

# Sicherheitskultur

Umgang mit Gesundheitsrisiken  
pflegebedürftiger Menschen  
in Pflegeorganisationen



Schulung für die professionelle Pflege

# Warum befassen wir uns mit Sicherheitskultur?



Eine sichere Pflege ist die Bedingung für gute Pflegequalität.

Die professionelle Pflege umfasst viele Bereiche, die hohen Einfluss auf die gesundheitliche Sicherheit pflegebedürftiger Menschen haben. Das bedeutet: Pflege kann helfen, aber auch schaden.

Für die Sicherheit pflegebedürftiger Menschen ist es entscheidend, wie wir in der Praxis mit gesundheitlichen Risiken umgehen, die durch die Pflege bestehen. Maßgeblich dafür ist die Sicherheitskultur in der Organisation.

Sicherheitskultur zu fördern, ist eine Aufgabe professioneller Pflege.

Auch in vielen anderen Bereichen mit hohem Risikopotenzial wird Sicherheitskultur vorausgesetzt, etwa in der Medizin oder Luftfahrt.

# Was bietet diese Schulung?

## WISSEN

Was ist Sicherheitskultur in der Pflege?  
Warum ist Sicherheitskultur wichtig?  
Warum sollten wir unsere Sicherheitskultur stärken?  
Welche Faktoren erschweren eine sichere Pflege?  
Wie kann es zu kritischen Ereignissen kommen?  
Was hat Einfluss auf die Sicherheitskultur?

Diese Schulung bietet Basiswissen zu Sicherheitskultur in der Pflege und praktische Impulse für Pflegeorganisationen.

## HANDELN

Wie können wir unsere Sicherheitskultur stärken?  
Wie können wir Risiken gemeinsam reduzieren?  
Was ist nach kritischen Ereignissen zu tun?

## HILFE FINDEN

Wo gibt es Wissen und Qualifizierung?  
Wo gibt es Handlungshilfen und Materialien?



# Was ist Sicherheitskultur in der Pflege?

## Definition für diese Schulung



### SICHERHEITSKULTUR

Sicherheitskultur ist die Art und Weise, wie sich die Mitarbeitenden einer Organisation für sicherheitskritische Probleme engagieren. Sie ergibt sich aus den in der Organisation vorherrschenden Werten, Normen, Haltungen, Kompetenzen und Verhaltensweisen. Das gilt auch für die Sicherheitskultur in der Pflege. Im Fokus steht dabei die Pflegesicherheit.

### PFLEGESICHERHEIT

Pflegesicherheit ist das Ergebnis aller Maßnahmen, die darauf gerichtet sind, Menschen mit pflegerischem Unterstützungsbedarf vor vermeidbarem Gesundheitsschaden und Leid zu schützen, die im Zusammenhang mit der professionellen Pflege entstehen können.

➔ Sicherheitskultur und Pflegesicherheit sind zentrale Aspekte von Prävention.



# Was ist Sicherheitskultur in der Pflege?

## Definition für diese Schulung



Sicherheitskultur in der Pflege bedeutet konkret:

Wir setzen uns sehr gezielt dafür ein, gesundheitliche Risiken für pflegebedürftige Menschen zu senken und sie vor Schäden zu schützen, die in Zusammenhang mit der professionellen Pflege entstehen können. Dies geht über das allgemeine Qualitätsmanagement hinaus.

Sicherheitskultur zeigt sich unter anderem in einem offenen, lernenden und konstruktiven Umgang mit Risiken und kritischen Ereignissen in der Versorgung.

Voraussetzung dafür sind zum Beispiel das Bewusstsein für die eigene Rolle in Bezug auf die Sicherheit, Wissen über pflegebedingte Risiken sowie Kompetenzen zu deren Vermeidung. Auch Wertschätzung und gegenseitiges Vertrauen sind hierbei relevant.

Die Definitionen in dieser Schulung basieren auf international etablierten Begriffsbestimmungen. Sie wurden vom ZQP teilweise modifiziert und in Bezug auf die professionelle Langzeitpflege spezifiziert.



# Warum ist Sicherheitskultur wichtig?

## Relevanz



### PFLEGE IST MIT RISIKEN VERBUNDEN.

Pflegebedürftige Menschen sind bei der Pflege gesundheitlichen Risiken ausgesetzt. Das gilt für nahezu alle Bereiche, zum Beispiel Medikation, Körperpflege, Wundversorgung, Mobilisation oder Umgang mit Hilfsmitteln. Auch die Informationsweitergabe birgt Risiken.

Ist die Pflege nicht so, wie sie sein sollte, kann das negative Folgen haben, zum Beispiel:

- gesundheitliche Schäden bei pflegebedürftigen Menschen
- Frustration und Schuldgefühle bei Pflegenden
- sinkendes Vertrauen in die Pflegeorganisation, Kündigung von Versorgungsverträgen und haftungsrechtliche Konsequenzen

Welche Beispiele aus Ihrer Arbeit fallen Ihnen dazu ein?



# Warum ist Sicherheitskultur wichtig?

## Relevanz



## SICHERHEITSKULTUR TRÄGT ZUM GESUNDHEITSSCHUTZ BEI.

Die internationale Forschung zeigt: Eine positive Sicherheitskultur ist mit einer geringeren Inzidenz von kritischen Ereignissen sowie gesundheitlichen Schäden verbunden.



**Kritische Ereignisse** in der professionellen Langzeitpflege sind in Zusammenhang mit der pflegerischen Versorgung stehende Vorkommnisse, welche das Risiko für einen Gesundheitsschaden bei der versorgten Person erhöhen oder einen Gesundheitsschaden bei ihr verursachen. Ein kritisches Ereignis kann, muss aber nicht unbedingt, ein Fehler sein.

**Fehler** bedeutet, dass ein aus fachlicher Sicht angezeigtes Handeln gar nicht, falsch oder ohne Plan erfolgt.

Vermeidbare Vorkommnisse, die zu erheblichen gesundheitlichen Schäden bis hin zum Tod der versorgten Person führen können, werden als **Never Events** bezeichnet.



# Warum sollten wir unsere Sicherheitskultur stärken?

Potenziale	
SCHÄDEN VORBEUGEN	Der Gesundheitsschutz pflegebedürftiger Menschen ist ein zentrales Ziel unserer Arbeit. Mit einer positiven Sicherheitskultur tragen wir gemeinsam dazu bei, die Pflege möglichst sicher zu gestalten und Gesundheitsschäden vorzubeugen.
QUALITÄT VERBESSERN	Die Qualität der Pflege ergibt sich aus vielfältigen Faktoren und hängt von uns allen ab. Eine positive Sicherheitskultur fördert die Zusammenarbeit und das Lernen voneinander. So können wir gemeinsam die Pflegequalität verbessern.
ZUFRIEDENHEIT STEIGERN	Vertrauen, Wertschätzung, Partizipation, klare Werte und Ziele sind wichtige Faktoren für ein gutes Betriebsklima. Eine positive Sicherheitskultur geht mit diesen Faktoren einher. Sie trägt so zur Motivation und Arbeitszufriedenheit bei.



# Welche Faktoren erschweren eine sichere Pflege?

In der Praxis können unterschiedliche Faktoren eine sichere Pflege erschweren.

Beispiel:  
Einflussfaktoren

*Darin wurde ich zwar nicht eingewiesen, aber es wird schon gehen.*



*Wer hat denn das falsch einsortiert? Mir könnte das nicht passieren!*



*Ist das hier richtig notiert? Naja, die Chefin wird schon wissen, was sie macht.*



Welche Faktoren sind hier gemeint?

Fallen Ihnen weitere Beispiele ein?

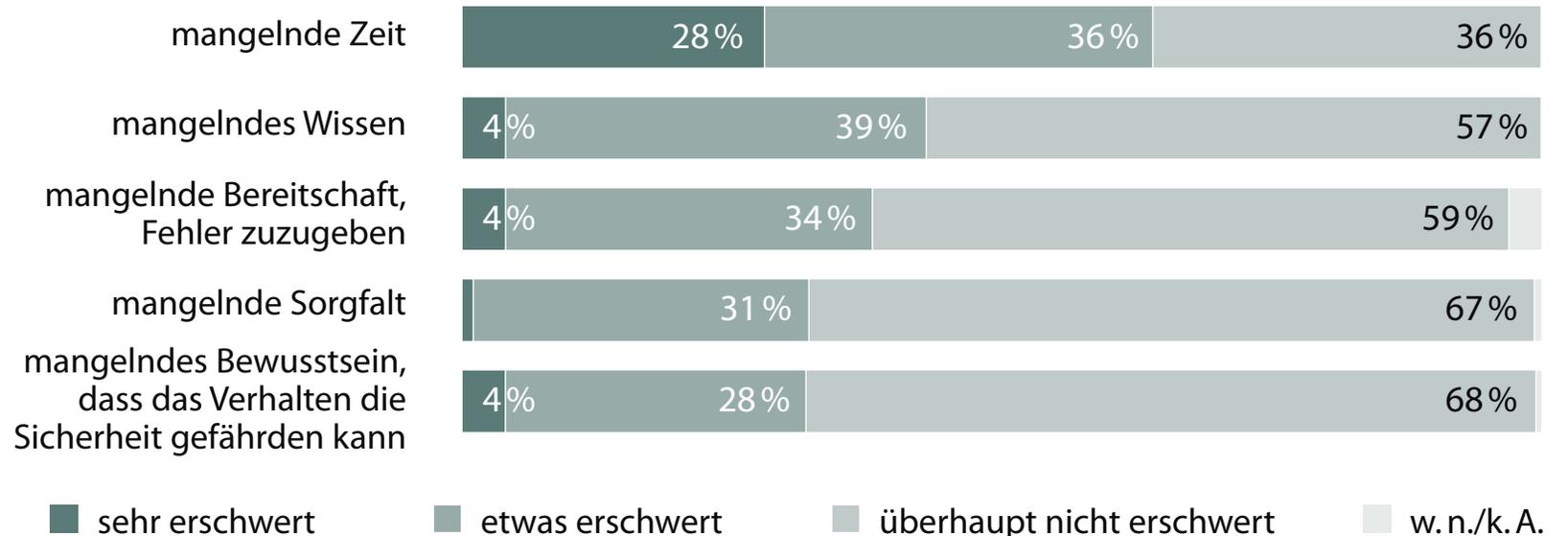


# Welche Faktoren erschweren eine sichere Pflege?

## Einflussfaktoren



2019 hat das ZQP Pflegedienste gefragt, inwieweit folgende Faktoren eine sichere Pflege erschweren:



Quelle: ZQP-Befragung von Pflegedienstleitungen und Qualitätsbeauftragten in ambulanten Diensten (n = 535).  
Eggert, S., Sulmann, D., & Teubner, C. (2020). Sicherheitskultur in der ambulanten Pflege. ZQP-Analyse. Berlin:  
Zentrum für Qualität in der Pflege (ZQP).



# Welche Faktoren erschweren eine sichere Pflege?

	Einflussebenen	Einflussfaktoren
	ARBEITS- BEDINGUNGEN	<ul style="list-style-type: none"><li>■ unklare Prozesse und Zuständigkeiten</li><li>■ fehlende oder mangelhafte Arbeitsausstattung</li><li>■ Störungen, Überlastung, Zeitdruck</li></ul>
	KOMPETENZEN	<ul style="list-style-type: none"><li>■ mangelndes Risikobewusstsein</li><li>■ mangelndes Wissen, wenig Erfahrung</li><li>■ unsicherer Umgang mit Medikamenten oder Hilfsmitteln</li></ul>
	EINSTELLUNGEN	<ul style="list-style-type: none"><li>■ mangelnde Motivation</li><li>■ geringes Verantwortungsbewusstsein</li><li>■ Selbstüberschätzung und mangelnde Bereitschaft, Fehler zuzugeben</li></ul>
	VERHALTEN	<ul style="list-style-type: none"><li>■ geringe Kooperation und Unterstützung</li><li>■ mangelnde oder unklare Kommunikation</li><li>■ mangelnde Sorgfalt</li></ul>



# Wie kann es zu kritischen Ereignissen kommen?

## Einflussfaktoren

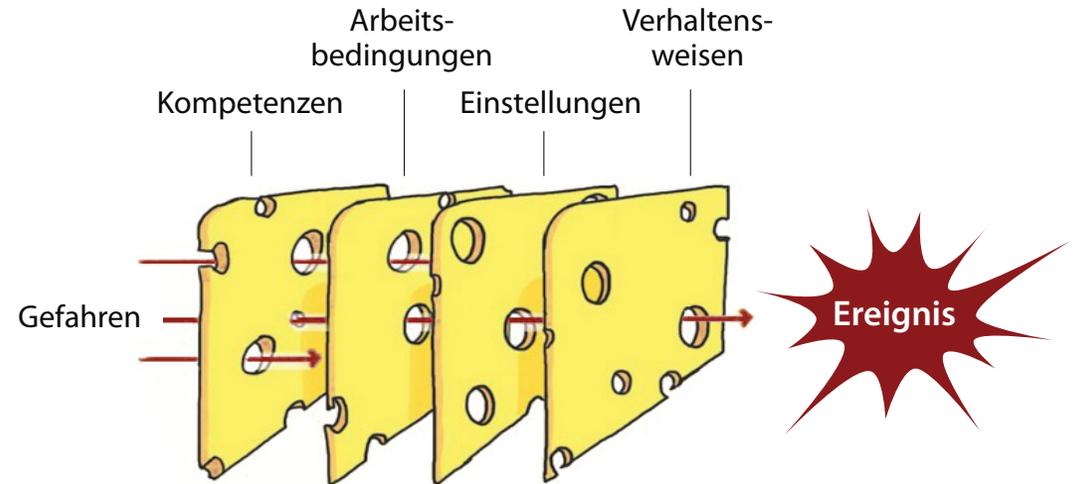


Das Schweizer-Käse-Modell veranschaulicht, wie es zu kritischen Ereignissen kommen kann.

Die Käsescheiben stellen beispielhafte Einfluss-ebenen dar, die Barrieren zum Schutz vor kritischen Ereignissen bilden.

Die Löcher stehen für Schwachpunkte, die als Risiken für kritische Ereignisse gelten. Wenn mehrere Käsescheiben an derselben Stelle ein Loch haben, kommt es leicht zu einem kritischen Ereignis. Je weniger Löcher oder Schwachpunkte es gibt, umso stärker ist der Schutz vor Ereignissen.

Das Schweizer-Käse-Modell nach J. Reason (2000) wurde vom ZQP teilweise modifiziert.



# Wie kann es zu kritischen Ereignissen kommen?

Pfleger M. hat erst kürzlich seine Ausbildung beendet und braucht für vieles oft noch länger als die anderen. Nun ist er schon wieder zu spät dran und muss sich beeilen.

Als nächstes muss er die Medikamente für Frau T. richten. Als er beginnen will, stellt er fest: Die verordnete Dosis ist in der Dokumentation nicht eindeutig entzifferbar.

Er hat in letzter Zeit häufig bei seinen Kollegen und Kolleginnen nachgefragt, wenn er unsicher war. Deswegen sind schon alle genervt. Außerdem käme heraus, dass er schon wieder in Zeitverzug ist. Daher verzichtet er dieses Mal auf die Nachfrage. Er greift zu Medikament A und drückt 1 Tablette aus dem Blister in die Tablettenbox. Wird schon richtig sein, denkt er.

Beispiel:  
Einflussfaktoren

Fallen Ihnen  
ähnliche Situationen ein,  
bei denen am Ende (fast)  
etwas schiefgegangen  
ist?

Was waren dabei  
Schwachpunkte oder  
Schutzbarrieren?



# Was hat Einfluss auf die Sicherheitskultur?

## FÖRDERNDE FAKTOREN

Risiko- und Verantwortungsbewusstsein

sachlicher, lösungsorientierter Umgang mit kritischen Ereignissen

offene, sicherheitsorientierte Kommunikation

positive Einstellung zu gegenseitiger Kontrolle und Beratung

Bereitschaft zur Selbstreflexion

Möglichkeit, Strukturen/Prozesse mitzugestalten (Partizipation)

## Einflussfaktoren



## HEMMENDE FAKTOREN

mangelnde Kommunikation und Kooperation

mangelndes Wissen und fehlende Kompetenzen

häufige Personalwechsel

Scham, Stolz, Selbstüberschätzung

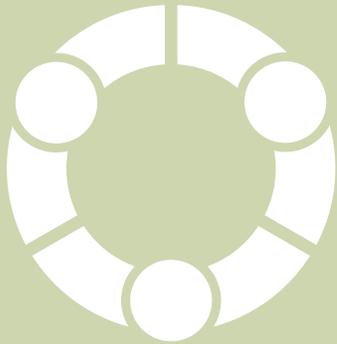
mangelndes Vorbild durch die Leitung

Angst vor Vorwürfen, Sanktionen, Haftung



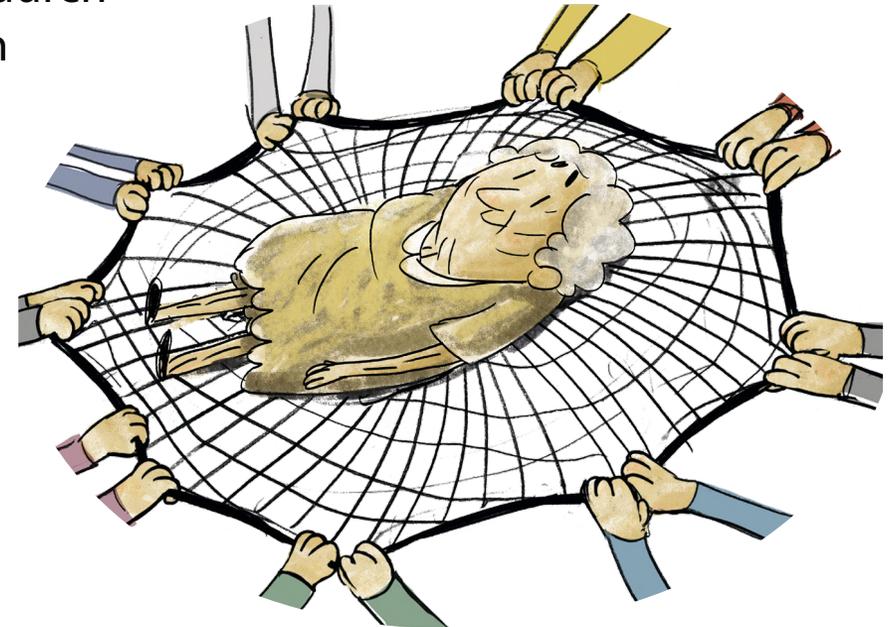
# Wie können wir unsere Sicherheitskultur stärken?

## Gemeinsam Handeln



Zu einer positiven Sicherheitskultur tragen alle bei – jede Person allein, gemeinsam im Team und als gesamte Organisation.

Leitungspersonen geben die Rahmenbedingungen vor. Sie prägen die Sicherheitskultur durch ihre Einstellungen, Entscheidungen und ihr Verhalten. Eine positive Sicherheitskultur entsteht aber nur, wenn alle Beteiligten mitmachen wollen und können. Das kann nicht von heute auf morgen geschehen, sondern in einem fortlaufenden Prozess.



# Wie können wir unsere Sicherheitskultur stärken?

## Wissen fördern



### RISIKOBEWUSSTSEIN SCHÄRFEN

- persönliche Einstellung zu Sicherheit hinterfragen
- eigene Rolle bei der Vermeidung von Risiken überdenken
- risikoreiche Situationen sowie Fehlerpotenzial reflektieren
- Aufmerksamkeit für Sicherheitsrisiken fördern, z. B. mit Simulationstrainings

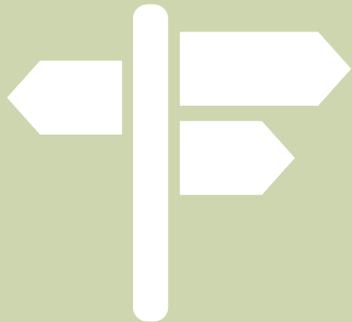
### KOMPETENZEN STÄRKEN

- Fachwissen fortlaufend aktualisieren/vertiefen, z. B. zu Hygiene, Medikation
- Umgang mit Geräten, Hilfsmitteln und Ausrüstung trainieren
- Wissen teilen und voneinander lernen, z. B. in Qualitätszirkeln
- zu Risikomanagement und Fallanalyse fortbilden



# Wie können wir unsere Sicherheitskultur stärken?

## Orientierung geben



### GEMEINSAME WERTE ETABLIEREN

- berufliches Selbstverständnis reflektieren
- Erwartungen an Leitung, Beschäftigte und Arbeitsqualität definieren
- gemeinsames Verständnis von Sicherheitskultur aufbauen
- Werte im Leitbild verankern und deren Umsetzung fördern

### NORMEN DEFINIEREN UND UMSETZEN

- Regeln zum Umgang mit Risiken und kritischen Ereignissen festlegen
- Entscheidungshilfen für komplexe Situationen erstellen, z. B. Checklisten
- Ereignisse definieren, die bei der Pflege nie eintreten sollen (Never Events)
- (eigene) Sicherheitskennzahlen bestimmen, auswerten und Maßnahmen ableiten



# Wie können wir unsere Sicherheitskultur stärken?

## Ressourcen stärken



### MOTIVATION FÖRDERN

- Nutzen von positiver Sicherheitskultur und Veränderungsprozessen vermitteln
- Mitgestaltung (Partizipation) von Strukturen und Prozessen ermöglichen
- konkrete Veränderungen anregen
- mit gutem Beispiel vorangehen, z. B. von eigenen Fehlern berichten

### ZUSAMMENARBEIT VERBESSERN

- klare Zuständigkeiten festlegen
- Methoden zur Teamarbeit einsetzen, z. B. Kollegiale Beratung, Supervision
- Vorschläge und Entscheidungen im Team besprechen
- feste Zeiten und Regeln festlegen, um im Team konstruktiv über Risiken und kritische Ereignisse zu sprechen



# Wie können wir unsere Sicherheitskultur stärken?

Gute Kommunikation ist für die Sicherheit hochbedeutsam.  
Sie hilft, Missverständnissen, Misstrauen und Fehlern vorzubeugen.

Beispiel:  
Einflussfaktoren

*Meine Kollegin reagiert  
immer beleidigt auf  
Kritik. Da sage ich  
lieber nichts.*



*Das verstehe ich nicht. Aber ich will  
nicht schon wieder nachfragen.  
Was sollen die Kollegen von  
mir denken?*

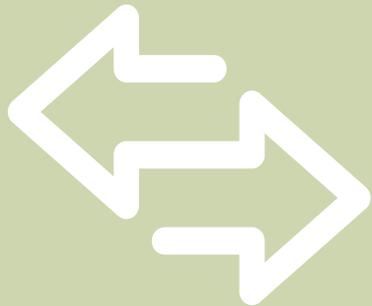


Was macht  
aus Ihrer Sicht gute  
Kommunikation  
aus?



# Wie können wir unsere Sicherheitskultur stärken?

## Austausch fördern



### VERTRAUVENSVOLLE UND AKTIVE KOMMUNIKATION FÖRDERN

- sachlich mit Kritik und Fehlern umgehen – ohne Schuldzuweisungen
- gegenseitig an sicherheitsrelevante Maßnahmen erinnern
- konstruktive Rückmeldung geben
- Sicherheitsbedenken und Unklarheiten offen ansprechen – auch situativ und über Hierarchiegrenzen hinweg

### INFORMATIONEN SICHER WEITERGEBEN

- Informationen korrekt, vollständig, nachvollziehbar und eindeutig mitteilen
- sichere IT-Verfahren zur Weitergabe und Speicherung von Daten nutzen
- interne Sprachstandards definieren, z. B. für Begriffe, Symbole, Abkürzungen
- Kommunikationswege festlegen, z. B. im Team, mit Arztpraxis, Apotheke, Angehörigen, pflegebedürftigen Menschen



# Wie können wir Risiken gemeinsam reduzieren?

## Risiken identifizieren



Wie sicher die Pflege ist, hängt von verschiedenen organisationsbezogenen Faktoren ab, zum Beispiel den Kompetenzen der Pflegenden und ihren Arbeitsbedingungen.

Die Pflegesicherheit wird zudem von personenbezogenen Faktoren beeinflusst, beispielsweise Verhaltensweisen der pflegebedürftigen Person und ihrer Angehörigen.

Um Risiken zu reduzieren gilt es, diese zu kennen und entsprechende Maßnahmen zu ergreifen.



# Wie können wir Risiken gemeinsam reduzieren?

## Risiken identifizieren



### RISIKEN SYSTEMATISCH ERMITTELN

- Methoden zur Risikoanalyse und -bewertung einsetzen, z. B. Risiko-Audits, Risiko-Assessments
- organisationsbezogene Risiken kennen, z. B. bei der Medikation, Übergaben
- personenbezogene Risiken identifizieren, z. B. durch die Erkrankung
- Pflegevisiten zur gegenseitigen Überprüfung und Beratung etablieren

Welche organisations- und personenbezogenen Sicherheitsrisiken fallen Ihnen ein?

Wie kann die Beratung pflegebedürftiger Menschen und ihrer Angehörigen zur Sicherheit beitragen?



# Wie können wir Risiken gemeinsam reduzieren?

## Aufklären und befähigen



### PFLEGEBEDÜRFTIGE MENSCHEN UND ANGEHÖRIGE INFORMIEREN

- Adhärenz fördern
- über Risiken aufklären, z. B. durch mangelnde Hygiene, Überlastung, Gewalt
- über Gesundheitsförderung informieren, z. B. Bewegung, Ernährung
- ermutigen, sicherheitsrelevante Beobachtungen bei der Pflege anzusprechen und Beschwerdewege aufzeigen

### KOMPETENZEN FÖRDERN

- zu präventiven Maßnahmen beraten, z. B. zu Sturzprävention, Medikation
- bei Pflegemaßnahmen und im Umgang mit Hilfsmitteln anleiten
- zielgruppengerechtes Informationsmaterial anbieten
- Bedarf an Beratung/Unterstützung identifizieren und vermitteln



# Wie können wir Risiken gemeinsam reduzieren?

## Strukturen anpassen



### RAHMENBEDINGUNGEN GESTALTEN

- Personal qualifikationsgerecht einsetzen
- für geeignete Arbeitsmittel sorgen, z. B. Hygienematerial
- konkrete Ansprechpersonen für Fragen und Probleme einsetzen
- interne Anlaufstelle für Beschwerden und Sicherheitsbedenken einrichten

### WERKZEUG IMPLEMENTIEREN

- Verfahren zur Fallanalyse anwenden
- IT nutzen, z. B. für die Dokumentation
- Instrumente zur Erinnerung oder Warnung einsetzen, z. B. Apps, Aufkleber
- digitales Berichts- und Lernsystem implementieren

Welchen Nutzen könnte ein Berichts- und Lernsystem haben?



# Wie können wir Risiken gemeinsam reduzieren?

CIRS (Critical Incident Reporting Systems) sind digitale Berichts- und Lernsysteme zur Risikoreduktion und Fehlerprävention in sicherheitskritischen Arbeitsbereichen, etwa in Luftfahrt, Umwelttechnologie und Gesundheit. Es gibt einrichtungsübergreifende und organisationsinterne Systeme.

Werkzeug:  
Berichts- und  
Lernsysteme

Das Pflege-CIRS ist ein  
Angebot des ZQP:

- einrichtungsübergreifend
- anonym
- frei zugänglich
- werbefrei

[pflege-cirs.de](https://pflege-cirs.de)

## PRINZIP VON CIRS

Kritische Ereignisse werden anonym berichtet, dokumentiert, analysiert und konstruktiv-fachlich kommentiert. Dadurch sollen das Risikobewusstsein gefördert, Risiken identifiziert und Maßnahmen abgeleitet werden. Mithilfe von CIRS kann die Sicherheitskultur in Organisationen gestärkt werden.



# Was ist nach kritischen Ereignissen zu tun?

Kritische Ereignisse kommen vor. Dann kommt es darauf an, wie wir damit umgehen.

Beispiel:  
Reaktionen

*Puh! Nochmal Glück gehabt. Niemand hat etwas bemerkt, und es ist ja nichts passiert.*



*Das ist deine Schuld!*



Haben Sie schon einmal einen Fehler gemacht oder bemerkt?  
Wie haben Sie reagiert?

*Ich wollte doch nur helfen. Beim nächsten Mal halte ich mich eben raus.*



Welche Reaktion hätten Sie sich von Teammitgliedern gewünscht?

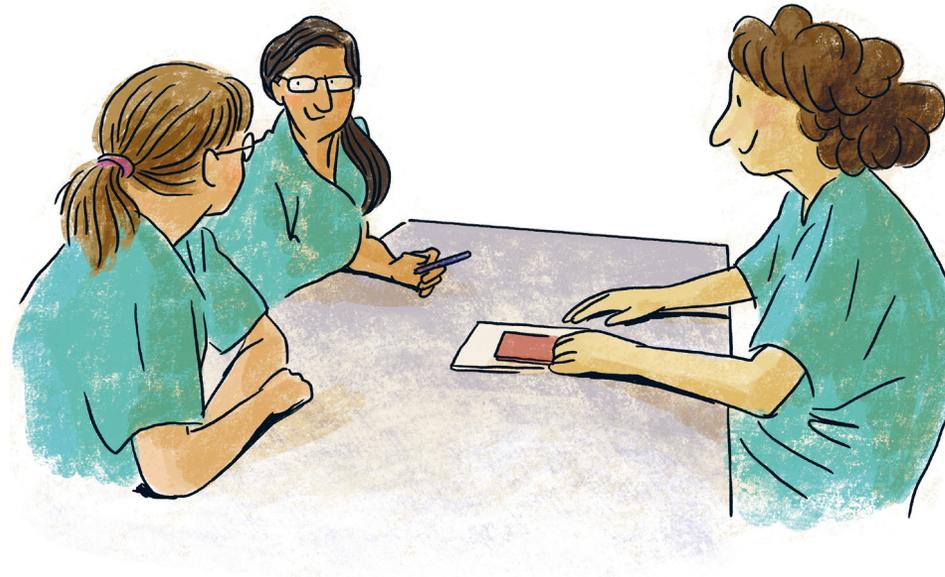


# Was ist nach kritischen Ereignissen zu tun?

Lösungs-  
orientiert  
reagieren



Wenn kritische Ereignisse geschehen sind, gilt es, lösungsorientiert darauf zu reagieren. Dies umfasst 3 wesentliche Anforderungen: Transparenz, Analyse und Konsequenz.



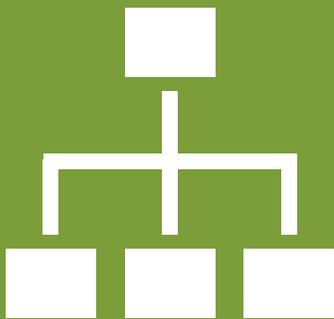
Was sollte bei der Weitergabe von Informationen beachtet werden?

Was ist bei der Aufarbeitung wichtig?



# Was ist nach kritischen Ereignissen zu tun?

## Konsequent aufarbeiten



### INFORMATIONEN WEITERGEBEN

- Vorgesetzte genau, sachlich und ohne Schuldzuweisungen informieren
- Ereignis nachvollziehbar dokumentieren: Situation, Folgen für die pflegebedürftige Person, z. B. Schäden, Maßnahmen
- Meldepflichten nachkommen, z. B. bei meldepflichtigen Infektionen
- pflegebedürftige Person und Angehörige zeitnah aufklären, sich entschuldigen und erläutern, welche Maßnahmen ergriffen werden

### AUS EREIGNISSEN LERNEN

- Berichts- und Lernsystem (CIRS) anwenden
- Ursachen und Begleitumstände identifizieren, z. B. mangelnde Erfahrung
- kritisches Ereignis analysieren – nicht die Schuldfrage
- Umsetzungsplan erstellen, Maßnahmen umsetzen und evaluieren



# Wo gibt es Wissen und Qualifizierung?

## Wissen



- Fortbildungen zur Umsetzung von Veränderungsprozessen, z. B. vom Deutschen Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK): [www.dbfk.de/bildungsangebote](http://www.dbfk.de/bildungsangebote)
- Seminare zu Kommunikation oder Fehlermanagement, z. B. vom Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste (bpa): [www.bpa.de/Seminare](http://www.bpa.de/Seminare)
- Beratung zur Arbeitsorganisation in der Pflege, z. B. von der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW): [www.bgw-online.de/bgw-online-de/themen/sicher-mit-system/gesundheits-managen/organisationsberatung-portfolio-startseite-14690](http://www.bgw-online.de/bgw-online-de/themen/sicher-mit-system/gesundheits-managen/organisationsberatung-portfolio-startseite-14690)
- Training durch Simulation von Pflegesituationen, z. B. von SimNAT Gesundheitsfachberufe: [www.simnat.de](http://www.simnat.de)



# Wo gibt es Wissen und Qualifizierung?

## Wissen



- Curriculum im Auftrag von CIRS-NRW zum Umgang mit kritischen Ereignissen in Organisationen der Gesundheitsversorgung:  
[www.cirsmedical.de/nrw/pdf/cirs-nrw-curriculum-sicherheitskultur.pdf](http://www.cirsmedical.de/nrw/pdf/cirs-nrw-curriculum-sicherheitskultur.pdf)
- ABC der Patientensicherheit der Stiftung Patientensicherheit Schweiz mit Informationen über Grundlagen der Patientensicherheit:  
[patientensicherheit.ch/wp/wp-content/uploads/2023/03/Schriftenreihe\\_04\\_D\\_ABC\\_Patientensicherheit.pdf](http://patientensicherheit.ch/wp/wp-content/uploads/2023/03/Schriftenreihe_04_D_ABC_Patientensicherheit.pdf)
- Strametz, R., & Fidrich, A. (2022). Grundwissen Patientensicherheit: Aus der Praxis, für die Praxis. München: Urban & Fischer.



# Wo gibt es Handlungshilfen und Materialien?

## Instrumente



- einrichtungsübergreifendes Berichts- und Lernsystem für die professionelle Langzeitpflege (Pflege-CIRS) des ZQP: [pflege-cirs.de](http://pflege-cirs.de)
- Handlungshilfen und Broschüren des Aktionsbündnisses Patientensicherheit (APS), z. B. zur
  - Einführung von CIRS in ambulanten sowie stationären Einrichtungen: [www.aps-ev.de/handlungsempfehlung/258134](http://www.aps-ev.de/handlungsempfehlung/258134) und [www.aps-ev.de/handlungsempfehlung/258115](http://www.aps-ev.de/handlungsempfehlung/258115)
  - Durchführung von Fallanalysen: [www.aps-ev.de/handlungsempfehlung/258153](http://www.aps-ev.de/handlungsempfehlung/258153)
- Empfehlungen der Stiftung Patientensicherheit Schweiz, z. B. zum
  - Ansprechen von Sicherheitsbedenken (Speak Up): [www.patientensicherheit.ch/speak-up](http://www.patientensicherheit.ch/speak-up)
  - Umgang mit relevanten Problemfeldern (Quick-Alert®): [www.patientensicherheit.ch/cirnet/quick-alerts](http://www.patientensicherheit.ch/cirnet/quick-alerts)



# Wo gibt es Handlungshilfen und Materialien?

## Instrumente



- Arbeitshilfen der Gesellschaft für Qualitätsmanagement in der Gesundheitsversorgung (GQMG) zur Kommunikation in unterschiedlichen Kontexten: [www.gqmg.de/publikationen](http://www.gqmg.de/publikationen)
- Pocketguide der TeamSTEPPS® DACH-Steuergruppe zu TeamSTEPPS® 2.0 mit Teamstrategien und Instrumenten zur Erhöhung der Leistung und der Patientensicherheit: [www.teamstepps.de](http://www.teamstepps.de)
- APS-Broschüre Reden ist der beste Weg – Ein Ratgeber für Patientinnen und Patienten und ihre Angehörigen nach einem Zwischenfall oder Behandlungsfehler mit Informationen über Rechte und mögliche Maßnahmen: [www.aps-ev.de/informationsbroschur/258328/](http://www.aps-ev.de/informationsbroschur/258328/)
- ZQP-Ratgeber und ZQP-Kurzratgeber mit Wissen und Tipps für Angehörige sowie Hinweisen zu Merkmalen guter professioneller Pflege: [www.zqp.de/angebote/ratgeber](http://www.zqp.de/angebote/ratgeber)



# Welche Quellen wurden verwendet?

## Quellen



Aktionsbündnis Patientensicherheit (APS). (2022). Wege zur Patientensicherheit: Katalog für Kompetenzen in der Patientensicherheit (2. Aufl.). Berlin: APS. [www.aps-ev.de/wp-content/uploads/2024/06/2022\\_APS\\_Lernzielkatalog.pdf](http://www.aps-ev.de/wp-content/uploads/2024/06/2022_APS_Lernzielkatalog.pdf)

Canadian Patient Safety Institute (CPSI). (2013). Safety at Home: A Pan-Canadian Home Care Safety Study. Edmonton: CPSI. [www.healthcareexcellence.ca/media/j0bcljjo/safety-at-home-care-final-ua.pdf](http://www.healthcareexcellence.ca/media/j0bcljjo/safety-at-home-care-final-ua.pdf)

Damery, S., Flanagan, S., Jones, J., Nayyar, P., & Combes, G. (2019). Improving Safety in Care Homes: Evaluation of the Safer Provision and Caring Excellence (SPACE) Programme: Final Evaluation Report. Birmingham: University of Birmingham. [https://warwick.ac.uk/fac/sci/med/about/centres/arc-wm/research/clahrc-projects/theme4-integrated-holistic-care-chronic-disease/publications/space\\_final\\_report.pdf](https://warwick.ac.uk/fac/sci/med/about/centres/arc-wm/research/clahrc-projects/theme4-integrated-holistic-care-chronic-disease/publications/space_final_report.pdf)

Eggert, S., Sulmann, D., & Teubner, C. (2020). Sicherheitskultur in der ambulanten Pflege. ZQP-Analyse. Berlin: Zentrum für Qualität in der Pflege (ZQP). [www.zqp.de/wp-content/uploads/ZQP-Analyse-SicherheitskulturAmbulant.pdf](http://www.zqp.de/wp-content/uploads/ZQP-Analyse-SicherheitskulturAmbulant.pdf)

Ganaden, R. E., & Mitchell, L. (2018). Implementing a Comprehensive Unit-Based Safety Program (CUSP) to Enhance a Culture of Patient Safety and Improve Medication Safety in a Regional Home Care Program. *Quality Management in Healthcare*, 27(3), 130-135. <https://doi.org/10.1097/qmh.000000000000180>

Garay, S., Haeger, M., Kühnlein, L., Möhr, N., & Sulmann, D. (2022). Sicherheitskultur in der ambulanten Pflege: Studie zur Sicherheitskultur in der ambulanten Pflege und Entwicklung von Arbeitsmaterial zur Stärkung der Sicherheitskultur in Pflegediensten. ZQP-Projektbericht. Berlin: Zentrum für Qualität in der Pflege. [www.zqp.de/wp-content/uploads/ZQP-Abschlussbericht-Sicherheitskultur.pdf](http://www.zqp.de/wp-content/uploads/ZQP-Abschlussbericht-Sicherheitskultur.pdf)

Garay, S., Haeger, M., Kühnlein, L., Sulmann, D., & Suhr, R. (2023). Interventions to enhance safety culture for nursing professionals in long-term care: a systematic review. *International Journal of Nursing Studies Advances*, 5, Artikel 100119. <https://doi.org/10.1016/j.ijnsa.2023.100119>

Gausmann, P., Henninger, M., & Koppenberg, J. (2022). Patientensicherheitsmanagement (2. Aufl.). Berlin, Boston: De Gruyter. <https://doi.org/10.1515/9783110706451>



# Welche Quellen wurden verwendet?

## Quellen



Görres, S., Warfelmann, C., Meinecke, O., & Riemann, M. (2018). Perspektivenwerkstatt Patientensicherheit in der ambulanten Pflege. ZQP-Abschlussbericht. Berlin: Zentrum für Qualität in der Pflege.

[www.zqp.de/wp-content/uploads/ZQP-Patientensicherheit-Abschlussbericht.pdf](http://www.zqp.de/wp-content/uploads/ZQP-Patientensicherheit-Abschlussbericht.pdf)

Han, Y., Kim, J.-S., & Seo, Y. (2020). Cross-Sectional Study on Patient Safety Culture, Patient Safety Competency, and Adverse Events. *Western Journal of Nursing Research*, 42(1), 32-40.

<https://doi.org/10.1177/0193945919838990>

Hecker, R., & Aktionsbündnis Patientensicherheit (APS). (Hrsg.). (2022). Risiko- und Sicherheitskultur im Gesundheitswesen. Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft (MWV).

Hessels, A. J., Paliwal, M., Weaver, S. H., Siddiqui, D., & Wurmser, T. A. (2019). Impact of Patient Safety Culture on Missed Nursing Care and Adverse Patient Events. *Journal of Nursing Care Quality*, 34(4), 287-294.

<https://doi.org/10.1097/NCQ.0000000000000378>

Institute of Medicine. (2004). *Patient Safety: Achieving a New Standard for Care*. Washington D. C.: The National Academies Press. <https://doi.org/10.17226/10863>

Kirk, S., Parker, D., Claridge, T., Esmail, A., & Marshall, M. (2007). Patient safety culture in primary care: developing a theoretical framework for practical use. *Quality and Safety in Health Care*, 16(4), 313-320.

<https://doi.org/10.1136/qshc.2006.018366>

Marshall, M., Pfeifer, N., de Silva, D., Wei, L., Anderson, J., Cruickshank, L., . . . Shand, J. (2018). An evaluation of a safety improvement intervention in care homes in England: a participatory qualitative study. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 111(11), 414-421. <https://doi.org/10.1177/0141076818803457>

Neugebauer, F. (2018). Risikomanagement und Patientensicherheit im Kontext von Pflege. In K. Jacobs, A. Kuhlmeier, S. Greß, J. Klauber, & A. Schwinger (Hrsg.), *Pflege-Report 2018: Qualität in der Pflege* (S. 53-62). Berlin: Springer.

<https://doi.org/https://doi.org/10.1007/978-3-662-56822-4>



# Welche Quellen wurden verwendet?

## Quellen



Pfaff, H., Hammer, A., Ernstmann, N., Kowalski, C., & Ommen, O. (2009). Sicherheitskultur: Definition, Modelle und Gestaltung. Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen, 103(8), 493-497.

<https://doi.org/10.1016/j.zefq.2009.08.007>

Reason, J. T. (2000). Human error: models and management. British Medical Journal, 320(7237), 768-770.

<https://doi.org/10.1136/bmj.320.7237.768>

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

Thomeczek, C., Bock, W., Conen, D., Ekkernkamp, A., Everz, D., Fischer, G., . . . Ollenschlaeger, G. (2004). Das Glossar Patientensicherheit – Ein Beitrag zur Definitionsbestimmung und zum Verständnis der Thematik „Patientensicherheit“ und „Fehler in der Medizin“. Gesundheitswesen, 66(12), 833-840. <https://doi.org/10.1055/s-2004-813849>

World Health Organization (WHO). (2011). Mustercurriculum Patientensicherheit der Weltgesundheitsorganisation: Multiprofessionelle Ausgabe. Deutsche Übersetzung 2018. Berlin: Charité - Universitätsmedizin Berlin.

[apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44641/9783000606267-ger.pdf?sequence=41&isAllowed=y](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44641/9783000606267-ger.pdf?sequence=41&isAllowed=y)

World Health Organization (WHO). (2020). Patient Safety Incident Reporting and Learning Systems: Technical Report and Guidance. Geneva: WHO. [iris.who.int/bitstream/handle/10665/334323/9789240010338-eng.pdf?sequence=1](https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/334323/9789240010338-eng.pdf?sequence=1)

World Health Organization (WHO). (2021). Globaler Aktionsplan für Patientensicherheit 2021-2030: Auf dem Weg zur Beseitigung vermeidbarer Schäden in der Gesundheitsversorgung. Deutsche Übersetzung. Berlin: Bundesministerium für Gesundheit. [iris.who.int/bitstream/handle/10665/343477/9789240032705-ger.pdf](https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/343477/9789240032705-ger.pdf)

Zentrum für Qualität in der Pflege (ZQP). (2018). ZQP-Perspektivenwerkstatt 2018: Patientensicherheit in der ambulanten Pflege. ZQP-Ergebnispapier. Berlin: ZQP.

[www.zqp.de/wp-content/uploads/ZQP-Patientensicherheit-Ergebnispapier.pdf](http://www.zqp.de/wp-content/uploads/ZQP-Patientensicherheit-Ergebnispapier.pdf)

