fehler aufzufangen/zu korrigieren*: (1) Volle Aufmerksamkeit und Konzentration auf die Korrektur, Abhilfe organisieren, beharrlich bleiben. (2) Physische Präsenz beim Patienten, aber ggf. auch gegenüber Ärzten. (3) Maßnahmen ergreifen, die im Einklang mit den allgemeinen Therapiezielen bei diesem Patienten stehen. (4) Involvierten Kollegen oder auch den behandelnden Ärzten einen Vorschlag machen, wie die Situation zu lösen ist. (5) Wenn es nicht akut ist, Standards anmahnen und Fachliteratur heranziehen und (6) andere Pflegenden, Ärzte oder Pharmakologen (ggf. auch die Hierarchieleiter hinauf) hinzu ziehen. Alle Strategien – so der Anspruch, der an den Fokus-Gruppen teilnehmenden Pflegenden – sind nach Möglichkeit so einzusetzen, dass Integrität und Würde aller Beteiligter gewahrt bleiben.

5.8.8 Wege zu mehr Patientensicherheit

Den Königsweg zur Patientensicherheit gibt es nicht, schon gar nicht im pflegerischen Kontext. Hier sind aus verschiedenen historischen Gründen und organisatorischer Besonderheiten lange Wege zu gehen und vor allem sind vielfältige Ansätze und Strategien nötig. Pflegearbeit umfasst weit mehr, als die sichere Anwendung von Standards. Auch für die immer notwendigen Koordinierungs- und Verbindungstätigkeiten wird man Leitlinien, Algorithmen und Pfade entwickeln können. Solche Operationalisierungen sind sehr hilfreich, weil Sie Komplexität aufzeigen und Implizites (endlich!) explizit machen. Entscheidend im Klinikalltag ist aber letztlich (1) ob die Checkliste/Leitlinie etc. überhaupt zur Anwendung kommt und (2) ob die Anwender/innen die Fähigkeit haben, diese Vorgaben zu vermitteln und an die Gegebenheiten anpassen zu können. Dazu gehört auch, dass man nicht nur ausgleicht, sondern ggf. auch Män-

gel erkennt, benennt und entsprechende Standards (z. B. Hygienemängel, technische Aspekte etc.) einfordert. Hier sind vielseitig qualifizierte Pflegende mit entsprechenden Kompetenzen nötig. Seit Jahrzehnten beobachten wir eine extreme Ausdifferenzierung und damit einhergehende Spezialisierung in der Medizin und in der Klinikorganisation. Mit lauter Spezialisten kann aber keine Klinik funktionieren. Die Pflegenden sind die einzig verbliebenen Generalisten und bei ihnen liegt noch großes Potenzial für die weitere Entwicklung der Patientensicherheit.

Ein wichtiger Entwicklungsansatz verbirgt sich im eher wenig spezifischen Begriff der „Fehlerkultur“. Kocks et al. (2012) verweisen auf ein Konzept, Fehlerkultur ganz praktisch und alltagsnah zu entwickeln. Die „Kollegiale Beratung“ ist ... ein strukturiertes Beratungsgespräch in einer Gruppe beruflich Gleichgestellter, in dem ein Teilnehmer von den übrigen Teilnehmern nach einem festgelegten Ablauf mit verteilten Rollen beraten wird (Tietze 2003). Ziel ist es, Lösungen für eine konkrete berufliche Schlüsselfrage zu entwickeln. Die kollegiale Beratung nutzt in diesem Sinne das Wissen und die Fähigkeiten im Team, indem sie kurz, pragmatisch und handlungsorientiert einen strukturierten Rahmen gibt, der den effizienten Wissens- und Informationstransfer unterstützt. „Der Austausch über kritische Situationen und Handlungen muss Alltag werden und nicht nur dann stattfinden, wenn „etwas passiert ist“. Und es gehört praktisches Training dazu, wie man z. B. auch mit Patienten/Angehörigen über einen Fehler kommuniziert (McLennan et al. 2014).

Es wäre auch sinnvoll, Pflgeteams einzuladen, sich aktiv in die Entwicklung der Sicherheitskultur der Klinik einzubringen. Dabei könnten sie z. B. kritische Punkte in ihrem Arbeitsumfeld benennen und nach Möglichkeit auch Lösungen dafür vorschlagen. Für diesen Prozess müssten sie selbstverständlich Zeit und die ausdrückliche Unterstützung der Organisation erhalten, ggf. auch Anleitung und Beratung durch die Qualitäts- und Sicherheitsbeauftragten. Der Lerneffekt solcher Projekte⁵ wäre sicherlich groß, weil die Beteiligten noch genauer auf ihre Planungen und Abläufe schauen würden, Fehlerquellen identifizieren und Lösungen finden könnten. Indem sie darin zu Handelnden werden, könnten sie sich die Sicherheits- und Fehlerkultur praktisch aneignen.

5.8.9 Schlussbemerkung

Die hier angeführten Studien sind willkürlich ausgewählt. Sie geben keinen systematischen Überblick, sondern beleuchten nur einzelne Aspekte. Trotzdem dienen sie hoffentlich als interessante Aussichtspunkte um die Größe des hier noch zu beackern

⁵ Solche PS-Projekte könnten jährlich stattfinden. Sehr wichtig ist die Unterstützung seitens der Qualitäts-/Sicherheitsbeauftragten bei der strukturierten Durchführung. Erfolge müssen sichtbar gemacht werden. Aber auch Ideen, deren Umsetzung (noch) nicht möglich ist, müssen ernsthaft diskutiert und begründet werden.

Feldes abschätzen zu können. Langfristig sind Entwicklung und Verankerung von Patientensicherheit nur *mit* intensiver Beteiligung der Pflegenden zu erreichen.

5.8.10 Literatur

- Bundesamt für Statistik (BFS). Krankenhausstatistik und Medizinische Statistik (2013) Neuchâtel, Schweiz. <http://www.bfs.admin.ch> [16.02.2015]
- Bundesanstalt Statistik Österreich (STATISTIK AUSTRIA 2013) Jahrbuch 2015/ 03 Gesundheit <http://www.statistik.at/> [16.02.2015]
- Cramer H, Foraita R, Habermann M (2014). Fehlermeldungen aus Sicht stationär Pflegenden: Ergebnisse einer Befragung in Pflegeheimen und Krankenhäusern. *Gesundheitswesen* 76(08/09), 486–493.
- Cramer H, Foraita R, Habermann M (2012). Pflegefehler und die Folgen. Ergebnisse einer Befragung von Pflegenden in stationären Versorgungseinrichtungen. *Pflege* 25(4), 245–259.
- Habermann M, Cramer H (2013). Pflegefehler, Fehlerkultur und Fehlermanagement in stationären Versorgungseinrichtungen. Abschlussbericht für ein Teilprojekt des Pflegeforschungsverbundes Nord. ZePB Zentrum für Pflegeforschung und Beratung, Bremen 2007–2009. https://www.hs-bremen.de/mam/hsb/fakultaeten/f3/zepb/pflegefehler__fehlerkultur_und_fehlermanagement-bericht_des_zentrums_f{%}C3{%}BCr_pflegeforschung_und_beratung.pdf. [09.02.2015].
- Henneman EA, Gawlinski A, Blank FS, Henneman PL, Jordan D, McKenzie JB (2010). Strategies used by critical care nurses to identify, interrupt, and correct medical errors. *Am J Crit Care* 19(6), 500–509.
- Kocks A, Segmüller T, Abt-Zegelin A (2012). Kollegiale Beratung in der Pflege: Ein praktischer Leitfaden zur Einführung und Implementierung. <http://www.dg-pflegewissenschaft.de/2011DGP/wp-content/uploads/2011/09/LeitfadenBIS1.pdf>. [06.02.2015].
- KrPflG. Krankenpflegegesetz vom 16. Juli 2003 (BGBl. I S. 1442), mit letzter Änderung Artikel 5 der Verordnung vom 21. Juli 2014 (BGBl. I S. 1301). http://www.gesetze-im-internet.de/krpflg_2004/BJNR144210003.html. [05.02.2015].
- Laurent A, Aubert L, Chahraoui K, Bioy A, Mariage A, Quenot JP, Capellier G (2014). Error in intensive care: psychological repercussions and defense mechanisms among health professionals. *Crit Care Med* 42(11), 2370–2378.
- McLennan SR, Diebold M, Rich LE, Elger BS (2014). Nurses' perspectives regarding the disclosure of errors to patients. A qualitative study. *Int J Nurs Stud* S0020-7489(14), 00259–4.
- Statistisches Bundesamt. Gesundheit – Grunddaten der Krankenhäuser. <https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Gesundheit/Krankenhaeuser/Tabellen/PersonalKrankenhaeuserjahre.html> [16.02.2015]
- Strauss AL, Fagerhaugh SY, Suczek B, Weiner CL (1985). *Social organization of medical work*. Chicago, IL, US, University of Chicago Press.
- Tietze, KO (2003). *Kollegiale Beratung – Problemlösungen gemeinsam entwickeln*. Reinbek: Rowohlt.

Auszug aus: P. Gausmann, M. Henninger, J. Koppenberg (Hrsg.). Patientensicherheitsmanagement. 10/2015. De Gruyter (1. Auflage, vergriffen)