



Zentrum für Qualität in der Pflege
Die Stiftung, die Wissen vernetzt.

ZQP-Perspektivenwerkstatt 2018

Patientensicherheit in der ambulanten Pflege

Zentrale Ergebnisse, Dezember 2018



INHALT

Hintergrund	3
Rahmenbedingungen der ambulanten Pflege in Deutschland	4
Zum Stand der Forschung zur Patientensicherheit in der ambulanten Pflege	6
Handlungsfelder	6
Literatur	16

Im Interesse einer besseren Lesbarkeit wird im folgenden Text nicht ausdrücklich in geschlechterspezifische Personenbezeichnungen differenziert. Die gewählte männliche Form schließt die weibliche Form gleichermaßen ein.



HINTERGRUND

Pflegebedürftige Menschen haben in Deutschland das Recht auf eine sichere Gesundheitsversorgung¹. Das bedeutet, dass sie Anspruch auf Maßnahmen zur Patientensicherheit haben, um vor Schäden im Rahmen der professionellen Behandlung oder Pflege bewahrt zu werden (Aktionsbündnis Patientensicherheit, APS 2018). Mit Maßnahmen zur Patientensicherheit sollen Risiken frühzeitig erkannt und Schäden abgewendet werden. Dabei gilt es, Ursachen von unerwünschten Ereignissen und Fehlern zu identifizieren und systematisch hieraus zu lernen, um solche Situationen zukünftig zu vermeiden.

In Anlehnung an das Aktionsbündnis Patientensicherheit (APS)² und das Ärztliche Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ)³ werden die in diesem Text verwendeten Begriffe wie folgt bestimmt:

PATIENTENSICHERHEIT wird als Ergebnis aller Maßnahmen in Einrichtungen des Gesundheitswesens verstanden, die darauf gerichtet sind, Patienten beziehungsweise pflegebedürftige Menschen vor unerwünschten Ereignissen, vermeidbaren gesundheitlichen Schäden sowie Fehlern zu schützen. Patientensicherheit ist die Abwesenheit unerwünschter Ereignisse in der Gesundheitsversorgung.

Ein **UNERWÜNSCHTES EREIGNIS** ist ein für die Gesundheit des Patienten beziehungsweise Pflegebedürftigen schädliches Vorkommnis, das vor allem im Rahmen der professionellen Behandlung oder Pflege auftritt und nicht auf die Erkrankung zurückzuführen ist. Es kann vermeidbar oder unvermeidbar sein.

Ein **FEHLER** ist eine fachlich falsche Handlung oder das Unterlassen einer aus fachlicher Sicht notwendigen Handlung, wobei eine Abweichung vom Plan vorliegt

oder erst gar kein Plan besteht. Ob daraus ein Schaden für den Patienten oder Pflegebedürftigen entsteht, ist für die Definition als Fehler irrelevant.

Ein **RISIKO** ist die Wahrscheinlichkeit eines möglichen Schadens und dessen mögliche Schwere.

Angestoßen durch den bereits 1999 veröffentlichten Bericht „To err is human: Building a Safe Health Care System“ (Kohn et al. 2000) des amerikanischen Instituts of Medicine haben sich auch in Deutschland in den letzten Jahren Politik und Öffentlichkeit sowie Praxis und Wissenschaft verstärkt dem Thema Patientensicherheit gewidmet. So wurde zum Beispiel 2014 im Rahmen der interdisziplinären Initiative gesundheitsziele.de⁴ die Patientensicherheit als künftiges nationales Gesundheitsziel ausgerufen. Allerdings stehen bis heute im gesamten Fachdiskurs zur Patientensicherheit vor allem die medizinische Versorgung, zum Teil auch die Akutpflege und die stationäre Langzeitpflege im Fokus. Patientensicherheit in der häuslichen Versorgung pflegebedürftiger Menschen ist vergleichsweise wenig thematisiert. Angesichts der häufig parallelen Beteiligung diverser Akteure und aufgrund der oftmals komplexen Versorgungssituation dürfte das Risiko für unerwünschte Ereignisse beziehungsweise die Fehleranfälligkeit hierbei hoch sein. Zahlreiche Faktoren stellen Risiken für die Sicherheit von pflegebedürftigen Menschen dar: beispielsweise ungenügende Kommunikation, fehlendes Wissen, Unachtsamkeit und Zeitdruck der an der Versorgung Beteiligten, unklare Handlungs- und Entscheidungsprozesse sowie räumliche und technische Hindernisse. Hierdurch kann es zum Beispiel zu Infektionen, Dekubitus, Mangelernährung, Stürzen und Medikationsschäden kommen (vgl. Büscher 2015).

1 Der Anspruch ergibt sich u. a. aus dem Grundgesetz, Zivilrecht, Strafrecht und den Pflichten von Leistungserbringern gem. SGB V und SGB XI sowie aus dem Berufsrecht der Gesundheitsberufe.

2 <http://www.aps-ev.de>

3 <https://www.aeqz.de>

4 gesundheitsziele.de ist ein Kooperationsverbund von etwa 140 Organisationen des deutschen Gesundheitswesens zur Vereinbarung von Maßnahmen für die Verbesserung der Gesundheit der Bevölkerung in bestimmten Bereichen oder für bestimmte Gruppen. Bisher wurden zehn Gesundheitsziele entwickelt, siehe www.gesundheitsziele.de.



Demzufolge sind unter anderem ein Verständnis der spezifischen Herausforderungen in der Praxis, die Konkretisierung von erforderlichen Rahmenbedingungen und Anforderungen an die professionelle ambulante Pflege sowie die Entwicklung von fundierten praxistauglichen Instrumenten zur Verbesserung der Patientensicherheit erforderlich. Aufgrund des demografischen Wandels und der damit verbundenen steigenden Zahl ambulant zu versorgender pflegebedürftiger Personen bei gleichzeitigem Fachkräftemangel ist dies umso dringlicher.

Daher hat das Zentrum für Qualität in der Pflege (ZQP) eine Perspektivenwerkstatt zur Patientensicherheit mit dem Fokus auf die professionelle ambulante Pflege initiiert. Für die wissenschaftliche Begleitung und Zusammenführung der Ergebnisse beauftragte das ZQP die Uni Bremen Campus GmbH in Kooperation mit dem Institut für Public Health und Pflegeforschung (IPP) der Universität Bremen. Die ZQP-Perspektivenwerkstatt ist als mehrstufiges Verfahren angelegt. Zunächst wurde eine wissenschaftliche Recherche zur Datenlage über Patientensicherheit in der häuslichen Pflege durchgeführt. Mittels dreier Fachkonferenzen mit Experten aus der Wissenschaft, aus Pflegediensten und aus Verbänden der Leistungsträger, der Leistungserbringer, des

MDK sowie von Aufsichtsbehörden wurden weitere Erkenntnisse gewonnen. Daraus wurden Handlungsfelder der Patientensicherheit in der ambulanten Pflege und Lösungsansätze identifiziert. Die inhaltliche Begleitung und Beratung der Arbeit der Perspektivenwerkstatt übernahm ein Steuerungskreis mit Vertretern der Pflegeberufe, von Leistungsträgern, Leistungserbringern, und Fach-Politik. Alle Aktivitäten der Perspektivenwerkstatt wurden über die Laufzeit dokumentiert.

Der vorliegende Text stellt zentrale Ergebnisse der Literaturarbeit, der Fachkonferenzen und des Steuerungskreises der Perspektivenwerkstatt dar. Im ersten Abschnitt werden die Rahmenbedingungen der ambulanten Pflege in Deutschland skizziert. Im zweiten Abschnitt wird eine zusammenfassende Einschätzung zum Stand der Forschung zur Patientensicherheit im Kontext der ambulanten Pflege gegeben. In Abschnitt drei werden identifizierte Handlungsfelder der Patientensicherheit in der ambulanten Pflege und die daraus abgeleiteten Lösungsansätze dargestellt.

Eine ausführliche Darstellung der Ergebnisse findet sich im Projektbericht zur Perspektivenwerkstatt, der auf der Webseite des ZQP unter www.zqp.de zugänglich ist.

RAHMENBEDINGUNGEN DER AMBULANTEN PFLEGE IN DEUTSCHLAND

Von den aktuell knapp 3,5 Millionen pflegebedürftigen Menschen werden die weitaus meisten – rund 2,65 Millionen – zu Hause versorgt (BMG 2018). Bei einem Großteil der Pflegebedürftigen übernehmen ausschließlich Angehörige die Pflege. Im Jahr 2015 wurden etwa 692.000 pflegebedürftige Menschen von bundesweit etwa 13.300 ambulanten Pflegediensten mit 355.600 Beschäftigten versorgt, entweder vollständig oder zusammen mit Angehörigen (Statistisches Bundesamt 2017). Daneben erbringen ambulante Dienste Leistungen für Personen, die nicht pflegebedürftig im Sinne der Pflegeversicherung sind.

Das Leistungsspektrum der ambulanten Pflegedienste umfasst

- häusliche Krankenpflege nach § 37 SGB V, z.B. Medikamentengabe, Verbandwechsel, Injektionen.
- körperbezogene Pflegemaßnahmen, z.B. Hilfe bei der Körperpflege, Ernährung, Mobilität und Lagerung
- pflegerische Betreuungsmaßnahmen, z.B. Unterstützungsleistungen zur Bewältigung und Gestaltung des alltäglichen Lebens im häuslichen Umfeld
- Hilfen bei der Haushaltsführung, z.B. Reinigen der Wohnung



- Beratung und Anleitung der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen bei pflegerischen Fragestellungen, Unterstützung bei der Vermittlung von Hilfsdiensten.

Ambulante Pflegedienste sind wirtschaftlich selbstständige Einrichtungen, deren Betrieb durch gesetzliche Vorgaben reguliert ist. Diese stellen nicht zu unterschreitende Standards für Qualität und Sicherheit dar. Die Dienste versorgen Pflegebedürftige in deren häuslichem Umfeld unter ständiger Verantwortung einer ausgebildeten Pflegefachkraft (§ 71 SGB XI). Sie werden auf Grundlage eines Versorgungsvertrags durch die Landesverbände der Pflegekassen zugelassen (§ 72 SGB XI). Daneben schließen die Pflegedienste gem. § 132a SGB V Versorgungsverträge zur Erbringung von häuslicher Krankenpflege und Haushaltshilfe mit den Krankenkassen ab.

Werden Leistungen nach dem Fünften Sozialgesetzbuch (SGB V) oder dem Elften Sozialgesetzbuch (SGB XI) in Anspruch genommen, sind Leistungsinhalte sowie die Anforderungen an deren Güte durch Gesetze, Verordnungen, vertragliche Vereinbarungen, Standards und Prüfinhalte überwiegend vorgegeben. Für ambulante Pflegedienste, die Leistungen auf Grundlage des SGB XI erbringen, gelten beispielweise § 113 SGB XI Maßstäbe und Grundsätze zur Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität, § 113a SGB XI Umsetzung von Expertenstandards, § 72 Abs. 3 Nr. 3 SGB XI Anwendung eines Qualitätsmanagementsystems, § 114 SGB XI Qualitätsprüfungen sowie § 115 SGB XI Veröffentlichung der Prüfungsergebnisse. Für Leistungen, die im Rahmen des SGB V erbracht werden, beschließt der Gemeinsame Bundesausschuss (GBA) in der Richtlinie über die Verordnung von häuslicher Krankenpflege deren Dauer und deren Genehmigung durch die Krankenkassen sowie die Zusammenarbeit der Vertragsärzte mit den die häusliche Krankenpflege durchführenden ambulanten Pflegediensten und den Krankenhäusern.

Aussagen über die Qualität der ambulanten Pflege in Deutschland beruhen derzeit nahezu ausschließlich auf Ergebnissen der jährlichen Qualitätsprüfungen durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung

(MDK) und den Prüfdienst der Privaten Krankenversicherung nach § 114 SGB XI. Geprüft werden Strukturqualität (bspw. Personalausstattung, Aus-, Fort- und Weiterbildungsstand, Pflegekonzepte), Prozessqualität (bspw. Pflegedokumentation, Einarbeitung neuer Mitarbeiter, Zusammenarbeit mit anderen Leistungserbringern) und Ergebnisqualität (bspw. Ernährung und Flüssigkeitsversorgung, pflegerischer und gesundheitlicher Zustand der Pflegebedürftigen) in den Bereichen körperbezogene Pflegemaßnahmen, pflegerische Betreuungsmaßnahmen und Hilfe bei der Haushaltsführung sowie der häuslichen Krankenpflege nach § 37 SGB V. Mit dem Dritten Pflegestärkungsgesetz (PSG III) wurden erstmals auch Qualitäts- und Abrechnungsprüfungen in Bezug auf Leistungen der häuslichen Krankenpflege geregelt (Qualitätsprüfungs-Richtlinie häusliche Krankenpflege (QPR-HKP) gemäß § 275b SGB V).

Werden Mängel bei den Pflegeleistungen festgestellt, so können durch die Kranken- beziehungsweise Pflegekassen Schritte zu deren Beseitigung eingeleitet werden. Bei schwerwiegenden Mängeln kann einem ambulanten Pflegedienst die Versorgung von Patienten beziehungsweise Pflegebedürftigen untersagt werden. Die Ergebnisse der Qualitätsprüfungen des MDK müssen der Öffentlichkeit zugänglich gemacht werden. Neben den Transparenzberichten für die einzelne Einrichtung bieten die nach § 114c alle drei Jahre zu erstellenden Berichte über die Qualitätsprüfungen von ambulanten Pflegediensten und stationären Pflegeeinrichtungen des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (MDS) Anhaltspunkte für die Prävalenz und Inzidenz von Risiken hinsichtlich der Patientensicherheit in der Pflege (5. Qualitätsbericht des MDS 2017).

Das Qualitätsmanagement der Dienste und Einrichtungen und die Patientensicherheit sind untrennbar miteinander verbunden (Büscher 2015, Suhr 2015). Maßnahmen zur Sicherung der Qualität pflegerischer Leistungen sind immer auch Schutzmaßnahmen für Patienten beziehungsweise für Pflegebedürftige vor unerwünschten Ereignissen und Pflegefehlern. In der Praxis des Qualitätsmanagements in Pflegediensten (und Einrichtungen) findet sich eine Reihe von Bezügen zum Patientensicherheits-Management (Büscher



2015). Beispiele sind die Umsetzung von Expertenstandards und Leitlinien, Qualitätsaudits, Sturz-, Schmerz-, Medikamenten-, Hygiene- oder Überleitungsmanagement. Gesetzliche Anforderungen an ein Patienten-

sicherheits-Management wie etwa Fehlerberichts- und Lernsysteme bestehen für ambulante Pflegedienste sowie für stationäre Pflegeeinrichtungen nicht, wohl aber für den Krankenhausbereich (Neugebauer 2008).

ZUM STAND DER FORSCHUNG ZUR PATIENTENSICHERHEIT IN DER AMBULANTEN PFLEGE

Grundlage der Perspektivenwerkstatt war eine systematische, wissenschaftsbasierte Literatur- und Datenbankrecherche zum Thema Patientensicherheit in der ambulanten Pflege. Erhoben wurden nationale und internationale Studien in englischer und deutscher Sprache zur Patientensicherheit in der ambulanten Pflege im Zeitraum 1999 bis 2017. Die meisten der 78 identifizierten und ausgewerteten Veröffentlichungen sind in den USA und in Deutschland publiziert worden. Insgesamt betrachtet ist die Studienlage zum Themenfeld Patientensicherheit in der ambulanten Pflege verbesserungsbedürftig. Wissenschaftlich belegte Erkenntnisse zum Vorkommen und zur Vermeidung von unerwünschten Ereignissen und Fehlern in der Pflege liegen kaum vor.

Inzidenzraten in den einzelnen Ländern und Studien zu unerwünschten Ereignissen bei der ambulanten Versorgung pflegebedürftiger Menschen können nicht vergleichend und zusammenfassend betrachtet werden, da sowohl die Definitionen als auch die Studiendesigns und betrachteten Populationen äußerst unterschied-

lich sind. Die wissenschaftliche Literatur weist aber darauf hin, dass nahezu alle pflegerischen Bereiche Risikopotenziale für unerwünschte Ereignisse bergen, so zum Beispiel Medikation, Hygiene, Wundversorgung, Dekubitusprophylaxe, Sturzprophylaxe, Ernährung, Dokumentation und Kommunikation (Büscher 2015). Die am häufigsten in der Literatur benannten unerwünschten Ereignisse bei ambulant versorgten Pflegebedürftigen sind medikamentenassoziierte Ereignisse. Von beruflich Pflegenden werden Fehler bei der Wundversorgung, der Terminkoordination sowie Fehler im Rahmen der Anleitung von Pflegebedürftigen und Angehörigen genannt (Absulem/Hardin 2011).

Fundiertes Wissen über Sicherheitsrisiken und wirksame Maßnahmen beziehungsweise Kriterien und Instrumente zur Verbesserung der Patientensicherheit in der ambulanten Pflege fehlen. Laut den Ergebnissen der Recherche liegen keine wissenschaftsbasierten und fachlich konsentierten Instrumente für die ambulante Pflege vor, die gezielt der Patientensicherheit dienen.



HANDLUNGSFELDER

Im Rahmen der Perspektivenwerkstatt wurden einige Bedingungen der ambulanten Pflege festgestellt, die Einfluss auf die Patientensicherheit haben. Dazu gehören:

- Beruflich Pflegende arbeiten in der Regel allein, ohne kollegiale Unterstützung und kollegiale Kontrolle.
- Aufgaben der Pflegefachkräfte etwa im Bereich der Behandlungs- und Intensivpflege werden zunehmend anspruchsvoller.
- Komplexe Medizinprodukte und neue digitale Techniken müssen in der Pflege kompetent angewendet werden.
- Der Handlungsrahmen und die Einflussmöglichkeiten der Pflegedienste sind deutlich begrenzt:
 - An der Versorgung der pflegebedürftigen Personen sind meist unterschiedliche Akteure beteiligt, die oftmals getrennt voneinander agieren.
 - Das private, nicht-institutionelle Setting weist teilweise risikoreiche Umgebungsfaktoren auf, wie schlechte Lichtverhältnisse, fehlendes Material, räumliche Enge, Stolperfallen, schwer regulier- und einschätzbare Hygienelage im häuslichen Setting.
 - Pflegebedürftige und ihre Angehörigen wählen die Leistungen zur Pflege im Rahmen der Leistungsbescheide der Pflegekassen selbst und entscheiden hierbei über Art und Umfang der Versorgung.

- Die Tätigkeit der beruflich Pflegenden richtet sich nach den vereinbarten Leistungskomplexen.
- Die Behandlungspflege erfolgt nach ärztlicher Verordnung und nach Genehmigung der Krankenkassen. Nicht alle ärztlich verordneten Leistungen werden von der Krankenkasse des Versicherten genehmigt.
- Der Einsatz in der ambulanten Pflege ist zeitlich begrenzt und findet oft unter Zeitdruck statt.

Im Folgenden werden relevante Handlungsfelder für die Patientensicherheit dargestellt, die vor dem Hintergrund der oben genannten Bedingungen im Rahmen der Perspektivenwerkstatt identifiziert wurden:

- ➔ Wissen und Kompetenzen von beruflich Pflegenden
- ➔ Personaleinsatz
- ➔ Verantwortung ambulanter Pflege im komplexen Setting
- ➔ Kommunikation an Schnittstellen im Versorgungsprozess
- ➔ Gesundheitskompetenz Pflegebedürftiger und ihrer Angehörigen
- ➔ Sicherheitskultur in der ambulanten Pflege
- ➔ Spezielle Risikobereiche Medikation, Hygiene, außerklinische Beatmungspflege



→ **HANDLUNGSFELD: WISSEN UND KOMPETENZEN VON BERUFLICH PFLEGENDEN**

Das Wissen von beruflich Pflegenden über Risiken der Patientensicherheit, ihre Kompetenzen zur Reduzierung der Risiken sowie der Umgang mit unerwünschten Ereignissen sind laut den Ergebnissen der Perspektivenwerkstatt zentrale Einflussfaktoren auf die Patientensicherheit. Im Rahmen der Fachkonferenzen der Perspektivenwerkstatt wurde von Praxisvertretern über einige Wissens- und Kompetenzdefizite hinsichtlich der Patientensicherheit bei beruflich Pflegenden berichtet. Wissens- und Kompetenzdefizite können zu Pflegefehlern und letztlich zu gesundheitlichen Schäden bei pflegebedürftigen Menschen führen. Beispielsweise zeigen Studien aus dem stationären Bereich (Aiken et al. 2014), dass der Anteil von hoch qualifiziertem Pflegepersonal einen unmittelbar positiven Einfluss auf die Infektions- und Komplikationsrate sowie die Mortalität der Pflegebedürftigen hat. Allerdings wird das Thema Patientensicherheit sowohl in der pflegerischen Ausbildung als auch in der Fort- und Weiterbildung noch zu wenig berücksichtigt. Zwar konkretisieren das Alten- und Krankenpflegegesetz sowie die Ausbildungs- und Prüfungsverordnungen die spezifischen Ausbildungsinhalte. Das gesetzlich normierte Ausbildungsziel der Patientensicherheit wird in diesem Bereich aber nicht explizit als Ausbildungsinhalt von beruflich Pflegenden benannt.

Ausbildung für Pflegefachkräfte anpassen

Das Thema Patientensicherheit in der Pflege sollte bundesweit formaler Bestandteil der Pflegeausbildung sein. Kritisch wird beurteilt, dass der Kompetenzerwerb im Bereich Patientensicherheit in der Pflege nicht explizit in die Ausbildungsziele des aktuell beschlossenen Gesetzes zur Reform der Pflegeberufe (Pflegeberufereformgesetz), das am 1. Januar 2020 in Kraft tritt, aufgenommen wurde. Um den Erwerb von Kompetenzen zur Patientensicherheit in der Pflege zu fördern, sollten Curricula weiterentwickelt werden. Hierfür bietet zum Beispiel der vom Aktionsbündnis Patientensicherheit herausgegebene „Lernzielkatalog für Kompetenzen in der Patientensicherheit“ (APS 2014) Orientierung für Institutionen und Lehrende.

Zur Patientensicherheit fortbilden

Patientensicherheit muss nicht nur ein elementares Thema der Ausbildung, sondern auch Gegenstand einer kontinuierlichen beruflichen Entwicklung sein (vgl. auch Czakert et al. 2017). Bisherige Vorgaben, wie Anforderungen an Maßnahmen der Einrichtung zur Fortbildung der Mitarbeiter, Verpflichtung zu jährlicher Fortbildung zu Notfällen sowie weitere Fortbildungsverpflichtungen, die in den einzelnen Verträgen zwischen Pflegediensten und Kranken- beziehungsweise Pflegekassen geregelt sind, wurden im Rahmen der Perspektivenwerkstatt als sinnvolle Ansatzpunkte erachtet. Darüber hinaus ist aber eine ständige Kompetenzerweiterung von beruflich Pflegenden insbesondere für die Bereiche Risikoeinschätzung, Umgang mit kritischen Ereignissen und Vermeidung von Fehlern sowie sichere Kommunikation notwendig. Für die Bereitstellung der strukturellen Ressourcen entsprechender Bildungsangebote sind die Organisationen verantwortlich. Daneben sind Pflegefachkräfte verantwortlich, ihre Kompetenz zur Patientensicherheit kontinuierlich selbstständig weiterzuentwickeln.

Im Rahmen der Perspektivenwerkstatt wurde deutlich, dass ein berufsgruppenübergreifender Austausch sowie interdisziplinäre Fortbildungen kaum stattfinden. Auch hierfür bieten zum Beispiel der „Lernzielkatalog für Kompetenzen in der Patientensicherheit“ des APS (2014) sowie das „Weißbuch Patientensicherheit“ (Schrappe 2018) eine Orientierung zur Weiterentwicklung von Fortbildungsangeboten. Zusätzlich wurde im Rahmen der Perspektivenwerkstatt die Operationalisierung sogenannter „Never Events“ empfohlen. Dies sind Ereignisse, die in jedem Fall zu vermeiden sind (Herold 2015). Eine Liste definierter Never Events könnte bei der Versorgung pflegebedürftiger Menschen als Instrument zur Stärkung der Patientensicherheit von Nutzen sein und bereits in der Ausbildung sowie in der Fort- und Weiterbildung herangezogen werden.



→ **HANDLUNGSFELD: PERSONALEINSATZ**

Neben dem Wissen und den Kompetenzen der beruflich Pflegenden haben auch die quantitative Personalausstattung und die Steuerung des Personaleinsatzes Einfluss auf die Patientensicherheit. Gegenwärtig stehen ambulante Pflegedienste insbesondere aufgrund des Fachkräftemangels vor der Herausforderung, das vorhandene Personal mit den erforderlichen Qualifikationen und den notwendigen Kompetenzen entsprechend den Bedarfslagen der Pflegebedürftigen in komplexen Pflegesituationen einzusetzen. Der Personaleinsatz stellt daher hohe Anforderungen an die Führungs- und Organisationskompetenz der Pflegedienstleitungen. Zudem fehlt es zurzeit noch an einem fundierten, allgemein anerkannten und verbindlichen Verfahren, auf dessen Grundlage die Personalbemessung erfolgen kann.

Personaleinsatz in Pflegediensten verbessern

Die Gewinnung von Fachkräften für die berufliche Pflege stellt eine herausragende gesellschaftliche und

politische Aufgabe für die sichere Versorgung pflegebedürftiger Menschen dar – und steht darum derzeit in Deutschland an der Spitze der Agenda der Pflegepolitik. Dabei dürfen Qualifikationsfragen der beruflichen Pflege aber nicht unterliegen. Daher kommt fundierten Instrumenten für den Personaleinsatz in Pflegediensten eine wichtige Bedeutung zu. Das derzeit gem. § 113c SGB XI bis Mitte 2020 entwickelte bundeseinheitliche Verfahren zur quantitativen und qualitativen Personalbedarfsbemessung in Pflegeeinrichtungen, das Richtwerte für die ambulante Pflege einschließt, könnte hierbei weiterführen. Dabei ist zum einen von zentraler Bedeutung, dass politische Maßnahmen zur Qualifizierung und Gewinnung von beruflich Pflegenden weiter forciert werden. Zum anderen sollte die gezielte Qualifizierung des Leitungspersonals der Pflegeanbieter für ein optimiertes Personalmanagement verstärkt werden.

→ **HANDLUNGSFELD: VERANTWORTUNG AMBULANTER PFLEGE IM KOMPLEXEN SETTING**

Patientensicherheit ist das Ergebnis der Versorgung im Sinne der Ergebnisqualität. Maßnahmen zur Patientensicherheit gehören somit zu den Leistungspflichten von Pflegediensten beziehungsweise beruflich Pflegenden. Dabei ist das Ergebnis der Versorgung in der ambulanten Pflege von vielfältigen Einflüssen abhängig. An der Gestaltung der häuslichen Versorgung einer pflegebedürftigen Person sind in der Regel eine Vielzahl von Akteuren in einem komplexen Leistungs- und Beziehungsgeflecht beteiligt. Dazu gehören insbesondere Angehörige und andere nahestehende Bezugspersonen, Pflegedienste, Ärzte, Physiotherapeuten, Logopäden, Hospiz- oder Besuchsdienste. Während Verantwortlichkeiten für Strukturen und Prozesse im Rahmen der Versorgung Pflegebedürftiger in der Regel die vereinbarten Pflegeleistungen oder ärztlich verordneten und von der Krankenkasse genehmigten Leistungen der ambulan-

ten Pflege zugeordnet werden können, trifft dies aufgrund vielfältiger Einflussfaktoren für die Ergebnisqualität meist nicht zu. Hinzu kommt, dass das Verständnis und die Bewertung von Patientensicherheit und der jeweiligen moralisch-ethischen, beruflich-fachlichen und gesetzlichen Verantwortlichkeit der beteiligten Akteure deutlich voneinander abweichen können. Grundsätzlich ist die Verantwortung für die Patientensicherheit in der ambulanten Versorgung von pflegebedürftigen Menschen als Querschnittsaufgabe aller an dem Setting beteiligten Akteure zu verstehen.

In Bezug auf Pflegedienste ist die Verantwortung für die Patientensicherheit darin zu sehen, Schäden von den pflegebedürftigen Menschen abzuwenden. Dies erfolgt auf der Grundlage der von den Pflegebedürftigen gewählten und beauftragten Sachleistungen (z. B. Hilfe bei der Körperpflege, Ernährung, Mobilität),



der Unterstützung bei der Haushaltsführung oder den Leistungen der häuslichen Krankenpflege. Leistungen im Rahmen der Behandlungspflege beruhen ausschließlich auf ärztlicher Verordnung entsprechend der Häuslichen Krankenpflege-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (GBA). Allerdings stellen – so die Hinweise aus der Fachkonferenz mit Praktikern – beruflich Pflegende oftmals Lücken zwischen ihrer moralisch-ethischen und beruflich-fachlichen Verantwortung sowie ihren begrenzten Einfluss- beziehungsweise Handlungsmöglichkeiten aufgrund ihres jeweiligen Leistungsauftrags fest. Während die rechtliche Verantwortung für Handlungen der Akteure größtenteils definiert werden kann – etwa aufgrund von Leistungsverträgen und Garantienpflichten⁵ – ist die moralisch-ethische Verantwortung für die Sicherstellung der Patientensicherheit im Einzelfall nicht immer gut eingrenzbare.

Verantwortlichkeiten klären

Pflegedienste und beruflich Pflegende sollten Verantwortungs- und Handlungsbereiche im Rahmen eines Pflegesettings definieren und sowohl innerhalb der Organisation als auch gegenüber Pflegebedürftigen, pflegenden Angehörigen und weiteren an der Versorgung beteiligten Akteuren klar kommunizieren.

Dem sollte das prinzipielle Verständnis zugrunde liegen, dass die Aufgabe und Verantwortung ambulanter Pflegedienste zur Patientensicherheit im Rahmen ihres Leistungsauftrags darin liegt, mittels den zur Verfügung stehenden Instrumenten wie Wissen, fachgerechte Pflege, Kommunikation und Beratung zu einer sicheren und dem individuellen Bedarf entsprechenden Versorgung von pflegebedürftigen Personen beizutragen, ohne Rechte wie Selbstbestimmung und Privatheit einzuschränken. Pflegedienste sollten den pflegebedürftigen Menschen sowie deren Angehörigen Angebote machen, die ihnen im Rahmen ihrer leistungsrechtlichen Ansprüche informierte Entscheidungen über die Pflege ermöglichen und ihre Kompetenz zur Selbstpflege verbessern. Ein kontinuierlicher Selbstreflexionsprozess des beruflichen Handelns ist hierbei erforderlich. Daneben tragen standardisierte Kommunikationsprozesse dazu bei, eventuelle Unklarheiten über Aufgaben und Verantwortlichkeiten der an der Versorgung von Pflegebedürftigen beteiligten Akteure zu minimieren.

Zudem sind Kranken- beziehungsweise Pflegekassen und private Krankenversicherungen gefragt, ihre Genehmigungsverfahren bei Leistungsbewilligungen hinsichtlich der Relevanz für die Patientensicherheit zu prüfen.

→ **HANDLUNGSFELD: KOMMUNIKATION AN SCHNITTSTELLEN IM VERSORGUNGSPROZESS**

Ein Schlüsselfaktor der Patientensicherheit ist die akteursübergreifende Kommunikation. Mangelhafter Informationsfluss zwischen den an der Versorgung Beteiligten wie Pflegebedürftige, Angehörige, Pflegekräfte, Haus- und Fachärzte, Apotheker stellt einen erheblichen Risikofaktor für unerwünschte Ereignisse und Fehler in der Versorgung dar – so die Ergebnisse

der Perspektivenwerkstatt. Beispielhaft ist der Medikationsprozess: Mangelnde Kommunikation kann zu erheblichen gesundheitlichen Schäden bei der pflegebedürftigen Person führen, etwa wenn ärztliche Verordnungen missverständlich an Pflegefachkräfte kommuniziert oder umgekehrt beobachtete Wechselwirkungen nicht rasch und nachvollziehbar

⁵ Der gesetzliche Pflegeauftrag und die Vereinbarungen aus dem Pflegevertrag begründen eine Garantienstellung der professionell Pflegenden gegenüber den Pflegebedürftigen (Görgen et al. 2012, S. 23). Allgemein ist eine Garantienstellung eine „besondere Pflichtenstellung (sog. Garantienpflicht) einer Person, für den Schutz bestimmter Rechtsgüter (z. B. Gesundheit, körperliche Unversehrtheit, Leben) anderer Personen Sorge zu tragen“ (Wied & Warmbrunn 2003, s. v. „Garantienstellung“). Die Garantienpflicht professionell Pflegenden besteht darin, dass sie ggf. Handlungen vornehmen müssen, die geeignet sind, Rechtsgüter zu schützen und Schaden vom Pflegebedürftigen abzuwenden (§13 StGB; Görgen et al. 2012, S. 23, 24).



an den Arzt gemeldet werden. Ein weiteres Beispiel ist die Überleitung von einer Institution zur anderen: Aus Kommunikationsdefiziten in Form einer unvollständigen Überleitung/Übergabe des Pflegebedürftigen, zum Beispiel vom Krankenhaus zum ambulanten Pflegedienst und umgekehrt, ergeben sich hohe Risiken für die Patientensicherheit. Dies betrifft beispielsweise die Medikation, das Wundmanagement und die Ernährung. Praktiker berichteten im Rahmen der Perspektivenwerkstatt, dass Überleitungsbögen und vorläufige Entlassungsbriefe häufig nicht vorliegen oder mangelhaft ausgefüllt sind. Unterschiedliche Arbeitsprozesse und -zeiten sowie andersartige Dokumentationssysteme der Berufsgruppen würden eine direkte Kommunikation erschweren. Berufsgruppen übergreifende, standardisierte Instrumente zur Informationsweitergabe, wie zum Beispiel digitale Systeme, sind in der Praxis laut den Ergebnissen der Perspektivenwerkstatt noch nicht verbreitet.

Kommunikationsprozesse standardisieren

Um die Kommunikation zwischen den an der Versorgung von Pflegebedürftigen beteiligten Berufsgruppen wie beruflich Pflegenden und Ärzten zu verbessern, sollte die Informationsübermittlung nach einem standardisierten Prozess erfolgen. Beispielhaft für einen strukturierten Kommunikationsprozess zwischen beruflich Pflegenden und Ärzten ist die evidenzbasierte ISBAR-Methode (Identify, Situation, Background, Assessment and Recommendation), durch die die Kommunikation zwischen den Berufsgruppen effektiver und sicherer gestaltet werden kann (Smith et al. 2016). Diese Methode kann adaptiert werden. Voraussetzungen für die Implementierung strukturierter Kommunikationsprozesse sind das Erkennen der Notwendigkeit der Standardisierung, die proaktive Initiierung eines Verfahrens, die Abstimmung des Verfahrens zwischen den beteiligten Akteuren und ein hohes Maß an Disziplin bei der Umsetzung. Pflegebedürftige sowie ihre Angehörigen sollten dabei partnerschaftlich eingebunden werden (vgl. auch Czakert et al. 2017).

Digitale Technik einsetzen

Für die Standardisierung von Kommunikationsprozessen – beziehungsweise eine sichere Informationsübermittlung – wird der verstärkte Einsatz digitaler Technik in der ambulanten Pflege empfohlen. Entsprechende Systeme sind bereits verfügbar. Insbesondere weniger technikaffine Mitarbeiter sollten in den Organisationen gezielt unterstützt und motiviert werden, digitale Technik anzuwenden. Pflegedienste und beruflich Pflegenden sollten sich aktiv mit der Anwendung digitaler Technik auseinandersetzen und für deren Weiterentwicklung einsetzen, etwa in dem sie Anforderungen an die Systeme aus pflegerischer Sicht definieren und entsprechend einfordern.

Anpassung der Leistungsvergütung ambulanter Pflegedienste prüfen

Zu prüfen wäre, ob die Kosten für die Etablierung von Strukturen und Prozessen, die für die Stärkung der Patientensicherheit wichtig sind – so etwa akteursübergreifende Kommunikationssysteme und multiprofessionelle Fallkonferenzen – künftig Bestandteil der Leistungsvergütung ambulanter Pflegedienste sein können. Auf diese Weise ließen sich auch monetäre Anreize zur Institutionalisierung von Maßnahmen zur Patientensicherheit in der ambulanten Pflege setzen.



→ **HANDLUNGSFELD: GESUNDHEITSKOMPETENZ PFLEGEBEDÜRFTIGER UND IHRER ANGEHÖRIGEN**

Das Wissen Pflegebedürftiger und pflegender Angehöriger über gesundheitliche Risiken sowie ihre Motivation und Kompetenz, diese durch das eigene Verhalten zu minimieren (Gesundheitskompetenz)⁶, haben erheblichen Einfluss auf die Patientensicherheit. Beispiele sind die Einhaltung von Hygieneregeln, der richtige Umgang mit Medikamenten, Sturzprophylaxe oder eine gesundheitsfördernde Ernährung. Beruflich Pflegenden kommt diesbezüglich eine wichtige Rolle zur Förderung der Gesundheitskompetenz zu – etwa im Rahmen pflegerischer Beratung, Schulung und Anleitung.

Allerdings fehlt es an wirksamen praktischen Formaten und Instrumenten zur Förderung der Gesundheitskompetenz durch Beratung und Anleitung von Pflegebedürftigen und pflegenden Angehörigen. Diese konnten auch nicht in der Literaturrecherche identifiziert werden (vgl. auch Kolpatzik/Schaeffer/Voigt 2018). Zudem haben Pflegedienste sehr begrenzte Handlungsmöglichkeiten, wenn sie Risiken für die Patientensicherheit feststellen, die von pflegenden Angehörigen herbeigeführt und von den Pflegebedürftigen hingenommen werden: Sie können die Kranken- oder Pflegekasse beziehungsweise die private Krankenversicherung oder den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) informieren oder in besonders prekären Situationen die Polizei benachrichtigen. Unklar ist, wie häufig solche Maßnahmen ergriffen werden – und welche Konsequenzen in welchen Fällen folgen beziehungsweise folgen sollten.

Kompetenz Pflegebedürftiger und Angehöriger unterstützen

Ambulante Pflegedienste und beruflich Pflegende sollten die Gesundheitskompetenz Pflegebedürftiger und ihrer Angehörigen aktiv fördern. Hierfür können die Instrumente Beratung, Schulung und Anleitung (z. B. gem. § 36 Abs. 2 Satz SGB XI, § 37 Abs. 3 SGB XI, § 45

SGB XI) gezielt genutzt werden. Informationen und Wissen müssen dabei so vermittelt werden, dass das Verständnis und die sinnvolle Anwendung ermöglicht werden. Hinweise zu Anforderungen an pflegerische Beratung, Schulung und Anleitung bietet der Qualitätsrahmen für Beratung in der Pflege (Zentrum für Qualität in der Pflege 2016). Künftig sollten die bestehenden Formate beziehungsweise Interventionen zur Förderung der Kompetenzen Pflegebedürftiger und Angehöriger zur Patientensicherheit methodisch weiterentwickelt und mit möglichst hoher Wirksamkeit eingesetzt zu werden.

Patientensicherheit in Qualitätsberichterstattung aufnehmen

Für Pflegebedürftige und ihre Angehörigen sollte klar nachvollziehbar sein, welche konkreten Maßnahmen ambulante Dienste zur Patientensicherheit ergreifen beziehungsweise welche Instrumente hierfür eingesetzt werden. Organisationsbezogene Angaben über Strukturen und Prozesse zur Patientensicherheit sollten daher künftig fester Bestandteil einer verbraucherorientierten Pflege-Qualitätsberichterstattung sein. Dies sollte bei der aktuellen Weiterentwicklung der Qualitätsprüfungen gem. § 114 SGB XI und der Qualitätsdarstellung gem. § 115 SGB XI beachtet werden.

6 Zur Gesundheitskompetenz vgl. auch Kolpatzik/Schaeffer/Voigt 2018.



→ **HANDLUNGSFELD: SICHERHEITSKULTUR IN DER AMBULANTEN PFLEGE**

Die Sicherheitskultur in der ambulanten Pflege beruht auf den Werten, Einstellungen und dem Verhalten des Dienstes zur Steigerung der Sicherheit der Patienten beziehungsweise Pflegebedürftigen sowie zur Vermeidung und Bewältigung von unerwünschten Ereignissen (vgl. u. a. Pfaff et al. 2009; Hammer & Manser 2015). Den Ergebnissen der Perspektivenwerkstatt zufolge ist eine Sicherheitskultur im Bereich der ambulanten Pflege in Deutschland wie in weiten Teilen des Gesundheitswesens kaum verankert. Zentrale Voraussetzungen für die Etablierung einer Sicherheitskultur sind eine offene Kommunikation über Risiken, Schwachstellen der Patientensicherheit und Fehler, aber auch über Best-Practice-Erfahrungen. Laut den Berichten aus der Praxis werden unerwünschte Ereignisse und Fehler in den Organisationen vielfach nicht als wichtige Lernpotenziale für notwendige Veränderungen betrachtet. Systematische Berichts- und Lernsysteme zur Etablierung einer Sicherheitskultur in der Organisation sind in der ambulanten Pflege in Deutschland offenbar nicht etabliert. Dies bestätigt auch eine Studie des ZQP, wonach keiner der 122 Pflegedienste, in denen Mitarbeiter befragt wurden, ein derartiges Instrument eingesetzt hatte (unveröffentlichte Daten einer bundesweiten schriftlichen Befragung im Jahr 2016). Eine gesetzliche Verpflichtung zum Einsatz von Berichts- und Lernsystemen besteht in der Langzeitpflege nicht. Ein geeignetes Instrument zur Stärkung der Sicherheit pflegebedürftiger Menschen könnte die Definition von Ereignissen sein, die in jedem Fall zu vermeiden sind. Solche, im Bereich der medizinischen Behandlung, sogenannten „Never Events“ sind schwerwiegende, prinzipiell vermeidbare unerwünschte Ereignisse, die nach dem aktuellen Wissenstand und bei entsprechender Vorsorge niemals vorkommen sollten. Die Definition könnte in einem Konsensverfahren akteursübergreifend oder aber organisationsbezogen erfolgen.

Konstruktiv mit Fehlern umgehen

Leitungspersonen in der Pflege kommt zur Etablierung einer Sicherheitskultur eine entscheidende Rolle zu: Deren Einstellung zur Verantwortung für Patientensicherheit sowie deren offener und konstruktiver Umgang mit unerwünschten Ereignissen und Fehlern sind wesentliche Voraussetzungen für eine gelingende Sicherheitskultur in der Organisation. Insofern sind sie aufgefordert, mit einer solchen Haltung einen entsprechenden Umgang in der Organisation zu prägen.

Pflegevisiten konsequenter etablieren

Die Pflegevisite ist ein Instrument der professionellen Pflege zur Sicherung der Pflegequalität. Sie hat eine kontrollierende und eine beratende Funktion im Rahmen der pflegefachlichen Versorgung einer pflegebedürftigen Person. Im Rahmen einer Pflegevisite können unter anderem Risiken der Patientensicherheit erfasst und angemessene Maßnahmen veranlasst werden. Zur Stärkung der Patientensicherheit sollten Pflegevisiten – laut den Experten der Konferenz mit Praktikern – in der ambulanten Pflege konsequenter als bisher in der Praxis etabliert werden. Eine Arbeitshilfe für die Praxis bietet der DBfK Nordost e.V. (Praxisheft Leitfaden zur Pflegevisite 2016) an.

Berichts- und Lernsysteme nutzen (CIRS)

Als ein Ansatzpunkt für die Entwicklung einer Sicherheitskultur in der ambulanten Pflege wird empfohlen, elektronische Berichts- und Lernsysteme auf Organisationsebene zu etablieren, sogenannte Critical Incident Reporting Systems (CIRS), auch Ereignis- und Fehlermeldesysteme genannt. Hierbei sollten Mitarbeiter kritische Ereignisse anonym melden; daraus werden Maßnahmen abgeleitet, um solche Ereignisse in Zukunft zu vermeiden. Das Aktionsbündnis Patientensicherheit hat praxisbezogene Handlungsempfehlungen sowie Arbeitsmaterialien für die Einrichtung und den Betrieb eines Berichts- und Lernsystems (CIRS) in der ambulanten Versorgung erarbeitet (APS 2018). Der MDK in



Bayern hat ein CIRS für ambulante und stationäre Pflegeeinrichtungen entwickelt und ein Jahr lang acht Einrichtungen bei dessen Einführung begleitet. Erste Ergebnisse weisen auf positive Effekte für die Sicherheitskultur hin (Lehmann et al. 2016).

Zentrales Register zur Inzidenz von unerwünschten Ereignissen und Fehlern einführen

Mithilfe eines offenen, für alle beruflich Pflegenden zugänglichen Systems, in dem anonym unerwünschte Ereignisse und Fehler gemeldet werden, könnte deren

Inzidenz erfasst werden. Basierend auf diesen Meldungen kann ein zentrales Register kontinuierlich Auskunft sowohl über Zahl, Art und Ausmaß dieser Ereignisse geben sowie ob, wie und wie häufig sich diese durch Beratung, die Umsetzung von Empfehlungen oder die Einführung von Standards verändern und steuern lassen. Die Erhebung von Daten könnte außerdem im Rahmen des internen Qualitätsmanagements der Pflegedienste erfolgen. Zu prüfen wäre, welche Institution für eine interessensneutrale Datensammlung und -auswertung geeignet sein könnte und ob beispielsweise die Pflegekammern infrage kämen.

→ **HANDLUNGSFELD: RISIKOBEREICH MEDIKATION**

Die Relevanz medikamentenassoziierter unerwünschter Ereignisse bei ambulant versorgten pflegebedürftigen Menschen ist hoch (vgl. auch Thürmann 2018). Dazu zählen Fehler bei der Dosierung und Verabreichung sowie Wechselwirkungen und Unverträglichkeiten vor allem bei Mehrfachmedikation. Alle Schritte im Medikationsprozess (Verordnung, Richten, Monitoring der Therapie) werden als risikoreich eingestuft. Eine Vielzahl von Faktoren kann ursächlich für medikamentenassozierte unerwünschte Ereignisse sein: mangelnde Kommunikation unter den Professionen (Pflegende, Ärzte, Apotheker) und mit den Patienten beziehungsweise ihren Angehörigen sowie fehlende oder ungeeignete Instrumente zur Informationsweitergabe und Dokumentation (ebd.). Zur Verbesserung der Medikationssicherheit wurde der bundeseinheitliche Medikationsplan entwickelt. Patienten, die mindestens drei zulasten der gesetzlichen Krankenkassen verordnete, systemisch wirkende Medikamente gleichzeitig einnehmen oder anwenden, haben einen Anspruch auf einen solchen vom Hausarzt ausgestellten Medikationsplan⁷. Allerdings ist der Medikationsplan laut den Berichten von Praxisvertretern noch nicht regelhaft etabliert, er liegt häufig nicht vor oder ist fehlerhaft ausgefüllt. Weitere Risikofaktoren, die die Patientensicherheit bei der Medikation beeinträchtigen können, sind: ein

fehlender Routineablauf, Ablenkung beim manuellen Portionieren der Medikamente („Stellen“), Zeitdruck, Arbeitsabläufe ohne kollegiale Unterstützung und gegenseitige Kontrolle, fehlendes Wissen über die richtige Verabreichung, mangelndes Verständnis aufgrund von Sprachdefiziten sowie mangelhaft ausgestellte Verordnungen durch Ärzte. Unerwünschte Medikationsereignisse können auch Folge einer sogenannten Non-Compliance bei Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen sein. Das bedeutet, dass ärztliche oder pflegerische Empfehlungen nicht oder nur unzureichend beachtet werden, so zum Beispiel aufgrund von Vergesslichkeit, mangelnder Achtsamkeit oder einer Fehleinschätzung der Bedeutung. Darüber hinaus wurde von Praxisvertretern dargelegt, dass der Zeitpunkt der Verabreichung von Medikamenten durch ambulante Dienste nur begrenzt bedarfsgerecht möglich ist. Medikamente werden den pflegebedürftigen Menschen demnach nicht immer zum optimalen Zeitpunkt verabreicht, sondern dann, wenn der Zeitplan des Dienstes es ermöglicht. Ein Beispiel: Bestimmte Augentropfen müssen im Abstand von 30 Minuten verabreicht werden. Der Zeitkorridor für den Einsatz des Mitarbeiters des Pflegedienstes beträgt aber nur 15 Minuten.

⁷ vgl. <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/medikationsplan.html>



Anwendung von Instrumenten zur Erhöhung der Medikationssicherheit forcieren

Die Anwendung des bundeseinheitlichen Medikationsplans (gem. § 31a Abs. 4 Satz 1 SGB V) ist laut den Ergebnissen der Perspektivenwerkstatt bisher noch nicht flächendeckend verbreitet und sollte noch stärker vorangetrieben werden, insbesondere auch die elektronische Nutzung mittels des Barcodes. Um Unklarheit über die ärztliche Verordnung der Medikation und Fehler zu vermeiden, sollten die Medikationspläne als ungültig gelten, wenn hierin handschriftliche Änderungen oder notizenartige Einträge durch Angehörige und Pflegebedürftige vorgenommen wurden. Insofern sollten Strategien und praktische Hilfen im Hinblick auf eine breite sowie sichere Nutzung des Medikationsplans weiterentwickelt werden.

Die maschinelle Arzneimittel-Verblisterung durch Apotheken kann in vielen Fällen erheblich zur Medikationssicherheit beitragen. Damit wird das hohe Fehlerisiko, das bei manueller Portionierung (Stellen von Medikamenten durch Personen) besteht, stark minimiert. Zudem trägt die Verblisterung dazu bei, verordnete Einnahmezeitpunkte besser einzuhalten. Voraussetzung ist, dass die Medikation in Arzneimittelblister in einem validierten und qualifizierten Verfahren nach europäischen Standards (Good Manufacturing Practice, GMP) aufbereitet und bereitgestellt wird. Nachteile der Arzneimittel-Verblisterung werden vor allem darin gesehen, dass kurzfristige Änderungen der Medikation aufwendig sein können. Um Medikamente kurzfristig absetzen zu können, müssen sie trotz der Verblisterung identifizierbar sein.

➔ **HANDLUNGSFELD: RISIKOBEREICH HYGIENE**

Für die Sicherheit von pflegebedürftigen Menschen ist die Hygiene hoch bedeutsam. Hygienrisiken für Pflegebedürftige, die Zuhause versorgt werden, beziehen sich vor allem auf die schwer zu regulierende und auch schwer einschätzbare Hygienelage im häuslichen Setting: Das private Hygieneverhalten von Pflegebedürftigen, Angehörigen und deren Besuchern sowie Umgebungsfaktoren wie Teppiche, Pflanzen und Haustiere stellen Einflussfaktoren auf die Hygienebedingungen dar. Hinzu kommen Faktoren vonseiten der Pflegedienste, die Hygienrisiken bergen: Defizite im Wissen und bei der Sorgfalt der Pflegenden, Zeitdruck während der Einsätze oder fehlendes Material. Laut der oben genannten Studie des ZQP besteht ein hoher Fortbildungsbedarf bei beruflich Pflegenden in ambulanten Diensten im Umgang mit Multiresistenten Keimen (unveröffentlichte Daten einer bundesweiten schriftlichen Befragung im Jahr 2016).

Insgesamt besteht eine Vielzahl besonderer Hygieneregeln für die ambulante Pflege, die unter anderem aufgrund landesspezifischer Gesetze zu Hygieneanforderungen unübersichtlich sind. Infektionsgefahren und Hygienemaßnahmen in der ambulanten Pflege sind zum Beispiel Gegenstand der Qualitätsprüfungen des MDK

und des PKV-Prüfdienstes QPP, der Gesundheitsämter (gemäß Infektionsschutzgesetz auf Bundesebene, Gesetzen der Länder über den Öffentlichen Gesundheitsdienst sowie Hygienegesetzen und -verordnungen der Länder), der Arbeitsschutzbehörden und Berufsgenossenschaften. Darüber hinaus enthalten die Verträge zwischen den Leistungserbringern und Leistungsträgern zum Teil Regelungen zur Hygiene, zum Beispiel das Tragen von Schutzkleidung durch das Pflegepersonal. Zudem ist der Ausgangspunkt für Hygienevorschriften im ambulanten Bereich die Hygiene-Regelungen für die stationäre Versorgung (Hygienemaßnahmen der KRINKO, Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention). Zugleich fehlen, laut den im Rahmen der Perspektivenwerkstatt befragten Hygiene-Experten, Daten über das Keimaufkommen sowie über konkrete Infektionsrisiken in privaten Pflegesettings, sodass für vorhandene Regelungen teilweise eine belastbare Wissensgrundlage fehlt. Dies trägt zu einem unsicheren Umgang mit Hygieneanforderungen bei und kann die Patientensicherheit gefährden. Ein weiterer Risikofaktor sind Informationsmängel im Rahmen der Entlassung beziehungsweise Überleitung von Pflegebedürftigen von einem zum anderen Versorgungssetting (vgl. Handlungsfeld: Kommunikation an Schnittstellen im Versorgungsprozess).



Datenbasierte Hygienevorgaben für die ambulante Pflege erarbeiten

Für die ambulante Pflege sollten spezifische, wissenschaftliche und übersichtliche Hygienevorgaben erarbeitet werden. Vorschriften aus der Krankenhaushygiene

sollten nicht als Grundlage für die ambulante Pflege verwendet werden. Es wird daher empfohlen, eine datenbasierte Wissensgrundlage über das Keimaufkommen sowie über konkrete Infektionsrisiken in privaten Pflegesettings aufzubauen, um Regelungen entsprechend anzupassen.

→ **HANDLUNGSFELD: RISIKOBEREICH AUßERKLINISCHE BEATMUNGSPFLEGE**

Die Versorgung von Pflegebedürftigen mit außerklinischer Beatmung ist höchst anspruchsvoll, vor allem im Hinblick auf die Patientensicherheit. Eine 24-Stunden-Pflege, korrekte Gerätehandhabung, penible Hygiene und richtiges Verhalten im Notfall durch Pflegefachkräfte sind für beatmete Menschen lebenswichtig. Laut den Ergebnissen der Perspektivenwerkstatt besteht oftmals noch Unsicherheit über die Qualität der Versorgung von außerklinisch beatmeten Pflegebedürftigen. Das Kompetenzniveau der Mitarbeiter variiert stark, es fehlt häufig an angemessener Qualifikation der Pflegenden, um eine sichere Versorgung zu gewährleisten.

Bisher waren pflegfachliche Leistungen und Qualitätsanforderungen eher allgemein gehalten, etwa in vertraglichen Vereinbarungen zwischen den Pflegediensten und den Kranken- und Pflegekassen. Zwar sind seit Januar 2018 Pflegedienste, die beatmete Patienten versorgen, in jährliche Regel- oder Anlassprüfung des MDK einbezogen. Des Weiteren werden derzeit Rahmenempfehlung gem. §132a SGB V zur intensivpflegerischen Versorgung im Rahmen der häuslichen Krankenpflege erarbeitet. Bisher fehlen aber transparente, bundeseinheitlich verbindliche Qualitätsanforde-

rungen beziehungsweise Standards und Transparenz über die Lebenssituation und die Qualität der Versorgung von Menschen mit Heimbeatmung.

Qualitätsanforderungen an die außerklinische Beatmungspflege vereinheitlichen

Zur Erhöhung der Patientensicherheit bei außerklinisch, ambulant beatmeten Pflegebedürftigen sollten bundesweit verbindliche Zulassungsvoraussetzungen und inhaltliche Anforderungen an die Struktur- und Prozessqualität für die Leistungsanbieter außerklinischer Beatmungspflege gelten. Einen Ansatz stellen die Anfang 2018 vom Verband der Ersatzkassen (vdek) und dem Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste (bpa) getroffenen Regelungen für die ambulante Intensivpflege sowie die Einführung von Pflege-Qualitätsprüfungen des MDK in der außerklinischen Intensivpflege seit 1. Januar 2018 (Qualitätsprüfungs-Richtlinie Häusliche Krankenpflege – QPR-HKP vom 27. September 2017) dar. Darüber hinaus müssen Voraussetzungen zur Transparenz über die bundesweite Datenlage zur Versorgungssituation und -qualität bei außerklinisch beatmeten Patienten geschaffen werden.

Der Bericht zur ZQP-Perspektivenwerkstatt Patientensicherheit in der ambulanten Pflege ist unter www.zqp.de abrufbar.

KONTAKT

Daniela Sulmann
Bereichsleitung Projekte, Zentrum für Qualität in der Pflege, Daniela.Sulmann@zqp.de



LITERATUR

- Absulem, S.; Hardin, H. (2011): Home health nurses' perceived care errors. In: Rehabilitation nursing: the official journal of the Association of Rehabilitation Nurses 36 (3), S. 98-105, 128.
- Aiken, L. H.; Sloane, D. M.; Bruyneel, L. et al; RN4CAST Consortium (2014): Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries: a retrospective observational study. Lancet. 2014; 383:1824-1830.
- Aktionsbündnis Patientensicherheit (APS) e.V. (2014): Wege zur Patientensicherheit. Lernzielkatalog für Kompetenzen in der Patientensicherheit. Eine Empfehlung des Aktionsbündnisses Patientensicherheit e.V. für Institutionen und Lehrende im Bereich der Aus-, Fort- und Weiterbildung der Gesundheitsberufe, erstellt von der Arbeitsgruppe Bildung und Training.
- Aktionsbündnis Patientensicherheit (APS) e.V. (2018): Berichts- und Lernsysteme erfolgreich nutzen. Handlungsempfehlung für ambulante Einrichtungen im Gesundheitswesen, Berlin.
- Bundesministerium für Gesundheit (BMG) (2018). Zahlen und Fakten zur Pflegeversicherung. Online verfügbar unter: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/Downloads/Statistiken/Pflegeversicherung/Zahlen_und_Fakten/Zahlen_und_Fakten_11_07_2018.pdf (31.08.2018)
- Büscher, A. (2015): Patientensicherheit im nichtklinischen Bereich. (Patienten)-Sicherheit im Langzeitpflegebereich. In: Gausmann, P., Henninger, M., Koppenberg, J. (Hrsg.) (2015): Patientensicherheitsmanagement, S. 529-537, Walter de Gruyter GmbH: Berlin/Boston.
- Cadenbach, A. (2015): Patientensicherheit im nichtklinischen Bereich. Ambulante Medizin. In: Gausmann, P., Henninger, M., Koppenberg, J. (Hrsg.) (2015): Patientensicherheitsmanagement, S. 523-528, Walter de Gruyter GmbH: Berlin/Boston.
- Czakert, J.; Lehmann, Y.; Ewers, M. (2018): Patientensicherheit in der häuslichen Versorgung – Eine Übersichtsarbeit zu internationalen Handlungsempfehlungen. In: Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen, Online First.
- Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK) Nordost e.V. (Hrsg.) (2016): Praxisheft Leitfaden zur Pflegevisite – Eine Arbeitshilfe für die Praxis, 5. vollst. überarb. Aufl., DBfK Nordost e.V.
- Görgen, T., Rauchert, K., Birkenstock, L., Fisch, S., Kämmer, K. (2012): Sicher leben im Alter: Prävention von Misshandlung und Vernachlässigung älterer Menschen in der häuslichen Pflege: Materialien für die Schulung von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern ambulanter Pflegedienste. o. O.: Deutsche Hochschule der Polizei.
- Kolpatzik, K., Schaeffer, D., Voigt, D. (2018): Förderung der Gesundheitskompetenz – eine Aufgabe der Pflege. Online verfügbar unter: https://www.wido.de/fileadmin/wido/downloads/pdf_ggw/wido_ggw_0218_kolpatzik_et_al_0418.pdf (10.8.2018)
- Lehmann, K., Rößlein, R., Vlcek, A., Jobst, R., Hagemann, M., Fabian, M., Schmidt, A., Müller-Barna, P. (2016): Erste Erfahrungen mit einem Fehlermeldesystem in Pflegeeinrichtungen. In: Gesundheitswesen 78: A55.
- Hammer, A.; Manser, T. (2015): Sicherheitskultur. In: Gausmann, P., Henninger, M., Koppenberg, J. (Hrsg.) (2015): Patientensicherheitsmanagement, S. 545-551, Walter de Gruyter GmbH: Berlin/Boston.
- Herold, A. (2015): NEVER EVENTS - Fehler, die nie passieren dürfen. In: Berufsverband der Deutschen Chirurgen e.V.: Passion Chirurgie; 5(05): Artikel 03_02
- Kohn, L., Corrigan, J., Donaldson, S. (Hrsg.) (2000): To err is human. Building a safer health system. Online verfügbar unter: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK225182/> (27.09.2017)



Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V. (MDS) (2017): 5. Bericht des MDS über die Qualität in der ambulanten und stationären Pflege, Essen.

Neugebauer, F. (2018): Risikomanagement und Patientensicherheit im Kontext Pflege. In: Jacobs K.; Kuhlmeiy A., Greß S., Klauber J., Schwinger A. (Hrsg.): Pflege-Report 2018. Springer, Berlin/Heidelberg.

Pfaff, H.; Hammer, A., Ernstmann, N., Kowalski, C., Ommen, O. (2009): Sicherheitskultur: Definition, Modelle und Gestaltung. In: Zeitschrift für Ärztliche Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen, 103(8), S. 493–497.

Schrappe, M. (2018): APS-Weißbuch Patientensicherheit. Sicherheit in der Gesundheitsversorgung: neu denken, gezielt verbessern. Aktionsbündnis für Patientensicherheit (Hrsg.). MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft: Berlin

Statistisches Bundesamt (2017): Pflegestatistik 2015 - Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung - Deutschlandergebnisse. Online verfügbar unter: <https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Gesundheit/Pflege/PflegeDeutschlandergebnisse.html;jsessionid=4030CD3B87368F87DB2C2145DDA00E71.cae3> (29.05.2018)

Smith, P. D., Boyd, C., Bellantoni, J., Roth, J., Becker, K. L., Savage, J. et al. (2016): Communication between office-based primary care providers and nurses working within patients' homes: an analysis of process data from CAPABLE. In: Journal of clinical nursing 25 (3-4), S. 454-462.

Suhr, R. (2015): Patientensicherheit im nichtklinischen Bereich. Die Rolle der ambulanten Pflege. In: Gausmann, P., Henninger, M., Koppenberg, J. (Hrsg.) (2015): Patientensicherheitsmanagement, S. 538-544, Walter de Gruyter GmbH: Berlin/Boston.

Thürmann, P. (2018): Vermeidbare Risiken der Arzneimitteltherapie. In: Arzneimittelreport 2018 Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse, Band 10, S. 142ff., Barmer (Hrsg.).

Wied, S., Warmbrunn, A. (Hrsg.) (2003): Pschyrembel® Wörterbuch Pflege. Walter de Gruyter: Berlin.

Zentrum für Qualität in der Pflege (ZQP) (Hrsg.) (2016): Qualitätsrahmen für Beratung in der Pflege, Berlin. Online verfügbar unter: https://www.zqp.de/wp-content/uploads/Qualitaetsrahmen_Pflegeberatung.pdf