



## Perspektivenwerkstatt Patientensicherheit in der ambulanten Pflege

Abschlussbericht für das ZQP

November 2018

Universität Bremen  
Institut für Public Health und Pflegeforschung (IPP)  
UBC Zentrum für Alters- und Pflegeforschung

Prof. Dr. Stefan Görres, Abteilungsleitung  
Dr. Caroline Warfelmann  
Paulina Meinecke  
Maren Riemann

### Zitation:

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).

## Inhaltsverzeichnis

|         |  |    |
|---------|--|----|
| 1.      | Einleitung – Patientensicherheit in der ambulanten Pflege.....           | 6  |
| 2.      | Systematische Literaturrecherche.....                                    | 9  |
| 2.1     | Ziel und Fragestellungen .....   | 9  |
| 2.2     | Methodisches Vorgehen .....  | 9  |
| 2.2.1   | Kriterien für den Ein- und Ausschluss der Literatur.....                 | 9  |
| 2.2.2   | Literatursuche .....   | 13 |
| 2.2.3   | Identifizierung relevanter Studien und Vorgehen der Datenextraktion..... | 14 |
| 2.3     | Ergebnisse der Literaturrecherche.....                                   | 15 |
| 2.3.1   | Charakteristika der eingeschlossenen Literatur.....                      | 17 |
| 2.3.2   | Ergebnisse der thematischen Gruppierung und Datenextraktion.....         | 18 |
| 2.3.3   | Cluster: Epidemiologie unerwünschter Ereignisse.....                     | 19 |
| 2.3.3.1 | Verwendete Definitionen und Methodik .....                               | 19 |
| 2.3.3.2 | Inzidenzraten, Häufigkeiten und Arten unerwünschter Ereignisse.....      | 21 |
| 2.3.4   | Cluster: Sicherheitskultur und Fehler- bzw. Ereignismeldesysteme.....    | 23 |
| 2.3.4.1 | Problemstand .....   | 23 |
| 2.3.4.2 | Lösungsansätze.....  | 24 |
| 2.3.4.3 | Empfehlungen .....   | 25 |
| 2.3.5   | Cluster: Ursachen unerwünschter Ereignisse .....                         | 25 |
| 2.3.5.1 | Problemstand .....   | 25 |
| 2.3.5.2 | Lösungsansätze.....  | 28 |
| 2.3.5.3 | Empfehlungen .....   | 28 |
| 2.3.6   | Cluster: Medikamentenassoziierte Ereignisse .....                        | 29 |
| 2.3.6.1 | Problemstand .....   | 29 |
| 2.3.6.2 | Lösungsansätze.....  | 31 |
| 2.3.6.3 | Empfehlungen .....   | 32 |
| 2.3.7   | Cluster: Hygienebedingte unerwünschte Ereignisse .....                   | 33 |
| 2.3.7.1 | Problemstand .....   | 34 |
| 2.3.7.2 | Lösungsansätze.....  | 34 |
| 2.3.7.3 | Empfehlungen .....   | 35 |
| 2.3.8   | Cluster: Unerwünschte Ereignisse im Rahmen der Wundversorgung.....       | 35 |
| 2.3.8.1 | Problemstand .....   | 35 |
| 2.3.8.2 | Lösungsansätze.....  | 36 |

|          |   |    |
|----------|---|----|
| 2.3.8.3  | Empfehlungen .....  | 37 |
| 2.3.9    | Cluster: Sturzereignisse.....   | 37 |
| 2.3.9.1  | Problemstand .....  | 37 |
| 2.3.9.2  | Lösung.....   | 38 |
| 2.3.9.3  | Empfehlung .....  | 38 |
| 2.3.10   | Cluster: Mangelernährung .....  | 39 |
| 2.3.10.1 | Problemstand .....  | 39 |
| 2.3.10.2 | Lösungsansätze.....   | 39 |
| 2.3.10.3 | Empfehlungen .....  | 39 |
| 2.4      | Zusammenfassung der Literaturrecherche.....   | 40 |
| 3.       | Inhaltliche Darstellung der vier Fachkonferenzen .....  | 44 |
| 3.1      | Fachkonferenz I.....  | 44 |
| 3.1.1    | Ablauf der ersten Fachkonferenz und methodisches Vorgehen der Auswertung....                                      | 44 |
| 3.1.2    | Ergebnisse der ersten Fachkonferenz.....  | 46 |
| 3.1.2.1  | Hauptkategorie: Rollen und Aufgaben der an der Pflege beteiligten Personen in Bezug auf Patientensicherheit ..... | 46 |
| 3.1.2.2  | Hauptkategorie: Kommunikation.....  | 48 |
| 3.1.2.3  | Hauptkategorie: Wissen und Kompetenzen der beruflich Pflegenden.....  | 49 |
| 3.1.2.4  | Hauptkategorie: Medikamentenassoziierte Fehler.....   | 51 |
| 3.1.2.5  | Hauptkategorie: Fehler- bzw. Ereignismeldesysteme.....  | 52 |
| 3.1.2.6  | Hauptkategorie: Big Data/Register.....  | 53 |
| 3.1.2.7  | Hauptkategorie: Grundsätzliches zur Patientensicherheit in der ambulanten Pflege .....                            | 54 |
| 3.2      | Fachkonferenz II .....  | 54 |
| 3.2.1    | Ablauf der zweiten Fachkonferenz .....  | 55 |
| 3.2.2    | Ergebnisse der zweiten Fachkonferenz.....   | 56 |
| 3.2.2.1  | Hauptkategorie: Verantwortlichkeiten zur Patientensicherheit.....   | 56 |
| 3.2.2.2  | Hauptkategorie: Stand der Sicherheitskultur.....  | 58 |
| 3.2.2.3  | Hauptkategorie: Nutzen von Fehler- bzw. Ereignismeldesystemen/CIRS.....   | 58 |
| 3.3      | Fachkonferenz III.....  | 60 |
| 3.3.1    | Ablauf der dritten Fachkonferenz.....   | 60 |
| 3.3.2    | Ergebnisse der dritten Fachkonferenz .....  | 61 |
| 3.3.2.1  | Hauptkategorie: Medikation - Stand Sicherheitskultur.....   | 61 |
| 3.3.2.2  | Hauptkategorie: Hygiene.....  | 63 |
| 3.3.2.3  | Hauptkategorie: Kommunikation und Informationsfluss.....  | 64 |

|     |   |    |
|-----|---|----|
| 3.4 | Fachkonferenz IV.....   | 66 |
| 4.  | Resümee der Perspektivenwerkstatt und Ausblick.....                             | 69 |
|     | Literaturverzeichnis.....   | 72 |
|     | Anhang.....   | 78 |
|     | Anhang 1 Liste der ausgeschlossenen Volltexte .....                             | 78 |
|     | Anhang 2 Suchsyntax zur Datenbankrecherche.....                                 | 92 |
|     | Anhang 3 Suchsyntax der Datenbankrecherche am Beispiel von MEDLINE .....        | 93 |
|     | Anhang 4 Fragenkatalog zur 1. Fachkonferenz der ZQP -Perspektivenwerkstatt..... | 96 |

## Tabellenverzeichnis

|   |    |
|---|----|
| Tabelle 1: Ein- und Ausschlusskriterien der systematischen Datenbankrecherche.....                          | 12 |
| Tabelle 2: Deutsche und englische Suchsyntax der Datenbankrecherche.....                                    | 13 |
| Tabelle 3: Thematische Cluster der eingeschlossenen Literatur.....  | 18 |
| Tabelle 4: Verwendete Definitionen der eingeschlossenen Publikationen .....                                 | 20 |
| Tabelle 5: Auswertung FK 1 – Kategoriensystem .....   | 45 |
| Tabelle 6: Auswertung FK 2 – Kategoriensystem .....   | 56 |
| Tabelle 7: Auswertung FK 3 – Kategoriensystem .....   | 61 |
| Tabelle 8: Liste der ausgeschlossenen Volltexte mit Begründung .....  | 78 |
| Tabelle 9: Erstellung der Suchsyntax zur Datenbankrecherche anhand<br>des Block-Building-Approaches.....    | 92 |
| Tabelle 10: Suchsyntax der Datenbankrecherche am Beispiel von<br>MEDLINE ( via PubMed) vom 08.02.2017 ..... | 93 |

## Abbildungsverzeichnis

|  |    |
|--|----|
| Abbildung 1: Darstellung der verwendeten Suchsyntax .....                | 10 |
| Abbildung 2: Flussdiagramm der Literaturselektion .....                  | 16 |
| Abbildung 3: Länderzugehörigkeit der identifizierten Publikationen ..... | 17 |
| Abbildung 4: Arten der identifizierten Publikationen .....               | 18 |

## 1. Einleitung – Patientensicherheit in der ambulanten Pflege

Patientensicherheit ist das Ergebnis aller Maßnahmen in Klinik und Praxis, die darauf gerichtet sind, Patienten<sup>1</sup> (und Pflegebedürftige) vor unerwünschten Ereignissen und vermeidbaren Schäden zu bewahren. Dies betrifft mögliche Fehler in der direkten Behandlung ebenso wie jene in der Gesundheitsversorgung insgesamt (APS 2018). Angestoßen durch den bereits 1999 veröffentlichten Bericht „To err is human: Building a Safe Health Care System“ des amerikanischen Instituts of Medicine (Kohn et al. 2000), hat sich auch in Deutschland in den letzten Jahren die Politik und Öffentlichkeit verstärkt dem Thema der Patientensicherheit und den damit verbundenen Maßnahmen gewidmet (Koppenberg 2012). Kohn und Kollegen stellen in ihrem Bericht fest, dass in den USA pro Jahr etwa 44.000 bis 98.000 Amerikaner an den Folgen medizinischer Fehler, die im Krankenhaus geschehen, versterben (Kohn et al. 2000). Dies ist eine bedeutungsvolle Veröffentlichung, da bis zu diesem Zeitpunkt das Auftreten von Fehlern in der Medizin ein Tabuthema darstellte (Koppenberg 2012).

Die Debatte in den USA hat auch Akteure im deutschen Gesundheitswesen veranlasst, sich mit dieser Problematik zu befassen. Dies führte im Jahr 2005 zur Gründung des Aktionsbündnisses Patientensicherheit e.V. (APS) (Schrappe 2013). Das Aktionsbündnis und andere Institutionen des Gesundheitswesens wie die Ärztekammer, die deutsche Krankenhausgesellschaft und die Krankenkassen, haben in den letzten Jahren Handlungsempfehlungen erarbeitet, die bereits in vielen Institutionen Anwendung finden (Deutscher Pflegerat e.V. 2014). Nahezu alle dieser Handlungsempfehlungen fokussieren das stationäre Setting und befassen sich überwiegend mit medizinischen Fragestellungen (APS e.V. 2016; Deutscher Pflegerat e.V. 2014; Schrappe 2013). Das ambulante Setting der Gesundheitsversorgung wurde in dieser Debatte bisher wenig berücksichtigt (Krüger-Brand 2014), der Begriff „Patientensicherheit“ findet in der ambulanten Langzeitpflege derzeit kaum Anwendung. Ein Grund könnte sein, dass in der Regel von Kunden, Klienten oder Pflegebedürftigen gesprochen wird und nicht von Patienten. Ferner werden Aspekte der Sicherheit pflegerischer Tä-

---

<sup>1</sup> Der Begriff „Patientensicherheit“ bezieht sich nicht ausschließlich auf das Wohlergehen von Patienten, vielmehr schließt er pflegebedürftiger Personen mit ein.

Im Interesse einer besseren Lesbarkeit wird nicht ausdrücklich in geschlechterspezifische Personenbezeichnungen differenziert. Die gewählte männliche Form schließt eine adäquate weibliche Form gleichberechtigt ein.

tigkeiten üblicherweise im Rahmen von Qualitätssicherung und -entwicklung betrachtet (Büscher 2015).

Im Unterschied zur stationären Akutbehandlung in Krankenhäusern und der stationären Langzeitpflege ist Patientensicherheit in der ambulanten Pflege kaum untersucht. Daher besteht Forschungs- und Handlungsbedarf. Immerhin wurden in Deutschland im Jahr 2015 2,08 Millionen Menschen im häuslichen Umfeld gepflegt (Statistisches Bundesamt 2017). Ein Großteil wurde ausschließlich von ihren Angehörigen betreut. Ambulante Pflegedienste, von denen bundesweit etwa 13.300 mit insgesamt 355.600 Beschäftigten tätig sind, versorgten entweder vollständig allein oder zusammen mit Angehörigen 692.000 pflegebedürftige Menschen (Statistisches Bundesamt 2017). Bei dieser großen Anzahl an Pflegebedürftigen gepaart mit einem hohen Maß an Pflegebedürftigkeit und bereits eingeschränkter Gesundheit ist grundsätzlich die Wahrscheinlichkeit für das Auftreten von etwaigen unerwünschten Ereignissen im ambulanten Bereich gegeben. Die Konstellation birgt ein hohes Gefährdungspotenzial dieser Personengruppe für spezielle Risiken, die im Zusammenhang mit der pflegerischen Versorgung stehen. Zu diesen Risiken zählen beispielsweise Sturzereignisse, die Entstehung von Dekubitus, medikamentenassoziierte Ereignisse, Mangelernährung oder Kontrakturen der Gelenke. Das genaue Ausmaß der unerwünschten Ereignisse bei Pflegebedürftigen ist jedoch unklar. Für Deutschland liegen nur wenig zuverlässige Zahlen vor (Büscher 2015). Hinweise für das Auftreten von unerwünschten Ereignissen bei Pflegebedürftigen, die durch einen ambulanten Pflegedienst betreut werden, finden sich im Pflege-Qualitätsbericht des Medizinischen Dienstes des Spaltenverbandes Bund der Krankenkassen (MDS 2017). Im Jahr 2016 konnten u. a. bei 11,7 % der untersuchten pflegebedürftigen Personen Unstimmigkeiten bei der Gabe von Medikamenten aufgedeckt werden. Einen Dekubitus oder eine chronische Wunde wiesen 2,9 % der Pflegebedürftigen auf und bei 13,1 % dieser Personen wurde die Wundversorgung nicht unter Berücksichtigung des aktuellen Standes des Wissens erbracht. Bei 20,4 % der Pflegebedürftigen, die ein Risiko für Gelenkkontrakturen aufwiesen, fehlte eine nachvollziehbare Dokumentation darüber, inwieweit der ambulante Pflegedienst auf dieses Risiko bei der Versorgung einging (MDS 2017). Daraus folgt, dass das Risiko für das Eintreten der oben genannten unerwünschten Ereignisse bei in der Häuslichkeit versorgten Pflegebedürftigen durchaus gegeben ist (Büscher 2015). Ein systematisches Review, welches Studien aus den USA, Kanada und Australien vergleicht, konnte eine internationale Gesamtinzidenzrate unerwünschter Ereignisse im ambulanten Pflegesektor zwischen 3,5 % und

15,1 % in den jeweilig betrachteten Studienpopulationen aufzeigen (Masotti et al. 2010). Die Folgen dieser Ereignisse sind oft gravierend und führen in der Regel zu einer erhöhten Inanspruchnahme des Gesundheitssystems (Canadian Patient Safety Institute 2013). Die Risiko-konstellation ergibt sich vor allem auch aus dem gleichzeitigen Agieren diverser Akteure in einer häufig komplexen Versorgungssituation. Dies ist nicht nur eine besondere Herausforderung an alle Beteiligten, sondern vor dem Hintergrund des demografischen Wandels und der steigenden Anzahl häuslich versorger pflegebedürftiger Personen wird in Zukunft auch ein besseres Verständnis der spezifischen Probleme und Herausforderungen der Sicherheit dieser Personengruppe nötig sein (Lang et al. 2008).

Die vielfältigen Hintergrundaspekte zum Thema „Patientensicherheit in der ambulanten Pflege“ sind Anlass für das Zentrum für Qualität in der Pflege (ZQP), diesen Gegenstand über das Format einer Perspektivenwerkstatt aufzugreifen und systematisch zu bearbeiten mit dem Ziel, wissenschaftsbasierte und praxisrelevante Empfehlungen zur Verbesserung der Sicherheit ambulant versorger Pflegebedürftiger vorzulegen und damit einen ersten Schritt in Richtung eines gemeinsamen Qualitätsverständnisses der Patientensicherheit in der ambulanten Pflege zu beschreiten. Auftragnehmer für die Organisation und Begleitung dieser Perspektivenwerkstatt ist das UBC Zentrum für Alters- und Pflegeforschung der Universität Bremen Campus GmbH (Leitung Prof. Dr. Stefan Görres), eine hundertprozentige Tochter der Universität Bremen. Der Projektzeitraum war 01.12.2016 bis 30.09.2018.

Die ZQP-Perspektivenwerkstatt ist ein festgelegtes Format, das mehrere Arbeitsteile umfasst: Als Ausgangspunkt wurde eine wissenschaftsbasierte Literaturübersicht zur Datenlage nationaler sowie internationaler Verfahren zur Patientensicherheit in der ambulanten Pflege erstellt. Drei aufeinander folgende Fachkonferenzen zum Thema mit Experten aus der Wissenschaft, der Verbandsebene sowie der Praxis haben das Vorgehen ergänzt. Das Gesamtergebnis wurde im September 2018 im Rahmen einer abschließenden Konferenz in Berlin der Fachöffentlichkeit vorgestellt. Zur Begleitung und inhaltlichen Beratung der Arbeit der Perspektivenwerksatt wurde ein Steuerungskreis mit Vertretern aus Leistungsträgern, Leistungserbringern, Wissenschaft, Berufsvertretung und Politik eingerichtet. Alle Aktivitäten der Perspektivenwerkstatt wurden regelmäßig über die gesamte Laufzeit dokumentiert.

## 2. Systematische Literaturrecherche

### 2.1 Ziel und Fragestellungen

Im Rahmen einer systematischen Datenbank- und Literaturrecherche zu Beginn der Perspektivenwerkstatt erfolgte zunächst eine orientierende, systematische Sichtung und Zusammenfassung des aktuellen nationalen und internationalen Forschungsstandes zur Patientensicherheit in der ambulanten Pflege. Folgende Forschungsfragen waren dabei leitend:

- In welchem Umfang und zu welchen spezifischen Themenbereichen liegen Publikationen mit Bezug zur Patientensicherheit in der ambulanten pflegerischen Versorgung vor?
- Welche Problemstände, Lösungsansätze und Empfehlungen finden sich in der eingeschlossenen Literatur?

### 2.2 Methodisches Vorgehen

Angesichts der relativ weit gefassten Forschungsfragen zum Thema „Patientensicherheit in der ambulanten Pflege“ bietet sich als methodisches Vorgehen das sogenannte *Scoping Review* an. Ein *Scoping Review* vermittelt einen ersten Eindruck über den Forschungsgegenstand und ermöglicht eine relativ systematische Darstellung der vorfindbaren Literatur (Armstrong et al. 2011). Im Gegensatz dazu steht das Format einer systematischen Übersichtsarbeit, bei der eine klar definierte und enggefasste Forschungsfrage den Prozess der Literatursélection lenkt.

Im Folgenden werden jene Kriterien beschrieben, die die Grundlage für den Ein- oder Ausschluss einer Publikation für die anschließende Auswertung bildeten. Die Kriterien werden in Tabelle 1 zusammengefasst dargestellt. Im Anschluss werden die Systematik des Vorgehens bei der systematischen Suche nach den Publikationen beschrieben sowie die Methodik der Datenextraktion und die Analyse der eingeschlossenen Veröffentlichungen erläutert.

#### 2.2.1 Kriterien für den Ein- und Ausschluss der Literatur

Als Zielgruppe der eingeschlossenen Publikationen waren jene Personen von Interesse, die in der häuslichen Umgebung pflegerisch versorgt werden und Angebote zur Unterstützung im Alltag erhalten. Das Alter der Personen unterlag dabei keiner Eingrenzung. Zur Konkretisierung der Ein- und Ausschlusskriterien wurde die häusliche Pflege bzw. Krankenpflege im Sin-

ne des SGB XI und SGB V sowie der häuslichen Krankenpflege-Richtlinie des GBA definiert bzw. interpretiert. Zusätzlich zu der Population der pflegebedürftigen Personen wurde auch Literatur betrachtet, die den Fokus auf die formell oder informell Pflegenden legt, welche die pflegerische Tätigkeit in der Häuslichkeit erbringen. Ausgeschlossen wurden Artikel, die vorwiegend die Tätigkeiten von anderen Berufsgruppen wie Ärzten oder Therapeuten betrachten. Abbildung 1 gibt einen Überblick über die Suchsyntax mit den Zielgrößen, dem Setting und der Population.

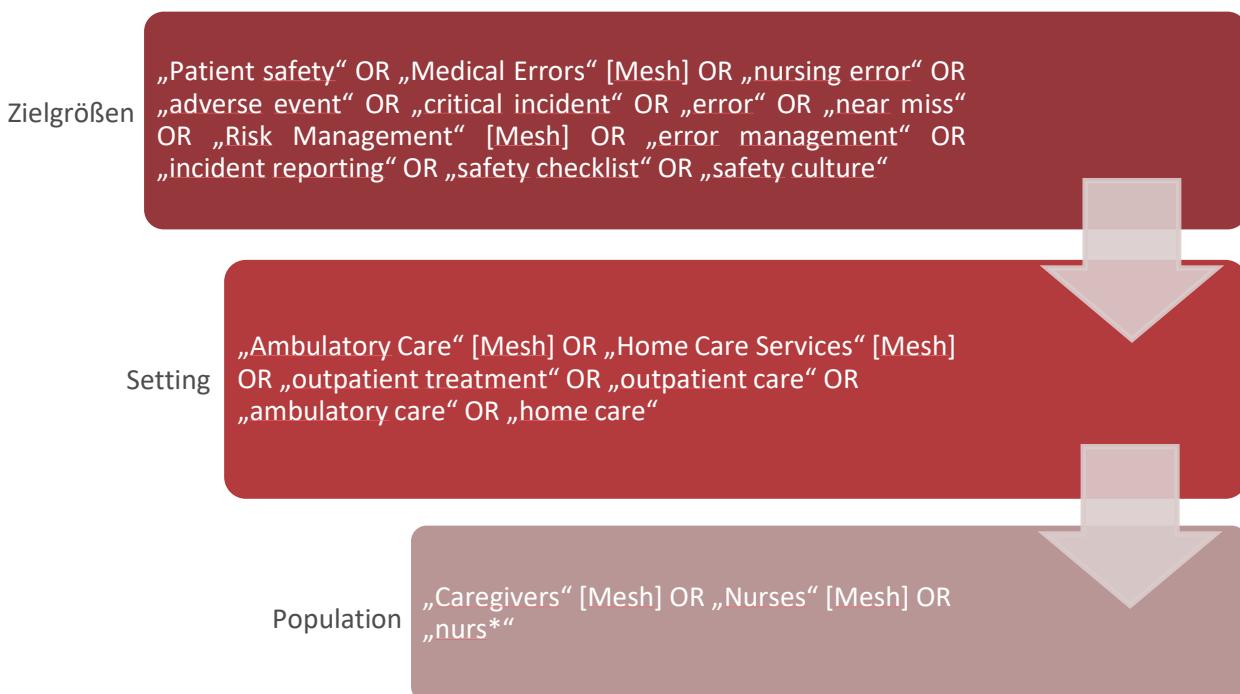


Abbildung 1: Darstellung der verwendeten Suchsyntax

Für den Einschluss relevanter Zielgrößen bei der Suche waren unerwünschte Ereignisse, kritische Ereignisse und Pflegefehler bezogen auf die häusliche pflegerische Versorgung sowie bei Angeboten zur Unterstützung im Alltag. Zusätzlich wurden Quellen eingeschlossen, die Faktoren mit einem erheblichen Einfluss auf die Patientensicherheit bei der Erbringung von ambulanten pflegerischen Leistungen haben sowie qualitative Studien, in denen bestimmte Sichtweisen von Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen auf das Thema Patientensicherheit thematisiert werden. Schließlich wurden auch wissenschaftliche Evaluationen von internen Verfahren, Fehler- bzw. Ereignismeldesystemen und Konzepten der Patientensicherheit und Sicherheitskultur in Verbindung mit häuslicher Pflege sowie bei Angeboten zur Unterstützung im Alltag einbezogen.

Ausgeschlossen wurden Artikel über Arbeitsunfälle und Verletzungen von Beruflich Pflegenden sowie Publikationen über Dienstleistungen im Bereich des „Ambient Assisted Living“ (AAL), die nicht von einem Pflegedienst erbracht werden. Obwohl die Schädigung oder der Missbrauch eines Patienten im gleichen Ausmaß wie ein Pflegefehler unerwünschte Ereignisse in der Gesundheitsversorgung darstellen können (WHO 2009), wurde das Thema *Gewalt* und *Vernachlässigung* im Rahmen des Scoping Reviews nicht behandelt. Dies wird u. a. durch die unterschiedlichen Definitionen von Gewalt und Fehlern begründet. Die WHO sieht Gewalt als den „[...] *absichtliche[n]* Gebrauch von angedrohtem oder tatsächlichem körperlichem Zwang oder physischer Macht gegen die eigene oder eine andere Person [...]“ (WHO 2002, eigene Hervorhebung). Dagegen kann ein Fehler im Kontext der Patientensicherheit als eine Handlung oder das Unterlassen einer Tätigkeit, welche *unbeabsichtigt* und *versehentlich* geschieht, definiert werden (WHO 2009). Die in der Studie analysierte Literatur legt den Fokus auf unerwünschte Ereignisse, die nicht auf Gewalt oder willentlich herbeigeführter Vernachlässigung beruhen. Sie betrachtet Fehler und unerwünschte Ereignisse, welche in Interaktion mit informell und formell Pflegenden versehentlich oder aus Unachtsamkeit, bzw. ganz ohne deren Beteiligung geschah. Darüber hinaus war zu befürchten, dass der Einchluss des Themas Gewalt in der Pflege, welches in der Vergangenheit bereits zu polarisierenden Diskussionen geführt hat, von der eigentlichen Fragestellung der Literaturrecherche wegführen könnte.

Das Setting der eingeschlossenen Artikel fokussiert die Häuslichkeit bzw. das soziale Umfeld der Personen, in dem die Leistungen der häuslichen Pflege oder Angebote zur Unterstützung im Alltag erbracht wurden. Veröffentlichungen über stationäre und teilstationäre Einrichtungen wie Tages-, Nacht- und Kurzzeitpflege, stationäre Pflegeeinrichtungen und Krankenhäuser sowie Artikel, die das Überleitungs- und Entlassungsmanagement thematisierten, wenn dieses von der stationären Einrichtung koordiniert wurde, wurden nicht berücksichtigt.

Des Weiteren wurden Studien und Fachartikel jeglichen Designs und Evidenzgrades in deutscher oder englischer Sprache eingeschlossen, um ein möglichst vollständiges Abbild der aktuellen Literatur zu dieser Thematik zu erhalten. Der Veröffentlichungszeitraum der Artikel liegt zwischen 1999 und 2017.

Tabelle 1: Ein- und Ausschlusskriterien der systematischen Datenbankrecherche

| Einschlusskriterien   | Ausschlusskriterien   |
|---|---|
| <p>Alle Personen, die Leistungen der <b>häuslichen Pflege/Krankenpflege</b><sup>2</sup> und/oder Angebote zur Unterstützung im Alltag erhalten</p> <p>Alle Personen, die Leistungen der <b>häuslichen Pflege/Krankenpflege</b> und/oder Angebote zur Unterstützung im Alltag erbringen</p>  | <p>Personen, die weder Leistungen der <b>häuslichen Pflege/Krankenpflege</b> noch <b>Angebote zur Unterstützung im Alltag</b> erhalten</p> <p>Ärzte und andere Dienstleister im ambulanten Sektor (z. B. Therapeuten, Rettungsdienste, u.a.)</p>  |
| <p>Alle <b>unerwünschten Ereignisse, vermeidbaren unerwünschten Ereignissen, kritischen Ereignissen und Pflegefehlern</b> im Rahmen der häuslichen Pflege/Krankenpflege und/oder bei Angeboten zur Unterstützung im Alltag</p> <p><b>Faktoren, die die Patientensicherheit</b> bei der Durchführung von häuslicher Pflege/Krankenpflege und Angeboten zur Unterstützung im Alltag <b>beeinflussen</b></p> <p><b>Sichtweisen von Patienten, Angehörigen und beruflich Pflegenden</b> auf Patientensicherheit im Rahmen von häuslicher Pflege/Krankenpflege und/oder bei Angeboten zur Unterstützung im Alltag</p> <p><b>Wissenschaftliche Evaluationen von internen Verfahren, Fehler- bzw. Ereignismeldesystemen und Konzepten der Patientensicherheit und Sicherheitskultur</b> im Rahmen von häuslicher Pflege/Krankenpflege und/oder bei Angeboten zur Unterstützung im Alltag</p> | <p>Arbeitsunfälle und Verletzungen von beruflich Pflegenden bei der Durchführung von pflegerischen Tätigkeiten</p> <p>Dienstleistungen im Bereich des „Ambient Assisted Living“ (AAL), die nicht von einem Pflegedienst erbracht werden</p> <p>Gewalt und Vernachlässigung in der Pflege</p>                                  |
| <p>Das soziale Umfeld der Personen, in dem Leistungen der <b>häuslichen Pflege/Krankenpflege</b> und/oder <b>Angebote zur Unterstützung im Alltag</b> erbracht werden</p>   | <p>Alle <i>stationären</i> Einrichtungen (Tagespflege, Nachtpflege, Kurzzeitpflege, Pflegeheime und Krankenhäuser, auch wenn hier zum Teil Leistungen der häuslichen Pflege/Krankenpflege erbracht werden)</p> <p>Überleitungs- und Entlassungsmanagement ausgehend von stationären Einrichtungen in das häusliche Umfeld</p> |
| <p>Veröffentlichungszeitraum 1999 bis 2017</p> <p>Publikationen in englischer oder deutscher Sprache</p>  |   |

<sup>2</sup> Im Sinne des SGB XI und V sowie der häuslichen Krankenpflege-Richtlinie des GBA.

Abgeschlossene Studien  
 Studien jeglichen Designs  
 Publikationen jeglicher Art

## 2.2.2 Literatursuche

Die systematische Literaturrecherche erfolgte am 08.02.2017 in den drei Datenbanken:

- MEDLINE (via PubMed)
- Cinahl (via EBSCOhost)
- The Cochrane Library

Die verwendete Suchsyntax für diese Datenbanken setzt sich sowohl aus MeSH-Terms als auch aus Begriffen der Freitextsuche zusammen. Die entsprechende Kombination der Suchbegriffe mit den Booleschen Operatoren *AND* und *OR* ist in Tabelle 2 dargestellt. Die Dokumentation der Datenbanksuche befindet sich im Anhang.

Tabelle 2: Deutsche und englische Suchsyntax der Datenbankrecherche

### Suchsyntax

| <b>deutsch:</b>  | <b>englisch:</b>  |            |
|--|---|------------|
| „Patientensicherheit“<br>„unerwünschtes Ereignis“<br>„kritisches Ereignis“<br>„Fehler“<br>„beinahe Fehler“<br>„Pflegefehler“<br>„Fehlermanagement“<br>„Fehlermeldesysteme“<br>(CIRS)<br>„Fehlerkultur“<br>„Sicherheitskultur“<br>(Sicherheit) „Checkliste“ | <b>OR</b><br>"Patient safety"<br>"Medical Errors"[Mesh] ( <i>enthält den MeSH „Near Miss, Healthcare“</i> )<br>"nursing error"<br>"adverse event"<br>"critical incident"<br>"error"<br>"near miss"<br>"Risk Management"[Mesh] ( <i>enthält den MeSH „Safety Management“</i> )<br>"error management"<br>"incident reporting"<br>"safety checklist"<br>"safety culture" | <b>OR</b>  |
|  | <b>AND</b>  | <b>AND</b> |
| „ambulante Versorgung“<br>„ambulante Pflege“<br>„häusliche Pflege“<br>„häusliche Laienpflege“  | <b>OR</b><br>"Ambulatory Care"[Mesh]<br>"Home Care Services"[Mesh]" ( <i>enthält den MeSH „Home Nursing“</i> )<br>"outpatient treatment"<br>"outpatient care"<br>"ambulatory care"<br>"home care"   | <b>OR</b>  |

| AND              |  | AND                |  |
|------------------|--|--------------------|--|
|                  |  | OR                 |  |
| „Pflegekräfte“   |  | "Caregivers"[Mesh] |  |
| „Pflegende“      |  | "Nurses"[Mesh]     |  |
| „Pflegepersonen“ |  | "nurs*" OR         |  |

Ergänzend zu der Datenbankrecherche erfolgte eine Handsuche in den folgenden deutschsprachigen Zeitschriften:

- Pflegewissenschaft
- Pflege
- Pflegezeitschrift
- Pflege und Gesellschaft
- Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie
- Häusliche Pflege
- Altenpflege
- Pflegen ambulant
- Die Schwester der Pfleger

### 2.2.3 Identifizierung relevanter Studien und Vorgehen der Datenextraktion

Die Sichtung der Publikationen und die anschließende Datenextraktion folgte einem dreistufigen Vorgehen: Nach dem Ausschluss der Duplikate wurden in einem ersten Schritt zunächst die Titel, anschließend die Abstracts und letztlich die Volltexte hinsichtlich ihrer Eignung zum Einschluss von den Mitgliedern des Studienteams geprüft. Die Sichtung erfolgte dabei für alle Titel, Abstracts und Volltexte durch zwei Personen unabhängig voneinander. Bei unterschiedlicher Bewertung wurde die Entscheidung über einen Ein- oder Ausschluss gemeinsam diskutiert.

Alle identifizierten Veröffentlichungen wurden inhaltlich nach Problemständen, Lösungsansätzen und Empfehlungen der Autoren gesichtet. Um diese drei Aspekte besser miteinander vergleichen zu können, wurden im darauffolgenden Prozess der Datenextraktion die Artikel nach Themengebieten geclustert, die thematischen Cluster ergaben sich dabei induktiv. Für eine bessere Übersicht der jeweiligen *Problemstände*, *Lösungsansätze* und *Empfehlungen* innerhalb der einzelnen thematischen Cluster wurden sämtliche relevanten Textstellen aus jedem Artikel systematisch in eine Tabelle übertragen. Des Weiteren wurden das Herkunfts-

land und die Art der Publikation vermerkt. Textstellen wurden der Spalte *Problemstand* zugeordnet, wenn die Autoren z. B. die aktuelle Situation der Patientensicherheit in der ambulanten Pflege und die daraus resultierenden kritischen Bereiche beschreiben. *Lösungsansätze* werden nur als solche gewertet, wenn die Verfasser tatsächlich in der Praxis erprobte Konzepte oder Projekte darstellen. Beschreiben sie hingegen denkbare Lösungen, so werden diese Abschnitte dem Bereich *Empfehlungen* zugeordnet.

Fanden sich in den Artikeln Angaben zur Epidemiologie unerwünschter Ereignisse, wurden die Studiencharakteristika zusammen mit den verwendeten Definitionen der betrachteten unerwünschten Ereignisse und den berichteten Maßzahlen ebenfalls tabellarisch extrahiert.

### 2.3 Ergebnisse der Literaturrecherche

Wie in Abbildung 2 dargestellt, wurden insgesamt 952 Treffer durch die Datenbankrecherche und Handsuche erzielt. Nach dem Ausschluss von Duplikaten verblieben 887 Veröffentlichungen für die weitere Beurteilung der Relevanz. Im ersten Schritt der Titelsichtung konnten 513 Publikationen als nicht relevant identifiziert werden. Im nächsten Schritt, der Beurteilung anhand der jeweiligen Abstracts, wurden weitere 156 Quellen ausgeschlossen. Die so verbliebenen 218 Treffer wurden im Volltext geprüft. Letztendlich konnten 78 Artikel in das Scoping Review eingeschlossen werden. Die Liste der 140 eliminierten Volltexte und die Begründung für den Ausschluss befindet sich im Anhang.

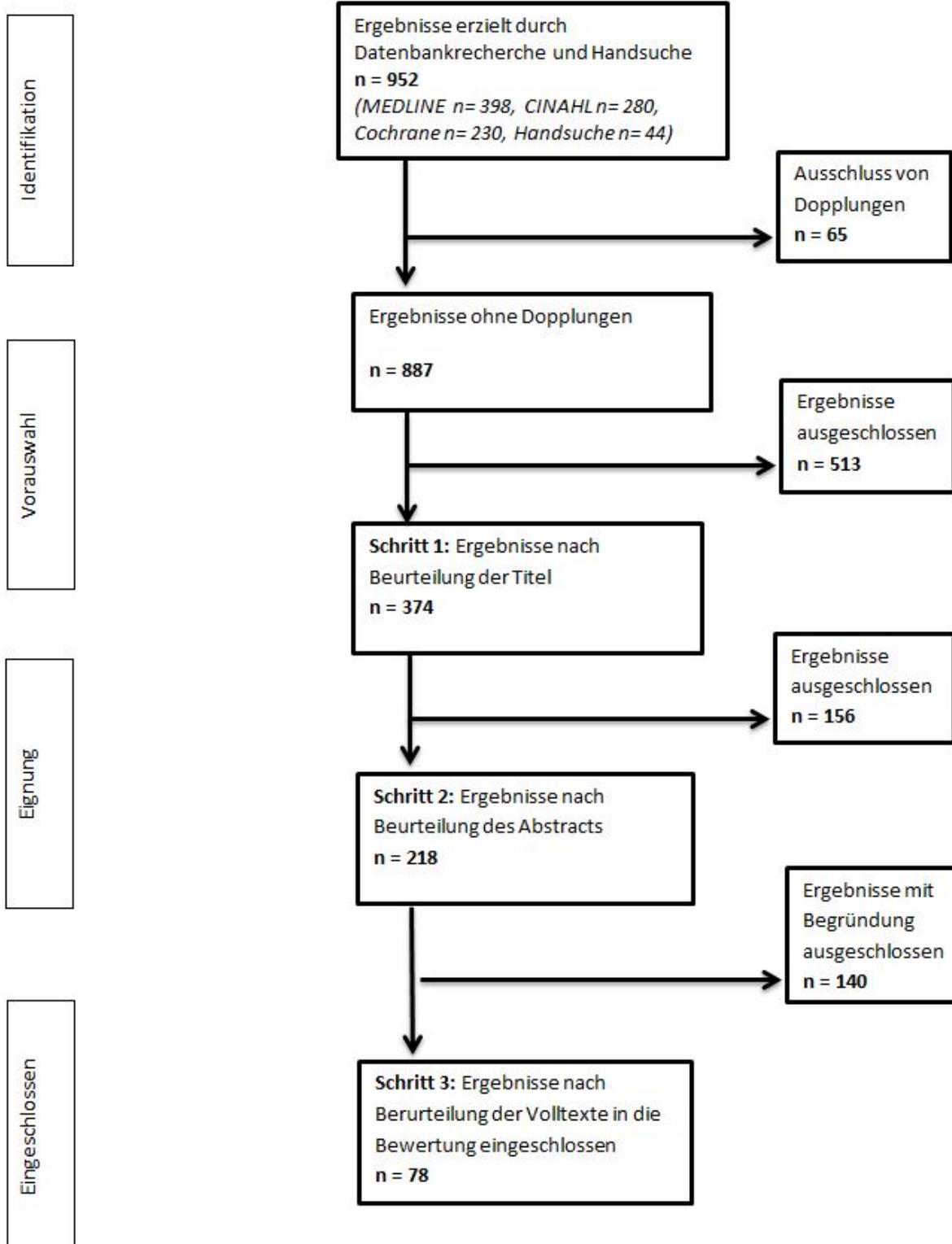


Abbildung 2: Flussdiagramm der Literaturreselektion

### 2.3.1 Charakteristika der eingeschlossenen Literatur

Wie in Abbildung 3 dargestellt, wurden die meisten Publikationen (31) in den USA veröffentlicht, gefolgt von Deutschland (17), Kanada (8) und Großbritannien (7). Aus Norwegen und Schweden wurden jeweils vier Publikationen, aus der Schweiz und Australien jeweils drei und aus Finnland lediglich eine Veröffentlichung in die Analyse eingeschlossen.

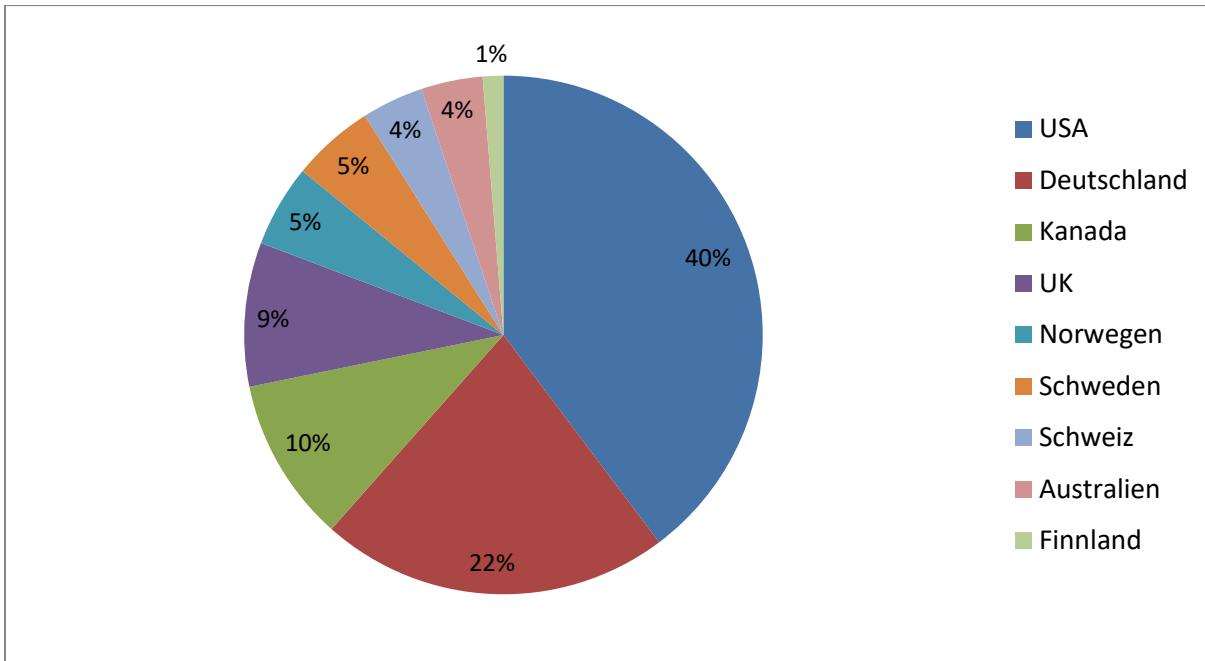


Abbildung 3: Länderzugehörigkeit der identifizierten Publikationen

Obwohl keine Beurteilung der Studien- bzw. Publikationsqualität erfolgte, muss erwähnt werden, dass die Mehrheit der Publikationen (31 Fachartikeln) von sehr unterschiedlicher Qualität ist: Angefangen von rein persönlichen Erfahrungen der Autoren über 26 deskriptive Erhebungen, zwölf Artikel mit einem qualitativen Design bis hin zu vier Evaluationsstudien und einer Studie mit einem mixed-methods Ansatz. Des Weiteren konnten drei Scoping Reviews und ein Fallbericht in die Analyse eingeschlossen werden. Abbildung 4 veranschaulicht die Anzahl der Arten der Publikationen.

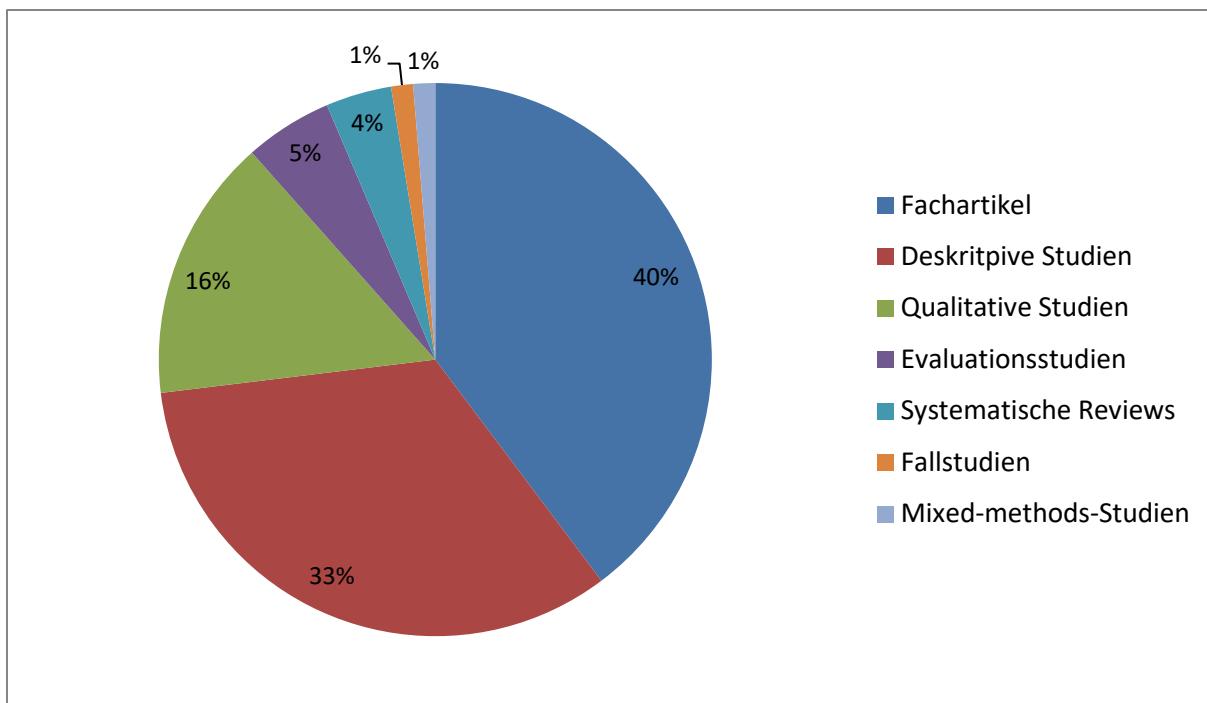


Abbildung 4: Arten der identifizierten Publikationen

### 2.3.2 Ergebnisse der thematischen Gruppierung und Datenextraktion

Die thematische Gruppierung der Publikationen ergab acht Cluster (Tabelle 3). 26 Artikel der eingeschlossenen 78 Quellen befassen sich mit medikamentenassoziierten unerwünschten Ereignissen. Die Ursache für unerwünschte Ereignisse in der ambulanten Pflege thematisieren 16 Publikationen. In elf Artikeln werden das Thema Sicherheitskultur und Fehler- bzw. Ereignismeldesysteme behandelt. Patientensicherheitsrelevante Themen wie Hygiene und Wundversorgung finden sich in neun bzw. sechs Artikeln. Das Thema Sturzereignisse konnte in zwei Artikeln identifiziert werden. Mangelernährung bei in der Häuslichkeit lebenden Senioren thematisiert lediglich eine der Quellen. Angaben zu epidemiologischen Maßzahlen von unerwünschten Ereignissen bei ambulant versorgten Pflegebedürftigen finden sich in zehn der relevanten Publikationen.

Tabelle 3: Thematische Cluster der eingeschlossenen Literatur

| Cluster   | Quellen gesamt (in %) | Problemstand | Lösungsansätze | Empfehlungen |
|---|-----------------------|--------------|----------------|--------------|
| Epidemiologische Angaben                                | 10 (12,8 %)           | n. a.        | n. a.          | n. a.        |
| Sicherheitskultur und Fehler- bzw. Ereignismeldesysteme | 11 (14,1 %)           | 6            | 7              | 7            |
| Ursachen unerwünschter Ereignisse                       | 16 (20,5 %)           | 16           | 2              | 11           |

|   |                       |                        |                        |                        |
|---|-----------------------|------------------------|------------------------|------------------------|
| Medikamentenassoziierte unerwünschte Ereignisse | 26<br>(33,3 %)        | 22                     | 8                      | 8                      |
| Hygiene   | 9<br>(11,5 %)         | 8                      | 2                      | 8                      |
| Wundversorgung                                  | 6<br>(7,7 %)          | 6                      | 1                      | 4                      |
| Sturzereignisse                                 | 2<br>(2,6 %)          | 2                      | 1                      | 2                      |
| Mangelernährung                                 | 1<br>(1,3 %)          | 1                      | 0                      | 1                      |
| <b>Gesamt</b>                                   | <b>78<br/>(100 %)</b> | <b>61<br/>(78,2 %)</b> | <b>21<br/>(26,9 %)</b> | <b>41<br/>(52,6 %)</b> |

Am häufigsten fanden sich Darstellungen zu bestehenden *Problemen* im Bereich der Patientensicherheit in der ambulanten Pflege. Insgesamt konnten dazu Angaben in 61 Publikationen gefunden werden. Mehr oder weniger konkrete *Empfehlungen* bezüglich dieser Problemstände sprechen die Autoren von 41 Artikeln aus. Mit konkreten *Lösungsansätzen* befassen sich lediglich 21 Quellen. In den folgenden Abschnitten wird eine Zusammenfassung der *Problemstände*, *Lösungsansätze* und *Empfehlungen* des jeweiligen thematischen Clusters dargestellt.

### 2.3.3 Cluster: Epidemiologie unerwünschter Ereignisse

In zehn Publikationen konnten Angaben zu den Häufigkeiten und Arten von unerwünschten Ereignissen in der ambulanten Pflege nachgewiesen werden. Fünf der Quellen wurden in den USA veröffentlicht, vier in Kanada und eine in Australien. Bei einer Publikation handelt es sich um ein Scoping Review, die anderen neun Veröffentlichungen mit unterschiedlichsten Fragestellungen und Erhebungsmethoden resultieren aus sieben Studien.

#### 2.3.3.1 Verwendete Definitionen und Methodik

Wie bereits Masotti et al. (2010) in ihrem Review festgestellt haben, findet sich auch in der hier betrachteten Literatur eine Vielzahl an Definitionen für Begriffe wie „unerwünschte Ereignisse“, „beinahe Behandlungsfehler“ oder „Risiken“. Lediglich eine Quelle nutzt die Definition der WHO (Canadian Patient Safety Institute 2013). Einige der Definitionen sind in Tabelle 4 exemplarisch aufgeführt. In einer Erhebung wurden Fehler und Störungen im Arbeitsablauf der ambulanten Pflegefachkraft beobachtet, die Auswirkungen auf die Patientensicherheit haben können, und damit eine weitere Perspektive in das Thema einbringen (Tucker 2004; Bruno und Ahrens 2005).

Ebenso vielfältig wie die Definitionen stellen sich die Fragestellungen und Datenerhebungen der analysierten Studien dar. Zwei Publikation nutzten direkte Befragungen von beruflich Pflegenden, um die Art und das Ausmaß von unerwünschten Ereignissen und Pflegefehlern zu erheben (Absulem und Hardin 2011; Schnall et al. 2013). In zwei anderen Quellen wurden die Daten eines onlinebasierten Fehler- bzw. Ereignismeldesystems ausgewertet (Schnall und Bakken 2011; Tariq et al. 2015). Die Störungen und Fehler im Arbeitsablauf einer ambulanten Pflegefachkraft wurden durch teilnehmende Beobachtungen im Rahmen einer Fallstudie erhoben (Tucker 2004). Die kanadische Kohortenstudie zur Sicherheit von in der Häuslichkeit versorgten Patienten nutzte einen retrospektiven Ansatz: es wurden Patientendaten aus fünf verschiedenen regionalen Datenbanken des Gesundheitssystems analysiert sowie zusätzlich 1200 Patientenakten ausgewertet (Doran et al. 2013; Canadian Patient Safety Institute 2013; Sears 2008). Unterschiede konnten auch in den Outcomes der Studien nachgewiesen werden. In einigen Publikationen wurden Risiken und beinahe Behandlungsfehler betrachtet, die nicht zu einem Schaden des Patienten geführt haben (Schnall et al. 2013; Schnall und Bakken 2011; Tariq et al. 2015). In der sekundären Datenanalyse der kanadischen Studie wurden nur Ereignisse ausgewertet, die einen Krankenhausaufenthalt oder einen Besuch in der Notaufnahme auslösten (Doran et al. 2013).

Tabelle 4: Verwendete Definitionen der eingeschlossenen Publikationen

| Quelle                                   | Definition   |
|--|--|
| Canadian Patient Safety Institute (2013) | <p><b>Unerwünschtes Ereignis (WHO):</b><br/>Eine Verletzung, hervorgerufen durch das Medikamentenmanagement oder durch Komplikationen und nicht bedingt durch die zugrunde liegende Erkrankung, welche zu einem unerwarteten Ergebnis führt.</p> <p><b>Unerwünschtes Ergebnis:</b><br/>Die Konsequenz eines unerwünschten Ereignisses, die den Bedarf der Gesundheitsversorgung verlängert, in Behinderung resultiert oder zum Tode führen kann, zum Zeitpunkt der Entlassung.</p> |
| Sears (2008)                             | <p><b>Unerwünschtes Ereignis:</b><br/>Eine unerwartete Verletzung oder Komplikation, welche zu Behinderung, Tod oder der erhöhten Inanspruchnahme von Gesundheitsressourcen führt, ausgelöst durch das Gesundheitsmanagement.</p>  |
| Tariq et al. (2015)                      | <p><b>Ereignisse:</b><br/>Alle Zwischenfälle, die Schaden bei einem Klienten verursacht haben oder zu Schaden hätten führen können.</p> <p><b>Beinahe Behandlungsschaden:</b> Ein Ereignis, welches <u>nicht</u> in einer Verletzung, dem Verlust oder einem Schaden endete.</p> <p><b>Unerwünschte Ereignisse:</b> Ein Ereignis, welches in einer Verletzung, dem Verlust</p>   |

|                          |  |
|--------------------------|--|
|                          | oder einem Schaden endete.   |
| Schnall et al.<br>(2013) | <p><b>Risiken:</b><br/>Gefährliche Situation mit dem Potential, Schaden zu verursachen.</p> <p><b>Beinahe Behandlungsschaden:</b><br/>Etwas, das beinahe passiert wäre, jedoch verhindert werden konnte.</p> |

### 2.3.3.2 Inzidenzraten, Häufigkeiten und Arten unerwünschter Ereignisse

Die Heterogenität der Studien bezüglich der Definitionen, die Unterschiede in der Datenerhebung und Berechnung der Inzidenzraten sowie die ungleichen Charakteristika der Studienpopulation erschweren den Vergleich der dargestellten Inzidenzraten und Häufigkeiten. Eine Tatsache, die auch Masotti et al. (2010) und Tariq et al. (2015) in ihren Veröffentlichungen anmerken.

Masotti et al. (2010) konnten in sieben Studien, davon eine aus Kanada, drei aus den USA und drei aus Australien, eine Gesamtinzidenzrate unerwünschter Ereignisse zwischen 3,5 % und 15,1 % in den Studienpopulationen aufzeigen. Die Gesamtinzidenzrate der retrospektiven sekundären Datenanalyse im Rahmen der kanadischen Kohortenstudie lag im Jahr 2009 bei 13,31 %. Es wurden Datensätze von insgesamt 51.631 Patienten betrachtet, bei denen ein unerwünschtes Ereignis einen Krankenhausaufenthalt oder den Besuch einer Notaufnahme zur Folge hatte. Die Analyse von 1200 Patientenakten öffentlich finanzierter ambulanter Gesundheitsdienste ergab 93 unerwünschte Ereignisse bei 81 Patienten. Somit lag die gewichtete Gesamtinzidenzrate bei 4,2 % (Canadian Patient Safety Institute 2013). Die Auswertung von 356 Ereignisberichten ambulant beruflich Pflegender in Australien zwischen November 2012 und August 2013 ergab eine Inzidenzrate aller unerwünschten Ereignisse von 7,5 % pro Lebensjahr der Patienten. Es wurden alle unerwünschten Ereignisse gezählt, die 20 Minuten bevor oder während der Mitarbeiter sich bei den Patienten aufhielt passierten sowie Ereignisse, die später entdeckt oder durch die Patienten angegeben wurden (Tariq et al. 2015).

Die häufigsten unerwünschten Ereignisse, die bei den kanadischen Patienten zu einem Krankenaufenthalt oder einem Besuch in der Notaufnahme geführt haben, sind Verletzungen bedingt durch Stürze (5,05 %), Verletzungen ohne ein Sturzereignis (4,3 %), medikamentenassoziierte Ereignisse (3,13 %), gefolgt von Sepsis (1,42 %) und Delirium (1,05 %) (Canadian Patient Safety Institute 2013). Die Auswertung der Patientenakten zeigte ebenfalls, dass Verletzungen bedingt durch Stürze (17,2 %) eine der häufigsten unerwünschten Ereignisse

waren. An zweiter Stelle stehen Wundinfektionen (14,0 %), gefolgt von psychosozialen und mentalen Problemen (11,8 %). Medikamentenassoziierte Ereignisse (6,5 %) finden sich an vierter Stelle, gefolgt von Dekubitus (6,5 %) (Canadian Patient Safety Institute 2013). In der australischen Erhebung sind ebenfalls Stürze und Fehler in der Medikation die am Häufigsten gemeldeten unerwünschten Ereignisse. Des Weiteren konnten die Autoren feststellen, dass Demenzpatienten und Patienten, die wegen unterschiedlicher Einschränkungen eine Tagesklinik besuchten, eine höhere Inzidenzrate aufwiesen als die weniger eingeschränkten Patienten. Bei den Demenzpatienten zeigten Medikamentenfehler gefolgt von Stürzen die höchsten Inzidenzraten, bei den Tagesklinikpatienten waren es Stürze gefolgt von Hautverletzungen (Tariq et al. 2015).

Eine Befragung von 180 ambulant beruflich Pflegenden zur Art der entstandenen Pflegefehler ergab, dass sich Fehler bei der Medikation am häufigsten ereignen (40 %). An zweiter Stelle sind Fehler im Bereich der Laborbefunde festzustellen (15,5 %), gefolgt von Fehlern bei der Wundversorgung, der Terminplanung sowie bei der Anleitung von Patienten und Angehörigen (Absulem und Hardin 2011). Beruflich Pflegende schätzen zudem Situationen in Bezug auf Infektionen (20 %), die Umgebung ihrer Patienten (15,1 %), die Medikation (14,1 %), Arbeitsmittel und medizinische Geräte (11,4 %) sowie die allgemeine Versorgung und Behandlung (8,2 %) als risikobehaftet ein (Schnall und Bakken 2011).

Im Rahmen einer Fallstudie zu Problemen im Arbeitsablauf von ambulant beruflich Pflegenden wurden innerhalb von sechs Stunden 23 Fehler beobachtet. Etwa die Hälfte dieser Fehler ist durch Interaktionen mit dem Patienten und ihren Angehörigen entstanden. Dazu zählen z. B. versäumte Termine durch Patienten, Unordnung und unhygienische Zustände bei der Versorgung oder das Fehlen von Medikamenten. Andere Fehler bezogen sich auf die Pflegefachkraft und auf das Gesundheitssystem selbst: z. B. das Fehlen von Einmalhandschuhen, leere Batterien eines Pagers oder das Nichteरreichen eines behandelnden Arztes (Tucker 2004).

Nur in der kanadischen Kohortenstudie werden auch die Folgen der unerwünschten Ereignisse betrachtet. In 91 % der Fälle, die durch die Analyse der Patientenakten identifiziert wurden, resultierte das unerwünschte Ereignis in einer erhöhten Inanspruchnahme des Gesundheitssystems, bei 68,8 % der Patienten stellt sich eine Behinderung ein und in 7,5 % re-

sultiert das Ereignis im Tode. Zudem bewerteten Ärzte 56 % der unerwünschten Ereignisse als vermeidbar (Canadian Patient Safety Institute 2013).

### 2.3.4 Cluster: Sicherheitskultur und Fehler- bzw. Ereignismeldesysteme

In elf Publikationen gehen die Autoren auf die Thematik der Sicherheitskultur und vergleichbare Themen wie Fehler- bzw. Ereignismeldesysteme ein. Sechs der Artikel wurden in Deutschland veröffentlicht, zwei in den USA und je eine Publikation in Norwegen, der Schweiz und Großbritannien. In sechs Quellen werden Problemstände beschrieben. Konkrete Lösungsansätze werden in sieben Texten genannt. Darüber hinaus werden Empfehlungen bezüglich der Problemlage in sieben Artikeln ausgesprochen.

#### 2.3.4.1 Problemstand

In den deutschen Artikeln, die sich mit Sicherheitskultur befassen, wird vor allem deren Fehler thematisiert. Die Autoren beschreiben den Mangel an internen Fehler-/Ereignismelde- bzw. Fehlermanagementsystemen im Bereich der Pflege und die vorherrschende Angst der Mitarbeiter vor Konsequenzen dann, wenn sie Fehler melden würden (Loffing 2010; Lehmann-Dubberke 2015; Fleer 2014). Beruflich Pflegende aus der Schweiz, die an einer Befragung zum Sicherheitsklima der ambulanten Kinderkrankenpflege teilnahmen (Baldegger und Zeller 2013), empfanden ebenfalls, dass die Person, die ein kritisches Ereignis meldet, eher selbst kritisiert wird, als dass die Ursachen der Meldung weiterverfolgt werden. Doch nicht nur die Angst vor Kritik und Konsequenzen lässt beruflich Pflegende davor zurückschrecken, ein bestehendes Fehler- bzw. Ereignismeldesystem zu nutzen. Auch Unkenntnis darüber, dass ein Fehler- bzw. Ereignismeldesystem existiert, trägt dazu bei, dass diese Systeme nicht genutzt werden (Baldegger und Zeller 2013). Der in der Literatur oft beschriebene positive Effekt „aus Fehlern lernen“, wird in einer amerikanischen qualitativen Studie auf der Ebene der Mitarbeiter beleuchtet. Diese gaben an, nach einem Behandlungsfehler aufmerksamer und strukturierter zu arbeiten. Sie gingen jedoch nicht davon aus, dass ihr Arbeitgeber aufgrund dessen Veränderungen auf Systemebene veranlassen würde (Abusalem und Coty 2011). Im Rahmen einer qualitativen Studie bestätigen norwegische beruflich Pflegende ebenfalls den direkten Einfluss der individuellen Einstellung auf die Patientensicherheit. Sie beschrieben starke Unterschiede in der Arbeitsmoral und dem Interesse an Patientensicherheit zwischen Kollegen (Berland et al. 2012b). Die Beteiligung der Angehörigen wurde hinge-

gen von einem Viertel der befragten Mitarbeiter der ambulanten Kinderkrankenpflege als nicht förderlich wahrgenommen (Baldegger und Zeller 2013). Auch Lewis und Noyes (2007) betonen die Unterschiede in der Wahrnehmung und Zielsetzung zu Fragen der Sicherheit eines pflegebedürftigen Kindes zwischen beruflich Pflegenden und den Angehörigen. Sie thematisieren u. a. die Unterschiede in der Risikowahrnehmung zwischen beruflich Pflegenden und Angehörigen. Der Wunsch nach sozialer Teilhabe des Kindes geht bei den Eltern offenbar mit einer erhöhten Risikobereitschaft einher (Lewis und Noyes 2007).

#### 2.3.4.2 Lösungsansätze

Von den deutschen Autoren wird die Etablierung einer Sicherheitskultur als Lösungsansatz beschrieben. Das Einführen von internen Fehler- bzw. Ereignismeldesystemen, eine offene Kommunikation über die gemeldeten Fehler sowie eine Auswertung und Erarbeitung von Lösungsstrategien in Kooperation mit den Mitarbeitern sei der Schlüssel hierfür (Knittel 2006; Lehmacher-Dubberke 2015; Loffing 2010; Fleer 2014).

Die Sensibilisierung für kritische Ereignisse in der Altenpflege und die damit verbundene Stärkung einer Sicherheitskultur verfolgte auch das Kuratorium Deutsche Altershilfe (KDA) mit seinem online Berichts- und Lernsystem „Aus kritischen Ereignissen lernen“. Hierbei handelte es sich nicht um ein klassisches Fehler- bzw. Ereignismeldesystem. Es sollte vielmehr ein Rahmen geschaffen werden, in dem beruflich Pflegende und Angehörige bundesweit über kritische Ereignisse berichten können. Durch Kommentare anderer Nutzer und durch das KDA selbst sollten Lösungen für bestehende Probleme aufgezeigt werden (Lucassen 2009). Dieses Berichts- und Lernsystems steht jedoch aktuell nicht mehr zur Verfügung.

Für eine Erhebung des Patientensicherheitsklimas in der ambulanten Kinderkrankenpflege haben Baldegger und Zeller (2013) das deutschsprachige „Patientensicherheitsklimainventar“ modifiziert. Das Instrument wurde an Organisationsstrukturen und Begrifflichkeiten der ambulanten Versorgung angepasst. Dies hatte zur Folge, dass Angaben bezüglich der Arbeit innerhalb des Pflegeteams durch Fragen zu Angehörigen und Eltern der Patienten ersetzt wurden. Dadurch wurde ein Instrument entwickelt, das den aktuellen Stand des Patientensicherheitsklimas der ambulanten Pflege abbildet (Baldegger und Zeller 2013).

Die Autoren Lewis und Noyes (2007) sehen einen Lösungsansatz in der Prävention von unerwünschten Ereignissen. Sie beschreiben die Schritte eines Risikomanagements. Dies soll Pflegefachkräften in der ambulanten Kinderkrankenpflege helfen, kritische Situationen zu

erkennen, zu bewerten und Maßnahmen zu ergreifen, die das Risiko minimieren und diese Maßnahmen abschließend zu evaluieren (Lewis und Noyes 2007). Für ein sehr ähnliches Vorgehen plädiert auch Hallensleben (2005) in seinem Text über die „Fehler-Möglichkeits- und Einfluss-Analyse“ (FMEA), welche ebenso auf die Analyse von Prozessschritten und die Risikobewertung setzt. Auf diese Weise sollen Fehler vermieden werden bevor sie entstehen (Hallensleben 2005).

### 2.3.4.3 Empfehlungen

Allgemein empfehlen die deutschen Autoren die Stärkung einer Sicherheitskultur in der ambulanten Pflege durch offene Kommunikationswege, so dass ein angstfreier Umgang mit Fehlern und eine Anwendung von Fehlermanagementstrategien möglich wird (Lehmacher-Dubberke 2015; Lewis und Noyes 2007; Fleer 2014). Diese allgemeinen Empfehlungen greifen auch Baldegger und Zeller (2013) in ihrer Publikation auf. Zusätzlich betonen sie jedoch die Einbindung der Angehörigen in den Prozess des Sicherheitsmanagements sowie eine Förderung der Berufsgruppen und sektorenübergreifenden Kommunikation (Baldegger und Zeller 2013).

Konkrete Empfehlungen für die ambulante Pflege und Versorgung gibt die amerikanische „Joint Commission“. Sie formuliert sechs nationale Patientensicherheitsziele in Bezug auf die Identifikation der Patienten, die Kommunikation von Befunden und ärztlichen Anweisungen, dem sicheren Umgang mit Hochrisiko-Medikamenten, dem achtsamen Handeln bei invasiven Eingriffen sowie bei der Wartung von technischen Hilfsmitteln (McGoldrick Friedman 2003).

## 2.3.5 Cluster: Ursachen unerwünschter Ereignisse

In 16 Publikationen wurden Hinweise zu Ursachen von unerwünschten Ereignissen und Fehlern gefunden. Vier Artikel wurden in den USA publiziert, je drei in Kanada und Deutschland, zwei in Schweden und eine in Großbritannien. In allen 16 Quellen werden Problemstände beschrieben. Konkrete Lösungsansätze werden in zwei Texten vorgestellt. Empfehlungen bezüglich der Problemlage geben die Autoren von elf Artikeln.

### 2.3.5.1 Problemstand

Eine Ursache für unerwünschte Ereignisse in der ambulanten Pflege wird in mangelhafter oder fehlender Kommunikation, Kollaboration und Koordination der an der Versorgung be-

teiligten Berufsgruppen, wie beruflich Pflegende, Ärzte und Apotheker gesehen (Canadian Patient Safety Institute 2013; Smith et al. 2016; Lang et al. 2008; Masotti et al. 2010; Absulem und Hardin 2011). Eine Befragung von schwedischen Pflegehelfern, die die 24-Stunden-Pflege von schwererkrankten Personen übernehmen, hat ergeben, dass durch fehlende Kommunikation eine inkonsistente Behandlung entsteht (Swedberg et al. 2013).

In einem Fachartikel aus den USA berichten Romagnoli und Kollegen (2013), dass beruflich Pflegende ambulanter Dienste nicht ausreichend Informationen über die Patienten erhalten und somit auf Angaben der Patienten und deren Angehörigen angewiesen sind. Diese Angaben wären jedoch nicht immer vollständig oder korrekt (Romagnoli et al. 2013). Auch die Informationsweitergabe zwischen den informell Pflegenden und den Mitarbeitern der ambulanten Pflegedienste wird als unstrukturiert und zum Teil als zufällig wahrgenommen (Wojciechowski 2013). Risikopotential birgt auch die Informationsweitergabe innerhalb des Pflegeteams. So wurde in einem systematischen Review eine mangelhafte Standardisierung der Pflegedokumentation als mögliche Ursache für kritische Ereignisse aufgezeigt (Hignett et al. 2016). In einer kanadischen Studie wird gezeigt, dass mangelhafte Dokumentation in Kombination mit einem häufigen Wechsel des Pflegepersonals dazu führt, dass die Patienten den Pflegenden unbekannt sind. Eine Verschlechterung des Gesundheitsstatus konnte durch diese Umstände oftmals nicht erkannt werden (Canadian Patient Safety Institute 2013).

In zwei systematischen Reviews werden die Kompetenzen und das Fachwissen des Pflegepersonals ebenso als mögliche Ursache für unerwünschte Ereignisse benannt (Masotti et al. 2010; Hignett et al. 2016). In einer Befragung schwedischer beruflich Pflegender geben diese an, dass sich ihre Arbeitsweise verändert hat, seitdem es immer mehr Patienten gibt, die z. B. auf Beatmungsgeräte und Infusionspumpen angewiesen sind. Wichtige Schulungen zu diesem Equipment fänden jedoch nur selten statt (Munck et al. 2011). In einer deutschen qualitativen Studie gaben beruflich Pflegende an, dass sie in kritischen Situation unsicher sind, zu welchem Zeitpunkt sie einen Notarzt rufen müssten (Lauxen 2009).

Neben dem Wissen und den Kompetenzen der professionell Pflegenden, nehmen die Kompetenzen der Angehörigen im ambulanten Setting eine besondere Rolle ein. Die Angehörigen bekommen häufig Aufgaben bezüglich der Versorgung der Patienten übertragen, für die sie – ohne die dazu notwenigen Einweisungen und Schulungen - nicht die nötigen fachlichen Kompetenzen besitzen (Lang et al. 2008). Dies sei jedoch durch die zeitliche Begrenzung der

ambulanten Pflegeleistungen oftmals nicht anders umsetzbar (Munck et al. 2011). Im Bereich der palliativen Versorgung haben beruflich Pflegende beobachtet, dass Angehörigen oft das Wissen und die Kompetenzen fehlen, wenn es um Dosierungen von Medikamenten und das Verständnis von Behandlungsmaßnahmen geht (Smucker et al. 2014).

Eine andere Studie zeigt zudem, dass autonome Entscheidungen der Patienten und ihrer Angehörigen im Widerspruch zu pflegefachlich induzierten Maßnahmen stehen können (Lauxen 2009). Dieses Ergebnis resümieren ebenfalls die Autoren der kanadischen Kohortenstudie. Auch sie sehen darin ein Risikopotential für das Auftreten unerwünschter Ereignisse (Canadian Patient Safety Institute 2013). In einer Studie in der palliativen Versorgung berichten Pflegekräfte beispielsweise von Angehörigen, die Empfehlungen des Pflegeteams nicht beachten (Smucker et al. 2014).

Für die ambulante Versorgung sind die räumlichen und baulichen Gegebenheiten der Wohnungen und Häuser der Patienten ebenso von Relevanz. In den systematischen Übersichtsarbeiten und weiteren Studien werden schlechte Lichtverhältnisse, zu wenig Platz, vorhandene Bodenbeläge sowie Unordnung und Schmutz als Risikofaktoren für die Patientensicherheit beschrieben (Hignett et al. 2016; Lang et al. 2008; Munck et al. 2011; Swedberg et al. 2013). In einer qualitativen Studie aus Deutschland berichten beruflich Pflegende, dass Hilfsmittel durch die räumliche Enge in einigen Wohnungen nicht genutzt werden oder sie ihre Patienten während der Durchführung von Pflegemaßnahmen nicht adäquat sichern können. Bauliche Gegebenheiten wären auch in manchen Fällen die Ursache dafür, dass Pflegestandards und Richtlinien nicht umgesetzt werden könnten (Heuberger 2010).

Neben den baulichen Gegebenheiten finden sich in der Literatur Hinweise, dass die Arbeitsbedingungen der ambulanten Pflege Einfluss auf die Patientensicherheit nehmen. Hignett und Kollegen (2016) identifizieren Zeitdruck und „sich gehetzt fühlen“, bedingt durch fehlerhafte Dienstplanungen, als eine mögliche Ursache für die Entstehung von Fehlern z. B. beim Richten von Medikamenten. Sie benennen jedoch auch das eigenständige Arbeiten ohne kollegiale Unterstützung als risikobehaftet (Hignett et al. 2016). Diese Bedingung, die typisch für die ambulante Pflege ist, wird auch in zwei weiteren Studien von den beruflich Pflegenden als Faktor erwähnt, der die Patientensicherheit beeinflusst (Munck et al. 2011; Swedberg et al. 2013).

### 2.3.5.2 Lösungsansätze

Konkrete Lösungsansätze wurden in zwei Texten zu drei Bereichen der oben beschriebenen Problemstände gefunden. Die schwedischen Pflegehelfer reagierten auf ihr fehlendes Wissen und ihre mangelnden Kompetenzen mit kollegialer Unterstützung und Selbstlernstrategien. Die von ihnen beobachtete Kommunikationsschwäche zwischen anderen Berufsgruppen und die damit einhergehende unbeständige Versorgung würden sie versuchen zu kompensieren, indem sie die Koordination ihrer Patienten durch das Gesundheitssystem übernehmen und somit als Case-Manager fungieren (Swedberg et al. 2013).

Um den im deutschen Kontext beschriebenen Kommunikationsproblemen zwischen beruflich Pflegenden und informell Pflegenden entgegenzuwirken, wurde im Rahmen eines Modellprojekts eine EDV-gestützte Betreuungs- und Pflegeplattform erstellt. Hier können Angehörige eine eigene Pflegedokumentation anlegen, ihre Beobachtungen dokumentieren sowie speziell für sie freigegebene Informationen der beruflich Pflegenden abrufen (Wojciechowski 2013).

### 2.3.5.3 Empfehlungen

Allgemein werden Schulungen und Weiterbildungen von Pflegefachkräften sowie das Erfüllen von Mindeststandards in der Ausbildung von Pflegehelfern empfohlen (Canadian Patient Safety Institute 2013; Swedberg et al. 2013; Masotti et al. 2010). Auch für konkrete Bereiche wie dem Umgang mit Medizintechnologie wird empfohlen, Schulungen durchzuführen (Munck et al. 2011). Sinnvoll erachtet werden zudem Schulungen, intensivere Anleitungen und weitere Unterstützungsangebote für Angehörige und Patienten (Romagnoli et al. 2013; Smith et al. 2016; Smucker et al. 2014). Schulungen zur barrierefreie Wohnraumanpassung, um Patienten unter individueller Beachtung der speziellen Umgebungsfaktoren z.B. vor Stürzen zu schützen, werden in einem Text empfohlen (Heuberger 2010).

Konkrete Empfehlungen für Instrumente werden lediglich in zwei Publikationen ausgesprochen. Zum einen wird die SBAR-Methode (Situation, Background, Assessment, Recommendation) vorgestellt. Dies ist eine evidenz-basierte Methode, durch die die Kommunikation zwischen den Berufsgruppen effektiver und sicherer gestaltet werden soll (Smith et al. 2016). Zum anderen wird das RAI-HC Assessment (Resident Assessment Instrument for Home Care) vorgeschlagen, das zur Erkennung von Risikopatienten und zur Schaffung einer

Grundlage für ein dauerhaftes Monitoring und regelmäßige Evaluationen genutzt werden kann (Doran et al. 2014).

Die Autoren der kanadischen Kohortenstudie plädieren für die Einführung eines sektorenübergreifenden Case-Managements, für den Aufbau von interdisziplinären Teams, zu denen sie explizit auch Patienten und ihre Angehörigen zählen sowie ein Forcieren der Standardisierung von Arbeitsabläufen und Prozessen in der ambulanten Versorgung. Zusätzlich befürworten sie die Erstellung einer nationalen Datenbank, in der Berichte von unerwünschten Ereignissen gesammelt und analysiert werden sollen, um so effektive Interventionen entwickeln zu können (Canadian Patient Safety Institute 2013).

### 2.3.6 Cluster: Medikamentenassoziierte Ereignisse

Insgesamt konnten 26 Studien identifiziert werden, die sich mit der Problematik der durch Medikation verursachten unerwünschten Ereignisse im ambulanten Setting beschäftigen. Der Großteil der vorliegenden Ergebnisse, 15 Publikationen, wurde in den USA veröffentlicht. Drei Veröffentlichungen wurden in Großbritannien publiziert, jeweils zwei in Australien, der Schweiz und Schweden und jeweils eine in Norwegen, Kanada und Deutschland. 22 dieser Studien zeigen den Problemstand dieses Themenfeldes auf, acht sprechen Empfehlungen zum Umgang mit Medikationsfehlern aus und weitere acht stellen mögliche Lösungen für diesen Sachverhalt dar.

#### 2.3.6.1 Problemstand

Die Medikamentenvergabe wird explizit am häufigsten in Publikationen zu Medikationsfehlern thematisiert (insgesamt 11) McDonald und Peterson (2008) geben an, dass im Rahmen der Medikamentenvergabe vor allem eine doppelte Therapie, eine unangemessene Verordnung und die fehlende Beachtung von möglichen Nebenwirkungen Fehler im Rahmen der Medikation darstellen. Hurme und Pourciau (2001) sowie Taylor et al. (2009) und Kovner et al. (2005), stellen eine falsche Dosierung als die häufigste Ursache für Medikationsfehler im häuslichen Bereich dar. Eine fehlerhafte Dosierung von Arzneimitteln stellt laut Ewen eine häufige Todesursache dar (Ewen et al. 2012). Laut Ahrens (2003) sind Patienten, die im häuslichen Umfeld gepflegt werden, eine anfällige Risikogruppe für Medikationsfehler. Einzunehmende Arzneimittel würden oft von verschiedenen Ärzten verordnet. Zudem böte die häusliche Umgebung nicht die feste Struktur (klare Zuständigkeiten, geregelte Abläufe), wie

der stationäre Bereich. Hinzu kommt, dass sowohl die Pflegebedürftigen als auch die Angehörigen einige Medikamentenverordnungen kritisch hinterfragen und sie als ungeeignet betrachten würden. Payne et al. (2015) berichten von Konflikten zwischen Angehörigen und Pflegenden bezüglich der Dosierung und Medikation. Zudem fordern sie Informationen über die Medikation zum Lebensende und deren Wirkung sowie zusätzliche Unterstützung und Training zur Medikamentengabe (Payne et al. 2015). Das Stellen und Richten der Medikamente selbst zeigt sich ebenfalls als Risikobereich (Meyer-Massetti et al. 2016). Die Polymedikation insbesondere älterer, chronisch erkrankter Personen wurde als ein deutliches Risiko identifiziert. Patienten, die mehr als neun Medikamente zeitgleich einnehmen, besitzen demnach ein 32 bis 50 prozentiges Risiko, Opfer eines Medikamentenfehlers zu werden (Ahrens 2003). Bei einer Polymedikation besteht zudem ein erhöhtes Risiko von Wechselwirkungen der Präparate, sobald eines der verordneten Medikamente falsch eingenommen wird (Ellenbecker et al. 2004).

Ein weiterer Faktor, der das Auftreten von Medikationsfehlern beeinflusst, ist eine unzureichende oder fehlerhafte Kommunikation von professionell Pflegenden mit anderen beteiligten Berufsgruppen sowie mit Angehörigen (Ellenbecker et al. 2004). Durch Missverständnisse oder fehlende Absprachen wird Meyer-Massetti zufolge das Entstehen von Medikationsfehlern begünstigt (Meyer-Massetti et al. 2016). Eine verbale Aufklärung zur Arzneimitteleinnahme reiche nicht immer und berge entsprechende Risiken (Confidentially 1999). Meyer-Massetti et al. (2012; 2016) konnten jene Schritte des Medikationsprozesses identifizieren, die besonders risikoreich sind. Demnach ist vor allem die Kommunikation zwischen Pflegenden und Ärzten nicht optimal. Hinzu käme, dass die Medikation vonseiten des Arztes verändert werden könne, ohne dass die Pflegenden über diesen Prozess in Kenntnis gesetzt würden. Die Übermittlung der Verschreibung durch den Arzt verlaufe nicht immer reibungslos. Lang et al. (2015) konnten zudem Muster aufdecken, die die Medikationssicherheit beeinträchtigen, wie z. B. die falsche Aufbewahrung der Arzneimittel, eine mangelnde Qualifikation der Verantwortlichen sowie häufiges Unterbrechen im Medikationsprozess.

In fünf der 26 Studien zur Medikation werden die Kompetenz der Pflegenden bzw. die Qualifikation von Pflegehelfern oder -assistenten angesprochen. McDonald et al. (2008) gehen diesbezüglich auf Mängel in der pflegerischen Ausführung des Medikationsprozesses ein und sehen einen deutlichen Zusammenhang zwischen mangelnder Qualifikation und fehlenden Kompetenzen bei der Entstehung von Fehlern. Demzufolge sind Pflegende häufig nicht über

aktuelle wissenschaftliche Neuheiten auf ihrem Fachgebiet informiert und führen daher veraltete Handlungen durch (Lednik et al. 2013). Zudem liegen bereits Lücken im Grundwissen vor. Kompetenzmängel bei Pflegenden würden das Auftreten von Fehlern begünstigen (Lednik et al. 2013). Zwischen der Kompetenz der Pflegenden und der Pflegeassistenten wird eine große Diskrepanz gesehen, wodurch je nach Einsatz die Qualität der Versorgung variieren könne (Ödegård und Andersson 2001, 2006; Berland und Bentsen 2017). Ferner berichten Ewen et al. (2012) von der sogenannten „inattentional blindness“: Pflegende filtern Informationen, welche ihnen über die Patienten zukommen, unterbewusst. So nehmen sie nur das wahr, was sie auch erwarten. Ein weiterer Faktor, der Unachtsamkeit begünstigt, sind die Arbeitsbedingungen der Pflegenden. So führen Stress, Personalknappheit und eine mangelnde Organisation seitens der Träger laut Henke (2006) und Ödegård und Andersson (2001; 2006) zu Medikationsfehlern. Persönliche Probleme der Pflegenden würden sich zusätzlich auf die Qualität ihres Handelns auswirken, was ebenfalls an mangelnder Aufmerksamkeit der Pflegenden festzustellen wäre. Auch innerhalb der Beziehung eines Pflegenden und eines zu Pflegenden können mangelnde Kommunikation, Streitigkeiten und Ärger Auswirkungen auf die Qualität der Pflege haben, was sich in Medikationsfehlern widerspiegeln kann (Travis et al. 2005).

### 2.3.6.2 Lösungsansätze

Acht Publikationen erläutern mögliche Lösungsansätze für das Auftreten von Medikationsfehlern. Allgemein lassen sich diese drei Bereichen zuordnen: Mitarbeiter- bzw. Pflegendenedukation, Screeningmaßnahmen und Kollaborationen. McDonald und Peterson (2008) halten vor allem sogenannte „train-the-trainer“-Programme für beruflich Pflegende für sinnvoll, um Wissenslücken und Kompetenzmangel bei den Pflegenden entgegenzuwirken. Wichtig ist in diesem Zusammenhang jedoch die Nutzung und Vermittlung von evidenzbasierten Pflegemaßnahmen. Ihre Nutzung im praktischen Alltag bietet laut Lednik et al. (2013) Struktur und Anhaltspunkte für beruflich Pflegende und steigert die Qualität der Pflege.

Nach Ewen et al. (2012) können sogenannte „safety-First-Hinweise“, die nach geschehenen Ereignissen per E-Mail an die Kollegen verschickt werden, dazu beitragen, Fehler künftig zu vermeiden. Sogenannte „time outs“ dienen der Besprechung und Besinnung im kollegialen Team. Durch eine enge Zusammenarbeit der beruflich Pflegenden würde sich die Qualität der Arbeit bessern (Ahrens 2003).

Ein Screening der verordneten Medikation könnte laut Ahrens (2003) dazu beitragen, die Anzahl der Mediatisationsfehler zu senken. Möglich wäre eine verbale Kontrolle der Dosierung zwischen den beruflich Pflegenden und den zu Pflegenden sowie eine Kontrolle der Verordnungen vonseiten der Pharmazeuten (Ahrens 2003). Frey und Rahman (2003) berichten von einem Modell, in dem ein Pharmazeut zusammen mit Pflegefachkräften und dem Arzt arbeitet, um medikationsassoziierte Fehler zu verhindern. Durch dieses Modell konnte die Medikation um 50 % verbessert werden. Das Modell wurde von Pflegefachkräften ebenfalls gut angenommen, ein Grund war, dass in Notfallsituationen schnell ein Ansprechpartner zur Verfügung steht (Frey und Rahman 2003).

Mager und Morrissey Ross (2013) berichten von einer fünf-maligen Edukations-Session, um die Fähigkeiten zum Medikationsmanagement der beruflich Pflegenden im Homecare-Setting zu verbessern. Die Pflegenden erhielten dazu über einen Zeitraum von vier Monaten Schulungen.

Henke (2006) erläutert die acht-R-Regel, bei denen es sich um Hinweise für Pflegende handelt, um Medikationsfehler zu vermeiden. Die R-Regeln umfassen: die richtige Person, das richtige Medikament und die richtige Dosierung müssen erfüllt sein. Die Darreichungsform muss richtig sein, ebenso wie der Verordnungszeitpunkt und die Anwendungsdauer. Zudem müssen die Aufbewahrung und die Entsorgung richtig sein.

### 2.3.6.3 Empfehlungen

Um die Sicherheit des Medikationsvorgangs zu erhöhen sind nach Kovner et al. (2005) vor allem engere Absprachen zwischen Apothekern, Ärzten und Pflegefachkräften notwendig. Im Rahmen der Recherche zeigte sich, dass mangelnde Kommunikation häufig als Risikofaktor für die Patientensicherheit beschrieben wird. Neben der Kommunikation der Pflegenden bezüglich der Medikation wird ein Mangel im Informationsaustausch zwischen Medizinern und Pflegenden genannt (Payne et al. 2015; Berland und Bentsen 2017). Berland und Bentsen (2017) empfehlen, Fehler transparent zu machen und Fehlerursachen zu kommunizieren. Kovner et al. (2005) befürworten den Kontakt zwischen Apothekern und Pflegefachkräften nach dem Entstehen von Medikationsfehlern. Falls zur Beurteilung der Problembehandlung weitere Daten und Informationen nötig sind, sollte die Pflegefachkraft diese zusammentragen und dem Pharmazeuten zur Verfügung stellen. Dieser erteilt eine Empfehlung zum weiteren Vorgehen. Abschließend wird der Vorfall mit einem Mediziner besprochen und

- falls notwendig - Nachuntersuchungen eingeleitet. Generell, so scheint es, kann empfohlen werden, Pharmazeuten enger in die Zusammenarbeit während des Medikationsprozesses einzubinden. Auch Frey und Rahman (2003) raten zu einer engeren Zusammenarbeit. Neben der Kommunikation von Pharmazeuten mit anderen professionellen Disziplinen empfehlen Payne et al. (2015) die Rolle von Pharmazeuten zum Training der Angehörigen einzusetzen.

Meyer-Massetti et al. (2012) berichtet darüber, dass sich die Mitarbeiter eines ambulanten Pflegedienstes Fortbildungen zum Thema Medikation mit den Schwerpunkten Generika, Interaktionen, Nebenwirkungen und neue Medikamente wünschen. Da der Prozess des Richtens von Medikamenten als ein großes Gefahrenpotenzial eingeschätzt wird, wird zum Teil eine Standardisierung des Vorgehens empfohlen. Es wird zu einer generellen Doppelkontrolle im Medikationsprozess geraten (Meyer-Massetti et al. 2012).

Überdies werden Maßnahmen empfohlen, die es familial Pflegenden und Pflegebedürftigen erleichtern den Medikationsprozess sicherer auszuführen (Lang et al. 2015). Ein Beispiel ist die Umgestaltung von Arzneimittelverpackungen, so dass Verwechslungen von Arzneimitteln erschwert werden. Eine weitere Vorkehrung ist die schematische Darstellung zur Erläuterung von Vorgängen sowie Nutzer-orientiertes Edukationsmaterial. Ein weiterer Schritt, der sich wiederum auf die Arbeitsorganisation der Pflegenden konzentriert, wäre die Schaffung eines risikoarmen Arbeitsumfeldes in der Häuslichkeit (Lang et al. 2015). Ödegård und Andersson (2001; 2006) beschäftigten sich mit der Einschätzung des Risikos diabeteskranker Personen. Sie empfehlen eine individuelle Einschätzung des Risikopotenzials der erkrankten Personen ebenso für Diabetes, wie für andere risikoreiche Erkrankungen durchzuführen. Auf diese Weise kann bereits zu einem frühen Zeitpunkt auf die Bedürfnisse der Personen eingegangen werden.

### 2.3.7 Cluster: Hygienebedingte unerwünschte Ereignisse

Insgesamt wurden in neun Publikationen Hinweise zu hygienebedingten Ursachen von unerwünschten Ereignissen gefunden. Sieben wurden in Deutschland veröffentlicht und jeweils eine in den USA und in Großbritannien. Da sich eine der deutschen Publikationen auf die ebenfalls eingeschlossene amerikanische Veröffentlichung bezieht, finden sich insgesamt acht Quellen, in denen Problemstände beschrieben werden. Konkrete Lösungsansätze wer-

den in zwei Texten beschrieben und Empfehlungen bezüglich der Problemlage geben die Autoren von acht Artikeln.

### 2.3.7.1 Problemstand

Im Bereich der Hygienemaßnahmen zeigen sich in der Literatur Hinweise, dass die Richtlinien und Standards ihren Ursprung in der stationären Versorgung haben. Aus diesem Grund ist eine Übertragung in die häusliche Umgebung nicht immer problemlos möglich (Allmann 2006; Engmann 2009; Panknin 2011; Loczenski 2012; Niklas 2003; Swanson und Jeanes 2011). Selbst ambulante Pflegedienste mit einem MRSA-Management geben bei einer Befragung an, dass es durch die vielfältigen Versorgungssituationen zu Unsicherheiten in der Versorgung von Patienten mit MRSA-Kolonisation kommen kann (Loczenski 2008). Zusätzlich sind die Kenntnisse der Mitarbeiter über Hygienemaßnahmen sowie die Zeit, diese umzusetzen, die Sicherheit beeinflussende Faktoren (Loczenski 2008; ZQP 2016). Auch Angehörige spielen eine wichtige Rolle bei der Hygienesicherheit in der Pflege. Führungskräfte ambulanter Pflegedienste in Deutschland gaben in einer Befragung an, dass mangelndes Wissen und mangelnde Sorgfalt der informell Pflegenden sowie eine problematische Kooperation zwischen Angehörigen und professionell Pflegenden besonders stark die Umsetzung von Hygieneanforderungen erschweren kann (ZQP 2016). Auch Mitarbeiter ambulanter Pflegedienste aus Berlin erkennen die mangelnde Aufklärung und Schulung der Angehörigen und Patienten als Problem bei Patienten mit einem positiven MRSA-Befund. Sie betonten jedoch auch die ungenügende Kommunikation solcher Befunde zwischen den Sektoren und Professionen (Loczenski 2008; Allmann 2006).

Long und Kollegen (2002) sehen ein weiteres Problem des Infektionsschutzes in der fehlenden Datenlage zu Harnwegsinfektionen in der ambulanten Versorgung in den USA. Ohne Parameter zur Messung der Infektionsraten ist ihrer Meinung nach keine Ursachenanalyse und Evaluation umgesetzter Maßnahmen möglich (Long et al. 2002).

### 2.3.7.2 Lösungsansätze

In einigen Bundesländern wurden MRSA-Netzwerke gegründet, da Unsicherheiten bezüglich der Anwendung und Übertragbarkeit von Richtlinien aus dem stationären Setting in die Häuslichkeit bestehen. Diese sollen sich mit der Erstellung von Merkblättern und Checklisten für die ambulante Pflege beschäftigen (Panknin 2011).

Long und Kollegen berichten von der Entwicklung eines Qualitätsindikators für zu Hause erworbene Harnwegsinfektionen. Mit Hilfe dieses Indikators wurden Infektionsraten und Informationen zu den Versorgungsprozessen in vier ambulanten Diensten über zwei Jahre hinweg erhoben. Die Inzidenzrate in Verbindung mit den Versorgungsprozessen und dem Vergleich zwischen den Einrichtungen kann helfen, einen Best-Practice-Ansatz in der Versorgung von Patienten mit Blasenkathetern zu implementieren (Long et al. 2002).

### 2.3.7.3 Empfehlungen

Die Autoren plädieren für eine bessere Kooperation zwischen ambulatem und stationärem Setting, damit MRSA-Befunde und begonnene Behandlungen in der ambulanten Versorgung effektiver weitergeführt und eine Verbreitung der Infektion eingedämmt werden können (Panknin 2011; Swanson und Jeanes 2011; Loczenski 2008; Allmann 2006). Generell sollten zukünftig bei der Entwicklung von Hygienestandards und Richtlinien die besonderen Umgebungsbedingungen der ambulanten Pflege berücksichtigt werden (ZQP 2016; Allmann 2006).

Des Weiteren sehen sie einen Bedarf bei Aufklärung und Schulung der Angehörigen und Patienten selbst sowie intensivere Kooperationen mit ihnen. Nur mit Hilfe der Angehörigen könnten Hygienemaßnahmen in der häuslichen Umgebung umgesetzt werden (Allmann 2006; ZQP 2016). Schulungsbedarf wird des Weiteren auch bei den Mitarbeitern gesehen: Führungskräfte sehen insbesondere beim Umgang mit Problemkeimen, bei der Händedesinfektion und der Wundversorgung einen Schulungsbedarf bei ihren Angestellten (ZQP 2016).

## 2.3.8 Cluster: Unerwünschte Ereignisse im Rahmen der Wundversorgung

In sechs Publikationen werden die Themen Wundversorgung und Dekubitusprophylaxe thematisiert. Vier Artikel wurden in den USA veröffentlicht und je eine in Norwegen und Großbritannien. In allen sechs Quellen werden Problemstände beschrieben. Ein konkreter Lösungsansatz befindet sich in einem der Texte. Empfehlungen bezüglich der Problemlage geben die Autoren von vier Artikeln.

### 2.3.8.1 Problemstand

Eine Befragung norwegischer Patienten bezüglich ihrer Erfahrungen mit ambulanter Wundversorgung bei Ulcus cruris ergab, dass die Maßnahmen nicht immer fachgemäß umgesetzt werden. Patienten beschreiben, dass Mitarbeiter die Wundversorgung unsicher, fahrlässig oder schlecht informiert durchgeführt hätten. Ebenso gaben die Befragten an, dass Maß-

nahmen, die im stationären Setting begonnen wurden, in der ambulanten Versorgung nicht weitergeführt wurden. Die Patienten fühlten sich schlecht informiert (Haram und Dagfinn 2003). Zwei weitere Publikationen lassen erkennen, dass mangelnde Kompetenzen der beruflich Pflegenden zu Problemen in der Versorgung von Patienten mit chronischen Wunden führen können: Ein ambulanter Pflegedienst in den USA stellte fest, dass ein zuvor entwickeltes Best-Practice Konzept im Bereich der Wundversorgung nicht umgesetzt werden konnte, da es den Mitarbeitern an grundlegenden Fähigkeiten bei der Beurteilung des Wundstatus fehlte (Sturkey et al. 2005). Buckley und Kollegen stellen ebenfalls mangelndes Fachwissen bei der richtigen Beurteilung von Wunden fest (Buckley et al. 2005).

Im Bereich der Dekubitusprophylaxe zeigt eine Befragung von ambulanten Pflegediensten in den USA Mängel auf. So führten lediglich 62,5 % der befragten Pflegedienste eine Einschätzung des Dekubitusrisikos bei neu aufgenommenen Patienten durch. Nur 21,1 % nutzten hierfür ein valides Instrument und lediglich die Hälfte der Befragten stellte den Angehörigen und Patienten standardisierte Schulungsmaßnahmen zur Dekubitusprophylaxe zur Verfügung. Der Hautstatus der Patienten wurde von 52 % der befragten Dienste routinemäßig inspiziert und bei 28,1 % der Pflegedienste kamen Richtlinien oder Protokolle für die Dekubitusprophylaxe zur Anwendung (Bergquist 2005). Bereits im Jahr 2003 machten Langemo und Baranoski deutlich, dass dem Thema Dekubitus in der ambulanten Versorgung zu wenig Beachtung geschenkt wurde (Langemo und Baranoski 2003). In Großbritannien existieren Rahmenwerke für das Vorgehen bei der Untersuchung möglicher Ursachen für das Entstehen eines Dekubitus im stationären Setting. Eine Analyse dieser Dokumente kam zu dem Ergebnis, dass diese im häuslichen Setting nicht anwendbar sind, da sie dem speziellen Setting, in dem der Dekubitus entstanden ist, nicht gerecht werden. So werden nach Meinung der Autoren mögliche Risikofaktoren, wie die Autonomie der Patienten, die zeitliche Begrenzung und mögliche Probleme bei der Zusammenarbeit von formell und informell Pflegenden nicht berücksichtigt (McGraw und Drennan 2015).

### 2.3.8.2 Lösungsansätze

Ein ambulanter Pflegedienst in den USA begegnete mangelnden Kompetenzen der Mitarbeiter im Bereich der Wundversorgung mit der Einführung einer Arbeitsgruppe, die ein Best-Practice Konzept entwickelte, implementierte und evaluierte. Zur Entwicklung des Konzeptes gehörten das Erstellen von Schulungsunterlagen für Mitarbeiter und Angehörige, das Einbin-

den von externen Wund-, Stoma- und Kontinenz-Experten sowie die intensive Anleitung der Mitarbeiter bei der Umsetzung des Konzeptes in der Praxis (Sturkey et al. 2005).

### 2.3.8.3 Empfehlungen

Empfehlungen der Autoren beziehen sich allgemein auf Schulungsmaßnahmen für Mitarbeiter. Für Schulungszwecke im Bereich der Wundversorgung wird der Einsatz von Farbfotos empfohlen (Buckley et al. 2005). Auch wird in diesem Kontext zur Zusammenarbeit mit spezialisierten Fachkräften geraten (Haram und Dagfinn 2003), zur Aufklärung und Schulung von Angehörigen und Patienten bezogen auf die Wundheilung (Haram und Dagfinn 2003) sowie dem Verhindern und Erkennen von Druckgeschwüren. Für Pflegedienste wird empfohlen, Risiko Assessment Tools wie die *Norton Skala* oder die *Braden Skala* im Rahmen der Aufnahme von Patienten durchzuführen und den Hautstatus des Patienten in regelmäßigen Abständen zu erheben und zu dokumentieren (Langemo und Baranoski 2003). Des Weiteren wird der Ursachenanalysen bei unerwünschten Ereignissen im ambulanten Settings hohe Relevanz beigemessen (McGraw und Drennan 2015).

## 2.3.9 Cluster: Sturzereignisse

Es konnten zwei Publikationen, die sich mit der Thematik der Stürze von pflegebedürftigen Personen in der Häuslichkeit befassen, identifiziert werden. Die Publikationen wurden in Norwegen und den USA veröffentlicht. Beide Artikel weisen Informationen zum Problemstand der Sturzereignisse im Allgemeinen auf und sprechen Empfehlungen zur Vermeidung des erneuten Vorkommens aus. Eine der Quellen beschreibt zudem einen Lösungsansatz zur Vermeidung von Stürzen.

### 2.3.9.1 Problemstand

Nach Wertenberger und Wilson (2005) sind Stürze die häufigste Ursache der Einlieferung in die Notaufnahme. Die Langzeit-Konsequenzen bei den Patienten sind Einbußen der funktionalen, körperlichen und sozialen Fähigkeiten. Die Einschränkungen können letztlich zur Notwendigkeit der stationären Versorgung in einem Pflegeheim führen (Wertenberger und Wilson 2005).

Berland et al. (2012a) berichten, dass ambulant beruflich Pflegende häufig wenig Wissen und Erfahrungen zu Sturzereignissen haben. Zum Beispiel wurde in diesem Zusammenhang die Patientensicherheit nicht als Primärprävention anerkannt. Demnach stand die Patientensi-

cherheit erst dann im Fokus, nachdem sich Stürze ereignet hatten. Unsicherheiten vonseiten der beruflich Pflegenden ergaben sich zudem bezüglich der Einschränkung der Patientenautonomie. So war aufgrund der fortschreitenden Gebrechlichkeit einiger Patienten ein eigenständiges Leben in der Häuslichkeit nicht mehr risikofrei möglich. Dennoch akzeptierten die beruflich Pflegenden den Wunsch der Pflegebedürftigen, um die Autonomie der Patienten nicht einzuschränken (Berland et al. 2012a). Nach Wertenberger und Wilson (2005) sind Stürze bei älteren Personen die häufigste Ursache für eine Einlieferung in die Notaufnahme. Als Folgen werden Einbußen funktionaler, körperlicher und sozialer Fähigkeiten und schließlich der Umzug in ein Pflegeheim aufgrund des erhöhten Pflegebedarfs beschrieben (Wertenberger und Wilson 2005).

### 2.3.9.2 Lösung

Nach Wertenberger und Wilson (2005) soll das sogenannte „HOUSE Program“ routinemäßig als Assessment angewendet werden und das Sturzrisiko von Kriegsveteranen erheben. Die Patienten werden durch ein interdisziplinäres Team, geleitet durch eine Pflegefachkraft, nach dem persönlichen Sturzrisiko eingeschätzt. Basierend auf ihrem persönlichen Risiko werden sie anschließend angeleitet, ihre Häuslichkeit ihrem Risiko entsprechend anzupassen. Ein sogenannter Home safety Fragebogen, welcher zeitgleich als Edukation, Inspektion und als Aktionsplan dient, soll den Vorgang der Anpassung anleiten und unterstützen. Als Follow-up der Maßnahme dienen Videotelefonate, die nach Abschluss der Intervention das neue Umfeld der Patienten kontrollieren.

### 2.3.9.3 Empfehlung

Berland et al. (2012a) empfehlen, bei jedem Patienten eine Erhebung des persönlichen Sturzrisikos durchzuführen, um Sturzereignissen präventiv begegnen zu können. Wertenberger und Wilson (2005) weisen darauf hin, dass die Anpassung des Wohnumfeldes an das individuelle Sturzrisiko des Patienten nicht automatisch bedeutet, dass sich auch das Verhalten der Person sturzpräventiv verbessert. Es wäre daher zu empfehlen, das Follow-up der Maßnahme an das individuelle Verhalten der Personen anzupassen.

### 2.3.10 Cluster: Mangelernährung

In einer finnischen Studie wird der Problemstand der Mangelernährung von ambulant versorgten Pflegebedürftigen thematisiert und Empfehlungen für die Verbesserung dieser Situation ausgesprochen.

#### 2.3.10.1 Problemstand

Es wurde der Ernährungsstatus von 178 pflegebedürftigen Personen, die in ihrer häuslichen Umgebung von einem ambulanten Pflegedienst betreut werden, erhoben. 48 % der Befragten zeigten ein Risiko für eine Mangelernährung und bei 3 % lag eine Mangelernährung vor. Die Personen, die noch in der Lage waren, sich ihre Mahlzeiten eigenständig zuzubereiten, wiesen einen höheren BMI (Body Mass Index) auf als jene, die auf Unterstützung durch einen ambulanten Pflegedienst angewiesen waren. Die Autoren konnten feststellen, dass Personen, die Kau- und Schluckproblematiken vorwiesen sowie Unterstützung beim Einkaufen von Lebensmitteln benötigen, ein dreifach erhöhtes Risiko für eine Mangelernährung aufwiesen. 44 % der Befragten nutzten einen „Essen auf Rädern“-Service. Der BMI dieser Personen war signifikant niedriger als jener, die diesen Service nicht in Anspruch nahmen (Soini et al. 2006).

#### 2.3.10.2 Lösungsansätze

In der eingeschlossenen Publikation dieses thematischen Clusters wurden keine Lösungsansätze identifiziert.

#### 2.3.10.3 Empfehlungen

Die Autoren empfehlen den Pflegefachkräften ambulanter Pflegedienste, den Ernährungsstatus ihrer Patienten in regelmäßigen Abständen mithilfe eines Assessments wie dem „Mini Nutritional Assessment“ zu erheben. Zusätzlich sollten Ernährung und Lebensmittelzubereitung mit Patienten und Angehörigen thematisiert sowie Lösungen für Probleme erarbeitet werden. Des Weiteren sehen die Autoren bei Kau- und Schluckproblemen Handlungsbedarf. Diese bedürften einer stärkeren Beachtung durch die ambulante Pflege. Die Autoren sehen es als Aufgabe der professionell Pflegenden an, bei nötigen Interventionen, wie z. B. Zahnarztbesuchen, zu unterstützen. Patienten, die den Service „Essen auf Rädern“ in Anspruch nehmen, sollten besonders in den Fokus der Pflegefachkräfte rücken (Soini et al. 2006), weil sie als gefährdet eingestuft und damit einer vulnerablen Gruppe zugerechnet werden.

## 2.4 Zusammenfassung der Literaturrecherche

Im Rahmen der systematischen Literaturrecherche wurden 78 Publikationen ausgewertet. Die induktiv geleitete Gruppierung der eingeschlossenen Literatur ergab acht thematische Cluster. Hierzu zählen Veröffentlichungen mit epidemiologischen Maßzahlen, Artikel zur Sicherheitskultur und Fehler- bzw. Ereignismeldesystemen, die Beschreibung von Ursachen unerwünschter Ereignisse, Artikel zu Hygiene, Wundversorgung, Sturzereignissen und Mangelernährung sowie Veröffentlichungen im Bereich des Medikamentenmanagements.

Die Publikationen weisen keine einheitliche Verwendung von Begrifflichkeiten und Definitionen in Bezug auf unerwünschte Ereignisse auf. Die Methoden der Datenerhebung und die Charakteristika der Studienpopulationen sind ebenfalls äußerst heterogen. Somit ist eine Zusammenfassung der Inzidenzraten unerwünschter Ereignisse in der ambulanten Pflege auf Grundlage der vorliegenden Literatur nicht möglich. Es lässt sich jedoch feststellen, dass Sturzereignisse, medikamentenassoziierte Ereignisse und Verletzungen ohne einen vorherigen Sturz die häufigsten, im Rahmen der Literaturrecherche identifizierten, unerwünschten Ereignisse darstellen. Konkret von Pflegefachkräften berichtete Fehler, sind Fehler in der Medikation, bei Laboruntersuchungen und der Wundversorgung.

Ein Großteil der relevanten Artikel, insgesamt 26, befasst sich mit medikamentenassoziierten Fehlern. Insbesondere werden in der Literatur häufig Fehler der Dosierung und Verabreichung beschrieben. Eine bedeutende Rolle spielt hierbei die Polymedikation, die Fehler bei der Medikation begünstigt. Als weitere Ursachen für medikamentenassoziierte Ereignisse werden eine Vielzahl von Einflussfaktoren genannt, z. B. mangelnde Kommunikation zwischen den beteiligten Akteuren, Störungen beim Richten der Medikamente, Wissenslücken bei Pflegefachkräften, mangelnde Compliance bei Pflegebedürftigen oder pflegenden Angehörigen. Konkrete Lösungsansätze hierzu beschreiben die Autoren in acht Publikationen. Dazu gehören z. B. eine verstärkte Edukation von Pflegefachkräften im Bereich des Medikamentenmanagements, das Standardisieren von Abläufen durch klare Vorgaben beim Richten der Medikamente sowie die Stärkung der Zusammenarbeit zwischen behandelnden Ärzten, beruflich Pflegenden und Pharmazeuten.

Sturzereignisse nehmen bezüglich der Anzahl ihres Auftretens generell eine ebenso bedeutende Rolle in der Patientensicherheit ein, wie medikamentenassoziierte Ereignisse. Dennoch konnten im Rahmen dieser Literaturrecherche lediglich zwei Publikationen ausgewer-

tet werden, die die Thematik „Sturzereignisse“ im Fokus der Patientensicherheit betrachten. Den Autoren nach sind das Wissen und die Erfahrung der Pflegefachkräfte unzureichend und das Thema Sturzprävention rückt erst in den Fokus der pflegerischeren Versorgung, nachdem ein Patient gestürzt ist. Ein spezielles Programm, eingeführt von einem Anbieter ambulanter Pflegeleistungen, wird als mögliche Lösungsstrategie beschrieben. Hierbei wird das Sturzrisiko jedes Patienten routinemäßig mit Hilfe eines Assessments erhoben. Daraufhin werden individuelle Wohnraumanpassungen vorgenommen, um so das Sturzrisiko des Patienten zu senken.

Insgesamt konnten 15 Publikationen zu den patientensicherheitsrelevanten Themen Hygiene und Wundversorgung in der ambulanten Pflege eingeschlossen und ausgewertet werden. Während die Autoren im Bereich der Hygiene verdeutlichen, dass Richtlinien und Standards aus dem stationären Setting auf Grund von vielseitigen Versorgungssituationen und durch den Einfluss der Angehörigen nicht ohne Weiteres in der ambulanten Pflege umgesetzt werden können, scheint im Bereich der Wundversorgung und Dekubitusprophylaxe das Hauptproblem bei den Kompetenzen und dem Wissen der Pflegefachkräfte zu liegen. Doch auch hier wird deutlich, dass ein Instrument, welches im stationären Bereich für die Ursachenanalyse der Dekubitus-Entstehung genutzt wird, nicht in der ambulanten Pflege angewandt werden kann. Hierbei werden relevante Faktoren wie Einflüsse der Angehörigen und des Umfelds nicht berücksichtigt. Aufgezeigte Lösungsstrategien für die benannten Probleme sind das Erstellen von Checklisten und Merkblättern zu Hygienerichtlinien, welche auf die speziellen Belange der ambulanten Versorgung ausgerichtet sind sowie Schulungsmaßnahmen und intensive Anleitung der Mitarbeiter ambulanter Pflegedienste durch Experten bei der Wundversorgung. Die Autoren empfehlen, dass im Bereich der Hygiene und der Wundversorgung Mitarbeiter der ambulanten Pflege intensiver geschult und angeleitet werden müssen. Sie betonen jedoch auch, dass in dem speziellen Umfeld der Häuslichkeit Angehörige stärker aufgeklärt und angeleitet werden sollten sowie spezielle Ursachanalysen für in der Häuslichkeit entstandene Wundgeschwüre entwickelt werden müssen. Des Weiteren bedürfe es einer stärkeren Zusammenarbeit und Kommunikation des stationären und ambulanten Sektors in Fragen der Hygiene bezüglich multiresistenter Keime, um Infektionen zu verhindern und begonnene Sanierungen der Patienten weiterzuführen.

Mangelernährung wird als unerwünschtes Ereignis in einem der Artikel aufgegriffen. Die Studie zeigt, dass finnische Patienten dann, wenn sie bereits durch einen ambulanten Pfle-

gedienst beim Einkauf und bei ihrer Nahrungszubereitung unterstützt werden müssen, schon ein erhöhtes Risiko für eine Mangelernährung aufweisen. Als weitere Risikofaktoren konnten die Inanspruchnahme von „Essen auf Rädern“ sowie Kau- und Schluckstörungen identifiziert werden. Konkrete Lösungsstrategien beschreiben die Autoren nicht. Sie empfehlen jedoch, dass Pflegefachkräfte in regelmäßigen Abständen den Ernährungsstatus ihrer Patienten mit Hilfe von Assessments erheben sollten. Zusätzlich sollten Beratungen der Angehörigen und Patienten zur Ernährung und Lebensmittelzubereitung sowie die Unterstützung bei der Inanspruchnahme von weiteren Interventionen bei bestehenden Kau- und Schluckstörungen der Patienten Aufgabe der ambulanten Pflege werden.

Eine andere Perspektive zum Thema Patientensicherheit nehmen 16 Publikationen ein. Diese befassen sich mit den Ursachen, die den unerwünschten Ereignissen und Fehlern zu Grunde liegen. Ein Bereich, der in den Veröffentlichungen immer wieder aufgezeigt wird, ist mangelhafte Kommunikation und Zusammenarbeit der an der Versorgung beteiligten Berufsgruppen. Durch mangelhafte oder fehlende Informationsweitergabe zwischen den Akteuren und innerhalb des Pflegeteams käme es immer wieder zu inkonsistenter Versorgung und unerwünschten Ereignissen in der ambulanten Pflege. Des Weiteren beschreiben die Autoren fehlendes Wissen und Kompetenzmängel bei den Pflegefachkräften als mögliche Ursache von unerwünschten Ereignissen. Die Komplexität der Behandlung und somit der Anspruch an das Wissen der Pflegefachkräfte steigt z. B. durch die ständige Zunahme intensivpflegerischer Maßnahmen im häuslichen Bereich und die damit verbundenen Herausforderungen erheblich. So ist z. B. in den letzten Jahren eine starke Zunahme aufwendiger häuslicher Krankenpflege (Behandlungspflege nach § 37 SGB V) bei Pflegebedürftigen mit Tracheostoma zu beobachten. Während die Fallzahl nach einer Erhebung im Jahr 2005 auf ca. 1.000 Fälle begrenzt war, beträgt sie nach Hochrechnung verschiedener Krankenkassen derzeit vermutlich zwischen 15.000 und 30.000 Pflegebedürftigen (DIGAB e.V. et al. 2017). Pflegefachkräfte könnten diesem nicht immer gerecht werden, da entsprechende Fortbildungsmaßnahmen fehlten.

Daneben wird Angehörigen bei der Entstehung von unerwünschten Ereignissen eine relevante Rolle zugeschrieben. Sie übernahmen pflegerische Aufgaben, für die ihnen oft die Kompetenzen und das nötige Wissen fehlten. Ebenso wird die Patientensicherheit durch Patienten und ihren Angehörigen über ihr gesundheitsrelevantes Verhalten, das ggf. Sicherheitsrisiken birgt, beeinflusst. Weitere Faktoren, die die Autoren als Ursachen beschreiben, sind Arbeits-

bedingungen der ambulant tätigen beruflich Pflegenden sowie räumliche und bauliche Gegebenheiten des häuslichen Settings. Praktische Lösungen für die beschriebenen Problemstände zeigen schwedische Pflegehelfer. Sie reagieren auf Kompetenzdefizite mit kollegialer Unterstützung, indem sie sich gegenseitig weiterhelfen sowie mit Selbstlernstrategien. Der unbeständigen Versorgung ihrer Patienten begegnen sie, indem sie selbstständig als Case-Manager fungieren. Im deutschen Versorgungskontext wurde eine EDV-gestützte Pflegeplattform erprobt, um dem Defizit der Informationsweitergabe zu begegnen. Über diese Plattform konnten sich Angehörige und ambulante Pflegefachkräfte austauschen und informieren. Empfehlungen der Autoren beziehen sich auf alle beschriebenen Problembereiche. Sie sprechen sich für Mindeststandards in der Ausbildung von Pflegehelfern aus und betonen die Wichtigkeit von Schulungsmaßnahmen und Weiterbildungen der Pflegefachkräfte. Sowohl die Kommunikation zwischen den einzelnen Akteuren und innerhalb des Pflegeteams als auch die Arbeitsabläufe der ambulanten Pflege, sollten zunehmend standardisiert werden. Die Autoren der kanadischen Kohortenstudie erachten ein sektorenübergreifendes Case-Management als sinnvoll.

Ganz allgemein thematisieren elf Artikel die Sicherheitskultur der ambulanten Pflege sowie den Nutzen von Fehler- bzw. Ereignismeldesystemen. Die deutschen Autoren stellen heraus, dass zum jetzigen Zeitpunkt im deutschen ambulanten Pflegesektor die Etablierung einer Sicherheitskultur nicht oder nur rudimentär stattgefunden hat. Aus Angst vor Konsequenzen und Schuldzuweisungen würden unerwünschte Ereignisse von Seiten der Mitarbeiter oftmals nicht kommuniziert werden. Eine Maßnahme des Kuratoriums Deutsche Altershilfe (KDA) war die Einführung eines online Berichts- und Lernsystems. Auf dieser Plattform konnten sich beruflich Pflegende und Angehörige über kritische Ereignisse austauschen. Eine andere Lösungsstrategie verfolgt die Prävention von unerwünschten Ereignissen durch den Einsatz von Risikomanagement-Strategien. Die Autoren empfehlen eine offene Kommunikation über unerwünschte Ereignisse und Pflegefehler ohne Schuldzuweisung für die Bildung der Fehler- bzw. Sicherheitskultur in der ambulanten Pflege. Außerdem werden die aktive Nutzung von Fehlermanagement-Instrumenten und eine intensivere Einbindung der Patienten und Angehörigen in den Prozess des Risikomanagements vorgeschlagen.

### 3. Inhaltliche Darstellung der vier Fachkonferenzen

#### 3.1 Fachkonferenz I

Die erste Fachkonferenz der Perspektivenwerkstatt wurde am 16.06.2017 in Berlin durchgeführt und hatte das Ziel, die Thematik der Patientensicherheit in der ambulanten Pflege aus wissenschaftlicher Sicht zu betrachten. Es nahmen Wissenschaftler<sup>3</sup> mit Expertise zum Thema Patientensicherheit in der ambulanten Pflege teil:

- Prof. Dr. Andreas Büscher, Fakultät Wirtschafts- und Sozialwissenschaften der Hochschule Osnabrück, wissenschaftlicher Leiter des Deutschen Netzwerks für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP)
- Prof. Dr. Monika Habermann, Fakultät Gesellschaftswissenschaften der Hochschule Bremen
- Judith Hammerschmidt, Mitarbeiterin des Instituts für Patientensicherheit des Universitätsklinikums Bonn
- PD Dr. René Schwendimann, Leiter der Fachstelle Patientensicherheit des Universitätsspital Basel
- Dr. Carla Meyer-Massetti, Mitarbeiterin der Abteilung für pharmazeutische Wissenschaften der Universität Basel
- Andrea Niederhauser, Mitarbeiterin der Stiftung für Patientensicherheit Schweiz.

##### 3.1.1 Ablauf der ersten Fachkonferenz und methodisches Vorgehen der Auswertung

Aus den Ergebnissen der systematischen Literaturrecherche wurden sechs Themenkomplexe generiert, die exemplarisch für besonders relevante Bereiche der Patientensicherheit in der ambulanten Pflege stehen. Diese sechs Themenkomplexe umfassen (1) Rollen und Aufgaben der an der Patientensicherheit beteiligten Personen, (2) Kommunikation, (3) Wissen und Kompetenzen der beruflich Pflegenden, (4) medikamentenassoziierten Fehler, (5) Fehler- bzw. Ereignismeldesysteme sowie (6) Registerdaten zur Patientensicherheit. Spezifische Fragen zu jedem Themenkomplex bildeten einen Leitfaden (siehe Anhang), welcher im Vorfeld

---

<sup>3</sup> Im Interesse einer besseren Lesbarkeit wird nicht ausdrücklich in geschlechterspezifische Personenbezeichnungen differenziert. Die gewählte männliche Form schließt eine adäquate weibliche Form gleichberechtigt ein.

an die Wissenschaftler versandt wurde und am Tag der Fachkonferenz die Diskussionen der Teilnehmenden lenkte.

Die Gruppendiskussion wurde mithilfe eines Diktiergerätes aufgezeichnet und im Anschluss daran transkribiert und anonymisiert. Die Auswertung des Textmaterials erfolgte in Anlehnung an die inhaltlich strukturierende qualitative Inhaltsanalyse nach Kuckartz (2016). Die im folgenden Abschnitt dargestellten Hauptkategorien wurden aus dem Leitfaden abgeleitet und deduktiv auf das Transkript angewandt, wohingegen die Subkategorien induktiv aus den einzelnen Textstellen der Hauptkategorien generiert wurden. Das so entstandene Kategoriensystem aus Haupt- und Subkategorien ist in Tabelle 5 dargestellt.

Tabelle 5: Auswertung FK 1 – Kategoriensystem

| Hauptkategorien:  | Subkategorien:  |
|---|---|
| Rollen und Aufgaben der an der Patientensicherheit beteiligten Personen | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ebene Angehörige</li> <li>- Ebene Pflegefachkraft</li> <li>- Vertragliche / Haftungsrechtliche / Strukturelle Ebene</li> <li>- Setting-bedingte Besonderheiten</li> <li>- Autonomie vs. Sicherheit</li> </ul>  |
| Kommunikation   | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Problembereiche / Ist-Situation in Kommunikationsprozessen</li> <li>- Hindernde Faktoren der Kommunikation</li> <li>- Lösungsansätze von Kommunikationsproblemen</li> </ul>  |
| Wissen und Kompetenzen der beruflich Pflegenden                         | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Benannte Kompetenzdefizite</li> <li>- Kompetenzanforderungen an die Mitarbeiter und Leitungskräfte</li> <li>- Staff-Mix und Auswirkungen unterschiedlicher Qualifikationen, Aspekte der Ausbildung / Weiterbildung / Professionalisierung</li> </ul> |
| Medikamentenassoziierte Fehler  | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Allgemeine Aussagen zur Medikation in der Häuslichkeit</li> <li>- Benannte Probleme und Problembereiche im Medikationsprozess</li> <li>- Lösungsansätze</li> </ul>   |
| Fehler-bzw. Ereignismeldesysteme  | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Positive Aspekte und Erfahrungen zu CIRS</li> <li>- Kritische Ansichten zu CIRS</li> <li>- Voraussetzung für die Einführung und den Nutzen von CIRS</li> </ul>   |
| Big Data/Register   | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Zweck solcher Erhebungen</li> <li>- Mögliche Erhebungsverfahren</li> <li>- Schwierigkeiten bei der Erhebung</li> <li>- Einwände zu Big Data</li> </ul>   |
| Grundsätzliches zur Patientensicherheit in der ambulanten Pflege        | <ul style="list-style-type: none"> <li>- (<i>Keine Subkategorie</i>)</li> </ul>   |

### 3.1.2 Ergebnisse der ersten Fachkonferenz

Im folgenden Abschnitt werden die Ergebnisse der jeweiligen Haupt- und ihrer einzelnen Subkategorien kurz zusammengefasst.

#### 3.1.2.1 Hauptkategorie: Rollen und Aufgaben der an der Pflege beteiligten Personen in Bezug auf Patientensicherheit

Die ersten Fragen des Leitfadens beziehen sich auf die Rollen und Aufgaben der Angehörigen im Bereich der Sicherheit der Pflegebedürftigen. Bereits während des Interviews der Expertengruppe wurde deutlich, dass eine Betrachtung der Aufgaben und Rollen der Angehörigen in Bezug auf die Patientensicherheit nicht unabhängig von den Aufgaben der formell tätigen beruflich Pflegenden, dem Setting oder den vertraglichen und strukturellen Bedingungen der ambulanten Pflege betrachtet werden kann.

Auf der Ebene der Angehörigen wurde zu Beginn festgestellt, dass sie die wichtigsten Akteure in der ambulanten Pflege darstellen und ohne sie eine flächendeckende pflegerische Versorgung in Deutschland nicht möglich wäre. Trotz des Hinzuziehens eines ambulanten Pflegedienstes übernehmen Angehörige und Patienten weiterhin Aufgaben, zu denen sie aber nicht selten entweder nicht mehr in der Lage sind, oder für die sie zumindest keine Kompetenzen aufweisen. Dies kann durchaus beeinträchtigende Auswirkungen auf die Versorgungsqualität haben.

Es wurde diskutiert, was Aufgaben und Rollen der Pflegefachkräfte in Bezug auf die Patientensicherheit sind. Die Wissenschaftler waren sich einig, dass zweifellos die professionell Pflegenden für die Risikoeinschätzung bei den pflegebedürftigen Personen und ihrem direkten Umfeld zuständig sind. Angehörige benötigen in Bezug auf die Patientensicherheit Unterstützung und Beratung durch Pflegefachkräfte. Entscheidend ist dabei, dass die beruflich Pflegenden die Angehörigen für die Bedeutung der Patientensicherheit sensibilisieren können, um zukünftig auf ihre Unterstützung hoffen zu können.

Eine weitere mögliche Aufgabe für formell Pflegende könnte die systematische Erfassung der Aufgaben sein, die die pflegebedürftigen Personen und ihre Angehörigen selbstständig übernehmen können. So können die Defizite und mögliche Kompensationen bei der Versorgung zielgerechter erfasst werden. In diesem Fall wie auch bei den Assessments ergibt sich

wiederkehrend die Frage nach der vertraglichen Ausgestaltung der Dienstleistungserbringung im Bereich der häuslichen Pflege.

Während der gesamten Diskussion wurde wiederholt deutlich, dass bezogen auf das Thema Patientensicherheit grundlegende vertragliche und haftungsrechtliche Fragen offen sind, z. B. inwieweit Risikoeinschätzungen über den vereinbarten Leistungsbereich hinaus erfolgen müssen. Aufgrund der in der Ausbildung erlangten Fachkompetenz von examinierten Pflegenden befinden sie sich bzw. der Träger ohnehin in einer Garantenstellung. Somit sind beruflich Pflegende grundsätzlich dazu verpflichtet, einen potentiellen Schaden abzuwehren, sobald sie eine Gefährdung für Körper oder Psyche des Pflegebedürftigen wahrnehmen. Dies kann z. B. dadurch geschehen, indem sie beratend tätig werden oder einen Arzt benachrichtigen. Unabhängig von dieser generellen Garantenstellung merkten die Wissenschaftler an, dass Patientensicherheit in der ambulanten pflegerischen Versorgung aktuell nicht thematisiert wird. In der gegenwärtigen Versorgungssituation, die u. a. durch knappe zeitliche Ressourcen geprägt ist, ist fraglich, ob ein allumfassendes Assessment bestehender Risiken überhaupt geleistet werden kann, wenn dies nicht zur vertraglich vereinbarten Leistung gehört. Ein Grundgedanke der Wissenschaftler ist die Erweiterung des Leistungsspektrums der ambulanten Pflegedienste, um den Aspekt der Patientensicherheit oder bestehende Instrumente, wie die Pflegekurse für Angehörige oder Kontrollbesuche nach §37 Abs. 3 SGB XI, für eine Verbesserung der Sicherheit der Patienten zu nutzen. Ein besonderer Aspekt der ambulanten Pflege, der im Rahmen der Diskussion thematisiert wurde, ist die Autonomie der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen. Naturgemäß kommt der Autonomie im häuslichen Umfeld eine besondere Rolle zu und verlangt hohen Respekt seitens der beruflich Pflegenden. Dies kommt immer dann zum Tragen, wenn es um aus Sicht der beruflich Pflegenden Veränderungen im Verhalten oder in der räumlichen Umgebung geht. Derzeit stehen Pflegediensten nur wenige Handlungsoptionen zur Verfügung, wenn ihnen Besonderheiten im Versorgungssetting auffallen, die auf notwenige Veränderungen hinweisen, damit eine qualitativ hochwertige pflegerische Versorgung gewährleistet werden kann. Sie haben die Möglichkeit, den MDK hinzuzuziehen oder letzten Endes das Ordnungsamt zu informieren. Eine Wissenschaftlerin gab jedoch zu bedenken, dass zum Wohle des Patienten auch immer ein Abwägungsprozess stattfinden muss, in welchem Bereich das Akzeptieren von Risiken vertretbar wäre, um eine bestmögliche Lebensqualität der Patienten zu erhalten. Ebenso wurde von einer Wissenschaftlerin der besondere Aspekt der häuslichen Umgebung herausgestellt.

Im häuslichen Setting gäbe es immer Risiken, die nicht vollkommen beseitigt werden könnten und somit auch von professionell Pflegenden in Kauf genommen werden müssten.

### 3.1.2.2 Hauptkategorie: Kommunikation

Die Diskussion zum Themenkomplex Kommunikation wurde im Rahmen der inhaltlich strukturierenden qualitativen Inhaltsanalyse in zwei Subkategorien gegliedert. Zum einen benannten die Wissenschaftler aktuelle Problembereiche und Faktoren, die den Kommunikationsprozess behindern. Zum anderen wurden Lösungsansätze erwähnt, die zum Teil bereits in Forschungsprojekten betrachtet wurden. Als eines der bedeutsamsten Probleme der Kommunikation wurden Schnittstellen im Versorgungsprozess gesehen. Als besonders risikobehaftet wurden Versorgungs-Übergänge bewertet. Aus einer Schweizer Studie wurde berichtet, dass nur bei 18 % der Patienten, die aus der stationären Versorgung in die ambulante Pflege übergeben wurden, alle benötigten Informationen vorlagen. In den meisten Fällen würden beruflich Pflegende in solchen Fällen versuchen, dann Informationen über den Hausarzt zu erhalten, da die Erreichbarkeit des Personals im Krankenhaus problematisch sei. Jedoch habe auch der behandelnde Hausarzt zu diesem Zeitpunkt oftmals ebenfalls keine Kenntnisse über den Entlassungsbericht des Patienten. Es wurde kritisch eingebbracht, dass es aktuell keine Regelungen darüber gäbe, welcher Akteur proaktiv wann und vor allem was kommunizieren muss. Zugleich scheint den einzelnen Berufsgruppen nicht ausreichend bewusst zu sein, welche Informationen die andere Profession benötigt, um qualitativ gut arbeiten zu können. Vor allem die Kommunikation von neuen Verordnungen oder geänderten Anordnungen sind im Pflegeprozess die Schritte mit hohem Risikopotenzial. Als konkrete Faktoren, die die Kommunikationsprozesse beeinflussen, benannten die Wissenschaftler Kompetenzdefizite der beruflich Pflegenden, sprachliche Barrieren von beruflich Pflegenden mit Migrationshintergrund, fehlende kollegiale Unterstützung im ambulanten Setting sowie Unsicherheiten von Pflegedienstleitungen bezüglich der Ausgestaltung der Pflegedokumentation. Des Weiteren merkte eine Wissenschaftlerin an, dass es zurzeit keine standardisierten Kommunikationswege zwischen den professionellen Akteuren (z. B. Pflegende, Ärzte, Physiotherapeuten) gäbe. Informationen würden häufig über das Faxgerät weitergegeben, u. a., weil die einzelnen elektronischen Dokumentationssysteme der Akteure nicht vernetzt wären.

Die Wissenschaftler waren sich einig, dass der Einsatz technischer Hilfsmitteln bzw. digitale Anwendungen den Kommunikationsprozess verbessern könnte. Zunächst wäre jedoch der Prozess der Kommunikation zu definieren und Verantwortungen klarer zuzuschreiben. Ein Wissenschaftler verwies im Zuge dessen auf die ISBAR-Methode (Identify, Situation, Background, Assessment and Recommendation) als möglichen Ansatz für einen strukturierten Kommunikationsprozess zwischen Pflegefachkraft und behandelndem Arzt. Des Weiteren wurde das Potenzial des Instruments Pflegevisite zur Erfassung von Risiken für die Patientensicherheit, der Informationsweitergabe zwischen Pflegefachkräften sowie Pflegedienstleitung und zur kollegialen Beratung im Hinblick auf Maßnahmen zur Patientensicherheit in der Pflege erörtert. Bisher werde das Instrument in der Praxis allerdings noch zu wenig genutzt.

Zur verbesserten Kommunikation und Dokumentation über die Medikation wurde der sogenannte bundeseinheitliche Medikationsplan von den Wissenschaftlern als sinnvolles Instrument befunden. Die flächendeckende Verbreitung, insbesondere auch die elektronische Nutzung mittels des Barcodes sollte vorangebracht werden. Zudem sollten Prozesse zum Umgang mit dem Medikationsplan definiert und standardisiert werden.

Angemerkt wurde, dass unterschiedliche Bereiche, in denen kommuniziert wird, separat betrachtet werden müssten, um gezielte Lösungsansätze zu finden. Die Probleme in der Kommunikation innerhalb des einzelnen Pflegedienstes bedürften anderer Lösungsansätze als z. B. die Kommunikation zwischen Angehörigen und beruflich Pflegenden. Dies gilt auch für die Schnittstellenkommunikation zwischen stationärem und ambulanten Setting oder zwischen dem behandelnden Arzt und dem zuständigen Pflegedienst.

### 3.1.2.3 Hauptkategorie: Wissen und Kompetenzen der beruflich Pflegenden

Die Auswertung der Antworten auf die Interviewfragen zu Wissen und Kompetenzen von beruflich Pflegenden erfolgte im Rahmen von Subkategorien (siehe Tabelle 5): (1) Aspekte der Aus- und Weiterbildung, (2) Kompetenzanforderungen an Mitarbeiter und Leitungskräfte sowie (3) Auswirkungen unterschiedlicher Qualifikationsniveaus professionell Pflegender. Zum Aspekt Ausbildung wurden bei der Auswertung des Gruppeninterviews zwei Bereiche identifiziert: der Umfang der Aus- bzw. Weiterbildung leitender beruflich Pflegender und die Grundausbildung von beruflich Pflegenden.

Der Umfang der Ausbildung leitender beruflich Pflegender wurde als zu gering eingeschätzt. Kurse mit einer Dauer von 460 bis 480 Stunden würden nicht ausreichen und zudem wären

anspruchsvolle Bereiche, die die Patientensicherheit beträfen, etwa die Touren- bzw. Einsatzplanung, nicht regulärer Inhalt. Leitungskräfte stünden regelmäßig vor der Herausforderung, das Personal mit der fachgemäßen Qualifikation auf die Bedarfslage der pflegebedürftigen Klienten angemessen zu verteilen. Als gutes Praxisbeispiel zur Gewährleistung von Kontinuität beim Personaleinsatz wurde die sogenannte Kontinuitätsroute für Demenzpatienten angeführt. Diese würde zum Teil in der Schweiz praktiziert werden, um mehr Beständigkeit bei der pflegerischen Versorgung zu erreichen.

Die Grundausbildung von beruflich Pflegenden umfasse derzeit nicht regulär und explizit das Thema Patientensicherheit, dies sei aber erforderlich. Neben Risikoeinschätzung und Instrumenten der Patientensicherheit, sollten Kommunikationsfähigkeit und Case-Management verstärkt in der Pflegeausbildung vermittelt werden. In Hamburg läge ein Curriculum-Baustein vor, der von den Pflegeschulen genutzt werden kann. Angesprochen wurde zudem, dass es zielführend sein könnte, das Thema Patientensicherheit grundsätzlich in der Ausbildung aller Gesundheitsberufe zu thematisieren.

Thematisiert wurde zudem, dass es für Pflegefachkräfte nach ihrer Ausbildung schwierig sei, ihr Wissen auf dem aktuellen Stand der Evidenz zu halten. Die Quantität der Publikationen als auch der erschwerende Zugang durch kostenpflichtige Portale sowie sprachliche Barrieren würden Pflegefachkräfte zum Teil daran hindern. Beispielweise könnte eine vereinfachte Darstellung komplexer Themen aus der Forschung auf Fortbildungsmedien oder die Veröffentlichung relevanter Beiträge in Form von Fallberichten in Fachzeitschriften hilfreich sein.

In der Diskussion um einen geeigneten Personal-Mix wurde angebracht, dass es problematisch sei, den Versorgungsbedarf von Pflegebedürftigen in einzelne Tätigkeiten einzuteilen, um dann diese Tätigkeiten der Schwierigkeit nach entweder an Hilfskräfte oder an Pflegefachkräfte zu übertragen. Für den stationären Bereich lägen Studien vor, die den Einfluss der Qualifikation der Mitarbeiter auf die Mortalität der Patienten zeige. Für das ambulante Setting lägen entsprechende Erkenntnisse zwar nicht vor, wären voraussichtlich aber ähnlich.

Des Weiteren wurde angemerkt, dass unterschiedliche Regelungen in den einzelnen Bundesländern zur Übernahme von Tätigkeiten im Rahmen der Behandlungspflege durch Hilfskräfte bestünden. Ebenso wurde andiskutiert, ob und inwieweit eine Reduzierung der Fachkraftquote mit einer De-Professionalisierung und De-Qualifizierung einhergehen würde. Hierzu wurde angebracht, dass möglicherweise beruflich Pflegende mit einer geringeren Qualifika-

tion, aber mehr Zeit für ihre Aufgaben, eine vergleichbar gute Arbeit leisten könnten wie beruflich Pflegende mit einer höheren Qualifikationsstufe, die den Patienten jedoch nicht kennt. Dazu wurde auch zum Teil die Position vertreten, dass gesetzliche Vorgaben, wie eine Fachkraftquote oder zur Personalbemessung, hier eher hinderlich sein könnten. Speziell für die ambulante Pflege oder die Versorgung von Demenzerkrankten wären daher Ausnahmeregelungen von Quotenregelungen denkbar.

### 3.1.2.4 Hauptkategorie: Medikamentenassoziierte Fehler

Die Aussagen der Wissenschaftler zu den Fragen des Leitfadens in Bezug auf medikamentenassoziierte Fehler wurden in drei Subkategorien gegliedert. Zum einen beschrieben die Teilnehmer aktuelle Problembereiche im Medikationsprozess und benannten mögliche Lösungsansätze. Zum anderen wurden allgemeine Aussagen zu dieser Thematik identifiziert.

Die Prävalenz von Medikationsfehlern bei Pflegebedürftigen in der ambulanten Pflege wurde allgemein im Rahmen der Konferenz als hoch eingeschätzt. Unter anderem wurde von einer Schweizer Studie berichtet, in der beruflich Pflegende angaben, dass bei 95 % der betrachteten Patienten ein unerwünschtes Ereignis im Rahmen der Medikation hätte gemeldet werden müssen, welches jedoch nicht geschah.

Ursachen für medikamentenassoziierte Fehler wurden u. a. in fehlerhafter oder mangelnder Kommunikation der Akteure an den Schnittstellen der Versorgung gesehen. Als ein Beispiel wurde benannt, dass Veränderungen in der Medikation, die im Krankenhaus oder vom Facharzt veranlasst wurden, oft zu spät oder gar nicht an den behandelnden Hausarzt und den ambulanten Pflegedienst übermittelt werden. Des Weiteren könnten Unterbrechungen beim Richten der Medikamente durch Pflegefachkräfte zu Fehlern führen. Risiken für die Medikationssicherheit könnten auch entstehen, wenn Angehörige und Patienten eigenständig für ihre Medikamente sorgten und dazu aufgrund von körperlichen oder geistigen Einschränkungen nicht in der Lage seien. Unbeantwortet blieb die Frage, inwieweit die Medikationsadhärenz bei chronisch erkrankten Menschen einen Aspekt der Patientensicherheit darstellt. Es wurde angemerkt, dass eine fehlerhafte Einnahme der Medikamente möglicherweise auch auf Unwissenheit zurückzuführen sei.

Als ein Instrument zur Verbesserung der Medikationssicherheit wurde der bundeseinheitliche Medikationsplan genannt. Um jedoch zu gewährleisten, dass auch die aktuellste Version

des Plans vorliegt, müsste dieser in die zukünftig verwendete elektronische Patientenakte aufgenommen werden.

Zudem wurde ein erfolgversprechendes Projekt eines Schweizer Krankenhauses vorgestellt: Abweichungen der Medikation werden bei Aufnahme des Patienten und zum Zeitpunkt der Entlassung in einer Tabelle dargestellt und begründet. So können Veränderungen der Medikation während des Krankenhausaufenthaltes deutlicher kommuniziert werden. Der behandelnde Hausarzt und die Mitarbeiter des ambulanten Pflegedienstes können damit die veränderte medikamentöse Therapie besser nachvollziehen. Zudem wurde berichtet, dass in der Schweiz derzeit nicht geregelt ist, inwieweit Pflegefachpersonen proaktiv die Medikamente ihrer Patienten an Schnittstellen der Versorgung abgleichen und überwachen müssen. Schulungen von beruflich Pflegenden sind bereits etabliert, damit unerwünschte Nebenwirkungen der medikamentösen Therapie schneller erkannt werden.

### 3.1.2.5 Hauptkategorie: Fehler- bzw. Ereignismeldesysteme

Aus der Schweiz wurde von überwiegend positiven Erfahrungen mit Fehler- bzw. Ereignismeldesystemen (*Critical Incident Reporting Systeme, CIRS*) berichtet. CIRS wären eine gute Grundlage, um mit Mitarbeitern über Sicherheitskultur und institutionsbezogene Probleme zu sprechen. Zudem böten entsprechende Systeme den Mitarbeitern einen Ansatzpunkt, um Ereignisse überhaupt an einer Stelle anzubringen.

Im Rahmen der Fachkonferenz wurde erörtert, dass die Begriffe „Fehler“ und „unerwünschtes Ereignis“ zu unterscheiden seien. Ein „Fehler“ wäre vielmehr die mögliche Ursache für ein unerwünschtes Ereignis. Die verbreitete Bezeichnung „Fehlermeldesystem“ sollte daher durch „Ereignismeldesystem“ ersetzt werden. Hierbei ginge es darum Ereignissen zu analysieren und einen Lernprozess in Gang zu setzen.

Thematisiert wurden zudem die Voraussetzungen zur Implementierung von CIRS in der ambulanten Pflege. Infrage stand, ob kleine Pflegedienste mit wenigen Mitarbeitern CIRS etablieren könnten. Es wurde davon ausgegangen, dass sowohl umfangreiche personelle als auch technische Ressourcen benötigt werden, um diese Systeme fortwährend bestehen zu lassen.

Voraussetzungen zur Implementierung von CIRS ist in jedem Fall die Bereitschaft und Entschlossenheit der Teams, ein solches System zu nutzen. Dafür müssten sich sowohl die Wahrnehmung von unerwünschten Ereignissen und Fehlern als auch der Umgang der beruf-

lich Pflegenden damit verändern. Meldesysteme sind nicht als „blaming“ zu betrachten, sondern als Methode und Möglichkeit zu lernen. Es müsse eine Bereitschaft entstehen, Prozesse in der eigenen Organisation ständig verbessern zu wollen. Dem entsprechenden Angebot an Fort- und Weiterbildungen käme hierbei ebenfalls eine wichtige Bedeutung zu. Erläutert wurde außerdem, dass die Unterschiede zwischen dem stationären und dem ambulanten Bereich anerkannt werden müssten. Ein System, das im stationären Setting funktioniert, könne nicht eins zu eins in die ambulante Versorgung übertragen werden. Zum einen müssten Prozessabläufe bezüglich der Meldesysteme innerhalb des einzelnen Pflegedienstes definiert werden. Zum anderen würde es der Klärung bedürfen, wie mit unerwünschten Ereignissen und Fehlern verfahren wird, die sich an Schnittstellen ereignen. Wie werden z. B. Hausärzte in den Arbeits- und Lernprozess einbezogen? Die Einführung eines verbindlichen, bundesweiten CIRS wurde kritisch betrachtet. Es bestünde die Gefahr, dass die Systeme dann überstürzt eingeführt und Bestandteil der Qualitätsprüfungen werden würden, ohne dass die Dienste darauf vorbereitet wären.

### 3.1.2.6 Hauptkategorie: Big Data/Register

Der Vorteil einer Nutzung eines Registers, mit dessen Hilfe die Inzidenz von unerwünschten Ereignissen in der ambulanten Pflege erhoben werden könnte, läge darin, Daten über unerwünschte Ereignisse der ambulanten pflegerischen Versorgung systematisch zu erheben. Dies setzt allerdings ein Fehler- bzw. Ereignismeldesystem wie z.B. CIRS voraus. Eine weitere Idee war, dass Pflegedienste im Rahmen des internen Qualitätsmanagements z. B. Angaben über die Anzahl der aktuell zu versorgenden Patienten mit Dekubitalulcera, der Sturzereignisse und medikamentenassoziierte Ereignisse erheben und die Daten an ein zentrales Register melden, die erhobenen Informationen könnten zukünftigen Risikobeurteilungen und Forschungsvorhaben dienen. Derzeit gäbe es aber keine Anlaufstelle, an der Verfahren über Pflegefehler gesammelt werden würden. Vorgeschlagen wurde die Einrichtung einer Datenbank für Pflegefehler entsprechend zu der Datenbank über ärztliche Behandlungsfehler der Ärztekammer.

Anhand der Daten könnte analysiert werden, welche Größenordnung unerwünschte Ereignisse in der ambulanten Pflege einnehmen. Zudem könnten diese Daten mit den Daten aus dem stationären Bereich abgeglichen werden. Langfristig könnte beobachtet werden, wie sich Häufigkeiten durch das Umsetzen von Empfehlungen verändern. Ein solches Projekt

wäre jedoch Bestandteil der Gesundheits- oder Versorgungsforschung und weniger ein Schwerpunkt der Pflegeforschung.

Als ein zielführendes Erhebungsverfahren wurde eine bereits etablierte Methodik vorgestellt, bei der Patientenakten nach sogenannten „Trigger-Tools“ gescreent werden. Bei einer positiven Übereinstimmung wird die jeweilige Krankenakte nach kritischen Zwischenfällen durchsucht. Diese Methode könnte ggf. adaptiert werden. Die im stationären Setting etablierte Methodik des Screenings der Patientenakten würde sich im ambulanten Setting als weitaus schwieriger gestalten, da die benötigten Unterlagen der Patienten in eine Pflegedokumentation und eine Patientenakte aufgliedert werden, die wiederum an verschiedenen Stellen zu finden sind.

Als Gegenargument für die Einrichtung eines zentralen Registers über unerwünschte Ereignisse und Fehler in der ambulanten Pflege wurde angeführt, dass solche aufgrund der anonymen Sammlung bei einzelnen Patienten nicht aufgedeckt und somit auch nicht die nötigen Maßnahmen eingeleitet werden könnten, um zukünftig die unerwünschten Ereignisse zu verhindern.

### 3.1.2.7 Hauptkategorie: Grundsätzliches zur Patientensicherheit in der ambulanten Pflege

Dieser Hauptkategorie wurden jene Aussagen der Wissenschaftler zugeordnet, die sich grundsätzlich auf die Patientensicherheit in der ambulanten Pflege bezogen haben und nicht zu einer der anderen Hauptkategorien zugeordnet werden konnten.

Zum einen wurde festgestellt, dass es gegenwärtig noch keine theoretischen Modelle oder sogenannte Frameworks gibt, die helfen würden, wesentliche sicherheitsrelevante Mechanismen in der ambulanten pflegerischen Versorgung so eindeutig zu verstehen, dass sich daraus klare Konzepte für die Patientensicherheit in der ambulanten Pflege entwickeln ließen.

## 3.2 Fachkonferenz II

Die zweite Fachkonferenz fand am 27. Oktober 2017 statt. Ziel war die weitere Bestandsaufnahme und Diskussion von Anforderungen an Konzepte und Methoden (z. B. Sicherheitskultur, Fehler- bzw. Ereignismeldesysteme) sowie konkrete Handlungsbedarfe zur Verbesserung der Sicherheit pflegebedürftiger Menschen im Rahmen der professionellen Pflege zu Hause. Der Themenschwerpunkt lag damit auf den Bereichen Patientensicherheit, Sicher-

heitskultur und Fehler- bzw. Ereignismeldesysteme. Es wurden Vertreter der Pflege, Verbände, Behörden und Modellprojekte eingeladen (sogenannte Metaebene Praxis): Folgende Experten haben teilgenommen:

- Anke Buhl, AWO Schleswig-Holstein GmbH
- Axel Hopfmann, Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz, Hamburg
- Stefanie Kortekamp, Hochschule Osnabrück
- Christiane Lehmacher-Dubberke, AOK Bundesverband e. V.
- Dr. Ottilie Randzio, Medizinischer Dienst der Krankenversicherung Bayern e. V.
- PD Dr. Max Skorning, Stabsstelle Patientensicherheit, MDS
- Carola Stenzel-Maubach, Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe e. V.
- Sabrina Weiss, Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e. V.

### 3.2.1 Ablauf der zweiten Fachkonferenz

Abgeleitet aus den Ergebnissen der Literaturrecherche und der ersten Fachkonferenz ergaben sich für die zweite Fachkonferenz folgende Themenkomplexe: 1) Verantwortlichkeiten zur Patientensicherheit, 2) Stand der Sicherheitskultur und 3) Nutzen von Fehler-bzw. Ereignismeldesystemen/CIRS.

Zu Beginn der Fachkonferenz wurde das Format Perspektivenwerkstatt vorgestellt und die ersten Ergebnisse präsentiert. Im Anschluss referierte Frau Lehmacher-Dubberke, Referentin Abteilung Pflege beim AOK Bundesverband, zum Thema Sicherheitskultur und hat damit die leitfadengestützte Gruppendiskussion zu diesem Punkt eingeleitet. Frau Dr. Randzio vom MDK Bayern stellte anschließend das Modellprojekt „CIRS in der Pflege“ vor, bevor zur Gruppendiskussion dieses Themenkomplexes übergeleitet wurde. Abschließend formulierte jeder Teilnehmer ein Resümee und Empfehlungen zur Verbesserung der Sicherheit pflegebedürftiger Menschen aus Sicht der Praxis.

Wie bereits bei der ersten Fachkonferenz wurde die Gruppendiskussion mithilfe eines Diktiergerätes aufgezeichnet und im Anschluss daran transkribiert und anonymisiert. Die Auswertung des Textmaterials erfolgte in Anlehnung an die inhaltlich strukturierende qualitative Inhaltsanalyse nach Kuckartz (2016). Die im folgenden Abschnitt dargestellten Hauptkategorien wurden aus dem Leitfaden abgeleitet und deduktiv auf das Transkript angewandt, wohingegen die Subkategorien induktiv aus den einzelnen Textstellen der Hauptkategorien ge-

neriert wurden. Das so entstandene Kategoriensystem aus Haupt- und Subkategorien ist in Tabelle 6 dargestellt.

Tabelle 6: Auswertung FK 2 – Kategoriensystem

| Hauptkategorie                                    | Subkategorie  |
|---|---|
| Verantwortlichkeiten zur Patientensicherheit      | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Bestimmung (Definition) der Verantwortung von Pflegefachkräften und -diensten</li> <li>- Mögliche Erweiterung des Leistungsspektrums</li> <li>- Fort- und Weiterbildung</li> <li>- Sonstiges: Fehler als Chance verstehen</li> </ul> |
| Stand der Sicherheitskultur                       | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Fördernde Faktoren</li> <li>- Maßnahmen zur Stärkung</li> </ul>  |
| Nutzen von Fehler-bzw. Ereignismeldesystemen/CIRS | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Definition von CIRS-Meldungen</li> <li>- CIRS</li> <li>- Internationale Vorbilder</li> <li>- Big Data (länderübergreifendes Meldesystem)</li> </ul>  |

### 3.2.2 Ergebnisse der zweiten Fachkonferenz

Im folgenden Abschnitt werden die einzelnen Subkategorien zu den jeweiligen Hauptkategorien kurz zusammengefasst. Es ist anzumerken, dass während der gesamten Fachkonferenz eine positive Haltung zu dem Begriff „Fehler“ betont wurde. Menschliches Handeln wird immer „Fehler“ implizieren. Fehler sollten als Chance begriffen werden und Haltungen zu dieser Thematik sollten sich ändern.

#### 3.2.2.1 Hauptkategorie: Verantwortlichkeiten zur Patientensicherheit

Es wurden haftungsrechtliche, moralische, ethische und professionelle Verantwortlichkeiten für die Patientensicherheit benannt. Ideell betrachtet höre die Verantwortung der Pflegefachkraft nie auf. Juristische haftungsrechtliche Fragen seien in diesem Kontext unter dem Stichwort Garantenpflicht zu berücksichtigen. Die Verantwortung der ambulanten Pflegefachkraft bestünde darin, Schaden vom Pflegebedürftigen abzuwenden, in dem sie zumindest risikoreiche oder schädigende Vorfälle bei geeignete Stellen anbringt, um Abhilfe zu schaffen (Die Frage nach der Anlaufstelle bzw. der Meldestelle blieb an dieser Stelle offen). Teilweise wurde die Position vertreten, dass Verantwortlichkeiten von Pflegefachkräften nur bezogen auf die Leistungsvereinbarungen zu betrachten wären.

Verantwortung sollte als Querschnittsaufgabe aller Professionen und aller an der Pflege beteiligten Akteure begriffen werden. Die Verantwortlichkeit der Pflege sollte durch eine gemeinsame Verantwortung des versorgenden Teams getragen werden.

Zusätzlich wurden Aspekte der Verantwortlichkeit aus Sicht von Pflegefachkräften geschildert. Ereignisse würden oftmals aus Angst vor negativen Konsequenzen nicht gemeldet. Außerdem sähen sich Pflegende in einer *double bind Situation*: Sie sollen die Autonomie der Pflegebedürftigen wahren und gleichzeitig Risiken identifizieren und verhindern, die möglicherweise zur Einschränkung der Autonomie führen. Insbesondere dürfe die Wahrnehmung der Verantwortung professionell Pflegender nicht Bevormundung von Pflegebedürftigen bedeuten. Pflegende könnten diesem Spagat oft nicht gerecht werden.

Zudem wurde über eine mögliche Erweiterung des Leistungsspektrums der ambulanten Pflegedienste um Leistungen bzw. Maßnahmen zur Patientensicherheit diskutiert. Dabei war umstritten, ob eine Risikoeinschätzung als Lücke im Leistungskatalog, also als extra zu vergütende Aufgabe betrachtet werden sollte, oder ob die Risikoeinschätzung bereits im Leistungskatalog integriert ist. Dazu wurde auf das Assessment beim Auftrag, Pflege durchzuführen, verwiesen, sowie Erstgespräche, Folgebesuche und die Anamnese genannt. Es wurde geschildert, dass die Rahmenverträge solche Aspekte erwähnen.

Patientensicherheit sei keine Leistung im engeren Sinne und damit keine einzelne bzw. gesonderte Maßnahme. Patientensicherheit wäre vielmehr als Ergebnis des gesamten Versorgungsprozesses zu betrachten (Ergebnisqualität). Sie spielt daher bei allen pflegerischen Handlungen eine Rolle. Über die Vergütung von (neuen) Maßnahmen, Leistungen oder Instrumenten, die der Patientensicherheit dienen, z. B. Assessments, Beratungen oder Fallkonferenzen könnte jedoch diskutiert werden. Zusätzlich wurde angesprochen, dass eine Erhöhung der Organisationszeit und im Zusammenhang damit auch der Vergütung diskussionswürdig ist, um Aspekte der Patientensicherheit zu gewährleisten. Letztlich blieb die Frage offen, ob Maßnahmen der Pflegedienste zur Patientensicherheit als Zusatzleistung finanziert werden sollten, oder ob diese bereits selbstverständlich in den Leistungen integriert ist.

Des Weiteren wurde erörtert, welche konkreten Fort- und Weiterbildungsinhalte für beruflich Pflegende notwendig sind, um für die Patientensicherheit in der ambulanten Pflege gezielt zu sensibilisieren. Es wurde auf den interdisziplinären Lernzielkatalog „Patientensicherheit“ des Aktionsbündnisses Patientensicherheit (APS) verwiesen. Dieser enthält die relevanten Themen zur Patientensicherheit. Es wurde geraten, Pflichtfortbildungen über die Pflegekammern anzubieten. Zudem sollte *Kommunikation* als interdisziplinäre Schlüsselfunktion zur Patientensicherheit unbedingt beachtet und in die Ausbildung integriert werden.

### 3.2.2.2 Hauptkategorie: Stand der Sicherheitskultur

Insgesamt wurde dringender Bedarf an Handlungsrahmen oder Guidelines für Pflegedienste gesehen, um Maßnahmen einer Sicherheitskultur zu stärken. Es wurde übergelegt, wie die Etablierung einer Sicherheitskultur in der ambulanten Pflege gelingen kann. Dazu wurde zunächst besprochen, welche Faktoren die Etablierung der Sicherheitskultur in der ambulanten Pflege sowohl auf Systemebene als auch auf der Ebene des einzelnen Dienstes beeinflussen (fördern oder behindern). Anschließend wurde diskutiert, welche Maßnahmen ergriffen werden sollten, um die Sicherheitskultur zu stärken.

Zunächst wurde darauf verwiesen, dass sich Denk- und Verhaltensweisen ändern sollten, damit die Umsetzung gelingt. Anstatt einer „Fehler-/Sicherheitskultur“ könnte man auch von einer „Aufmerksamkeitskultur“ sprechen. Dabei sollte allgemein der Fehler als Chance begriffen werden („Aus Fehlern lernen“). Pauschale Betrugs- und Fehlerunterstellungen müssten beendet und eine Vertrauenskultur etabliert werden. Vorbilder, die eine offene Sicherheitskultur verkörpern, wären für eine erfolgreiche Etablierung notwendig. Dazu seien Führungskräfte, die dies vorleben, von großer Bedeutung. Beispielhaft wurde von einem im Krankenhaus tätigen Mediziner berichtet, der seine Abteilung/Station gezielt anspricht und sich erkundigt: „Was ist los mit euch? Ihr habt in diesem Monat so wenig Fehler gemeldet; da stimmt doch was nicht.“ Zudem wurde auch an dieser Stelle die Bedeutung der Sanktionsfreiheit und Anonymität geäußert. Ferner sei die Kommunikation dieser Maßgaben an alle Mitarbeiter sehr wichtig, um eine Sicherheitskultur zu etablieren und zu festigen. Rückmeldungen zu gemeldeten Fehlern wären unabdingbar, um in konstruktiver Weise zu zeigen, was aus dem Ereignis gelernt wurde. Des Weiteren wurde als Analogie zum „Mitarbeiter des Monats“ das Beispiel „Fehler des Monats“ für die Forcierung einer Sicherheitskultur in der Organisation genannt.

Außerdem wurde aufgezeigt, dass externe Kontrollen von Aufsichtsbehörden oder dem MDK Mängel struktureller Art aufdecken und dadurch zur Vermeidung von Fehlern beitragen könnten.

### 3.2.2.3 Hauptkategorie: Nutzen von Fehler- bzw. Ereignismeldesystemen/CIRS

Abschließend wurde über den Nutzen von Fehler- bzw. Ereignismeldesystemen gesprochen. Dazu wurden erste Erfahrungen berichtet und Empfehlungen für die Implementierung ange- sprochen.

Als Vorteile von Fehler- bzw. Ereignismeldesystemen wurden u. a. der Austausch zwischen Mitarbeitern, das Lernen aus Ereignissen und der Wissenstransport genannt. Nach Erfahrungen des MDK Bayern wurde das Betriebsklima nach Einführung von CIRS in Pflegeeinrichtungen maßgeblich verbessert.

Zentrale Voraussetzung für die Einführung von CIRS sei das Verständnis dafür, worum es sich bei einem solchen Instrument handelt. Aufgrund von nicht erkannten Risiken entstandene Schäden gehörten nicht ins CIRS. Neben Sanktionsfreiheit sei die Anonymität der Melder wichtig. Um ein Fehler- bzw. Ereignismeldesystem erfolgreich zu implementieren, sollte unbedingt Freiwilligkeit gewahrt sein und eine gesetzliche Verpflichtung vermieden werden. Ein beteiligungsorientiertes Modell könne nur bottom-up und nicht top-down funktionieren. Zudem sollte den Einrichtungen der Nutzen von CIRS verdeutlicht werden. Führungskräften in der Pflege käme hierbei als Vorbilder große Bedeutung zu. Wichtig sei auch die Benennung eines CIRS-Beauftragten, dieser sei auch für die Anonymisierung einzusetzen.

Darüber hinaus wurde verdeutlicht, dass CIRS nicht für quantitative Betrachtungen geeignet wäre. Inwieweit ein einrichtungsübergreifendes CIRS bei kleineren Diensten sinnvoll ist, blieb hinsichtlich Organisation, Anonymisierung und Finanzierung unklar.

Ein bundesweites, einrichtungsübergreifendes, Fehler- bzw. Ereignismeldesystem wurde von fast allen Teilnehmern ausdrücklich befürwortet (Big Data). Es wurde hervorgehoben, dass eine unabhängige und interessensneutrale Auswertung, z. B. durch das Robert-Koch-Institut, die/den Patientenbeauftragte/n oder einer Pflegekammer wesentlich ist. Eine nutzerfreundliche Präsentation wäre außerdem von Bedeutung (z. B. Such-Eigenschaft).

Beispielhaft wurde auf zwei Systeme Bezug genommen: Großbritannien verfüge über ein einrichtungsübergreifendes, einheitliches nationales CIRS. Der NHS (National Health Service) erhielte 1,8 Millionen CIRS-Meldungen pro Jahr. Dort würden Fehler landesweit im NHS zentral über alle Settings hinweg gemeldet. Alerts gingen als direkte Reaktion auf Meldungen an alle Akteure. Beispielhaft wurde außerdem der Entschädigungsfonds in Skandinavien genannt: Ärzte füllen gemeinsam mit Geschädigten Formulare aus, um entschädigende Zahlungen für die Patienten zu erhalten.

### 3.3 Fachkonferenz III

Die dritte Fachkonferenz wurde am 14. März 2018 mit Praktikern aus verschiedenen Bereichen durchgeführt, die auf der operativen Ebene tätig sind. Folgende Personen haben teilgenommen:

- Peter Bergen, Niedersächsisches Landesgesundheitsamt
- Dr. Eckehard Frisch, Pneumologe, Praxis für außerklinische Beatmung (PaB)
- Christoph Jaschke, Heimbeatmungsservice Brambring und Jaschke
- Silvia Krüger, AOK Nordost
- Heiko Kunze, Pflegeeinrichtungen AWO Leipzig-Stadt
- Barbara Loczenski, Wannsee-Schulen für Gesundheitsberufe
- Sabine Neubert, Pflegedienste AWO Schleswig-Holstein
- Patrick Ziech, Niedersächsisches Landesgesundheitsamt

#### 3.3.1 Ablauf der dritten Fachkonferenz

Zu Beginn der Fachkonferenz wurden auch hier das Format Perspektivenwerkstatt vorgestellt und die ersten Ergebnisse präsentiert. Im Anschluss wurden die Aspekte Medikation, Hygiene und Kommunikation anhand von Fragen, die als strukturierende Diskussionsimpulse im Mittelpunkt der Konferenz standen, diskutiert. Abschließend formulierte jeder Teilnehmer ein Resümee und Empfehlungen zur Verbesserung der Sicherheit pflegebedürftiger Menschen aus Sicht der Praxis.

Wie bereits bei der ersten und zweiten Fachkonferenz wurde die Gruppendiskussion mithilfe eines Diktiergerätes aufgezeichnet und im Anschluss daran transkribiert und anonymisiert. Die Auswertung des Textmaterials erfolgte in Anlehnung an die inhaltlich strukturierende qualitative Inhaltsanalyse nach Kuckartz (2016). Die im folgenden Abschnitt dargestellten Hauptkategorien wurden wie schon in den Fachkonferenzen zuvor aus dem Leitfaden abgeleitet und deduktiv auf das Transkript angewandt, wohingegen die Subkategorien induktiv aus den einzelnen Textstellen der Hauptkategorien generiert wurden. Das so entstandene Kategoriensystem aus Haupt- und Subkategorien ist in Tabelle 7 dargestellt.

Tabelle 7: Auswertung FK 3 – Kategoriensystem

| Hauptkategorie                      | Subkategorie   |
|-------------------------------------|--|
| Medikation- Stand Sicherheitskultur | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Faktoren, die dazu beitragen, dass Fehler beim Medikationsprozess entstehen</li> <li>- Mögliche Maßnahmen zur Verbesserung der Medikationssicherheit</li> </ul>   |
| Hygiene                             | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Besonderheiten der Hygiene in der ambulanten Pflege</li> <li>- Optimierungspotenzial</li> </ul>   |
| Kommunikation und Informationsfluss | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Grundsätzliche Schwierigkeiten bei Verständigung und/ oder dem Informationsfluss zwischen den an der Versorgung Beteiligten</li> <li>- Größtes Problem in der ambulanten Pflege ist die Informationsweitergabe und die Informationsgewinnung</li> <li>- Case Manager als Möglichkeit zur Verbesserung der Informationsweitergabe</li> <li>- Digitalisierung als Möglichkeit zur Verbesserung des Informationsflusses</li> <li>- Nationale und internationale Beispiele der Digitalisierung im Gesundheitswesen</li> </ul> |

### 3.3.2 Ergebnisse der dritten Fachkonferenz

Im folgenden Abschnitt werden die einzelnen Subkategorien zu den jeweiligen Hauptkategorien zusammengefasst.

#### 3.3.2.1 Hauptkategorie: Medikation - Stand Sicherheitskultur

Es wurden vielfältige Faktoren angesprochen, die dazu beitragen würden, dass Fehler im Medikationsprozess auftreten. Sie könnten beim Haus- und/oder Facharzt entstehen, die möglicherweise die PRISCUS-Liste nicht beachten und somit eine potenziell inadäquate Medikation für den Patienten zulassen. Die Verantwortung der Medikation liegt zwar beim Arzt, jedoch trägt die ambulante Pflegefachkraft eine Teilverantwortung, da sie für das (korrekte) Stellen der Medikamente zuständig ist. Sie hat hier die Durchführungsverantwortung. Außerdem trägt die Pflegefachkraft die Verantwortung, dem Arzt Rückmeldung zu möglichen Auswirkungen und Beobachtungen zur Medikation zu geben.

Weitere Aspekte, die zu Fehlern im Medikationsprozess beitragen, wären zum einen die Ablenkung/Unterbrechung der Pflegefachkraft während des Stellens der Medikamente, z. B. das Klingeln des Telefons oder Gespräche mit Patienten und/oder Angehörigen. Zum anderen stünden ambulante Pflegefachkräfte einem strukturellen Zeitproblem gegenüber. Der Zeitpunkt der Verabreichung von Medikamenten durch ambulante Dienste sei nicht immer bedarfsgerecht möglich, da enge ökonomische Rahmenbedingungen, bzw. enge Zeitkorridore

re bei der „Tourenpflege“ den Medikationsprozess beeinflussten. Die Pflegefachkräfte erwähnten das Wirtschaftlichkeitsprinzip der Krankenkassen. Demnach sind pflegerische Tätigkeiten bei einem Patienten möglichst in einem Einsatz auszuführen. Dies sei z. B. bei Augentropfen, die im Abstand von 30 Minuten verabreicht werden müssen, problematisch. Damit im Zusammenhang stünde, dass das kooperative Verhalten der Patienten von den Pflegediensten vorausgesetzt werde: z. B. wenn die Medikamentenbereitung zwar vom ambulanten Dienst vorgenommen wird, die Medikamenteneinnahme (oft zu einem späteren Zeitpunkt, bspw. vor oder nach einer Mahlzeit) dann aber vom Patienten selbständig – und ggf. abweichend von der ärztlichen oder pflegefachlichen Empfehlung– erfolgt.

Ein weiteres Risiko für die Patientensicherheit im Medikationsprozess wurde bei allen Schnittstellen von Akteuren im Versorgungsprozess (Arzt, Apotheker, Pflegedienst, Patient, Angehörige) gesehen. Zum Beispiel würde eine fehlende Kommunikation zwischen Arzt und Pflegenden über Veränderungen im Medikationsplan dazu führen, dass eine veraltete Medikation verabreicht wird. Es sei zum Teil nötig, die Kommunikationskultur zwischen Ärzten und Pflegenden zu verbessern. Das Verhältnis zwischen Arzt und Pflegefachkraft sollte z. B. so gestaltet sein, dass ein Nachfragen der Pflegefachkraft zur Medikation ermöglicht wird. Vorgeschlagen wurde die Gegen-Kontrolle der verordneten Arzneimittel durch den Arzt, indem alle Änderungen der Medikation an den verordnenden Arzt rückgefaxt werden. Insgesamt sei zur Verbesserung der Medikationssicherheit eine bessere Vernetzung der Fachärzte, Hausärzte, Apotheker und des Pflegepersonals gesehen.

Des Weiteren sei problematisch, dass keine einheitliche Medikamenten-Dokumentation genutzt werde. Der bundeseinheitliche Medikationsplan sei noch nicht allorts etabliert. Außerdem würden handschriftliche Dokumentationen oft mit Übertragungsfehlern, mangelhafter Lesbarkeit und damit verbundenen Unklarheiten, welche bspw. in fehlerhaften Dosierungen resultierten, einhergehen. Zudem wurde angemerkt, dass auch bei Nutzung einheitlicher, standardisierter Medikationspläne weiterhin Fehlerrisiken im Medikationsprozess bestünden, da beruflich Pflegende kaum Zeit hätten, diese zu lesen. Ein Sicherheits-Potenzial bestünde in technikgestützter Dokumentation und Kommunikation für die Verbesserung der Patientensicherheit: Beispielsweise könnten digitale Dokumente bei fehlerhaften oder fehlenden Einträgen alarmieren und es könnten Medikamenten-Erinnerungs-Apps genutzt werden. Die technischen Möglichkeiten wären bereits heute vielfältig – allerdings würden sie noch zu wenig genutzt werden.

Als Einflussfaktor auf die Medikationssicherheit wurde zudem die Kompetenz der beruflich Pflegenden benannt: Allerdings wäre das Wissen der Pflegenden zur Medikation oft nicht ausreichend (Dosierung/Gabe/Wechselwirkung). Die vermehrte Nutzung von Generika würde zusätzlich verunsichern und eine Fehlerquelle darstellen. Es käme vor, dass sprachliche sowie schriftliche Defizite zu Verständnisproblemen und damit zu Fehlern führen. Dazu wurde angemerkt, dass in den letzten Jahren bei Mitarbeitern in der Pflege häufiger Lese-Rechtschreibschwächen zu beobachten wären und dass das Deutschniveau für die sichere Medikation nicht immer ausreichend sei. Überdies wären mit dem verstärkten Einsatz von Leasingkräften Risiken für die Patientensicherheit verbunden, z. B. da sie die Patienten und deren Medikation nicht gut kennen und ihnen wichtige Informationen über sie fehlen würden. Zur Verbesserung der Medikationssicherheit wurde die Bedeutung von Schulungen professionell Pflegender aber auch Angehöriger sowie Patienten bzw. Pflegebedürftiger hervorgehoben. Informationen zur Medikation sollten Patienten und Angehörigen leicht zugänglich sein, daher wäre es wichtig, die Beipackzettel künftig so einfach und leicht verständlich wie möglich zu gestalten.

Als Instrument zur Verbesserung der Medikationssicherheit wurde die Verblisterung von Arzneien durch Apotheken kontrovers diskutiert. Zum einen könnte hierdurch besser sichergestellt werden, dass dem Patienten die Medikation richtig, d. h. wie angeordnet, vorliegt. Das Fehlerrisiko beim Richten der Medikamente sowie beim Einnehmen könnten hierdurch reduziert werden. Als Gegenargumente für die Verblisterung von Medikamenten wurden mögliche Schädigungen der Medikamente genannt, da sie aus eventuell erforderlichen speziellen Verpackungen entnommen werden würden sowie Kompetenzverluste zur Medikation bei Pflegefachkräften, da das Richten der Medikamente und damit verbundenes Wissen über die Arzneien entfallen.

### 3.3.2.2 Hauptkategorie: Hygiene

Hygienerisiken für Pflegebedürftige, die Zuhause versorgt werden, wurden vor allem aufgrund der schwer zu regulierenden und auch schwer einschätzbareren Hygienelage im häuslichen Setting gesehen: Das private Hygieneverhalten von Pflegebedürftigen, Angehörigen und deren Besuchern sowie Umgebungsfaktoren wie Teppiche, Pflanzen und Haustiere würden Einflussfaktoren auf die Hygienebedingungen darstellen. Hinzu kämen zum Teil Defizite im Wissen und bei der Sorgfalt der Pflegenden, Zeitdruck während der Einsätze, fehlende

Kontrolle durch Kollegen, fehlendes Material. Zudem sei eine Surveillance in der Häuslichkeit, etwa wie im stationären Setting, nicht möglich.

Angebracht wurde, dass bundesland- und landkreisspezifische Gesetzgebung(en) eine Komplexität und Unübersichtlichkeit an Regelungen schaffen, dies erschwere vor allem bundeslandübergreifenden tätigen ambulanten Pflegediensten ein sinnvolles Hygienemanagement zu organisieren. Normen aus dem stationären Setting könnten nicht in das ambulante Setting übertragen werden. Ambulante Pflegedienste müssen jedoch vergleichbare Hygiene-Vorschriften einhalten wie stationäre Einrichtungen. Ausgangspunkt für Hygienevorschriften für den ambulanten Bereich wären die Regelungen des stationären Bereichs (Hygienemaßnahmen der KRINKO, Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention). Ferner würden ambulante Pflegedienste in der Einhaltung sowohl vom MDK, der Heimaufsicht als auch den Gesundheitsbehörden stark geprüft. Pflegedienste orientierten sich dabei an den Vorgaben des MDK und den hohen Anforderungen, die im stationären Bereich Anwendung finden.

Zugleich fehlten Daten über das Keimaufkommen sowie über konkrete Infektionsrisiken in privaten Pflegesettings, sodass für vorhandene Regelungen teilweise eine belastbare Wissensgrundlage fehle. Dies trägt zu einem unsicheren Umgang mit Hygieneanforderungen bei und kann die Patientensicherheit gefährden. Ein weiterer Risikofaktor wären Informationsmängel im Rahmen der Entlassung bzw. Überleitung von Pflegebedürftigen von einem zum anderen Versorgungssetting.

Es wurde empfohlen, eine Datenbasis zum Keimaufkommen und zu Hygienerisiken in der ambulanten Pflege aufzubauen. Hygieneanforderungen sollten entsprechend angepasst werden. Von Hygiene-Experten wird vermutet, dass Maßnahmen über eine gewissenhafte Basishygiene hinaus in der Regel in der ambulanten Pflege nicht sinnvoll sind.

Des Weiteren wurde angeführt, dass Pflegebedürftige und Angehörige durch Beratung und Schulung für Hygiene sensibilisiert werden sollten.

### 3.3.2.3 Hauptkategorie: Kommunikation und Informationsfluss

Von den Praktikern wurden im Wesentlichen drei grundsätzliche Schwierigkeiten bei der Verständigung, bzw. dem Informationsfluss zwischen den an der Versorgung beteiligten Akteuren genannt. Erstens Sprachdefizite bei beruflich Pflegenden: Ausreichende Deutsch-

kenntnisse sind für die Pflegenden, z. B. beim Nachvollziehen von Verordnungen für die richtige Medikamentengabe, notwendig. Zweitens jegliche Schnittstellen: Verständigungsprobleme und mangelnder Informationsfluss zwischen Ärzten, professionell Pflegenden, Angehörigen und Pflegebedürftigen.

Beispielhaft wurde das Entlassungsmanagement aus dem Krankenhaus thematisiert. Hier sei insbesondere die Weitergabe von Informationen fehleranfällig, wie z. B. Medikation, Erregerstatus des Patienten sowie beantragte Hilfsmittel, Fehlen des Überleitbogens und Entlassungsbriebs. Zudem wurde auch von mangelhafter Kommunikation zwischen Sozialdienst und Pflegedienst berichtet. Weiterhin wurde angemerkt, dass dem Pflegedienst unterschiedliche Ergebnisse aus Arztgesprächen von Pflegebedürftigen und Angehörigen berichtet würden. Rückfragen beim Arzt ergäben zum Teil wiederum andere Ergebnisse.

Als Möglichkeit zur Verbesserung des Informationsflusses wurde der Einsatz digitaler Informations- bzw. Dokumentationssysteme genannt. Hierdurch könnte z. B. die Informationsweitergabe im Überleitungsprozess verbessert werden (z. B. über Hilfsmittel, Medikation, Erregerstatus, Pflegebedarf). Ferner könnten eine Plausibilitätsabfrage bei Eingaben in das digitale Dokumentationssystem sowie Alarmierungen bei fehlerhaften oder fehlenden Eingaben das Fehlerrisiko wahrscheinlich verringern. Als weiterer Effekt wäre mittelfristig ein geringerer Zeitaufwand für administrative Tätigkeiten erwartet. Nach Einschätzung der Praxisexperten kommen digitale Informations- und Kommunikationssysteme in der ambulanten Versorgung (sowohl bei Ärzten als auch bei Pflegediensten) bisher wenig zum Einsatz. Umsetzungsprobleme würden in der Beachtung des Datenschutzes, technische Kompatibilitätsprobleme der Anwendungen in den unterschiedlichen Arbeitsbereichen, mangelnde Technikakzeptanz oder -kompetenz bei den Mitarbeitern der Organisationen gesehen. Folgende Praxisbeispiele für digitale Dokumentationssysteme in der medizinischen Versorgung wurden als vorbildlich dargestellt.

- AOK Nordost: Electronic Life Saver (eLiSa), elektronisch unterstützte Arzneimitteltherapieprüfung, digitale Unterstützung des Arztes beim Management von Multimedikation
- Pilotprojekt in Berlin mit Vivantes und Sana: AOK-initiiertes Gesundheitsnetzwerk mit digitaler Akte; Datenaustausch zwischen Patienten, niedergelassenen Ärzten und Kliniken

- Pallidoc Software: Arztdokumentationssystem für die palliativmedizinische Versorgung
- Österreich: GlucoTab System zur Unterstützung von Pflegepersonen und Ärzte bei der Insulintherapie bzw. dem Blutzuckermanagement im Krankenhaus

Als weitere Instrumente mit Potenzial zur Verbesserung der Patientensicherheit wurden die gesetzlichen Beratungsangebote (z. B. Pflegeberatung gem. §7a SGB XI, Beratung gem. § 37 Abs.3 SGB XI, Pflegekurse und individuelle häusliche Schulungen nach § 45 SGB XI, Fallmanagement gem. § 7a SGB XI angebracht). Diese könnten gezielt im Hinblick auf die Förderung von Patientensicherheit in der ambulanten Pflege weiterentwickelt werden.

### 3.4 Fachkonferenz IV

Die vierte Fachkonferenz fand am 25. September 2018 in der Hörsaalruine der Charité-Universitätsmedizin Berlin statt. Hierbei wurden die Ergebnisse der Perspektivenwerkstatt vor etwa 70 geladenen Teilnehmerinnen und Teilnehmern vorgestellt und zur Diskussion gestellt. Prof. Dr. Adelheid Kuhlmeij, Charité-Universitätsmedizin, moderierte die Fachkonferenz. Nach der Begrüßung durch den Vorstandsvorsitzenden des ZQP, Dr. Ralf Suhr, wurden die Ergebnisse von Prof. Dr. Stefan Görres, Institut für Public Health und Pflegeforschung (IPP), Universität Bremen, vorgestellt. Am Podiumsgespräch nahmen folgende Personen teil:

- Dr. Christian Berringer, Bundesministerium für Gesundheit
- Hedwig Francois-Kettner, Aktionsbündnis Patientensicherheit
- Dr. Andrea Kimmel, Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen
- Claudia Pohl, Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege
- Franz Wagner, Deutscher Pflegerat

Im Folgenden werden einige zentrale Aspekte aus der Diskussion mit dem Fachpublikum dargestellt:

Herausgestellt wurde, dass das Wissen, die Kompetenzen, die Motivation sowie die Bereitschaft zur Verantwortungsübernahme der Pflegefachpersonen starken Einfluss auf die Patientensicherheit hätten. Diskutiert wurde dabei u. a. der Einfluss der Akademisierung von Pflegenden auf die Patientensicherheit. Zur Frage nach Verantwortlichkeiten für die Patientensicherheit in der ambulanten Pflege wurde angebracht, diese wären immer im Zusammenhang mit dem jeweiligen Leistungsauftrag des SGB XI bzw. auch den Leistungen, die von

Ärzten verordnet und von den Pflegebedürftigen in Auftrag gegeben wurden zu sehen. Eine Verantwortung läge aber auch darin, Maßnahmen einzuleiten, um Schaden von den Pflegebedürftigen – soweit wie möglich - abzuwenden. Patientensicherheit sollte als berufsgruppenübergreifendes Ziel betrachtet werden, allerdings fände noch wenig Austausch zwischen den an der Pflege beteiligten Berufsgruppen statt.

Zur Operationalisierung von Patientensicherheit wurde vorgeschlagen, analog zur Medizin, eine Liste mit sogenannten „Never Events“ für die ambulante Pflege zu erstellen. Dies sind jene Ereignisse, die unter keinen Umständen in der Versorgung passieren dürfen. Als Ansatzpunkt wurde das Weißbuch Patientensicherheit des APS genannt, in dem 28 Forderungen zur Stärkung der Patientensicherheit formuliert wurden.

Angemerkt wurde, dass keine gesetzliche Verpflichtung für ambulante Dienste, ein Patientensicherheits- oder ein systematisches Risikomanagement sowie Fehlerberichts- und Lernsysteme nachzuweisen, bestünde. Patientensicherheit sollte als selbstverständliche Maßgabe der professionellen Pflege betrachtet werden. Die bisherige Verbreitung der Sicherheitskultur in ambulanten Pflegediensten wurde allgemein eher als gering eingeschätzt. Angemerkt wurde dazu u. a., dass der Anteil ambulanter Pflegedienste als Mitglieder des Aktionsbündnisses Patientensicherheit (APS), sehr klein ist (vier Pflegedienste von 107 Mitgliedern). Allerdings würden viele Maßnahmen zur Stärkung der Patientensicherheit angewendet, jedoch nicht als solche betitelt werden. Im Prinzip wären das alle Maßnahmen zur Qualitätssicherung, wie etwa Hygienemanagement und Fortbildungen der Mitarbeiter.

Ein weiterer zentraler Aspekt, der im Rahmen der Konferenz angebracht wurde, ist der Wissens- bzw. Forschungsbedarf zur Patientensicherheit in der ambulanten Pflege, insbesondere zu Risiken, Vorkommen von unerwünschten Ereignissen und Fehlern sowie zu deren Vermeidung. Aussagen über die Qualität der ambulanten Pflege in Deutschland würden derzeit nahezu ausschließlich auf Ergebnissen der jährlichen Qualitätsprüfungen des MDK beruhen. Anhand dieser Begutachtungen könnten Qualitätsentwicklungen und Verbesserungsbedarfe aufgezeigt werden. Nach aktuellem Stand bestünde vor allem bei der Beratung zur Dekubitus- und Sturzprophylaxe sowie bei der Versorgung von Menschen mit Demenz und in der außerklinischen Intensivpflege deutlicher Verbesserungsbedarf.

Im Rahmen der Podiumsdiskussion wurde daran appelliert, dass alle Akteure dazu beitragen sollten, für das Thema „Patientensicherheit“ in den Organisationen zu sensibilisieren und zudem in die Öffentlichkeit zu rücken.

#### 4. Resümee der Perspektivenwerkstatt und Ausblick

Um einen Überblick zum Stand der Patientensicherheit in der ambulanten Pflege zu erhalten, hat das Zentrum für Qualität in der Pflege (ZQP) eine Perspektivenwerkstatt eingerichtet. Zur Beratung der Arbeit der Perspektivenwerksatt wurde ein Steuerungskreis mit Vertretern aus Leistungsträgern, Leistungserbringern, Wissenschaft, Berufsvertretung und Politik eingerichtet. Für die wissenschaftliche Begleitung hat das ZQP das Institut für Public Health und Pflegeforschung (IPP), Universität Bremen in Kooperation mit der Uni Bremen Campus GmbH beauftragt. Hierbei wurde eine nationale sowie internationale wissenschaftsbasierte Literaturübersicht zur Datenlage über Patientensicherheit in der ambulanten Pflege erstellt. Drei aufeinander folgende Fachkonferenzen mit Experten aus der Wissenschaft, der Verbandsebene sowie der Praxis haben den Wissensstand zum Thema ergänzt. Das Gesamtergebnis wurde im September 2018 im Rahmen einer abschließenden Konferenz in Berlin vorgestellt. Alle Aktivitäten der Perspektivenwerkstatt wurden regelmäßig über die gesamte Laufzeit dokumentiert.

Zentrales Ergebnis der Perspektivenwerkstatt ist, dass das Thema Patientensicherheit in der ambulanten Pflege kaum untersucht und in der Fachöffentlichkeit wenig thematisiert ist. Auch scheint eine Sicherheitskultur deutschlandweit in der ambulanten Pflege offenbar nicht etabliert zu sein. Berichts- und Ereignis- bzw. Fehlermeldesysteme (CIRS) werden den Ergebnissen zufolge in der Regel nicht genutzt.

Aufgrund vielfältiger Umgebungsfaktoren und der Beteiligung diverser Akteure wird das Risiko für Fehler in der ambulanten Pflege für hoch eingeschätzt, besonders betrifft das die Prävalenz medikationsassozierter Fehler. Zahlreiche organisatorische wie auch personale Faktoren wirken auf die Sicherheit Pflegebedürftiger: Angefangen von Risiken der Morbidität der Pflegebedürftigen selbst über Unachtsamkeit, Konzentrationsschwierigkeiten und Behandlungs- und Pflegefehler des Personals bis hin zu räumlichen Umgebungsfaktoren. Wichtige Einflussfaktoren auf die Patientensicherheit sind das Wissen und die Kompetenzen von Pflegefachkräften sowie ihr Umgang mit unerwünschten Ereignissen. Diese Komponenten müssen daher verstärkt in die Aus- und Fortbildung integriert werden.

Auch die Gesundheitskompetenz und die Compliance von pflegenden Angehörigen und Pflegebedürftigen sind wichtige Faktoren für die Patientensicherheit. Da Sicherheitsrisiken durch den Anspruch auf Selbstbestimmung, Selbstorganisation und Eigenverantwortlichkeit von

Angehörigen und Pflegebedürftigen entstehen können, gilt es ein Gleichgewicht zwischen der Autonomie der Pflegebedürftigen und möglichen Risiken zu wahren. Diese Risiken können durch Aufklärung, Unterstützung und Anleitung zwar verringert, aber nicht immer vermieden werden.

Da menschliches Handeln nie fehlerfrei sein kann, müssen sich die Bemühungen zu einer verbesserten Patientensicherheit vor allem darauf richten, Risiken frühzeitig zu erkennen, die Ursache von Fehlern zu finden und systematisch aus Fehlern zu lernen. Dazu bedarf es vor allem einer gemeinsamen Sicherheits- und Aufmerksamkeitskultur, an der alle in der Versorgung Tätigen beteiligt sind. Dies beinhaltet einen bewussten und sensiblen Umgang mit dem Thema Patientensicherheit und den entsprechenden Maßnahmen sowie einen offenen und angstfreien Umgang mit Fehlern, ohne Schuldzuweisung und Skandalisierung.

Die Beteiligung einer Vielzahl von Akteuren am Versorgungsprozess birgt Risiken für die Patientensicherheit. Die Verantwortlichkeiten einzelner Akteure in diesem Kontext differenziert zu betrachten. Sie sollte daher als Querschnittsaufgabe aller an der Versorgung beteiligten Akteure verstanden werden und nicht nur als jene der Pflegenden. Die disziplinübergreifende Kommunikation stellt einen Schlüsselfaktor für Patientensicherheit dar. Eine mangelnde Kommunikation, unterschiedliche Qualitätsverständnisse sowie unklare Verantwortlichkeiten erhöhen das Fehlerrisiko. Um diesen Faktoren entgegenzuwirken, ist eine Standardisierung der Kommunikationsprozesse an jeglichen Schnittstellen sinnvoll.

Die Nutzung von Ereignis- bzw. Fehlermeldesystemen wird zwar als sinnvoll beurteilt, eine Voraussetzung für die Umsetzung ist zunächst jedoch die Etablierung einer Sicherheitskultur. Hierfür sind Vorbilder bzw. Führungskräfte, die eine offene Fehlerkultur vorleben, notwendig. Zusätzlich bedarf es konkreter Handlungsrahmen oder Guidelines für Pflegedienste sowie Strukturen zur Etablierung einer Sicherheitskultur. Ein Ereignis- bzw. Fehlermeldesystem, wie CIRS (Critical Incident Reporting System), sollte beteiligungsorientiert in den Organisationen aufgebaut werden und nicht top-down implementiert werden. Dabei ist der Einsatz von CIRS-Beauftragten als Ansprechpartner ratsam. Um in konstruktiver Weise zu zeigen, was aus dem Ereignis gelernt wurde, sollten Rückmeldungen zu den Ereignissen und Maßnahmen obligatorisch sein. Der tatsächliche Nutzen von CIRS sollte den Einrichtungen vorab verdeutlicht werden. Darüber hinaus sollte gemeinsam mit den Mitarbeitern geübt werden, für welche Meldungen ein CIRS sinnvoll ist und wie die Meldungen erfolgen sollten.

Damit ein CIRS nachhaltig gelingen kann, sind Sanktionsfreiheit, Anonymität und Freiwilligkeit der Melder wichtig.

Im Rahmen der Perspektivenwerkstatt wurde ein zusammenfassendes Ergebnispapier, das spezifische Handlungsfelder zur Verbesserung der Patientensicherheit in der ambulanten Pflege und Lösungsansätze aufzeigt, erstellt. Die Handlungsfelder umfassen:

- Wissen und Kompetenzen von beruflich Pflegenden
- Verantwortung ambulanter Pflege im komplexen Versorgungssetting
- Kommunikation an Schnittstellen im Versorgungsprozess
- Unterstützung von pflegenden Angehörigen
- Sicherheitskultur in der ambulanten Pflege
- Risikobereiche Medikation, Hygiene, außerklinische Beatmungspflege.

Das Ergebnispapier der Perspektivenwerkstatt kann auf der Webseite des ZQP heruntergeladen werden.

## Literaturverzeichnis

- Absulem, S.; Hardin, H. (2011): Home health nurses' perceived care errors. In: Rehabilitation nursing : the official journal of the Association of Rehabilitation Nurses 36 (3), 98-105, 128.
- Abusalem, S. K.; Coty, M.-B. (2011): Home health nurses coping with practice care errors. In: Journal of Research in Nursing 18 (4), S. 336–348. DOI: 10.1177/1744987111411431.
- Ahrens, J. (2003): Research. Combatting medication errors in home health. In: Caring 22 (1), S. 56–58.
- Allmann, B. (2006): MRSA in der ambulanten Pflege. Unsicherheit aufgrund fehlender verbindlicher Richtlinien. In: Pflegen Ambulant 17 (6), S. 14–16.
- APS e.V. (Hg.) (2016): Aktionsbündnis Patientensicherheit. Handlungsempfehlungen. Online verfügbar unter <http://www.aps-ev.de/handlungsempfehlungen/>, zuletzt aktualisiert am 2016, zuletzt geprüft am 28.09.2017.
- Aktionsbündnis Patientensicherheit (APS) e.V (2018): Berichts- und Lernsysteme erfolgreich nutzen. Handlungsempfehlung für ambulante Einrichtungen im Gesundheitswesen, Berlin.
- Armstrong, R.; Hall, B. J.; Doyle, J.; Waters, E. (2011): Cochrane Update. 'Scoping the scope' of a cochrane review. In: Journal of public health (Oxford, England) 33 (1), S. 147–150. DOI: 10.1093/pubmed/fdr015.
- Baldegger, C.; Zeller, A. (2013): Die Wahrnehmung des Sicherheitsklimas in der ambulanten Kinderkrankenpflege. In: Pflegezeitschrift 66 (2), S. 100–104.
- Bergquist, S. (2005): The quality of pressure ulcer prediction and prevention in home health care. In: Applied nursing research: ANR 18 (3), S. 148–154. DOI: 10.1016/j.apnr.2004.07.005.
- Berland, A.; Bentsen, S. B. (2017): Medication errors in home care: a qualitative focus group study. In: Journal of clinical nursing. DOI: 10.1111/jocn.13745.
- Berland, A.; Gundersen, D.; Bentsen, S. B. (2012a): Patient safety and falls: A qualitative study of home care nurses in Norway. In: Nursing & Health Sciences 14 (4), S. 452–457. DOI: 10.1111/j.1442-2018.2012.00701.x.
- Berland, A.; Holm, A. L.; Gundersen, D.; Bentsen, S. B. (2012b): Patient safety culture in home care: experiences of home-care nurses. In: Journal of nursing management 20 (6), S. 794–801. DOI: 10.1111/j.1365-2834.2012.01461.x.
- Bruno, L.; Ahrens, J. (2005): Research. Examining 'operational failures' to reduce home care errors. In: Caring 24 (2), S. 34–39.
- Buckley, K. M.; Tran, B. Q.; Adelson, L. K.; Agazio, J. G.; Halstead, L. (2005): The use of digital images in evaluating homecare nurses' knowledge of wound assessment. In: Journal of wound, ostomy, and continence nursing : official publication of The Wound, Ostomy and Continence Nurses Society 32 (5), S. 307–316.
- Büscher, A. (2015): (Patienten)-Sicherheit im Langzeitpflegebereich. In: Peter Gausmann, Michael Henninger und Joachim Koppenberg (Hg.): Patientensicherheitsmanagement. Berlin, Boston: De Gruyter, S. 529–538.
- Canadian Patient Safety Institute (2013): Safety at home. A Pan-Canadian home care safety study. Edmonton, AB, Ottawa (Ontario): Canadian Patient Safety Institute.
- Confidentially (1999): Wrong route: lotion, not lozenge. In: Nursing 29 (1), S. 22.
- Deutscher Pflegerat e.V. (Hg.) (2014): Im Fokus: Patientensicherheit. Online verfügbar unter <http://www.deutscher-pflegerat.de/pflegepolitik/positionen.php>, zuletzt geprüft am 28.09.2017.

DIGAB e.V., Deutsche Interdisziplinäre Gesellschaft für Außerklinische Beatmung zusammen mit Bund der Pneumologen (BdP), Deutsche Gesellschaft für Neurologische Intensivmedizin (DGNI e.V.), Deutsche Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin (DGP e.V.), Deutscher Hausärzteverband e.V., Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensivmedizin (DIVI e.V.), Verband Pneumologischer Kliniken (VPK) (2017): Positionspapier zur aufwendigen ambulanten Versorgung tracheotomierter Patienten mit und ohne Beatmung nach Langzeit-Intensivtherapie (sogenannte ambulante Intensivpflege). In: *Pneumologie* 71(04): 204–206.

Doran, D.; Blais, R.; Baker, R. G.; Harrison, M. B.; Lang, A.; Macdonald, M.; McShane, J.; Killackey, T. (2014): The safety at home study: an evidence base for policy and practice change. In: *Healthcare quarterly* 17 (3), S. 42–47.

Doran, D. M.; Hirdes, J. P.; Blais, R.; Baker, R. G.; Poss, J. W.; Li, X.; Dill, D.; Gruneir, A.; Heckmann, G.; Lacroix, H.; Mitchell, L.; O'Beirne, M.; White, N.; Dropp, L.; Foebel, A.; Qian, G.; Nahm, S.-M.; Yim, O.; McIsaac, C.; Jantzi, M. (2013): Adverse events among Ontario home care clients associated with emergency room visit or hospitalization: a retrospective cohort study. In: *BMC health services research* 13, S. 227. DOI: 10.1186/1472-6963-13-227.

Ellenbecker, C. H.; Frazier, S. C.; Verney, S. (2004): Nurses' observations and experiences of problems and adverse effects of medication management in home care. In: *Geriatric Nursing* 25 (3), S. 164–170.

Engmann, A.-S. (2009): Besondere hygienische Aspekte im Homecare-Bereich. In: *Die Schwester Der Pfleger plus* (12), S. 189–192.

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. In: *Home healthcare nurse* 30 (1), S. 28–37.

Fleer, B. (2014): Aus Fehlern lernen. In: *Häusliche Pflege* (9), S. 20–25.

Frey, D.; Rahman, A. (2003): Medication management: an evidence-based model that decreases adverse events. In: *Home healthcare nurse* 21 (6), S. 404–412.

Hallensleben, J. (2005): Fehler vermeiden mit der FMEA-Methode. Kostengünstige Fehleranalyse für Dienstleistungsbetriebe. In: *Pflegen Ambulant* 16 (5), S. 52–57.

Haram, R. B.; Dagfinn, N. (2003): Errors and discrepancies: a patient perspective on leg ulcer treatment at home. In: *Journal of Wound Care* 12 (5), S. 195–199.

Henke, F. (2006): Acht-R-Regeln machen die Medikamentengabe sicher. In: *Pflegen Ambulant* 17 (4), S. 12–15.

Heuberger, M. (2010): Einfluss baulicher Gegebenheiten in der ambulanten Pflege: Auswirkungen und Strategien zur Sicherstellung der Pflegequalität - Ergebnisse einer explorativen Studie. In: *Pflege* 23 (5), S. 331–338. DOI: 10.1024/1012-5302/a000066.

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. In: *International Journal of Nursing Studies* 59, S. 1–14. DOI: 10.1016/j.ijnurstu.2016.02.011.

Hurme, E.; Pourciau, C. A. (2001): Preventing medication errors in the home. In: *Geriatric Nursing* 22 (6), S. 338–339. DOI: 10.1067/mgn.2001.120998.

Knittel, J. (2006): Für Beschwerden immer ein offenes Ohr. In: *Häusliche Pflege* (5), S. 23–25.

Kohn, L.; Corrigan, J.; Donaldson, S. (Hg.) (2000): To err is human. Building a safer health system. Online verfügbar unter <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK225182/>, zuletzt geprüft am 27.09.2017.

- Koppenberg, J. (2012): Patientensicherheit - Definition und Epidemiologie von unerwünschten Ereignissen, Fehlern und Schäden. In: Therapeutische Umschau. Revue therapeutique 69 (6), S. 335–340. DOI: 10.1024/0040-5930/a000294.
- Koppenberg, J.; Moecke, HP. (2012): Strukturiertes klinisches Risikomanagement in einer Akutklinik. In: Notfall Rettungsmed 15 (1), S. 16–24. DOI: 10.1007/s10049-011-1494-0.
- Kovner, C.; Menezes, J.; Goldberg, J. D. (2005): Examining nurses' decision process for medication management in home care. In: Joint Commission Journal on Quality & Patient Safety 31 (7), S. 379–385.
- Krüger-Brand, H. E. (2014): Patientensicherheit: Mehr Evaluation nötig. Mit dem medizinischen Fortschritt wachsen auch die Anforderungen an die Patientensicherheit. In: Deutsches Ärzteblatt 111 (1-2), A11, zuletzt geprüft am 09.10.2017.
- Kuckartz, U. (2016): Qualitative Inhaltsanalyse. Methoden, Praxis, Computerunterstützung. 3., durchgesehene Aufl. Weinheim, Bergstr: Beltz Juventa (Grundlagentexte Methoden).
- Lang, A.; Macdonald, M.; Marck, P.; Toon, L.; Griffin, M.; Easty, T. et al. (2015): Seniors managing multiple medications: using mixed methods to view the home care safety lens. In: BMC health services research 15, S. 548. DOI: 10.1186/s12913-015-1193-5.
- Lang, A.; Edwards, N.; Fleiszer, A. (2008): Safety in home care: a broadened perspective of patient safety. In: International journal for quality in health care : journal of the International Society for Quality in Health Care 20 (2), S. 130–135. DOI: 10.1093/intqhc/mzm068.
- Langemo, D.; Baranoski, S. (2003): Key points on caring for pressure ulcers in home care. In: Home healthcare nurse 21 (5), S. 309–315.
- Lauxen, O. (2009): Morale Probleme in der ambulanten Pflege - Eine deskriptive pflegeethische Untersuchung. In: Pflege 22 (6), S. 421–430. DOI: 10.1024/1012-5302.22.6.421.
- Leidnik, L.; Baker, M.; Sullivan, K.; Poynter, M.; O'Quinn, L.; Smith, C. (2013): Is Self-Administration of Subcutaneous Immunoglobulin Therapy Safe in a Home Care Setting? In: Home healthcare nurse 31 (3), S. 134–143. DOI: 10.1097/NHH.0b013e318283889b.
- Lehmacher-Dubberke, C. (2015): Fehlerkultur und Fehlermanagement: Mann muss einen Fehler nicht zweimal machen. In: Pflegen (1 + 2), S. 9–11.
- Lewis, M.; Noyes, J. (2007): Risk management and clinical governance for complex home-based health care. In: Paediatric nursing 19 (6), S. 23–28.
- Loczenski, B. (2008): Lücken in der Hygiene gefährden Patienten und Mitarbeiter. In: Pflegezeitschrift (3), S. 141–144.
- Loczenski, B. (2012): Bakterium ist nur schwer beherrschbar. In: Die Schwester Der Pfleger plus (9), S. 134–135.
- Loffing, C. (2010): Fehler vorbeugen - Transparenz hilft. In: Häusliche Pflege (9), S. 48–50.
- Long, C. O.; Anderson, C.; Greenberg, E. A.; Woerner, N. (2002): Defining and monitoring indwelling catheter-related urinary tract infections. In: Home healthcare nurse 20 (4), S. 255–262.
- Lucassen, H. (2009): Die Fehlerversteher. In: Pflegezeitschrift 62 (5), S. 289–291.
- Mager, D. R.; Morrissey Ross, M. (2013): Medication Management at Home: Enhancing Nurse's Skills and Improving Patient Satisfaction—A Longitudinal Study. In: Journal of Community Health Nursing 30 (2), S. 63–71. DOI: 10.1080/07370016.2013.778720.
- Masotti, P.; McColl, M. A.; Green, M. (2010): Adverse events experienced by homecare patients: a scoping review of the literature. In: International journal for quality in health care : journal of the International Society for Quality in Health Care 22 (2), S. 115–125. DOI: 10.1093/intqhc/mzq003.

- McDonald, M. V.; King, L. J.; Moodie, M.; Feldman, P. H. (2008): Exploring diabetic care deficiencies and adverse events in home healthcare. In: Journal for Healthcare Quality: Promoting Excellence in Healthcare 30 (6), S. 5–12.
- McDonald, M. V.; Peterson, L. E. (2008): Finding success in medication management. In: Home Health Care Management & Practice 20 (2), S. 135–140.
- McGoldrick Friedman, M. (2003): The Joint Commission's National Patient Safety Goals: implications for home care and hospice organizations. In: Home healthcare nurse 21 (7), S. 481–490.
- McGraw, C.; Drennan, V.; Humphrey, C. (2008): Understanding risk and safety in home health care: the limits of generic frameworks. In: Quality in Primary Care 16 (4), S. 239–248.
- McGraw, C.; Drennan, V. M. (2015): Evaluation of the suitability of root cause analysis frameworks for the investigation of community-acquired pressure ulcers: a systematic review and documentary analysis. In: Journal of clinical nursing 24 (3-4), S. 536–545. DOI: 10.1111/jocn.12644.
- MDS (2017): 5. Pflege-Qualitätsbericht des MDS nach § 114A Abs. 6 SGB XI. Qualität in der ambulanten und stationären Pflege. Hg. v. Medizinischer Dienst des Spaltenverbandes Bund der Krankenkassen e.V. (MDS) Essen. Online verfügbar unter: [https://www.mds-ev.de/fileadmin/dokumente/Pressemitteilungen/2018/2018\\_02\\_01/\\_5.\\_PflegeQualitaetsbericht\\_des\\_MDS.pdf](https://www.mds-ev.de/fileadmin/dokumente/Pressemitteilungen/2018/2018_02_01/_5._PflegeQualitaetsbericht_des_MDS.pdf) zuletzt geprüft am: 14.01.2019
- Meyer-Massetti, C.; Kaiser, E.; Hedinger-Grogg, B.; Luterbacher, S.; Hersberger, K. (2012): Medikationssicherheit im Home-Care-Bereich: Identifikation von kritischen Prozessschritten. In: Pflege 25 (4), S. 261–269. DOI: 10.1024/1012-5302/a000214.
- Meyer-Massetti, C.; Krummenacher, E.; Hedinger-Grogg, B.; Luterbacher, Stephan; Hersberger, Kurt E. (2016): Medikationssicherheit im Home Care Bereich. In: Pflege 29 (5), S. 247–255. DOI: 10.1024/1012-5302/a000498.
- Munck, B.; Fridlund, B.; Martensson, J. (2011): District nurses' conceptions of medical technology in palliative homecare. In: Journal of nursing management 19 (7), S. 845–854. DOI: 10.1111/j.1365-2834.2011.01231.x.
- Niklas, S. (2003): Infektionsverhütung rund um den Pflegebedürftigen daheim. Die Bedingungen alter und pflegebedürftiger Menschen sind in der Hygiene zu berücksichtigen. In: Pflegen Ambulant 14 (1), S. 6–12.
- Ödegård, S.; Andersson, D. K.G. (2001): Knowledge of diabetes among personnel in home-based care: how does it relate to medical mishaps? In: Journal of nursing management 9 (2), S. 107–114. DOI: 10.1046/j.1365-2834.2001.00217.x.
- Ödegård, S.; Andersson, D. K.G. (2006): Insulin treatment as a tracer for identifying latent patient safety risks in home-based diabetes care. In: Journal of nursing management 14 (2), S. 116–127. DOI: 10.1111/j.1365-2934.2006.00543.x.
- Panknin, H.-T. (2011): Hygiene in der häuslichen Pflege. Was ist anders als im Krankenhaus? In: Die Schwester Der Pfleger plus (12), S. 177–180.
- Payne, S.; Turner, M.; Seemark, D.; Thomas, C.; Brearley, S.; Wang, X.; Blake, S.; Milligan, C. (2015): Managing end of life medications at home--accounts of bereaved family carers: a qualitative interview study. In: BMJ supportive & palliative care 5 (2), S. 181–188. DOI: 10.1136/bmjspcare-2014-000658.
- Romagnoli, K. M.; Handler, S. M.; Hochheiser, H. (2013): Home care: more than just a visiting nurse. In: BMJ QUAL SAF 22 (12), S. 972–974. DOI: 10.1136/bmjqqs-2013-002339.
- Schnall, R.; Larson, E.; Stone, P. W.; John, R. M.; Bakken, S. (2013): Advanced practice nursing students' identification of patient safety issues in ambulatory care. In: Journal of nursing care quality 28 (2), S. 169–175. DOI: 10.1097/NCQ.0b013e31827c6a22.

- Schnall, R.; Bakken, S. (2011): Reporting of Hazards and Near-Misses in the Ambulatory Care Setting. In: *Journal of nursing care quality* 26 (4), S. 328–334. DOI: 10.1097/NCQ.0b013e3182109204.
- Schrappe, M. (2013): Patientensicherheit in Deutschland. Wo stehen wir im Jahr 2020? In: *Präv Gesundheitsf* 8 (1), S. 49–55. DOI: 10.1007/s11553-012-0377-7.
- Sears, N. A. (2008): Harm from home care a patient safety study examining adverse events in home care. University of Toronto (Canada). Online verfügbar unter <https://tspace.library.utoronto.ca/handle/1807/11258?mode=full>.
- Smith, P. D.; Boyd, C.; Bellantoni, J.; Roth, J.; Becker, K. L.; Savage, J. et al. (2016): Communication between office-based primary care providers and nurses working within patients' homes: an analysis of process data from CAPABLE. In: *Journal of clinical nursing* 25 (3-4), S. 454–462. DOI: 10.1111/jocn.13073.
- Smucker, D. R.; Regan, S.; Elder, N. C.; Gerretty, E. (2014): Patient Safety Incidents in Home Hospice Care: The Experiences of Hospice Interdisciplinary Team Members. In: *Journal of Palliative Medicine* 17 (5), S. 540–544. DOI: 10.1089/jpm.2013.0111.
- Soini, H.; Routasalo, P.; Lauri, S. (2006): Nutrition in patients receiving home care in Finland: tackling the multifactorial problem. In: *Journal of gerontological nursing* 32 (4), S. 12–17.
- Statistisches Bundesamt (Hg.) (2017): Pflegestatistik 2015 -Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung - Deutschlandergebnisse. Online verfügbar unter <https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Gesundheit/Pflege/PflegeDeutschlandergebnisse.html;jsessionid=4030CD3B87368F87DB2C2145DDA00E71.cae3>, zuletzt geprüft am 27.09.2017.
- Sturkey, E. N.; Linker, S.; Keith, D. D.; Comeau, E. (2005): Improving wound care outcomes in the home setting. In: *Journal of nursing care quality* 20 (4), S. 349–355.
- Swanson, J.; Jeanes, A. (2011): Infection control in the community: a pragmatic approach. In: *British journal of community nursing* 16 (6), S. 282–288. DOI: 10.12968/bjcn.2011.16.6.282.
- Swedberg, L.; Chiria , 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. In: *International journal of qualitative studies on health and well-being* 8, S. 20758. DOI: 10.3402/qhw.v8i0.20758.
- Tariq, A.; Douglas, H. E.; Smith, C.; Georgiou, A.; Osmond, T.; Armour, P.; Westbrook, J. I. (2015): A Descriptive Analysis of Incidents Reported by Community Aged Care Workers. In: *Western journal of nursing research* 37 (7), S. 859–876. DOI: 10.1177/0193945914562615.
- Taylor, D. D.; Robinson, J.; MacLeod, D.; MacBean, C. E.; Braitberg, G. (2009): Therapeutic errors involving adults in the community setting: nature, causes and outcomes. In: *Australian & New Zealand Journal of Public Health* 33 (4), S. 388–394. DOI: 10.1111/j.1753-6405.2009.00413.x.
- Thomeczek, C.; Bock, W.; Conen, D.; Ekkernkamp, A.; Everz, D.; Fischer, G. et al. (2004): Das Glossar Patientensicherheit -- Ein Beitrag zur Definitionsbestimmung und zum Verständnis der Thematik "Patientensicherheit" und "Fehler in der Medizin". In: *Gesundheitswesen (Bundesverband der Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (Germany))* 66 (12), S. 833–840. DOI: 10.1055/s-2004-813849.
- Travis, S. S.; Kao, H.-F. S.; Acton, G. J. (2005): Helping family members manage medication administration. In: *Journal of psychosocial nursing and mental health services* 43 (11), S. 13–15.
- Tucker, A. L. (2004): A case study of operational failure in home healthcare. In: *Journal for Healthcare Quality: Promoting Excellence in Healthcare* 26 (3), S. 38–43.
- Wertenberger, S.; Wilson, J. (2005): The development of a patient safety program across the continuum of care. In: *Nursing administration quarterly* 29 (4), S. 303–307.

Wojciechowski, M. (2013): Informationen bündeln. In: Häusliche Pflege (7), S. 36–39.

ZQP (2016): ZQP-Befragung Erfahrung mit Hygiene in ambulanten Pflegediensten. Hrsg. v. Zentrum für Qualität in der Pflege. Online verfügbar unter <https://www.zqp.de/portfolio/studie-hygiene-ambulante-pflege/>, zuletzt geprüft am 27.03.2017.

## Anhang

### Anhang 1 Liste der ausgeschlossenen Volltexte

Tabelle 8: Liste der ausgeschlossenen Volltexte mit Begründung

| Lfd Nr. | Publikation   | Ausschlussgrund   |
|---------|---|---|
| 1.      | Abbott, Amy Ann; Fuji, Kevin T.; Galt, Kimberly A. (2015): A Qualitative Case Study Exploring Nurse Engagement With Electronic Health Records and E-Prescribing In: Western Journal of Nursing Research 37 (7), S.935–951.  | Fehlender inhaltlicher Bezug zur Patientensicherheit          |
| 2.      | Abdallah, L.; Remington, R.; Houde, S.; Zhan, L.; Melillo, K. D. (2009): Dehydration reduction in community-dwelling older adults: perspectives of community health care providers In: Research in gerontological nursing 2 (1), S.49–57.                                 | Fehlender inhaltlicher Bezug zur Patientensicherheit          |
| 3.      | Adeniran, R. K. (2002): Fraud and abuse--an overview In: Geriatric nursing (New York, N.Y.) 23 (2), S.111–112.  | Fehlender inhaltlicher Bezug zur Patientensicherheit          |
| 4.      | Am Ireland; DePalma, J. A.; Arneson, L.; Stark, L.; Williamson, J. (2004): The Oncology Nursing Society Ambulatory Office Nurse Survey In: Oncology Nursing Forum 31 (6), S. E147–156.  | Falsches Setting  |
| 5.      | American Academy of Ambulatory Care Nursing position statement (2011): The role of the registered nurse in ambulatory care In: Nursing economic\$ 29 (2), S.96,66.  | Inhalt nicht auf Deutschland zu übertragen                    |
| 6.      | Attala, J. M.; Weaver, T. L.; Duckett, D.; Draper, V. (2000): The implications of domestic violence for home care providers In: International Journal of Trauma Nursing 6 (2), S.48-53.   | Fehlender inhaltlicher Bezug zur Patientensicherheit          |
| 7.      | Aufseeser-Weiss; Ondeck, D. A. (2001): Medication use risk management: hospital meets home care...reprinted from M. Aufseeser-Weiss and D. Ondeck, Medication use risk management: hospital meets home care In: Home Health Care Management and Practice 12 (2), S.05-10. | Falsches Setting  |
| 8.      | Ballentine, N. H. (2008): Polypharmacy in the elderly: maximizing benefit, minimizing harm. In: Critical care nursing quarterly 31 (1), S.40-45.  | Fehlender inhaltlicher Bezug zur Patientensicherheit          |
| 9.      | Barkley, Peggy Sue (2016): A Day in the Life of a Rural Home Healthcare Nurse. In: Home healthcare now 34 (9), S.524-525.   | Fehlender inhaltlicher Bezug zur Patientensicherheit          |
| 10.     | Barrett, A.; Latham, D.; Levermore, J. (2007): Part 2: Defining the unique role of the specialist district nurse practitioner In:   | Rollenbeschreibung der District Nurse im Vergleich einer Feh- |

|     |   |  |
|-----|---|--|
|     | British journal of community nursing 12 (11), S.522-526.  | lender inhaltlicher Bezug zur Patientensicherheit    |
| 11. | Beaver, C.; Magnan, M. A.; Henderson, D.; DeRose, P.; Carolin, K.; Bepler, G. (2016): Standardizing Assessment of Competences and Competencies of Oncology Nurses Working in Ambulatory Care. In: Journal for nurses in professional development 32 (2), S.64-73.                                       | Falsches Setting                                     |
| 12. | Bee, P. E.; Barnes, P.; Luker, K. A. (2009): A systematic review of informal caregivers' needs in providing home-based end-of-life care to people with cancer In: Journal of clinical nursing 18 (10), S.1379-1393.   | Fehlender inhaltlicher Bezug zur Patientensicherheit |
| 13. | Bentley, J. (2004): Taking steps to ensure personal safety. In: British journal of community nursing 9 (12), S.518.   | Fehlender inhaltlicher Bezug zur Patientensicherheit |
| 14. | Bergman-Evans, Brenda (2006): Evidence-based guideline. Improving medication management for older adult clients In: Journal of gerontological nursing 32 (7), S.06-14.  | Falsches Setting                                     |
| 15. | Berlowitz; Brandeis, G. H.; Morris, J. N.; Ash, A. S.; Anderson, J. J.; Kader, B.; Moskowitz, M. A. (2001): Deriving a risk-adjustment model for pressure ulcer development using the minimum data set. In: Journal of the American Geriatrics Society 49 (7), S.866-871.                               | Falsches Setting                                     |
| 16. | Bezon, J.; Echevarria, K. H.; Smith, G. B. (1999): Nursing outcome indicator: preventing falls for elderly people In: Outcomes management for nursing practice 3 (3), S. 112-6; quiz 116-7.   | Falsches Setting                                     |
| 17. | Boes, Charlotte (2003): Der Beitrag von Pflegefachpersonen ambulanter Pflegedienste in häuslichen Pflegesituationen In: Pflege 16 (6), S. 349-356.  | Fehlender inhaltlicher Bezug zur Patientensicherheit |
| 18. | Bramble, James D.; Abbott, Amy A.; Fuji, Kevin T.; Paschal, Karen A.; Siracuse, Mark V.; Galt, Kimberly (2013): Patient safety perspectives of providers and nurses. The experience of a rural ambulatory care practice using an EHR with e-prescribing In: Journal of Rural Health 29 (4), S. 383-391. | Fehlender inhaltlicher Bezug zur Patientensicherheit |
| 19. | Brazil, Kevin; Kassalainen, Sharon; Ploeg, Jenny; Marshall, Denise (2010): Moral distress experienced by health care professionals who provide home-based palliative care In: Social science and medicine 71 (9), S.1687-1691.  | Fehlender inhaltlicher Bezug zur Patientensicherheit |
| 20. | Brillhart, B.; Kruse, B.; Heard, L. (2004): Safety concerns for rehabilitation nurses in home care. In: Rehabilitation nursing: the official journal of the Association of Rehabilitation 29 (6), S.227-229.  | Falsche Zielgruppe                                   |

|     |  |  |
|-----|--|--|
| 21. | Brodaty, Henry; Green, Alisa (2002): Who cares for the carer? The often forgotten patient<br><br>In: Australian family physician 31 (9), S.833-836.  | Fehlender inhaltlicher Bezug zur Patientensicherheit |
| 22. | Brown, E. L.; Raue, P. J.; Mlodzianowski, A. E.; Meyers, B. S.; Greenberg, R. L.; Bruce, M. L (2006): Transition to home care: quality of mental health, pharmacy, and medical history information. In: International Journal of Psychiatry in Medicine 36 (3), S.339-349.               | Bezug der Pflegenden zur Patientensicherheit fehlt   |
| 23. | Burden, N. (2007): A comprehensive medication management program in the ambulatory surgery setting In: Journal of PeriAnesthesia Nursing 22 (1), S. 40-46.   | Falsches Setting                                     |
| 24. | Byers, A. L.; Sheeran, T.; Mlodzianowski, A. E.; Meyers, B. S.; Nassisi, P.; Bruce, M. L (2008): Depression and risk for adverse falls in older home health care patients In: Research in gerontological nursing 1 (4), S.245-251.   | Fehlender inhaltlicher Bezug zur Patientensicherheit |
| 25. | Canton, Allison N.; Sherman, Martin F.; Magda, Lori A.; Westra, Leah J.; Pearson, Julie M.; Raveis, Victoria H.; Gershon, Robyn R. M. (2009): Violence, job satisfaction, and employment intentions among home healthcare registered nurses In: Home healthcare nurse 27 (6), S.364-373. | Fehlender inhaltlicher Bezug zur Patientensicherheit |
| 26. | Carroll, A. (2001): Hand washing for health-care workers in domestic care settings. In: British journal of community nursing 6 (5), S.217-223.   | Fehlender inhaltlicher Bezug zur Patientensicherheit |
| 27. | Chassé, M. (2008): Ensuring safe and efficient communication of medication prescriptions in community and ambulatory settings In: Alberta RN 64 (1), S.11-12.  | Falsche Zielgruppe                                   |
| 28. | Chaves, L. M.; Grypdonck, M. H.; Defloor, T. (2006): Pressure ulcer prevention in homecare: do Dutch homecare agencies have an evidence-based pressure ulcer protocol? In: Journal of wound, ostomy, and continence nursing 33 (3), S.273-280.   | Fehlender inhaltlicher Bezug zur Patientensicherheit |
| 29. | Cheek, Penny; Nikpour, Linda; Nowlin, Heather D. (2005): Aging well with smart technology In: Nursing administration quarterly 29 (4), S.329-338.  | Fehlender inhaltlicher Bezug zur Patientensicherheit |
| 30. | Chernow, M. E.; Weissert, W. G.; Hirth, R. A. (2001): Heterogeneity of risk in a managed home health care population In: Medical Care 39 (9), S.1002-1013.   | Fehlender inhaltlicher Bezug zur Patientensicherheit |
| 31. | Chime, F.; van Sell, S.; Carter, S.; Raymond, M. K. (2009): House calls In: RN 72 (3), S.22-25.  | Fehlender inhaltlicher Bezug zur Patientensicherheit |
| 32. | Cox, K.; Mahone, I.; Merwin, E. (2008): Improving the quality of rural nursing care In: Annual review of nursing research  | Fehlender inhaltlicher Bezug zur Patientensicherheit |

|     |   |  |
|-----|---|--|
|     | 26, S.175-194.  |  |
| 33. | Cross, Amanda J.; Elliott, Rohan A.; George, Johnson (2016): Interventions for improving medication-taking ability and adherence in older adults prescribed multiple medications In: Cochrane Database of Systematic Reviews (10).            | Fehlender inhaltlicher Bezug zur Patientensicherheit |
| 34. | Currie, L. M. (2006): Fall and injury prevention. In: Annual Review of Nursing Research 24, S.29-74.  | Falsches Setting                                     |
| 35. | Dale, Barbara A.; Wright, Denise H. (2011): Say Goodbye to Wet-to-Dry Wound Care Dressings: Changing the Culture of Wound Care Management Within Your Agency In: Home Healthcare Nurse 29 (7), S.429-442.                                     | Fehlender inhaltlicher Bezug zur Patientensicherheit |
| 36. | Demiris, G.; Patrick, T. B.; Mitchell, J. A.; Waldren, S. E (2004): To telemedically err is human In: Joint Commission Journal on Quality and Safety 30 (9), S.521-527.   | Fehlender inhaltlicher Bezug zur Patientensicherheit |
| 37. | Dorresteijn, Johannes A. N.; Kriegsman, Didi M. W.; Assendelft, Willem J. J.; Valk, Gerlof D. (2014): Patient education for preventing diabetic foot ulceration In: Cochrane Database of Systematic Reviews (12).                             | Fehlender inhaltlicher Bezug zur Patientensicherheit |
| 38. | Dumville, Jo C.; Keogh, Samantha J.; Liu, Zhenmi; Stubbs, Nikki; Walker, Rachel M.; Fortnam, Mathew (2015): Alginate dressings for treating pressure ulcers In: Cochrane Database of Systematic Reviews (5).                                  | Fehlender inhaltlicher Bezug zur Patientensicherheit |
| 39. | Earnest, G. (2003): The challenges & rewards of caregiver training In: Caring 22 (1), S.36-38.  | Fehlender inhaltlicher Bezug zur Patientensicherheit |
| 40. | Edwards, Nancy; Lang, Ariella (2007): Importance of the home care sector and the critical need for research on home care In: Nursing leadership (Toronto, Ont.) 20 (1), S.04-05.  | Fehlender inhaltlicher Bezug zur Patientensicherheit |
| 41. | Farag, Amany A.; Anthony, Mary K. (2015): Examining the Relationship Among Ambulatory Surgical Settings Work Environment, Nurses' Characteristics, and Medication Errors Reporting. In: Journal of PeriAnesthesia Nursing 30 (6), S. 492–503. | Falsches Setting                                     |
| 42. | Flores, D.; McDonald, M. V. (2006): Interview with a quality leader. Joan M. Marren on home healthcare quality In: Journal for Healthcare Quality. Promoting Excellence in Healthcare 28 (6), S.29-31.  | Fehlender inhaltlicher Bezug zur Patientensicherheit |
| 43. | Flynn, L. (2007): Managing the care of patients discharged from home health: a quiet threat to patient safety? In: Home Healthcare Nurse 25 (3), S.184-190.   | Fehlender inhaltlicher Bezug zur Patientensicherheit |
| 44. | Franklin, M. (2006): Using patient safety science to explore  | Falsches Setting                                     |

|     |   |  |
|-----|---|--|
|     | strategies for improving safety in intravenous medication administration In: Journal of the Association for Vascular Access 11 (3), S.157-160.  |  |
| 45. | Friedman, M. M. (1999): Accreditation and the nurse. New leadership standard: sentinel event management. In: Home healthcare nurse 17 (9), S. 549–552.  | Kein Zugriff auf den Volltext                        |
| 46. | Fuji, Kevin T.; Abbott, Amy A. (2014): Ensuring Effective Medication Reconciliation. In: Home healthcare nurse 32 (9), S. 516–524.  | Fehlender inhaltlicher Bezug zur Patientensicherheit |
| 47. | Gabe, M. E.; Murphy, F.; Davies, G. A.; Russell, I. T.; Jordan, S (2014): Medication monitoring in a nurse-led respiratory outpatient clinic: pragmatic randomised trial of the West Wales Adverse Drug Reaction Profile. In: PloS one 9 (5), e96682.                         | Fehlender inhaltlicher Bezug zur Patientensicherheit |
| 48. | Gall, Sally; Bull, Jeff (2004): Clinical risk: discharging patients with no-one at home. In: Gastroenterology nursing 27 (3), S.111-114.  | Falsches Setting                                     |
| 49. | Gallagher, R. M.; Rowell, P. A. (2003): Claiming the future of nursing through nursing-sensitive quality indicators. In: Nursing Administration Quarterly 27 (4), S.273-284.  | Fehlender inhaltlicher Bezug zur Patientensicherheit |
| 50. | Gershon, R. R.; Pearson, J. M.; Sherman, M. F.; Samar, S. M.; Canton, A. N.; Stone, P. W. (2009): The prevalence and risk factors for percutaneous injuries in registered nurses in the home health care sector. In: American journal of infection control 37 (7), S.525-533. | Fehlender inhaltlicher Bezug zur Patientensicherheit |
| 51. | Grindlay, A.; Santamaria, N.; Kitt, S. (2000): Hospital in the home: nurse safety--exposure to risk and evaluation of organisational policy In: The Australian journal of advanced nursing 17 (3), S.06-12.   | Fehlender inhaltlicher Bezug zur Patientensicherheit |
| 52. | Harkey, Jane (2014): SAFETY FIRST for a Homebound Patient With Dementia. In: Home healthcare nurse 32 (10), S.601-62.   | Fehlender inhaltlicher Bezug zur Patientensicherheit |
| 53. | Hashemi, Fatemeh; Nasrabadi, Alireza Nikbakht; Asghari, Fariba (2012): Factors associated with reporting nursing errors in Iran: a qualitative study In: BMC Nursing 11 (1), S.20-27.   | Falsches Setting                                     |
| 54. | Heidenblut, S.; Schacke, C.; Zank, S. (2013): Early detection and prevention of elder abuse and neglect in family care giving: development of the PURFAM assessment. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 46 (5), S.431–440.  | Fehlender inhaltlicher Bezug zur Patientensicherheit |
| 55. | Hellwig, K. (2000): Alternatives to restraints: what patients and caregivers should know. In: Home Healthcare Nurse 18  | Fehlender inhaltlicher Bezug                         |

|     |  |  |
|-----|--|--|
|     | (6), S.395-403.  | zur Patientensicherheit                              |
| 56. | Hernandez, C.; Roca, J. (2007): COPD exacerbations: who is safe to be managed at home. In: Chronic respiratory disease 4 (4), S.187-188.   | Falsches Setting                                     |
| 57. | Hoffman, S. B.; Powell-Cope, G.; MacClellan, L.; Bero, K. (2003): BedSAFE: a bed safety project for frail older adults In: Journal of Gerontological Nursing 29 (11), S.34-55.   | Falsches Setting                                     |
| 58. | Holden, L. M.; Watts, D. D.; Walker, P. H. (2010): Communication and collaboration: it's about the pharmacists, as well as the physicians and nurses In: Quality and Safety in Health Care 19 (3), S.169-172.  | Falsches Setting                                     |
| 59. | Hu, S. H.; Foust, J. B.; Boltz, M.; Capezuti, E. (2014): Subtypes of potentially inappropriate medications in older Chinese-Americans during care transitions: cross sectional retrospective study. In: International journal of nursing studies 51 (9), S.1221-1229.                                | Fehlender inhaltlicher Bezug zur Patientensicherheit |
| 60. | Hülsken-Giesler, M. (2010): Technikkompetenzen in der Pflege. In: Pflege und Gesellschaft 15 (4), S.330-352.   | Fehlender inhaltlicher Bezug zur Patientensicherheit |
| 61. | Johnson, J.; Harper, D. C.; Hanson, C. M.; Dawson, E. (2007): Forging a quality healthcare agenda for APRNs In: American Journal for Nurse Practitioners 11 (10), S.10-19.   | Kein Zugriff auf Volltext möglich                    |
| 62. | Jones, Sarahjane (2016): Alternative perspectives of safety in home delivered health care: a sequential exploratory mixed method study In: Journal of Advanced Nursing 72 (10), S.2536-2546.   | Fehlender inhaltlicher Bezug zur Patientensicherheit |
| 63. | Jordan, S.; Jones, R.; Sargeant, M. P. (2009): Adverse drug reactions: managing the risk.In: Journal of Nursing Management 17 (2), S.175-184.  | Falsches Setting                                     |
| 64. | Kaafarani, H. M.A.; Rosen, A. K.; Nebeker, [JR]; Shimada, S.; Mull, H. J.; Rivard, P. E.; Savitz, L.; Helwig, A.; Shin, M. H.; Itani, K. M.F. (2010): Development of trigger tools for surveillance of adverse events in ambulatory surgery In: Quality and Safety in Health Care 19 (5), S.425-429. | Fehlender inhaltlicher Bezug zur Patientensicherheit |
| 65. | Kamimura, A.; Schneider, K.; Lee, C. S.; Crawford, S. D.; Friese, C. R. (2012): Practice environments of nurses in ambulatory oncology settings: a thematic analysis In: Cancer nursing 35 (1), E1-7.  | Fehlender inhaltlicher Bezug zur Patientensicherheit |
| 66. | Kaufman, D.; Weick-Brady, M. (2009): HomeNet: ensuring patient safety with medical device use in the home In: Home healthcare nurse 27 (5), S.300-307.   | Fehlender inhaltlicher Bezug zur Patientensicherheit |

|     |   |  |
|-----|---|--|
| 67. | Kerns, B.; Atkinson, W.; Nierenhous, S. S. (2008): Improvement in the management of oral medications: collaborative approaches In: Home Health Care Management and Practice 20 (2), S.141-146.  | Fehlender inhaltlicher Bezug zur Patientensicherheit |
| 68. | Khalil, Hanan; Avery, Anthony J.; Chambers, Helen; Bell, Brian; Serumaga, Brian; Sheikh, Aziz (2013): Interventions in primary care for reducing preventable medication errors that lead to hospital admissions, mortality and emergency department visits In: Cochrane Database of Systematic Reviews (11).                                      | Falsches Setting                                     |
| 69. | Klie, Thomas (2011): Hinter verschlossenen Türen. ReduFix-Ambulant beleuchtet freiheitsentziehende Maßnahmen in der Häuslichkeit. In: Häusliche Pflege (7), S. 28–31.   | Gewalt in der Pflege                                 |
| 70. | Kohlbry, Pamela; Daugherty, JoAnn S.; Gorzeman, Joy; Parker, Joseph (2017): A Study of Role Expectations and Satisfaction With the Healthcare Coach Role In: The Journal of nursing administration 47 (2), S.108-115.   | Fehlender inhaltlicher Bezug zur Patientensicherheit |
| 71. | Koppenberg, J. (2012): Patientensicherheit - Definition und Epidemiologie von unerwünschten Ereignissen, Fehlern und Schaden In: Therapeutische Umschau. Revue therapeutique 69 (6), S.335-340.   | Fehlender inhaltlicher Bezug zur Patientensicherheit |
| 72. | Kornburger, Cheryl; Gibson, Cori; Sadowski, Sandra; Maletta, Kristyn; Klingbeil, Carol (2013): Using "teach-back" to promote a safe transition from hospital to home: an evidence-based approach to improving the discharge process In: Journal of pediatric nursing 28 (3), S.282-291.   | Falsches Setting                                     |
| 73. | Kowalski, S. L.; Anthony, M. (2017): CE: Nursing's Evolving Role in Patient SafetyIn: The American journal of nursing 117 (2), S.34-48.   | Falsches Setting                                     |
| 74. | Lang, Ariella; Macdonald, Marilyn; Storch, Jan; Elliott, Kari; Stevenson, Lynn; Lacroix, Helene; Donaldson, Susan; Corsini-Munt, Serena; Francis, Farraminah; Curry, Cherie Geering (2009): Home care safety perspectives from clients, family members, caregivers and paid In: Healthcare quarterly (Toronto, Ont.)12 Spec No Patient, S.97-101. | Fehlender inhaltlicher Bezug zur Patientensicherheit |
| 75. | Lang, Sarah; Velasco Garrido, Marcial; Heintze, Christoph (2016): Patients' views of adverse events in primary and ambulatory care: a systematic review to assess methods and the content of what patients consider to be adverse events. In: BMC family practice 17, S.01–09.  | Hausärztliche Versorgung                             |
| 76. | Latour, C. H.; Windt, D. A.; Jonge, P.; Riphagen, I. I.; Vos, R.; Huyse, F. J.; Stalman, W. A. (2007): Nurse-led case manage-   | Fehlender inhaltlicher Bezug                         |

|     |   |  |
|-----|---|--|
|     | ment for ambulatory complex patients in general health care: a systematic review (Structured abstract) In: Journal of psychosomatic research 62 (3), S.385-395.   | zur Patientensicherheit                              |
| 77. | Leff, E. W.; Ryan, S. O. (2005): The role of the home care nurse in suicide prevention. In: Home healthcare nurse 23 (9), S.566–577.  | Schulungsartikel für Beruflich Pflegenden,           |
| 78. | Levine, J. M.; Savino, F.; Peterson, M.; Wolf, C. R. (2008): Risk management for pressure ulcers: when the family shows up with a camera. In: Journal of the American Medical Directors Association 9 (5), S.360–363.   | Falsches Setting                                     |
| 79. | Lexis, Monique (2013): Activity monitoring technology to support homecare delivery to frail and psychogeriatric elderly persons living at home alone. In: Technology and Disability 25 (3), S.189–197.  | Fehlender inhaltlicher Bezug zur Patientensicherheit |
| 80. | Luca, Paola; Coffey, Maitreya; Adams, Sherri; Ragone, Alejandra; Cohen, Eyal; Matlow, Anne (2011): Using a Novel Patient Medication List for Ambulatory Pediatric Patients Within a Hospital-Based Complex Care Program. In: Joint Commission Journal on Quality & Patient Safety 37 (12), S.560–567. | Falsches Setting                                     |
| 81. | Lukas Slotala; Ullrich Bauer (2009): "Das sind bloß manchmal die fünf Minuten, die fehlen." Pflege zwischen Kostendruck, Gewinninteressen und Qualitätsstandards. In: Pflege und Gesellschaft 14 (1), S.54–66.  | Fehlender inhaltlicher Bezug zur Patientensicherheit |
| 82. | Lyngstad, M.; Grimsmo, A.; Hofoss, D.; Hellesø, R. (2014): Home care nurses' experiences with using electronic messaging in their communication with general practitioners. In: Journal of clinical nursing 23 (23-24), S.3424–3433.  | Fehlender inhaltlicher Bezug zur Patientensicherheit |
| 83. | Macdonald, M.; Lang, A.; Storch, J.; Stevenson, L.; Donaldson, S.; Barber, T.; Iaboni, K. (2013): Home care safety markers: a scoping review. In: Home health care services quarterly 32 (2), S. 126–148.   | Kein Fokus auf pflegerische Versorgung               |
| 84. | Macdonald, M. T.; Lang, A.; Storch, J.; Stevenson, L.; Barber, T.; Iaboni, K.; Donaldson, S. (2013): Examining markers of safety in homecare using the international classification for patient safety. In: BMC health services research 13, S. 191.  | Kein Fokus auf pflegerische Versorgung               |
| 85. | Mao, H. F.; Chang, L. H.; Yao, G.; Chen, W. Y.; Huang, W. N. (2015): Indicators of perceived useful dementia care assistive technology: Caregivers' perspectives. In: Geriatrics & gerontology international 15 (8), S.1049–1057.   | Kein Fokus auf pflegerische Versorgung               |
| 86. | Markley, J.; Winbery, S. (2008): Communicating with physi-  | Stationäres Setting                                  |

|     |   |  |
|-----|---|--|
|     | cians: how agencies can be heard. In: Home Health Care Management & Practice 20 (2), S.161–168  |  |
| 87. | Marrelli, T. (2008): Safety in home care: being a part of a broader initiative in healthcare. In: Home healthcare nurse 26 (9), S.513–514.  | Editorial  |
| 88. | Marrelli, Tina M. (2013): Safety in Healthcare and Home Care. In: Home healthcare nurse 31 (6), S.289–290.  | Editorial  |
| 89. | Marren, J. M.; Harrington, C.; Kluger, M. (2006): Nursing counts. Focus on: improving safety and outcomes in home care. In: American Journal of Nursing 106 (1), S. 37.   | Editorial  |
| 90. | Marse, H.; van Cutsem, E.; Grothey, A.; Valverde, S. (2004): Management of adverse events and other practical considerations in patients receiving capecitabine (Xeloda). In: European journal of oncology nursing 8 Suppl 1, S.16-30.                              | Fokus auf einem speziellen Medikament der ambulanten Krebstherapie |
| 91. | Marshall, Katherine A.; Burson, Rosanne; Gall, Kristyn; Saunders, Mitzi M. (2016): Hospital Admissions for Malnutrition and Dehydration in Patients With Dementia. In: Home healthcare now 34 (1), S.32–37.   | Falsches Setting   |
| 92. | Masotti, Paul; Green, Michael; McColl, Mary (2009): Adverse Events in Community Care. Implications for Practice, Policy and Research. In: Healthcare Quarterly 12 (1), S.69–76.   | Keinen Zugriff auf Volltext  |
| 93. | Masotti, Paul; Green, Michael; Shortt, Sam; Hunter, Duncan; Szala-Meneok, Karen (2007): Adverse Events in Community Care. Developing a Research Agenda. In: Healthcare Quarterly 10 (3), S.63–69.   | Keinen Zugriff auf Volltext  |
| 94. | Mayahara, Masako; Wilbur, JoEllen; O'Mahony, Sean; Breitenstein, Susan (2016): E-Pain Reporter. In: Western journal of nursing research 38 (10).  | Ausblick auf einen noch unveröffentlichten Artikel.                |
| 95. | McKenzie, Barbara; Bowen, Mary Elizabeth; Keys, Karesa; Bulat, Tatjana (2013): Safe home program: a suite of technologies to support extended home care of persons with dementia. In: American journal of Alzheimer's disease and other dementias 28 (4), S.348–354 | Fehlender inhaltlicher Bezug zur Patientensicherheit               |
| 96. | McMillan, S. C.; Le Moody (2003): Hospice patient and caregiver congruence in reporting patients' symptom intensity. In: Cancer Nursing 26 (2), S.113–118.  | Fehlender inhaltlicher Bezug zur Patientensicherheit               |
| 97. | Medication error reporting in the home setting. HPNA Position Statement. (2011). In: Journal of Hospice and Palliative Nursing 13 (5), S.268–269.   | Keinen Zugriff auf den Volltext                                    |
| 98. | Melby, Line; Brattheim, Berit J.; Hellesø, Ragnhild (2015):   | Fehlender inhaltlicher Bezug                                       |

|      |  |  |
|------|--|--|
|      | Patients in transition--improving hospital-home care collaboration through electronic messaging: providers' perspectives. In: <i>Journal of clinical nursing</i> 24 (23-24), S.3389–3399.  | zur Patientensicherheit                              |
| 99.  | Mentes, Janet (2006): Oral hydration in older adults: greater awareness is needed in preventing, recognizing, and treating dehydration. In: <i>The American journal of nursing</i> 106 (6), S.40-48.   | Fehlender inhaltlicher Bezug zur Patientensicherheit |
| 100. | Milligan, Frank (2012): Diabetes medication incidents in the care home setting. In: <i>Nursing standard (Royal College of Nursing (Great Britain) : 1987)</i> 26 (29), S.38–43.  | Falsches Setting                                     |
| 101. | Monsen, C.; Acosta, S.; Kumlien, C. (2016): Patients experiences of Negative Pressure Wound Therapy at home for the treatment of Deep Perivascular Groin Infection after Vascular Surgery. In: <i>Journal of clinical nursing</i> .  | Kein Fokus auf Patientensicherheit                   |
| 102. | Moyer, Virginia A.; Papile, Lu-Ann; Eichenwald, Eric; Giardino, Angelo P.; Khan, Myrna M.; Singh, Hardeep (2014): An intervention to improve transitions from NICU to ambulatory care: quasi-experimental study. In: <i>BMJ Quality and Safety</i> 23 (12), S. 1–7.                                | Fehlender inhaltlicher Bezug zur Patientensicherheit |
| 103. | Munck, B.; Fridlund, B.; Mårtensson, J. (2008): Next-of-kin caregivers in palliative home care from control to loss of control. In: <i>Journal of Advanced Nursing</i> 64 (6), S. 578–586.   | Fehlender inhaltlicher Bezug zur Patientensicherheit |
| 104. | Myrka, A.; Butterfield, S.; B, G. J.; Amin, P.; Ambrosy, S.; Woellmer, C.; Glock, S. (2011): A Systems-Based Medication Reconciliation Process: With Implications for Home Healthcare. In: <i>Home healthcare nurse</i> 29 (10), S.624–635.  | Falsches Setting                                     |
| 105. | Nelson, Audrey; Matz, Mary; Chen, Fangfei; Siddharthan, Kris; Lloyd, John; Fragala, Guy (2006): Development and evaluation of a multifaceted ergonomics program to prevent injuries associated with patient handling tasks. In: <i>International journal of nursing studies</i> 43 (6), S.717–733. | Fehlender inhaltlicher Bezug zur Patientensicherheit |
| 106. | News (2007). In: <i>Journal for Nurse Practitioners</i> 3 (7), S.436–439.  | Fehlender inhaltlicher Bezug zur Patientensicherheit |
| 107. | Olsen, R. M.; Ostnor, B. H.; Enmarker, I.; Hellzen, O. (2013): Barriers to information exchange during older patients' transfer: nurses' experiences. In: <i>Journal of clinical nursing</i> 22 (19-20), S. 2964–2973.   | Fehlender inhaltlicher Bezug zur Patientensicherheit |
| 108. | Pai, A. B.; Zadov, Y.; Hickman, A. (2012): Patient safety in rehabilitation medicine: traumatic brain injury. In: <i>Physical Medicine and Rehabilitation Clinics of North America</i> 23 (2), S.349–370.  | Fehlender inhaltlicher Bezug zur Patientensicherheit |

|      |  |  |
|------|--|--|
| 109. | Patterson, Emily S.; Zhang, Jiajie; Abbott, Patricia; Gibbons, Michael C.; Lowry, Svetlana Z.; Quinn, Matthew T. et al. (2013): Enhancing Electronic Health Record Usability in Pediatric Patient Care: A Scenario-Based Approach. In: Joint Commission Journal on Quality & Patient Safety 39 (3), S.129–135.                   | Falsches Setting                                     |
| 110. | Pellock, J. M.; Marmarou, A.; DeLorenzo, R. (2004): Time to treatment in prolonged seizure episodes. In: Epilepsy and behavior 5 (2), S. 192–196.  | Falsches Setting                                     |
| 111. | Prakash, Varuna; Koczmara, Christine; Savage, Pamela; Trip, Katherine; Stewart, Janice; McCurdie, Tara et al. (2014): Mitigating errors caused by interruptions during medication verification and administration: interventions in a simulated ambulatory chemotherapy setting. In: BMJ Quality and Safety 23 (11), S. 884–892. | Falsches Setting                                     |
| 112. | Rabold, S.; Görgen, T. (2007): Abuse and neglect of older care recipients in domestic settings - a survey among nurses of in-home care services. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 40 (5), S. 366–374.  | Gewalt und Vernachlässigung in der Pflege            |
| 113. | Razzi, Catherine C. (2009): Incorporating the Beers criteria may reduce ED visits in elderly persons. In: Journal of emergency nursing 35 (5), S. 453–454.   | Falsches Setting                                     |
| 114. | Reidt, S.; Morgan, J.; Larson, T.; Blade, MA. (2013): The Role of a Pharmacist on the Home Care Team: A Collaborative Model Between a College of Pharmacy and a Visiting Nurse Agency. In: Home healthcare nurse 31 (2), S. 80–89.   | Falsche Zielgruppe                                   |
| 115. | Rule, Ann M.; Drincic, Andjela; Galt, Kimberly A. (2007): New Technology, New Errors: How to Prime an Upgrade of an Insulin Infusion Pump  | Fehlender inhaltlicher Bezug zur Patientensicherheit |
| 116. | Sahlstrom, M.; Partanen, P.; Turunen, H. (2014): Safety as experienced by patients themselves: a Finnish survey of the most recent period of care. In: Research in nursing and health 37 (3), S. 194–203.  | Falsches Setting                                     |
| 117. | Schauberger, C. W.; Larson, P. (2006): Performance improvement. Implementing patient safety practices in small ambulatory care settings. In: Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety 32 (8), S. 419–425.  | Falsches Setting                                     |
| 118. | Scheidegger, D. (2005): Kritische Zwischenfälle. In: Therapeutische Umschau. Revue therapeutique 62 (3), S. 169–174.   | Fehlender inhaltlicher Bezug zur Patientensicherheit |
| 119. | Schnall, Rebecca; Cook, Sarah; John, Rita Marie; Larson, Elaine; Stone, Patricia W.; Sullivan, Caroline; Bakken, Su-   | Falsches Setting                                     |

|      |   |   |
|------|---|---|
|      | zanne (2012): Patient safety issues in advanced practice nursing students' care settings. In: <i>Journal of nursing care quality</i> 27 (2), S. 132–138.  |   |
| 120. | Schwappach, D.; Frank, O. (2012): Patienten als wachsame Partner - Patientenbeteiligung in der Patientensicherheit. In: <i>Therapeutische Umschau. Revue therapeutique</i> 69 (6), S. 359–362.  | Falsches Setting  |
| 121. | Schwerdt, Ruth (2006): "Monster!". In: <i>Altenpflege</i> (7), S. 32–34.  | Gewalt in der Pflege  |
| 122. | Singer, Sara J.; Reyes Nieva, Harry; Brede, Namara; Ling, Judy; Leydon, Nicholas; Weissman, Joel S. et al. (2015): Evaluating Ambulatory Practice Safety: The PROMISES Project Administrators and Practice Staff Surveys. In: <i>Medical Care</i> 53 (2), S. 141–152                      | Falsches Setting  |
| 123. | Sitzman, K. L.; Leiss, J. K. (2009): Documentation of incidental factors affecting the home healthcare work environment. In: <i>Home healthcare nurse</i> 27 (9), S. 516–521.   | Arbeitsschutz und Arbeitszufriedenheit von beruflich Pflegenden |
| 124. | Smallbone, Carolyn; Staniland, Karen (2011): Care in the community: what would happen if the lights went out? In: <i>British journal of community nursing</i> 16 (7), S. 342–346.   | Falsches Setting  |
| 125. | Smith, F.; Francis, S. A.; Gray, N.; Denham, M.; Graffy, J. (2003): A multi-centre survey among informal carers who manage medication for older care recipients: problems experienced and development of services. In: <i>Health and social care in the community</i> 11 (2), S. 138–145. | Fehlender inhaltlicher Bezug zur Patientensicherheit            |
| 126. | Smyth, Elizabeth E. J. (2015): Assessing the skills of home care workers in helping older people take their prescribed medications. In: <i>British Journal of Community Nursing</i> 20 (8), S. 400–404.   | Fehlender inhaltlicher Bezug zur Patientensicherheit            |
| 127. | Spoelstra, Sandra Lee; Given, Barbara; You, Mei; Given, Charles W. (2012): The contribution falls have to increasing risk of nursing home placement in community-dwelling older adults. In: <i>Clinical nursing research</i> 21 (1), S. 24–42   | Fehlender inhaltlicher Bezug zur Patientensicherheit            |
| 128. | Storch, Janet; Curry, Cherie Geering; Stevenson, Lynn; Macdonald, Marilyn; Lang, Ariella (2014): Ethics and safety in home care: perspectives on home support workers. In: <i>Nursing leadership</i> (Toronto, Ont.) 27 (1), S. 76–96.  | Fehlender inhaltlicher Bezug zur Patientensicherheit            |
| 129. | Sturm, B. A. (2007): Issues of ethics and care in psychiatric home care. Multidisciplinary perspectives revealed through ethnographic research. In: <i>Home Health Care Management &amp; Practice</i> 19 (2), S. 94–103.  | Fehlender inhaltlicher Bezug zur Patientensicherheit            |

|      |  |  |
|------|--|--|
| 130. | Sun, Fan-Ko; Long, Ann (2008): A theory to guide families and carers of people who are at risk of suicide. In: Journal of clinical nursing 17 (14), S. 1939–1948.  | Fehlender inhaltlicher Bezug zur Patientensicherheit |
| 131. | Swedberg, Lena; Michelsen, Hans; Hammar Chiriac, Eva; Hylander, Ingrid (2015): On-the-job training makes the difference. Healthcare assistants' perceived competence and responsibility in the care of patients with home mechanical ventilation. In: Scandinavian Journal of Caring Sciences 29 (2), S. 369–378.                | Fehlender inhaltlicher Bezug zur Patientensicherheit |
| 132. | Thomas-Hawkins, C.; Flynn, L. (2015): Patient safety culture and nurse-reported adverse events in outpatient hemodialysis units. In: Research and theory for nursing practice 29 (1), S. 53–65.  | Falsches Setting                                     |
| 133. | Urbine, Terry F.; Link, Denise G.; Schneider, Philip J.; Schmitz, Emily; Kistler, Kelly (2012): Nurse Practitioner and Pharmacist Collaboration in Ambulatory Care. In: Journal for Nurse Practitioners 8 (3), S. 231–236.   | Fehlender inhaltlicher Bezug zur Patientensicherheit |
| 134. | van Haastregt, J. C.; van Rossum, E.; Diederiks, J. P.; Voorhoeve, P. M.; Witte, L. P. de; Crebolder, H. F. (2000): Preventing falls and mobility problems in community-dwelling elders. the process of creating a new intervention. In: Geriatric nursing (New York, N.Y.) 21 (6), S. 309–314                                   | Fehlender inhaltlicher Bezug zur Patientensicherheit |
| 135. | Warrell, W.; Szymanski, G.; Abiodun, O. (2007): Promoting family involvement to improve safety: a prescription and over the counter medication safety initiative in an intensive ambulatory setting. Oncology Nursing Society 32nd Annual Congress, April 24-27, 2007, Las Vegas, NV. In: Oncology Nursing Forum 34 (2), S. 504. | Kongressbeitrag                                      |
| 136. | Weingart, S. N.; Cleary, A.; Seger, A.; Eng, T. K.; Saadeh, M.; Gross, A.; Shulman, L. N. (2007): Medication reconciliation in ambulatory oncology. In: Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety 33 (12), S. 750–757.  | Falsches Setting                                     |
| 137. | Weingart, S. N.; Price, J.; Duncombe, D.; Connor, M.; Conley, K.; Conlin, G. J. et al. (2009): Enhancing safety reporting in adult ambulatory oncology with a clinician champion: a practice innovation. In: Journal of nursing care quality 24 (3), S. 203–210.   | Falsches Setting                                     |
| 138. | Williams, G.; Doughty, K.; Bradley, D. A. (2000): Safety and risk issues in using telecare. In: Journal of telemedicine and telecare 6 (5), S. 249–262.  | Fehlender inhaltlicher Bezug zur Patientensicherheit |
| 139. | Witt, L. de (2009): Many older people felt that electronic care surveillance increased their safety and enabled them to  | Kein Volltext  |

|      |  |                  |
|------|--|------------------|
|      | live alone in their own homes. In: Evidence Based Nursing 12 (1), S. 32.   |                  |
| 140. | Yonezawa, Y.; Miyamoto, Y.; Maki, H.; Ogawa, H.; Ninomiya, I.; Sada, K. et al. (2005): A new intelligent bed care system for hospital and home patients. In: Biomedical Instrumentation and Technology 39 (4), S. 313–319. | Falsches Setting |

## Anhang 2 Suchsyntax zur Datenbankrecherche

Tabelle 9: Erstellung der Suchsyntax zur Datenbankrecherche anhand des Block-Building-Approaches

| <b>Suchsyntax:</b>                    |  |
|---------------------------------------|--|
| <b>Deutsch:</b>                       | <b>Englisch:</b>   |
| - Patientensicherheit                 | - "Patient safety"   |
| - vermeidbares unerwünschtes Ereignis | - "Medical Errors"[Mesh] ( <i>enthält den MeSH „Near Miss, Healthcare)</i>   |
| - kritisches Ereignis                 | - "nursing error"  |
| - Fehler                              | - "adverse event"  |
| - (beinahe) Fehler                    | - "critical incident"  |
| - Pflegefehler                        | - "error"  |
| - Fehlermanagement                    | - "near miss"  |
| - Fehlermeldesysteme (CIRS)           | - "Risk Management"[Mesh] ( <i>enthält den MaSH "Safety Management")</i>   |
| - Fehlerkultur                        | - "error management"   |
| - Sicherheitskultur                   | - "incident reporting"   |
| - (Sicherheit) Checkliste             | - "safety checklist"   |
| AND                                   | - "safety culture"   |
| - ambulante Versorgung                | AND  |
| - ambulante Pflege                    | - "Ambulatory Care"[Mesh]  |
| - häusliche Pflege                    | - "Home Care Services"[Mesh]" ( <i>Professionelle Pflege verschiedenster Dienstleister, enthält den MeSH „Home Nursing“ (Laienpflege))</i> |
| - häusliche Laienpflege               | - "outpatient treatment"   |
| AND                                   | - "outpatient care"  |
| - Pflegekräfte                        | - "ambulatory care"  |
| - Pflegende                           | - "home care"  |
| - Pflegepersonen                      | AND  |
|                                       | - "Caregivers"[Mesh]   |
|                                       | - "Nurses"[Mesh]   |
|                                       | - "nurs*"  |

### Anhang 3 Suchsyntax der Datenbankrecherche am Beispiel von MEDLINE

Tabelle 10: Suchsyntax der Datenbankrecherche am Beispiel von MEDLINE ( via PubMed) vom 08.02.2017

| Search | Query  | Items found         |
|--------|--|---------------------|
| #36    | Search (((("nurs*") OR "Caregivers"[Mesh]) OR "Nurses"[Mesh])) AND ((((("Ambulatory Care"[Mesh]) OR "Home Care Services"[Mesh]) OR "outpatient treatment") OR "outpatient care") OR "ambulatory care") OR "home care") AND (((((Patient safety") OR "Medical Errors"[Mesh]) OR "nursing error") OR "adverse event") OR "critical incident") OR "error") OR "near miss") OR "Risk Management"[Mesh]) OR "incident reporting") OR "safety checklist") OR "safety culture") OR "error management") Filters: Publication date from 1999/01/01 to 2017/02/31; English; German | <a href="#">398</a> |
| #35    | Search (((("nurs*") OR "Caregivers"[Mesh]) OR "Nurses"[Mesh])) AND ((((("Ambulatory Care"[Mesh]) OR "Home Care Services"[Mesh]) OR "outpatient treatment") OR "outpatient care") OR "ambulatory care") OR "home care") AND (((((Patient safety") OR "Medical Errors"[Mesh]) OR "nursing error") OR "adverse event") OR "critical incident") OR "error") OR "near miss") OR "Risk Management"[Mesh]) OR "incident reporting") OR "safety checklist") OR "safety culture") OR "error management") Filters: English; German   | <a href="#">455</a> |
| #34    | Search (((("nurs*") OR "Caregivers"[Mesh]) OR "Nurses"[Mesh])) AND ((((("Ambulatory Care"[Mesh]) OR "Home Care Services"[Mesh]) OR "outpatient treatment") OR "outpatient care") OR "ambulatory care") OR "home care") AND (((((Patient safety") OR "Medical Errors"[Mesh]) OR "nursing error") OR "adverse event") OR "critical incident") OR "error") OR "near miss") OR "Risk Management"[Mesh]) OR "incident reporting") OR "safety checklist") OR "safety culture") OR "error management") Filters: English   | <a href="#">452</a> |
| #33    | Search (((("nurs*") OR "Caregivers"[Mesh]) OR "Nurses"[Mesh])) AND ((((("Ambulatory Care"[Mesh]) OR "Home Care Services"[Mesh]) OR "outpatient treatment") OR "outpatient care") OR "ambulatory care") OR "home care") AND (((((Patient safety") OR "Medical Errors"[Mesh]) OR "nursing error") OR "adverse event") OR "critical incident") OR "error") OR "near   | <a href="#">457</a> |

miss") OR "Risk Management"[Mesh]) OR "incident reporting") OR "safety checklist") OR "safety culture") OR "error management")

|     |  |                        |
|-----|--|------------------------|
| #32 | Search (("nurs*") OR "Caregivers"[Mesh]) OR "Nurses"[Mesh]   | <a href="#">423824</a> |
| #31 | Search "nurs*"   | <a href="#">354647</a> |
| #30 | Search "Caregivers"[Mesh]  | <a href="#">26581</a>  |
| #27 | Search "Nurses"[Mesh]  | <a href="#">78580</a>  |
| #20 | Search (((("Ambulatory Care"[Mesh]) OR "Home Care Services"[Mesh]) OR "outpatient treatment") OR "outpatient care") OR "ambulatory care") OR "home care"   | <a href="#">129645</a> |
| #19 | Search "home care"   | <a href="#">45122</a>  |
| #18 | Search "ambulatory care"   | <a href="#">60320</a>  |
| #17 | Search "outpatient care"   | <a href="#">4052</a>   |
| #16 | Search "outpatient treatment"  | <a href="#">4818</a>   |
| #15 | Search "Home Care Services"[Mesh]  | <a href="#">42845</a>  |
| #14 | Search "Ambulatory Care"[Mesh]   | <a href="#">48225</a>  |
| #13 | Search (((((("Patient safety") OR "Medical Errors"[Mesh]) OR "nursing error") OR "adverse event") OR "critical incident") OR "error") OR "near miss") OR "Risk Management"[Mesh]) OR "incident reporting") OR "safety checklist") OR "safety culture") OR "error management" | <a href="#">508681</a> |
| #12 | Search "safety culture"  | <a href="#">1314</a>   |
| #11 | Search "safety checklist"  | <a href="#">388</a>    |
| #10 | Search "incident reporting"  | <a href="#">931</a>    |
| #9  | Search "error management"  | <a href="#">183</a>    |
| #8  | Search "Risk Management"[Mesh]   | <a href="#">240660</a> |
| #7  | Search "near miss"   | <a href="#">1157</a>   |
| #6  | Search "error"   | <a href="#">150908</a> |

---

|    |                               |                              |
|----|-------------------------------|------------------------------|
| #5 | Search "critical incident"    | <a href="#"><u>1223</u></a>  |
| #4 | Search "adverse event"        | <a href="#"><u>18527</u></a> |
| #3 | Search "nursing error"        | <a href="#"><u>30</u></a>    |
| #2 | Search "Medical Errors"[Mesh] | <a href="#"><u>97043</u></a> |
| #1 | Search "Patient safety"       | <a href="#"><u>30287</u></a> |

---

## Anhang 4 Fragenkatalog zur 1. Fachkonferenz der ZQP-Perspektivenwerkstatt

### Beispiel

#### **Fragenkatalog zur 1. Fachkonferenz der ZQP -Perspektivenwerkstatt Patientensicherheit in der ambulanten Pflege am 16. Juni 2017, Schwerpunkt: Wissenschaft**

**Sehr geehrte Teilnehmerinnen und Teilnehmer,**

die untenstehenden exemplarischen Themenkomplexe und Fragen wurden aus den Ergebnissen einer systematischen Literaturrecherche generiert, die wir in einem ersten Schritt des Projektes durchgeführt haben.

Sie sind insofern als eine schriftliche „Anmoderation“, Diskussionsimpuls und Strukturierung für die Konferenz zu verstehen und erheben keinen Anspruch darauf, das Thema oder Problem umfassend zu umreißen. Am Ende der Fachkonferenz haben Sie nochmals Gelegenheit, insbesondere vor dem Hintergrund Ihrer jeweils eigenen Erfahrungen, ein kurzes Statement incl. Empfehlungen zu formulieren. Leiten sollte Sie dabei die Frage: *Welcher ist Ihrer Meinung nach, der nächste, unbedingt notwendige Schritt hin zur Verbesserung der Patientensicherheit in der ambulanten Pflege und warum?*

#### 1. Komplex: Rolle der Angehörigen und Pflegebedürftigen

In einer kanadische Kohortenstudie wurden als auslösende Faktoren für unerwünschte Ereignisse in 39,8 % die Mitarbeiter oder die Strukturen des Gesundheitssystem, in 10,8 % die Angehörigen oder informell Pflegenden und zu 35,5 % die Patienten selbst identifiziert [1]. Diese „Gemengelage“ macht den besonderen Charakter der ambulanten Pflege deutlich. Vor allem ist anders als im stationären Bereich die Autonomie der Patienten und der Angehörigen ungleich höher und mit einem starken Steuerungseffekt versehen, den Prozess und das Outcome betreffend [2,3]. Dies beispielweise dann, wenn es um Hygiene-Anforderungen geht [4] oder darum, die verordnete medikamentöse Therapie zu befolgen (Compliance)[5].

*Wie schätzen Sie die Rolle der Angehörigen und Pflegebedürftigen in Bezug auf die Patientensicherheit ein? Sind sie eher hinderlich oder förderlich?*

*In welchen Bereichen der Patientensicherheit müssen oder sollen Angehörige und Pflegebedürftige (mehr) Verantwortung übernehmen (oder auch nicht übernehmen) und wie können sie dabei von professionell Pflegenden unterstützt werden?*

#### 2. Komplex: Kommunikation

Eine typische Besonderheit der ambulanten Pflege ist das Arbeiten in der häuslichen Umgebung des Patienten ohne die kollegiale Unterstützung eines Teams, wie es in der stationären Versorgung der Fall ist. Dies führt zu einer erschwerten Kommunikation innerhalb des Pflegeteams und zwischen anderen Professionen. Zudem sind oft weitere Akteure an der Pflege

beteiligt, meist Angehörige und Ärzte. Dies bringt Risiken an Schnittstellen der Versorgung mit sich [6,1,3,7].

*Wie beurteilen sie den Stellenwert der Kommunikation innerhalb der Pflegeteams und zwischen den einzelnen Akteuren der Versorgung im Hinblick auf Patientensicherheit im ambulanten Setting?*

*In welchen Bereichen des Kommunikationsprozesses müssen Veränderungen angestrebt werden, um die Sicherheit ambulant versorger Pflegebedürftiger zu stärken?*

### 3. Komplex: Wissen und Kompetenzen der Berufllich Pflegenden

In der Literatur wird deutlich, dass das Wissen und die Kompetenzen der Berufllich Pflegenden einen direkten Einfluss auf die Sicherheit ambulant versorger Pflegebedürftiger haben. Dies ist vor allem dann von einiger Relevanz, wenn die Qualifikation der Pflegenden auf einem niedrigen Level ist. In Schweden und Norwegen z. B. übernehmen Hilfskräfte ohne ausreichende Ausbildung weitestgehend autonom die Versorgung von Patienten, was zu Sicherheitsrisiken führte [8,9]. Im deutschen Kontext zeigte eine ZQP-Befragung zur Erfahrung mit Hygiene in ambulanten Pflegediensten ebenfalls mangelndes Wissen der Berufllich Pflegenden auf, was die Umsetzungen von Hygiene-Anforderungen erschwert und sich als deutlich limitierender Faktor erweist [4]. In den USA hatte z. B. die Qualität und Häufigkeit von Schulungen und Praxisanleitungen von Mitarbeitern bezüglich Wundversorgung und Hygiemaßnahmen einen Einfluss auf die Höhe der Infektionsraten bei den Patienten eines ambulanten Pflegedienstes [10].

*Wie bewerten Sie den Einfluss des Wissens und der Kompetenzen von Berufllich Pflegenden auf die Patientensicherheit?*

*Wo sehen Sie Handlungsbedarf bei Schulungen und in der Ausbildung von Beruflich Pflegenden?*

*Wie würden Sie diese Frage im Kontext des Pflegefachkräftemangels und der Diskussion um Care-Mix und damit höherer Flexibilität bei der Personalbemessung einordnen?*

### 4. Komplex: Medikamentenassoziierte Fehler

Medikamentenassoziierte Fehler und unerwünschte Ereignisse finden in der Literatur große Beachtung. In einer Befragung von ambulanten Berufllich Pflegenden in der USA waren Fehler in der Medikation, wie Überdosierung, falsche oder versäumte Verabreichung, die häufigsten Fehlerarten [6]. Im Rahmen eines Scoping Reviews konnte eine Spannweite der Rate von medikamentenassoziierten Ereignissen zwischen 3,64 % und 72 % in der ausgewerteten Literatur aufzeigt werden (abhängig von den jeweiligen Erhebungsmethoden, betrachteten Kohorten und verwendeten Definitionen) [7]. Eine Auswertung von medikamentenspezifischen CIRS-

Meldungen in der Schweiz ließ erkennen, dass beim Richten der Medikamente die häufigsten Fehler unterlaufen. Als Ursache dafür gaben die Berufllich Pflegenden Arbeitsbedingungen wie Zeitdruck oder Unterbrechungen durch die Patienten und dadurch resultierende Unaufmerksamkeit an [11].

*Wie schätzen sie den Stellenwert der medikamentenassoziierten unerwünschten Ereignisse in der ambulanten pflegerischen Versorgung und den daraus entstehenden Handlungsbedarf ein?*

*Wie beurteilen sie den Einfluss von Umgebungs faktoren des Settings, der Arbeitsbedingungen und der Qualifikation?*

##### 5. Komplex: Fehlermeldesysteme

Mit dem Modellprojekt des Kuratoriums Deutscher Altenpflege (KDA) [www.kritischesereignisse.de](http://www.kritischesereignisse.de) gab es erstmals für die stationäre und ambulante Altenpflege ein bundesweites EDV-gestütztes, anonymes Berichts- und Lernsystem. Dieses System war ein Novum in der Pflege und hat zu aufschlussreichen Erkenntnissen hinsichtlich Fehlerhäufigkeit, -ursache und -art geführt [12]. Aktuell steht dieses System nicht mehr zur Verfügung. Eine Studie aus der Schweiz zur Wahrnehmung des Sicherheitsklimas in der ambulanten Kinderkrankenpflege fand heraus, dass 50 % der befragten Beruflich Pflegenden, bedingt durch Unkenntnis von bestehenden internen Fehlermeldesystemen, diese nicht nutzen. Weitere hinderliche Faktoren für die Nutzung der Meldesysteme waren Ängste vor möglichen Konsequenzen [13], wie es auch eine deutsche Studie für das stationäre Setting aufzeigen konnte [14]. Ergänzend gaben norwegische Beruflich Pflegenden bei einer Befragung an, dass sich die Arbeitsmoral unter den Pflegenden stark unterscheiden würde und es einige Kollegen gäbe, die keinerlei Interessen an Patientensicherheit hätten [8].

*Welche Fehlerreportingsysteme – mit Schnittstelle zur Pflege – werden im deutschsprachigen Raum eingesetzt? Und welche Erfahrungen gibt es damit?*

*Wie beurteilen sie den Nutzen und die Praktikabilität eines Fehlermeldesystems für die spezifische Erfassung der Medikamentensicherheit in der ambulanten pflegerischen Versorgung in Deutschland?*

*Kennen sie Hindernisfaktoren, die der Nutzung von Fehlermeldesystemen im Weg stehen? Welche Maßnahmen können diese Hindernisfaktoren abbauen?*

*Welche Voraussetzungen und Kompetenzen benötigen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter von ambulanten Pflegediensten und deren Führungskräfte, damit Meldesysteme eine positive Wirkung entfalten können?*

##### 6. Komplex: Big Data (Register)

Eine großangelegte retrospektive Kohortenstudie in Kanada zum Thema Patientensicherheit im „Home Care“ - Bereich konnte durch die Analyse von 1.200 Patientenakten und die Auswertung von Datenbanken des Gesundheitssystems eine Inzidenzrate aller unerwünschter Ereignisse von 13,31 % im Jahr 2009 eruieren [1]. Für den deutschen ambulanten Pflegesektor konnten im Rahmen der systematischen Literaturrecherche keine Datengrundlage ermittelt werden.

*Wäre es Ihrer Meinung nach wichtig, die Inzidenz von unerwünschten Ereignissen in der ambulanten Pflege, etwa im Rahmen eines Registers, regelmäßig zu erheben und wie könnte dies methodisch umgesetzt werden?*

*Welche Institution sollte verantwortlich sein? Was sollte mit den erhobenen Daten geschehen?*

## Literatur des Fragenkataloges

1. Canadian Patient Safety Institute (2013) Safety at home. Canadian Patient Safety Institute, Edmonton, AB, Ottawa (Ontario)
2. Lang A, Edwards N, Fleiszer A (2008) Safety in home care: a broadened perspective of patient safety. *Int J Qual Health Care* 20(2): 130–135
3. Lauzen O (2009) Moralische Probleme in der ambulanten Pflege - Eine deskriptive pflegeethische Untersuchung. *Pflege* 22(6): 421–430
4. ZQP (2016) ZQP-Befragung Erfahrung mit Hygiene in ambulanten Pflegediensten. [www.zqp.de/portfolio/studie-hygiene-ambulante-pflege/](http://www.zqp.de/portfolio/studie-hygiene-ambulante-pflege/). Zugriff am 27.3.2017
5. Smucker D R, Regan S, Elder N C et al (2014) Patient Safety Incidents in Home Hospice Care: The Experiences of Hospice Interdisciplinary Team Members. *J PALLIAT MED* 17(5): 540–544
6. Absulem S, Hardin H (2011) Home health nurses' perceived care errors. *Rehabil Nurs* 36(3): 98-105, 128
7. Masotti P, McColl M A, Green M (2010) Adverse events experienced by homecare patients: a scoping review of the literature. *Int J Qual Health Care* 22(2): 115–125
8. Berland A, Holm A L, Gundersen D et al (2012) Patient safety culture in home care: experiences of homecare nurses. *J NURS MANAGE* 20(6): 794–801
9. Swedberg L, Chiriac E H, Tornkvist L et al (2013) From risky to safer home care: health care assistants striving to overcome a lack of training, supervision, and support. *Int J Qual Stud Health Well-being* 8: 20758
10. Sturkey E N, Linker S, Keith D D et al (2005) Improving wound care outcomes in the home setting. *J Nurs Care Qual* 20(4): 349–355
11. Meyer-Massetti C, Krummenacher E, Hedinger-Grogg B et al (2016) Medikationssicherheit im Home Care Bereich. *Pflege* 29(5): 247–255
12. Lucassen H (2009) Die Fehlerversteher. *Pflegezeitschrift* 62(5): 289–291
13. Baldegger C, Zeller A (2013) Die Wahrnehmung des Sicherheitsklimas in der ambulanten Kinderkrankenpflege. *Pflegezeitschrift* 66(2): 100–104
14. Cramer H, Foraita R, Habermann M (2014) Fehlermeldungen aus Sicht stationär Pflegender: Ergebnisse einer Befragung in Pflegeheimen und Krankenhäusern. *Gesundheitswesen* 76(8-9): 486–493