



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

## ZQP-ANALYSE

### Sicherheitskultur in der ambulanten Pflege

Studiendesign

Quantitative telefonische Befragung ambulanter Dienste

Autorinnen und Autoren in alphabetischer Reihenfolge

Simon Eggert, Daniela Sulmann, Christian Teubner

Veröffentlichung

Mai 2020

Korrespondenz

[Simon.Eggert@ZQP.de](mailto:Simon.Eggert@ZQP.de)

## I. Hintergrund der Befragung

Mehr als 4 Prozent der Bevölkerung in Deutschland sind pflegebedürftig im Sinne des Elften Sozialgesetzbuchs (SGB XI). Von diesen 3,4 Millionen Personen werden etwa drei Viertel zu Hause versorgt. Dazu tragen ambulante Pflegedienste mit einem erheblichen Anteil bei: Für rund 830.000 pflegebedürftige Menschen erbringen hierzulande 14.050 ambulante Dienste mit über 390.000 Mitarbeitenden sogenannte Pflegesachleistungen (Statistisches Bundesamt, 2018). Nicht erfasst sind hierbei Personen, die ausschließlich häusliche Krankenpflege gemäß dem Fünften Sozialgesetzbuch (SGB V) beziehen. Demzufolge bilden die Daten der Pflegestatistik nicht die vollständige Relevanz ambulanter Dienste in der gesundheitlichen Versorgung pflegebedürftiger Menschen ab. Auch kann die Statistik keine genaue Aussage über den tatsächlichen Bedarf an ambulanter Pflege in Deutschland treffen. Denn dort können diejenigen nicht erfasst sein, die einen Pflegedienst suchten, aber nicht fanden, und deswegen zum Beispiel a) mit ihren Hilfebedarfen allein gelassen sind, b) informell ohne professionelle Hilfe versorgt werden, obwohl eine solche Hilfe gewünscht würde, oder c) in ein Pflegeheim umziehen mussten, obwohl eine Versorgung zu Hause mit einem Pflegedienst weiter gut aufrecht zu erhalten gewesen wäre.

Trotz dieser dokumentarischen Lücken ist erkennbar, dass die Relevanz der Pflegedienste in den vergangenen Jahren gewachsen ist. Bei einer Zunahme der pflegebedürftigen Personen im Sinne des SGB XI von etwa 2 Millionen im Jahr 1999 um rund 70 Prozent bis Ende 2017 hat sich in diesem Zeitraum der Anteil der von ambulanten Pflegediensten versorgten pflegebedürftigen Menschen von 20,6 auf 24,3 Prozent erhöht (Statistisches Bundesamt, 2020; Statistisches Bundesamt, 2018). Die Anzahl der SGB XI-Klienten und -Klientinnen für die Dienste hat sich dabei insgesamt fast verdoppelt. Die erhebliche Nachfrage nach ambulanter Pflege dürfte auch in den kommenden Jahren anhalten, da eine weiterhin wachsende Zahl pflegebedürftiger Menschen prognostiziert wird (Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung, 2019). Zugleich entspricht die häusliche Pflege der Präferenz der meisten Menschen (Hajek et al., 2018) und dem sozialrechtlichen Grundsatz „ambulant vor stationär“ (§ 3 SGB XI).

Die Aufgaben der ambulanten Pflegedienste umfassen vor allem folgende Bereiche:

- Körperbezogene Pflegemaßnahmen: z. B. Körperpflege, Ernährung, Förderung der Mobilität
- Pflegerische Betreuungsmaßnahmen: z. B. Hilfe bei der Orientierung, Alltagsgestaltung, Aufrechterhaltung sozialer Kontakte
- Information/Beratung/Anleitung: z. B. Information und Beratung über Hilfsmittel, Anleitung bei Pflegetätigkeiten, Unterstützung pflegender Angehöriger
- Hilfen bei der Haushaltsführung: z. B. Kochen, Reinigen der Wohnung
- Häusliche Krankenpflege als Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung (sowohl für Menschen mit als auch ohne Pflegebedarf): z. B. Medikamentengabe, Verbandswechsel, Injektionen

Ambulante Pflegedienste erbringen ihre Leistungen im Auftrag der pflegebedürftigen Menschen auf Grundlage des SGB XI sowie ggf. unabhängig davon auf Basis der ärztlich verordneten häuslichen Krankenpflege gemäß SGB V. Dabei müssen die Dienste Qualitätsvorgaben bei der Versorgung ihrer Klienten und Klientinnen einhalten (u. a. „durch geeignete Pflegekräfte“ gem. § 36 SGB XI; Maßstäbe und Grundsätze für die Qualität und Qualitätssicherung gem. § 113 SGB XI; Richtlinie über die Verordnung von häuslicher Krankenpflege gem. § 92 SGB V). Die Pflege soll helfen, weitere gesundheitliche Probleme und zusätzlichen Pflegebedarf möglichst zu vermeiden, und zu einer sicheren, dem individuellen Bedarf entsprechenden Lebenssituation pflegebedürftiger Menschen beitragen. Durch das SGB XI sind ambulante Dienste verpflichtet, dazu ein internes Qualitätsmanagement vorzuhalten. Regelmäßig geprüft

wird die Qualität der Pflegeleistungen vom Medizinischen Dienst der Krankenkassen und dem Prüfdienst der Privaten Krankenversicherung.

Ein zentraler Aspekt von Pflegequalität ist die Sicherheit in der professionellen Versorgung. So dienen Maßnahmen zur Qualitätssicherung pflegerischer Leistungen (z. B. Umsetzung von fachlichen Standards, Qualitätsaudits, Sturz-, Schmerz-, Medikamenten-, Hygiene- oder Überleitungsmanagement) immer auch der Sicherheit und dem Schutz von Patienten und Patientinnen bzw. pflegebedürftigen Menschen vor unerwünschten Ereignissen und Pflegefehlern. Als unerwünschtes Ereignis gilt ein für deren Gesundheit schädliches Vorkommnis, das im Rahmen der professionellen Behandlung oder Pflege auftritt und nicht auf die Erkrankung zurückzuführen ist. Es kann vermeidbar oder unvermeidbar sein (ZQP, 2018). Unter einem Fehler in diesem Sinne wird eine fachlich falsche Handlung oder das Unterlassen einer aus fachlicher Sicht notwendigen Handlung verstanden. Ob daraus ein Schaden für den Patienten, die Patientin oder die pflegebedürftige Person entsteht, ist für die Definition als Fehler irrelevant (ZQP, 2018).

In der wissenschaftlichen Literatur wird darauf hingewiesen, dass nahezu alle pflegerischen Bereiche Risikopotenziale für unerwünschte Ereignisse und Fehler bergen, so zum Beispiel Medikation, Hygiene, Wundversorgung, Dekubitusprophylaxe, Sturzprophylaxe, Ernährung, Dokumentation und Kommunikation (Büscher, 2015).

Zur Häufigkeit von unerwünschten Ereignissen und Fehlern in der ambulanten Pflege liegen bisher nur relativ wenige belastbare wissenschaftliche Erkenntnisse vor (Görres et al., 2018). Gleichzeitig wird das Risiko hierfür in der ambulanten Pflege als erheblich eingeschätzt (Czakert et al., 2018; ZQP, 2018). Studien aus den USA, Kanada und Australien zeigen – bei begrenzter Vergleichbarkeit – Gesamtinzidenzraten unerwünschter Ereignisse zwischen 3,5 und 15,1 Prozent (Masotti et al., 2010; Canadian Patient Safety Institute, 2013). Hierbei waren Sturzverletzungen, Wundinfektionen und medikamentenassoziierte Ereignisse unter den am häufigsten genannten Vorkommnissen. Von professionell Pflegenden wurden als häufigste Pflegefehler genannt: Medikationsfehler (40 Prozent), Fehler im Bereich der Laborbefunde (16 Prozent) und Fehler in der Wundversorgung (7 Prozent) (Absulem & Hardin, 2011). Speziell auf Deutschland bezogen sind die diesbezüglichen Publikationsergebnisse noch rarer. Hinweise auf Risikobereiche geben die Ergebnisse aus den Qualitätsprüfungen in der ambulanten Pflege nach § 114a SGB XI (MDS, 2017). Demnach wurden bei folgenden Anteilen der geprüften Fälle die Qualitätskriterien für die jeweiligen Maßnahmenbereiche nicht erfüllt: 11,7 Prozent in der Medikamentenversorgung, 24,7 Prozent im Schmerzmanagement und 13,1 Prozent in der Versorgung chronischer Wunden oder eines Dekubitus.

Beim sogenannten Patientensicherheits-Management geht es darum, über Maßnahmen des Qualitätsmanagements hinaus gezielt Sicherheitsrisiken in der professionellen gesundheitlichen Versorgung frühzeitig zu erkennen und Schaden von den Menschen abzuwenden. Als zentrales Instrument des Patientensicherheits-Managements gilt die Etablierung einer Sicherheitskultur in den Organisationen (ZQP, 2018). Bezogen auf Pflegedienste ist Sicherheitskultur hierbei ein Aspekt von übergeordneter Organisationskultur und beruht auf gemeinsamen Werten, Einstellungen, Verhaltensweisen und Kompetenzen aller Gruppenmitglieder innerhalb des Dienstes in Bezug auf die gesundheitliche Sicherheit der Klienten und Klientinnen. Wichtige Voraussetzungen für eine solche Kultur sind unter anderem eine offene Kommunikation über Risiken, Schwachstellen der Patientensicherheit und Fehler, aber auch über Best-Practice-Erfahrungen. Besondere Verantwortung bei der Etablierung und Aufrechterhaltung einer

entsprechenden Kultur kommt dabei der Leitungsebene zu – unter anderem durch beispielgebendes Verhalten (Kirk et al., 2007; Pfaff et al., 2009; Hickner et al., 2016; Manser et al., 2016; ZQP, 2018). Ein zentrales Instrument der Sicherheitskultur sind (Fehler-) Berichts- und Lernsysteme (z. B. Critical Incident Reporting Systems, CIRS), mit denen unerwünschte Ereignisse und Beinahe-Schäden dokumentiert und analysiert werden können. Ziel ist es, Erfahrungen für das gesamte Team nutzbar zu machen und vorbeugende Maßnahmen abzuleiten. Rechtliche Anforderungen an ein Patientensicherheits-Management wie die Etablierung von (Fehler-)Berichts- und Lernsystemen bestehen für ambulante Pflegedienste nicht.

Praktisch stellen die Themen Sicherheit und Sicherheitskultur die Pflegedienste vor große Herausforderungen (ZQP, 2018). Ein zentraler Aspekt hierbei ist das Zusammenwirken von oft mehreren Akteuren wie informell Pflegenden, professionell Pflegenden sowie Ärzten und Ärztinnen. Als wesentliche Ursachen für unerwünschte Ereignisse und Fehler in der ambulanten Pflege werden in der Fachliteratur häufig mangelhafte oder fehlende Kommunikation, Kollaboration und Koordination zwischen den an der Versorgung Beteiligten identifiziert (Lang et al., 2008; Masotti et al., 2010; Absulem & Hardin, 2011; Canadian Patient Safety Institute, 2013; Smith et al., 2016). Zudem weist der private Wohnraum, der primär auf das Wohnen – nicht auf sichere gesundheitliche Versorgung – ausgerichtet ist, teilweise risikoreiche Umgebungsfaktoren auf, etwa schlechte Lichtverhältnisse, räumliche Enge, Stolperfallen (ZQP, 2018). Hinzu kommt, dass die Klienten und Klientinnen (und ihre Angehörigen) die Leistungen zur Pflege im Rahmen der Leistungsbescheide zur Pflegeversicherung selbst wählen und über Art und Umfang der Versorgung entscheiden. Die professionell Pflegenden richten ihre Tätigkeiten nach den vereinbarten Leistungskomplexen, der Einsatz ist zeitlich begrenzt, er findet oft unter Zeitdruck statt. Es gibt Hinweise dazu, dass hohe Arbeitsbelastungen, Stress und seelische Gesundheit der Pflegenden Einfluss auf die Patientensicherheit haben (Elfering et al., 2006).

Einflussfaktoren auf die Sicherheit in der ambulanten Pflege und Handlungsbereiche zur Verbesserung hat die ZQP-Perspektivenwerkstatt Patientensicherheit in der ambulanten Pflege aufgezeigt (ZQP, 2018). Diese sind: 1. Wissen und Kompetenz von beruflich Pflegenden, 2. Personaleinsatz, 3. Verantwortung ambulanter Pflege im komplexen Setting, 4. Kommunikation an der Schnittstelle im Versorgungsprozess, 5. Gesundheitskompetenz Pflegebedürftiger und ihrer Angehörigen, 6. Sicherheitskultur in der ambulanten Pflege sowie 7. Spezielle Risikobereiche „Medikation“, „Hygiene“, „außerklinische Beatmungspflege“. Im Rahmen der ZQP-Perspektivenwerkstatt schätzten die beteiligten Experten und Expertinnen die Verbreitung von Sicherheitskultur und Instrumenten des Patientensicherheits-Managements in der ambulanten Pflege in Deutschland als gering ein.

Um neue quantifizierbare Hinweise zu Sicherheitskultur und zum Sicherheitsmanagement in ambulanten Pflegediensten in Deutschland zu gewinnen, hat das ZQP eine repräsentative Befragung in solchen Diensten durchgeführt.

## II. Methodik und Vorgehensweise

Grundgesamtheit der Studie sind ambulante Pflegedienste in Deutschland (exklusive Einrichtungen der ambulanten Intensiv- und Kinderpflege), die pflegebedürftige Menschen auf Basis des SGB XI versorgen. Die telefonischen Interviews (CATI) mit Pflegedienstleitungen, stellvertretenden Pflegedienstleitungen und Qualitätsbeauftragten wurden im Juli 2019 abgeschlossen. Anonymität und die Beachtung des Datenschutzes wurden zugesichert.

Nach Ausschluss von 16 Diensten, die angaben, mehr als 400 pflegebedürftige Menschen nach SGB XI zu versorgen,<sup>1</sup> verblieb eine Stichprobe von 535 Diensten; diese wurde nach 5 Größenklassen (Zahl der nach SGB XI versorgten Klienten und Klientinnen) nachgewichtet und kann insofern als repräsentativ betrachtet werden. Die Zielgrößen wurden der jüngsten Pflegestatistik des Statistischen Bundesamts (Statistisches Bundesamt, 2018) entnommen. Der höchste Gewichtungswert ist 3,67. Die Fehlertoleranz in der Gesamtstichprobe beträgt +/- 4 Prozent.

Die Befragten wurden unter anderem gebeten anzugeben, wie häufig ihr Dienst innerhalb der letzten drei Monate prospektive neue Klienten und Klientinnen abgelehnt oder bestehenden gekündigt hat. Die Forschung zur Validität von Häufigkeitsangaben von Befragten zeigt, dass diese Methode bei seltenen, nicht regelmäßig auftretenden Handlungen zu Unterschätzungen der mittleren Häufigkeit führen kann, da Befragte länger zurückliegende Ereignisse vergessen haben (Skogan, 1986; Warner et al., 2005; aber: Callegaro et al., 2005). Für häufige Handlungen und Ereignisse lässt sich dies jedoch nicht eindeutig belegen; in der Literatur werden deutliche Überschätzungen (z. B. Rutherford & Fernie, 2005), Unterschätzungen (z. B. Krall et al., 1989), recht akkurate Ergebnisse zum Mittelwert der Häufigkeit von Handlungen (z. B. McAuliffe et al., 2010) und widersprüchliche Resultate innerhalb einer Studie (z. B. Vanden Abeele et al., 2013) beschrieben.

Außerdem lässt sich vermuten, dass die Antworten auf die Fragen zu Ablehnung und Kündigung der pflegebedürftigen Menschen von sozial erwünschtem Antwortverhalten beeinflusst sind (Krumpal, 2013; Skarbek-Kozietulska et al., 2012; Tourangeau & Yan, 2007). Demnach könnten die Befragten zu niedrige Angaben zur Kündigung von Klienten und Klientinnen machen, weil sie ihren Dienst und damit sich selbst andernfalls in ein ungünstiges Licht setzen könnten. Im Falle der Ablehnung von prospektiven Klienten und Klientinnen lässt sich jedoch auch umgekehrt argumentieren: Wer angibt, sein Dienst lehne besonders viele Anfragen ab, stellt ihn als besonders beliebt bzw. verantwortungsbewusst dar.

Deshalb ist damit zu rechnen, dass die Angaben zu Kündigungen etwas zu niedrig sind, während eine solche Verzerrung für die Frage nach der Ablehnung prospektiver Klienten und Klientinnen nicht zu erwarten ist.

---

<sup>1</sup> Bei den Diensten mit mehr als 400 Klienten und Klientinnen handelt es sich voraussichtlich um Betreiber, die mehrere Pflegedienste unter ihrem Dach vereinen. Da die Grundgesamtheit aber die einzelnen Pflegedienste bilden, wurden die Dienste mit mehr als 400 Klienten und Klientinnen als Irrläufer qualifiziert und ausgeschlossen. Nach Ausschluss der 16 Dienste erhöht sich die Übereinstimmung der Stichprobenverteilung der Dienste nach Größenklassen gegenüber der Verteilung in der Pflegestatistik 2017 geringfügig.

### III. Zusammenfassung

Die Sicherheit in der Pflege von Klienten und Klientinnen ambulanter Dienste ist ein höchst bedeutsamer Aspekt der gesundheitlichen Versorgung in Deutschland. Zugleich liegen hierzu kaum wissenschaftliche Erkenntnisse vor. Diese ZQP-Analyse identifiziert neue quantitative Hinweise zu Sicherheitskultur und Sicherheitsmanagement in Pflegediensten im Bundesgebiet. Dazu wurden Pflegedienstleitungen, stellvertretende Pflegedienstleitungen und Qualitätsbeauftragte in 535 Diensten befragt.

Die Befragung wurde vor der COVID-19-Pandemie durchgeführt. In der aktuellen Krise können sich Probleme im Bereich der Patientensicherheit in den ambulanten Diensten verlagern oder verschärfen – sich auf jeden Fall anders darstellen als jenseits solcher Ausnahmestände für das Gesundheitswesen. Es bedarf hierzu gesonderter Untersuchungen.

Zu folgenden Fragen liefert diese ZQP-Analyse Hinweise:

■ **Welche Tätigkeiten werden oft als Quelle für Fehler in der Pflege genannt?**

Die an der Studie teilnehmenden Pflegedienstleitungen, stellvertretenden Pflegedienstleitungen und Qualitätsbeauftragten geben drei Fehlerarten am häufigsten an, die in den sechs Monaten vor der Befragung bei dem Dienst mindestens einmal aufgetreten waren: Fehler bei der Dokumentation (65 Prozent), der Medikamentengabe (34 Prozent) und der Händehygiene (31 Prozent).

■ **Welche Faktoren, die durch den Dienst beeinflusst werden können, erschweren sichere Pflege?**

Aus Sicht von 64 Prozent der Befragten wird die Gewährleistung der Sicherheit durch Zeitmangel bei der Pflege erschwert. Am zweit- und dritthäufigsten werden diesbezüglich mangelndes Wissen der Pflegenden (43 Prozent) und mangelnde Bereitschaft, Fehler zuzugeben, genannt (38 Prozent).

■ **Wie steht es um die Personalausstattung – einem relevanten Faktor für Sicherheit in der Pflege?**

Personalknappheit ist ein Problem für ambulante Dienste. Gut die Hälfte der Befragten (53 Prozent) gibt an, dass es in ihrem Dienst Stellen für Pflegefachpersonen gibt, die seit mindestens drei Monaten unbesetzt sind. Für Deutschland hochgerechnet entspricht dies circa 16.000 Stellen. 80 Prozent der Dienste haben innerhalb der letzten drei Monate Anfragen abgelehnt, weil sie die Pflege nicht hätten sicherstellen können. 13 Prozent mussten aus diesem Grund sogar laufende Pflegeverträge kündigen.

■ **Wo wird Fortbildungsbedarf gesehen?**

Insgesamt wird für alle sicherheitsrelevanten Themen ein hoher Schulungs- bzw. Fortbildungsbedarf konstatiert. 61 Prozent der Befragten meinen, annähernd alle Mitarbeitenden (100 bis 75 Prozent) sollten Schulungen bzw. Fortbildungen zum Thema Hygiene absolvieren, damit die Pflege fachgerechter ablaufen kann als bisher. Je 51 Prozent sagen dies für die Themen Medikation bzw. Gewaltprävention in der Pflege. Etwa zwei Drittel bis drei Viertel der Befragten sind bei jedem genannten Thema der Ansicht, mindestens jeder zweite Mitarbeitende solle an einer Schulung/Fortbildung teilnehmen.

■ **Wie werden Fehler dokumentiert?**

Die Fehlerdokumentation erfolgt bei den Diensten überwiegend handschriftlich: 91 Prozent nutzen dafür entsprechende Bücher oder Formulare. Ein knappes Drittel (32 Prozent) setzt hierfür keine digitale Technik ein. Ausschließlich digital dokumentieren solche Ereignisse erst 9 Prozent. Trotzdem wird von den Befragten eine relativ hohe Bereitschaft der Mitarbeitenden gesehen, einige solcher Systeme anzuwenden – zum Beispiel Smartphone-Apps zur Dokumentation von Fehlern (66 Prozent). 40 Prozent der Befragten glauben an eine hohe Bereitschaft ihrer Mitarbeitenden, computergestützte Fehler-Meldesysteme (z. B. Critical Incident Reporting System, CIRS) zu nutzen – gleichzeitig wird in nur 4 Prozent der befragten Dienste ein solches System angeboten.

## IV. Ergebnisse

### 1. Einschätzung von Pflegefehlern

Um zu erfahren, welche Bereiche der ambulanten Pflege sich tendenziell als eher fehleranfällig darstellen, wurden die Studienteilnehmenden gefragt, bei welchen Pflegehandlungen ihres Dienstes in den letzten sechs Monaten ihres Wissens nach Fehler aufgetreten sind (Abb. 1).

Rund zwei Drittel (65 Prozent) der Befragten berichten von Fehlern bei der Dokumentation und jeweils rund ein Drittel von Fehlern bei der Medikamentengabe (34 Prozent) und der Händehygiene (31 Prozent). In beinahe jedem fünften ambulanten Pflegedienst (18 Prozent) sind laut den Angaben der Befragten in den letzten sechs Monaten Fehler beim Verbandswechsel aufgetreten.

---

*Ich lese Ihnen jetzt einige Pflegehandlungen vor. Bitte sagen Sie mir jeweils, ob in Ihrem Dienst in den letzten sechs Monaten hierbei Fehler vorgekommen sind oder ob sie nicht vorgekommen sind.*

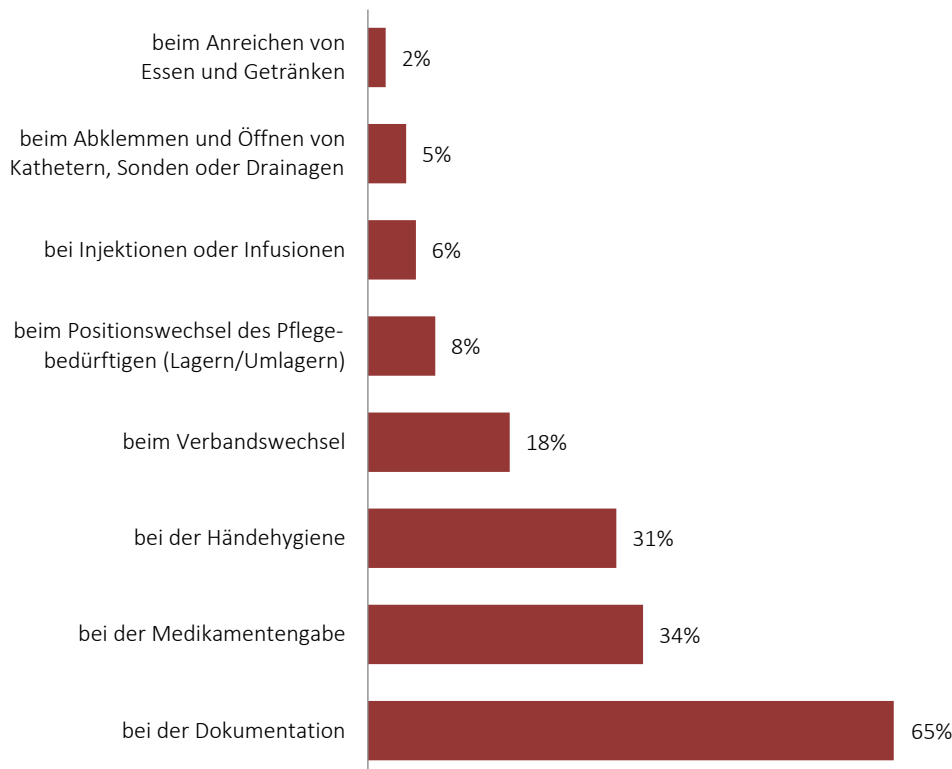


Abbildung 1: ZQP-Befragung von Leitungspersonen und Qualitätsbeauftragten in der ambulanten Pflege (n = 535).

### 2. Einflüsse auf Pflegefehler

Die Pflegedienstleitungen, stellvertretenden Pflegedienstleitungen und Qualitätsbeauftragten der ambulanten Dienste wurden auch dazu befragt, welche – durch den Dienst zumindest mitgestaltbaren – Faktoren es ihrer Expertise nach erschweren, die Sicherheit der von ihnen versorgten pflegebedürftigen Menschen zu gewährleisten (Abb. 2). Mit Abstand am häufigsten wird hier Zeitmangel genannt: So

sagen knapp zwei Drittel (64 Prozent) der Befragten, dass dieser Faktor sehr (28 Prozent) oder etwas (36 Prozent) erschwerend ist, um die Sicherheit zu gewährleisten.

*Ich nenne Ihnen jetzt einige Faktoren, auf die der Pflegedienst und seine Mitarbeiter Einfluss haben. Bitte sagen Sie mir jeweils, wie sehr es dadurch Ihrem Dienst erschwert wird, die bestmögliche Gesundheit, also die Sicherheit der Klienten, durch die professionelle Pflege zu gewährleisten.*

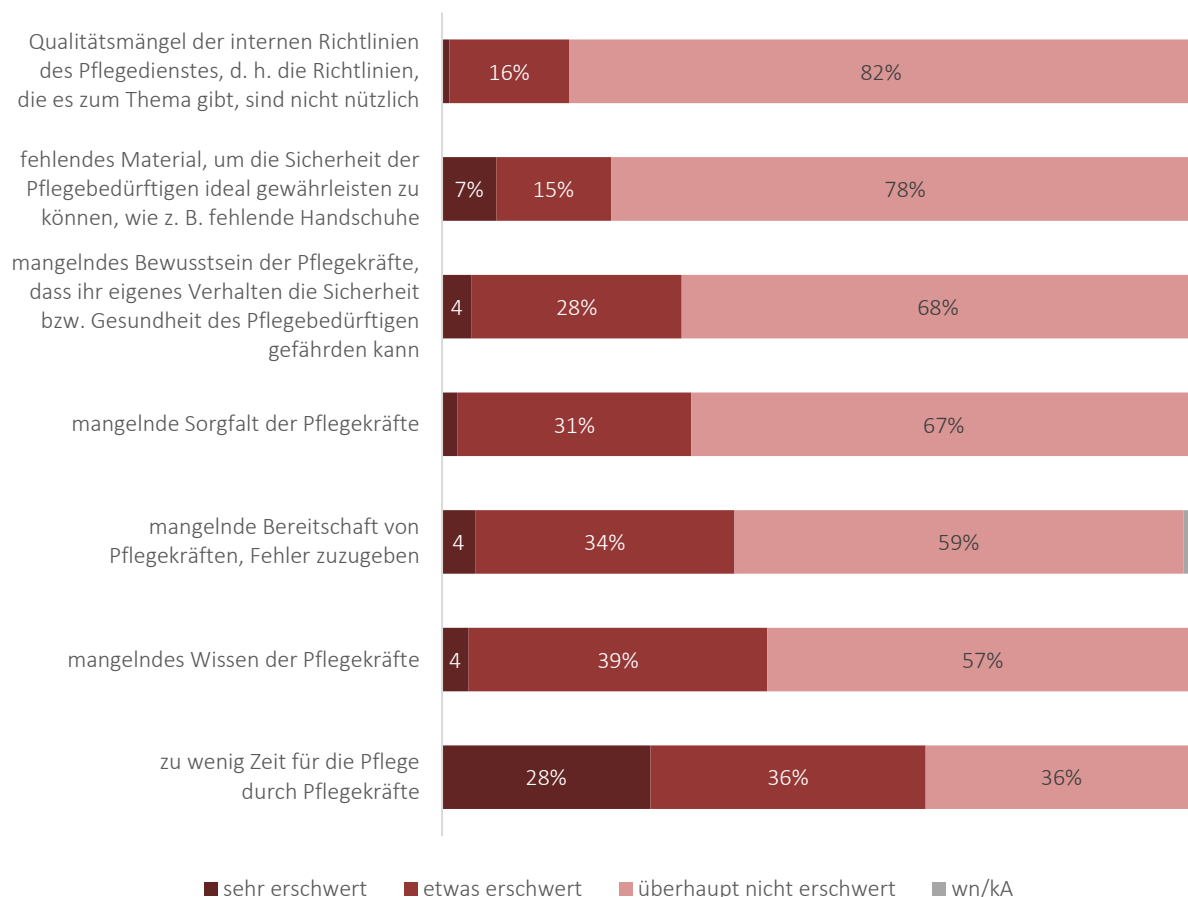


Abbildung 2: ZQP-Befragung von Leitungspersonen und Qualitätsbeauftragten in der ambulanten Pflege (n = 535).

Über zwei Fünftel („sehr erschwert“ 4 Prozent/„eher erschwert“ 39 Prozent) der befragten Dienste betrachten mangelndes Wissen der professionell Pflegenden und knapp zwei Fünftel („sehr erschwert“ 4 Prozent/„eher erschwert“ 34 Prozent) mangelnde Bereitschaft von professionell Pflegenden, Fehler zuzugeben als erschwerend für die Gewährleistung der Sicherheit pflegebedürftiger Menschen.

Fehlendes Material im pflegerischen Alltag geben insgesamt 22 Prozent der befragten Personen als sehr oder eher erschwerenden Faktor an.

Etwaige Mängel in den internen Richtlinien des Pflegedienstes werden eher selten als Problem wahrgenommen; lediglich 17 Prozent sehen die Gewährleistung der Sicherheit dadurch erschwert („sehr erschwert“ 1 Prozent/„etwas erschwert“ 16 Prozent).



## 2.1 Risikoaspekt Personalmangel

Mittel- oder längerfristig offene Stellen können zu einem Personalmangel führen, der das Risiko für eine unsichere Versorgung von Klienten und Klientinnen erhöht und für die Pflegenden sehr belastend sein kann. Darum wurden die Teilnehmenden nach der Personalsituation in ihren Diensten gefragt. Gut die Hälfte (53 Prozent) gibt an, dass es in ihrem Dienst Stellen für Pflegefachpersonen gibt, die seit mindestens drei Monaten unbesetzt sind. Das heißt, im Durchschnitt sind pro Dienst etwa 1,1 Stellen für Pflegefachpersonen seit mindestens drei Monaten unbesetzt (mittlere Anzahl der unbesetzten Stellen für Pflegefachpersonen pro Dienst, inklusive solcher Dienste, die keine offenen Stellen haben). Hochgerechnet auf Deutschland gibt es demnach zum Befragungszeitpunkt etwa 16.000 Stellen für Pflegefachpersonen in ambulanten Diensten, die seit über 90 Tagen unbesetzt sind.

Die Leitungspersonen und Qualitätsbeauftragten wurden auch dazu befragt, ob Klienten und Klientinnen abgelehnt oder sogar bestehende Verträge gekündigt werden mussten, weil die Pflege aufgrund von fehlendem Personal nicht sichergestellt werden konnte. Die Antworten ergeben, dass vier Fünftel (80 Prozent) der befragten Dienste in den drei Monaten vor der Befragung Leistungsnachfragen von Klienten und Klientinnen abgelehnt haben. Abbildung 3 zeigt die mittlere Anzahl der abgelehnten Klienten und Klientinnen für Deutschland und die sechs bevölkerungsreichsten Bundesländer: Danach wurden im Durchschnitt über alle Dienste Leistungsnachfragen von 10,9 Klienten und Klientinnen abgelehnt.

*Mittlere Anzahl der Ablehnungen von Leistungsnachfragenden innerhalb der letzten sechs Monate pro Dienst. (Die Unterschiede zwischen den Ländern sind überwiegend nicht statistisch signifikant).*

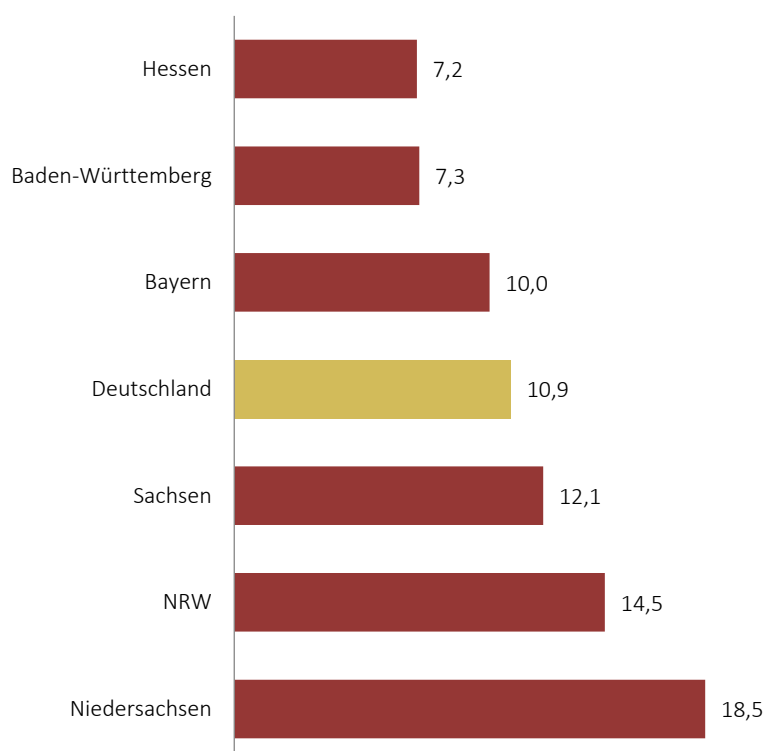


Abbildung 3: ZQP-Befragung von Leitungspersonen und Qualitätsbeauftragten in der ambulanten Pflege (Fallzahlen: Deutschland, n = 528; Hessen, n = 47; Baden-Württemberg, n = 47; Bayern, n = 82; Sachsen, n = 43; NRW, n = 86; Niedersachsen, n = 43).

13 Prozent der Dienste geben an, innerhalb der letzten drei Monate bestehende Verträge von Klienten und Klientinnen gekündigt zu haben, weil sie deren Pflege nicht mehr hätten sicherstellen können.

Zeigt sich hier ein statistischer Zusammenhang zwischen Personalmangel und dem Auftreten von Fehlern? Hinsichtlich der Pflegehandlungen, für die am häufigsten Fehler berichtet werden, zeigen sich Unterschiede in den Diensten, die bestehende Pflegeverträge gekündigt haben, und denen ohne gekündigte Pflegeverträge (Abb. 4). Während der Unterschied für Fehler in der Dokumentation nicht so erheblich ausfällt, ist er für Fehler bei der Medikamentengabe und der Händehygiene deutlich: In der Gruppe, die laufende Pflegeverträge gekündigt hat, berichten 50 Prozent von Fehlern bei der Medikamentengabe gegenüber 32 Prozent in der Gruppe ohne gekündigte Verträge. Für die Händehygiene fällt der Unterschied noch prägnanter aus: 51 Prozent der Dienste mit gekündigten Pflegeverträgen berichten von Fehlern gegenüber 29 Prozent der Dienste ohne gekündigte Pflegeverträge.

*Anteil der Dienste, die zu ausgewählten Pflegehandlungen Fehler innerhalb der letzten sechs Monate berichten und laufende Pflegeverträge innerhalb der letzten drei Monate gekündigt hatten. (Die Unterschiede in den Anteilen für die Pflegehandlungen Medikamentengabe und Händehygiene sind statistisch signifikant).*

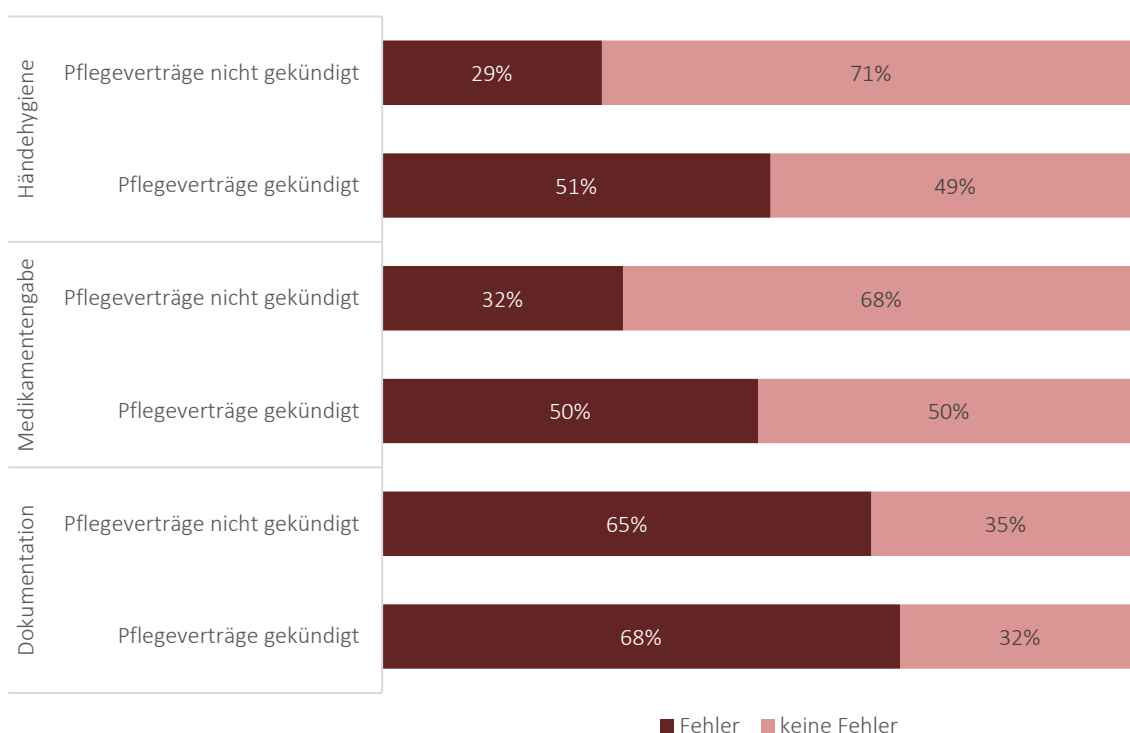


Abbildung 4: ZQP-Befragung von Leitungspersonen und Qualitätsbeauftragten in der ambulanten Pflege (Fallzahlen: Dokumentation, n = 510; Medikamentengabe, n = 512; Händehygiene, n = 513).

## 2.2 Risikoaspekt Wissensdefizite

Ein adäquater Wissensstand der Pflegenden stellt die Grundlage einer fachgerechten, sicheren pflegerischen Versorgung der Klienten und Klientinnen der Dienste dar. Das gilt insbesondere in sicherheitsrelevanten Bereichen wie Ernährung, Gewaltprävention, Medikation, Demenz, Dekubitusprophylaxe,

Sturzprävention und Hygiene. Wie schätzen die Leitungspersonen und Qualitätsbeauftragten den Schulungs-/Fortbildungsbedarf in ihren Pflegediensten zu diesen Themen ein, damit dort zukünftig fachgerechter als bisher gearbeitet werden kann (Abb. 5)? Hier fällt zunächst auf, dass der Bedarf in allen genannten Themenbereichen als sehr hoch eingeschätzt wird. In sechs von sieben Themenbereichen ist eine Mehrheit der Befragten der Ansicht, fast alle Mitarbeitenden (75 bis 100 Prozent) sollten idealerweise an einer entsprechenden Schulung/Fortbildung teilnehmen. Für den Themenbereich Hygiene sind 61 Prozent der Leitungspersonen und Qualitätsbeauftragten dieser Ansicht, für die Themen Sturzprävention und Dekubitusprophylaxe je 55 Prozent, für Demenz 54 Prozent, für Medikation und Gewaltprävention je 51 Prozent. Etwas geringer wird der Handlungsbedarf im Ernährungsmanagement angesehen, wo sich aber immer noch 44 Prozent für Schulungen/Fortbildungen bei fast allen Pflegenden aussprechen. Über alle sieben Themenbereiche betrachtet sind etwa zwei Drittel bis drei Viertel der Befragten der Ansicht, mindestens jeder zweite Mitarbeitende solle an einer Schulung/Fortbildung teilnehmen.

*Einmal angenommen, Zeit und Kosten würden keine Rolle spielen: Sagen Sie mir bitte für jedes der folgenden Themen, ungefähr wie viel Prozent Ihrer Mitarbeiter idealerweise an einer Fortbildung bzw. Schulung dazu teilnehmen sollten, um fachgerechter zu arbeiten als bisher.*

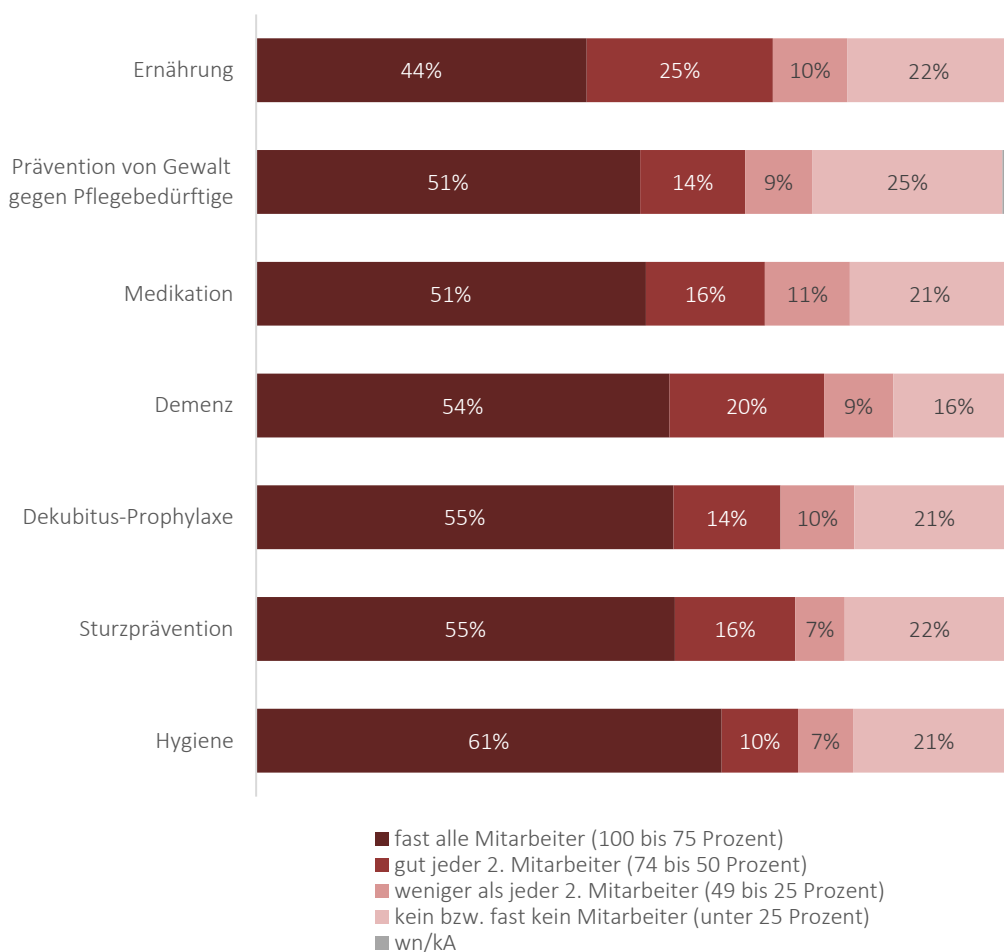


Abbildung 5: ZQP-Befragung von Leitungspersonen und Qualitätsbeauftragten in der ambulanten Pflege (n = 535).

Zu einem adäquaten Wissensstand der professionell Pflegenden sollte auch die Pflegeausbildung grundlegend beitragen. Darum wurden die Interviewteilnehmenden gebeten, ihre persönliche Einschätzung zur Ausbildungsqualität in Pflegeschulen insgesamt abzugeben. Hier fällt das Urteil eher verhalten aus (Abb. 6): Immerhin gut zwei Fünftel sind der Meinung, die Qualität der Ausbildung sei in diesem Punkt in Deutschland „sehr gering“ (7 Prozent) oder „eher gering“ (35 Prozent).<sup>2</sup>

*Eine wichtige Aufgabe der Pflege ist es ja, durch fachgerechte Pflege für die bestmögliche Gesundheit der Klienten zu sorgen. Wenn Sie einmal daran denken, wie gut Pflegeschulen konkret hierzu ausbilden: Ist die Qualität der Ausbildung in diesem Punkt dann Ihrer Meinung nach „sehr gering“ – „eher gering“ – „eher hoch“ – oder „sehr hoch“?*



Abbildung 6: ZQP-Befragung von Leitungspersonen und Qualitätsbeauftragten in der ambulanten Pflege (n = 535).

### 2.3 Risikoaspekt Kommunikation

Die Kommunikation zwischen den an der Versorgung pflegebedürftiger Personen beteiligten Berufsgruppen ist ein wichtiger, sicherheitsrelevanter Aspekt. Entsprechend wurde in der Befragung eruiert, wie der Informationsaustausch von den Leitungspersonen und Qualitätsbeauftragten in der ambulanten Pflege beurteilt wird (Abb. 7). Am häufigsten wird der Austausch mit den Apotheken und Hausarztpraxen positiv bewertet: Knapp drei Viertel (74 Prozent) der Befragten halten den Informationsaustausch mit Apotheken für „sehr gut“ und ein weiteres knappes Viertel (24 Prozent) für „eher gut“. Die Kommunikation mit Hausarztpraxen halten je 41 Prozent der Dienste für „sehr gut“ bzw. „eher gut“.

Dagegen wird der Informationsaustausch mit Facharztpraxen deutlich seltener als gelingend beurteilt. Zwei Fünftel (40 Prozent) schätzen den Austausch kritisch ein: 9 Prozent als „sehr schlecht“, 31 Prozent als „eher schlecht“. Am negativsten wird der Austausch mit den Krankenhäusern wahrgenommen. 45 Prozent der Befragten bewerten diesen als „sehr schlecht“ (9 Prozent) bzw. „eher schlecht“ (36 Prozent).

<sup>2</sup> Diese Einschätzung muss sich nicht notwendigerweise auf die Unterrichtsqualität beziehen, sondern kann auch die bisherigen Curricula meinen. Hierzu ist anzumerken, dass die aktuelle Reform der Pflegeausbildung (ab 1.1.2020) u. a. mit Veränderungen der Curricula einhergeht.

Als Pflegedienst muss man sich ja im Rahmen der Klienten-Versorgung mit verschiedenen anderen Gesundheits-Akteuren austauschen. Sagen Sie mir bitte jeweils, wie gut der Informationsaustausch mit den folgenden Gesundheits-Akteuren gelingt.

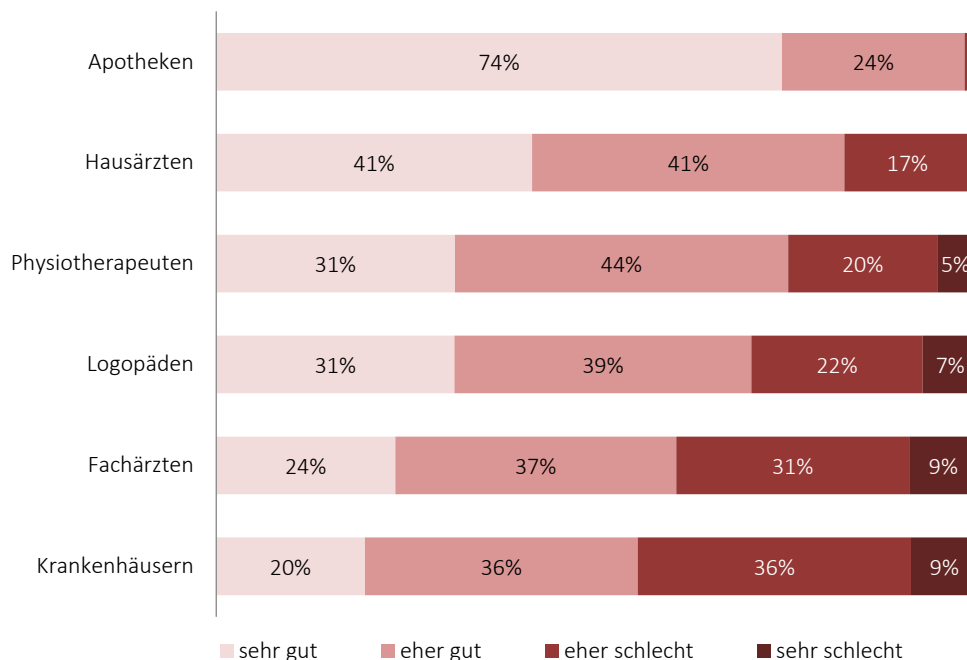


Abbildung 7: ZQP-Befragung von Leitungspersonen und Qualitätsbeauftragten in der ambulanten Pflege (n = 535).

In diesem Zusammenhang wurde auch gefragt, ob es schriftliche Festlegungen zur Übermittlung von Informationen über die Klienten und Klientinnen an die anderen an der Pflege beteiligten Gesundheitsakteure gibt (Abb. 8). Die deutliche Mehrheit der Befragten (zwischen 74 und 80 Prozent) gibt an, dass in ihrem Dienst „genau schriftlich festgelegt“ ist, unter welchen Voraussetzungen Informationen über die Klienten und Klientinnen an Haus- sowie Fachärzte und -ärztinnen, Krankenhäuser und Apotheken weiterzugeben sind. Die Weitergabe von Informationen an Physiotherapeuten ist bei 54 Prozent und an Logopäden bei 45 Prozent der Dienste „genau schriftlich festgelegt“.

Und ist von Ihrem Dienst schriftlich festgelegt, unter welchen Voraussetzungen die Mitarbeiter Informationen über den Klienten an die anderen Gesundheits-Akteure übermitteln sollen: „ja, genau“ – „ja, teilweise“ – oder „nein, gar nicht“? Wie ist das bei der Informationsweitergabe an ...?

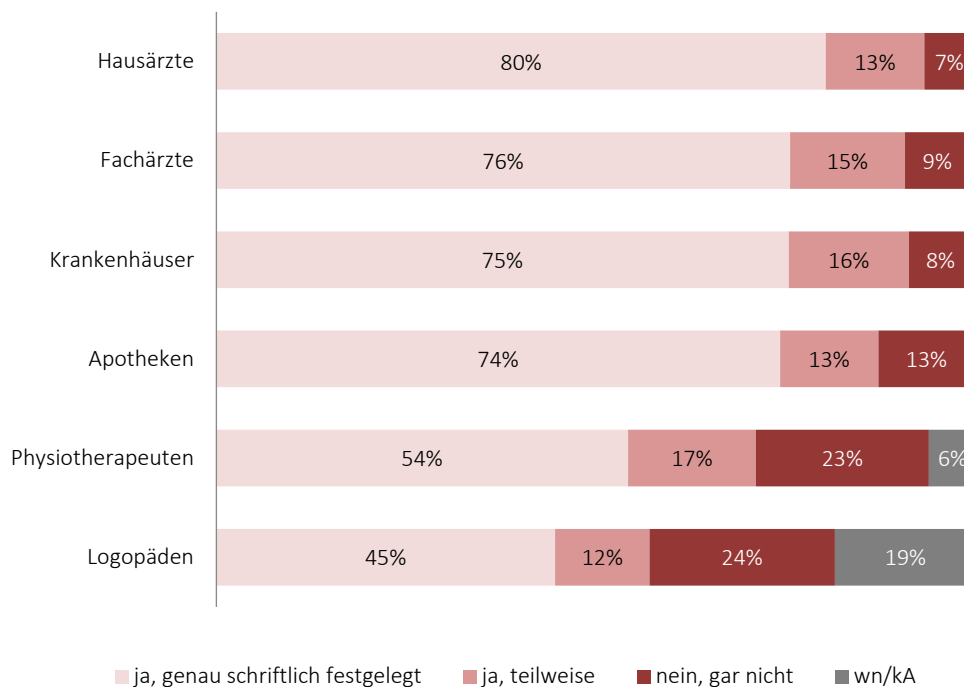


Abbildung 8: ZQP-Befragung von Leitungspersonen und Qualitätsbeauftragten in der ambulanten Pflege (n = 535).

### 3. Umgang mit unerwünschten Ereignissen und Fehlern

Ein offener und konstruktiver Umgang mit unerwünschten Ereignissen und Fehlern, die Anwendung von Instrumenten zu deren Dokumentation sowie das Lernen aus entsprechenden Vorkommnissen gelten als hoch relevant für die Sicherheit in der Pflege. Um ein Bild darüber zu erhalten, welche Instrumente die ambulanten Pflegedienste hierzu nutzen, wurden die Leitungspersonen und Qualitätsbeauftragten zu den in ihren Diensten speziell zur Dokumentation von Fehlern genutzten Systemen befragt. Zwischen kritischen Ereignissen und Fehlern wurde dabei nicht unterschieden. Mit erheblichem Abstand am weitesten verbreitet sind demzufolge immer noch handschriftlich geführte Systeme (Abb. 9): 61 Prozent der Dienste benutzen ein Formblatt bzw. einen Meldebogen und 56 Prozent ein Fehler- oder Beschwerdebuch. Gut ein Viertel (27 Prozent) benutzt beides.

*Einmal abgesehen von der Patientendokumentation, welche der folgenden Möglichkeiten werden bei Ihnen angeboten, um Fehler handschriftlich oder auf digitale m Weg zu berichten? [Mehrfachnennungen möglich]*

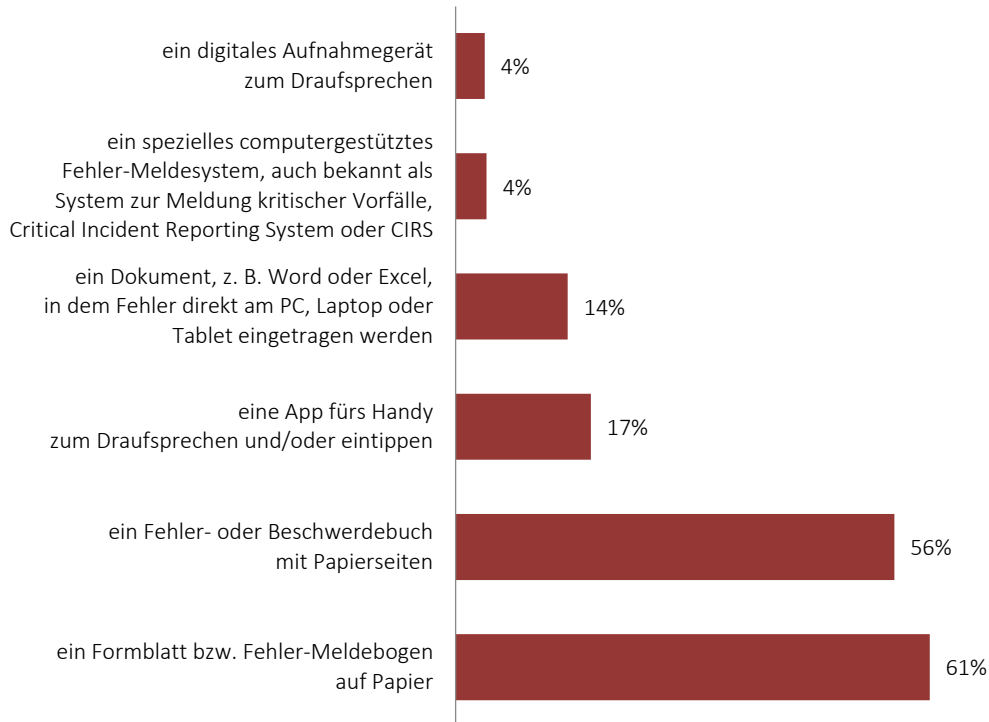


Abbildung 9: ZQP-Befragung von Leitungspersonen und Qualitätsbeauftragten in der ambulanten Pflege (n = 535).

Entsprechende digitale Systeme sind demnach in den befragten Pflegediensten noch nicht weit verbreitet. 32 Prozent setzen zur Dokumentation von Fehlern gar keine digitale Technik ein. Gerade einmal 9 Prozent führen diese ausschließlich digital durch. Ein computergestütztes Fehler-Meldesystem (z. B. Critical Incident Reporting System, CIRS) ist lediglich in etwa 4 Prozent der befragten Dienste implementiert. Am häufigsten genutzt wird eine App fürs Handy zum Draufsprechen bzw. Eintippen (17 Prozent).

Um Berichtssysteme effektiv einsetzen zu können, ist nicht zuletzt deren Akzeptanz beim Personal bedeutsam. Die Befragten sollten daher einschätzen, wie hoch die Bereitschaft der Mitarbeitenden in ihren Diensten ist, verschiedene Berichtsarten anzuwenden (Abb. 10). Die größte Bereitschaft besteht demnach bei der mündlichen Übermittlung von Fehlern: 90 Prozent der Leitungspersonen und Qualitätsbeauftragten sagen, dass es eine sehr hohe (56 Prozent) oder eher hohe (34 Prozent) Bereitschaft gibt, über Fehler zum Beispiel bei Übergaben oder Teambesprechungen zu berichten. Aber auch die Akzeptanz von handschriftlich geführten Systemen wird als relativ hoch eingeschätzt. Viele Befragte halten die Bereitschaft zur Nutzung von Fehler- oder Beschwerdebüchern für „sehr hoch“ (22 Prozent) oder „eher hoch“ (34 Prozent). Auch die Bereitschaft der Mitarbeitenden, Formblätter bzw. Fehler-Meldebögen auszufüllen, wird als „sehr hoch“ (18 Prozent) oder „eher hoch“ (32 Prozent) angenommen.

Und wie hoch ist die Bereitschaft der Mitarbeiter, auf diesen handschriftlichen oder digitalen Wegen eigene Fehler zu berichten oder Fehler mündlich zu berichten, zum Beispiel bei Übergaben oder Teambesprechungen: „sehr gering“ – „eher gering“ – „eher hoch“ – oder „sehr hoch“?

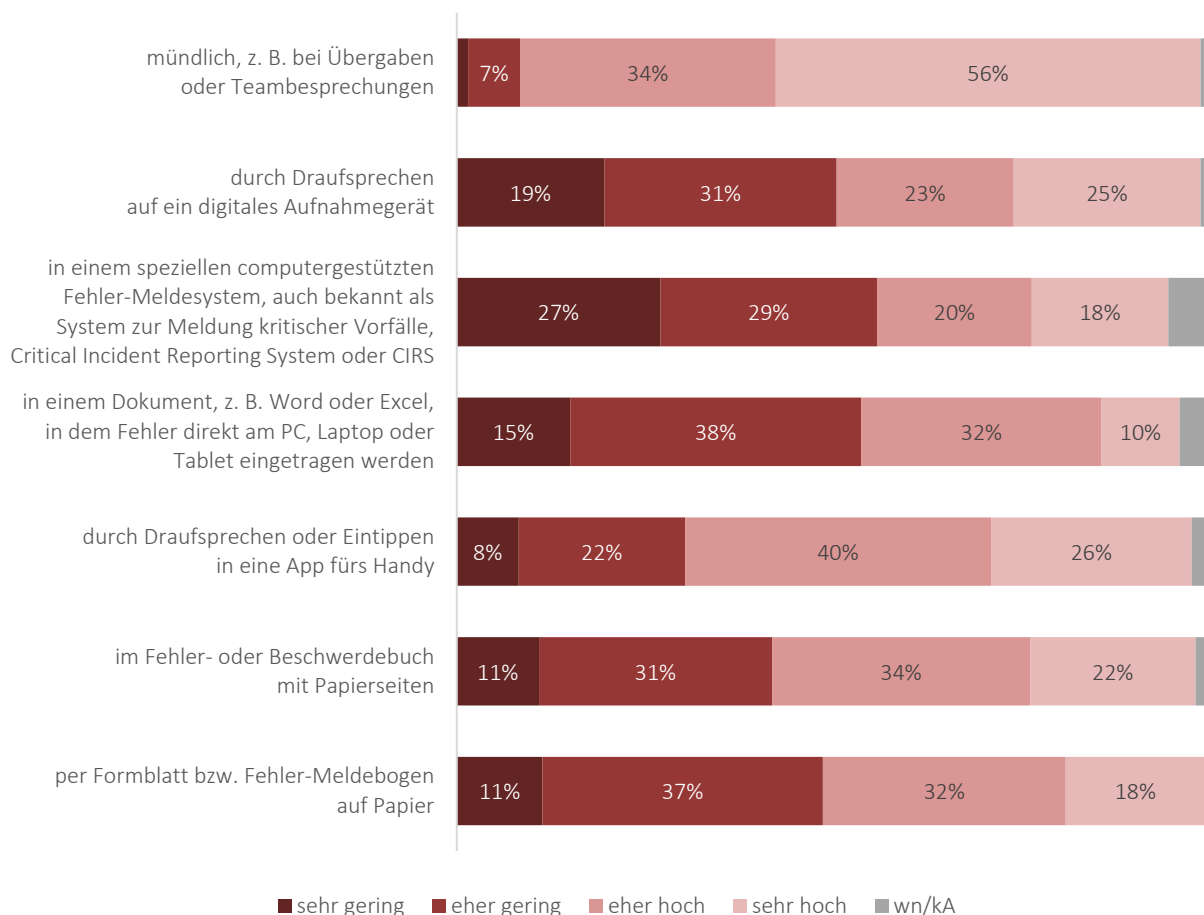


Abbildung 10: ZQP-Befragung von Leitungspersonen und Qualitätsbeauftragten in der ambulanten Pflege (n = 535).

Wenngleich digitale Meldesysteme den Befragungsergebnissen zufolge in den Diensten eher wenig verbreitet sind, wird andererseits im Verhältnis dazu von den Befragten eine relativ hohe Bereitschaft der Mitarbeitenden gesehen, einige solcher Systeme zu nutzen. Immerhin schätzen zwei Drittel der Befragten die Bereitschaft in den Diensten, Apps fürs Handy zur Dokumentation von Fehlern anzuwenden, als „sehr hoch“ (26 Prozent) bzw. „eher hoch“ (40 Prozent) ein. Zu einer einfachen digitalen Dokumentation am PC, zum Beispiel per Word- oder Exceldokument, wird von 10 Prozent der Leitungspersonen und Qualitätsbeauftragten eine „sehr hohe“ und von 32 Prozent eine „eher hohe“ Bereitschaft der Mitarbeitenden angegeben.

Und obwohl in lediglich etwa 4 Prozent der befragten Dienste spezielle computergestützte Fehler-Meldesysteme (z. B. Critical Incident Reporting System, CIRS) eingesetzt werden, sagen 38 Prozent der Leitungspersonen und Qualitätsbeauftragten, dass die Bereitschaft der Mitarbeitenden solche zu nutzen, „sehr hoch“ (18 Prozent) oder „eher hoch“ (20 Prozent) sein könnte.



## V. Diskussion

### 1. Herausforderungen für die Etablierung einer Sicherheitskultur in ambulanten Pflegediensten

Die Ergebnisse der vorliegenden ZQP-Analyse geben neue quantitative Hinweise für den Diskurs um Sicherheitskultur und Sicherheitsmanagement in der ambulanten Pflege in Deutschland – unter anderem in Bezug auf die Identifikation von Risikobereichen und den Umgang mit unerwünschten Ereignissen und Fehlern in Pflegediensten.

Die in dieser Befragung am häufigsten von den Leitungspersonen und Qualitätsbeauftragten in den Diensten genannten Fehlerfelder werden auch in der Fachliteratur als wesentliche Risikobereiche für die Patientensicherheit identifiziert: Fehler in der Dokumentation (Hignett et al., 2016), bei der Medikamentengabe (Ewen et al., 2012; Meyer-Massetti et al., 2016) und in der Händehygiene (Loczenski, 2008; WHO, 2009). Bei der Interpretation der Daten ist zu beachten, dass hier keine Fehlerprävalenzen erhoben wurden. Das heißt, die Analyse kann keine Aussage darüber treffen, welche Fehler am häufigsten vorkommen.

Von der Mehrheit der Befragten wird Personalmangel als erschwerend für die Gewährleistung der Sicherheit der Klienten und Klientinnen eingestuft. Das Ausmaß dieses Personalmangels deutet die Hochrechnung der zum Zeitpunkt der Befragung seit über 90 Tagen unbesetzten Fachkraftstellen bei den in die Studie eingeschlossenen Anbietern an. Diese Gesamtzahl von demnach deutschlandweit etwa 16.000 unbesetzten Stellen für Pflegefachpersonal in der ambulanten Pflege deckt sich weitgehend mit dem aus den Daten der Bundesagentur für Arbeit (BA) errechneten Wert von rund 17.000 entsprechenden Stellen.<sup>3</sup>

Auf einen Zusammenhang zwischen Personalmangel und Patientensicherheit in der ambulanten Pflege deuten die Unterschiede in den Angaben in Bezug auf das Auftreten von Fehlern hin: Pflegedienste, die bestehende Verträge aufgrund von Personalmangel gekündigt hatten – bei denen also vermutlich in besonderem Maße Personalmangel bestand –, nannten signifikant häufiger Probleme bei der Medikamentengabe (18 Prozentpunkte häufiger) und der Händehygiene (22 Prozentpunkte häufiger) als die anderen Dienste. Personalmangel wird auch in der Fachliteratur als Risikofaktor zum Beispiel bei der Medikamentengabe angesehen (Elfering et al., 2006; Hanke, 2006), und in einer Befragung des ZQP zu Hygiene in der ambulanten Pflege nannten 22 Prozent fehlendes Personal als erschwerend für die Umsetzung der Hygieneanforderungen (Eggert et al., 2016).

---

<sup>3</sup> Im gleitenden Jahresdurchschnitt von August 2018 bis Juli 2019 waren in sämtlichen Sektoren der Altenpflege 11.629 sozialversicherungspflichtige Stellen der Qualifikationsniveaus „Fachkraft“, „Spezialist“ und „Experte“ in der Altenpflege gemeldet, davon 64 Prozent länger als drei Monate, also 7.443 Stellen (Bundesagentur für Arbeit, 2019, Tab. 4.1, KldB-Ziffer 821). Unter der Annahme, dass sich der Anteil dieser offenen Stellen über die stationäre und ambulante Pflege proportional zu den Beschäftigten verteilt, errechnet sich aus den Daten der Pflegestatistik 2017 (Statistisches Bundesamt, 2018) ein Anteil von rund 43 Prozent, was 3.174 Stellen in der ambulanten Pflege entspricht, die seit mindestens drei Monaten unbesetzt und der BA bekannt sind. Da nur ein Teil der tatsächlich zu besetzenden Stellen bei der BA gemeldet wird, nutzt sie ein statistisches Maß namens „Einschaltungsgrad“, mit dem der Anteil der gemeldeten offenen Stellen geschätzt wird (Bundesagentur für Arbeit, o. J., S. 27). Der Einschaltungsgrad für Altenpflege-Fachkräfte, -Spezialisten und -Experten im Wirtschaftszweig „ambulante soziale Dienste“ (WZ 88101) für das Jahr 2018 (Angabe der BA auf Anfrage) betrug circa 18,7 Prozent. Demnach würden die 3.174 gemeldeten 16.993 tatsächlich zu besetzenden Stellen in der ambulanten Pflege entsprechen.

Nach Personalmangel wurden Wissensdefizite bei den Mitarbeitenden von den Befragten am zweithäufigsten als wichtiger Risikoaspekt genannt. Hinweise für einen entsprechenden Zusammenhang von Wissensdefiziten und Patientensicherheit im ambulanten Bereich finden sich auch in der internationalen Forschung. So wurden Wissensdefizite beispielsweise in Schweden und Norwegen, wo Hilfskräfte ohne ausreichende Ausbildung weitestgehend autonom die Versorgung von Patienten und Patientinnen übernahmen, als Ursachen für Sicherheitsrisiken identifiziert (Berland et al., 2012; Swedberg et al., 2013). In den USA wurde in der ambulanten Wundversorgung ein Zusammenhang zwischen der Qualität und Häufigkeit von Schulungen und der Höhe der Infektionsraten ermittelt (Sturkey et al., 2005). Eine deutsche Publikation weist auf einen Zusammenhang zwischen Personalausstattung und Prävalenz von Mangelernährung in der ambulanten Pflege hin (Suhr et al., 2019).

Die für diese ZQP-Analyse Befragten sehen einen breiten Schulungs- bzw. Fortbildungsbedarf in der Mitarbeiterschaft. In der Fachliteratur wird die angemessene Qualifizierung über Fort- und Weiterbildung der Pflegefachpersonen als eine wichtige Voraussetzung für die Gewährleistung der Patientensicherheit genannt (Czakert et al., 2018). Eine Empfehlung aus der ZQP-Perspektivenwerkstatt in diesem Zusammenhang lautet, Pflichtfortbildungen zur Patientensicherheit über Pflegekammern anzubieten (Görres et al., 2018), welche sich am interdisziplinären Lernzielkatalog Patientensicherheit des Aktionsbündnisses Patientensicherheit (Aktionsbündnis Patientensicherheit, 2014) orientieren sollten.

In Zukunft werden auch zusätzliche Kompetenzen für die Pflege erforderlich, die aus dem vermehrten Einsatz digitaler Technologien in der ambulanten Pflege resultieren. Da Risiken für die Patientensicherheit bei digitalen Anwendungen häufiger auf anwenderbezogene Fehler zurückzuführen sind, kommt der adäquaten Qualifikation oder Schulung der Pflegenden auch in dieser Hinsicht eine wichtige Rolle zu (Sellge & Hagenmeyer, 2019).

Im Fachdiskurs wird die Bedeutung von Sicherheitskultur in den Organisationen für die Patientensicherheit betont (Hammer & Manser, 2015; Görres et al., 2018; Schrappe, 2018). Die vorliegende Studie deutet hier auf erheblichen Nachholbedarf in Bezug auf verschiedene Elemente, die in eine Sicherheitskultur ambulanter Dienste einzubinden wären. Ein zentrales Element stellt die Implementierung von (Fehler-)Berichts- und Lernsystemen in die Arbeitswelt ambulanter Pflegedienste dar (Aktionsbündnis Patientensicherheit, 2018). Dass und wie ein (beinahe) Fehler dokumentiert, analysiert und daraus gelernt wird, ist hoch bedeutsam für die systematische Gewährleistung von Patientensicherheit (Görres et al., 2018). Doch zwei Fünftel der Befragten gehen von einer mangelnden Bereitschaft der Mitarbeitenden aus, Fehler anzugeben. Der mündliche Bericht von Fehlern im Rahmen der Teambesprechungen – hier wird von den Befragten mit Abstand die höchste Bereitschaft genannt – ist unsicher, nicht anonym und bietet keine Möglichkeit für einen systematischen Lernprozess. Die verbreitete Fehlerdokumentation auf Papier ist ebenfalls schlecht auswertbar und nur begrenzt anonym. In dieser Hinsicht bieten digitale Lösungen, insbesondere spezielle computergestützte (Fehler-)Berichts- und Lernsysteme bzw. Critical Incident Reporting Systems (CIRS) Vorteile. Ein Grund, warum digitale Systeme dennoch im Vergleich zum Krankenhausbereich so wenig verbreitet sind, könnte ein geringerer Handlungsanreiz sein. So liegen für die stationäre und ambulante Langzeitpflege zum Beispiel keine gesetzlichen Anforderungen an ein dezidiertes Sicherheitsmanagement vor (Neugebauer, 2018).

Ein positiver Impuls für die organisationsbezogene Einführung von digitalen (Fehler-)Berichts- und Lernsystemen könnte die relativ hoch eingeschätzte Akzeptanz einer digitalen Erfassung von Pflegefehlern über Apps auf dem Smartphone sein. Dieses deckt sich mit den Erfahrungen in der ambulanten Pflege

aus dem verbreiteten Einsatz mobiler Geräte als Mobile Dokumentationsassistenten (MDA), welche sich aus Sicht Pflegender gut in die bestehenden Arbeitsabläufe integrieren lassen (Daxberger et al., 2018). Die Nutzung von Smartphones oder anderen Mobilgeräten als niedrigschwelliger Zugang für (Fehler-)Berichts- und Lernsysteme könnte auch bei der Etablierung eines CIRS erwogen werden. Damit könnte die berichtete bisher geringe Nutzungsbereitschaft gesteigert werden. Allerdings ist beim Einsatz von Smartphones oder anderen mobilen Geräten in der ambulanten Pflege besonders auf Datenschutzaspekte zu achten (Althammer, 2014).

Als weiterer Schlüsselfaktor für die Patientensicherheit wurde im Rahmen der ZQP-Perspektivenwerkstatt eine disziplinübergreifende Kommunikation identifiziert (ZQP, 2018). Risiken für die Patientensicherheit beim Übergang vom Krankenhaus in die ambulante Pflege sind demnach beispielsweise fehlende oder noch nicht vorliegende Überleitungsbögen oder vorläufige Entlassungsbriefe. Der Handlungsbedarf spiegelt sich auch in den Ergebnissen der vorliegenden Befragung wider: Während die Qualität des Informationsaustauschs mit Apotheken und Hausarztpraxen zu pflegebedürftigen Patienten und Patientinnen überwiegend positiv bewertet wird, wird diese für andere wichtige Akteure wie Facharztpraxen und vor allem Krankenhäuser deutlich kritischer beurteilt. Lediglich die Einschätzung der befragten Leitungspersonen und Qualitätsbeauftragten zu der in ihren Diensten schriftlich festgelegten Standards zur Kommunikation mit anderen Gesundheitsakteuren fällt fast durchgehend sehr positiv aus. Da dieser Aspekt den eigenen Verantwortungsbereich der Befragten direkt betrifft, sind allerdings positiv verzerrende Effekte im Antwortverhalten erwartbar (Wolter, 2012).

## **2. Einfluss der COVID-19-Pandemie auf die Patientensicherheit in der ambulanten Pflege**

Die COVID-19-Pandemie kann auf vielfältige Weise auch auf die Patientensicherheit in der ambulanten Pflege wirken. So könnte diese bestehende Risiken und Probleme verschärfen, wie zum Beispiel den bereits akuten Personalmangel. Unter anderem würde dies vermutlich durch einen massiven Ausfall von infiziertem oder überlastetem Personal in den Diensten oder einem Einreisestopp für ausländische Arbeitskräfte eintreten. Parallel könnte eine Zunahme an Leistungsanfragen bei Pflegediensten infolge von Belegungsstopps in stationären Pflegeeinrichtungen oder wegen Verhinderung pflegender Angehöriger weitere Risiko-Dynamiken generieren. Es droht nicht nur, dass sich die Zahl der abgelehnten Leistungsanfragen von Seiten der ambulanten Pflegeanbieter weiter erhöht, sondern auch bestehende Klienten bzw. Klientinnen in reduziertem Umfang oder im schlimmsten Fall gar nicht mehr professionell gepflegt werden. Neben den unmittelbaren Folgen für die pflegebedürftigen Menschen könnten damit pflegende Angehörige zusätzlichen Belastungen ausgesetzt werden. Gleichzeitig sind jedoch auch gegenläufige Einflüsse denkbar. So könnten Angehörige Sorge haben, dass Mitarbeitende von ambulanten Diensten den Erreger in das Lebensumfeld der pflegebedürftigen Person tragen und in diesem Zusammenhang die externe Unterstützung zumindest temporär unterbrechen. Hierdurch könnten in manchen Diensten vorübergehend Personallücken verringert werden oder sogar personelle Überkapazitäten entstehen.

Ein hoch bedeutsamer Risikofaktor für die Patientensicherheit ist, wie oben ausführlich dargestellt, die Hygiene. Dieses Thema hat im Zusammenhang mit SARS-CoV-2 zusätzliche Bedeutung in der ambulanten Pflege erlangt. Während der Corona-Pandemie ist die Einhaltung von Hygieneregeln, insbesondere der Händehygiene, von größter Wichtigkeit, um eine Verbreitung des Virus innerhalb der Risikogruppe der pflegebedürftigen Personen zu mindern. In diesem Zusammenhang sollten die Erkenntnisse der

vorliegenden Studie besonders sensibilisierend wirken: Einerseits wurden hier vor der Pandemie von vielen Befragten Fehler in Bezug auf die Händehygiene in ihrem Dienst berichtet und andererseits Hygiene als besonders relevanter Fortbildungs- bzw. Schulungsbereich eingeschätzt. Dies deckt sich auch mit anderen Erkenntnissen aus dem Forschungsfeld Hygiene in der ambulanten Pflege (Strube-Lahmann et al., 2018). Es ist nicht ausgeschlossen, dass Wissen, Problembewusstsein und Sorgfalt in Hinsicht auf Hygienemaßnahmen durch die Krise zeitweise oder sogar dauerhaft steigen. Dann könnten Fehler in diesem Bereich mindestens temporär abnehmen. Andererseits könnten weitere Faktoren, die bereits vor der Corona-Pandemie von den Befragten als erschwerend für die Gewährleistung der Sicherheit eingeschätzt wurden, die Fehleranfälligkeit für die Dauer der Krise erhöhen. Dies könnte zum Beispiel eine Knappheit an Hygienematerial oder zusätzliche zeitliche Überforderung durch eine krisenbedingte Zunahme von Klienten und Klientinnen bzw. durch erheblichen Personalausfall betreffen.

Insgesamt erscheint es gut möglich, dass regionale und lokale Unterschiede in Deutschland – unter anderem in Bezug auf die Betroffenheit von COVID-19, in Bezug auf die Entscheidungen von Politik und Verwaltung vor Ort sowie in Bezug auf die Bedingungen im Versorgungssystem vor der Pandemie – einen Einfluss darauf haben könnten, welche konkreten Auswirkungen auf das Thema Sicherheit in der ambulanten Pflege in der aktuellen Krise beobachtet werden können. Solchen Fragen sollte im Zuge zukünftiger Untersuchungen detailliert nachgegangen werden.

## Literatur

- Absulem, S., & Hardin, H. (2011). Home health nurses' perceived care errors. *Rehabilitation nursing: the official journal of the Association of Rehabilitation Nurses*, 36(3), 98-105, 128. doi: 10.1002/j.2048-7940.2011.tb00073.x
- Aktionsbündnis Patientensicherheit (APS) e.V. (2018). *Berichts- und Lernsysteme erfolgreich nutzen. Handlungsempfehlung für ambulante Einrichtungen im Gesundheitswesen*. Berlin.
- Aktionsbündnis Patientensicherheit (APS) e.V. (2014). *Wege zur Patientensicherheit. Lernzielkatalog für Kompetenzen in der Patientensicherheit. Eine Empfehlung des Aktionsbündnisses Patientensicherheit e.V. für Institutionen und Lehrende im Bereich der Aus-, Fort- und Weiterbildung der Gesundheitsberufe, erstellt von der Arbeitsgruppe Bildung und Training*.
- Althammer, T. (2014). Zielscheibe Smartphone. *Häusliche Pflege*, 23(12), 38-40.
- Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ). *Patientensicherheit-Online*. Online verfügbar unter: [www.aezq.de/patientensicherheit](http://www.aezq.de/patientensicherheit) (06.01.2020)
- Berland, A., Holm, A. L., Gundersen, D., & Bentsen, S. B. (2012). Patient safety culture in home care: experiences of homecare nurses. *Journal of Nursing Management*, 20(6), 794-801. doi: 10.1111/j.1365-2834.2012.01461.x
- Bundesagentur für Arbeit (2019). *Gemeldete Arbeitsstellen nach Berufen (Engpassanalyse) (Monatszahlen): Deutschland: Juli 2019 (Berichte: Analyse Arbeitsmarkt)*. Nürnberg: Bundesagentur für Arbeit, Statistik/Arbeitsmarktberichterstattung. Online verfügbar unter: [statistik.arbeitsagentur.de/Statistikdaten/Detail/201907/analyse/analyse-d-gemeldete-arbeitsstellen-kldb2010/analyse-d-gemeldete-arbeitsstellen-kldb2010-d-0-201907-pdf.pdf](http://statistik.arbeitsagentur.de/Statistikdaten/Detail/201907/analyse/analyse-d-gemeldete-arbeitsstellen-kldb2010/analyse-d-gemeldete-arbeitsstellen-kldb2010-d-0-201907-pdf.pdf) (03.04.2020)
- Bundesagentur für Arbeit (o. J.). *Analyse der gemeldeten Arbeitsstellen, Januar 2015 (Analytikreport der Statistik)*. Nürnberg: Statistik der Bundesagentur für Arbeit. Online verfügbar unter: [statistik.arbeitsagentur.de/Statischer-Content/Statistik-nach-Themen/Statistik-nach-Berufen/Generische-Publikationen/Analyse-Stellenangebot.pdf](http://statistik.arbeitsagentur.de/Statischer-Content/Statistik-nach-Themen/Statistik-nach-Berufen/Generische-Publikationen/Analyse-Stellenangebot.pdf) (03.04.2020)
- Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung (2019). Online verfügbar unter: [www.demografie-portal.de/SharedDocs/Informieren/DE/ZahlenFakten/Pflegebeduerftige\\_Anzahl.html](http://www.demografie-portal.de/SharedDocs/Informieren/DE/ZahlenFakten/Pflegebeduerftige_Anzahl.html) (24.02.2020)
- Büscher, A. (2015). (Patienten)-Sicherheit im Langzeitpflegebereich. In P. Gausmann, M. Henninger, & J. Koppenberg (Hrsg.). *Patientensicherheitsmanagement* (S. 529-538). Berlin, Boston: De Gruyter.
- Callegaro, M., Yu, M., Cheng, F.-W., Liao, D., & Belli, R.F. (2005). Comparison of computerized event history calendar and question-list interviewing methods: A two-year hospitalization history study. In 2004 Proceedings of the American Statistical Association, 59th Annual conference of the American Association for Public Opinion Research (4746-4753). Alexandria: American Statistical Association.
- Canadian Patient Safety Institute (2013). *Safety at home. A Pan-Canadian home care safety study*. Edmonton, AB, Ottawa (Ontario): Canadian Patient Safety Institute.
- Czakert, J., Lehmann, Y., & Ewers, M. (2018). Patientensicherheit in der häuslichen Versorgung – Eine Übersichtsarbeit zu internationalen Handlungsempfehlungen. *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen*, 135-136, 18-26. doi: 10.1016/j.zefq.2018.05.001
- Daxberger, S., Wirth, L. M., Siemer, M., & Hülsken-Giesler, M. (2018). Ambulante Pflege. Entlastung durch Smartphones? *Die Schwester Der Pfleger*, 57(8), 26-28.
- Eggert, S., Sulmann, D., & Teubner, C. (2016). ZQP-Analyse: Erfahrung mit Hygiene in ambulanten Pflegediensten. Zentrum für Qualität in der Pflege (Hrsg.). Online verfügbar unter: [www.zqp.de/wp-content/uploads/Analyse\\_Hygiene\\_Ambulant\\_Pflege.pdf](http://www.zqp.de/wp-content/uploads/Analyse_Hygiene_Ambulant_Pflege.pdf) (06.04.2020).
- Elfering, A., Semmer, N. K., & Grebner, S. (2006). Work stress and patient safety: Observer-rated work stressors as predictors of characteristics of safety-related events reported by young nurses. *Ergonomics*, 49 (5-6), 457-469. doi: 10.1080/00140130600568451

- Ewen, B. M., Combs, R., Popelas, C., & Faraone, G. M. (2012). Chemotherapy in Home Care: One Team's Performance Improvement Journey Toward Reducing Medication Errors. *Home healthcare nurse*, 30(1), 28-37. doi: 10.1097/NHH.0b013e318233a75e
- Görres, S., Warfelmann, C., Meinecke, P., & Riemann, M. (2018). Perspektivenwerkstatt Patientensicherheit in der ambulanten Pflege. Abschlussbericht für das Zentrum für Qualität in der Pflege (ZQP).
- Hajek, A., Lehnert, T., Wegener, A., Riedel-Heller, S. G., & König, H.-H. (2018). Langzeitpflegepräferenzen der Älteren in Deutschland – Ergebnisse einer bevölkerungsrepräsentativen Umfrage. *Gesundheitswesen*, 80(8-09), 685-692. doi: 10.1055/s-0042-124663
- Hanke, F. (2006). Acht-R-Regeln machen die Medikamentengabe sicher. *Pflegen Ambulant*, 17(4), 12-15.
- Hignett, S., Edmunds Otter, M., & Keen, C. (2016). Safety risks associated with physical interactions between patients and caregivers during treatment and care delivery in Home Care settings: A systematic review. *International Journal of Nursing Studies*, 59, 1-14. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2016.02.011
- Hickner, J., Smith, S. A., Yount, N., & Sorra, J. (2016). Differing perceptions of safety culture across job roles in the ambulatory setting: analysis of the AHRQ Medical Office Survey on Patient Safety Culture. *BMJ Quality & Safety*;25, 588-594. doi: 10.1136/bmjqs-2014-003914
- Kirk, S., Parker, D., Claridge, T., Esmail, A., & Marshall, M. (2007). Patient safety culture in primary care: developing a theoretical framework for practical use. *Quality and Safety in Health Care*. 16(4), 313-320. doi: 10.1136/qshc.2006.018366
- Krall, E. A., Valadian, I., Dwyer, J. T., & Gardner, J. (1989). Accuracy of recalled smoking data. *American Journal of Public Health*, 79, 200-202. doi: 10.2105/AJPH.79.2.200
- Krumpal, I. (2013). Determinants of social desirability bias in sensitive surveys: A literature review. *Quality & Quantity*, 47, 2025-2047. doi: 10.1007/s11135-011-9640-9
- Loczenski, B. (2008). Lücken in der Hygiene gefährden Patienten und Mitarbeiter. *Pflegezeitschrift*, 3, 141-144.
- Manser, T., Brösterhaus, M., & Hammer, A. (2016). Man kann nur das verbessern, was man auch misst: Verfügbare Messinstrumente zum Sicherheitsklima in deutschsprachigen Ländern zur Förderung der Sicherheitskultur im Gesundheitswesen. *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen*, 115, 58-71. doi: 10.1016/j.zefq.2016.07.003
- Masotti, P.; McColl, M. A., & Green, M. (2010). Adverse events experienced by homecare patients: a scoping review of the literature. *International journal for quality in health care: journal of the International Society for Quality in Health Care*, 22 (2), 115-125. doi: 10.1093/intqhc/mzq003.
- McAuliffe, T. L., DiFranceisco, W. & Reed, B. (2010). Low numeracy predicts reduced accuracy of retrospective reports of frequency of sexual behavior. *AIDS and Behavior*, 14, 1320-1329. doi: 10.1007/s10461-010-9761-5
- MDS (2017). 5. Pflege-Qualitätsbericht des MDS nach § 114A Abs. 6 SGB XI. Qualität in der ambulanten und stationären Pflege. Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e. V. (MDS) Essen (Hrsg.).
- Meyer-Masseti, C., Krummenacher, E., Hedinger-Grogg, B. S. Luterbacher, & K. E. Hersberger (2016). Medikationssicherheit im Home Care Bereich. *Pflege* 29(5), 247-255. doi: 10.1024/1012-5302/a000498
- Neugebauer, F. (2018). Risikomanagement und Patientensicherheit im Kontext Pflege. In A. Kuhlmei, S. Greß, J. Klauber, & A. Schwinger (Hrsg.). *Pflege-Report 2018* (S. 53-62). Berlin, Heidelberg: Springer.
- 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, 493-497. doi: 10.1016/j.zefq.2009.08.007
- RKI (2020). Optionen zum Management von Kontaktpersonen unter medizinischem Personal (auch bei Personalmangel) in Arztpraxen und Krankenhäusern (Stand: 03.04.2020). [www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges\\_Coronavirus/HCW.html](http://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/HCW.html)

- Rutherford, A., & Fernie, G. (2005). The accuracy of footballers' frequency estimates of their own football heading. *Applied Cognitive Psychology*, 19, 477-487. doi: 10.1002/acp.1091
- Schrappe, M. (2018). APS-Weißbuch Patientensicherheit. Sicherheit in der Gesundheitsversorgung: neu denken, gezielt verbessern. Aktionsbündnis für Patientensicherheit (Hrsg.). MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Berlin.
- Sellge, E., & Hagenmeyer, E.-G. (2019). Digitalisierung und Patientensicherheit. In J. Klauber, M. Geraedts, J. Friedrich, & J. Wasem (Hrsg.). *Krankenhaus-Report 2019* (129-144).
- Skarbek-Kozietulska, A., Preisendörfer P., & Wolter, F. (2012). Leugnen oder gestehen? Bestimmungsfaktoren wahrer Antworten in Befragungen. *Zeitschrift für Soziologie*, 41, 5-23. doi: 10.1515/zfsoz-2012-0103
- Skogan, W. G. (1986). Methodological issues in the study of victimization. In E. A. Fattah (Hrsg.), *From crime policy to victim policy* (80–116). London: Macmillan.
- Smith, P. D., Boyd, C., Bellantoni, J., Roth, J., Becker, K. L., Savage, J., Nkimbeng, M., & Szanton, S. L. (2016). Communication between office-based primary care providers and nurses working within patients' homes: an analysis of process data from CAPABLE. *Journal of clinical nursing*, 25(3-4), 454-462. doi: 10.1111/jocn.13073
- Statistisches Bundesamt (2020). *Pflegestatistik – Ambulante und stationäre Pflegeeinrichtungen: Grunddaten, Personalbestand, Pflegebedürftige, Empfänger und Empfängerinnen von Pflegegeldleistungen*, Statistisches Bundesamt, Zweigstelle Bonn. [www.gbe-bund.de/gbe10/pkg\\_isgbe5.prc\\_isgbe?p\\_uid=gast&p\\_aid=0&p\\_sprache=D](http://www.gbe-bund.de/gbe10/pkg_isgbe5.prc_isgbe?p_uid=gast&p_aid=0&p_sprache=D) (24.02.2020)
- Statistisches Bundesamt (2018). *Pflegestatistik 2017: Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung: Deutschlandergebnisse*. Wiesbaden.
- Sturkey, E. N., Linker, S., Keith, D. D., & Comeau, E. (2005). Improving wound care outcomes in the home setting. *Journal of nursing care quality*, 20(4), 349–355. doi: 10.1097/00001786-200510000-00011
- Strube-Lahmann, S., Suhr, R., Kuntz, S., Lahmann, N. (2018). Patientensicherheit – Einsatz von Richtlinien zum Umgang mitmultiresistenten Erregern in der ambulanten Pflege. *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen*, 135-136, 27-33. doi: 10.1016/j.zefq.2018.07.001
- Suhr, R., Raeder, K., Kuntz, S., Strube-Lahmann, S., Latendorf, A., Klingelhöfer-Noe, J., & Lahmann N. (2019). Strukturparameter und pflegerische Ergebnisqualität in der ambulanten Pflege. *Gesundheitswesen*, 81(08/09), 590-598. doi: 10.1055/a-0600-2348
- Swedberg, L., Chiriac, E. H., Tornkvist, L., & Hylander, I.(2013). From risky to safer home care: health care assistants striving to overcome a lack of training, supervision, and support. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 8, 20758. doi: 10.3402/qhw.v8i0.20758
- Tourangeau, R., & Yan, T. (2007). Sensitive questions in surveys. *Psychological Bulletin*, 133, 859–883. doi: 10.1037/0033-2909.133.5.859
- Vanden Abeele, M., Beullens, K., & Roe, K. (2013). Measuring mobile phone use: Gender, age and real usage level in relation to the accuracy and validity of self-reported mobile phone use. *Mobile Media & Communication*, 1, 213-236. doi: 10.1177/2050157913477095
- Warner, M., Schenker, N., Heinen, M. A., & Fingerhut, L. A. (2005). The effects of recall on reporting injury and poisoning episodes in the National Health Interview Survey. *Injury Prevention*, 11, 282-287. doi: 10.1136/ip.2004.006965
- Wolter, F. (2012). *Heikle Fragen in Interviews. Eine Validierung der Randomized ResponseTechnik*. Wiesbaden: Springer VS.
- World Health Organization (WHO) (2009). *WHO Guidelines on Hand Hygiene in Health Care. First Global Patient Safety Challenge. Clean Care is Safer Care*. Genf: WHO Press.
- Zentrum für Qualität in der Pflege (ZQP) (2018). *ZQP-Perspektivenwerkstatt 2018. Patientensicherheit in der ambulanten Pflege. Zentrale Ergebnisse*. Online verfügbar unter: [www.zqp.de/wp-content/uploads/ZQP-Patientensicherheit-Ergebnispapier.pdf](http://www.zqp.de/wp-content/uploads/ZQP-Patientensicherheit-Ergebnispapier.pdf) (06.01.2020)