



Praxisprojekt **Prävention** in Lebenswelten durch Sicherheitskultur in **Organisatio-**
nen des ambulanten Pflege-Settings, Kurztitel: PriO-a

Projektbericht

Zentrum für Qualität in der Pflege (ZQP), März 2026

Sandra Garay

Dr. Mathias Haeger

Katrin Havers

Kristin Krieger

Nadja Möhr

Daniela Sulmann

Zitiervorschlag:

Garay, S., Haeger, M., Havers, K., Krieger, K., Möhr, N., & Sulmann, D. (2026). Praxisprojekt Prävention in Lebenswelten durch Sicherheitskultur in Organisationen des ambulanten Pflege-Settings (Kurztitel: PriO-a). ZQP-Projektbericht. Zentrum für Qualität in der Pflege (ZQP). <https://doi.org/10.71059/ZUKR9645>

Inhaltsverzeichnis

1	Hintergrund	1
2	Ziele	3
3	Vorgehen	4
3.1	Gesundheitsförderungsprozess	4
3.1.1	Vorbereitung und Aufbau von Strukturen	5
3.1.2	Analyse – Bestandsaufnahme	7
3.1.3	Planung und Umsetzung der Maßnahmen	8
3.1.4	Abschlussevaluation	8
4	Ergebnisse der Praxisbegleitung	8
4.1	Bestandsaufnahmen	9
4.1.1	Datengrundlage	9
4.1.2	Qualitative Ergebnisse	11
4.1.3	Quantitative Ergebnisse	14
4.1.4	Datentriangulation	16
4.2	Maßnahmen	19
4.3	Abschlussevaluationen	21
4.3.1	Datengrundlage	21
4.3.2	Qualitative Ergebnisse	22
4.3.3	Quantitative Ergebnisse	26
4.3.4	Datentriangulation	28
4.4	Förderliche und hinderliche Faktoren zur Durchführung des Projekts	31
4.5	Zusammenfassung Ergebnisse der Praxisbegleitung	32
4.5.1	Limitationen	34
5	Rapid Review	35
6	Arbeits- und Schulungsmaterial für Pflegeorganisationen und Pflege-CIRS	36
6.1	Praxisleitfaden	36
6.2	Schulungsmaterial	36
6.3	Poster	36
6.4	Pflege-CIRS	37
7	Zusammenfassung und Fazit zum Projekt	38
	Literatur	40

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Phasen des Gesundheitsförderungsprozesses.....	5
Abbildung 2: Deutschlandweite Standorte der teilnehmenden Pflegedienste	6
Abbildung 3: Verlauf der Praxisbegleitung im Projekt PriO-a	9
Abbildung 4: Gesamtrücklauf der Fragebögen zum Sicherheitsklima, Bestandsaufnahmen	10
Abbildung 5: Rücklauf der Fragebögen nach Pflegedienst, Bestandsaufnahmen	11
Abbildung 6: Befragung von Mitarbeitenden („High 5“), Bestandsaufnahmen.....	14
Abbildung 7: Befragung von Mitarbeitenden („Low 5“), Bestandsaufnahmen	16
Abbildung 8: Gesamtrücklauf der Fragebögen, Abschlussevaluationen.....	22
Abbildung 9: Rücklauf der Fragebögen nach Pflegedienst, Abschlussevaluationen.....	22
Abbildung 10: „High 5“: Befragung von Mitarbeitenden – Abschlussevaluationen und Bestandsaufnahmen.....	27
Abbildung 11: „Low 5“ – Befragung von Mitarbeitenden, Abschlussevaluationen und Bestandsaufnahmen.....	28

1 Hintergrund

Eine sichere Gesundheitsversorgung zu gewährleisten, ist eine zentrale Aufgabe des Gesundheitswesens (WHO, 2021). Einen wesentlichen Bereich stellt hierbei die professionelle Langzeitpflege dar. Sie ist hochsicherheitsrelevant, denn sie kann maßgeblich zum Gesundheitsschutz pflegebedürftiger Menschen beitragen – birgt aber auch vielfältige Risiken, Gesundheitsschäden bei ihnen zu verursachen. Dazu gehören Infektionen, Dekubitus, Mangelernährung, oder Prellungen bis hin zu Knochenbrüchen nach Stürzen (Cosmai et al., 2026; Shao et al., 2023). Sichere Pflege ist eine Grundvoraussetzung für gute Pflegequalität, Anspruch der versorgten Menschen, Aufgabe der Profession – und nicht zuletzt ein relevantes Präventionsthema (Büscher & Krebs, 2022; ICN, 2021; Sulmann et al., 2025).

Das deutsche Präventionsgesetz (PrävG) unterstreicht unter anderem die Bedeutung von Prävention in den Lebenswelten der Langzeitpflege (z. B. Pflegeeinrichtungen, häusliches Umfeld) (Bundesgesetzblatt, 2015). Lebensweltbezogene Prävention umfasst Gesundheits-, Sicherheits- und Teilhabeförderung (NPK, 2022). Dazu zählt unter anderem auch, gesundheitliche Risiken pflegebedürftiger Menschen im Rahmen der professionellen Pflege zu erkennen, zu verringern, pflegebedürftige Menschen vor gesundheitlichen Schäden zu bewahren und Pflegefehler zu vermeiden (Bengtsson et al., 2021; BIBB, 2023; DNQP, 2024, 2023, 2022, 2020; Diedrich et al., 2022; Herdmann et al., 2022). Zudem sind Risiken für psychische und physische Gesundheit zu verringern, indem pflegebedürftige Menschen vor Gewalt geschützt werden (Görgen, 2017; Phelan, 2018; ZQP, 2024).

Dabei steht die pflegerische Versorgung in Deutschland vor enormen gesellschaftlichen und strukturellen Herausforderungen. Rund 5,7 Millionen Menschen sind derzeit hierzulande pflegebedürftig im Sinne des Sozialgesetzbuchs (SGB), und rund 1,9 Millionen von ihnen werden durch professionelle Pflegeeinrichtungen oder Pflegedienste versorgt (Destatis, 2024). Die Zahl älterer Menschen mit komplexem Hilfe- und Pflegebedarf steigt weiterhin – familiäre und professionelle Unterstützungsressourcen fehlen und die Rahmenbedingungen, unter denen Pflegeleistungen erbracht werden, sind oftmals von hohem Zeit- und Kostendruck, Mangel an qualifiziertem und kompetentem Personal sowie Sprachbarrieren geprägt (Eggert & Teubner, 2022; Klie, 2024; Rothgang et al., 2025; Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, 2024). Diese skizzierte „Pflegekrise“ birgt dabei zusätzliche Risiken für eine sichere Versorgung pflegebedürftiger Menschen – und stellt auch deshalb eine große Herausforderung für das Gesundheitssystem dar. Dementsprechend bedarf es in Praxis, Wissenschaft und Politik einer Auseinandersetzung mit Bedingungen und Ansatzpunkten zur Förderung einer sicheren Pflege. Diese sollte unter anderem zum Ziel haben, pflegebedürftige Menschen bestmöglich vor vermeidbaren gesundheitlichen Schäden im Zusammenhang mit der professionellen Langzeitpflege zu schützen und pflegebedingte Risiken systematisch zu reduzieren, also „Pflegesicherheit“ zu gewährleisten (Sulmann et al., 2025).

Im internationalen Fachdiskurs wird der organisationalen Sicherheitskultur als Einflussfaktor auf Sicherheitsrisiken hohe Bedeutung beigemessen (Abusalem et al., 2021; AHRQ, 2024; WHO, 2021). Eine etablierte Definition von Sicherheitskultur stammt ursprünglich aus der Atomindustrie (ASANI, 1993) und wurde von der britischen Health and Safety Commission (HSC), später auch vom Institute of Medicine (IOM) und der amerikanischen Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) weiterentwickelt:

The safety culture of an organization is the product of individual and group values, attitudes, perceptions, competencies, and patterns of behaviour that determine the commitment to, and the style and proficiency of, an organisation's health and safety management. Organizations with a positive safety culture are characterized by communications founded on mutual trust, by shared perceptions of the importance of safety, and by confidence in the efficacy of preventive measures. (ASCNI, 1993, S. 23, zitiert nach Sorra et al., 2018, S. 1)

Zentrale Charakteristika sind eine offene und respektvolle Kommunikation, ein lernender Umgang mit Fehlern (Just Culture) und ein angstfreies Arbeitsumfeld (IOM, 2001; Pfaff et al., 2009; WHO, 2021).

Eine entsprechende Sicherheitskultur gilt als Basis zur Verbesserung der Sicherheit der im gesamten Gesundheitssektor versorgten Menschen (Bienassis et al., 2020; WHO, 2021). Allerdings bezieht sich der Großteil der nationalen und internationalen Veröffentlichungen sowie entsprechender Interventionen hierzu auf Kontexte der medizinischen Akut- und Primärversorgung (Buja et al., 2022; Müller et al., 2021; Pacenko et al., 2024). Die professionelle Langzeitpflege wird hierbei deutlich seltener thematisiert (AHRQ, 2024; Churruca et al., 2023; Gartshore, 2021; Liukka et al., 2021). Gezielte Ansätze, Konzepte und Instrumente zur Stärkung der Sicherheitskultur sind insgesamt in der professionellen Langzeitpflege wenig bekannt oder verbreitet (Eggert et al., 2020; Garay et al., 2023; Haeger et al., 2025). Das gilt besonders für das ambulante Pflegesetting (Martins et al., 2025; ZQP, 2018, 2022).

Ausgehend von der oben angeführten allgemeinen Definition ergibt sich die Sicherheitskultur in Pflegeorganisationen, das heißt in Pflegediensten und Pflegeeinrichtungen, aus den dort vorherrschenden Werten, Normen, Haltungen, Kompetenzen und Verhaltensweisen in Bezug auf die Pflegesicherheit. Eine positive Sicherheitskultur in Pflegeorganisationen bedeutet, dass sich die Organisation und ihre Mitarbeitenden gezielt für die Pflegesicherheit einsetzen. Dies zeigt sich unter anderem in einem offenen, konstruktiven und lernenden Umgang mit Risiken und kritischen Ereignissen (ZQP, 2022). Der Begriff kritische Ereignisse ist im Fachdiskurs zur Patientensicherheit, insbesondere in Zusammenhang mit Berichts- und Lernsystemen, verbreitet. Auf Basis der international etablierten Begriffsbestimmungen im Kontext Patientensicherheit können kritische Ereignisse in der professionellen Langzeitpflege als konkrete Vorkommnisse (z. B. Pflegefehler) in Zusammenhang mit der pflegerischen Versorgung verstanden werden, welche das Risiko für einen Gesundheitsschaden bei der pflegebedürftigen Person erhöhen oder einen Gesundheitsschaden bei ihr verursachen. Für kritische Ereignisse gibt es unterschiedliche individuelle und strukturelle bzw. systembedingte Gründe. Oftmals wirken verschiedene Faktoren zusammen, beispielsweise ungenügende Kommunikation, fehlendes Wissen, Unachtsamkeit und Zeitdruck der an der Versorgung beteiligten Personen, unklare Handlungs- und Entscheidungsprozesse sowie räumliche und technische Hindernisse (Davies et al., 2003; WHO, 2020; ZQP, 2025).

Maßnahmen zur Stärkung der Sicherheitskultur in Pflegeorganisationen sollten laut dem internationalen Forschungsstand aufgrund der Komplexität des Themas mehrere Ebenen gleichzeitig adressieren, und etwa Sensibilisierung, Wissens- und Kompetenzaufbau, Förderung der Teamkommunikation, Anpassung von Strukturen und Prozessen sowie gezielten Einsatz von sicherheitsfördernden Instrumenten kombinieren (Garay et al., 2023; Haeger et al., 2025). Zur nachhaltigen Implementierung gilt die Vorgehensweise der partizipativen Organisationsentwicklung beziehungsweise des Gesundheitsförderungsprozesses im Fachdiskurs als geeignet (GKV, 2023; Van Eerd et al., 2021). Darüber hinaus können

Berichts- und Lernsysteme (CIRS, Critical Incident Reporting System) geeignet sein, das Risikobewusstsein zu fördern, Lerneffekte zu erzielen und zu einem konstruktiven Umgang mit kritischen Ereignissen beizutragen (Kumah et al., 2024; WHO, 2020). In diesem Zusammenhang ist auch die Konzertierte Aktion Pflege (KAP) der Bundesregierung (2019–2023) zu nennen, deren Vereinbarungen unter anderem die hohe Relevanz der Etablierung einer „modernen und wertschätzenden Fehler- und Lernkultur“ in allen Pflegeeinrichtungen sowie die Nutzung eines zentralen CIRS für die professionelle Langzeitpflege deutlich macht (BMG, 2019).

Vor diesem Hintergrund führte das Zentrum für Qualität in der Pflege (ZQP) das Praxisprojekt „Prävention in Lebenswelten durch Sicherheitskultur in Organisationen des ambulanten Pflegesettings“ (Kurztitel: PriO-a) in Kooperation mit der Stiftung Gesundheitswissen (SGW) durch. Angesichts der hohen Relevanz der ambulanten Versorgung sowie der Notwendigkeit der Feldeingrenzung im Rahmen der Praxisbegleitung wurde hierbei der Fokus auf das ambulante Setting gelegt.

2 Ziele

Das übergeordnete Projektziel war es, nachhaltige Praxisimpulse zur Verringerung von Gesundheitsrisiken beziehungsweise zur Verbesserung des Gesundheitsschutzes pflegebedürftiger Menschen im Zusammenhang mit der professionellen Langzeitpflege zu setzen. Hierzu sollte bei der Stärkung von Sicherheitskultur in Pflegeorganisationen angesetzt werden. Dazu wurden folgende operative Teilziele bestimmt:

- a) Fachliche Unterstützung und Begleitung von bundesweit 12–15 Pflegediensten bei der Stärkung der organisationsbezogenen Sicherheitskultur
 - Vermittlung von Wissen und Kompetenzen zu Sicherheitskultur und Pflegesicherheit, zur Förderung von Risikobewusstsein, zur Reflexion und zum Lernen aus kritischen Ereignissen
 - Stärkung einer vertrauensbasierten Teamzusammenarbeit, eines unterstützenden Arbeitsklimas sowie einer offenen und konstruktiven Kommunikation über kritische Ereignisse und Sicherheitsbedenken
 - Implementierung organisationsbezogener geeigneter Maßnahmen und Instrumente zur Stärkung der Sicherheitskultur im Pflegedienst
- b) Entwicklung von Arbeits- und Schulungsmaterial, das Pflegeorganisationen (nicht nur Pflegedienste) und ihre Mitarbeitenden nutzen können, um ihre Sicherheitskultur zu stärken
- c) Konzeption und Erprobung eines einrichtungsübergreifenden webbasierten Berichts- und Lernsystems (Pflege-CIRS; CIRS: Critical Incident Reporting System) für die professionelle Langzeitpflege

3 Vorgehen

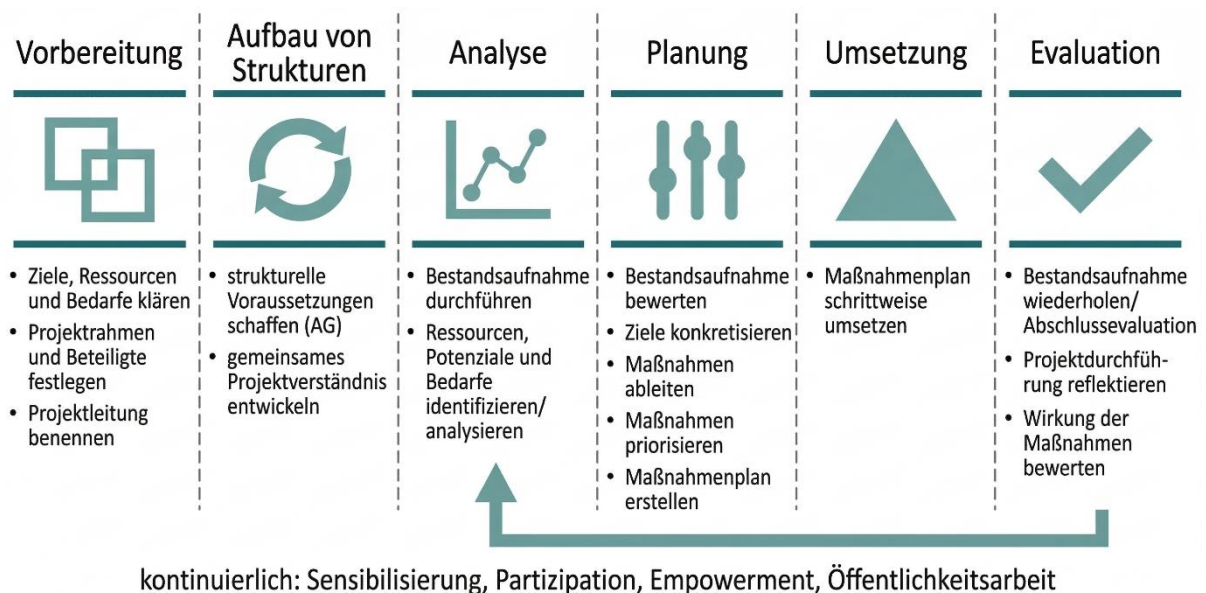
Das methodische Vorgehen des Praxisprojekts orientierte sich am Gesundheitsförderungsprozess, wie im Leitfaden Prävention des GKV-Spitzenverbands empfohlen (GKV, 2020). Neben der Initiierung des Projekts übernahm das ZQP die Projektsteuerung sowie die durchgängige fachliche Begleitung der teilnehmenden Dienste. Zur Durchführung von initialen Schulungen zur Sicherheitskultur in den einzelnen Pflegediensten sowie für Vor-Ort-Termine zur Beratung und Unterstützung bei der Maßnahmenplanung und -umsetzung zog das ZQP operative Unterstützung durch externe Experten und Expertinnen hinzu. Parallel zur Praxisbegleitung der Pflegedienste entwickelte das ZQP das Arbeits- und Schulungsmaterial für Pflegeorganisationen, um ihre Sicherheitskultur zu stärken und konzipierte das einrichtungsübergreifende webbasierte Berichts- und Lernsystem Pflege-CIRS (vgl. Kapitel 6.4).

3.1 Gesundheitsförderungsprozess

Der Gesundheitsförderungsprozess ist ein etabliertes, strukturiertes, theoriebasiertes und praxisorientiertes Vorgehen zur Verbesserung gesundheitsrelevanter Bedingungen in „Lebenswelten“ oder auch „Settings“. Diese Begriffe bezeichnen abgrenzbare soziale Systeme, die Einfluss auf die Gesundheit der darin lebenden Menschen haben. Der Gesundheitsförderungsprozess operationalisiert Strategien des „Setting-Ansatzes“. Dessen Kernaspekte sind es, die Zielgruppen einzubeziehen (Partizipation), sie so zu befähigen, dass die Eigenverantwortung (Empowerment) gestärkt wird sowie langfristige Wirksamkeit (Nachhaltigkeit) zu erzielen. Methodisch ist der Gesundheitsförderungsprozess als zyklisches Vorgehen angelegt (vgl.

Abbildung 1). Er umfasst die Analyse der Ausgangslage (Bestandsaufnahme) und relevanter Bedarfe, die Definition von Zielen, die Planung und Umsetzung geeigneter Maßnahmen sowie deren Evaluation und Weiterentwicklung. Entsprechend den oben genannten Prinzipien, ist dabei die aktive Einbindung der betroffenen Personengruppen in allen Phasen des Prozesses charakteristisch. Dadurch sollen unterschiedliche Perspektiven sichtbar, praxisnahes Wissen nutzbar gemacht und Akzeptanz für Veränderungsprozesse gefördert werden. Ziel ist es, mittels partizipativer Organisationsentwicklung und im Sinne des organisationalen Lernens mittel- und langfristig die Strukturen, die Prozesse und die Kultur einer Organisation zu verändern (GKV, 2023). Das Vorgehen entsprechend dem Gesundheitsförderungsprozess bietet dementsprechend einen systematischen, kontextbezogenen Rahmen, um Sicherheitskultur in Pflegesettings gezielt zu entwickeln beziehungsweise langfristig zu stärken.

Abbildung 1: Phasen des Gesundheitsförderungsprozesses



3.1.1 Vorbereitung und Aufbau von Strukturen

Kooperationspartner

Zur strategischen Unterstützung und übergeordneten Beratung des Projekts wurde eine Reihe relevanter Akteure als Kooperationspartner einbezogen. Hieraus wurde ein Steuerungskreis mit Vertretern und Vertreterinnen der Verbände gebildet. Dieser traf sich alle 6–12 Monate und wurde vom ZQP organisiert sowie moderiert.

- Arbeitgeber- und Berufsverband Privater Pflege e. V. (ABVP)
- Arbeitsgemeinschaft Privater Heime und Ambulanter Dienste Bundesverband e. V. (APH)
- Arbeiterwohlfahrt Bundesverband e. V. (AWO)
- Bundesverband Ambulante Dienste und Stationäre Einrichtungen e. V. (bad)
- Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e. V. (bpa)
- Deutscher Caritasverband e. V. (DCV)
- Diakonie Deutschland – Evangelisches Werk für Diakonie und Entwicklung e. V. (EWDE)
- Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband – Gesamtverband e. V. (Der Paritätische)
- Deutsches Rotes Kreuz e. V. (DRK)
- Verband Deutscher Alten- und Behindertenhilfe e. V. (VDAB)
- Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe e. V. (DBfK)
- Aktionsbündnis Patientensicherheit e. V. (APS)

- Beschwerdestelle Pflege im Büro der Landespatientenschutzbeauftragten Niedersachsen

Aus dem Steuerungskreis des Projekts heraus wurde ein Koordinierungskreis gebildet, der bei operativen Projektfragen und Herausforderungen beriet und unterstützte. Er setzte sich aus 3 Vertreterinnen von Verbänden der Pflegeanbieter zusammen und wurde ebenfalls vom ZQP organisiert und moderiert. Der Koordinierungskreis traf sich alle 3–8 Monate.

Pflegedienste

Für die Umsetzung des Projekts wurden bundesweit 15 Pflegedienste rekrutiert. Der Aufruf erfolgte mittels Projektflyer, Social Media und über Kooperationspartner des ZQP. Aus dem Bewerberkreis für die Projektteilnahme wurden schließlich Dienste mit dem Ziel einer möglichst hohen Diversität ausgewählt. Kriterien waren unter anderem: geografische Lage, Trägerschaft, Anzahl der Mitarbeitenden und versorgten Personen sowie Versorgungsschwerpunkte. Im Verlauf des Projekts haben 2 der Pflegedienste die Teilnahme aus organisationsbezogenen Gründen abgebrochen. **Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.** zeigt die Standorte aller von Beginn an beteiligten Pflegedienste.

Abbildung 2: Deutschlandweite Standorte der teilnehmenden Pflegedienste



Vernetzung und Kommunikation

Im Projektverlauf fanden jährlich Netzwerktreffen mit den Pflegediensten zum kollegialen Austausch und zur Reflexion des Projektfortschritts im ZQP statt. Darüber hinaus gab es jährlich 2–3 Vor-Ort-Termine in den Pflegediensten zur Einzelberatung sowie alle 1–2 Monate Online-Treffen zum kollegialen Austausch und zur Reflexion des Projektfortschritts. Das ZQP bot zudem regelmäßig Online-Workshops zu spezifischen Themen im Kontext von Sicherheitskultur an. Über einen internen Bereich auf der ZQP-Webseite erhielten die Pflegedienste fortlaufend Zugang zu projektbezogenen Informationen, Arbeitshilfen und Veranstaltungshinweisen.

Über den gesamten Projektverlauf hinweg erfolgte seitens des ZQP gezielte Kommunikationsarbeit zum Projekt und zum Thema Sicherheitskultur in der professionellen Langzeitpflege, etwa mittels Social Media, Newsletter, Fachzeitschriften, Fachvorträgen sowie einer Projektwebseite. Ziel war es, die Fachöffentlichkeit über das Projekt zu informieren, die Relevanz des Themas zu verdeutlichen und Impulse für den Praxistransfer von sicherheitsfördernden Maßnahmen zu setzen.

3.1.2 Analyse – Bestandsaufnahme

Mit Beginn der Praxisbegleitung führte das ZQP in allen teilnehmenden Diensten jeweils eine systematische Erhebung zum Sicherheitsklima mit einem eigens hierfür entwickelten Verfahren¹ durch. Das Sicherheitsklima beschreibt die momentane subjektive Wahrnehmung zu Aspekten der Sicherheitskultur in der Organisation (Cooper, 2000; Gershon et al., 2012; Guldenmund, 2000). Das Verfahren umfasste:

qualitative Erhebung*	quantitative Erhebung*
leitfadengestützte Interviews mit leitungs- und projektverantwortlichen Personen persönlich, vor Ort in den Pflegediensten	Befragung der Mitarbeitenden online und analog, Fragebogen mit 60 Items – 48 Items mit 5-stufiger Likert-Skala von 1 („stimme gar nicht zu“) bis 5 („stimme voll zu“): 1 Item „Ich würde meinen guten Freunden versichern, dass ihr Familienmitglied eine sichere Pflege in unserem Pflegedienst erhalten würde“ mit dichotomer Antwortmöglichkeit 1 Item „Erschwernisse für eine sichere Pflege“ mit multiple-choice-Antwortmöglichkeit 3 offene Fragen 7 demografische Angaben
teilnehmende Beobachtungen persönlich, vor Ort, Tour-Begleitung in den Pflegediensten	
leitfadengestützte Interviews mit Klienten und Klientinnen oder deren Angehörigen per Telefon oder vor Ort	

* Die Leitfäden und Fragebögen befinden sich im Anhang: www.zqp.de/wp-content/uploads/Projektbericht-PriO-a-Anhang.pdf

Die qualitativen Daten wurden systematisch in Anlehnung an die Inhaltsanalyse nach Mayring (2022) ausgewertet. Dafür wurden zunächst die Daten aus den verschiedenen Quellen – Interviews mit den leitungs- und projektverantwortlichen Personen, teilnehmende Beobachtungen und Interviews mit Klienten und Klientinnen oder deren Angehörigen – gesichtet und Kategorien zugeordnet. Hierbei wurden deduktiv gesetzte Oberkategorien (u. a. Umgang mit kritischen Ereignissen, Ressourcen, Heraus-

¹ Zum Zeitpunkt der Projektdurchführung war kein validiertes Instrument zur Erhebung der Sicherheitskultur bzw. des Sicherheitsklimas in Pflegediensten verfügbar (Haeger et al., 2025; Martins et al., 2025). Daher entwickelte das ZQP für das Projekt ein systematisches Verfahren, das es ermöglichen sollte, wesentliche Aspekte der Sicherheitskultur bzw. des Sicherheitsklimas in den Pflegediensten mehrdimensional zu erfassen und daraus organisationsbezogenen Ressourcen und Handlungsbedarfe abzuleiten. Die Konzeption basierte auf einer Literaturrecherche sowie der Adaptation von Items bereits etablierter Instrumente aus anderen Settings, wobei insbesondere das Wording spezifisch für die ambulante Pflege angepasst wurde. Die methodische Ausgestaltung folgte der Empfehlung von (Hoffmann et al., 2009) und umfasste eine Kombination aus quantitativen und qualitativen Ansätzen (mixed-methods Ansatz). In den Entwicklungsprozess wurden zudem externe Experten und Expertinnen aus Praxis und Wissenschaft einbezogen.

forderungen) verwendet und durch eine induktive Kategorienbildung am Material ergänzt. Abschließend wurden Schwerpunkte beziehungsweise wiederkehrende Inhalte identifiziert und zusammenfassende Kernaussagen formuliert.

Die quantitativen Daten aus der Befragung von Mitarbeitenden der Pflegedienste wurden deskriptiv ausgewertet. Darüber hinaus wurden die Ergebnisse zu einem Gesamtbild, über alle Pflegedienste hinweg, zusammengeführt. Zur Darstellung von Ressourcen und Handlungsfeldern in den Diensten wurden jeweils jene 5 Items identifiziert, die aggregiert über alle Pflegedienste die höchsten („High 5“) beziehungsweise die niedrigsten („Low 5“) Zustimmungswerte bei den 5-stufigen Likert-Skala-Fragen erzielten. Negativ formulierte Fragen wurden für die Berechnung der Mittelwerte umgepolt, um eine einheitliche Interpretationsrichtung und eine bessere Vergleichbarkeit der Dimensionen zu gewährleisten. Mittels Datentriangulation wurden die Ergebnisse der qualitativen und quantitativen Erhebungen organisationsbezogen aufbereitet und in den jeweiligen Pflegediensten vorgestellt. Dies bildete die Grundlage für die nachfolgende Maßnahmenplanung. Auf Grundlage der Triangulation wurde zudem die Interpretation der Daten vorgenommen. Um die quantitativen Daten in diesem Kontext nicht zu überschätzen, wurde auf eine Inferenzstatistik verzichtet. Vielmehr stand eine umfassende, deskriptive Betrachtung der Entwicklungen innerhalb der Dienste im Fokus.

3.1.3 Planung und Umsetzung der Maßnahmen

Im Anschluss an die initialen Bestandsaufnahmen fanden in allen beteiligten Pflegediensten Inhouse-Schulungen mit bereits bestehendem Schulungsmaterial des ZQP zum Thema Sicherheitskultur in der professionellen Langzeitpflege statt. In weiteren Online-Workshops wurden die Ergebnisse der Bestandsaufnahmen gemeinsam mit den Mitarbeitenden und Leitungspersonen reflektiert. Ziel war es, möglichst alle Beteiligten an das Thema Sicherheitskultur heranzuführen, dafür zu sensibilisieren und eine gemeinsame Wissensbasis für die folgenden Projektschritte zu schaffen. Alle Pflegedienste bildeten jeweils organisationsinterne Projektgruppen, an denen Mitarbeitende sowie Leitungspersonen beteiligt waren. Die Projektgruppen erarbeiteten jeweils organisationsspezifische Maßnahmenpläne mit Prioritäten, Zuständigkeiten und Zeitrahmen. Im Weiteren wurden die Maßnahmen in die Strukturen und Prozesse beziehungsweise die tägliche Praxis implementiert (vgl. Kapitel 4.2). Hierbei wurden die Dienste jeweils an mehreren Terminen vor Ort sowie im Rahmen mehrerer digitaler Treffen in Form von Beratung und Moderation unterstützt.

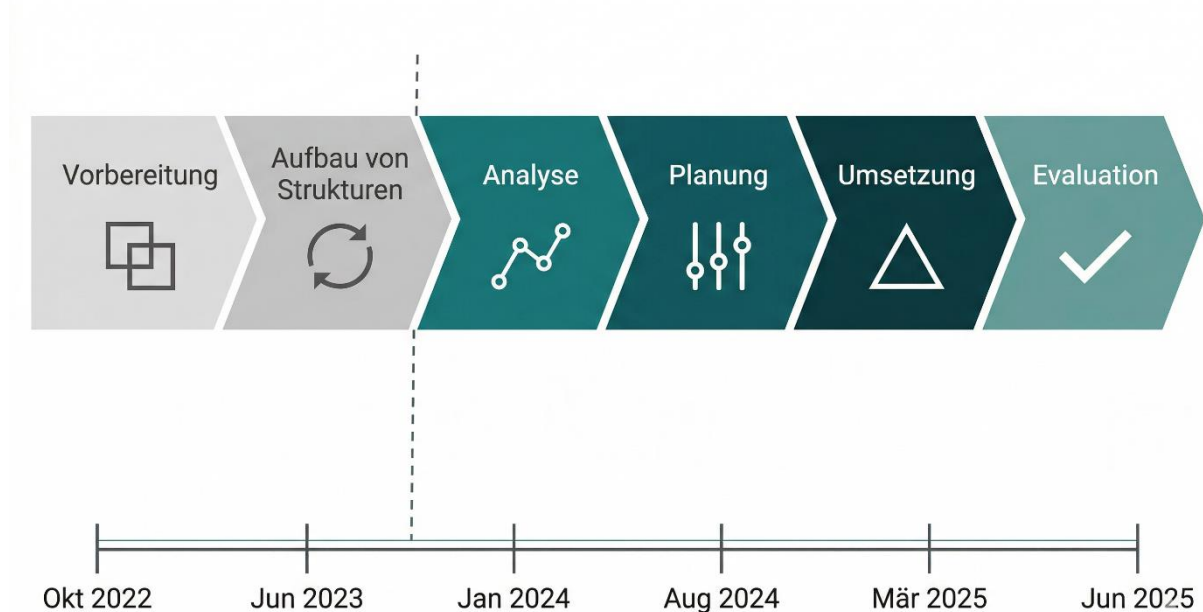
3.1.4 Abschlussevaluation

Mit Ende der Praxisbegleitung führte das ZQP in allen beteiligten Pflegediensten jeweils eine Abschlussevaluation durch. Das Vorgehen und das eingesetzte Verfahren entsprachen weitgehend den initial durchgeführten Bestandsaufnahmen (vgl. Kapitel 0), wobei Wording-Details von Fragebogen und Leitfragen, Zeitrahmen sowie Format (ausschließlich digital) bei der Befragung der Mitarbeitenden verändert wurden. Die erhobenen qualitativen Daten wurden nach demselben Schema codiert und den zuvor gebildeten Clustern der Bestandsaufnahme zugeordnet, die quantitativen Daten wurden deskriptiv ausgewertet. Um Entwicklungen über die Projektlaufzeit sichtbar zu machen, wurden die Daten verglichen, mittels Datentriangulation aufbereitet und zu einem Gesamtbild über alle Pflegedienste hinweg zusammengeführt (vgl. Kapitel 4.3.4).

4 Ergebnisse der Praxisbegleitung

Die Praxisbegleitung der Pflegedienste durch das ZQP umfasste die jeweils organisationsbezogene initiale Bestandsaufnahme, Maßnahmenplanung, Maßnahmenumsetzung und Abschlussevaluation (vgl. **Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.**). Diese fand im Zeitraum zwischen Herbst 2022 und Herbst 2025 statt. Im Folgenden werden wesentliche Ergebnisse zusammenfassend dargestellt.

Abbildung 3: Verlauf der Praxisbegleitung im Projekt PriO-a



Bestandsaufnahmen

In allen beteiligten Pflegediensten wurden systematische Bestandsaufnahmen zum Sicherheitsklima durchgeführt. Die Ergebnisse wurden für jeden einzelnen Pflegedienst aufbereitet und bildeten die Grundlage für die partizipative Planung und Umsetzung von organisationsbezogenen Maßnahmen zur Stärkung der Sicherheitskultur. Darüber hinaus wurden die Daten über alle Dienste hinweg ausgewertet. Diese Ergebnisse werden im Folgenden in der Gesamtschau deskriptiv dargestellt.

4.1.1 Datengrundlage

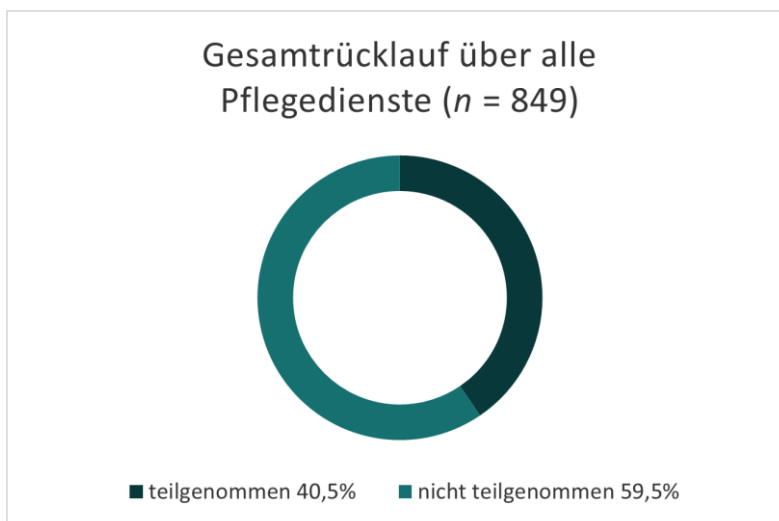
Die Datenerhebung erfolgte bei den 15 teilnehmenden Pflegediensten im Zeitraum von Oktober bis November 2022. Die Organisationsgrößen variierten stark: Der kleinste Pflegedienst versorgte 23 Personen, im größten waren es 580, insgesamt waren es zum Zeitpunkt der Erhebung 3.003 Klienten und Klientinnen, die von den Pflegediensten versorgt wurden. Die Anzahl der Mitarbeitenden lag zwischen 13 im kleinsten und 330 im größten Pflegedienst.

Die qualitativen Daten wurden mittels leitfadengestützter Interviews mit den Leitungspersonen und Projektverantwortlichen aus allen 15 Pflegediensten erhoben. Weitere qualitative Daten wurden durch das ZQP im Rahmen von teilnehmenden Beobachtungen in jedem Pflegedienst gesammelt. In

12 der Pflegedienste wurden insgesamt 23 Klienten und Klientinnen und 15 Angehörige mittels leitfadengestütztem Interview befragt. In 3 Pflegediensten konnten keine Klienten, Klientinnen und Angehörigen rekrutiert werden.

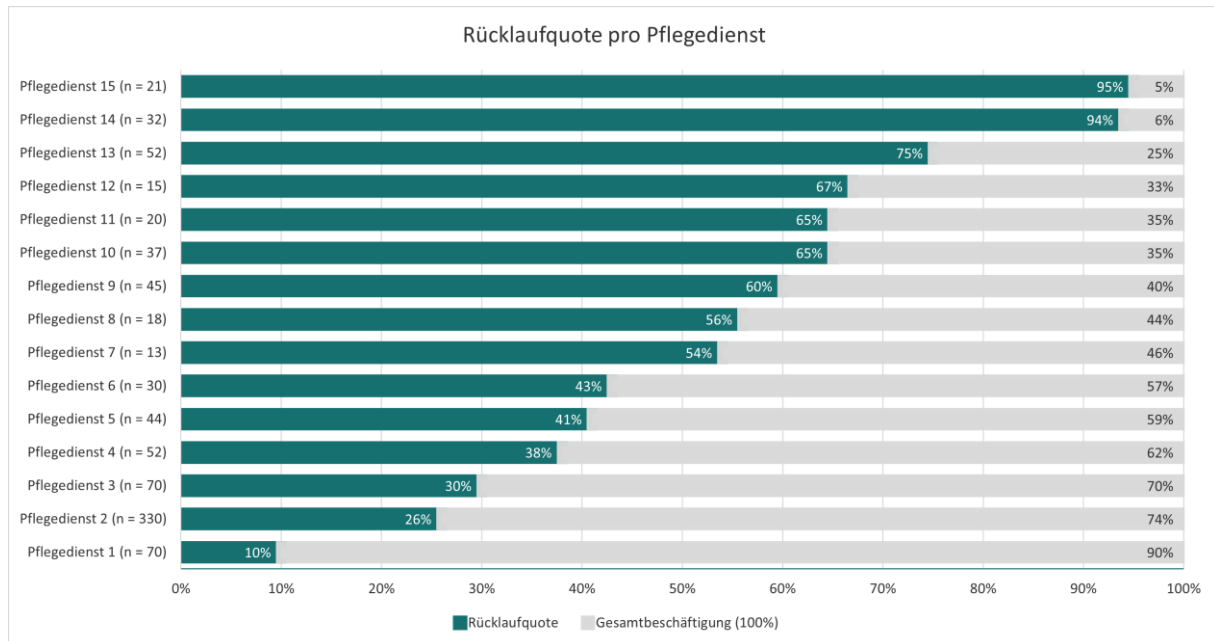
Die quantitative Datengrundlage bildeten 344 Fragebögen (Rücklaufquote 40,5%, vgl. **Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.**), die von Mitarbeitenden aus allen 15 Pflegediensten (digital oder analog) ausgefüllt wurden. Dabei zeigte sich eine große Bandbreite in der Beteiligung: Während in einigen Diensten mehr als die Hälfte der Belegschaft den Fragebogen ausfüllte, fiel die Beteiligung in anderen deutlich geringer aus. Die Anzahl der beantworteten Fragebögen pro Pflegedienst lag zwischen 7 und 85, was einer Spannweite der Teilnehmerquote von 10 % bis 95 % entspricht (vgl. **Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.**). Insgesamt waren 35,8 % ($n = 123$) der Befragten Pflegefachpersonen (PFP), ein Viertel (25,3 %, $n = 87$) waren Pflegehilfspersonen (PHP)² und 39,0 % ($n = 134$) aus den Bereichen Leitung, Verwaltung oder Hauswirtschaft. In der gesamten Befragungsgruppe waren 10 Pflegedienstleitungen (PDL) aus 9 Pflegediensten und 9 stellvertretende PDL aus 8 Pflegediensten (von 2 Pflegediensten gingen jeweils 2 Bögen von PDL und stellvertretender PDL ein). Die Zusammensetzung der Teilnehmenden unterscheidet sich dabei je nach Pflegedienst stark, was die Heterogenität der einbezogenen Standorte widerspiegelt.

Abbildung 4: Gesamtrücklauf der Fragebögen zum Sicherheitsklima, Bestandsaufnahmen



² Unter Pflegehilfspersonen werden in diesem Bericht alle professionell Pflegenden gefasst, deren Ausbildungszeit weniger als 3 Jahre betrug: u. a. Pflegehelfer- und -helferinnen, Pflegeassistenten und -assistentinnen sowie andere vom Pflegedienst angestellte Hilfskräfte, die Aufgaben der Grundpflege übernahmen.

Abbildung 5: Rücklauf der Fragebögen nach Pflegedienst, Bestandsaufnahmen



4.1.2 Qualitative Ergebnisse

Im Folgenden werden die Ergebnisse der qualitativen Daten der initialen Bestandsaufnahmen kategorisiert und in Bezug auf Stärken und Ressourcen sowie Herausforderungen und Handlungsfelder hinsichtlich der Entwicklung einer positiven Sicherheitskultur zusammenfassend dargestellt. Dabei ist zu beachten, dass die genannten Aspekte nicht für jeden einzelnen Pflegedienst gleichermaßen gelten. Die Darstellung spiegelt die erhebliche Heterogenität der Dienste wider: Ein Aspekt – etwa das Vorhandensein eines Gewaltschutzkonzepts – kann in einem Pflegedienst bereits als Stärke identifiziert worden sein, während dieser in einem anderen noch ein Handlungsfeld darstellt.

Tabelle 1: Qualitative Auswertung Bestandsaufnahmen – Gesamtbild

Stärken und Ressourcen	Herausforderungen und Handlungsfelder
Verständnis für Sicherheitskultur	

Stärken und Ressourcen	Herausforderungen und Handlungsfelder
hohe Motivation im Leitungsteam zur Stärkung der Sicherheitskultur, Veränderungsbereitschaft Engagement für das Thema Sicherheitskultur und aktive Förderung des Wissenstransfers durch Leitung	kein gemeinsames Verständnis von positiver Sicherheitskultur Unsicherheit bei Leitungsteam und Mitarbeitenden über sicherheitsrelevante Begriffe, kritisches Ereignis, Fehler Fokus auf individueller Schuldfrage bei kritischen Ereignissen statt auf organisationalen Faktoren
Umgang mit kritischen Ereignissen	
standardisiertes Verfahren zum Umgang mit kritischen Ereignissen anonymes Berichten von kritischen Ereignissen möglich Beschwerdesprechstunde für Klienten/ Klientinnen sowie Angehörige	kein standardisiertes Verfahren zum Umgang mit kritischen Ereignissen standardisiertes Verfahren zum Umgang mit kritischen Ereignissen nicht bekannt oder nicht genutzt kein anonymes Berichten von kritischen Ereignissen möglich kein oder informell mündliches Berichten von kritischen Ereignissen keine systematische Reflexion von kritischen Ereignissen
Kommunikation und Austausch	
respektvoller Umgang mit Klienten/Klientinnen vertrauensvolle Zusammenarbeit im Team gegenseitige sachlich-konstruktive Kritik im Leitungsteam Besprechungsformate, z. B. Teambesprechung, Fallbesprechung, Einsatzplanung, Supervision Gesprächsformate zwischen Leitungsteam und Mitarbeitenden, einschl. Zielvereinbarung niedrigschwelliger Zugang zu Leitungsteam, „Offene Tür“ Ansprechpersonen sind intern und für Klienten/Klientinnen bekannt	negativer Kommunikationsstil im Team, z. B. nicht wertschätzend, respektlos, mangelnde Offenheit Sorge vor negativen Konsequenzen bei kritischen Rückmeldungen, z. B. Konflikte, Krankmeldung, Kündigung durch Mitarbeitende Zugangshürden zu Leitung, z. B. mangelnde Erreichbarkeit, lange Abwesenheiten, räumliche Distanz durch dezentrale Büros keine spezifischen Besprechungsformate, Gespräche lediglich anlassbezogen unvollständige, unverständliche oder unstrukturierte Informationsweitergabe, z. B. bei Dienstübergabe belastend und zeitaufwendig empfundene Kommunikation mit externen Akteuren, z. B. mit Arztpraxen, Apotheken
Zusammenarbeit, Verantwortlichkeit, Stimmung	

Stärken und Ressourcen	Herausforderungen und Handlungsfelder
positive Stimmung, freundlicher Umgang im Team, gegenseitige Unterstützung	Spannungen innerhalb des Teams und/oder im Leitungsteam
klar festgelegte und kommunizierte Zuständigkeiten, Verantwortlichkeiten und Ansprechpersonen	Angst von Mitarbeitenden, Fehler zu machen unklare Zuständigkeiten, Verantwortlichkeiten und Ansprechpersonen
konstruktiver Umgang im Team	mangelnde Trennung von Rollen, z. B. Pflegeeinsätze von PDL, Personalunion von Ämtern
transparente Entscheidungen des Leitungsteams	variierende Leistungsqualität durch heterogene Qualifizierungs-, Kompetenz- und Bildungsniveaus im Team
partizipativer, vertrauensbasierter Führungsstil	Wahrnehmung des Leitungsteams von mangelnder Motivation/mangelndem Engagement bei Mitarbeitenden
Aufgabenübernahme durch zentrales Qualitätsmanagement (mehr Ressourcen)	
Reflexion, Prozesse und Evaluation	
sicherheitsrelevante Verfahrensanweisungen/Prozessbeschreibungen, Gewaltschutzkonzept	Wahrnehmung des Leitungsteams von mangelnder Selbstreflexion bei Mitarbeitenden hinsichtlich eigener Fehler
sicherheitsrelevante Instrumente zur systematischen Risikoerfassung, -erkennung und -reduzierung, z. B. Audits, Pflegevisiten, Checklisten, Screenings, Assessments	unklare, nicht bekannte oder fehlende sicherheitsrelevante Verfahrensanweisungen/Prozessbeschreibungen; kein Gewaltschutzkonzept ungeeignetes QM-Handbuch, z. B. nicht praxistauglich, zu komplex, nicht aktuell
Protokollierung, Auswertung und Nachhalten von Ergebnissen aus Besprechungsformaten	mangelnde Umsetzung festgelegter Strukturen und Prozesse, mangelnde Nachverfolgung
systematische Befragungen von Mitarbeitenden, Klienten/Klientinnen, Angehörigen	ungeeignete Dokumentation, z. B. unvollständig, unverständlich, eingeschränkter Zugang zu Dokumentationsbögen, Doppeldokumentation (Papier/digital)
digitale Dokumentationssoftware vorhanden	fehlendes Material, z. B. Notfallausrüstung
Schulung, Fortbildung	
umfassendes internes und externes Fort- und Weiterbildungsangebot	Wahrnehmung des Leitungsteams von mangelndem Interesse an Fortbildungen bei Mitarbeitenden
systematische Fortbildungsplanung, z. B. anhand von Bedarfsanalysen in Pflegefachkonferenzen oder im Leitungsteam	hoher spezifischer Schulungsbedarf in verschiedenen Bereichen, z. B. Wundmanagement, Dokumentation, Kommunikation
digitale Angebote, z. B. E-Learnings bei entsprechend guter technischer Ausstattung	Schwierigkeiten bei der Vermittlung von Wissen und Kompetenzen sowie beim Praxistransfer

Stärken und Ressourcen	Herausforderungen und Handlungsfelder
<p>Unterstützung durch Leitungsteam zur Fortbildung und Weiterbildung über Pflichtfortbildungen hinaus, z. B. Freistellung, Zeitgutschrift, Kostenübernahme</p> <p>positive Haltung im Team zu Fortbildungen, z. B. berufliches Selbstverständnis, Motivierung, „Auszeit“</p>	

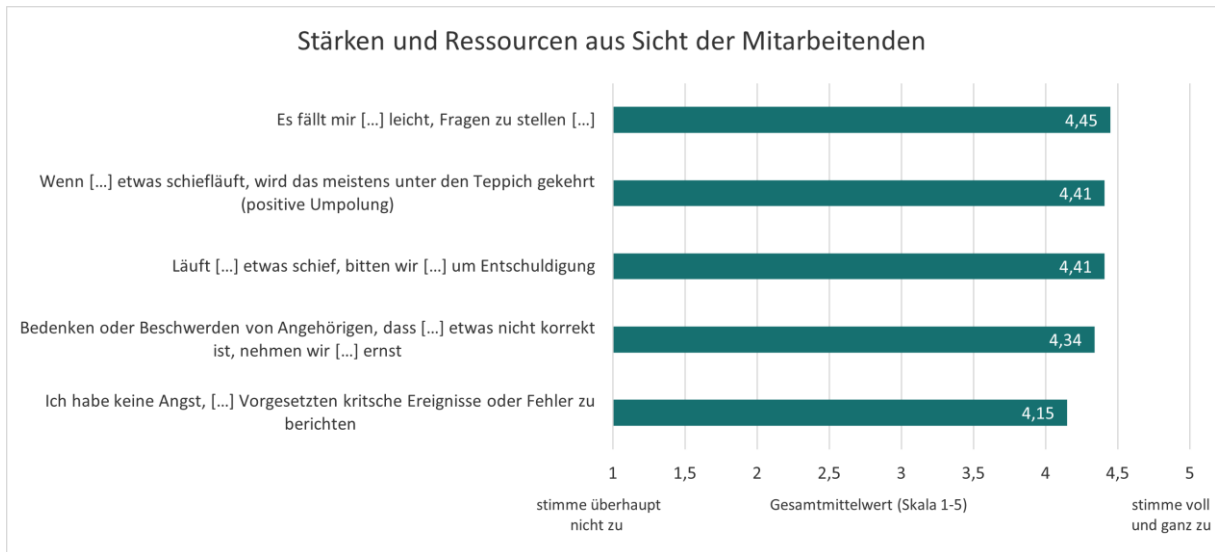
4.1.3 Quantitative Ergebnisse

Die quantitativen Daten der Befragung der Mitarbeitenden geben Aufschluss darüber, wie die Befragten Aspekte der Sicherheitskultur in ihrem Pflegedienst einschätzten.

Stärken und Ressourcen

Zur Identifikation von Stärken und Ressourcen der Pflegedienste im Hinblick auf ihre Sicherheitskultur wurden diejenigen Aspekte betrachtet, die in den einzelnen Diensten am häufigsten zu den jeweils 5 bestbewerteten Items gehörten. Die dargestellten Mittelwerte (M) liegen zwischen 1 und 5 entsprechend der 5-stufigen Likert-Skala und zeigen, wie die jeweilige Aussage im Durchschnitt über alle Pflegedienste hinweg bewertet wurde. An der Spitze der Bewertung steht eine positive Fragekultur: Das Item „Es fällt mir in unserem Pflegedienst leicht, Fragen zu stellen, wenn ich etwas nicht verstehe“ zählte in 8 Pflegediensten zu den am besten bewerteten Aspekten und erzielte mit einem Gesamtmittelwert von 4,45 die höchste Zustimmung in der Gesamtschau der Pflegedienste (vgl. Abbildung 6). Zudem gaben viele Mitarbeitende an, keine Angst davor zu haben, ihren Vorgesetzten kritische Ereignisse beziehungsweise Fehler zu berichten – ein Aspekt, der in 5 Diensten besonders positiv auffiel ($M = 4,15$). Zu den Stärken und Ressourcen gehört zudem die verbreitete Einschätzung bei den Befragten, dass Fehler nicht übergangen oder versteckt werden: Das Item „Wenn in unserem Pflegedienst etwas schief läuft, wird das meistens unter den Teppich gekehrt“ gehörte in 8 Pflegediensten zu den Aussagen, die am wenigsten Zustimmung erhielten. Für die Auswertung und zur besseren Vergleichbarkeit wurde es umgepolt und lag bei einem Mittelwert von 4,41. Weiterhin wurde in 7 Pflegediensten besonders positiv bewertet, dass Mitarbeitende bereit sind, sich bei Klienten, Klientinnen und Angehörigen für Fehler zu entschuldigen ($M = 4,41$). Dass Bedenken oder Beschwerden von Angehörigen ernst genommen werden, gehörte in 8 Diensten zu den „High 5“ ($M = 4,34$).

Abbildung 6: Befragung von Mitarbeitenden („High 5“), Bestandsaufnahmen



Herausforderungen und Handlungsfelder

Korrespondierend zu den Stärken und Ressourcen wurden jene Items identifiziert, die in den jeweiligen Pflegediensten am häufigsten zu den 5 Aspekten mit der geringsten Zustimmung zählten. Die dargestellten Werte basieren – analog zur Darstellung der Stärken und Ressourcen – auf dem Gesamtmittelwert aller Befragten über alle Dienste hinweg. Methodisch ist hierbei zu berücksichtigen, dass in der Sicherheitskulturforschung bereits Werte im mittleren Bereich ($\sim 3,0$) als Hinweis auf relevante Unsicherheiten und Entwicklungspotenziale gelten, da die Basiszustimmung bei sicherheitsrelevanten Themen aufgrund sozialer Erwünschtheit häufig überdurchschnittlich hoch ausfällt (Sexton et al., 2006; Sorra & Nieva, 2004).

Das mit Abstand deutlichste Handlungsfeld betrifft den Umgang mit kritischen Ereignissen, z. B. Fehlern, im Arbeitsalltag. Das Item „In den letzten 6 Monaten wurde ich auf mindestens einen Fehler, der mir bei der Pflege unterlaufen ist, aufmerksam gemacht“ zählte in 14 von 15 Pflegediensten zu den 5 am niedrigsten bewerteten Aussagen (vgl. Abbildung 7). Mit einem Gesamtmittelwert von 2,68 bildet dies den Tiefstwert der Erhebung. In 10 Pflegediensten gehörte die Aussage, selbst einen Fehler berichtet zu haben, zu den „Low 5“ (Gesamtmittelwert 2,90). Ferner wurde in 7 Diensten die Einschätzung, dass Kollegen und Kolleginnen selbstkritisch in Bezug auf ihre Arbeit seien, vergleichsweise niedrig bewertet ($M = 3,22$). Auch die Wahrnehmung, dass Kollegen und Kolleginnen Fehler berichten, war in 5 Diensten eine der schwächsten Kategorien ($M = 3,26$). Zu den identifizierten Herausforderungen für die Weiterentwicklung der Sicherheitskultur gehörten außerdem häufige Spannungen im Team ($M = 3,30$). In 5 Pflegediensten fand sich dieses Item in den „Low 5“ wieder. Die Aussage, dass sichere Pflege „mehr von äußeren Rahmenbedingungen abhängt als von Werten und Verhalten im Dienst“, traf bei den befragten Mitarbeitenden in 4 Pflegediensten auf große Zustimmung ($M = 3,13$). Gleichzeitig gab es unter allen 344 Befragten kaum welche, die Erschwernisse für eine sichere Pflege aufgrund ihres mangelnden Wissens ($\sim 3\%$), ihrer eigenen Ungeduld ($\sim 3\%$) oder ihrer eigenen fehlenden Sorgfalt ($\sim 1\%$) sahen. Auch erhielt die individuelle Reflexion über die Qualität der geleisteten Arbeit („Ich denke häufig darüber nach, ob ich meine Klienten und Klientinnen gut versorgt habe“) ($M = 3,05$) vergleichsweise wenig Zustimmung und zählte in 5 Pflegediensten zu den „Low 5“. Fehlende oder knappe Zeit wurde von 27 % aller Befragten als sehr häufiges Erschwernis für eine sichere Pflege angegeben. Vergleichsweise wenig Zustimmung erhielt die Aussage: „Unser Pflegedienst tut mehr für die Sicherheit als noch vor einem Jahr“. Diese war bei 7 Pflegediensten in den „Low 5“ und hatte einen Gesamtmittelwert von 3,23.

Abbildung 7: Befragung von Mitarbeitenden („Low 5“), Bestandsaufnahmen



4.1.4 Datentriangulation

Bei der Datentriangulation wurden die Auswertungen der qualitativen Daten und der quantitativen Daten zusammengeführt. Dies ermöglicht es, Aspekte, die für die Sicherheitskultur in den Pflegediensten relevant waren, multidimensional zu beleuchten. Im Folgenden werden die Ergebnisse zusammenfassend dargestellt.

Verständnis von Sicherheitskultur

Im Rahmen der qualitativen Datenerhebung war bei den Leitungsteams der Dienste eine hohe Motivation zur Weiterentwicklung der Sicherheitskultur in ihren Pflegediensten sowie eine grundsätzliche Offenheit für Veränderungsprozesse wahrzunehmen. Einige Dienste hatten sich bereits vor der Praxisbegleitung durch das ZQP ansatzweise mit dem Thema Sicherheitskultur befasst, das Thema in Teamgesprächen eingebracht oder eine Arbeitsgruppe hierzu gebildet. Bei einem Pflegedienst gab es bereits ein Gewaltschutzkonzept. Insgesamt aber war das Thema zum Zeitpunkt der Erhebungen kaum in den Pflegediensten präsent, was auch die quantitativen Daten widerspiegeln, beispielsweise in der verbreiteten Zustimmung zu der Aussage, dass sichere Pflege „mehr von äußeren Rahmenbedingungen abhängt als von Werten und Verhalten im Dienst“. Allgemein bestand in den Organisationen kein gemeinsames Verständnis von Sicherheitskultur sowie damit in Zusammenhang stehenden Begriffen wie „kritische Ereignisse“ und „Fehler“. In einigen Pflegediensten wurde beobachtet, dass kritische Ereignisse primär als individuelles Versagen und weniger als organisationale Lernchance betrachtet

wurden. Bei Mitarbeitenden wurde eine eher geringe Risikosensibilität wahrgenommen; Fehler wurden eher anderen Personen oder Faktoren zugeschrieben als dem eigenen Handeln.

Umgang mit kritischen Ereignissen

In einigen der Dienste war es üblich, kritische Ereignisse mündlich an die Leitungsperson zu berichten und in einigen auch, konstruktiv über kritische Ereignisse zu sprechen. Beim Thema Umgang mit kritischen Ereignissen, einschließlich Fehlern, zeichnete sich eine Diskrepanz ab: In den quantitativen Befragungen gaben viele Mitarbeitende an, kaum Bedenken zu haben, ihren Vorgesetzten kritische Ereignisse zu berichten („High 5“). Demgegenüber standen Aussagen der Mitarbeiterbefragung dazu, dass Fehler kaum berichtet werden würden („Low 5“). Der qualitativen Erhebung zufolge verfügte keiner der Pflegedienste über ein etabliertes standardisiertes schriftliches Verfahren zum Umgang mit kritischen Ereignissen beziehungsweise Fehlern. Dort, wo strukturell ein entsprechendes Verfahren vorhanden war, wurde dies nicht konsequent genutzt, etwa, weil es nicht bekannt war, aus Sorge vor negativen Konsequenzen, um Kollegen oder Kolleginnen nicht „anzuschwärzen“ oder weil keine Anonymität beim Berichten bestand.

Kommunikation und Austauschformate

Der Kommunikationsstil im Umgang mit Klienten und Klientinnen sowie Angehörigen als auch in der Zusammenarbeit im Team wurde in den meisten Diensten als respektvoll, in nur einzelnen als wenig wertschätzend wahrgenommen. Teilweise wurde ein niedrigschwelliger Zugang zum Leitungsteam im Sinne einer „offenen Tür“ beschrieben. Diese Erkenntnisse stehen im Einklang mit verschiedenen Aspekten der quantitativen Erhebung (z. B. „Es fällt mir [...] leicht, Fragen zu stellen [...].“), die als Stärken und Ressourcen identifiziert wurden. Aus einzelnen Diensten wurden aber auch in der qualitativen Erhebung eine erschwerte Kommunikation mit dem Leitungsteam oder eine mangelnde Erreichbarkeit berichtet. Für den regelmäßigen Austausch waren verschiedene Formate etabliert, wie Teambesprechungen, Fallbesprechungen, Supervision und spezielle Gesprächsformate zwischen Leitungsteam und Mitarbeitenden, beispielsweise zur Zielvereinbarung. Spezifische Formate zur systematischen Besprechung sicherheitsrelevanter Themen waren in keinem der Dienste etabliert. Teilweise fanden entsprechende Gespräche anlassbezogen statt. Die Weitergabe von Informationen, etwa bei Dienstübergaben, wurde teilweise als unvollständig, unverständlich oder wenig strukturiert erlebt. In einigen Diensten wurde die Kommunikation mit Arztpraxen oder Apotheken als belastend und zeitaufwendig beschrieben. Laut Aussagen der Leitungsteams band diese Ressourcen, die in der direkten Versorgung fehlten, und berge Sicherheitsrisiken in der Versorgung der Klienten und Klientinnen, auf die die Pflegedienste selbst nur begrenzt Einfluss hätten.

Zusammenarbeit, Verantwortlichkeit, Stimmung

Insgesamt zeichnete sich eine überwiegend freundliche und unterstützende Arbeitsatmosphäre in den Pflegediensten ab. Gleichzeitig wurden in einigen Teams auch Hinweise auf Spannungen und mangelndes Vertrauen sichtbar, welche einen konstruktiven Umgang mit kritischen Ereignissen erschwerten. Dies geht auch aus den quantitativen Ergebnissen hervor, da „häufige Spannungen“ als eine Herausforderung in den Diensten identifiziert wurden. Teils bestand die Sorge, dass kritische Rückmeldungen

negative Konsequenzen nach sich ziehen könnten, beispielsweise Konflikte, Krankmeldungen oder Kündigungen von Mitarbeitenden. In einigen Pflegediensten waren Aufgaben und Verantwortlichkeiten von Leitungspersonen und Mitarbeitenden klar festgelegt und kommuniziert, in anderen bestanden hierbei Lücken. Ein wiederkehrendes Thema war die Herausforderung, Mitarbeitende mit unterschiedlichen Qualifikationsniveaus, z. B. Pflegefachpersonen, Pflegehilfspersonen, so einzusetzen, dass eine sichere Pflege gewährleistet ist.

Reflexion, Prozesse und Evaluation

Die qualitativen Daten ergaben, dass alle Dienste – mehr oder weniger umfangreich – über Strukturen, Prozesse und Instrumente verfügten, die zu einer sicheren Pflege beitragen beziehungsweise helfen können, kritische Ereignisse möglichst zu vermeiden. Dazu zählten unter anderem sicherheitsrelevante Verfahrensanweisungen und Prozessbeschreibungen, ein Gewaltschutzkonzept, sowie verschiedene Instrumente zur systematischen Risikoerfassung, -erkennung und -reduzierung, etwa Audits, Pflegevisiten, Checklisten, Screenings oder Assessments. Den Befragungen der Leitungsteams als auch den quantitativen Daten zufolge wurden Beschwerden und Wünsche von Klienten, Klientinnen und Angehörigen in allen Diensten in der Regel ernst genommen. Teils wurden digitale Beschwerdemanagementsysteme eingesetzt. Einzelne Dienste führten zudem regelmäßig systematische Befragungen von Mitarbeitenden, Klienten und Klientinnen oder Angehörigen durch. Eine Diskrepanz zeigte sich jedoch bei der Betrachtung weiterer quantitativer und qualitativer Daten: Zum Zeitpunkt der qualitativen Erhebungen fanden in keinem der Dienste regelmäßige Evaluationen zu sicherheitsrelevanten Strukturen und Prozessen sowie systematische Reflexionen von kritischen Ereignissen statt. Zudem ergab die Befragung der Mitarbeitenden, dass sowohl die Selbstreflexion der Befragten als auch die Einschätzung der Selbstkritik bei Kollegen und Kolleginnen eher wenig ausgeprägt sind. Des Weiteren wurden sicherheitsrelevante Verfahrensanweisungen und Prozessbeschreibungen teilweise als unklar, nicht bekannt oder fehlend beschrieben. Teils wurden festgelegte Abläufe und Maßnahmen nicht konsequent umgesetzt oder nachverfolgt. In keinem der Dienste wurden die vorhandenen Strukturen, Prozesse und Instrumente explizit sicherheitsspezifisch genutzt. In mehreren Fällen wurde das Qualitätsmanagementhandbuch als zu komplex, wenig praxistauglich oder nicht aktuell wahrgenommen. Darüber hinaus fehlte es mitunter an Material, beispielsweise einer Notfallausrüstung.

Schulungen und Fortbildungen

Nahezu alle Pflegedienste verfügten über ein umfangreiches internes und externes Schulungs- und Fortbildungsangebot für Mitarbeitende. Oftmals wurden Fortbildungen digital angeboten. Neben Pflichtfortbildungen war in einzelnen Diensten die jährliche Teilnahme an einer frei gewählten internen Fortbildung erwünscht. Vereinzelt gab es Multiplikatoren oder Multiplikatorinnen, die die Verbreitung von Inhalten im Team unterstützen konnten. Die Inanspruchnahme von Bildungsangeboten wurde in den meisten Diensten von Leitungspersonen gefördert, zum Beispiel durch Freistellung und Kostenübernahme. Die Angebote wurden meist von Mitarbeitenden wahrgenommen sowie positiv bewertet. Gezielte oder ausdrücklich als solche verstandene Schulungsmaßnahmen und Fortbildungsangebote zur Stärkung der Sicherheitskultur und Pflegesicherheit waren in den Pflegediensten nicht verbreitet. In einigen Pflegediensten wurden Probleme beim Wissenstransfer sowie Schulungs-/Fortbildungsbedarf bei Mitarbeitenden deutlich. Die in diesem Abschnitt beschriebenen Ergebnisse basieren

ausschließlich auf Daten aus den qualitativen Erhebungen, da aus den quantitativen „High 5“/ „Low 5“ keine passende Information abzuleiten war.

4.2 Maßnahmen

Basierend auf den Ergebnissen der initialen Bestandsaufnahmen in den einzelnen Pflegediensten wurden im nächsten Schritt konkrete Maßnahmen zur Stärkung der Sicherheitskultur abgeleitet. Dafür wurden den Projektteams in den Pflegediensten jeweils zunächst die Ergebnisse der Bestandsaufnahme und entsprechend abgeleitete Handlungsempfehlungen vom ZQP präsentiert. Anschließend wurden von den Projektteams der Pflegedienste in einem partizipativen Prozess organisationsbezogene Maßnahmen festgelegt, auf dessen Basis die Umsetzung folgte. Nachfolgend werden ausgewählte Maßnahmen, die von einzelnen oder mehreren Pflegediensten umgesetzt wurden, zusammenfassend skizziert.

Verständnis für Sicherheitskultur

Eine grundlegende Maßnahme war die Verständigung über Werte, Normen und Ziele hinsichtlich einer positiven Sicherheitskultur innerhalb der Pflegedienste, etwa im Rahmen von Qualitätszirkeln oder Projektgruppen. Dazu gehörte auch die Auseinandersetzung mit sicherheitsrelevanten Begriffen, wie „kritisches Ereignis“ oder „Fehler“. Ein Pflegedienst erarbeitete in dem Zusammenhang eine „Never-Event-Liste“, um Ereignisse, die niemals passieren dürfen, zu benennen. Einige Teams erarbeiteten zudem einen Verhaltenskodex in Form eines „Pflege-Knigge“, in dem konkret beschrieben ist, welche Regeln für die Zusammenarbeit im Team sowie im Umgang mit pflegebedürftigen Menschen und Angehörigen gelten. Die Ergebnisse wurden in den jeweiligen Pflegediensten schriftlich fixiert und in bestehende Grundlagendokumente integriert, etwa Leitbilder oder Einarbeitungskonzepte. Die gemeinsamen Festlegungen wurden aktiv in den Pflegediensten kommuniziert, beispielsweise durch Ausgänge und in Teambesprechungen. Außerdem wurden die Konzepte bestehender Gesprächs- beziehungsweise Reflexionsformate, etwa Probezeit- oder Jahresgespräche, zur Thematisierung sicherheitsrelevanter Aspekte ergänzt.

Umgang mit kritischen Ereignissen

Zu den wesentlichen Maßnahmen zur Stärkung der Sicherheitskultur in den Pflegediensten gehörte es, Voraussetzungen für einen konstruktiven Umgang mit kritischen Ereignissen zu schaffen. Die meisten Dienste führten dazu ein standardisiertes Vorgehen, teils auch Checklisten ein. Des Weiteren wurden verschiedene Formate zum organisationsinternen Berichten über kritische Ereignisse eingesetzt, je nach technischer Infrastruktur oder Präferenzen der Mitarbeitenden in Form von digitalen Tools oder analogen Berichtsbögen. Zudem führten einige Dienste Ad-hoc-Besprechungen nach kritischen Ereignissen ein, um dabei Sofortmaßnahmen abzustimmen oder zu implementieren. Um akute Sicherheitsbedenken direkt anzusprechen, wurden Signalwörter vereinbart („Speak Up-Ansatz“). Allen Mitarbeitenden – einschließlich Auszubildenden – wurde explizit das Recht und die Pflicht übertragen, diese unmittelbar anzusprechen.

Kommunikation und Austauschformate

Ein zentraler Maßnahmenbereich war die Förderung von Kommunikation und Implementierung von Austauschformaten. Hierzu setzten einige Dienste verschiedene niedrigschwellige, teamorientierte Formate ein und definierten zum Beispiel feste Zeiten und Regeln zur Reflexion kritischer Ereignisse. Diese wurden strukturell in bestehende Formate wie Teambesprechungen oder Dienstübergaben integriert. Einige Pflegedienste nutzten etablierte Methoden oder Konzepte, etwa Kollegiale Beratung, TeamSTEPPS®, Supervision. Darüber hinaus wurden auch Lern-Tandems, Lern-Patenschaften, Mitarbeitervisiten oder Tourenbegleitungen eingeführt, bei denen Mitarbeitende sich gegenseitig im Arbeitsalltag beobachteten und Rückmeldung gaben – ausdrücklich – ohne Kontrollcharakter. Ein Ansatz hierbei war auch, Mitarbeitende unterschiedlicher Erfahrungsstufen gezielt zusammenzubringen, um gegenseitiges Lernen zu fördern. Ein weiterer Ansatzpunkt war die Art und Weise, wie im Team miteinander gesprochen wird. Hierzu wurden in mehreren Teams gemeinsame Kommunikations- und Feedbackregeln erarbeitet, die anschließend zur Verstetigung als Aushang oder Leitfaden im Dienst etabliert wurden.

Zusammenarbeit, Verantwortlichkeit, Stimmung

Um die Zusammenarbeit zu verbessern, wurden Unklarheiten hinsichtlich Aufgaben und Verantwortlichkeiten von Mitarbeitenden geklärt, Stellen- und Funktionsbeschreibungen entsprechend aktualisiert sowie in Aufgaben- und Kompetenzmatrizen transparent dargestellt. Einige Pflegedienste setzten Maßnahmen zur Verbesserung der Zusammenarbeit mit externen Gesundheitsdienstleistern um. Hierzu wurden zunächst Hindernisse in der Kommunikation, beispielsweise mit Ärzten und Ärztinnen oder Apotheken, identifiziert und anschließend Gespräche mit den jeweiligen Partnern initiiert, um die Zusammenarbeit zu verbessern. Darüber hinaus wurden Abläufe an besonders fehleranfälligen Schnittstellen angepasst, beispielsweise im Überleitungsmanagement bei Krankenhausentlassungen oder -einweisungen. In einem Fall wurde etwa das Medikamentenmanagement gemeinsam mit einer Apotheke verbessert.

Reflexion, Prozesse und Evaluation

Einige Pflegedienste entwickelten oder überarbeiteten interne Standards (z. B. zu Medikation/Plausibilitätskontrolle, Dokumentation/Audits und Wundversorgung) sowie Verfahrensanweisungen oder Checklisten, etwa zum Ausfallmanagement, zur Aufgabenpriorisierung bei Unterbesetzung, zu internen Benachrichtigungsketten sowie zum Umgang mit kritischen Ereignissen und deren Auswertung, welche zentral zugänglich gemacht und aktiv kommuniziert wurden. Auch wurde das Beschwerdemanagement in einigen Diensten angepasst: Beschwerdewege, Ansprechpersonen und Bearbeitungsabläufe wurden klar definiert und für Mitarbeitende, pflegebedürftige Menschen und Angehörige sichtbar gemacht. In einzelnen Diensten wurde ein Prozess zur systematischen Auswertung von Beschwerden etabliert. Ein weiterer Schwerpunkt lag auf einer sicheren Informationsweitergabe. Einige Pflegedienste standardisierten hierfür die mündliche und schriftliche Dienstübergabe, zum Beispiel mithilfe von Checklisten oder mittels SBAR-Methode. Teilweise wurden auch Funktionen digitaler Pflegedokumentationssysteme genutzt, um Aufgaben klar zuzuweisen, den Bearbeitungsstand sichtbar zu machen und Informationen transparent nachzuverfolgen. Als unmittelbare Orientierungshilfe für neue

oder einspringende Mitarbeitende wurde in einem Pflegedienst ein sogenanntes „Pocket-Buch“ eingesetzt, welches sicherheitsrelevante Informationen umfasste.

Schulungen und Fortbildungen

In allen Pflegediensten wurden Lernformate eingesetzt, um sicherheitsrelevantes Wissen und sicherheitsrelevante Kompetenzen zu fördern. Dazu gehörten zum Beispiel praxisnahe Schulungen zu Risiken im Pflegealltag, zum Umgang mit kritischen Ereignissen und zur Arbeitsorganisation. Des Weiteren wurden Workshops und Schulungen zu wertschätzender und lösungsorientierter Kommunikation durchgeführt. Diese zielten insbesondere auf Kommunikationstechniken ab, um kritische Ereignisse konstruktiv anzusprechen, zu reflektieren und Maßnahmen abzuleiten sowie daran beteiligte Mitarbeitende zu unterstützen. Um Wissen bedarfsgerecht zu vermitteln und regelmäßig an sicherheitsrelevante Themen zu erinnern, wurden niedrigschwellige Lernformate eingesetzt, wie E-Learnings, Lernposter, Online-Workshops und praktische Übungen in Trainingsräumen. Einige Pflegedienste erstellten strukturierte Jahresschulungspläne mit Bezug zum Thema Sicherheitskultur.

4.3 Abschlussevaluationen

Mit Ende der Projektbegleitung erfolgten Abschlussevaluationen in allen teilnehmenden Pflegediensten äquivalent zu den initialen Bestandsaufnahmen. Ziel war es, die Entwicklungen des Sicherheitsklimas in den Pflegediensten nach der Interventionsphase zu erfassen. Im Folgenden werden die Ergebnisse in der Gesamtschau deskriptiv dargestellt.

4.3.1 Datengrundlage

Die Datenerhebung erfolgte bei 13 der ursprünglich 15 Pflegedienste (2 Dienste waren im Projektverlauf ausgeschieden) im Zeitraum Mai bis Juli 2025. Zu diesem Zeitpunkt versorgte der kleinste Dienst 26 Klienten und Klientinnen und der größte 450, insgesamt waren es 2.139. Auch die Teamgrößen variierten deutlich: Die Anzahl der Mitarbeitenden lag zwischen 12 im kleinsten und 260 im größten Pflegedienst (Mittelwert: 50,5).

Die qualitativen Daten wurden mittels leitfadengestützter Interviews mit den Leitungspersonen aus allen 13 Pflegediensten erhoben. Weitere qualitative Daten wurden durch das ZQP im Rahmen von teilnehmenden Beobachtungen in jedem Pflegedienst gesammelt. In 7 der Pflegedienste wurden insgesamt 12 Klienten und Klientinnen und 7 Angehörige mittels leitfadengestütztem Interview befragt. In 6 Pflegediensten konnten keine Klienten, Klientinnen und Angehörige rekrutiert werden.

Die quantitative Datengrundlage bildeten 64 Fragebögen von Mitarbeitenden aus 9 Pflegediensten. Die Rücklaufquote lag im Gesamtdurchschnitt bei 9,8 % der Belegschaft (vgl. Abbildung 8), wobei die Beteiligung zwischen den Standorten stark variierte (0 % bis 32 %, vgl. Abbildung 9). In 3 Pflegediensten nahm niemand an der Befragung teil. Insgesamt waren 43,8 % ($n = 28$) der Befragten Pflegefachpersonen (PFP), 15,6 % ($n = 10$) Pflegehilfspersonen (PHP) und 18,8 % ($n = 12$) hatten sonstige Funktionen inne. Bei 21,9 % der Teilnehmenden fehlte die Angabe zur Qualifikation. In der gesamten Befragungsgruppe waren 4 Pflegedienstleitungen und 2 stellvertretende Pflegedienstleitungen.

Abbildung 8: Gesamtrücklauf der Fragebögen, Abschlussevaluationen

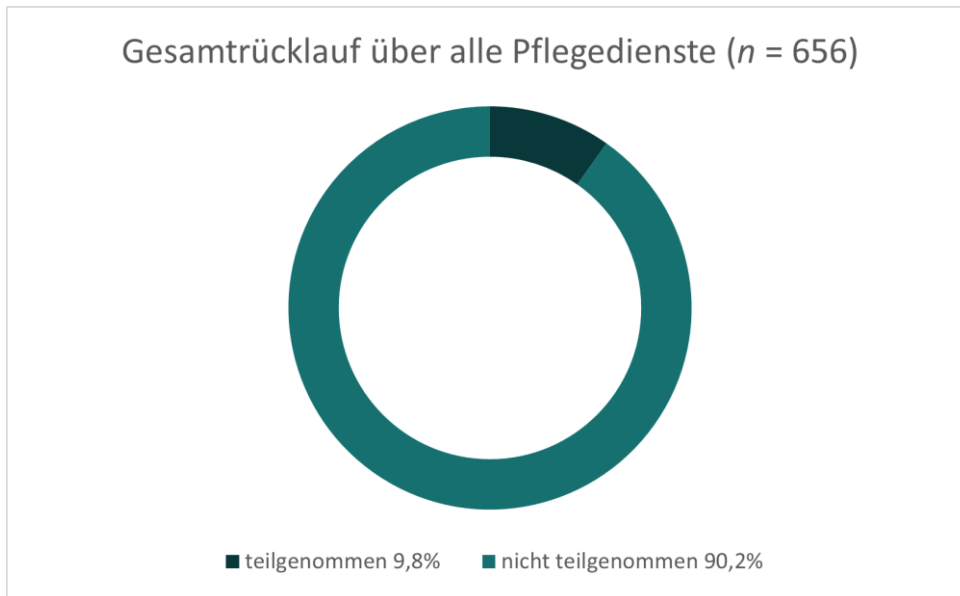
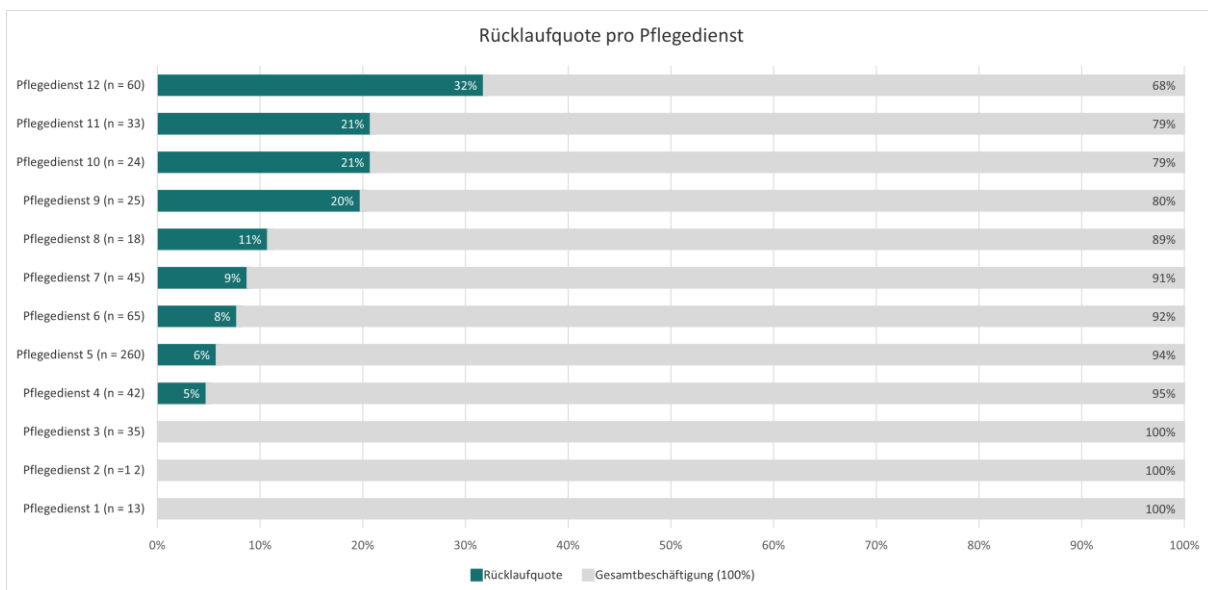


Abbildung 9: Rücklauf der Fragebögen nach Pflegedienst, Abschlussevaluationen



4.3.2 Qualitative Ergebnisse

Im Folgenden werden – analog zu den initialen Bestandsaufnahmen – die Ergebnisse der Daten aus den qualitativen Abschlussevaluationen kategorisiert und in Bezug auf Stärken und Ressourcen sowie Herausforderungen und Handlungsfelder hinsichtlich der Entwicklung einer positiven Sicherheitskultur zusammenfassend dargestellt. Dabei ist zu beachten, dass die genannten Aspekte nicht für jeden einzelnen Pflegedienst gleichermaßen gelten und somit auch ein Aspekt in dem einen Pflegedienst zu den Stärken und in einem anderen Pflegedienst zu den Handlungsfeldern gehören kann.

Tabelle 2: Qualitative Auswertung Abschlussevaluationen – Gesamtbild

Stärken und Ressourcen	Herausforderungen und Handlungsfelder
Verständnis für Sicherheitskultur	
<p>hohe Motivation im Leitungsteam zur Stärkung der Sicherheitskultur, Veränderungsbereitschaft</p> <p>Engagement für das Thema Sicherheitskultur und aktive Förderung des Wissenstransfers durch Leitungsteam</p> <p>kontinuierliche Präsenz/regelmäßiges Aufgreifen des Themas Sicherheitskultur im Arbeitsalltag</p> <p>Vorbildrolle des Leitungsteams für eine offene, wertschätzende und konstruktive Kommunikation</p> <p>konzeptionelle Verankerung, z. B. in Leitbild, Einarbeitung neuer Mitarbeitender, Gewaltschutz</p> <p>Verständnis von Fehlern als Lernchance</p>	<p>mangelndes Verständnis im Team über sicherheitsrelevante Begriffe, z. B. Fehler, kritisches Ereignis</p> <p>Wahrnehmung des Leitungsteams von mangelndem Verständnis sowie mangelnder Bereitschaft zur Veränderung von Einstellung und Verhalten bei Mitarbeitenden</p> <p>Dominanz praktischer Themen, z. B. Personalausfall, Verwaltungsaufgaben; keine kontinuierliche Themenpräsenz von Sicherheitskultur</p> <p>kein systematisches, eher punktuell Vorgehen zur Entwicklung der Sicherheitskultur</p> <p>Fokus auf individueller Schuldfrage bei kritischen Ereignissen statt auf organisationalen Faktoren</p>
Umgang mit kritischen Ereignissen	
<p>standardisiertes Verfahren zum Umgang mit kritischen Ereignissen</p> <p>Instrument zum anonymen Berichten von kritischen Ereignissen</p> <p>systematische lösungsorientierte Reflexion von kritischen Ereignissen in Teambesprechungen, Ableitung verbindlicher Präventionsmaßnahmen</p>	<p>intransparentes Vorgehen bei kritischen Ereignissen</p> <p>kein standardisiertes Verfahren zum Umgang mit kritischen Ereignissen</p> <p>kein Instrument zum anonymen Berichten von kritischen Ereignissen oder mangelnde Nutzung</p> <p>keine systematische Reflexion von kritischen Ereignissen mit entsprechender Ableitung von Maßnahmen</p> <p>Wahrnehmung der Leitung von mangelnder Kritikfähigkeit unter Mitarbeitenden</p>
Kommunikation und Austauschformate	
<p>respektvoller Umgang mit Klienten/Klientinnen</p> <p>gegenseitige sachlich konstruktive Kritik im Leitungsteam</p> <p>Besprechungsformate, z. B. Teambesprechung mit TOP „Sicherheitskultur“, Fallbesprechung, Kollegiale Beratung, Supervision</p>	<p>Negativer Kommunikationsstil im Team, z. B. nicht wertschätzend, respektlos, mangelnde Offenheit</p> <p>Skepsis im Team gegenüber einem offenen Austausch, z. B. in Teambesprechungen</p> <p>Sorge vor negativen Konsequenzen bei kritischen Rückmeldungen, z. B. Konflikte, Krankmeldung, Kündigung durch Mitarbeitende</p>

Stärken und Ressourcen	Herausforderungen und Handlungsfelder
<p>strukturierte Gesprächsformate zwischen Leitungsteam und Mitarbeitenden, einschl. Zielvereinbarung</p> <p>niedrigschwelliger Zugang zu Leitung, „Offene Tür“</p> <p>offene, hierarchieübergreifende Kommunikation</p> <p>Teilnahme an internen und externen Facharbeitsgruppen, z. B. Wundmanagement, Palliativ Care</p> <p>Lern-Tandems, gegenseitige Tourenbegleitung, Microlearning</p> <p>abgestimmtes Schnittstellenmanagement zwischen Pflegediensten und externen Gesundheitsdienstleistern</p>	<p>Zugangshürden zu Leitung, z. B. mangelnde Erreichbarkeit, lange Abwesenheiten, räumliche Distanz durch dezentrale Büros</p> <p>keine oder nicht konsequent (z. B. wegen Personalausfall) umgesetzte Besprechungsformate, Gespräche lediglich anlassbezogen</p> <p>unvollständige, unverständliche oder unstrukturierte Informationsweitergabe, z. B. informelle Dienstübergabe beim Rauchen</p>
Zusammenarbeit, Verantwortlichkeit, Stimmung	
<p>positive Stimmung, freundlicher, wertschätzender Umgang im Team, gegenseitige Unterstützung</p> <p>vertrauensvolle Zusammenarbeit im Team</p> <p>klar festgelegte und kommunizierte Zuständigkeiten, Verantwortlichkeiten und Ansprechpersonen</p> <p>feste, verlässliche Tourenplanung, qualifikations- und kompetenzgerechter Einsatz von Mitarbeitenden</p> <p>Einsatz von spezialisierten Praxisexperten/Praxisexpertinnen, z. B. Wund-, Hygiene-, Medikamentenbeauftragte</p> <p>partizipativer, vertrauensbasierter Führungsstil; Förderung von Eigenverantwortung</p> <p>Aufgabenübernahme durch zentrales Qualitätsmanagement (mehr Ressourcen, einheitliche Checklisten und Assessments)</p> <p>Unterstützung der Arbeitszufriedenheit, z. B. Wunschdienstplanung</p>	<p>Spannungen innerhalb des Teams und/oder im Leitungsteam</p> <p>Misstrauen von Mitarbeitenden gegenüber der Leitung, Angst von Mitarbeitenden, Fehler zu machen</p> <p>unklare Erwartungen seitens der Leitung gegenüber Mitarbeitenden</p> <p>despektierliche Äußerung der Leitung über Mitarbeitende</p> <p>unklare Zuständigkeiten, Verantwortlichkeiten und Ansprechpersonen, undefinierte Rollen, z. B. Pflegeeinsätze von PDL, Personalunion von Ämtern</p> <p>intransparente Entscheidungen der Leitung</p> <p>mangelnde Verlässlichkeit bei der Umsetzung von Absprachen</p> <p>variierende Leistungsqualität durch heterogene Qualifizierungs-, Kompetenz- und Bildungsniveaus im Team</p> <p>kein qualifikations- und kompetenzgerechter Einsatz von Mitarbeitenden</p> <p>Wahrnehmung der Leitung von mangelnder Motivation/mangelndem Engagement bei Mitarbeitenden</p>

Stärken und Ressourcen	Herausforderungen und Handlungsfelder
	<p>mangelnde Möglichkeit für Mitarbeitende, an Arbeitsgruppen/Qualitätszirkeln oder ähnlichen Formaten mitzuwirken, z. B. wegen Personal-mangel, Zeitmangel</p> <p>häufiges Einspringen und als belastend empfun-dene Dienstplanmodelle (Teildienste)</p> <p>belastende Zusammenarbeit mit Ärzten/Ärztin-nen (z. B. mangelnde BTM-Prüfung) und dem Träger; fehlende Einbindung ins QM</p>
Reflexion, Prozesse und Evaluation	
<p>sicherheitsrelevante Verfahrensanweisungen, Prozessbeschreibungen, z. B. zu Medikationssi-cherheit, Gewaltschutzkonzept, Dokumentation</p> <p>sicherheitsrelevante Instrumente zur systemati-schen Risikoerfassung, -erkennung und -redu-zierung, z. B. Audits, Pflegevisiten, Checklisten</p> <p>digitale Medikationspläne, ärztliche Anordnung wird durch Bildanzeige des Präparats ergänzt</p> <p>Digitalisierung, z. B. volldigitale Dokumentation, Einsatz von Apps, KI-Tourenplanung, digitales Übergabebuch, mobiler Zugriff auf QM-Hand-buch und internes Pflege-Wiki</p>	<p>keine oder nicht genutzte sicherheitsrelevante Instrumente zur systematischen Risikoerfas-sung, -erkennung und -reduzierung, z. B. Audits, Pflegevisiten, Checklisten, Screenings, Assess-ments</p> <p>unklare, nicht bekannte oder fehlende sicherheitsrelevante Verfahrensanweisungen/Pro-zessbeschreibungen; kein Gewaltschutzkonzept</p> <p>pflegefachliche Defizite, z. B. bei Händehygiene, Schmerzmanagement, Medikation</p> <p>ungeeignetes QM-Handbuch, z. B. nicht praxis-tauglich, zu komplex, nicht aktuell</p> <p>mangelnde Umsetzung festgelegter Strukturen und Prozesse, mangelnde Nachverfolgung</p> <p>ungeeignete Dokumentation, z. B. unvollstän-dig, unverständlich, nicht aktuelle Formulare, Doppelstrukturen</p>
Schulung, Fortbildung	
<p>Einsatz von Microlearning, z. B. Lernposter, Kurzschulungen, Infowände</p> <p>systematische Fortbildungsplanung, z. B. an-hand von Bedarfsanalysen in Pflegefachkonfe-renzen oder im Leitungsteam</p> <p>digitale Fortbildungsverwaltung (z. B. interner „Pflegecampus“), automatische Verbuchung im Dienstplan</p> <p>Bereitstellung der räumlichen Infrastruktur, z. B. abgegrenzter Raum, Tisch, Stühle, Whiteboard, Beamer, Trainingsraum</p>	<p>Wahrnehmung der Leitung von mangelndem In-teresse bei Mitarbeitenden an Fortbildungen</p> <p>hoher spezifischer Schulungsbedarf in verschie-denen Bereichen, z. B. Hygiene, digitale Tech-nik, Schmerzmanagement, Medikation, Doku-mentation</p> <p>Schwierigkeiten bei der Vermittlung von Wissen und Kompetenzen sowie beim Praxistransfer</p>

Stärken und Ressourcen	Herausforderungen und Handlungsfelder
Kooperation mit Anbietern von „Skills Labs“, „Room of Horror“ Unterstützung durch Leitung zur Fortbildung und Weiterbildung über Pflichtfortbildungen hinaus, z. B. Freistellung, Zeitgutschrift, Kostenübernahme	

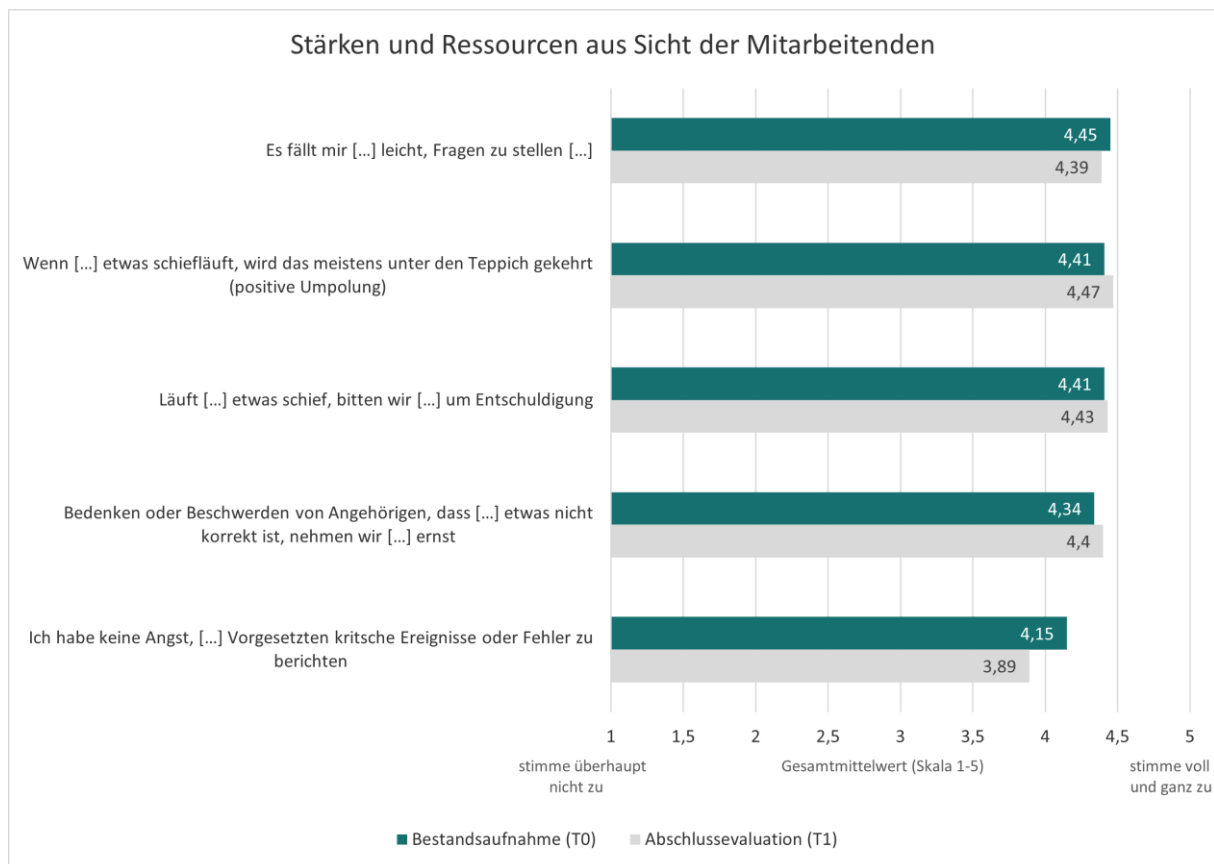
4.3.3 Quantitative Ergebnisse

Analog zur initialen Bestandsaufnahme (T0) wurden zum Ende der Praxisbegleitung erneut die Perspektiven der Mitarbeitenden (T1) erhoben. Es wurde analysiert, wie sich die Zustimmungswerte in jenen Bereichen entwickelt haben, die zu Projektbeginn als besondere Stärken und Ressourcen („High 5“) sowie Herausforderungen und Handlungsfelder („Low 5“) identifiziert wurden. Dabei ist zu beachten, dass der Rücklauf der quantitativen Befragung im Vergleich zur Bestandsaufnahme deutlich geringer und auch die Zusammensetzung der Befragten mit Blick auf ihre Funktion im Pflegedienst verändert war.

Stärken und Ressourcen

Insgesamt zeigte sich bei den Ergebnissen der Befragung der Mitarbeitenden hinsichtlich Stärken und Ressourcen („High 5“) eine gewisse Stabilität (vgl. **Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.**). Das gilt etwa für die niedrigeren Zustimmungswerte zur Aussage, dass unter den Teppich gekehrt wird, wenn etwas schiefläuft ($M = 4,47$ vs. T0 $M = 4,41$) bei der Angabe, dass Bedenken oder Beschwerden von Klienten und Klientinnen und Angehörigen ernst genommen werden würden ($M = 4,40$ vs. T0 $M = 4,34$) sowie bei der Bereitschaft von Mitarbeitenden, bei diesen um Entschuldigung zu bitten, wenn etwas schiefgelaufen ist ($M = 4,43$ vs. T0 $M = 4,41$). Analog verhält es sich mit den Zustimmungswerten zu der Aussage, dass es leichtfällt, Fragen zu stellen ($M = 4,39$ vs. T0 $M = 4,45$). Geringfügig mehr Bewegung gab es in der Zustimmung zur Aussage „Ich habe keine Angst, meiner/meinem Vorgesetzten kritische Ereignisse und Fehler zu berichten“. Dort sank die Zustimmung von $M = 4,15$ (T0) auf $M = 3,89$.

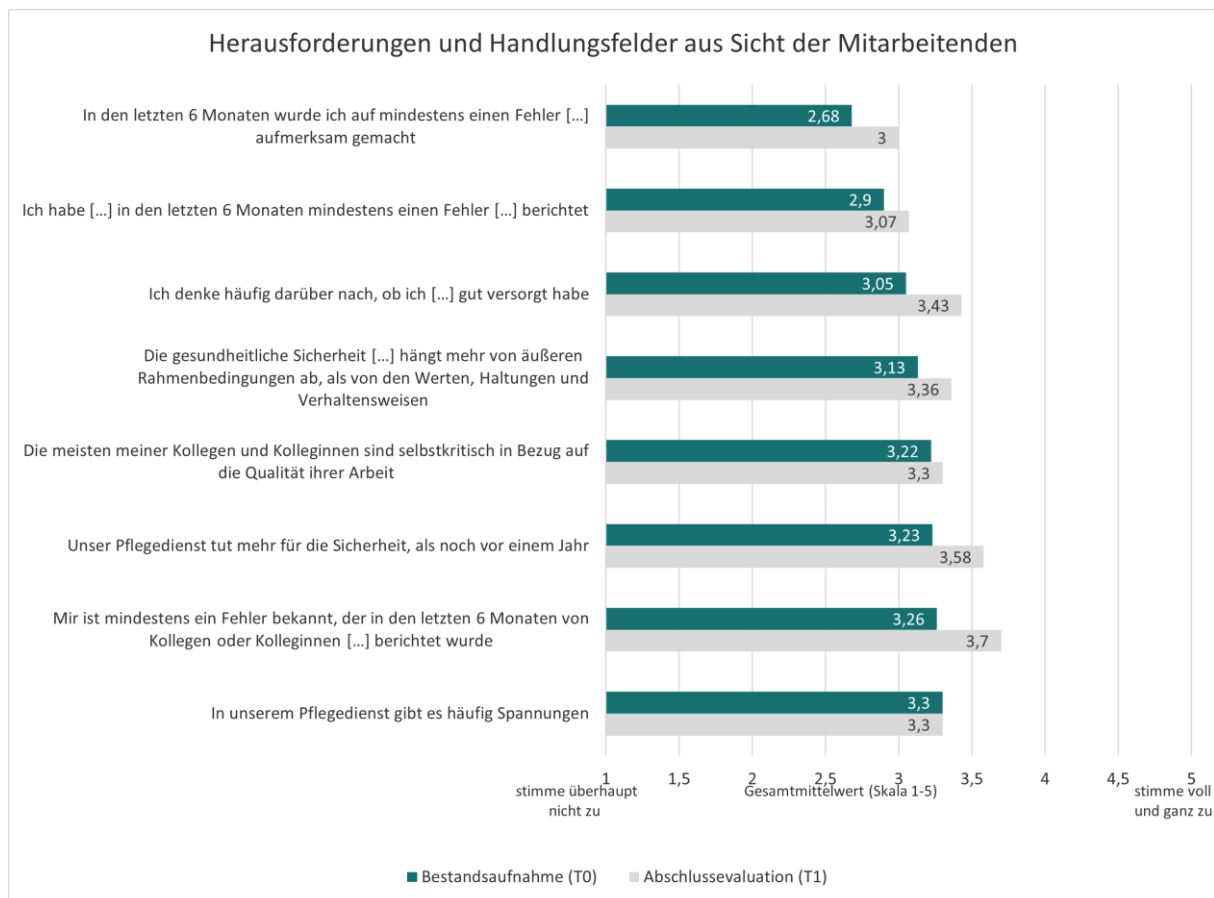
Abbildung 10: „High 5“: Befragung von Mitarbeitenden – Abschlussevaluationen und Bestandsaufnahmen



Herausforderungen und Handlungsfelder

Die als Herausforderungen identifizierten Bereiche („Low 5“) zeigten im Vergleich zur Bestandsaufnahme in fast allen Dimensionen einen leichten Anstieg der Mittelwerte (vgl. **Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.**). Dies betrifft etwa das Berichten von Fehlern im Team: Die Zustimmung zur Aussage „Mir ist mindestens ein Fehler bekannt, der von Kollegen oder Kolleginnen an Vorgesetzte berichtet wurde“, stieg von ursprünglich 3,26 auf 3,70 im Mittelwert. Auch stiegen die Zustimmungswerte zum aktiven Berichten eigener Fehler leicht an ($M=3,07$ vs. $T0\ M=2,90$). Gleiches gilt für die Aussage, dass man selbst auf eigene Fehler aufmerksam gemacht wurde. Dieses Item wurde in der Bestandsaufnahme am schlechtesten bewertet und stieg jetzt im Mittelwert von 2,68 auf 3,00. Weitere tendenzielle Anstiege waren bei den Werten zur Einschätzung der Bereitschaft zur Selbstkritik bei Kollegen und Kolleginnen ($M=3,3$ vs. $T0\ M=3,22$) sowie dem Nachdenken darüber, ob man Klienten und Klientinnen selbst gut versorgt hat ($M=3,43$ vs. $T0\ M=3,05$) festzustellen. Keine Veränderung ist insgesamt für die Werte zur Einschätzung der Mitarbeitenden zum Teamklima zu verzeichnen: Die Wahrnehmung von Spannungen im Pflegedienst blieb konstant auf einem Mittelwert von 3,30.

Abbildung 11: „Low 5“ – Befragung von Mitarbeitenden, Abschlussevaluationen und Bestandsaufnahmen



4.3.4 Datentriangulation

Für die Datentriangulation der Abschlussevaluationen wurden – wie auch zu Projektbeginn – die Ergebnisse der qualitativen und quantitativen Erhebungen zusammengeführt. Ziel war es, ein multiperspektivisches Bild zur Entwicklung der Sicherheitskultur über alle Pflegedienste hinweg zu zeichnen. Im Folgenden werden die Ergebnisse zusammenfassend dargestellt. Die konkreten Maßnahmen, die in den Pflegediensten umgesetzt wurden, sind hierbei nicht dargestellt, diese sind in Kapitel 4.2 beschrieben.

Verständnis für Sicherheitskultur

Insgesamt zeigen die qualitativen Daten, dass in den meisten Pflegediensten zum Zeitpunkt der Abschlussevaluation wesentliche Voraussetzungen für eine positive Sicherheitskultur geschaffen wurden. Besonders bei Leitungspersonen wurde weiterhin eine hohe Motivation und Veränderungsbereitschaft zur Stärkung der Sicherheitskultur wahrgenommen, sie übernahmen nun oftmals eine Vorbildrolle für eine offene, wertschätzende und konstruktive Kommunikation und förderten aktiv den Wissenstransfer im Team. Teilweise war das Thema Sicherheitskultur nun konzeptionell verankert, etwa im Leitbild und in Einarbeitungskonzepten für neue Mitarbeitende. Auch bestätigen die Ergebnisse der

quantitativen Befragung der Mitarbeitenden, dass in den Pflegediensten allgemein mehr für die Sicherheit getan wird als vor einem Jahr. Dennoch zeigte sich wiederum in den qualitativen Ergebnissen, dass nicht in allen Pflegediensten ein gemeinsames Verständnis zentraler Begriffe der Sicherheitskultur, wie „Fehler“ oder „kritisches Ereignis“ etabliert wurde. Zudem wurde seitens des Leitungsteams teilweise eine geringe Bereitschaft zur Veränderung von Einstellungen und Verhaltensweisen bei Mitarbeitenden wahrgenommen. Das steht im Einklang mit tendenziell steigenden Zustimmungswerten der Mitarbeitenden zu der Aussage, dass eine sichere Pflege mehr von äußeren Rahmenbedingungen abhängt als von Haltungen, Werten und Verhaltensweisen. Darüber hinaus schien die Dominanz alltäglicher Herausforderungen – etwa Personalausfälle oder administrative Aufgaben – teils einer kontinuierlichen Weiterentwicklung der Sicherheitskultur entgegenzustehen.

Umgang mit kritischen Ereignissen

Zum Umgang mit kritischen Ereignissen hatten in allen Pflegediensten organisationale Lernprozesse stattgefunden, wobei die Breite und Tiefe sowohl für die Einstellungen von Leitungspersonen und Mitarbeitenden als auch für Maßnahmen deutlich variierten. Insgesamt deuten die Ergebnisse darauf hin, dass tendenziell eine größere Bereitschaft besteht, kritische Ereignisse beziehungsweise Fehler zu berichten, als im Zeitraum vor den initialen Bestandsaufnahmen. Dieser Befund stützt sich auf die qualitativen Daten und wird teils durch die quantitativen Ergebnisse bestätigt: Beispielsweise sind die Werte zum Berichten von Fehlern durchweg gestiegen (vgl. **Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.**) und die Bewertung der entsprechenden Stärken und Ressourcen sind weitestgehend stabil geblieben (vgl. **Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.**). Während sich in einigen Pflegediensten ein weitgehend offener, konstruktiver Umgang mit kritischen Ereignissen eingestellt hatte, schienen andernorts Barrieren zu bestehen, die maßgeblich mit weiterhin fehlenden strukturellen und prozessualen Voraussetzungen sowie der Sorge vor negativen Konsequenzen, wie „Anschwärzen“, Kündigung etc. verbunden waren. Zudem berichteten Leitungspersonen in einigen Pflegediensten noch von mangelnder Selbstreflexions- und Kritikfähigkeit unter den Mitarbeitenden sowie Skepsis gegenüber einem offenen Austausch, z. B. in Teambesprechungen.

Kommunikation und Austauschformate

Die Ergebnisse zum Bereich Kommunikation und Austauschformate zeigen ebenfalls ein heterogenes Bild. Weiterhin wurde der Kommunikationsstil in den meisten Pflegediensten als respektvoll wahrgenommen, sowie eine offene, hierarchieübergreifende Kommunikation und vertrauensvolle Zusammenarbeit beschrieben, welche sich im Laufe des Projekts noch verbessert habe. Einige Pflegedienste hatten nun erfolgreich Austauschformate zur Besprechung sicherheitsrelevanter Themen im Team und zwischen Leitungsteam und Mitarbeitenden sowie verschiedene Instrumente zur Förderung einer konstruktiven sicherheitsorientierten Kommunikation etabliert. Diese qualitativen Ergebnisse werden durch die im Vergleich zur Bestandsaufnahme stabil gebliebenen Daten der quantitativen Erhebung zu den Stärken und Ressourcen (vgl. **Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.**) gestützt, zum Beispiel geben die befragten Mitarbeitenden weiterhin an, dass es ihnen leichtfiele, Fragen zu stellen. Demgegenüber waren bei anderen Pflegediensten weniger positive Entwicklungen zu be-

obachten: Beispielsweise war der Kommunikationsstil weiterhin tendenziell negativ, spezifische Austauschformate waren nicht eingeführt, die Informationsweitergabe erfolgte eher informell und es bestanden weiterhin Zugangshürden für Mitarbeitende zur Leitung.

Zusammenarbeit, Verantwortlichkeit und Stimmung

Hinsichtlich der Zusammenarbeit wurden in den meisten Pflegediensten weitere positive Entwicklungen deutlich. Das betrifft zum Beispiel die gegenseitige Unterstützung, die Festlegung von Zuständigkeiten und Verantwortlichkeiten sowie eine offene, vertrauensvolle Atmosphäre im Team. In einigen Pflegediensten konnten zudem die Zusammenarbeit mit externen Gesundheitsdiensten und das Schnittstellenmanagement verbessert werden. Auf der anderen Seite wurden zum Ende des Projekts in wenigen Pflegediensten noch Spannungen und Konflikte, mangelnde Verlässlichkeit und fehlendes Vertrauen in der Zusammenarbeit mit externen Partnern des Pflorgeteams deutlich. Die quantitativen Daten bestätigen diese qualitativen Ergebnisse insofern, da sich vor allem bei der Einschätzung von Spannungen im Pflegedienst („Low 5“) keine Verbesserung zeigte. Allgemein wurden heterogene Qualifikations- und Kompetenzniveaus im Team sowie Personal- oder Zeitmangel als negative Einflussfaktoren auf die Zusammenarbeit und die Stimmung wahrgenommen.

Reflexion, Prozesse und Evaluation

Auch im Bereich Reflexion, Prozesse und Evaluation zeigen sich sowohl erfolgreich etablierte Strukturen und Prozesse zur Förderung einer positiven Sicherheitskultur als auch Entwicklungsbedarfe. Insgesamt scheint die Reflexion innerhalb der Pflegedienste über sicherheitsrelevante Aspekte, wie Risiken und Maßnahmen, zugenommen zu haben: Bei der Einschätzung der Selbstkritikfähigkeit im Team sowie beim Nachdenken über den eigenen Beitrag zur Qualität der Versorgung stiegen die Zustimmungswerte in der quantitativen Befragung der Mitarbeitenden. In allen Pflegediensten wurden entsprechende Strukturen weiterentwickelt oder implementiert, wobei Umfang und Umsetzung jedoch deutlich variierten, was aus den qualitativen Daten hervorgeht. Während die meisten Pflegedienste beispielsweise verschiedene konzeptuelle Erweiterungen vornahmen, Verfahrensanweisungen erstellten und sicherheitsfördernde Instrumente gezielt nutzten oder neu einführten, war dies in einigen anderen eher sporadisch festzustellen beziehungsweise nicht konsequent erfolgt.

Schulungen und Fortbildungen

Alle Pflegedienste nahmen mit Teilen der Mitarbeitenden an spezifischen Schulungs- und Fortbildungsangeboten zur Förderung von Wissen und Kompetenzen für eine positive Sicherheitskultur teil. Grundsätzlich wurde die Inanspruchnahme entsprechender Bildungsangebote durch Mitarbeitende in den meisten Diensten von Leitungspersonen aktiv unterstützt. Jedoch standen dem nicht selten organisatorische Probleme wie Zeitmangel oder Personalausfälle entgegen. Teilweise wurde von Leitungspersonen ein geringes Interesse einzelner Mitarbeitender an Fortbildungsangeboten wahrgenommen, mitunter auch Schwierigkeiten bei der Vermittlung von Wissen und Kompetenzen. Einige Pflegedienste setzten auch vor diesem Hintergrund verschiedene niedrigschwellige Lernformate mit gezielten sicherheitsrelevanten Inhalten ein. Ein partizipativer Ansatz bei der Bedarfsanalyse von Schulungen und Fort-

bildungen oder die aktive Unterstützung von Höherqualifizierungen (z. B. von Pflegehilfsperson zu Pflegefachperson) deuteten in einzelnen Diensten darauf hin, dass aktiv an der Weiterentwicklung von Wissen und Kompetenzen gearbeitet wurde. Die in diesem Abschnitt beschriebenen Ergebnisse basieren ausschließlich auf Daten aus den qualitativen Erhebungen, da aus den quantitativen „High 5“/„Low 5“ keine passende Information abzuleiten war.

4.4 Förderliche und hinderliche Faktoren zur Durchführung des Projekts

Im gesamten Projektverlauf wurde deutlich, dass für die Pflegedienste verschiedene Faktoren und Voraussetzungen förderlich oder hinderlich zur Durchführung des Projekts beziehungsweise zur Zielerreichung waren. Nachfolgend werden einige Beispiele zusammenfassend dargestellt.

Förderlich

Unterstützung durch Leitungspersonen und Mitarbeitende des Qualitätsmanagements

- Vorbildfunktion und Stabilität der Leitungsteams
- aktive Bestärkung und Einbindung der Mitarbeitenden
- Bereitstellung von Ressourcen (z. B. zeitlich, räumlich, materiell)
- Beteiligung von Mitarbeitenden des (zentralen) Qualitätsmanagements

Positive Haltung und Motivation von Leitungspersonen und Mitarbeitenden

- Offenheit für Veränderungen
- Bereitschaft, bestehende Abläufe zu hinterfragen
- zunehmende Eigenverantwortung der Mitarbeitenden
- positive Gesamtbewertung der Projektteilnahme

Wertebasierte Kommunikation im Team

- gemeinsam im Team festgelegte Kommunikationsregeln
- wertschätzende, offene Teamkommunikation
- vertrauensvolle Atmosphäre im Team
- konstruktiver Umgang mit kritischen Ereignissen (ohne Schuldzuweisungen)

Regelmäßige Schulung und Vernetzung

- Vorwissen zum Thema Sicherheitskultur, Arbeitsgruppen- oder Projekterfahrung
- Identifikation von Schulungsbedarfen und systematische Fortbildungsplanung
- kontinuierlicher Einsatz verschiedener Lernformate, z. B. Lernposter, Praxisschulungen, Room-of-Horror, Skills-Lab
- Etablierung von Kollegialer Beratung, Fallbesprechungen
- Teilnahme an Netzwerktreffen, regelmäßiger Erfahrungsaustausch

Anknüpfung an vorhandene Strukturen und Instrumente in den Pflegediensten

- etablierte Besprechungsformate, Qualitätszirkel, Arbeitsgruppen
- implementierte Verfahrensanweisungen, Checklisten, Assessments, Audits
- implementiertes organisationsbezogenes Konzept zum Gewaltschutz
- bereits genutzte Instrumente zum Berichten und Lernen (CIRS oder ähnliche Instrumente)
- aktuelle und schriftliche Beschreibungen von Aufgaben und Verantwortlichkeiten, Stellenprofile

Externe Begleitung und Unterstützung des Projekts

- Durchführung von Schulungen und Workshops für alle Mitarbeitenden, u. a. zur Sicherheitskultur
- Unterstützung bei der systematischen Einschätzung zur Sicherheitskultur
- Moderation von Projekttreffen
- Beratung zu organisationsbezogenen Maßnahmen

Hinderlich

Mangelnde Stabilität der Leitungsteams

- Unstimmigkeiten im Leitungsteam hinsichtlich der Ziele
- Wechsel im Leitungsteam oder bei projektverantwortlichen Personen
- mangelndes Vertrauen von Mitarbeitenden zu Leitungspersonen
- keine regelmäßige Teilnahme der Leitung an relevanten Projektterminen

Organisationale Belastungen

- laufender Umstrukturierungsprozess im Pflegedienst oder beim Träger
- Personalmangel, quantitativ und qualitativ
- Personalausfall, z. B. Krankheit, Kündigung
- kurzfristige externe Prüfungen, z. B. Qualitätsprüfung durch den Medizinischen Dienst

Unzureichende Transparenz und Einbindung

- kein oder sporadischer Einsatz von Informationsmaterial zum Projekt
- unzureichende laufende Information zum Projekt (intern und extern)
- mangelnde Einbindung von Mitarbeitenden, Klienten/Klientinnen, Angehörigen u. a. Akteuren
- keine strukturellen Möglichkeiten für Partizipation

Negative Kommunikationskultur

- mangelnde Offenheit im Umgang mit kritischen Ereignissen
- misstrauensvolle Atmosphäre
- Angst vor negativen Konsequenzen oder Bewertung
- kein wertschätzender Umgang miteinander

Unzureichende Stringenz bei der Projektsteuerung

- Fokus zu stark auf Qualitätsmanagement statt Sicherheitskultur
- fehlendes Wissen über Methoden und Instrumente oder deren Implementierung
- mangelnde externe Unterstützung, z. B. bei Moderation, Reflexion, Zielformulierung, Maßnahmen
- Projektmüdigkeit, Nachlässigkeit im Projektmanagement oder bei der Umsetzung von Maßnahmen

4.5 Zusammenfassung Ergebnisse der Praxisbegleitung

Im Projekt PriO-a begleitete das ZQP bundesweit insgesamt 15, zuletzt 13, Pflegedienste bei der Stärkung ihrer Sicherheitskultur. Die Praxisbegleitung umfasste in allen Diensten eine Bestandsaufnahme, die Maßnahmenplanung und -umsetzung sowie eine Abschlussevaluation. Grundlage waren qualita-

tive Interviews und Beobachtungen sowie quantitative Befragungen von Mitarbeitenden. Die Ergebnisdarstellung in diesem Bericht bezieht sich auf die Gesamtbetrachtung der Daten über alle Dienste hinweg.

Die qualitativen und quantitativen Ergebnisse machten deutlich, dass in den Diensten insgesamt betrachtet bereits wichtige Ressourcen vorhanden waren: Unter anderem zu nennen sind eine hohe Motivation in den Leitungsteams, Lernbereitschaft, respektvolle Kommunikation, Bereitschaft, Bedenken und Beschwerden von Klienten, Klientinnen und Angehörigen ernst zu nehmen, sowie vielfach vorhandene Fortbildungsangebote und Instrumente, wie Audits, Checklisten oder auch digitale Dokumentation. Gleichzeitig wurden grundlegende Entwicklungsbedarfe sichtbar. In den Diensten bestand kein gemeinsames Verständnis von Sicherheitskultur sowie von Begriffen wie „kritisches Ereignis“ oder „Fehler“. Kritische Ereignisse beziehungsweise Fehler wurden oft nicht systematisch, sondern informell, mündlich und teils aus Sorge vor negativen Konsequenzen oder vor dem „Anschwärzen“ von Kollegen und Kolleginnen gar nicht berichtet. Die individuelle Schuldfrage stand eher im Vordergrund als eine organisationale Lernperspektive. Teils wurde berichtet, kritische Rückmeldungen zurückzuhalten, da Krankmeldungen oder Kündigungen der betreffenden Kollegen oder Kolleginnen die Folge sein könnten. Zudem wurden Spannungen im Team, unklare Verantwortlichkeiten, Defizite in Reflexion und Dokumentation sowie Schwierigkeiten beim Wissenstransfer benannt. Quantitativ zeigte sich diese Diskrepanz besonders daran, dass zwar grundsätzlich die Einschätzung verbreitet war, dass Fehler nicht unter den Teppich gekehrt werden würden, gleichzeitig schien tatsächliches Berichten und Reflektieren von Fehlern eher selten zu sein.

Auf Basis dieser Ergebnisse entwickelten die Pflegedienste in einem partizipativen Prozess organisationsspezifisch passgenaue Maßnahmen. Dazu gehörten unter anderem Schulungen zu Kommunikation und weiteren sicherheitsrelevanten Themen, die gemeinsame Verständigung über Werte und Begriffe der Sicherheitskultur, die Einführung von Verhaltenskodizes, Verfahren zum Umgang mit kritischen Ereignissen, festen Reflexionszeiten, Lern-Tandems, Kollegialer Beratung, standardisierter Dienstübergaben (SBAR-Methode), die Anwendung des Speak Up-Ansatzes sowie die weitere Anpassung von Prozessen, z. B. des Beschwerdemanagements, sowie die Einführung von Checklisten. Auch an der Verbesserung der Zusammenarbeit mit externen Akteuren wie Arztpraxen oder Apotheken wurde punktuell gearbeitet.

Insgesamt deutet die Abschlussevaluation auf eine positive Entwicklung hinsichtlich der Sicherheitskultur in den Pflegediensten hin: Das Bewusstsein für Risiken im Pflegealltag scheint allgemein geschärft worden zu sein. Zudem weisen die Ergebnisse auf eine tendenziell offenere Kommunikationskultur, einschließlich einer größeren Bereitschaft, kritische Ereignisse beziehungsweise Fehler zu berichten, als im Zeitraum vor den initialen Bestandsaufnahmen, hin. Das strukturierte Berichten sowie die systematische Nachverfolgung entsprechender Ereignisse wurden zunehmend in den Arbeitsalltag der Pflegedienste integriert. In mehreren Diensten wurde Sicherheitskultur konzeptionell verankert, Berichtssysteme und Reflexionsformate wurden eingeführt, Informationsfluss, Teamklima und Zusammenarbeit – auch über Hierarchieebenen hinweg – als verbessert wahrgenommen und sicherheitsrelevante Prozesse angepasst oder implementiert. Einige Leitungspersonen beobachteten, dass Mitarbeitende mehr Verantwortung für ihr eigenes Handeln sowie für das ihrer Kollegen und Kolleginnen übernahmen und eine stärkere Eigeninitiative bei der Gestaltung interner sicherheitsrelevanter Prozesse entwickelten.

Während sich in einigen Pflegediensten ein weitgehend offener, konstruktiver Umgang mit kritischen Ereignissen eingestellt hatte, schienen andernorts Barrieren zu bestehen, die maßgeblich mit weiterhin fehlenden strukturellen und prozessualen Voraussetzungen sowie der Sorge vor negativen Konsequenzen, wie „Anschwärzen“, Kündigung etc. verbunden waren. Quantitative Werte zu Beschwerdeorientierung, Entschuldigungsbereitschaft und der Wahrnehmung, dass Fehler nicht vertuscht werden, blieben im Vergleich zur Bestandsaufnahme stabil auf einem relativ hohen Niveau.

Die Projektteilnahme wurde von fast allen Pflegediensten als wertvoll, bereichernd und erfolgreich beschrieben. Gleichzeitig blieben in allen Pflegediensten verschiedene Herausforderungen bestehen. Dazu gehören beispielsweise Spannungen im Team und Kommunikationshindernisse, inkonsequent genutzte Instrumente sowie lückenhafte Dokumentation.

Die erfolgreiche Implementierung und nachhaltige Verankerung der Maßnahmen in den Pflegediensten hingen mit einer Reihe von kontextuellen Faktoren zusammen. Als förderlich erwiesen sich insbesondere die aktive Unterstützung und Vorbildfunktion der Leitungspersonen, verlässliche Kommunikation, kontinuierliche Schulung, Vernetzung und die Anknüpfung an bestehende Strukturen, vertrauensvolle Atmosphäre im Team sowie die Freistellung zeitlicher Ressourcen für die Projektgruppen. Dabei schien ein direkter Zusammenhang zwischen der inhaltlichen Tiefe, mit der Leitungspersonen und projektverantwortliche Personen das Konzept der Sicherheitskultur durchdrungen hatten, und der Reichweite des Projekts innerhalb der Teams zu bestehen. Ein mangelndes Verständnis führte hierbei oftmals zu einer geringen Einbindung der Mitarbeitenden sowie zu einer lückenhaften Informationsweitergabe. In der Folge fokussierten einige Dienste – ungeachtet vielfältiger Schulungs-, Beratungs- und Informationsangebote – vornehmlich Inhalte des Qualitätsmanagements, anstatt den angestrebten Fokus auf Sicherheitskultur zu legen. Hinderlich für die Projektdurchführung waren eine mangelnde Stabilität im Leitungsteam, Personalausfälle beziehungsweise akuter Personalmangel, geringe Transparenz seitens des Leitungsteams gegenüber ihrem Team, negative Kommunikationskultur und mangelnde Stringenz in der Projektsteuerung sowie grundlegende Umstrukturierungsprozesse im Pflegedienst oder beim Träger. Die für das ambulante Setting charakteristische dezentrale Arbeitsweise erschwerte punktuell die Teamentwicklung und den kontinuierlichen Austausch.

4.5.1 Limitationen

Die Interpretation der Ergebnisse muss unter Berücksichtigung methodischer und prozessualer Einschränkungen erfolgen, da das Projekt PriO-a als Praxisprojekt und nicht als Forschungsprojekt konzipiert war. Daher war das vordergründige Ziel die Unterstützung der Pflegedienste bei der organisationsbezogenen Stärkung der Sicherheitskultur. Die Datenauswertung über alle Pflegedienste hinweg geht daher mit folgenden Limitationen einher:

Die gravierendste Limitation der quantitativen Evaluation besteht in dem deutlichen Unterschied der Stichprobengröße zwischen Bestandsaufnahme (T0) und Abschlussevaluation (T1). Während sich zu T0 noch 344 Mitarbeitende beteiligten, sank die Zahl der Teilnehmenden zu T1 auf 64 (-81 %). Auffällig ist hierbei, dass der Rücklauf trotz eines verlängerten Erhebungszeitraums deutlich geringer ausfiel. Eine mögliche Erklärung liegt in der Veränderung des Erhebungsdesigns: Die Befragung zu T0 wurde neben einer Online-Version auch in Papierform durchgeführt und teilweise persönlich ausgehändigt. Die Abschlussevaluation stand hingegen ausschließlich online zur Verfügung. Das physische Verteilen

und Einsammeln der Fragebögen könnte eine höhere Teilnahmeverbindlichkeit erzeugt haben, die in der Online-Erhebung entfiel. Daneben könnten auch motivationale Aspekte eine Rolle gespielt haben. Nach dreijähriger Projektlaufzeit ist eine gewisse Projektmüdigkeit („project fatigue“, vgl. Bernie, 2021; Cao et al., 2024) denkbar. Zudem könnte das Thema von Mitarbeitenden zunehmend als Managementaufgabe wahrgenommen worden sein. Ebenso ist möglich, dass Ziel und Relevanz der Befragung durch die projektverantwortlichen Personen in den Pflegediensten nicht ausreichend kommuniziert wurden. Bei der Interpretation der Ergebnisse ist außerdem eine veränderte Stichprobenszusammensetzung zu berücksichtigen. Eine weitere Einschränkung besteht in der fehlenden personellen Zuordnung zwischen den Befragungszeitpunkten. Aufgrund der Anonymisierung ohne wiederkehrende Codes kann nicht nachvollzogen werden, ob identische Personen an beiden Erhebungen teilgenommen haben. Individuelle Einstellungsänderungen lassen sich daher nicht analysieren. Veränderungen in aggregierten Mittelwerten könnten auch dadurch bedingt sein, dass bestimmte Personengruppen – beispielsweise skeptische Mitarbeitende – an der zweiten Befragung nicht mehr teilgenommen haben.

Aufgrund der eingeschränkten Datenbasis auf Ebene der Mitarbeitenden stützt sich die Abschlussevaluation stärker auf qualitative Interviews mit Leitungs- und projektverantwortlichen Personen, was mit einem erhöhten Verzerrungsrisiko hinsichtlich der Perspektive einhergeht. Zudem unterschieden sich die teilnehmenden Pflegedienste deutlich hinsichtlich struktureller Voraussetzungen, regionaler Kontexte sowie Art und Intensität der umgesetzten Maßnahmen. Diese waren nicht standardisiert, sondern bedarfsorientiert ausgestaltet, sodass ein direkter Vergleich einzelner Interventionen nicht möglich ist. Darüber hinaus beeinflussten externe Faktoren – etwa Leitungswechsel, Personalausfälle oder externe Prüfungen – den Projektverlauf in einzelnen Diensten. Eine eindeutige Zuordnung beobachteter Effekte im Projekt PriO-a ist daher nur eingeschränkt möglich.

5 Rapid Review

Um einen Überblick über die aktuelle Studienlage zu Interventionen, Einflussfaktoren und Messinstrumenten zur Stärkung der Sicherheitskultur in der professionellen Langzeitpflege zu erhalten und das Wissen dazu zu verbessern, hat das ZQP 2 wissenschaftliche Reviews erstellt:

Beide Übersichtsarbeiten zeigen, dass die Datenlage zur Wirksamkeit von Interventionen, zu Einflussfaktoren und zur Eignung von Messinstrumenten stark begrenzt ist. Dies liegt unter anderem an der Komplexität des Themas Sicherheitskultur, welche von zahlreichen, teils schwer isolierbaren und schwer messbaren Faktoren abhängt. Zudem zeigte sich, dass derzeit international kein Goldstandard für die Erfassung von Sicherheitskultur in der Langzeitpflege existiert. Zwar gibt es verschiedene Instrumente, eine allgemeingültige Empfehlung hierzu lässt sich aus der Literatur jedoch noch nicht ableiten. Gleichwohl boten die Reviews wertvolle Impulse für das Projekt, insbesondere hinsichtlich der Begleitung der Pflegedienste, etwa der hierbei eingesetzten Instrumente, der Maßnahmenplanung und nachhaltigen Implementierung. Zudem flossen wesentliche Ergebnisse in die Erstellung des Arbeits- und Schulungsmaterials für Pflegeorganisationen und die Konzeption des Pflege-CIRS ein. Die Ergebnisse der Reviews sind in internationalen wissenschaftlichen Fachzeitschriften mit Peer-Review-Verfahren publiziert worden und frei zugänglich.

- Haeger, M., Garay, S., Krieger, K., & Eggert, S. (2025). Enhancing Safety Culture for Formal Caregivers in Long-Term Care: A Rapid Review. *Journal of Nursing Management*, Artikel 2337187. <https://doi.org/10.1155/jonm/3887187>
- Garay, S., Haeger, M., Kühnlein, L., Sulmann, D., & Suhr, R. (2023). Interventions to enhance safety culture for nursing professionals in long-term care: a systematic review. *International Journal of Nursing Studies Advances*, 5, Artikel 100119. <https://doi.org/10.1016/j.ijnsa.2023.100119>

6 Arbeits- und Schulungsmaterial für Pflegeorganisationen und Pflege-CIRS

Im Rahmen des Projekts wurde Arbeits- und Schulungsmaterial für Pflegeorganisationen zur Stärkung der organisationsbezogenen Sicherheitskultur entwickelt beziehungsweise weiterentwickelt. Zudem wurde das Pflege-CIRS konzipiert und praktisch getestet, um einen konstruktiven Umgang mit kritischen Ereignissen in der professionellen Langzeitpflege zu fördern. Die nachfolgend beschriebenen Angebote sind auf der Webseite des ZQP frei zugänglich: www.zqp.de/angebot/sicherheitskultur-pflege/.

6.1 Praxisleitfaden

Der im Projekt erarbeitete *Praxisleitfaden zur Stärkung von Sicherheitskultur in Pflegeorganisationen* soll Pflegedienste und stationäre Pflegeeinrichtungen dabei unterstützen, ihre Sicherheitskultur im Rahmen eines partizipativ ausgerichteten Projekts zu stärken. Ziel ist eine strukturierte fachlich-konstruktive Auseinandersetzung mit den vielfältigen Aspekten von Sicherheitskultur, um diesbezüglich gemeinsame Haltung, Kompetenzen, Strukturen und Prozesse in der Organisation zu entwickeln. Dafür bietet der Leitfaden Basiswissen zu Sicherheitskultur, Tipps zur Durchführung des Projekts sowie Beispiele für entsprechende Maßnahmen, Instrumente, Methoden und Konzepte, die bei der Weiterentwicklung der Sicherheitskultur hilfreich sein können. Dazu gehört unter anderem ein Instrument zur systematischen Bestandsaufnahme, das „Check-up zur Sicherheitskultur in Pflegeorganisationen oder Pflegeteams“. Anhand dessen können Ressourcen und Schwachstellen hinsichtlich einer positiven Sicherheitskultur identifiziert und aus den Ergebnissen Maßnahmen zur Stärkung der Sicherheitskultur abgeleitet und priorisiert werden. Der Praxisleitfaden richtet sich insbesondere an Leitungspersonen und Qualitätsmanagementbeauftragte.

6.2 Schulungsmaterial

Das bisherige *Schulungsmaterial zur Stärkung der Sicherheitskultur in der professionellen Langzeitpflege* wurde im Projekt weiterentwickelt. Das Instrument für Gruppenschulungen dient dazu, durch Wissens- und Kompetenzerweiterung bei Mitarbeitenden in Pflegeorganisationen eine positive Sicherheitskultur zu fördern. Zudem sollen sicherheitsrelevante Veränderungen auf struktureller, prozessualer und persönlicher Ebene angeregt werden. Dazu werden unter anderem praxisbezogene Maßnahmen thematisiert. Das Material ist informativ, interaktiv und dialogoffen angelegt und umfasst 33 Präsentationsfolien und 6 Arbeitsblätter. Es kann flexibel – vollständig oder auszugsweise – für die Schulung von professionell Pflegenden, Auszubildenden sowie Leitungspersonen in Pflegeorganisationen genutzt werden, zum Beispiel in Fortbildungen, Workshops und Qualitätszirkeln.

6.3 Poster

Die im Projekt erstellten *Poster zur Stärkung der Sicherheitskultur in der professionellen Langzeitpflege* sind ein didaktisches Instrument zur niedrighschwelligem Wissensvermittlung oder -auffrischung beziehungsweise zur Sensibilisierung für Aspekte von Sicherheitskultur in Pflegeorganisationen im Arbeitsalltag von professionell Pflegenden.

Lernposter (One-Minute-Wonder)	Reflexionsposter
Die 8 Lernposter sollen Kompetenzen, Handlungssicherheit und Teamkommunikation zur Stärkung der Sicherheitskultur fördern. Sie bieten prägnante Informationen zu verschiedenen Themen: Bedeutung positiver Sicherheitskultur, Bedeutung von Pflegesicherheit, kritische Ereignisse in der Pflege, Vorgehen nach einem kritischen Ereignis, aktiver Einbezug von pflegebedürftigen Menschen und Angehörigen, Konzept Speak Up, Methoden SBAR und DESC.	Die 7 Reflexionsposter sollen die Reflexion verschiedener Aspekte von Sicherheitskultur in der professionellen Langzeitpflege bei Mitarbeitenden anregen. Sie bieten zudem eine Grundlage für den Austausch zwischen allen an der Pflege beteiligten Personen. Anhand von Sprichwörtern thematisieren sie zum Beispiel die Kommunikation, Reflexionsfähigkeit sowie Verantwortungsbereitschaft.

Die Poster können an häufig besuchten Orten in der Organisation aufgehängt werden, etwa in der Personalküche, im Dienstzimmer, auf dem Flur, im Arbeitsraum oder im WC-Bereich. Es kann sinnvoll sein, die Intention der Reflexionsposter vorab, beispielsweise per Aushang, in der Hauszeitung oder bei internen Veranstaltungen, zu erläutern.

6.4 Pflege-CIRS

Das im Projekt entwickelte *Pflege-CIRS* ist ein einrichtungsübergreifendes, webbasiertes und frei zugängliches Berichts- und Lernsystem für die professionelle Langzeitpflege älterer Menschen. CIRS steht für „Critical Incident Reporting System“, dies sind Instrumente, die in Arbeitsbereichen mit hohem Sicherheitsrisikopotenzial eingesetzt werden, um aus kritischen Ereignissen zu lernen. Ziele des Pflege-CIRS sind, Gesundheitsrisiken für pflegebedürftige Menschen zu identifizieren und zu reduzieren, einen konstruktiven und angstfreien Umgang mit kritischen Ereignissen – etwa Pflegefehlern – zu fördern sowie professionell Pflegenden darin zu stärken, ihre Fachkompetenz weiterzuentwickeln und Verantwortung sichtbar zu machen.

Über eine Online-Eingabemaske können alle kritischen Ereignisse aus der professionellen Langzeitpflege von Mitarbeitenden aus Pflegeorganisationen anonym berichtet werden, unabhängig davon, ob ein Schaden entstanden ist oder nicht. Das ZQP erstellt zu den Berichten pflegfachliche Empfehlungen und Hinweise zum Umgang mit dem Ereignis sowie zur Prävention vergleichbarer Situationen. Bericht und Empfehlungen werden anschließend auf der Webseite des Pflege-CIRS www.pflege-cirs.de veröffentlicht. Personen, die ein Ereignis berichtet haben, können den Bearbeitungsstatus ihres Berichts verfolgen. Die veröffentlichten Berichte und Empfehlungen können genutzt werden, um individuelle oder organisationsbezogene Maßnahmen abzuleiten.

Die Initiative wird von zahlreichen Partnern aus dem Pflegebereich unterstützt, darunter Verbände der Pflegeanbieter und Pflegeberufe sowie das Aktionsbündnis Patientensicherheit und das Bundesministerium für Gesundheit. In diesem Zusammenhang ist auch die Konzertierte Aktion Pflege (KAP) der Bundesregierung (2019–2023) zu nennen, welche die Relevanz eines zentralen CIRIS für die professionelle Langzeitpflege verdeutlichte.

7 Zusammenfassung und Fazit zum Projekt

Sichere professionelle Pflege ist eine wesentliche Grundlage von Pflegequalität und Prävention. Um pflegebedürftige Menschen vor Gesundheitsgefahren zu schützen, ist es entscheidend, wie in der Praxis mit pflegebedingte Risiken und kritischen Ereignissen umgegangen wird. Ein Ansatz, um eine sichere Pflege in professionellen Pflegesettings zu fördern, stellt die Entwicklung einer positiven Sicherheitskultur in Pflegeorganisationen dar. Vor diesem Hintergrund führte das ZQP das insgesamt vierjährige Praxisprojekt „Prävention in Lebenswelten durch Sicherheitskultur in Organisationen des ambulanten Pflegesettings“ (Kurztitel: PriO-a) durch. Im Rahmen des Projekts wurden bundesweit 15, zuletzt noch 13, Pflegedienste bei der Stärkung ihrer Sicherheitskultur unterstützt. Das Vorgehen orientierte sich am Gesundheitsförderungsprozess, wie im GKV-Leitfaden Prävention empfohlen und umfasste eine systematische Begleitung der teilnehmenden Pflegedienste – von der initialen Bestandsaufnahme über die Maßnahmenplanung und -umsetzung bis hin zur Abschlussevaluation. Leitprinzipien waren Partizipation, Empowerment und Nachhaltigkeit.

Wesentliche Meilensteine der Praxisbegleitung markierten die organisationsbezogenen Erhebungen zum Sicherheitsklima zu Beginn und zum Ende der Praxisbegleitung. Hierbei wurden die Perspektiven der Leitungsebene, der Mitarbeitenden sowie von Klienten, Klientinnen und Angehörigen einbezogen. Die Ergebnisse der Erhebungen bildeten die Grundlage für die Maßnahmen in den Diensten und wurden zudem zu einem Gesamtbild, das heißt über alle Pflegedienste hinweg, zusammengeführt.

Zur Gesamtauswertung der Projektbegleitung ist zunächst festzustellen, dass von 15 teilnehmenden Pflegediensten lediglich 2 Dienste im Projektverlauf ausgeschieden sind, wobei hierbei organisationsinterne Veränderungen wesentliche Gründe waren. Dies kann angesichts der vielerorts schwierigen strukturellen Umstände und vielfältigen Herausforderungen, mit denen Pflegedienste konfrontiert sind, als Erfolgsindikator für das Projekt beziehungsweise seinen praktischen Nutzen interpretiert werden. Bei allen Pflegediensten waren teils größere, teils kleinere Entwicklungsschritte in Bezug auf eine positive Sicherheitskultur festzustellen. Es konnten Lernimpulse gesetzt sowie strukturelle und prozessuale Maßnahmen angestoßen oder nachhaltig implementiert werden, die insbesondere das Risikobewusstsein sowie eine wertschätzende, vertrauensbasierte, offene Kommunikation in den Teams förderten. Zudem wurden Strukturen aufgebaut und Prozesse etabliert, die einen konstruktiven Umgang mit kritischen Ereignissen unterstützen. Dazu gehörte auch die Einführung verschiedener sicherheitsfördernder Methoden und Instrumente.

Während sich in einigen Diensten ein weitgehend offener, konstruktiver Umgang mit kritischen Ereignissen eingestellt hatte, schienen andernorts Barrieren zu bestehen, die maßgeblich mit weiterhin fehlenden strukturellen und prozessualen Voraussetzungen sowie der Sorge vor negativen Konsequenzen, wie „Anschwärzen“, Kündigung etc. verbunden waren.

Bei der Interpretation der Ergebnisse ist jedoch eine kritische Einordnung der Datengrundlage erforderlich. In der quantitativen Abschlussevaluation kam es zu einer massiven Reduktion der Stichprobengröße: Beteiligten sich zur Bestandsaufnahme (T0) noch 344 Mitarbeitende, sank diese Zahl zur Abschlussevaluation (T1) auf 64 (–81 %). Dieser Rückgang lässt sich zum einen auf methodische Faktoren zurückführen: Während die erste Befragung auch analog in Papierform erfolgte, wurde die Abschlussevaluation ausschließlich digital durchgeführt. Der Formatwechsel wird als wesentlicher Einflussfaktor für die veränderte Rücklaufquote eingeschätzt. Zum anderen könnten motivationale Aspekte wie eine gewisse „Projektmüdigkeit“ nach mehrjähriger Laufzeit eine Rolle gespielt haben. Diese schmale Datenbasis führt dazu, dass die positiven Tendenzen vor allem durch qualitative Interviews mit Leitungspersonen gestützt werden, was ein erhöhtes Verzerrungsrisiko birgt.

Dennoch lassen sich die Ergebnisse der Praxisbegleitung grundsätzlich in zentrale Erkenntnisse der internationalen Sicherheitskulturforschung einordnen, wie unter anderem die 2 vom ZQP erstellten Reviews zum Thema zeigen (Garay et al., 2023; Haeger et al., 2025). Demnach sollten Maßnahmen zur Stärkung der Sicherheitskultur partizipativ entwickelt werden und aufgrund der Komplexität des Themas mehrere Ebenen gleichzeitig adressieren. Geeignet sind demnach Kombinationen aus Maßnahmen zur Sensibilisierung, zum Wissens- und Kompetenzaufbau, zur Förderung der Teamkommunikation, zur Anpassung von Strukturen und Prozessen sowie zum gezielten Einsatz von sicherheitsfördernden Instrumenten flankiert von organisationaler Unterstützung.

Die Projekterfahrungen aus PriO-a ergaben auch: Fortschritte in der Sicherheitskultur wurden insbesondere dort sichtbar, wo Maßnahmen nicht isoliert umgesetzt wurden, sondern in einen breiteren organisationalen Entwicklungsprozess eingebettet waren und durch die Leitungsteams aktiv unterstützt wurden. Gleichzeitig zeigte sich: Wo Leitungspersonen das Konzept der Sicherheitskultur nicht ausreichend verinnerlicht hatten, blieb die Umsetzung oftmals oberflächlich oder wurde auf Maßnahmen des Qualitätsmanagements reduziert. Damit unterstreicht das Projekt die große Bedeutung transformationaler Führung, wie sie auch international als kritischer Treiber für Sicherheitskultur beschrieben wird (Seljemo et al., 2020). Als wesentlich für den organisationsbezogenen Projekterfolg stellten sich zudem kontinuierliche Schulung/Wissensvermittlung bei Mitarbeitenden zum Thema Sicherheitskultur, ein partizipatives Vorgehen sowie längerfristige Stringenz heraus, also das kontinuierliche Nachhalten vereinbarter Maßnahmen und die anhaltende Präsenz des Themas Sicherheitskultur im Arbeitsalltag. Gleichzeitig zeigte sich, dass verschiedene Faktoren innerhalb der Organisation die Umsetzung beeinträchtigen können, dazu gehören Kommunikationshürden, Personalausfälle, Wissensdefizite, unklare Verantwortlichkeiten und Prozesse sowie fehlende Unterstützung durch die Leitung.

Insgesamt bestätigen die Ergebnisse, dass die Entwicklung einer positiven Sicherheitskultur ein langfristiger Organisationsentwicklungsprozess ist, der in der Regel mehrere Jahre in Anspruch nimmt (Garay et al., 2023). Das Projekt zeigt hierzu praxisnahe, konkrete Ansatzpunkte auf. Weiteres Praxisingagement über einzelne Dienste hinaus sowie Forschung zu geeigneten Interventionen sind erforderlich, um eine positive Sicherheitskultur in Pflegeorganisationen möglichst breit zu verankern. Zur weiteren Unterstützung stellt das ZQP die im Projekt entwickelten Arbeits- und Schulungsmaterialien und das Pflege-CIRS dauerhaft frei zugänglich zur Verfügung. Dieses Angebot adressiert damit auch die im Rahmen der Konzentrierten Aktion Pflege (KAP) erhobene Forderung, eine moderne und wertschätzende „Fehler- und Lernkultur“ in allen Pflegesettings zu etablieren (BMG, 2019).

Zu Maßnahmen auf struktureller Ebene gehören die Gewinnung und der angemessene Einsatz von qualifiziertem Personal, die explizite Integration von Pflegesicherheit und Sicherheitskultur in die Pflegeausbildung und die gesetzlichen Rahmenbedingungen des SGB XI beziehungsweise in entsprechenden Richtlinien oder Vereinbarungen, wie beispielsweise die Maßstäbe und Grundsätze für die Qualität, die Qualitätssicherung und -darstellung nach § 113 SGB XI.

Literatur

- Abusalem, S., Polivka, B., Coty, M.-B., Crawford, T. N., Furman, C. D., & Alaradi, M. (2021). The Relationship Between Culture of Safety and Rate of Adverse Events in Long-Term Care Facilities. *Journal of Patient Safety*, 17(4), 299-304. <https://doi.org/10.1097/PTS.0000000000000587>
- Advisory Committee on the Safety of Nuclear Installations. (ACSNI). (1993). Organising for safety: Third report of the ACSNI study group on human factors. HSE Books.
- Murray, J., Sorra, J., Gale, B., & Mossburg, S. (2024). Ensuring Patient and Workforce Safety Culture in Healthcare. Patient Safety Network. Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ). <https://psnet.ahrq.gov/perspective/ensuring-patient-and-workforce-safety-culture-healthcare>
- AHRQ Patient Safety Network (AHRQ). (2024). Culture of Safety. Patient Safety Network. <https://psnet.ahrq.gov/primer/culture-safety>
- Bengtsson, M., Ekedahl, A.-B. I., & Sjöström, K. (2021). Errors linked to medication management in nursing homes: An interview study. *BMC Nursing*, 20(1), 69. <https://doi.org/10.1186/s12912-021-00587-2>
- Bernie, C. (2021). Mitigating against the effects of Project Fatigue. DPS Group. https://www.dps-groupglobal.com/contentFiles/files/DPS_Mitigating_against_effects_of_Project_Fatigue_CB2021.pdf
- de Bienassis, K., Kristensen, S., Burtscher, M., Brownwood, I., & Klazinga, N. S. (2020). Culture as a cure: Assessments of patient safety culture in OECD countries. *OECD Health Working Papers* No. 119. <https://doi.org/10.1787/6ee1aeae-en>
- Buja, A., Damiani, G., Manfredi, M., Zampieri, C., Dentuti, E., Grotto, G., & Sabatelli, G. (2022). Governance for Patient Safety: A Framework of Strategy Domains for Risk Management. *Journal of Patient Safety*, 18(4), e769-e800. <https://doi.org/10.1097/PTS.0000000000000947>
- Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention (Präventionsgesetz – PräVG). https://www.bgbl.de/xaver/bgbl/start.xav?startbk=Bundesanzeiger_BGBl&jumpTo=bgbl115s1368.pdf#/text/bgbl115s1368.pdf?ts=1774952795914 [Aufgerufen am 31.03.2026]
- Bundesinstitut für Berufsbildung (BIBB). (Hrsg.). (2024). Rahmenausbildungspläne der Fachkommission nach § 53 PflBG. <https://www.bibb.de/dienst/publikationen/de/20123>
- Bundesministerium für Gesundheit (BMG). (Hrsg.). (2019). Konzertierte Aktion Pflege: Vereinbarungen der Arbeitsgruppen 1 bis 5. https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/K/Konzertierte_Aktion_Pflege/191129_KAP_Gesamttext_Stand_11.2019_3._Auflage.pdf
- Büscher, A., & Krebs, M. (2022). Qualität in der Pflege. Die Zukunft der Pflegequalität. Ernst Reinhardt Verlag. <https://www.utb.de/doi/pdf/10.36198/9783838555898-1-9>
- Cao, S., Lin, J., Liang, Y., & Qin, Y. (2024). A Concept Analysis of Change Fatigue Among Nurses Based on Walker and Avant's Method. *Journal of Nursing Management*, Artikel 8413242. <https://doi.org/10.1155/jonm/8413242>

- Churruca, K., Falkland, E., Saba, M., Ellis, L. A., & Braithwaite, J. (2023). An integrative review of research evaluating organisational culture in residential aged care facilities. *BMC Health Services Research*, 23, Artikel 857. <https://doi.org/10.1186/s12913-023-09857-y>
- Cooper, M. D. (2000). Towards a model of safety culture. *Safety Science*, 36(2), 111-136. [https://doi.org/10.1016/s0925-7535\(00\)00035-7](https://doi.org/10.1016/s0925-7535(00)00035-7)
- Cosmai, S., Trezzi, V., Mansi, L., Chiari, C., Colleoni, M., Valsecchi, A., ... Mazzeloni, B. (2026). Missed Nursing Care in Nursing Homes and Causes: A Systematic Review. *Journal of Patient Safety*, 22(2), 145-152. <https://doi.org/10.1097/PTS.0000000000001425>
- Davies, J. M., Hérbert, P., & Hoffman, C. (2003). The Canadian Patient Safety Dictionary. https://www.ottawahospital.on.ca/en/documents/2017/01/patient_safety_dictionary_e.pdf/
- Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP). (Hrsg.). (2024). Expertenstandard Kontinenzförderung in der Pflege. Aktualisierung 2024. <https://www.dnqp.de/expertenstandards-und-auditinstrumente/#c16295682>
- Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP). (2020). Expertenstandard nach § 113a SGB XI Erhaltung und Förderung der Mobilität in der Pflege (Aktualisierung 2020). Abschlussbericht. <https://www.qs-qa-pflege.de/wp-content/uploads/2023/05/Expertenstandard-%E2%80%99Erhaltung-und-Foerderung-der-Mobilitaet-in-der-Pflege-Aktualisierung-2020.pdf>
- Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP). (Hrsg.). (2022). Expertenstandard Sturzprophylaxe in der Pflege (2. Aktualisierung 2022). <https://www.dnqp.de/expertenstandards-und-auditinstrumente/#c14301141>
- Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP). (Hrsg.). (2024). Erhaltung und Förderung der Hautintegrität in der Pflege. <https://www.dnqp.de/expertenstandards-und-auditinstrumente/#c18430>
- Die Nationale Präventionskonferenz (NPK). (2022). Prävention, Gesundheits-, Sicherheits- und Teilhabeförderung in Lebenswelten im Kontext klimatischer Veränderungen. https://www.npk-info.de/fileadmin/user_upload/umsetzung/pdf/praevention_gesundheits-sicherheits-und-teilhabe-foerderung_in_lebenswelten_im_kontext_klimatischer_veraenderungen.pdf
- Diedrich, D., Zúñiga, F., & Meyer-Masseti, C. (2022). Medikationsmanagement in der häuslichen Pflege – der Medikationsprozess aus der Perspektive von Klient:innen und ihren Angehörigen. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 55(8), 667-672. <https://doi.org/10.1007/s00391-021-01985-6>
- Eggert, S., Sulmann, D., & Teubner, C. (2020). Sicherheitskultur in der ambulanten Pflege. ZQP-Analyse. Zentrum für Qualität in der Pflege (ZQP). <https://doi.org/10.71059/IMDH8317>
- Eggert, S., & Teubner, C. (2022). Distance Caregiving—Unterstützung und Pflege auf räumliche Distanz. ZQP-Analyse. Zentrum für Qualität in der Pflege (ZQP). <https://doi.org/10.71059/DDMW3703>
- Garay, S., Haeger, M., Kühnlein, L., Sulmann, D., & Suhr, R. (2023). Interventions to enhance safety culture for nursing professionals in long-term care: A systematic review. *International Journal of Nursing Studies Advances*, 5, Artikel 100119. <https://doi.org/10.1016/j.ijnsa.2023.100119>

- Gartshore, E. (2021). Understanding Care Homes Safety: Culture and Safety in Non-Mainstream Care Settings. Dissertation. University of Nottingham. <https://repository.nottingham.ac.uk/server/api/core/bitstreams/24e351e7-ba03-4015-860d-1d0d335b1dbb/content>
- Gershon, R. R., Dailey, M., Magda, L. A., Riley, H. E., Conolly, J., & Silver, A. (2012). Safety in the home healthcare sector: Development of a new household safety checklist. *Journal of Patient Safety*, 8(2), 51-59. (22543362). <https://doi.org/10.1097/PTS.0b013e31824a4ad6>
- Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung (GVG). (Hrsg.). (2022). Nationales Gesundheitsziel Patientensicherheit. https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Gesundheit/Broschueren/Nationales_Gesundheitsziel_Patientensicherheit_bf.pdf
- GKV-Spitzenverband. (GKV). (Hrsg.). (2020). Leitfaden Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen nach § 5 SGB XI.
- GKV-Spitzenverband (GKV). (Hrsg.). (2023). Leitfaden Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen nach § 5 SGB XI in der Fassung vom 28.09.2023. https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/pflegeversicherung/Leitfaden_Praevention_Pflege_2023_barrierefrei.pdf
- GKV-Spitzenverband (GKV) (Hrsg.). (2023). Maßstäbe und Grundsätze für die Qualität und Qualitätssicherung sowie für die Entwicklung eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements nach § 113 SGB XI in der ambulanten Pflege vom 27.05.2011, zuletzt geändert am 24.10.2023. https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/pflegeversicherung/richtlinien_vereinbarungen_formulare/richtlinien_und_grundsaeetze_zur_qualitaetssicherung/20231024_MuG-ambulante-Pflege_Vereinbarungstext.pdf
- Görge, T. (2017). Wissen über das Phänomen Gewalt in der Pflege. In Zentrum für Qualität in der Pflege (ZQP) (Hrsg.), ZQP-Report: Gewaltprävention in der Pflege. <https://doi.org/10.71059/CETR9797>
- Guldenmund, F. W. (2000). The nature of safety culture: a review of theory and research. *Safety Science*, 34(1-3), 215-257. [https://doi.org/10.1016/S0925-7535\(00\)00014-X](https://doi.org/10.1016/S0925-7535(00)00014-X)
- Haeger, M., Garay, S., Krieger, K., & Eggert, S. (2025). Enhancing Safety Culture for Formal Caregivers in Long-Term Care: A Rapid Review. *Journal of Nursing Management*, Artikel 3887187. <https://doi.org/10.1155/jonm/3887187>
- Herdmann, T. H., Kamitsuru, S., & Lopes, C. T. (Hrsg.). (2025). NANDA-I-Pflegediagnosen. Definitionen und Klassifikation 2024-2026 (4. Aufl.). Thieme RECOM. <https://doi.org/10.1055/b000001017>
- Hoffmann, B., Hofinger, G., & Gerlach, F. (2009). (Wie) ist Patientensicherheitskultur messbar? *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen*, 103(8), 515-520. <https://doi.org/10.1016/j.zefq.2009.08.004>
- Institute of Medicine (IOM). (2001). Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century. National Academies. <https://doi.org/10.17226/10027>
- International Council of Nurses (ICN). (2021). Der ICN-Ethikkodex für Pflegefachpersonen. https://www.dbfk.de/media/docs/newsroom/publikationen/ICN_Code-of-Ethics_DE_WEB.pdf

- Klie, T. (2024). Pflegereport 2024: Die Baby-Boomer und die Zukunft der Pflege – Beruflich Pflegende im Fokus. (Band 47). DAK-Gesundheit. <https://caas.content.dak.de/caas/v1/media/64760/data/42a02e597e07646cc80c0ddb1382a8f/240409-download-e-book-pflegereport.pdf>
- Kumah, A., Zon, J., Obot, E., Yaw, T. K., Nketsiah, E., & Bobie, S. A. (2024). Using Incident Reporting Systems to Improve Patient Safety and Quality of Care. *Global Journal on Quality and Safety in Healthcare*, 7(4), 228-231. <https://doi.org/10.36401/IQSH-23-39>
- Liukka, M., Hupli, M., & Turunen, H. (2021). Differences between professionals' views on patient safety culture in long-term and acute care? A cross-sectional study. *Leadership in Health Services*, 34(4), 499-511. <https://doi.org/10.1108/LHS-11-2020-0096>
- Martins, T., Bellagamba, D., Simon, M., Bucher Andary, J., & Zúñiga, F. (2025). Patient safety culture in home care and its related factors and outcomes: a scoping review. *BMC Health Services Research*, 25, Artikel 1531. <https://doi.org/10.1186/s12913-025-13732-3>
- Mayring, P. (2022). *Qualitative Inhaltsanalyse: Grundlagen und Techniken* (13. überarb. Aufl.). Beltz. <https://www.beltz.de/fachmedien/paedagogik/produkte/details/48209-qualitative-inhaltsanalyse.html>
- Müller, B. S., Lüttel, D., Schütze, D., Blazejewski, T., Pommée, M., Müller, H., ... Gerlach, F. M. (2022). Strength of Safety Measures Introduced by Medical Practices to Prevent a Recurrence of Patient Safety Incidents: An Observational Study. *Journal of Patient Safety*, 18(5), 444-448. <https://doi.org/10.1097/PTS.0000000000000953>
- Pacenko, C. d. L., Figueiredo, K. C., Nunes, E., Cruchinho, P., & Lucas, P. (2024). Mapping Strategies for Strengthening Safety Culture: A Scoping Review. *Healthcare*, 12, Artikel 1194. <https://doi.org/10.3390/healthcare12121194>
- Pfaff, H., Hammer, A., Ernstmann, N., Kowalski, C., & Ommen, O. (2009). Sicherheitskultur: Definition, Modelle und Gestaltung. *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen*, 103(8), 493-497. <https://doi.org/10.1016/j.zefq.2009.08.007>
- Phelan, A. (2018). The role of the nurse in detecting elder abuse and neglect: Current perspectives. *Nursing: Research and Reviews*, 8, 15-22. <https://doi.org/10.2147/NRR.S148936>
- Rothgang, H., Burfeindt, C., Czwikla, J., & Müller, R. (2025). BARMER Pflegereport 2025: Pflegeverläufe bei Akutereignissen und Erkrankungen mit progredientem Verlauf. BARMER. <https://www.barmer.de/resource/blob/1435150/3138609ec43509e8205694c16632c0ad/dl-pflegereport-2025-data.pdf>
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. (2024). *Fachkräfte im Gesundheitswesen: Nachhaltiger Einsatz einer knappen Ressource*. https://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/Gutachten/Gutachten_2024/Gutachten_2024_barrierefrei.pdf
- Seljemo, C., Viksveen, P., & Ree, E. (2020). The role of transformational leadership, job demands and job resources for patient safety culture in Norwegian nursing homes: a cross-sectional study. *BMC Health Services Research*, 20, Artikel 799. <https://doi.org/10.1186/s12913-020-05671-y>

- Sexton, J. B., Helmreich, R. L., Neilands, T. B., Rowan, K., Vella, K., Boyden, J., ... Thomas, E. J. (2006). The Safety Attitudes Questionnaire: psychometric properties, benchmarking data, and emerging research. *BMC Health Services Research*, 6, Artikel 44. <https://doi.org/doi: 10.1186/1472-6963-6-44>
- Shao, L., Xie, X.-Y., Wang, Z., Wang, Z.-A., & Zhang, J.-E. (2023). Incidence and Risk Factors of Falls Among Older People in Nursing Homes: Systematic Review and Meta-Analysis. *JAMDA*, 24(11), 1708-1717. <https://doi.org/doi: 10.1016/j.jamda.2023.06.002>
- Sorra, J., Gray, L., Streagle, S., Famolaro, T., Yount, N., & Behm, J. (2018). AHRQ Hospital Survey on Patient Safety Culture: User's Guide. (AHRQ Publication No. 18-0036-EF). Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ). <https://www.ahrq.gov/sites/default/files/wysiwyg/sops/surveys/hospital/hospital-user-guide.pdf>
- Sorra, J., & Nieva, V. (2004). Hospital Survey on Patient Safety Culture. Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ), Artikel 04-0041. <https://www.ahrq.gov/sites/default/files/publications/files/hospicult.pdf>
- Statistisches Bundesamt (Destatis). (2024). Pflegestatistik: Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung 2023. <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Pflege/Publikationen/publikationen-innen-pflegestatistik-deutschland-ergebnisse.html>
- Sulmann, D., Eggert, S., & Suhr, R. (2025). Pflegesicherheit in Deutschland. *ZQP diskurs*, 2025, 8-13. https://www.zqp.de/wp-content/uploads/ZQP_Stiftungsmagazin_2025.pdf#page=10
- Van Eerd, D., D'Elia, T., Ferron, E. M., Robson, L., & Amick III, B. (2021). Implementation of participatory organizational change in long term care to improve safety. *Journal of Safety Research*, 78, 9-18. <https://doi.org/10.1016/j.jsr.2021.05.002>
- World Health Organization (WHO). (2020). Patient Safety Incident Reporting and Learning Systems: Technical report and guidance. <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/49947589-0a06-4708-8cc9-379bc8d2f9f2/content>
- World Health Organization (WHO). (2021). Global Patient Safety Action Plan 2021-2030: Towards Eliminating Avoidable Harm in Health Care. <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/a28c34c0-089c-4f5d-a0b1-5d9c35a3cd67/content>
- Zentrum für Qualität in der Pflege (ZQP). (2018). ZQP-Perspektivenwerkstatt 2018: Patientensicherheit in der ambulanten Pflege. ZQP-Ergebnispapier. <https://www.zqp.de/wp-content/uploads/ZQP-Patientensicherheit-Ergebnispapier.pdf>
- Zentrum für Qualität in der Pflege (ZQP). (2022). Sicherheitskultur in der ambulanten Pflege: Studie zur Sicherheitskultur in der ambulanten Pflege und Entwicklung von Arbeitsmaterial zur Stärkung der Sicherheitskultur in Pflegediensten. ZQP-Projektbericht. <https://doi.org/10.71059/KDTS6823>
- Zentrum für Qualität in der Pflege (ZQP). (Hrsg.). (2024). Gewaltprävention in der stationären Langzeitpflege. ZQP-Report. <https://doi.org/10.71059/VCKV3150>
- Zentrum für Qualität in der Pflege (ZQP). (2025). Pflegesicherheit und Sicherheitskultur. <https://www.zqp.de/schwerpunkt/pflegesicherheit/#definition>