

## **Patientensicherheit/Bewohnersicherheit in pflegerischer Verantwortung**

### **Gemeinsames Positionspapier von**

- Aktionsbündnis Patientensicherheit (APS)
- Bundespflegekammer
- Deutsche Gesellschaft für Pflegewissenschaft (DGP)
- Deutscher Pflegerat (DPR)

Ansprechpartnerin:

Petra Blumenberg  
Beisitzerin im APS-Vorstand  
E-Mail: [blumenberg@aps-ev.de](mailto:blumenberg@aps-ev.de)



## **Patientensicherheit/Bewohnersicherheit in pflegerischer Verantwortung**

Die Patientensicherheit/Bewohnersicherheit liegt im Verantwortungsbereich aller Berufsgruppen im Gesundheitswesen, sowohl in der akuten Versorgung in den Krankenhäusern und Rehabilitationseinrichtungen, als auch im ambulanten und stationären Langzeitpflegebereich und in den Arztpraxen. Damit eine sichere Versorgung von Menschen mit einem medizinischen und pflegerischen Unterstützungsbedarf gelingen kann, bedarf es multiprofessioneller Konzepte und Herangehensweisen. Gleichzeitig ist es aber wichtig, dass jede Berufsgruppe für sich ihre eigene professionelle Verantwortung klärt und vollumfänglich wahrnimmt. Die zunehmend hohen Belastungen im Arbeitsalltag einer Pflegefachperson lassen es oft nur noch zu, prioritär das Dringlichste zu erledigen. Der vorhandene Rahmen reicht nicht aus, um die erforderliche und kontinuierliche Patientensicherheit zu gewährleisten.

In den folgenden gemeinsamen Positionen von Aktionsbündnis Patientensicherheit (APS), Deutsche Gesellschaft für Pflegewissenschaft (DGP), Deutscher Pflegerat (DPR) und den Pflegekammern geht es um die Patientensicherheit/Bewohnersicherheit aus der pflegerischen Perspektive, die im Kontext der pflegerischen Berufsausübung in allen Sektoren im Gesundheitswesen erklärtes Ziel ist.

### ***Aktuelle Situation***

Die Berufsgruppe der Pflege ist am Limit – und das nicht erst seit der SARS-CoV-2/Covid-19 Pandemie. Die zunehmende Arbeits- und Leistungsverdichtung in den Krankenhäusern, die an diversen anderen Stellen ausreichend beschrieben wird (exempl. Klauber et al. 2017), wirkt sich anschließend auf die nachstationären Bereiche der pflegerischen Versorgung aus. Auch in den Einrichtungen der Langzeitpflege reicht die Personalausstattung nicht aus, um die gestiegenen Anforderungen zu bewältigen. Zudem unterscheiden sich Personalschlüssel in Einrichtungen der stationären Langzeitpflege zwischen den Bundesländern erheblich. Immer mehr Patient\*innen/Bewohner\*innen werden aus den Krankenhäusern mit einem hohen pflegerischen Versorgungsbedarf entlassen, der dann entweder in Einrichtungen der stationären Langzeitpflege, Kurzzeitpflege oder der ambulanten Pflege aufgefangen werden muss.

Um der pflegerischen Verantwortung für die Sicherheit der Menschen in den oben genannten Settings gerecht zu werden, benötigt die Berufsgruppe Pflege Voraussetzungen und Rahmenbedingungen, die nachfolgend beschrieben werden sollen. Dazu gehören neben einem fundierten Wissen zu Patienten-/Bewohnersicherheitsrisiken sowie den erforderlichen Instrumenten zur Vermeidung von Risiken und zum Umgang mit Fehlern insbesondere die notwendigen personellen, fachlichen und zeitlichen Ressourcen. Insbesondere für die Bereiche der Lang-

zeitpflege bedarf es dringend einer stärkeren Berücksichtigung von Aspekten der Bewohnersicherheit, verbunden mit der Entwicklung eigener Konzepte für diesen Bereich, der sich organisatorisch stark von der Akutversorgung im Krankenhaus unterscheidet. Kommt es zu einer unsachgemäßen pflegerischen Versorgung, müssen diese Fälle schnellst möglichst und vollumfänglich aufgeklärt werden. Hierfür braucht es zentrale Anlaufstellen für die Betroffenen, deren Angehörige sowie die Beschäftigten. Damit eine unzureichende pflegerische Versorgung frühzeitig erkannt, ihre Gründe identifiziert und Maßnahmen zur Verbesserung vorgenommen werden können, sind Instrumente für eine systematische und fortlaufende pflegerische Qualitätskontrolle einzusetzen.

Die aktuelle Personalsituation in der Pflege verhindert eine sichere Versorgung!

### ***Pflegesensitive Fehler***

Der Grund für einen Fehler liegt nicht allein bei dem Verursacher, sondern ist in der Regel eine Verkettung von Umständen und organisationalen Schwachstellen. Dennoch zeigt die Literatur, dass es zahlreiche Probleme in der Versorgung von Menschen mit einem pflegerischen Unterstützungsbedarf gibt, die sich in jedem Fall einer zentralen pflegerischen Verantwortung zuordnen lassen.

Hier wird deutlich, dass es bei Patienten- und Bewohnersicherheit in pflegerischer Verantwortung nicht nur um Fehler im Sinne von falschem Handeln geht, sondern sehr häufig auch um die Unterlassung von Maßnahmen (Zander et al. 2014). Pflegefachpersonen im Krankenhaus nehmen vor allem bei den folgenden Maßnahmen eine „implizite Rationierung“ vor, wenn sie abwägen müssen, was zu schaffen ist und was nicht:

Zeit für Zuwendung/Patientengespräche (82%), Entwicklung/Aktualisierung Pflegepläne (54%), Beratung/Anleitung (54%), Dokumentation der Pflegearbeit (40%), Patientenüberwachung (37%), Mundpflege (29%), Hautpflege (28%), Vorbereitung auf die Krankenhausentlassung (24%). Seltener nicht erbracht werden pflegerische Leistungen, die sich unmittelbar negativ auf die Patientengesundheit auswirken, wie eine zeitgerechte Medikamentengabe, das regelmäßige Positionieren zur Vermeidung von Dekubitus oder Maßnahmen zur Schmerzreduktion und Unterstützung bei medizinischen Behandlungen und Prozeduren (Zander et al. 2014). Abgesehen davon, dass das implizite Rationieren von pflegerischem Handeln das Patientenwohl gefährdet, trägt es maßgeblich zur beruflichen Unzufriedenheit der Pflegekräfte und zu einem vorzeitigen Ausscheiden aus dem Beruf bei. Hierzu gibt es inzwischen eine Reihe ähnlicher Befunde aus weiteren Pflegesettings (Sworn & Booth 2020).

Die Ergebnisse der RN4CAST-Studie zeigen deutlich auf, welchen Zusammenhang es zwischen der Anzahl der Pflegefachperson pro Patient, deren Qualifikation und der Mortalität gibt

(Kendall-Gallagher et al. 2011, Aiken et al. 2012, Kutney-Lee et al. 2013, Ausserhofer et al. 2014, Zander et al. 2014). Bei einem Patienten-Pflegefachperson-Verhältnis von 6:1 und 60% akademisch ausgebildeten Pflegefachpersonen wäre die Sterberate um 30% niedriger als bei einem Verhältnis von 8:1 bei einer Akademikerquote von 30%. Dazu muss angemerkt werden, dass die Ratio in Deutschland bei durchschnittlich 13:1 liegt (Ausserhofer et al. 2014) und die Quote von akademisch ausgebildeten Pflegekräften an deutschen Universitätskliniken im Jahr 2016 lediglich bei 1,7 % aller Pflegekräfte lag, lag sie in der direkten Versorgung sogar nur bei 1% (Tannen, Feuchtinger, Strohbücker & Kocks, 2017). In den weiteren Settings der pflegerischen Versorgung sind diese Quoten noch deutlich niedriger.

Deutlicher im Fokus der Aufmerksamkeit sind offensichtlichere pflegerelevante Risiken wie z. B. das Entstehen von Dekubitus, Immobilität und Stürzen, Mangelernährung, Anwendung von freiheitsentziehenden Maßnahmen oder nosokomiale Infektionen. Pflegespezifische Risiken werden u.a. in den vom Deutschen Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) veröffentlichten Expertenstandards und anderen Praxisleitlinien und -standards thematisiert. Hier wird das pflegerische Handeln zur Vermeidung bzw. zum Umgang mit diesen Risiken deutlich gemacht (Büscher 2015). Erfahrungen in der Umsetzung dieser Qualitätsinstrumente haben wiederholt deutlich gezeigt, dass für eine gute einrichtungsinterne Qualität, neben einer hohen fachlichen Expertise der Mitarbeiter, immer auch einrichtungsspezifische Faktoren eine bedeutende Rolle spielen. Dies ist die Kultur einer Einrichtung und hier vor allem, wie miteinander kommuniziert wird, wie mit Fehlern umgegangen wird und wie es um die gegenseitige Wertschätzung steht. Eine Investition in mehr und besser qualifiziertes Personal hat nur dann einen positiven Effekt, wenn gleichzeitig auch die Organisationskultur verbessert wird (Aiken et al. 2014).

Die eingangs aufgeführten Organisationen haben sich mit dem Aktionsbündnis Patientensicherheit darauf verständigt, bedeutsame pflegerische Positionen zu erarbeiten, die den politisch wie auch beruflich Verantwortlichen Hinweise und Rahmenvorschläge geben. Wir beabsichtigen mit dem gemeinschaftlichen Dialog eine konzertierte Aktion zu mehr pflegerischer Versorgungssicherheit in Deutschland zu erreichen und bitten alle Akteure und Verantwortlichen, dies zu unterstützen.

### **Position 1 Die generalistische Pflegeausbildung**

Seit dem 1. Januar 2020 sind die Pflegeausbildungen in Deutschland neu geregelt. Die zukünftig gemeinsame Ausbildung von Gesundheits- und Krankenpfleger\*innen, Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger\*innen sowie Altenpfleger\*innen zu Pflegefachfrauen bzw. -männern ist eine Chance für eine Aufwertung des Berufsbildes. Besonders hervorzuheben ist die Benennung der vorbehaltenen Tätigkeiten der Erhebung und Feststellung des Pflegebedarfs, der

Organisation, Gestaltung und Steuerung des Pflegeprozesses sowie der Analyse, Evaluation, Sicherung und Entwicklung der Qualität der Pflege für Pflegefachpersonen. Insbesondere in Bezug auf die sichere Versorgung der Menschen mit einem pflegerischen Unterstützungsbedarf sind dies zentrale, der professionellen Pflege zugeschriebene Aufgaben. Negativ zu sehen ist die Beibehaltung der Abschlüsse in der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege und in der Altenpflege, die einen deutschen Sonderweg darstellen. Die immer komplexer werdende Versorgung von mehrfach erkrankten Menschen in allen Settings des Gesundheitswesens erfordert Pflegefachpersonen die für alle Settings und für alle Altersstufen qualifiziert sind. Die Menschen mit einem pflegerischen Unterstützungsbedarf bewegen sich zwischen allen Settings, daher muss auch das pflegerische Leistungsniveau in allen Settings gleich sein. Weitere spezifische Qualifikationen nach Abschluss einer Ausbildung sind erforderlich und im Sinne des lebenslangen Lernens auch erwünscht.

Besonders problematisch ist, dass die hochschulische Ausbildung von Pflegefachpersonen im Pflegeberufegesetz viel zu kurz gekommen und benachteiligt ist. Hier hätte angesichts der sehr eindeutigen Studienlage zum Zusammenhang von Pflegequalität und Akademisierungsrate in den Einrichtungen deutlich mutiger ein mehr an akademisch qualifizierten Pflegefachpersonen eingefordert werden müssen. Praxiseinsätze von Pflege-Studierenden sollten vergütet werden und die Finanzierung sowie Gestaltung der Praxisanleitung bei Studierenden müssen klar geregelt sein, damit diese in zielführender Qualität erfolgen. Im Rahmen der Gesetzgebung zum Hebammengesetz zeigt der Gesetzgeber, dass eine Finanzierung der praktischen Hochschulausbildung regel- und finanzierbar ist (HebG).

## **Position 2 Berücksichtigung von Patientensicherheit/Bewohnersicherheit in Ausbildung und Studium**

Mit Einführung der generalistischen Ausbildung muss dem Thema der Patientensicherheit/Bewohnersicherheit in allen Settings der professionellen Pflege gleiche Beachtung geschenkt werden. Bereits in der Ausbildung (sowohl in der beruflichen Ausbildung als auch im Studium) müssen die zentralen Aspekte eines Risikomanagements zur Gewährleistung einer sicheren Patientenversorgung sowie der Umgang mit Risiken und Fehlern einen festen Platz in den Lehrplänen erhalten. Dazu werden folgende Forderungen aufgestellt:

- Patienten- und Bewohnersicherheit wird Gegenstand und Bestandteil der schulischen und hochschulischen Curricula und in allen Versorgungssettings.
- Patienten- und Bewohnersicherheit muss prüfungsrelevant in Ausbildung und Studiengängen integriert werden
- Schulung und Sensibilisierung von Lehrenden und Praxisanleitenden im Thema Patienten-/Bewohnersicherheit wird dazu unmittelbar angeregt

- Kenntnisse im Umgang mit pflegesensitiven Indikatoren bei Lehrenden und Praxisanleitenden werden gefördert
- Kenntnisse zu den externen Qualitätssicherungsverfahren (Indikatoren in der stationären Altenhilfe, Qualitätsberichte Krankenhäuser) werden Gegenstand bei Fort- und Weiterbildungen
- Ausdifferenzierung (Grade mix) der Pflege (Promotion bis Pflegeassistentin) muss organisatorisch abgebildet werden
- Verantwortung der Führungskräfte: sinnvolle Integration des Qualifikationsmix und jährlicher Nachweis pflegerischer Outcomes in den Qualitätsberichten
- Vorgaben zum Akademisierungsgrad werden verbindlich gemacht (IST ca. 2 %, Wissenschaftsrat spricht von 20 %<sup>1</sup>)
- Pflegerische Personalausstattung und Grade mix wird in jährlichen Qualitätsberichten nachgewiesen.

Wenn durch fehlerhaftes Handeln oder Unkenntnis der professionell Pflegenden die Patienten-/Bewohnersicherheit gefährdet ist, müssen alle Seiten beleuchtet und entsprechende Maßnahmen in die Wege geleitet werden. Unumgänglich ist es, die Pflegefachpersonen zu sensibilisieren, um eigene Interventionen (wie z.B. CIRIS in der stationären Altenhilfe zu etablieren) zu verstärken. Dazu gehört, berufliches Wissen zu aktualisieren und die Ausbildung und die primärqualifizierenden Studiengänge in dieser Thematik curricular deutlich anzureichern. Patientensicherheit/Bewohnersicherheit darf nicht nur ärztlich und im Krankenhaus gedacht werden, sondern muss ein interdisziplinäres Anliegen aller Gesundheitsberufe in allen Bereichen der gesundheitlichen Versorgung sein.

### **Position 3 Personalbedarfsbemessung in der Pflege**

Ein offensichtlich vorliegendes Strukturproblem ist die Personalnot in allen Bereichen der Pflege. Aber auch der zunehmende Einsatz von Leasingkräften und die Leistungsverdichtung in allen Sektoren der Versorgung durch immer kürzere Verweildauern bei gleichzeitig schwereren Grunderkrankungen sind im Wesentlichen ursächlich für die vorherrschende psychische und physische Überlastung von Pflegefachpersonen.

Die Einführung der Personaluntergrenzen in Krankenhäusern hat nur bedingt zu einer Verbesserung beigetragen. Sie führen in der Praxis eher dazu, die Pflegefachpersonen in den ausgewählten Krankenhausbereichen einzusetzen und entsprechend aus anderen Bereichen ab-

---

<sup>1</sup> In den USA gab es vor dem Hintergrund der Forschungsergebnisse zum Zusammenhang von Qualifikation und Patientenoutcomes vor etwa 10 Jahren die Empfehlung des National Institutes of Health, dass bis 2020 80% der Registered Nurses einen akademischen Grad Bachelor of Nursing nachweisen müssen

zuziehen und Patient\*innen von Intensivstationen möglichst frühzeitig zu verlegen. Eine grundsätzliche Aufstockung von Pflegepersonal wird so vermieden. Zudem wurden die Personaluntergrenzen willkürlich festgelegt. Für das politische Postulat, damit sei ‚Patientensicherheit‘ gewährleistet, gibt es keinen Beleg.

In der Langzeitpflege variiert die Personalausstattung in Pflegeheimen zwischen den Bundesländern aufgrund von Landesregelungen erheblich. Die Umsetzung eines neu entwickelten Personalbemessungsverfahrens wird Jahre dauern. Es gibt durch den hohen Anteil von gering oder als Pflegeassistenten qualifizierten Mitarbeitenden in der Pflege zudem eine qualitative Herausforderung.

Verschärft wird die Lage durch den bestehenden bundesweiten Pflegepersonalmangel. Es dauert mehr als sechs Monate, freie Stellen für Pflegefachpersonen wieder zu besetzen. Pflegestellenförderprogramme der aktuellen Bundesregierung entfalten nur bedingt Wirkung, da sie viel zu spät kommen.

Die Sensibilisierung der Pflegefachpersonen, sich an aktuellem Wissen zu orientieren und für ihr Handeln Verantwortung zu übernehmen, ist eine Anforderung. Eine weitere Aufgabe für Politik und Träger von Einrichtungen ist die ernsthafte Auseinandersetzung mit den aktuellen Bedingungen in der Pflege und die daraus notwendigerweise resultierenden Verbesserungen der Rahmenbedingungen. Die Erkenntnis auf gesellschaftlicher Ebene, dass eine mangelhafte Pflege immer eine Gefahr für Patienten und pflegebedürftige Menschen bedeutet, ist ein wichtiger Schritt auf dem Weg zu mehr Patientensicherheit.

#### **Position 4 Organisationskultur (Einrichtungskultur /Sicherheitskultur)**

Eine Pflegefachperson kann unter erschwerten Bedingungen nur eingeschränkt professionell arbeiten und eine sichere Pflege garantieren. Deshalb sind strukturelle Rahmenbedingungen von großer Bedeutung und können nur in konzertierter Verantwortung verstanden werden. Sowohl die politischen Voraussetzungen zur angemessenen Personalausstattung als auch trägerbezogene Umsetzungsszenarien sind maßgeblich für eine sichere Pflege.

Dabei gehören neben vielen anderen Maßnahmen zwingend angemessen vorhandene Zeitfenster für pflegerische Maßnahmen. Nur so kann erlernte Fachlichkeit bei den Patienten ankommen und am Ende der Versorgung für die erforderliche Patientensicherheit sorgen. Gleiches gilt in der Akutpflege wie in der Langzeitpflege.

Patientensicherheit/Bewohnersicherheit bedeutet, den Grundgedanken eines Qualitätsmanagementsystems zu verinnerlichen sowie den Anspruch der bestmöglichen individuellen Versorgung zu verfolgen. Dies ist auch eine zentrale Verantwortung des Leitungspersonals aller

beteiligten Berufsgruppen und damit verbunden mit der Forderung nach einer besseren Qualifikation für Leitungspersonen (akademischer Abschluss) im unteren und mittleren Management.

Es erfordert eine Identifikation und Motivation aller Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter im System und die Beachtung der Vorgaben des Managements. Die Einbeziehung aller im Prozess Beteiligter sowie die ausdrückliche Ermutigung zum resilienten und reflektierten Verhalten bietet die Möglichkeit, sich Klarheit über Schwachstellen in den Arbeitsabläufen zu beschaffen und zu entscheiden, welche Lösungen für eine Verbesserung der Pflegeorganisation notwendig sind. Ein Qualitätsmanagementsystem bietet Sicherheit in Haftungsfällen, da die Einhaltung der Sorgfalt bei allen Leistungen nachweisbar ist.

Dringend nachbessern muss Deutschland beim erforderlichen Qualifikationsmix in den Einrichtungen. Unser Staat steht im europäischen Vergleich sehr weit unten und konterkariert damit immer wieder seine proklamierte Spitzenposition.

#### **Position 5 Aufgabe der Pflegekammern**

Eine der priorisierten Aufgaben der bestehenden und sich in der Entwicklung befindenden Pflegekammern ist die Sicherstellung der pflegerischen Versorgung der Bevölkerung bei gleichzeitigem Schutz vor unsachgemäßer Pflege. Deshalb muss vor allem eine Stärkung der Professionalisierung des Pflegeberufes eine wichtige Strategie der Pflegekammern sein. Die Pflegekammern werden die nachhaltige Entwicklung der Profession Pflege zu einem durchsetzungsstarken Berufsstand vorantreiben, damit die Versorgungssicherheit überhaupt umfassend gewährleistet werden kann.

Dazu gehört unter anderem, für die nötigen Rahmenbedingungen zu sorgen, damit sich Pflege entfalten kann:

- Patienten-/Bewohnersicherheit in den Berufs- und Weiterbildungsordnungen aufgreifen,
- Schaffung des grundlegenden Regelwerks der pflegerischen Berufsausübung in Form einer Berufsordnung,
- Beratung mit den Akteuren im Gesundheitswesen sowie den politischen Entscheidungsträgern zu notwendigen Verbesserung der Rahmenbedingen in der Pflege, Voranbringen von konkreten Lösungsansätzen,
- Information der Kammermitglieder zu Themen der pflegerischen Berufsausübung und den aktuellen (berufs-)politischen Entwicklungen,
- Beratung der Kammermitglieder zu pflegfachlichen und berufsspezifischen Fragestellungen,



- Landesweites Krisenmanagement in der Corona-Pandemie in Zusammenarbeit mit den Einrichtungen, der Landesregierung, den Ministerien sowie den Landesbehörden,
- Einfordern einer akademischen Quote für alle Einrichtungen (ähnlich einer Fachkraft -Quote),
- Kommunikations- und Team Skills fördern,
- Leadership fördern,
- Weitere Vorbehalts- bzw. Kernaufgaben entsprechend der Qualifikationen festlegen,
- Eine bundesweite Erfassung und Aufbereitung/Interpretation von pflegerelevanten Outcomes /Ereignissen starten,
- Weitere Standardisierungen bzw. Beschreibungen von beruflichem Handeln vornehmen,
- Nachhaltiges Eintreten für die beruflichen Belange des Berufsstandes Pflege initiieren.

Die heutige prekäre Lage in der beruflichen Pflege hat im Wesentlichen damit zu tun, dass die Berufsgruppe bisher nur unzureichend auf die wichtigen Entscheidungen in Politik und Selbstverwaltung einwirken konnten. Die Pflegekammern bieten Struktur und Strategie dies nachhaltig zu ändern und damit die Versorgung von Patient\*innen und Bewohner\*innen zu verbessern.

### **Fazit**

Die Sicherheit von Menschen mit Pflegebedarf zu gewährleisten ist ein inhärentes Element pflegerischen Selbstverständnisses und bildet sich im Ethikkodex des Heilberufes Pflege ab. Die aktuellen Rahmenbedingungen pflegerischer Arbeit gefährden häufig die Erreichung dieser Anforderung. Dies führt zu vermeidbarem Leiden und Einschränkungen der Lebensqualität bis zum Tod von Menschen und ist eine der zentralen Ursachen für die Berufsunzufriedenheit und Berufsflucht vieler Pflegefachpersonen. Die Ursachen sind vielfältig und bedürfen daher auch einer Reihe von Interventionen.

Neben der Verbesserung der Rahmenbedingungen muss auch das Bewusstsein für und das Wissen um Patienten-/Bewohnersicherheit gefördert werden. Das ist Aufgabe von Pflegebildung und -management, letztlich aber von jeder im professionellen Kontext agierenden Pflegefachperson. Es bedarf zudem eines Kulturwandels in den Einrichtungen. Schließlich kann Patienten-/Bewohnersicherheit nur durch gelungene interprofessionelle Zusammenarbeit erreicht werden.

## Literatur:

Aiken LH, Sloane DM, Bruyneel L, et al. (2014): Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries: a retrospective observational study. *Lancet* 2014;383:1824-30

Aiken LH, Sloane D, Griffiths P, et al. (2017): Nursing skill mix in European hospitals: cross sectional study of the association with mortality, patient ratings, and quality of care. *BMJ Qual Saf* 2017; 26:559-568

Aktionsbündnis Patientensicherheit (Hrsg. 2018): Schrappe Matthias: APS-Weißbuch Patientensicherheit

Ausserhofer D, Zander B, Busse R, et al. (2014): Prevalence, patterns and predictors of nursing care left undone in European hospitals: results from the multicountry cross-sectional RN4Cast Study. *BMJ Qual Saf* 2014;23:126-135

Büscher A (2015): Patientensicherheit in der Pflege. In: Gausmann P, Henninger M, Koppenberg J (Hrsg.) Patientensicherheitsmanagement. De Gruyter, S 246 – 250

Deutsches Institut für Pflegeforschung: <https://www.dip.de/materialien/berichte-dokumente/>  
<https://www.dip.de/materialien/veroeffentlichungen/>

Euteneier, A. (Hrsg.2015)Handbuch Klinisches Risikomanagement

Gausmann, P., Henniger, M., Koppenberg, J. (Hrsg. 2015): Patientensicherheitsmanagement

Hannawa, A., Postel, S. (2018): SACCIA – Sichere Kommunikation

Jacobs, K., Kuhlmeier, A., Greß, S., Klauber, J. Schwinger, A. (Hrsg. 2020): Pflege-Report 2019: Mehr Personal in der Langzeitpflege – aber woher?

Kendall-Gallagher D, Aiken LH, Sloane DM, Cimiotti JP (2011): Nurse specialty certification, inpatient mortality, and failure to rescue. *J Nurs Scholarsh.* 43(2): 188-94

Klauber J, Geraedts M, Friedrich J, Wasem J, (Hrsg.) Krankenhausreport 2017. Zukunft gestalten. URL: [www.krankenhaus-report-online.de](http://www.krankenhaus-report-online.de)

Kutney-Lee A, Sloane DM, Aiken LH (2013): An Increase In The Number Of Nurses With Baccalaureate Degrees Is Linked To Lower Rates Of Postsurgery Mortality. *Health Aff (Millwood)* 2013/3; 32(3):579-586

Paula, Helmut (2017): Patientensicherheit und Risikomanagement in der Pflege, 2. Auflage, Inselspital Universitätsspital Bern

Sworn K, Booth A. A systematic review of the impact of 'missed care' in primary, community and nursing home settings. *J Nurs Manag.* 2020 Feb 3. doi: 10.1111/jonm.12969. Epub ahead of print. PMID: 32017305.

Szegan, N-M., Wagner, F. (Hrsg. 2018): Agenda Pflege 2021, Grundlagen für den fachpolitischen Dialog

Tannen, A., J. Feuchtinger, B. Strohbücker, A. Kocks (2017): Survey zur Einbindung von Pflegefachpersonen mit Hochschulabschlüssen an deutschen Universitätskliniken-Stand 2015: in: Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen, 120, 39–46

Zander B, Dobler L, Bäumler M, Busse R. (2014): Implizite Rationierung von Pflegeleistungen in deutschen Akutkrankenhäusern – Ergebnisse der internationalen Pflegestudie RN4Cast. *Gesundheitswesen* 2014;76:1-8

Zerth, J., François-Kettner, H. (Hrsg. 2020): Pflege-Perspektiven: ordnungspolitische Aspekte Erkenntnisse aus der Versorgungsforschung und Implikationen für eine „gute Praxis“ der Pflege