

**Der Beitrag der Pflegevisite zur Patientensicherheit.  
Eine systematische Literaturrecherche deutsch- und  
englischsprachiger Literatur der Jahre 2010-2019.**

*BACHELOR-Thesis zur Erlangung des Grades „Bachelor of Science“*

**Katholische Hochschule Nordrhein-Westfalen,  
Abteilung Köln  
Fachbereich Gesundheitswesen**

*Bachelorstudiengang Pflegemanagement*

*vorgelegt von:*

**Sebastian Böttge**

*Erstprüfer:* Prof. Dr. Andreas Becker

*Zweitprüfer:* Prof. Dr. Marcus Siebolds

*vorgelegt am:* 26.06.2020

# Inhaltsverzeichnis

<b>Abstract</b> .....	<b>1</b>
<b>1 Einleitung</b> .....	<b>2</b>
<b>2 Zielsetzung</b> .....	<b>4</b>
<b>3 Grundlagen und Hintergründe</b> .....	<b>5</b>
3.1 Der Begriff Pflegevisite .....	5
3.2 Ablauf der Pflegevisite .....	7
3.3 Arten der Pflegevisite.....	10
3.3.1 Mikro- und Makropflegevisiten .....	11
3.3.2 Lehrvisite und Pflegebegleitung.....	11
3.3.3 supervidierende Pflegevisite .....	12
3.4 Abgrenzung zur Übergabe am Patientenbett .....	12
3.5 Der Pflegeprozess .....	13
3.6 Qualität .....	16
3.6.1 Qualitätssicherung .....	16
3.6.2 Pflegequalität .....	17
3.7 Patientensicherheit .....	18
3.7.1 Unerwünschtes Ereignis .....	19
3.7.2 Kritisches Ereignis .....	19
3.7.3 Fehler.....	19
3.7.4 Beitragende Faktoren .....	20
3.8 Systematische Literaturrecherche .....	22
3.9 Instrument zur Einstufung der Evidenz.....	23
<b>4 Methodik</b> .....	<b>25</b>
4.1 Literaturrecherche.....	25
4.2 Darstellung der Suchbegriffe .....	25
4.3 Darstellung der MeSH Terms .....	27
4.4 Boolesche Operatoren.....	28
4.5 Trunkierungen.....	28
4.6 Darstellung der Suchstrings.....	29
4.7 Recherche in den Fachdatenbanken.....	30
4.8 Ein- und Ausschlusskriterien .....	30

4.9 Methode der Handsuche .....	31
4.10 Methode der Literaturbeschaffung .....	32
<b>5 Ergebnisse .....</b>	<b>32</b>
5.1 Fließdiagramm zur Ergebnisdarstellung .....	33
5.2 Ergebnisse der Datenbankrecherche .....	34
5.3 Ergebnisse der Handsuche .....	35
5.4 Ergebnisse der Volltextsichtung .....	35
5.5 Präsentation der Ergebnisse .....	36
<b>6 Diskussion.....</b>	<b>40</b>
6.1 Diskussion der Methodik.....	40
6.2 Diskussion der Ergebnisse .....	41
<b>7 Schlussfolgerungen .....</b>	<b>45</b>
7.1 Konsequenzen für den Verfasser .....	45
7.2 Konsequenzen für die Praxis.....	46
7.3 Konsequenzen für die Pflegewissenschaft .....	46
<b>8 Stärken und Limitierungen .....</b>	<b>47</b>
<b>9 Zusammenfassung .....</b>	<b>48</b>
<b>10 Quellenverzeichnis .....</b>	<b>49</b>
10.1 Eingeschlossene Literatur der Datenbankrecherche .....	49
10.2 Eingeschlossene Literatur der Handsuche .....	49
10.3 Ausgeschlossenen Literatur nach Volltextsichtung .....	49
10.4 Ausgeschlossene Literatur der Handsuche .....	50
10.5 Ergänzende Literatur .....	51
Abbildungs- und Tabellenverzeichnis .....	55
Abkürzungsverzeichnis.....	56

## **Abstract**

### **Hintergrund**

Intensivstationen gelten als Hochrisikobereiche. Die Patienten sind, neben ihren vital bedrohenden Erkrankungen, auch dem Risiko von Fehlern durch das Behandlungs- und Betreuungsteam ausgesetzt. Die Anforderungen an die Sicherheitskultur auf Intensivstationen sind entsprechend hoch. Eine Möglichkeit die Patientensicherheit positiv zu beeinflussen, ist die Durchführung von Pflegevisiten.

### **Ziel**

Ziel dieser Bachelor-Thesis ist es, den Beitrag der Pflegevisite zur Patientensicherheit auf Erwachsenen-Intensivstationen und den aktuellen Forschungsstand zur Thematik zu untersuchen.

### **Methode**

Es wurde eine systematische Recherchestrategie angewendet. Eingeschlossen wurden Publikationen der Jahre 2010-2019.

### **Ergebnisse**

Es konnten Ergebnisse aus einem Fachartikel und einer Studie gewonnen werden. Die eingeschlossenen Veröffentlichungen geben Hinweise auf einen positiven Beitrag der Pflegevisite zur Patientensicherheit. Die Recherche zeigt zudem, dass der Beitrag der Pflegevisite zur Patientensicherheit auf Erwachsenen-Intensivstationen in den letzten zehn Jahren kaum erforscht wurde.

### **Schlüsselwörter**

Pflegevisite, Patientensicherheit, Intensivstation

# 1 Einleitung

Die Visite ist, laut Duden (2020), ein: „regelmäßiger Besuch des Arztes an den Krankenbetten einer Station [...]“. Es handelt sich dabei um einen Begriff, der den Menschen über die Grenzen des Gesundheitssystems hinaus bekannt ist. Viele Menschen könnten sogar den Ablauf einer Visite skizzieren, ohne jemals Teil dieses Geschehens gewesen zu sein. Die Suchanfrage in der Online-Version des Duden nach dem Begriff „Pflegevisite“ ergibt hingegen: „Leider gibt es für Ihre Suchanfrage im Wörterbuch keine Treffer“ (Duden 2020). Dieses Beispiel zeigt, wie wenig publik der Begriff der Pflegevisite ist.

Bei der Pflegevisite treffen sich Pflegekräfte intradisziplinär am Patientenbett. Meist sind neben der, den Patienten oder Bewohner betreuenden Pflegekraft, ein Praxisanleiter, eine erfahrene Fachpflegekraft und/oder eine Stations- oder Bereichsleitung an der Visite beteiligt. Die ersten Nachweise über die Anwendung von Pflegevisiten gab es Anfang der 1980er Jahre (vgl. Panka 2014: 15). In der deutschen Fachliteratur für Pflegende wurde der Begriff zu Beginn der 1990er Jahre erstmals definiert (vgl. Heering 2018: 46). Eine einheitliche Definition des Begriffs gibt es jedoch bis heute nicht. Zu Beginn wurde die Pflegevisite primär als Kontrollinstrument des Managements genutzt. Die Möglichkeit der Klientenpartizipation wurde erst später wahrgenommen und entwickelt. Erste wissenschaftliche Untersuchungen gab es im deutschsprachigen Raum erst zu Beginn der 2000er Jahre (vgl. Panka 2014: 16).

In Auseinandersetzung mit der Literatur fällt auf, dass der Begriff der Pflegevisite häufig mit der ambulanten und/oder stationären Langzeitpflege assoziiert wird (vgl. Panak 2014; Hellmann / Rößlein 2012; Hecker / Rasek 2020). Ein Grund dafür ist, dass zugelassene Pflegeeinrichtungen nach §112 SGB XI verpflichtet sind, Maßnahmen der Qualitätssicherung durchzuführen (vgl. SGB XI). Doch auch Krankenhäuser sind nach §135a SGB V zur: „Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität der von ihnen

erbrachten Leistungen verpflichtet.“ (SGB V 2020). Die Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses beschreibt die grundsätzlichen Anforderungen an ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement (vgl. Qualitätsmanagement - Richtlinie/QM-RL 2015: 3). In diesem Kontext sind Pflegevisiten als Maßnahme der Qualitätssicherung im Sinne des §4 Abs. 1 zu sehen (vgl. QM-RL 2015: 5). Doch trotz dieser rechtlichen Anforderung werden Pflegevisiten in deutschen Krankenhäusern nur selten als Instrument der Qualitätssicherung genutzt. Dies konnten auch Görres et al. (2002) in ihrer Untersuchung feststellen und betonten: „Nur sehr wenige der Befragten verbinden allerdings mit der Pflegevisite eine Qualitätskontrolle im engeren Sinne.“ (Görres et al. 2002: 31). Zudem berichteten Görres et al. (2002), dass es zwar viele Erfahrungsberichte über die Pflegevisite, aber nur wenige empirische Daten gab (vgl. Görres et al. 2002: 27). Die Sicherung von Qualität und deren Messung und Entwicklung in der pflegerischen Betreuung und Behandlung von Patienten, ist aus Sicht des Verfassers dieser Bachelor-Thesis mit dem Begriff der Patientensicherheit eng verwoben. Denn wie könnte unsichere, den Patienten gefährdende Pflege, gleichzeitig von hoher Qualität sein?

Bemerkenswert ist auch die Tatsache, dass die Pflegevisite als qualitätssicherndes Instrument im Kontext der intensivpflegerischen Patientenversorgung in Akutkrankenhäusern kaum Erwähnung findet. Doch besonders im Hochrisikobereich der Intensivpflege sollte der Qualitätssicherung zur Gewährleistung der Patientensicherheit eine besondere Bedeutung zukommen.

Basierend auf diesen Vorüberlegungen stellt sich die Frage, ob der Einfluss der Pflegevisite auf die Patientensicherheit überhaupt existent, nur selten beschrieben oder aber kaum erforscht ist. Besonders die Bedeutung der Pflegevisite im Hochrisikobereich der Intensivpflege ist für den Verfasser relevant. Aus diesem Grund wird in der vorliegenden Arbeit deutsch- und englischsprachige Fachliteratur der letzten zehn Jahre auf Forschungen und Hinweise nach dem Einfluss der Pflegevisite auf die Patientensicherheit auf Erwachsenen-Intensivstationen untersucht.

Um die Lesbarkeit zu vereinfachen, wird in der vorliegenden Arbeit bei personenbezogenen Substantiven das generische Maskulinum verwendet. Weibliche und andere Geschlechteridentitäten werden dabei ausdrücklich mit angesprochen. Dies soll keine Präferenz implizieren. Die gewählten Formulierungen sollen vom Leser vielmehr als geschlechtsneutral verstanden werden.

## **2 Zielsetzung**

Die Absicht dieser Bachelor-Thesis ist, den aktuellen Stand der Forschung zum Thema: „*Der Beitrag der Pflegevisite zur Patientensicherheit*“ mit dem Fokus auf Erwachsenen-Intensivstationen systematisch zu recherchieren und darzulegen. Das Ziel der Arbeit ist die Beantwortung folgender Fragestellungen:

- Leistet die Pflegevisite einen Beitrag zur Patientensicherheit auf Erwachsenen-Intensivstationen?
- Wie ist der aktuelle Stand der Forschung zum Beitrag der Pflegevisite auf die Patientensicherheit auf Erwachsenen-Intensivstationen?
- Wie sollte eine Pflegevisite konzipiert sein, damit sie zur Patientensicherheit auf Erwachsenen-Intensivstationen beitragen kann?

Zur Beantwortung der Forschungsfragen führt der Verfasser eine systematische Literaturrecherche durch. Zu Beginn erhält der Leser eine Einführung in die einzelnen Schwerpunkte der Thematik. Im Anschluss daran wird die Methodik der Recherche erläutert und dargestellt. Letztlich werden die Ergebnisse der Recherche präsentiert und diskutiert.

### 3 Grundlagen und Hintergründe

Dieses Kapitel dient der Erläuterung von Begriffen, welche für die Nachvollziehbarkeit der Arbeit von Relevanz sind. Es dient dem Leser als Einstieg in die Thematik und soll den Zugang zu den Kernaspekten der Arbeit erleichtern.

#### 3.1 Der Begriff Pflegevisite

Der Begriff der Pflegevisite wird heute in vielfältigen Kontexten verwendet. So zum Beispiel als Übergabe mit dem Patienten, als Führungsinstrument, als Instrument der Patientenpartizipation oder als Qualitätssicherungsinstrument (vgl. Heering 2018: 6). Grundsätzlich kann die Pflegevisite als: „[...] klientenzentriertes Planungs- und Bewertungsinstrument oder mitarbeiterzentriertes Instrument verstanden werden“ (Hellmann / Rößlein 2012: 9). In der vorliegenden Arbeit wird näher auf die Pflegevisite als mitarbeiterzentriertes Instrument zur Qualitätssicherung eingegangen. Um dem Leser einen Überblick über die komplexe Thematik zu geben, wird in Kapitel 3 dieser Arbeit der Begriff der Pflegevisite zunächst ganzheitlich beschrieben.

Der Terminus „Pflegevisite“ wurde Anfang der 1990er Jahre erstmals definiert. Hier standen sowohl die Pflegevisite als Führungsinstrument, als auch die Beteiligung des Patienten am Entscheidungsprozess im Mittelpunkt der Definitionen (vgl. Heering 2018: 46). In der Literatur lässt sich bis heute keine einheitliche Definition der Pflegevisite finden. Die wohl am häufigsten zitierte Definition ist die von Heering. Er definiert die Pflegevisite als:

„ein regelmäßiger Besuch bei und ein Gespräch mit der Klientin/dem Klienten über ihren/seinen Pflegeprozess. Die Pflegevisite dient der gemeinsamen

- Benennung der Pflegeprobleme und Ressourcen bzw. der Pflegediagnose,
- Vereinbarung der Pflegeziele,



- Vereinbarung der Pflegeinterventionen,
- Überprüfung der Pflege“ (Heering 2018: 312)

Darüber hinaus beschreibt Heering drei Denkschulen der Pflegevisite:

1. eine Art Dienstübergabe bei möglichst weitgehender Einbeziehung des Patienten
2. als ein Instrument für die Pflegebedürftigkeitsklärung, die Personalführung, bzw. für das Qualitätsmanagement
3. eine Art von Ermächtigungsstrategie, mit deren Hilfe die Patientenpartizipation verbessert werden soll (vgl. Heering 2018: 308)

Eine weitere Definition formuliert der Deutsche Verband für Pflegeberufe (DBfK):

„Die Pflegevisite ist ein inhaltlich und gestalterisch flexibles Instrument zur Überprüfung der Umsetzung des Pflegeprozesses und zur Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität. Die Pflegevisite erfolgt in festgelegten Abständen auf Basis von strukturierten Gesprächen und Beobachtungen im direkten pflegerischen Umfeld von Pflegefachkräften unter Mitwirkung des Klienten und/oder seines Angehörigen/seiner Bezugsperson.“

(DBfK Nordost e.V. 2010, zitiert nach Panka 2014: 13)

Die in dieser Definition beschriebene inhaltliche und gestalterische Flexibilität wird in der Auseinandersetzung mit der Literatur deutlich. So schließt auch Heering:

„[...] dass es in der Berufsgruppe der Pflegenden noch keine Übereinstimmung über die Notwendigkeit, die Zielsetzung oder die Art der Durchführung der Pflegevisite gibt, denn der Begriff «Pflegevisite» [Hervorhebung im Original] wird immer noch in vielen unterschiedlichen Bedeutungen verwendet“ (Heering 2018: 46).

Heering führt weiter aus: „[...] dass trotz dieser offensichtlichen Vielfältigkeit kaum systematische Untersuchungen über den Sinn der verschiedenen Ansätze zu finden sind“ (Heering 2018: 47).

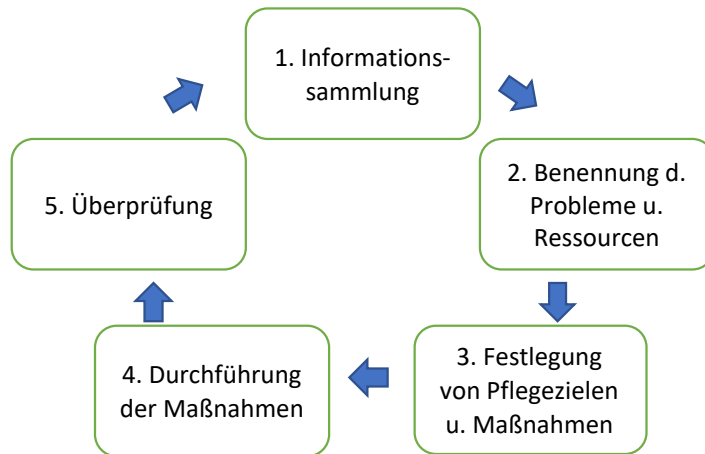
### 3.2 Ablauf der Pflegevisite

In der Literatur finden sich diverse Möglichkeiten für den Ablauf einer Pflegevisite (vgl. Panka 2013: 13; Hecker / Rasek 2020: 98; Heering 2018: 53). Diese Variation an Möglichkeiten resultiert aus der Tatsache, dass es zum einen keine einheitliche Definition der Pflegevisite gibt (vgl. Heering 2018: 46) und zum anderen, die Anwendung auf die Organisationsstruktur und/oder die Bedürfnisse der Anwender und Pflegebedürftigen individuell angepasst werden sollte (vgl. Panka 2014: 13). Aus Sicht des Verfassers beschreibt Heering ein universell einsetzbares Prozessschema der Pflegevisite, das sich unabhängig vom Setting, der Anwendungsart der Visite und der Art der Einrichtung anwenden lässt (vgl. Heering 2018: 53). Des Weiteren ist das *Fünf-Schrittige Prozessschema*<sup>1</sup> eng an das *Pflegeprozessmodell* nach Fiechter und Meier angelehnt. Die Anlehnung an dieses etablierte Konzept erleichtert, nach Einschätzung des Verfassers, den Praxistransfer der Pflegevisite.

Auch Hellmann und Rößlein schreiben: „Die Pflegevisite wird in Anlehnung an die Methode des Pflegeprozesses mit dem Patienten durchgeführt.“ (2012: 9). Wie auch im *Pflegeprozessmodell* nach Fiechter und Meier bauen die einzelnen Schritte im Prozess aufeinander auf. Die Schritte des von Heering vorgestellten Schemas sind folgend dargestellt.

---

<sup>1</sup> Die *kursive* Schreibweise wird in dieser Arbeit genutzt, um eigenständige Begriffe hervorzuheben. Dabei handelt es sich um Eigennamen oder Termini technici.



**Abbildung 1:** Prozessschema der Pflegevisite. Eigene Darstellung des Verfassers, in Anlehnung an Heering (2018: 53).

Der Verfasser geht im Anschluss näher auf die Schritte des von Heering vorgestellten Prozessschemas der Pflegevisite ein.

### **Informationssammlung**

Die betreuende Pflegekraft stellt den Patienten /Bewohner vor. Hierbei werden alle Pflegerelevanten Informationen mitgeteilt. Hierzu zählen unter anderem: Anamnese, Aufnahmezustand, Ernährungszustand, Hautzustand und andere individuelle Informationen über den Patienten/ Bewohner. Die Vorstellung erfolgt am Patientenbett und, sofern möglich, unter Einbezug des Patienten. Hierbei werden die standardisierten Pflegedokumente der Einrichtung genutzt (vgl. Heering 2018: 53, Friese 2013: 182).

### **Benennung der Probleme und Ressourcen**

Im zweiten Schritt des Prozessschemas der Pflegevisite werden die Probleme und Ressourcen des Patienten/Bewohners benannt. Die Formulierung erfolgt entweder frei, als *Pflegeproblem* oder als *Pflegediagnose*. Zu jedem *Pflegeproblem* wird das Ausmaß und die Art der Beeinträchtigung präzise benannt. Die betreuende Pflegekraft gibt hierbei Hinweise auf Ursachen und Zusammenhänge der Beeinträchtigungen. Die trotz der formulierten

Beeinträchtigungen vorhanden Ressourcen werden betont. Auch in diesem Schritt wird der Patient nach Möglichkeit mit in den Prozess eingebunden (vgl. Heering 2018: 53; Friese 2013: 183).

### **Festlegung / Vereinbarung von Pflegezielen und Maßnahmen**

Soweit möglich werden alle *Pflegeziele* und Maßnahmen zusammen mit dem Patienten/Bewohner festgelegt. Hierbei wird vereinbart, inwieweit Beeinträchtigungen beseitigt, vermindert oder kompensiert werden können. Dieser Schritt bietet auch die Möglichkeit, Bewältigungsstrategien für nicht zu kompensierende Beeinträchtigungen zu entwickeln. Es wird ein Zeitraum festgelegt, an dem die formulierten Maßnahmen umgesetzt und die Ziele erreicht werden sollen (vgl. Heering 2018: 53; Friese 2013: 184). Ist die Möglichkeit der Partizipation des zu Pflegenden nicht gegeben, erfolgt die Festlegung der Ziele und Maßnahmen patienten- / bewohnerorientiert unter Berücksichtigung des mutmaßlichen Willens des zu Pflegenden. Hierzu sollten die Angehörigen des zu Pflegenden eng in den Prozess eingebunden werden.

### **Durchführung der Pflegemaßnahmen**

Die vereinbarten Pflegemaßnahmen finden unter Berücksichtigung der individuellen Bedürfnisse des Pflegebedürftigen statt (vgl. Heering 2018: 53). Interne Standards werden beachtet. Die Dokumentation ist Teil dieses Schrittes.

Dieser Schritt des Prozessschemas findet nicht in allen publizierten Vorgehensweisen Anwendung. In einer Veröffentlichung zur Pflegevisite im Kontext der intensivpflegerischen Versorgung von Patienten befindet sich, an Stelle der Durchführung der Pflegemaßnahmen, die: „Bewertung und Dokumentation der Pflegevisite“ (Friese 2013: 184).

### **Überprüfung**

Im letzten Schritt des von Heering vorgestellten Prozessschemas findet die Überprüfung der Wirksamkeit und Angemessenheit der durchgeführten Maßnahmen statt. Aus den gewonnenen Erkenntnissen resultiert auch eine

eventuelle Anpassung der *Pflegeplanung*. Auch die Erreichung der in Schritt drei festgelegten Ziele wird, wenn möglich, evaluiert.

Stolecki und Ullrich (2015) beschreiben den Ablauf einer Pflegevisite auf der Intensivstation in verkürzter Form:

„Der für den Patienten zuständige Pflegende stellt den Patienten anhand des Pflegeprozesses den Beteiligten vor. Ausgehend von dem Aufnahmegrund werden die Diagnosen und Pflegeprobleme und der bisherige Verlauf präsentiert. Analog zur Ist-Situation zeichnet die zuständige Pflegekraft die aktuelle Problematik im Kontext der Ressourcen und der geplanten Interventionen auf. Zwischenzeitlich bereits erreichte Ziele werden benannt.“

(Stolecki / Ullrich 2015: 83)

Grundsätzlich sollte vor jeder Pflegevisite der Zeitpunkt, die Dauer der Visite und der Ablauf allen Beteiligten, also auch dem visitierten Patienten/Bewohner und der betreuenden Pflegekraft, transparent mitgeteilt werden.

### 3.3 Arten der Pflegevisite

Die gestalterische und inhaltliche Freiheit der Pflegevisite führte zur Entwicklung unterschiedlichster Arten oder Varianten der Anwendung. Panka (2014) beschreibt allein in einer Veröffentlichung 30 verschiedene Anwendungsvarianten, kategorisiert nach den Anwendungsgebieten: Krankenhaus, stationäre Altenpflege und Pflege im ambulanten Bereich (vgl. Panka 2014: 20-27). Folgend werden mitarbeiterbezogene Arten der Pflegevisite vorgestellt die sich, aus Sicht des Verfassers, besonders zur Anwendung im Hochrisikobereich der Intensivpflege eignen.

### 3.3.1 Mikro- und Makropflegevisiten

Eine häufig zitierte, grundsätzliche Unterscheidung der Pflegevisiten ist die in *Mikro-* und *Makropflegevisiten*. Die *Mikropflegevisite* stellt die Überprüfung oder Diskussion eines *Pflegeproblems* dar. Die Teilnehmer konzentrieren sich bei ihr auf nur einen Schwerpunkt des Patienten, wie zum Beispiel Wunden. Die Fokussierung auf einen Teil des *Pflegeprozesses*, wie beispielsweise die Überprüfung der Dokumentation, ist ebenfalls eine Form der *Mikropflegevisite*. Bei der *Makropflegevisite* hingegen wird der gesamte *Pflegeprozess* begutachtet und bewertet. Sie ist entsprechend umfangreicher und nimmt eine größere zeitliche Ressource in Anspruch (vgl. Panka et al. 2016: 12).

### 3.3.2 Lehrvisite und Pflegebegleitung

Bei der *Lehrvisite* und der *Pflegebegleitung* liegt der Fokus der Visite auf der Evaluation der pflegerischen Handlungskompetenz des visitierten Mitarbeiters. *Lehrvisiten* werden häufig bei Auszubildenden oder unerfahrenen Mitarbeitern angewendet. Die Visite wird meist von einem Praxisanleiter der Station durchgeführt. Bei Auszubildenden wird die *Lehrvisite* durch einen Pflegepädagogen der Ausbildungsstätte in Form von praktischen Begleitungen durchgeführt. Die *Pflegebegleitung* kann als ausgedehnte *Lehrvisite* verstanden werden, die weniger der Überprüfung der bereits erworbenen Kenntnisse, als vielmehr der Entwicklung neuer Kompetenzen dient. Sie findet meist während der Einarbeitung neuer Mitarbeiter statt und erfolgt über die gesamte Schichtlänge. Abhängig vom Einarbeitungskonzept der Station, kann sich die *Pflegebegleitung* auch über mehrere Tage oder die gesamte Dauer der Einarbeitung erstrecken (vgl. Panka 2014: 20,77 f.).

Panka (2014) grenzt die *Pflegebegleitung* vom Konzept der Pflegevisite ab. Jedoch wird bei der *Pflegebegleitung*, wie auch bei der Pflegevisite, eine Pflegekraft von einer weiteren Person am Patientenbett visitiert. Die Ziele beider Konzepte, also die fachliche Entwicklung der Mitarbeiter zu fördern,

deren Leistungen zu überprüfen und so die Qualität der pflegerischen Arbeit zu sichern und zu entwickeln, sind ebenfalls identisch. Die *Pflegebegleitung* ist, aus Sicht des Verfassers dieser Arbeit, durchaus als eine mitarbeiterbezogene Pflegevisite im strukturellen Rahmen der *Makropflegevisite* zu verstehen.

### 3.3.3 supervidierende Pflegevisite

Diese Art der Pflegevisite ist die am stärksten auf die Qualitätssicherung fokussierte Variante. Bei ihr werden die Mitarbeiter durch einen leitenden Vorgesetzten, meist die Stations- oder Abteilungsleitung, am Patientenbett visitiert. Sie dient in erster Linie der Überprüfung der pflegerischen Leistung der Mitarbeiter. Die Überprüfung der Einhaltung interner Standards ist ein Kernelement der *supervidierenden Pflegevisite* (vgl. Panka 2016: 12).

Die Dokumentation der Durchführung und der Ergebnisse der Pflegevisite, unabhängig von der Art der Anwendung, wird in der Literatur einstimmig empfohlen (vgl. Panka 2014: 39-51; Panka 2016: 21-29; Hellmann / Rößlein 2012: 91-126). Die Gestaltung und inhaltliche Struktur der Protokolle sind individuell auf die Art der angewendeten Visite und die Abteilung anzupassen. Besonders bei der *supervidierenden Pflegevisite* ist eine strukturierte Datensammlung sinnvoll. So ist eine Metaanalyse aller durchgeführten Visiten möglich und die Ermittlung des Fort- und Weiterbildungsbedarfs aller im Team tätigen Mitarbeiter ist gegeben. Darüber hinaus gibt die Metaanalyse die Möglichkeit, wiederholte Abweichungen von Standards zu identifizieren (vgl. Panka 2014: 14).

### 3.4 Abgrenzung zur Übergabe am Patientenbett

Heering (2018) beschreibt die Möglichkeit der Pflegevisite als Dienstübergabe im Sinne der Übergabe am Patientenbett. In der vorliegenden Arbeit grenzt der Verfasser jedoch die Übergabe am Patientenbett von der

Pflegevisite ab. Die Übergabe am Patientenbett ist ein täglich stattfindendes Routineverfahren. Sie dient der Weitergabe von Informationen zwischen zwei Schichten der Pflegekräfte und ist als eine Art Berichterstattung zu verstehen (vgl. Schlenker-Ferth 1998: 5). Die Pflegevisite hingegen ist ein geplantes, spezifisches Verfahren. Sie wird im Vorfeld angekündigt und dient, je nach Anwendungszweck, der Erreichung zuvor formulierter Ziele. Zudem findet die Pflegevisite deutlich seltener statt als die meist mehrmals täglichen Übergaben am Patientenbett. Panka (2014) beschreibt die Übergabe am Patientenbett als: „Vorläufer der Pflegevisite“ (Panka 2014: 20).

### 3.5 Der Pflegeprozess

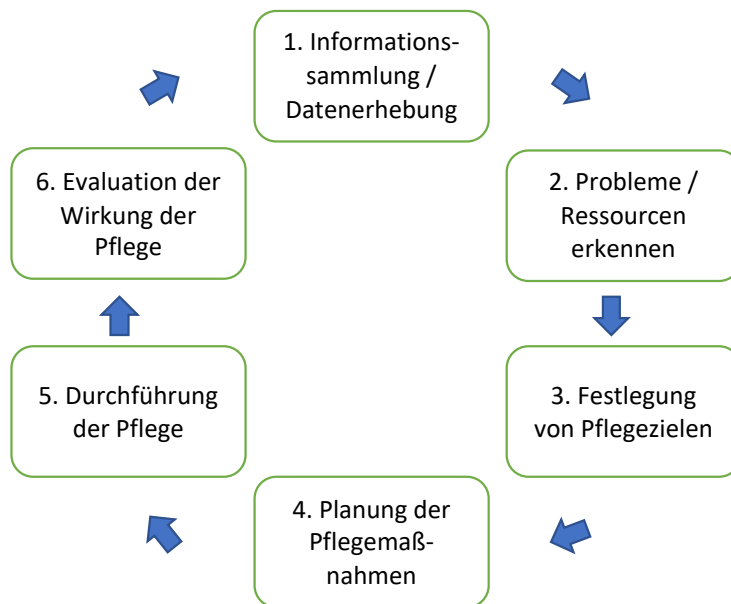
Trotz verschiedener Definitionen und Interpretationen der Pflegevisite, wird letztendlich immer der *Pflegeprozess* von den Teilnehmern beobachtet, bewertet oder überprüft. Aus diesem Grund ist es notwendig, den *Pflegeprozess* im Folgenden darzustellen.

„Die systematische, an den ganzheitlichen Bedürfnissen des Menschen orientierte und laufend angepasste Pflege wird heute als Pflegeprozess bezeichnet. Dabei entwickelt sich zwischen dem Pflegebedürftigen und dem Pflegenden eine Beziehung, die in erster Linie auf ein gemeinsames Ziel hin ausgerichtet ist. Dieses Ziel ist die an der Person des Pflegebedürftigen orientierte Problemlösung bzw. das Verhindern oder die Kompensation von Problemen. Der Pflegeprozess ermöglicht eine organisierte und ganzheitlich orientierte, individuelle Pflege.“

(Seel 1999, zitiert nach Hellmann / Rößlein 2012: 19)

Es werden unterschiedliche Varianten des *Pflegeprozesses* in der Literatur beschrieben. Neben dem *Vier-* und dem *Fünf-Stufen Modell*, ist das *Sechs-Stufen Modell* nach Fiechter und Meier das im deutschsprachigen Raum am häufigsten zitierte (vgl. Hellmann / Rößlein 2012: 20). Deshalb wird dieses Modell vom Verfasser dargestellt und erläutert.





**Abbildung 2:** Pflegeprozessmodell nach Fiechter und Meier. Eigene Darstellung des Verfassers, in Anlehnung an Hellmann / Rößlein (2012: 20).

Folgend werden die Schritte des *Pflegeprozessmodells* zum besseren Verständnis des Lesers, näher erläutert.

### **Informationssammlung**

Die Informationssammlung ist der Beginn jedes *Pflegeprozesses*. In diesem Schritt werden möglichst alle pflegerelevanten Informationen über den zu Pflegenden gesammelt und gesichert. Dies sind Informationen von Haupt- und Nebendiagnosen, die frühere Lebenssituation des Pflegebedürftigen, aber auch Gewohnheiten, Wünsche oder Bedürfnisse (vgl. Hellmann / Rößlein 2012: 20).

### **Probleme / Ressourcen erkennen**

Die erlangten Informationen werden in diesem Schritt analysiert, Handlungsfeldern zugeordnet und dokumentiert. Die so identifizierten Ressourcen und *Pflegeprobleme* bilden die Grundlage für die folgenden Schritte (vgl. Hellmann / Rößlein 2012: 21).

### **Festlegung von Pflegezielen**

Ein *Pflegeziel* beschreibt ein Ergebnis, das alle am *Pflegeprozess* beteiligten Personen in einem festgelegten Zeitraum erreichen wollen. Die von den Pflegenden formulierten *Pflegeziele* dienen als Basis zur späteren Evaluation der Pflegehandlung. Sie beschreiben Fähigkeiten oder Fortschritte, welche erhalten oder gefördert werden sollen (vgl. Hellmann / Rößlein 2012: 21).

### **Planung der Pflegemaßnahmen**

Da Pflegemaßnahmen Handlungsanweisungen für Andere, am *Pflegeprozess* beteiligte Pflegende darstellen, müssen sie eindeutig und verständlich formuliert sein. Sie bilden die Verbindung zwischen *Pflegeproblemen* und *Pflegezielen*. Deshalb werden sie als konkrete pflegerische Interventionen geplant (vgl. Hellmann / Rößlein 2012: 21).

### **Durchführung der Pflege**

Dieser Schritt im Prozess beschreibt die Umsetzung der zuvor geplanten Interventionen. Diese werden an die aktuelle Patienten- oder Bewohnersituation angepasst und bei Bedarf verändert (vgl. Hellmann / Rößlein 2012: 22).

### **Evaluation der Wirkung der Pflege**

In diesem Schritt des Prozesses wird die pflegerische Intervention bewertet. Er dient der Beurteilung und beantwortet somit die Frage, ob das zuvor festgelegte *Pflegeziel* erreicht wurde (vgl. Hellmann / Rößlein 2012: 22).

„Wenn Pflegeziele nicht erreicht werden, gilt es herauszufinden, welche Gründe dafür erkennbar sind. Folglich wird der Pflegeprozess beginnend mit der Informationssammlung erneut durchlaufen.“

(Hellmann / Rößlein 2012: 22).

## 3.6 Qualität

Der Qualitätsbegriff wird in der Literatur unterschiedlich interpretiert und gebraucht. Ruprecht (1993) definiert den Begriff im Kontext der Gesundheitsversorgung wie folgt:

„Qualität im Gesundheitswesen bedeutet eine ausreichende und zweckmäßige, d. h. [Abkürzung im Original] patienten- und bedarfsgerechte, an der Lebensqualität orientierte, fachlich qualifizierte, aber auch wirtschaftliche medizinische Versorgung mit dem Ziel, die Wahrscheinlichkeit erwünschter Behandlungsergebnisse bei Individuen und in der Gesamtbevölkerung zu erhöhen.“ (Ruprecht 1993, zitiert nach Sens et al. 2007: 5).

### 3.6.1 Qualitätssicherung

Folgend wird der Begriff der Qualitätssicherung näher erläutert. Der Verfasser fokussiert sich bei der Erläuterung der Thematik auf die Qualitätssicherung in der Pflege. Die nähere Erläuterung ist notwendig, da wie in der Einleitung dieser Arbeit bereits erwähnt, die Sicherung von Qualität in einem engen Verhältnis zum Begriff der Patientensicherheit steht. So betonen auch Sens et al. (2007), dass die Patientensicherheit: „[...] erhebliche Bedeutung in der Diskussion um die Qualität in der Gesundheitsversorgung erlangt hat, [...]“ (Sens et al. 2007: 36).

Schiemann (1990) definiert die Qualitätssicherung im Kontext der Pflege als den:

„[...] Vorgang des Beschreibens von Zielen in Form von Pflegestandards und Kriterien, das Messen des tatsächlichen Pflegeniveaus, der Vergleich von Zielen und Realität und, falls erforderlich, das Festlegen und Evaluieren von Maßnahmen zur Modifizierung der Pflegepraxis“

(Schiemann 1990, zitiert nach Hellmann / Rößlein 2012: 11).

Der Begriff der Qualitätssicherung in der Gesundheitsversorgung wird zu-  
meist in *interne* und *externe Qualitätssicherung* unterschieden. Die *interne  
Qualitätssicherung* umfasst Maßnahmen die von innen, also von der aus-  
führenden Berufsgruppe, selbst entwickelt und durchgeführt werden. Dies  
bezieht sich auch auf Maßnahmen, die von einer Abteilung oder Versor-  
gungseinheit geplant und ausgeführt werden. Dem folgend ist, aus Sicht  
des Verfassers, die Pflegevisite eindeutig als Instrument der internen Qua-  
litätssicherung zu erkennen. Die *externe Qualitätssicherung* hingegen um-  
fasst Kriterien oder Standards, die von externen Institutionen festgelegt und  
geprüft werden. Hierbei kann es sich um verpflichtende oder freiwillige Maß-  
nahmen wie etwa Zertifizierungen handeln (vgl. Hellmann / Rößlerin 2012:  
11 f.).

### 3.6.2 Pflegequalität

Die Pflegequalität wird in der Literatur als die Einstimmigkeit der geleisteten  
Pflege und der zuvor formulierten Standards beschrieben. Der Begriff wird  
jedoch nicht einheitlich definiert (vgl. Hellmann / Rößlein 2012: 13). Häufig  
werden die von Donabedian formulierten Qualitätsdimensionen *Struktur*,  
*Prozess- und Ergebnisqualität* genannt (vgl. Hellmann / Rößlein 2012: 13;  
Hecker / Rasek 2020: 37). Diese werden nun näher erläutert.

#### **Strukturqualität**

Der Begriff der *Strukturqualität* beinhaltet die materiellen und personellen  
Ressourcen. Materielle Ausstattung meint beispielsweise die technische  
Ausstattung oder die Infrastruktur einer Einrichtung oder Abteilung. Die per-  
sonelle Ressource umfasst nicht nur das zur Verfügung stehende Personal,  
sondern auch dessen Qualifikation und Kenntnisse (vgl. Hecker / Rasek  
2020: 38).

## **Prozessqualität**

Die *Prozessqualität* beschreibt die Qualität der vollzogenen Pflegemaßnahmen. Hierzu gehört die Ausführung der Pflege, aber auch deren Dokumentation und Evaluation (vgl. Hecker / Rasek 2020: 38).

## **Ergebnisqualität**

Die *Ergebnisqualität* beschreibt die Wirkung der pflegerischen Maßnahmen. Diese Qualität nimmt auch Bezug auf die Evaluation des vor der Ausübung der Pflegemaßnahme formulierten *Pflegeziels* und dessen Erreichung (vgl. Hecker / Rasek 2020: 39).

### 3.7 Patientensicherheit

In diesem Kapitel wird der Verfasser die Thematik der Patientensicherheit näher erläutern. Dazu werden Definitionen und Schlüsselbegriffe vorgestellt, welche dem Leser zum besseren Verständnis der vorliegenden Arbeit dienen sollen.

Auch für den Begriff der Patientensicherheit wurde bis heute keine einheitliche Definition formuliert. Der Verfasser stellt zwei oft zitierte Definitionen vor:

„Patientensicherheit ist das aus der Perspektive der Patienten bestimmte Maß, in dem handelnde Personen, Berufsgruppen, Teams, Organisationen, Verbände und das Gesundheitssystem

1. einen Zustand aufweisen, in dem unerwünschte Ereignisse selten auftreten, Sicherheitsverhalten gefördert wird und Risiken beherrscht werden,
2. über die Eigenschaft verfügen, Sicherheit als erstrebenswertes Ziel zu erkennen und realistische Optionen zur Verbesserung umzusetzen, und
3. in der Lage sind, ihre Innovationskompetenz in den Dienst der Verwirklichung von Sicherheit zu stellen“ (Schrappe 2018: 11).

„Die Vermeidung, Prävention und Verbesserung von unerwünschten Ergebnissen oder Schädigungen, die sich aus dem Behandlungsprozess ergeben“ (Vincent 2010, zitiert nach Vincent 2012: 13).

Die sich aus den vorgestellten Definitionen ergebenden grundlegenden Schlüsselbegriffe werden nun vorgestellt und definiert.

### 3.7.1 Unerwünschtes Ereignis

Als *unerwünschtes Ereignis* (engl.: adverse event) wird ein schädliches Vorkommnis bezeichnet, das eher auf der Behandlung, als auf der Erkrankung beruht. *Unerwünschte Ereignisse* können sowohl vermeidbar, als auch unvermeidbar sein (vgl. Aktionsbündnis Patientensicherheit 2018).

### 3.7.2 Kritisches Ereignis

Ein *kritisches Ereignis* (engl.: critical incident) ist ein Ereignis, das zu einem *unerwünschten Ereignis* führen könnte oder dessen Wahrscheinlichkeit erhöht. (vgl. Aktionsbündnis Patientensicherheit 2018).

### 3.7.3 Fehler

Ein *Fehler* (engl.: error) stellt eine Handlung oder ein Unterlassen dar, bei dem das Abweichen von einem bestehenden Plan, ein falscher Plan oder gar kein Plan vorliegt. Für die Begriffsdefinition des *Fehlers* ist nicht relevant, ob aus den beschriebenen Umständen ein Schaden entsteht oder nicht (vgl. Aktionsbündnis Patientensicherheit 2018).

Vincent (2012) beschreibt in einer Publikation den Unterschied zwischen *aktiven Fehlern* und *latenten Fehlern*. *Aktive Fehler* sind *Fehler*, die von

Personen begangen werden, die am Patientenbett, also „[...] im System an vorderster Front stehen [...]“ (Vincent 2012: 27). *Latente Fehler*, auch *latente Bedingungen* genannt, schaffen erst die Voraussetzungen für *aktive Fehler* (vgl. Vincent 2012: 28). Reason (1990) beschreibt die Interaktion von *aktiven Fehlern* und *latenten Bedingungen* wie folgt:

„Die ausführenden Personen sind weniger die Anstifter eines Zwischenfalls als vielmehr die Erben von Systemmängeln ... [Auslassung im Original] ihre Rolle besteht in der Regel darin, dass sie einem tödlichen Gebräu, dessen Zutaten schon lange vor sich hingekocht haben, noch das Sahnehäubchen aufsetzen.“ (Reason 1990, zitiert nach Vincent 2012: 28).

In der Fachliteratur für Patientensicherheit wird häufig der Begriff der „*unsicheren Handlung*“ als eine Art Oberbegriff für die verschiedenen Fehlerarten verwendet. Reason (2000) beschreibt zwei Möglichkeiten der Betrachtung von menschlichen Fehlern: den *personenbezogenen Ansatz* und den *Systemansatz*. Der *personenbezogene Ansatz* umfasst *unsichere Handlungen*, aktiv oder durch Unterlassen, die von Personen am „scharfen-Ende“ (Reason 2000: 768) von Prozessen begangen werden. Dies sind Personen, die an der direkten Patientenversorgung beteiligt sind und meint in erster Linie *unsichere Handlungen*, die durch Unaufmerksamkeit, Nachlässigkeit oder Rücksichtslosigkeit entstehen. Dem *Systemansatz* geht der Gedanke voraus, dass Menschen fehlbar sind und *Fehler* auch in den besten Organisationen geschehen. Der Ansatz bezieht sich auf die Bedingungen, in denen die Menschen ihre Arbeit verrichten. Reason (2000) beschreibt *Fehler* im Systemkontext eher als Konsequenz systemischer Faktoren, denn als Ursache eventueller Schäden (vgl. Reason 2000: 768).

#### 3.7.4 Beitragende Faktoren

Um die Gründe und Ursachen für *unsichere Handlungen* zu verstehen müssen diese, wie beschrieben, aus der systemischen Perspektive betrachtet werden. Vincent (2012) beschreibt sieben allgemeine Faktoren, die die

Patientensicherheit beeinflussen (vgl. Vincent 2012: 32). Diese werden folgend vorgestellt.

### **Patientenfaktoren**

Dieser Faktor bezieht sich besonders auf die Erkrankung des Patienten, da diese einen direkten Einfluss auf das Ergebnis der Behandlung hat. Weitere Patientenfaktoren sind persönliche oder kulturelle Unterschiede, aber auch fremde Sprachen, da diese die Kommunikation erschweren könnten (vgl. Vincent 2012: 32).

### **Aufgaben- und Prozessfaktoren**

Die Aufgaben- und Prozessfaktoren umfassen explizit die Gestaltung von Aufgaben oder Prozessen. Hier sind beispielhaft Protokolle, Checklisten, standardisierte Kommunikationsmodelle, oder der Umgang und die Lagerung von Medikamenten zu nennen (vgl. Vincent 2012: 32).

### **Individuelle Faktoren**

Sie umfassen die Kenntnisse, Erfahrungen und den Aus- und Fortbildungsstand jedes Mitarbeiters (vgl. Vincent 2012: 33).

### **Teamfaktoren**

Die Teamfaktoren beziehen sich auf die Interaktion der Individuen innerhalb des Teamgefüges, aber auch die prozessbezogene Leistung des Teams. Konflikte und defizitäre Kommunikationsstrukturen sind ebenfalls Teil dieser Faktoren (vgl. Vincent 2012: 33).

### **Arbeits- und Umfeldfaktoren**

Hierzu zählt die Infrastruktur einer Abteilung, die materielle Ausstattung und räumlichen Gegebenheiten. Also das Umfeld, in dem die Mitarbeiter tätig sind und die Ausrüstung, die zur Erfüllung des Arbeitsauftrages notwendig ist. Die Arbeits- und Umfeldfaktoren beziehen sich auch auf eventuelle Ablenkungen oder Unterbrechungen durch in Mängel der Infrastruktur (vgl. Vincent 2012: 33).



### **Organisatorische Faktoren**

Sie beziehen sich auf Entscheidungen des Managements und organisatorische Prozesse, zum Beispiel die Verfügbarkeit von Materialien oder der Personaleinsatz. Die Möglichkeit der Fort- und Weiterbildung ist ebenfalls ein organisatorischer Faktor, der die Behandlungsergebnisse beeinflussen könnte (vgl. Vincent 2012: 33).

### **Institutionelle Faktoren**

Diese Faktoren schließen die finanziellen Rahmenbedingungen, externe Richtlinien, aber auch andere allgemeine wirtschaftliche Faktoren ein (vgl. Vincent 2012: 33).

Die Verkettung von *latenten Bedingungen* und *aktiven Fehlern* kann trotz präziser und gut platzierter Sicherheitsbarrieren zu *unerwünschten Ereignissen* führen. Reasons (2000) häufig zitiertes „*Schweizer Käse Modell*“ beschreibt das Versagen von Sicherheitsbarrieren, seien es technische oder menschliche, und vergleicht diese mit den Löchern in einem Käse. Wenn die Löcher in den Sicherheitsbarrieren in der gleichen Achse liegen, kommt es zum Versagen des Sicherheitssystems und ein *unerwünschtes Ereignis* kann eintreten. Die Löcher in den Sicherheitsbarrieren entstehen durch *latente Bedingungen*, *aktive Fehler* und werden von den *beitragenden Faktoren* beeinflusst (vgl. Reason 2000: 769).

### 3.8 Systematische Literaturrecherche

Da eine systematische Recherchestrategie zur Bearbeitung der Forschungsfragen angewendet wurde, erläutert der Verfasser nun den Begriff der systematischen Literaturrecherche und die Anforderungen, die an eine solche Recherche gestellt werden.

„Systematische Recherchen sind für systematische Übersichtsarbeiten das, was für primär-empirische Untersuchungen die Stichprobe ist“ (Simon 2011: 176).

Transparenz ist die wohl wichtigste Anforderung an eine systematische Literaturrecherche. Alle Schritte der Recherche und die erzielten Ergebnisse sind zu dokumentieren. Die Recherchestrategie muss zu jedem Zeitpunkt nachvollziehbar sein. Die genutzten Instrumente werden beschrieben und die Recherche in Datenbanken wird so strukturiert dargestellt, dass sie reproduziert werden kann (vgl. Simon 2011: 176). Simon (2011) betont: „Eine systematische Recherche [...] hat den Anspruch, nachvollziehbar und reproduzierbar zu sein [...]“ (Simon 2011: 175).

Um die formulierten Fragestellungen beantworten zu können, wurde die Literaturrecherche der vorliegenden Arbeit systematisch durchgeführt. Der Verfasser hat Suchbegriffe anhand einer orientierenden Suche definiert und diese kombiniert. Dieser Vorgang ist in Kapitel 4 detailliert dargestellt. Des Weiteren wurden Ein- und Ausschlusskriterien definiert. Der Suchzeitraum und die Datenbanken, in denen recherchiert wurde, wurden vom Verfasser begrenzt.

### 3.9 Instrument zur Einstufung der Evidenz

Zur Bestimmung der Evidenz von Studien, hat sich der Verfasser für die Klassifikation der Evidenzstärke in Grade, nach der Ärztlichen Zentralstelle für Qualitätssicherung (ÄZQ) entschieden. Die Klassifikation unterscheidet die Grade Ia bis IV. Grad Ia stellt die stärkste Form der Evidenz dar, Grad IV die schwächste (vgl. das Leitlinien-Manual von AWMF und ÄZQ 2001: 41). Die Grade und Kriterien der Klassifikation sind in der nachfolgenden Tabelle dargestellt.

Grad	Kriterien
Ia	Evidenz aufgrund von Metaanalysen randomisierter, kontrollierter Studien
Ib	Evidenz aufgrund mindestens einer randomisierten, kontrollierten Studie
IIa	Evidenz aufgrund mindestens einer gut angelegten, kontrollierten Studie ohne Randomisierung
IIb	Evidenz aufgrund mindestens einer gut angelegten, quasi experimentellen Studie
III	Evidenz aufgrund gut angelegter, nicht experimenteller deskriptiver Studien
IV	Evidenz aufgrund von Berichten / Meinungen von Expertenkreisen, Konsensus-Konferenzen und/oder klinischer Erfahrung anerkannter Autoritäten

**Tabelle 1:** Einteilung der Evidenzstärke in Grade. Eigene Darstellung des Verfassers, in Anlehnung an das Leitlinien-Manual von AWMF und ÄZQ (2001: 41).

Im Leitlinien-Manual der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) und der ÄZQ wird betont:

„Trotzdem ist keine Evidenzbewertung vollständig objektiv, vielmehr hat diese immer ein mehr oder weniger ausgeprägtes subjektives Element. Aus diesem Grund sollte jede Publikation von mindestens zwei unabhängigen Bewertern analysiert werden“

(Leitlinien-Manual von AWMF und ÄZQ 2001: 43).

Die empfohlene, unabhängige Bewertung der Publikationen durch einen zweiten Bewerter, ist im Rahmen dieser Bachelor-Thesis kaum möglich. Aus diesem Grund werden die im Ergebnisteil dieser Arbeit vorgestellten Publikationen ausschließlich vom Verfasser bewertet. Sollte eine Einstufung in die vorgestellten Grade, aus Sicht des Verfassers, nicht eindeutig möglich sein, erhält die betreffende Publikation eine eher niedrigere Bewertung.

## 4 Methodik

### 4.1 Literaturrecherche

Die Literaturrecherche erfolgte im Zeitraum vom 01.03.2020 bis zum 15.04.2020.

„Die orientierende Recherche steht am Anfang jeder Forschungsarbeit [...]“ (Simon 2011: 174). Diesem Rat folgend, begann die Recherche mit einer orientierenden Suche in der Suchmaschine Google<sup>2</sup> und deren Variante Google Scholar<sup>©</sup>. Ergänzt wurde diese durch die Recherche im Online Public Access Catalogue (OPAC) der Katholischen Hochschule Nordrhein-Westfalen.

Für die systematische Literaturrecherche wurden die Datenbanken Medline/PubMed, Cochrane Library, CINAHL und CareLit genutzt.

### 4.2 Darstellung der Suchbegriffe

Zunächst wurde die führende Forschungsfrage in ein zu recherchierendes Format überführt. Dazu wurde die Fragestellung in Suchkomponenten getrennt. Dies geschah unter Anwendung des *PICO Schemas*. Die AWMF benennt auf ihrer Internetseite das *PICO Schema* als: „[...] hilfreich für die Präzisierung von Fragestellungen [...]“ (AWMF 2020).

*PICO Schema:*

*P = Patient*

*I = Intervention*

*C = Control*

*O = Outcome*

---

<sup>2</sup> Das (©) Symbol zeichnet eingetragene und geschützte Marken aus.

Da das *PICO Schema* und dessen Alternativen der Orientierung dienen und Komponenten ergänzt und entfernt werden können (vgl. Nordhausen / Hirt 2020: 19), wurde, um die Literaturrecherche eng am Thema der Bachelor-Thesis zu orientieren, das Schema wie folgt angepasst: Die Komponenten *P = Patient* und *C = Control* wurden entfernt, um die Recherche spezifischer zu gestalten. Darüber hinaus wurde das Schema um die Komponente *S = Setting* erweitert.

Das angepasste Schema lautet:

*I = Intervention*

*O = Outcome*

*S = Setting*

Übertragen auf die Fragestellungen wurden so drei Suchkomponenten entwickelt:

Suchkomponente 1: Pflegevisite (= Intervention)

Suchkomponente 2: Patientensicherheit (= Outcome)

Suchkomponente 3: Intensivstation (= Setting)

In einer ersten Recherche konnten für jede Suchkomponente Synonyme identifiziert und zugeordnet werden. Diese sind in Tabelle 2: „Darstellung der Suchbegriffe“ aufgeführt. Die deutschen Suchbegriffe wurden mit Hilfe des Online Wörterbuchs *PONS* in die englische Sprache übersetzt oder im Rahmen der Recherche als treffendes Synonym identifiziert.

Die Tabelle ist zur besseren Übersicht auf der nächsten Seite dargestellt.

Suchkomponente	Suchbegriffe (deutsch)	Suchbegriffe (englisch)
Suchkomponente 1: Pflegevisite	Pflegevisite	nursing audit, nursing round, nursing visit, patient participation, nursing supervision, nursing documentation audit
Suchkomponente 2: Patientensicherheit	Patientensicherheit, Sicherheitskultur	patient safety, safety management, safety culture,
Suchkomponente 3: Intensivstation	Intensivstation, Intensivpflege	intensive care unit, critical care, critical care nursing

**Tabelle 2:** Darstellung der Suchbegriffe. Eigene Darstellung des Verfassers.

#### 4.3 Darstellung der MeSH Terms

Die vom Verfasser verwendeten Fachdatenbanken arbeiten mit Schlagwortkatalogen. Da in den Datenbanken verschiedene, datenbankspezifische Schlagwortkataloge hinterlegt sind, wurde für die identifizierten Suchbegriffe in den Fachdatenbanken, nach den zur Thematik passenden Schlagworten, gesucht. Der wohl bekannteste Schlagwortkatalog liegt der Datenbank Medline/PubMed zugrunde. Diese werden als Medical Subject Headings (MeSH), auch *MeSH Terms*, bezeichnet. Dieser Schlagwortkatalog findet auch in anderen, vom Verfasser festgelegten Datenbanken Anwendung (vgl. Nordhausen / Hirt 2020: 28). Eine Darstellung der identifizierten datenbankspezifischen Schlagwörter findet sich in Tabelle 3: „Darstellung der datenbankspezifischen Schlagwörter“.

Suchkomponente	Datenbank / Schlagwörter			
	Datenbank: Medline/ PubMed	Datenbank: Cochrane	Datenbank: CINAHL	Datenbank: CareLit
Suchkomponente 1: Pflegevisite	nursing audit, teaching rounds, patient participation	nursing audit, teaching rounds, patient participation	nursing audit, patient rounds	Pflegevisite
Suchkomponente 2: Patientensicherheit	patient safety, safety management, risk management	patient safety, safety management, risk management	patient safety, risk management	Sicherheit, Qualitätssicherung; Pflege
Suchkomponente 3: Intensivstation	intensive care units, critical care, critical care nursing	intensive care units, critical care, critical care nursing	intensive care units, critical care, critical care nursing	Intensivpatient, Intensivpflegepersonal

**Tabelle 3:** Darstellung der datenbankspezifischen Schlagwörter. Eigene Darstellung des Verfassers.

#### 4.4 Boolesche Operatoren

Bei der Recherche wendete der Verfasser die drei *Booleschen Operatoren* AND (UND), OR (ODER) und NOT (NICHT) an. Die in den Tabellen 2: „Darstellung der Suchbegriffe“ und 3: „Darstellung der datenbankspezifischen Schlagwörter“ aufgeführten Suchbegriffe und Schlagwörter wurden mit diesen kombiniert.

#### 4.5 Trunkierungen

Platzhalter, auch Trunkierungen genannt, wurden vom Verfasser angewendet. Dies geschah bei dem Suchbegriff „nursing round\*“ da die Datenbank,

durch die Anwendung des Platzhalters, nach „nursing round“ und dem Plural „nursing rounds“ durchsucht wird.

#### 4.6 Darstellung der Suchstrings

In diesem Kapitel stellt der Verfasser die Suchstrings dar, mit denen in Datenbanken recherchiert wurde. Auch das Vorgehen in den Datenbanken wird beschrieben.

Zunächst fand in den Datenbanken ein Suchstring (Suche Nr.:1) zur freien Suche Anwendung. Komplettiert wurde die Recherche dann durch die Suche mit *MeSH Terms* (Suche Nr.:2). Die Suchbegriffe und *MeSH Terms* wurden mit *Booleschen Operatoren* verbunden. Die Anwendung der Suchstrings ist in der nachfolgenden Tabelle dargestellt.

Datenbank	Suche Nr.:	Suchstring
MEDLINE / PubMed	1	nursing audit OR nursing round* OR nursing visit OR patient participation AND patient safety AND critical care
	2	nursing audit OR teaching rounds OR patient participation AND patient safety OR safety management AND critical care nursing
Cochrane Library	1	nursing audit OR nursing round* OR nursing visit OR patient participation AND patient safety AND critical care
	2	nursing audit OR teaching rounds OR patient participation AND patient safety OR safety management AND critical care nursing
CINAHL	1	nursing audit OR nursing round* OR nursing visit AND patient safety AND critical care
	2	nursing audit OR patient rounds AND patient safety OR risk management AND critical care nursing OR intensive care units
CareLit	1	Pflegevisite UND Intensivstation
	2	Pflegevisite UND Sicherheit ODER Qualitätssicherung, Pflege UND Intensivpatient ODER Intensivpflegepersonal

**Tabelle 4:** Darstellung der Suchstrings. Eigene Darstellung des Verfassers.



## 4.7 Recherche in den Fachdatenbanken

### **Medline / PubMed**

Die Suche erfolgte nach dem in Tabelle 4: „Darstellung der Suchstrings“ dargestellten Schema. Der Verfasser nutzte die Funktion der erweiterten Suche. Der Filter wurde auf den vom Verfasser festgelegten Publikationszeitraum 2010-2019 und die Einstellung „*Title/Abstract*“ eingestellt.

### **Cochrane Library**

Da die Cochrane Library mit den gleichen *MeSH Terms* wie Medline/PubMed arbeitet, war die Suche identisch. Auch in dieser Datenbank wurde der Publikationszeitraum mittels Filtereinstellung entsprechend dem Titel der Bachelor-Thesis limitiert. Es wurde die Funktion der erweiterten Suche angewendet. Der Verfasser wählte die Filtereinstellung: „*Trials*“.

### **CINAHL**

Nachdem die zur Fragestellung passenden Schlagwörter der Datenbank identifiziert wurden, erfolgte die Suche nach dem in Tabelle 4: „Darstellung der Suchstrings“ dargestellten Schema. Die Filter wurden auf die Einstellung „*Title*“, „*Abstract available*“ und den festgelegten Publikationszeitraum eingestellt.

### **CareLit**

Die Recherche in der Datenbank CareLit fand mit deutschen Suchbegriffen und Schlagwörtern statt, da in dieser Datenbank die deutsche Sprache zur Katalogisierung der Publikationen genutzt wird. Der verwendete Suchstring ist in Tabelle 4: „Darstellung der Suchstrings“ dargestellt. Auch die *Booleschen Operatoren* wurde in ihrer deutschsprachigen Variante verwendet.

## 4.8 Ein- und Ausschlusskriterien

Im Folgenden wird vom Verfasser dargestellt, welche Ein- und Ausschlusskriterien bei der Literatursuche Anwendung fanden.

Der Publikationszeitraum wurde auf die Jahre 2010 bis 2019 beschränkt, um so einen Überblick über die aktuelle Literatur zu geben. Es wurde nach deutsch- und englischsprachigen Publikationen in Form von Veröffentlichungen in Datenbanken, Fachartikeln, Monographien oder Sammelwerken gesucht. Die Beschränkung auf deutsch- und englischsprachige Literatur soll gewährleisten, dass eine sinngemäße Übersetzung möglich ist. Darüber hinaus wurde das Setting, dem Fokus dieser Arbeit entsprechend, auf Erwachsenen-Intensivstationen begrenzt. Publikationen, die sich auf Pädiatrien, Normalstationen oder andere Pflegeeinrichtungen beziehen, wurden nicht berücksichtigt. Es wurden nur Veröffentlichungen eingeschlossen, welche sich auf den Besuch bei Pflegenden und den zu betreuenden Patienten, am Patientenbett beziehen. Ein weiteres Kriterium stellten Titel und Abstracts der Publikationen dar. Es wurden nur Arbeiten eingeschlossen, zu denen ein Abstract verfügbar war und dessen Titel auf einen Bezug zum Thema dieser Bachelor-Thesis hindeuten. Literaturreviews, Abschluss- oder Dissertationsarbeiten wurden nicht eingeschlossen.

#### 4.9 Methode der Handsuche

Bei der Methode der *Handsuche* werden die Literatur- und Quellenverweise relevanter Treffer nach weiteren interessanten Quellen durchsucht (vgl. Simon 2011: 172). Simon bezeichnet die Handsuche als: „[...] Goldstandard zur Identifizierung von Quellen zu einem definierten Thema“ (Simon 2011: 172). Nach dem so beschriebenen Verfahren der *Handsuche* hat der Verfasser der vorliegenden Arbeit, die Literaturverweise identifizierter Treffer aus Datenbanken, gefundener Artikel oder Buchkapitel von Monographien und Sammelwerken, nach weiterer relevanter Literatur durchsucht. Das Ergebnis der Handsuche ist in Kapitel 5 dargestellt.

#### 4.10 Methode der Literaturbeschaffung

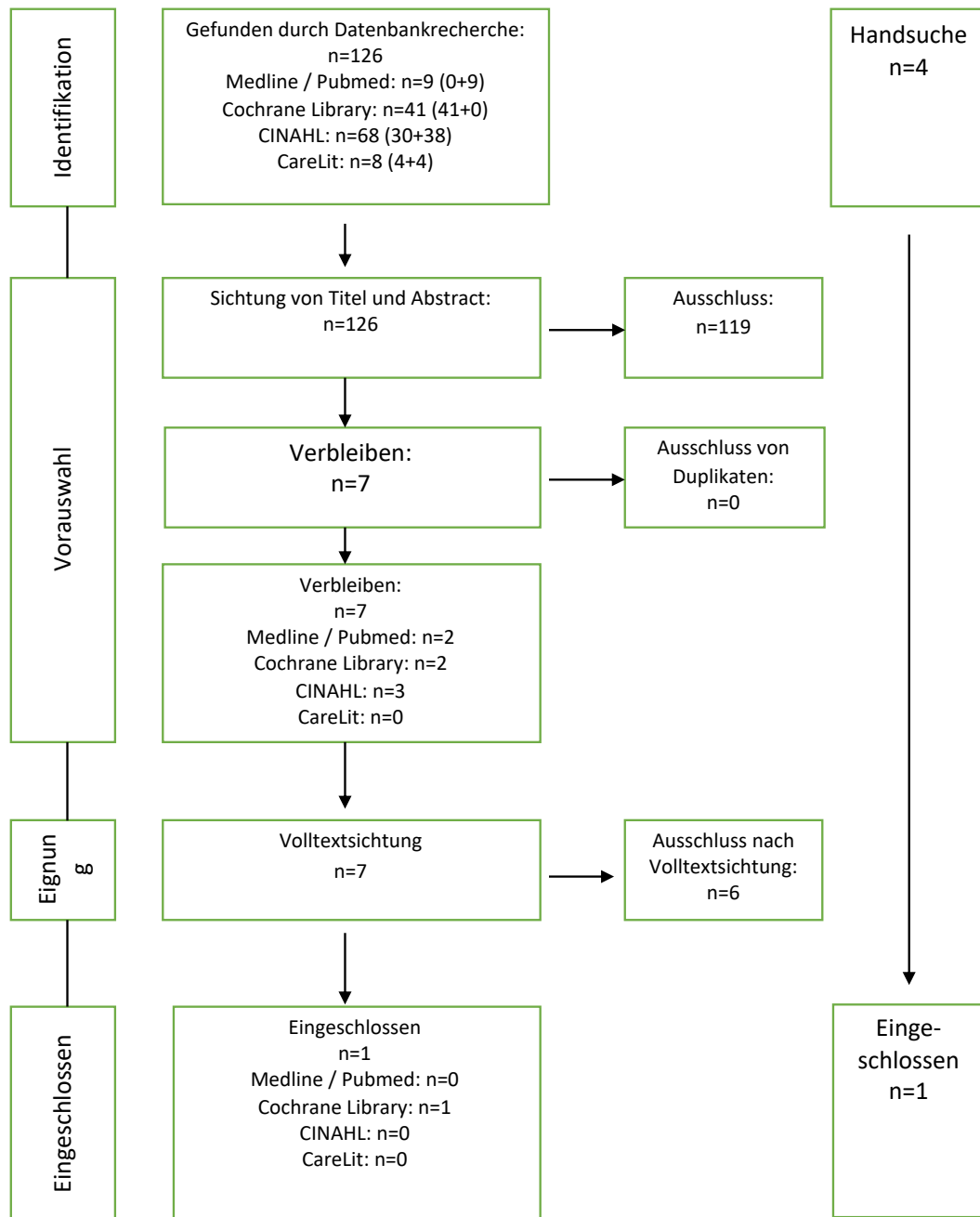
Die als relevant identifizierte Literatur hat der Verfasser über den VPN (Virtual Private Network) Zugang der Katholischen Hochschule oder das Eduroam Netzwerk der RWTH (Rheinisch- Westfälische Technische Hochschule) Aachen direkt heruntergeladen. Es wurde Literatur in Bibliotheken geliehen oder die Kaufoption genutzt.

## 5 Ergebnisse

In diesem Kapitel der Arbeit stellt der Verfasser die Ergebnisse der Recherche dar. Zunächst werden die Ergebnisse in einem Fließdiagramm dargestellt. Diese Art der Darstellung eignet sich aufgrund der Übersichtlichkeit besonders, um dem Leser einen ersten Überblick über die Ergebnisse der Recherche zu ermöglichen. Die Ergebnisse der Datenbankrecherche und der Handsuche werden im Anschluss daran detaillierter dargelegt. Letztlich werden die eingeschlossenen Publikationen präsentiert. Hierzu werden diese zusammenfassend beschrieben.

Das Fließdiagramm ist zur besseren Übersicht auf der nächsten Seite dargestellt.

## 5.1 Fließdiagramm zur Ergebnisdarstellung



**Abbildung 3:** Fließdiagramm zur Darstellung der Ergebnisse. Eigene Darstellung des Verfassers.

## 5.2 Ergebnisse der Datenbankrecherche

### **Medline / PubMed**

Die Suche mit den zwei dargestellten Suchstrings ergab in dieser Datenbank neun Treffer. Die freie Suche ergab unter den in Kapitel 4 beschriebenen Einstellungen keinen Treffer. Die Suche mit *MeSH Terms* ergab neun Treffer. Nach Sichtung von Titel und Abstract verblieben zwei Treffer die der Volltextsichtung unterzogen wurden.

### **Cochrane Library**

Die festgelegte Recherche in der Cochrane Library ergab 41 Treffer. Suchstring Nummer eins (Nr.:1) ergab 41, Suchstring Nummer zwei (Nr.:2) keinen weiteren Treffer. Nach Sichtung der Titel und Abstracts wurden von zwei Treffern die Volltexte gesichtet.

### **CINAHL**

Die Suche in der Datenbank CINAHL lieferte unter Anwendung der festgelegten Suchstrings insgesamt 68 Treffer. Der Suchstring der freien Suche (Suche Nr.:1) ergab 30, die Suche mit *MeSH Terms* weiter 38 Treffer. Nach Sichtung von Titel und Abstracts verblieben drei Treffer, deren Volltexte gesichtet wurden.

### **CareLit**

In der Datenbank CareLit konnten unter Anwendung der festgelegten Suchstrings in Summe acht Treffer erzielt werden. Die freie Suche ergab vier Treffer, die Suche mit Schlagwörtern ebenfalls. Nachdem Titel und Abstracts der Treffer gesichtet wurden, sah der Verfasser keinen der Treffer als relevant zur Beantwortung der Forschungsfragen an.

### 5.3 Ergebnisse der Handsuche

Durch die *Handsuche*, nach dem in Kapitel 3 vorgestellten Schema, konnte der Verfasser vier weitere Publikation identifizieren. Es erfolgten drei Ausschlüsse, da sich die Veröffentlichungen auf die Pflegevisite im Allgemeinen bezogen und das Konzept nur grundsätzlich vorstellten. Eine Veröffentlichung eignete sich zur Beantwortung der Forschungsfrage. Die Publikation wird in Kapitel 5 zusammenfassend präsentiert.

### 5.4 Ergebnisse der Volltextsichtung

#### **Medline / PubMed**

Die gesichteten Volltexte der, in der Datenbank Medline/PubMed gefundenen Treffer, wurden vom Verfasser als nicht relevant zur Bearbeitung der Forschungsfrage angesehen. Ein Ausschluss erfolgte, da in der Veröffentlichung die Ergebnisse eines Mitarbeiterfragebogens dargestellt wurden und kein Besuch am Patientenbett stattfand. Der zweite Treffer wurde ausgeschlossen, da es sich um einen Projektbericht über ein, von einer Pflegekraft geleitetem Sicherheitsprogramm handelte, das aus Vorträgen und Postern bestand.

#### **Cochrane Library**

Im Rahmen der Volltextsichtung der Treffer, die in der Cochrane Library identifiziert wurden, wurde eine Publikation ausgeschlossen. Es handelte sich um ein Studienprotokoll, das keine Ergebnisse präsentierte. Die zweite gesichtete Publikation eignete sich zur Beantwortung der Forschungsfragen. Diese wird in Kapitel 5 zusammenfassend dargestellt.

#### **CINAHL**

Die Volltexte aus der Datenbank CINAHL eigneten sich aus Sicht des Verfassers nicht zur Bearbeitung der Forschungsfragen. Die drei Treffer wurden somit ausgeschlossen. Ein Ausschluss erfolgte, da es sich um einen Projektbericht zur Implementierung von bettseitigen Übergaben und

interdisziplinären Visiten mittels eines spezifischen Implementierungstools handelte. Ein weiterer Ausschluss erfolgte, weil sich die Publikation mit der Entwicklung, nicht aber mit der Durchführung von Dokumentationsaudits auf Normalstationen befasste. Die dritte Veröffentlichung untersuchte die Pflegedokumentation von Normalstationen und wurde vom Verfasser ebenfalls als nicht relevant zur Bearbeitung der Forschungsfragen angesehen.

## 5.5 Präsentation der Ergebnisse

### **Krüger L, Ramos y Soto A 2018**

Krüger und Ramos berichten in einem Artikel über die Pflegevisite auf einer Erwachsenen-Intensivstation in einer deutschen Universitätsklinik.

Der Artikel „Pfleger auf der Intensivstation begleiten“ ist 2018 in einer Zeitschrift für Gesundheitsberufe erschienen. Bei den Autoren handelt es sich um einen Pflegewissenschaftler, der die Funktion des Praxisanleiters erfüllt, und eine Stationsleitung. Die Autoren sind auf der Station tätig, auf der das im Artikel beschriebene Projekt durchgeführt wurde.

Im Rahmen des wissenschaftlichen Projekts fanden über einen Zeitraum von drei Monaten 75 Pflegevisiten statt. Zur Projektevaluation wurde ein aus 13 Fragen bestehender, standardisierter Fragebogen zur Befragung der teilnehmenden Pflegekräfte genutzt. Die Autoren betonen, dass es sich um eine Vollerhebung (n=69) handelt. Die Visiten wurden einmal wöchentlich durchgeführt. An den Visitentagen wurden mehrere Mitarbeiter von einem Vorgesetzten aus dem Stationsleitungsteam und dem Pflegewissenschaftler am Patientenbett visitiert. Die Visitermine wurden von den Leitenden koordiniert und angekündigt. Jeder visitierte Mitarbeiter bekam so die Möglichkeit sich, mithilfe eines von den Autoren zuvor entwickelten Leitfadens, auf die Pflegevisite vorzubereiten. Die Autoren stellen in dem Artikel die Durchführung der von ihnen geleiteten Visiten dar. Zunächst stellt der visitierte Mitarbeiter den zu betreuenden Patienten strukturiert, anhand des Leitfadens, vor. Im nächsten Schritt werden die Pflegeprobleme und die

Ressourcen des Patienten, sowie bereits eingeleitete Pflegemaßnahmen benannt. Sollte bereits eine Pflegevisite bei dem Patienten erfolgt sein, wird das dabei ausgefüllte Visitenprotokoll genutzt, um die Entwicklung und Zielerreichung zu evaluieren. Die Autoren berichten über die Relevanz der Patientenpartizipation bei der Festlegung erforderlicher Maßnahmen. Den Abschluss der Visite bildet das Feedback des Vorgesetzten. In der Darstellung der Ergebnisse des evaluierenden Fragebogens gehen die Autoren ausschließlich auf die Frage ein, ob das Feedback des Vorgesetzten hilfreich für das weitere pflegerische Handeln der visitierten Mitarbeiter sei. Hierzu konnten die Autoren nur die Fragebögen der Mitarbeiter auswerten, die zuvor an einer Pflegevisite teilgenommen hatten. 75% (n=28) der visitierten Mitarbeiter gaben an, im Anschluss an die Visite ein Feedback erhalten zu haben. Die Autoren berichten, dass jedoch nach jeder Visite ein Feedback gegeben wurde. Als mögliche Gründe dafür, dass 25% der visitierten Mitarbeiter angaben kein Feedback erhalten zu haben, nennen die Autoren die mögliche fehlende Interpretation der stellvertretenden Stationsleitung als Vorgesetzten oder das als Unterstützung wahrgenommene Feedback des Pflegewissenschaftlers. Die Autoren betonen, dass 95% (n=22) der Mitarbeiter, die angaben ein Feedback erhalten zu haben, dies als hilfreich für ihr weiteres pflegerisches Handeln ansahen. Krüger und Ramos schließen den Artikel mit der Aussage, dass die Pflegevisite ein geeignetes Mittel für den Wissenstransfer in die Praxis darstellt und das Feedback für die Mitarbeiter unbedingt Bestandteil der Visite sein sollte. Sie betonen: „Vor allem sind Bedeutung und Auswirkungen des Feedbacks an die Pflegenden nicht zu unterschätzen.“ (Krüger / Ramos y Soto 2018: 60).

Die Einstufung der Evidenz mittels der in Kapitel 3 vorgestellten Grade ist, aus Sicht des Verfassers, nicht möglich. Das nicht-analytische Design der Untersuchung könnte zwar durchaus als Expertenbericht interpretiert werden, jedoch diene der quantitative Fragebogen, der im Rahmen des Projekts zur Anwendung kam, lediglich der Projektevaluation und nicht der wissenschaftlichen Untersuchung einer Fragestellung.



### **Sirgo Rodriguez et al. 2014**

Sirgo Rodriguez et al. (2014) entwickelten eine Checkliste und wendeten diese, in Form eines Audits, bei Patienten auf einer Intensivstation in einem spanischen Krankenhaus an. Die Studie wurde 2014 in einer spanischen Fachzeitschrift für Intensivmedizin veröffentlicht. Ziel der Autoren war es, eine Checkliste zu entwickeln, die auf wissenschaftlichen Grundlagen beruht und in Echtzeit *Fehler durch Unterlassen*, sowie *latente Bedingungen* identifiziert.

Die Autoren leiten die Publikation mit einem Überblick über die aktuelle Literatur über Patientensicherheit ein. Hierbei stellen sie die Fehlertypen dar und betonen, dass mehr als die Hälfte aller *Fehler* auf Unterlassen zurückzuführen sind. Zur Entwicklung der Checkliste führten die Autoren eine Literaturrecherche in Fachdatenbanken durch, sie durchsuchten Leitlinien und andere Fachliteratur. Die so identifizierten Maßnahmen mussten geeignet sein, präventiv auf die genannten Fehlertypen einzuwirken. Die Maßnahmen wurden in neun Kategorien sortiert: Beatmung, Hämodynamik, Nierenfunktion/Nierenersatzverfahren, Analgesie/Sedierung, Therapie, Techniken/Tests, Ernährung, Pflege, Struktur. Den Kategorien wurden dann die spezifischen Maßnahmen, wie beispielsweise das Einstellen von Alarmgrenzen für Vitalparameter oder Beatmungsdrücke, die Evaluation der Sedierungstiefe, die Dokumentation von Pflegemaßnahmen, die Kontrolle des Cuffdrucks oder die Einschätzung des Dekubitusrisikos, zugeordnet. Die so erstellte und kategorisierte Maßnahmenliste wurde dann mittels *Delphie-Methode* evaluiert. Hierzu wurde die Maßnahmenliste von Experten der Intensivmedizin, Pflegeexperten und erfahrenen Pflegekräften bewertet und Maßnahmen, die nicht tauglich erschienen, wurden ausgeschlossen. Die Experten bewerteten in dem drei Runden umfassenden Prozess, die Durchführbarkeit und Relevanz der Maßnahmen. Darüber hinaus konnten die Experten weitere, bisher nicht berücksichtigte Maßnahmen, für die Checkliste vorschlagen. Die finale Maßnahmenliste, die während der Audits als Checkliste dient, ist in der Publikation in einer Tabelle dargestellt. Die Audits fanden auf einer Intensivstation mit 14 Betten statt. Der Betreuungsschlüssel der Pflegekräfte betrug 1:2. Die Audits wurden über einen

Zeitraum von 30 Tagen, an insgesamt 14 Tagen durchgeführt. Die Tage, an denen Audits stattfanden, waren Montag, Mittwoch und Freitag. Die Termine waren allen Mitarbeitern der Station bekannt. An jedem der Audittage wurde die Hälfte der Checkliste, bei der Hälfte der Patienten angewendet. Die Auswahl war randomisiert. Die Mitarbeiter hatten vorab keine Kenntnis darüber, welche Maßnahmen der Checkliste bei welchem Patienten überprüft werden. Die Audits wurden direkt am Patientenbett durchgeführt. Anwesend waren ein Stationsarzt, die den Patienten betreuende Pflegekraft, eine Stationsleitung und einer der Wissenschaftler. Die Bewertung der Checkliste während der Audits erfolgte anhand einer der vier folgenden Antworten:

1. Die beschriebene Maßnahme war bereits vor dem Audit angewendet.
2. Die Maßnahme wurde nicht vor dem Audit angewendet, wurde jedoch danach umgesetzt.
3. Die Maßnahme wurde nicht vor dem Audit angewendet, und wurde auch danach nicht umgesetzt.
4. Die Maßnahme war nicht umsetzbar.

Die Anwendbarkeit der Checkliste wurde von den Autoren anhand der Häufigkeit der nach dem Audit angewendeten Maßnahmen angegeben. Diese Daten werden als prozentuale Anteile in der Publikation dargestellt. Insgesamt wurden von den Experten 37 Sicherheitsmaßnahmen festgelegt und während der Audits überprüft. Die Autoren berichten, dass es bei 31 davon zu Änderungen in der klinischen Praxis kam. Bei sechs Sicherheitsmaßnahmen waren keinerlei Änderungen, beziehungsweise Anwendungen der Maßnahmen zu verzeichnen, da diese Maßnahmen bereits vor den Audits erfolgreich angewendet wurden. Die Autoren heben hervor, dass es bei acht der 31 Maßnahmen, in über 25% der Kontrollen, zu einer Anpassung der Sicherheitsmaßnahmen kam und es sich bei diesen um Maßnahmen handelt, die von internationalen Leitlinien empfohlen werden. Hier nennen die Autoren beispielhaft das Beatmen mit angepasstem *Tidalvolumen*. Im Diskussionsteil der Publikation wird von den Autoren die Relevanz der Partizipation der Mitarbeiter betont. Die Mitarbeiter hatten keine Konsequenzen zu erwarten, wenn das Audit das Fehlen einer Sicherheitsmaßnahme identifizierte. Dies war laut den Autoren der Akzeptanz der Mitarbeiter zuträglich

und viele von ihnen empfanden das Audit als lehrreich. Als Limitation sehen die Autoren die geringe Anzahl an durchgeführten Audits, die fehlenden Daten über die Zeit, die ein Audit in Anspruch nahm, und dass es keine Vergleichswerte zu der Anzahl an *Fehlern* vor den Audits gibt. Die Autoren schließen, dass sie eine Checkliste entwerfen konnten, die sich dazu eignet *Fehler durch Unterlassen* und *latente Bedingungen* zu identifizieren und diese von den Mitarbeitern akzeptiert wird. Die Durchführbarkeit müsste laut den Autoren jedoch weiter quantifiziert werden.

Die Evidenz dieser Studie wird, aufgrund ihres gut angelegten, quasi experimentellen Designs in Grad IIb nach der Klassifikation des Leitlinien-Manuals der AWMF und der ÄZQ bewertet.

## 6 Diskussion

### 6.1 Diskussion der Methodik

Die genutzte Methodik wurde in Kapitel 4 dargestellt. Die detaillierte Darstellung der Recherchestrategie und der Methodik erwies sich als zielführend, um den Kriterien einer systematischen Recherchearbeit zu entsprechen. Die festgelegten Ein- und Ausschlusskriterien waren hilfreich und nützlich zur Identifikation geeigneter Literatur. Die Hälfte der Bearbeitungszeit dieser Bachelor-Thesis für die Recherchearbeit zu verwenden war zweckmäßig, da so genügend Zeit für die Bearbeitung der Literatur und das Formulieren der Arbeit blieb. Obwohl der Begriff „*Supervision*“ im Kontext der Pflegevisite vom Verfasser während der orientierenden Recherche identifiziert wurde, kam dieser im finalen Suchstring nicht zur Anwendung. Grund dafür ist, dass ein um den Suchbegriff „*nursing supervision*“ erweiterter Suchstring in der Datenbankrecherche zu sensitiv war und eine nicht zu bearbeitende Trefferanzahl lieferte. Es ist zu vermuten, dass sich dadurch einige relevante Treffer vom Verfasser nicht identifizieren ließen. Eine Erweiterung des Recherchezeitraums wäre notwendig gewesen, um

die große Trefferanzahl zu bearbeiten. Dies ließ sich im Rahmen dieser Bachelor-Thesis und der vorgeschriebenen Bearbeitungszeit jedoch nicht realisieren. Die Kombination der freien Suche und der Suche mit *MeSH Terms* erwies sich als geeignet. Auch die Anwendung der *Booleschen Operatoren* war effektiv zur Kombination der Suchkomponenten. Die Ergebnisse der Recherche in den vier verwendeten Fachdatenbanken lassen vermuten, dass die Hinzunahme weiterer Datenbanken zusätzliche Treffer erzielen könnte. Die Methode der Literaturbeschaffung war effektiv, da sich über die beiden in Kapitel 4 genannten Hochschulzugänge ein Großteil der Literatur beschaffen ließ. Die Kaufoption musste nur in wenigen Fällen genutzt werden. Zusammenfassend beurteilt der Verfasser das methodische Vorgehen als geeignet zur Bearbeitung der Forschungsfragen.

## 6.2 Diskussion der Ergebnisse

Schon eine erste orientierende Recherche zum Thema „*Der Beitrag der Pflegevisite zur Patientensicherheit*“ mit dem Fokus auf Erwachsenen-Intensivstationen ließ beim Verfasser die Vermutung zu, dass sich nur wenige Publikationen wissenschaftlich mit der Thematik befassen. Dies stellten, wie einleitend erwähnt, auch schon Görres et al. (2002) in ihrer Untersuchung vor fast 20 Jahren fest. Aus diesem Grund wurden auch Fachartikel und Monographien als Einschlusskriterien festgelegt. Doch auch hier wurde zwar die Pflegevisite auf Erwachsenen-Intensivstation thematisiert, meist aber nur das Konzept der Visite und nicht ihr Einfluss auf die Patientensicherheit. Die eingeschlossenen und im Ergebnisteil dieser Arbeit präsentierten Publikationen geben lediglich vage Hinweise auf einen möglichen Einfluss der Pflegevisite auf die Patientensicherheit.

Krüger und Ramos y Soto (2018) berichten in ihrem Artikel über das Projekt der Implementierung der Pflegevisite auf einer Intensivstation. Zur Evaluation des Projekts wurde von den Autoren ein Fragebogen verwendet. Der Fragebogen ist in der Publikation nicht dargestellt. Die Autoren berichten ausschließlich über das Feedback, das die visitierten Pflegenden erhielten.

Ein direkter Bezug zur Patientensicherheit wird von den Autoren nicht beschrieben. Die Autoren unterstreichen die Bedeutung des Feedbacks für die visitierten Mitarbeiter, und dass dies von den Pflegenden als hilfreich für ihr weiteres pflegerisches Handeln empfunden wird. Das Befragungsergebnis lässt sich, aus Sicht des Verfassers dieser Bachelor-Thesis, als eine Weiterentwicklung der fachlichen Kompetenzen der visitierten Mitarbeiter interpretieren. Die Weiterentwicklung der fachlichen Kompetenz kann zu einer höheren Pflegequalität, und somit zu einem Zugewinn für die Sicherheit der Patienten führen. Der von den Autoren angewendete Fragebogen diente jedoch lediglich der Projektevaluation, nicht der wissenschaftlichen Untersuchung der Pflegevisite.

Sirgo Rodriguez et al. (2014) haben im Rahmen ihrer Untersuchung eine Checkliste zur Identifikation von *Fehlern durch Unterlassen* und *latenten Bedingungen* entwickelt und diese bei Besuchen am Patientenbett angewendet. Die Autoren konnten zeigen, dass sich die von ihnen entwickelte Checkliste eignet, um die genannten Fehlertypen zu identifizieren. Die Identifikation von *Fehlern* mittels Checkliste kann, aus Sicht des Verfassers dieser Bachelor-Thesis, als positiver Beitrag zur Patientensicherheit interpretiert werden. Die Autoren weisen jedoch darauf hin, dass nur sehr wenige Audits stattfanden, in denen die Checkliste genutzt wurde, um ihre Anwendbarkeit zu untersuchen. Deshalb gibt das Ergebnis der Untersuchung nur Hinweise darauf, dass ergänzende Checklisten bei Besuchen am Patientenbett einen positiven Beitrag zur Patientensicherheit leisten könnten. Auch in dieser Publikation wird die hohe Akzeptanz der visitierten Pflegekräfte gegenüber den Besuchen erwähnt.

Zusammenfassend ist festzustellen, dass mit der angewendeten Recherchestrategie nur wenige Publikationen identifiziert werden konnten, die sich mit dem Thema der Pflegevisite auf Intensivstationen befassen. Bei vielen, im Verlauf der Suche ausgeschlossenen Publikationen, handelt es sich zudem um Erfahrungsberichte, die über die Implementierung des Konzepts der Visite berichten. Ein Bezug zur Patientensicherheit wird in ihnen nicht beschrieben. Viele Veröffentlichungen liegen in Form von Monographien

vor und sind in ihrem Schwerpunkt an der stationären Langzeitpflege orientiert. Doch auch hier wird der Beitrag der Pflegevisite zur Patientensicherheit nicht diskutiert. Diese Erkenntnisse sind ein deutliches Indiz dafür, dass in den letzten zehn Jahren wenig zum Thema der Pflegevisite geforscht wurde. Die in die vorliegende Arbeit eingeschlossenen Publikationen geben lediglich Hinweise auf einen positiven Beitrag der Pflegevisite zur Patientensicherheit auf Erwachsenen-Intensivstationen. Diese Hinweise sind jedoch Interpretationen und Schlussfolgerungen der Untersuchungsergebnisse, keine direkten empirischen Evidenzen.

Eine Möglichkeit der Pflegevisite einen positiven Beitrag zur Patientensicherheit zu leisten, bietet der Einsatz von Protokollen und Checklisten. So werden, wie bereits in Kapitel 3 erwähnt, Protokolle von den Experten einstimmig zur Begleitung der Visiten empfohlen. Folgt man dieser Empfehlung und berücksichtigt die Ergebnisse der Untersuchung von Sirgo Rodriguez et al. (2014), wird das Potenzial von begleitenden Dokumenten während der Visite deutlich. So kann eine Pflegevisite, die in Form einer mitarbeiterorientierten, *supervidierenden Pflegevisite* durchgeführt, im Vorfeld angekündigt und von einer Checkliste begleitet wird, als positiver Beitrag zur Patientensicherheit auf Erwachsenen-Intensivstationen interpretiert werden. Denn durch diese Art der Anwendung der Visite können *unsichere Handlungen* und *latente Bedingungen* identifiziert, frühzeitig erkannt und Maßnahmen angewendet oder geplant werden, die diese beheben oder präventiv auf sie wirken können. Eine Checkliste gibt dazu dem Management die Möglichkeit der Metaanalyse. So lässt sich nicht nur feststellen, welche Form von *latenten Bedingungen* oder Ereignissen in der Abteilung wiederholt beobachtet werden können, sondern dient auch der Eruierung des Fortbildungsbedarfs der visitierten Mitarbeiter. In der Literatur lassen sich verschiedene Beispiele für begleitende Protokolle und Checklisten finden (vgl. Panka 2014: 39-51; Panka 2016: 21-29; Hellmann / Rößlein 2012: 91-126). Die begleitenden Dokumente sollten einfach und übersichtlich gestaltet sein. Eine Auflistung der zu überprüfenden Visitenschwerpunkte, wie zum Beispiel die korrekte Durchführung und Dokumentation von Prophylaxen, empfiehlt sich aus Sicht des Verfassers. Zudem sollte es Platz für

Bemerkungen des Visitierenden geben. Die individuelle Anpassung der begleitenden Dokumente an die Art der Anwendung und das gegebene Setting ist notwendig, um den Einsatz dieser effektiv zu gestalten und unnötigen Dokumentationsaufwand zu vermeiden. Der Umsetzung von Sirgo Rodriguez et al. (2014) und Krüger und Ramos y Soto (2018) folgend, scheint das Durchführen von mehreren Pflegevisiten pro Woche empfehlenswert. Beide Publikationen berichten bei diesem Visitenintervall von einer großen Akzeptanz der Mitarbeiter. Zudem ermöglicht dieser Intervall dem Management, die Mitarbeiter auch in großen Abteilungen mehrmals im Jahr am Patientenbett zu besuchen. Die Dauer der Pflegevisite sollte, aus Sicht des Verfassers, 30 Minuten nicht überschreiten. So kann diese ohne größeren Aufwand in die Arbeitsabläufe einer Schicht integriert werden.

Es muss kritisch erwähnt werden, dass nicht jede Pflegevisite grundsätzlich einen positiven Beitrag zur Patientensicherheit leistet. Die Visite muss hierzu vom Anwender, also vom Visitierenden, zur Erfüllung dieses Zwecks angepasst und entsprechend angewendet werden. Allein die Implementierung des Instruments der Pflegevisite in die bestehende Struktur einer Abteilung fordert das Management enorm. Doch die beiden in den Ergebnisteil der Arbeit eingeschlossen Publikationen berichten über die hohe Akzeptanz und Compliance der Mitarbeiter hinsichtlich der Visiten. Dies zeigt, dass Pflegenden die Visite weniger als Kontrolle des Managements wahrnehmen, sondern vielmehr als hilfreiches Instrument zur Weiterentwicklung ihrer Kompetenzen.

Der Rückblick auf die vom Verfasser formulierten Forschungsfragen zeigt, dass die Frage, ob die Pflegevisite einen Beitrag zur Patientensicherheit auf Erwachsenen-Intensivstationen leistet, nicht abschließend beantwortet werden kann. Die durch diese Recherchearbeit ermittelten Publikationen lassen keine verlässliche Aussage zu. Sie deuten einen positiven Beitrag an, belegen diesen jedoch nicht ausreichend evident. Darüber hinaus konnte der Verfasser zeigen, dass der Beitrag der Pflegevisite zur Patientensicherheit auf Erwachsenen-Intensivstationen, in den letzten zehn Jahren kaum erforscht wurde. Diese Feststellung und die

Untersuchungsergebnisse von Görres et al. (2002) deuten auf den hohen Bedarf an Forschung zu dieser Thematik hin. Die zur Heranführung an das Thema genutzte Literatur zeigt, ergänzt durch die in den Ergebnisteil der Arbeit eingeschlossenen Publikationen, wie die Anwendung einer *supervidierenden Pflegevisite* mithilfe von Checklisten die Sicherheit der Patienten auf Erwachsenen-Intensivstationen erhöhen könnte.

## 7 Schlussfolgerungen

In diesem Kapitel wird der Verfasser Schlussfolgerungen und Konsequenzen darlegen, die sich durch die Bearbeitung der Forschungsfragen ergeben haben.

### 7.1 Konsequenzen für den Verfasser

Die Ergebnisse dieser Arbeit zeigen, dass der Beitrag der Pflegevisite zur Patientensicherheit auf Erwachsenen-Intensivstationen nicht belegt und kaum erforscht ist. Dennoch bietet das Instrument der Pflegevisite die Möglichkeit, die Anwendung auf einen positiven Beitrag zur Sicherheit auszurichten. Diese Erkenntnis und das im Rahmen dieser Bachelor-Thesis erlangte Wissen dienen dem Verfasser als Grundlage für eine empirische Untersuchung, die für das bevorstehende Masterstudium und die anschließende Masterarbeit geplant ist. Eine mögliche Ausrichtung dieser geplanten Untersuchung ist die Quantifikation von *unerwünschten Ereignissen* mittels Meldesystemen, wie dem *Critical Incident Reporting System (CIRS)*, vor und nach der Implementierung des Konzepts der *supervidierenden Pflegevisite* mit einer begleitenden Checkliste.



## 7.2 Konsequenzen für die Praxis

Diese Bachelor-Thesis zeigt die vielfältigen Anwendungsmöglichkeiten der Pflegevisite im Kontext der modernen Intensivpflege. Darüber hinaus konnte eine Empfehlung zur Anwendung der Visite gegeben werden, wie diese einen positiven Beitrag zur Patientensicherheit leisten kann. Der Verfasser spricht die klare Empfehlung aus, Pflegevisiten auf einer Intensivstation zu implementieren. Die Implementierung bedarf jedoch eines erfahrenen Managements, dass durch Transparenz und Partizipation die Umsetzung des Instruments der Pflegevisite initiiert. Doch wie die Ergebnisse dieser Arbeit zeigen, lohnt sich der Aufwand, denn er wird mit einer gestärkten Sicherheitskultur in der Abteilung belohnt. Zudem bietet eine Metaanalyse der Pflegevisiten dem Management die Möglichkeit, bedarfsorientiert Fortbildungsprogramme zu entwickeln.

## 7.3 Konsequenzen für die Pflegewissenschaft

Die prägnanteste Erkenntnis dieser Arbeit ist der große Forschungsbedarf zur Thematik der Pflegevisite. Die Ergebnisse zeigen, dass durch Evidenzbasierte Aussagen zum Einfluss der Pflegevisite auf die Patientensicherheit auf Erwachsenen-Intensivstationen anhand der vorgestellten Ergebnisse, nicht möglich sind. Eine bereits erwähnte Möglichkeit der Forschung wäre, die Anzahl an *unerwünschten Ereignissen* zu eruieren und im Vorher- Nachher- Vergleich gegenüberzustellen. Die erste große Herausforderung ist aber, die Pflegevisite überhaupt im Setting der Intensivpflege publik zu machen. Bisher wird sie weiterhin primär mit der Langzeitpflege assoziiert. Dass sie auch auf Erwachsenen-Intensivstationen eine Möglichkeit der Qualitätssicherung darstellt, ist vielen Pflegenden noch nicht bekannt.

## 8 Stärken und Limitierungen

Eine Stärke dieser Arbeit waren die in Kapitel 4 dargestellten Suchbegriffe, Schlagwörter und die daraus entwickelten Suchstrings. Der Verfasser konnte viele für die Bearbeitung des Themas relevante Begriffe ausfindig machen und kombinieren. Eine weitere Stärke ist die Beschränkung des Publikationszeitraums auf die Jahre 2010 bis 2019. Dies ermöglicht einen aktuellen Überblick über den Forschungs- und Wissensstand des bearbeiteten Themas. Die transparente Darstellung der Methodik und der Ergebnisse ist auch als Stärke der Arbeit zu sehen, da die dargestellte Recherchestrategie so vom Leser rekonstruiert werden kann. Auch das umfangreiche Heranführen an die komplexen Themen der Pflegevisite und der Patientensicherheit, die der Zielfokussierung und der Vereinheitlichung des Verständnisses von Verfasser und Leser dient, ist positiv zu werten. Eine große Limitierung der vorliegenden Arbeit war der begrenzte Bearbeitungszeitraum. Da die vorgestellte Thematik der Pflegevisite und deren Einfluss auf die Patientensicherheit auf Erwachsenen-Intensivstationen nur wenig erforscht ist, braucht es Zeit, um möglichst alle relevanten Publikationen zu identifizieren. Die Beschränkung auf die in Kapitel 4 vorgestellten Fachdatenbanken, stellt ebenfalls eine Limitierung dar. Die Recherche auf andere Fachdatenbanken auszuweiten, könnte noch weitere, für die Thematik relevanten Publikationen identifizieren. Auch das in vielen Fachdatenbanken die englische Sprache gebräuchlich ist, erschwerte die Bearbeitung, da dies zu missverständlichen Übersetzungen führen könnte.

## 9 Zusammenfassung

Diese Bachelor-Thesis untersucht, anhand einer systematischen Recherchestrategie, einen möglichen Beitrag der Pflegevisite auf die Patientensicherheit auf Erwachsenen-Intensivstationen. Die führenden Forschungsfragen der Arbeit lauten, ob die Pflegevisite einen Einfluss auf die Patientensicherheit auf Erwachsenen-Intensivstationen hat, wie der aktuelle Stand der Forschung zur Thematik ist und wie die Pflegevisite konzipiert sein sollte, um einen Beitrag zur Patientensicherheit zu leisten. Zur Beantwortung der Fragestellungen wurden diese in zu bearbeitende Suchkomponenten getrennt, welchen dann relevante Suchbegriffe und Schlagwörter zugeordnet wurden. Durch die Kombination der Suchkomponenten mit *Booleschen Operatoren* entstanden die Suchstrings, die zur Suche in Datenbanken genutzt wurden. Die Suche umfasste Datenbanken, Fachartikel in Zeitschriften, Monographien und Sammelwerke. Die zuvor festgelegten Ein- und Ausschlusskriterien wurden genutzt, um die Rechercheergebnisse nah am Thema der Arbeit zu halten. Es wurden ein Fachartikel und eine Studie als Ergebnis der Recherche identifiziert, die geeignet zur Bearbeitung der Forschungsfragen sind. Diese werden im Ergebnisteil der Arbeit zusammenfassend präsentiert. Die Ergebnisse zeigen, dass der Beitrag der Pflegevisite zur Patientensicherheit durch die eingeschlossenen Publikationen nicht sicher belegt werden kann. Die Arbeit zeigt jedoch eindeutig den hohen Forschungsbedarf der Thematik auf. Im Diskussionsteil der Arbeit werden die Recherchestrategie, sowie die Ergebnisse kritisch vom Verfasser diskutiert. Zudem werden, auf Basis der gewonnenen Erkenntnisse, Konsequenzen, die sich für den Verfasser, die Pflegepraxis und die Pflegewissenschaft ergeben, formuliert. Die Stärken und Limitierungen dieser Arbeit werden ebenfalls dargelegt. Das Quellenverzeichnis stellt alle genutzten Quellen da und unterteilt diese in eingeschlossene, ausgeschlossene und ergänzende Literatur.

## 10 Quellenverzeichnis

### 10.1 Eingeschlossene Literatur der Datenbankrecherche

**Sirgo Rodriguez G**, Olona Cabases M, Martin Delgado MC, Esteban Reboll F, Pobo Peris A, Bodi Saera M (2014): *Audits in real time for safety in critical care: Definition and pilot study*, in: *Medicina Intensiva*, Jg. 38, Nr. 8, S. 473-482.

### 10.2 Eingeschlossene Literatur der Handsuche

**Krüger L**, Ramos y Soto A (2018): *Pflegende auf der Intensivstation begleiten Die kollegial-beratenden Pflegevisite*, in: *Dr. med. Mabuse Zeitschrift für alle Gesundheitsberufe*, Jg. 43, Nr. 233, Frankfurt am Main: Mabuse-Verlag GmbH, S. 58-60.

### 10.3 Ausgeschlossene Literatur nach Volltextsichtung

**Duarte SCM**, Stipp MAC, Cardoso MMVN, Büscher A (2018): *Patient safety: understanding human error in intensive nursing care*, in: *Rev Esc Enferm USP*, Nr. 52, S. 1-8.

**Lindo J**, Stemnet R, Stephenson-Wilson K, Barrett KA, Bunnaman D, Anderson-Johnson P, Waught-Brown V, Wint Y (2016): *An Audit of Nursing Documentation at Three Public Hospitals in Jamaica*, in: *Journal of Nursing Scholarship*, Jg. 48, Nr. 5, S. 508-516.

**Mørk A**, Krupp A, Hankwitz J, Malec A (2017): *Using Kotter's Change Framework to Implement and Sustain Multiple Complementary ICU Initiatives*, in: *J Nurs Care Qual*, Jg. 0, Nr. 0, S. 1-8.

**Ramukumba MM, Amouri SE (2019):** *Nurses' perspectives of the nursing documentation audit process*, in: *Health SA Gesondheid*, Jg. 24 Nr. 0, Artikelnummer a1121, [Online] <https://doi.org/10.4102/hsag.v24i0.1121> [30.03.2020].

**Saladino L, Clark Pickett L, Mall A, Champagne M (2013):** *Evaluation of a Nurse-Led Safety Program in a Critical Care Unit*, in: *J Nurs Care Qual*, Jg. 28, Nr. 2, S. 139-146.

**Sheard L, O'Hara J, Armitage G, Wright J, Cocks K, McEachan R, Watt I, Lawton R (2014):** *Evaluating the PRASE patient safety intervention a multicentre, cluster trial with a qualitative process evaluation: study protocol for a randomised controlled trial*, in: *BMC Trials*, Jg. 15, Nr. 420, Artikelnummer 2282, [Online] <http://www.trialsjournal.com/content/15/1/420> [28.03.2020].

#### 10.4 Ausgeschlossene Literatur der Handsuche

**Flach J (2012):** *Pflege besser planen Die Pflegevisite als Kontrollinstrument*, in: *Heilberufe / Das Pflegemagazin*, Jg. 64, Nr. 2, S. 14-16.

**Forum Verlag (2018):** *Pflegevisite: Definition und Checkliste zu diesem wichtigen Teil der Pflegeplanung*, Forum Verlag Herkert GmbH, [Online] <https://www.forum-verlag.com/blog-gp/pflegevisite> [31.03.2020].

**Kußmaul J (2011):** *Die modulare Pflegevisite: Kennzahlen innovativ erheben und Ergebnisqualität sicher messen Probleme aufspüren und beheben*, in: *Pflegezeitschrift*, Jg. 64, Nr. 5, S. 270-274.

## 10.5 Ergänzende Literatur

Die in diesem Kapitel aufgeführte Literatur fand im Ergebnisteil dieser Arbeit keine Anwendung. Sie diente der Heranführung an das Thema und wurde in der Einleitung, dem Methodik-Teil und der Diskussion der vorliegenden Arbeit verwendet.

**Aktionsbündnis Patientensicherheit** (2018): Glossar, [Online]

<https://www.aps-ev.de/glossar/> [12.05.2020].

**AWMF** (2020): AWMF-Regelwerk Leitlinien: Formulierung von klinisch relevanten Fragestellungen, [Online] <http://www.awmf.org/leitlinien/awmf-regelwerk/II-entwicklung/awmf-regelwerk-01-planung-und-organisation/po-formulierung-fragestellungen.html> [03.03.2020]

**Das Leitlinien-Manual von AWMF und ÄZQ** (2001): *Das Leitlinien-Manual von AWMF und ÄZQ*, in: *Zeitschrift für ärztliche Fortbildung und Qualitätssicherung (ZaeFQ)* (Hrsg.), Jg. 95, Supplement I, Urban & Fischer Verlag, [Online] <https://www.awmf.org/leitlinien/awmf-regelwerk/awmf-publicationen-zu-leitlinien/leitlinien-manual.html> [30.05.2020].

**Duden** (2020) [Online] <https://www.duden.de/suchen/dudenonline/Pflegevisite> [16.05.2020].

**Friese B** (2013): *Pflegevisite auf ITS*, in: *Intensiv*, Jg. 21, Nr. 4, Stuttgart: Georg Thieme Verlag KG, S. 182-185.

**Görres S, Hinz IM, Reif K, Apenberg U, Augustin B, Bruns D, Fischer H, Gärtner C, Geiß J, Hankeln C, Harms S, Intemann C, Klein S, Köhler C, Kressler S, Kricke B, Kutsch J, Müller A, Reichenbach A, Schade S, Schmid S, Schoska M, Spahl R, Schwiering A, Vorbrink D, Wiemann S** (2002): *Pflegevisite: Möglichkeiten und Grenzen Eine empirische Untersuchung in den Bundesländern Bremen, Hamburg, Mecklenburg-*

*Vorpommern, Niedersachsen und Schleswig-Holstein*, in: *Pflege*, Jg. 2002, Nr.15, Bern: Verlag Hans Huber, S. 25-32.

**Hecker T, Rasek J (2020):** *Die neue Pflegevisite*, Hannover: Schlütersche Verlagsgesellschaft mbH & Co KG.

**Heering C (2018):** *Das Pflegevisitenbuch*, Christian Heering (Hrsg.), 4. Auflage, Bern: Hogrefe Verlag.

**Hellmann S, Rößlein R (2012):** *Pflegevisite in Theorie und Praxis für die ambulante und stationäre Pflege*, 3. Auflage, Hannover: Schlütersche Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG.

**Nordhausen T, Hirt J (2020):** *RefHunter. Manual zur Literaturrecherche in Fachdatenbanken*, Version 4.0, Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg und FHS St. Gallen, (Hrsg.), Halle (Saale). [Online] <https://refhunter.eu/manual/> [04.04.2020].

**Panka C (2014):** *Qualitätssicherung Pflegebegleitung und Pflegevisite*, Kämmer K (Hrsg.), Hannover: Schlütersche Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG.

**Panka C, Stenzel C, Bölicke C (2016):** *ArbeitsGruppe PflegeQualität (AGPQ): Praxisheft Leitfaden zur Pflegevisite - Eine Arbeitshilfe für die Praxis*, DBfK Nordost e.V. (Hrsg.), 5. Auflage, Berlin: DBfK Nordost e.V.

**PONS Wörterbuch** [Online] <https://de.pons.com> [31.03.2020].

**Qualitätsmanagement - Richtlinie/QM-RL (2015):** *Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über grundsätzliche Anforderungen an ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement für Vertragsärztinnen und Vertragsärzte, Vertragspsychotherapeutinnen und Vertrags-psychotherapeuten, medizinische Versorgungszentren, Vertrags-zahnärztinnen und*

*Vertragszahnärzte sowie zugelassene Krankenhäuser, Gemeinsamer Bundesausschuss (Hrsg.), in der Fassung vom 17. Dezember 2015, veröffentlicht im Bundesanzeiger (BAnz AT 15.11.2016 B2), in Kraft getreten am 16. November 2016.*

**Reason J** (2000): *Human error: models and management*, in: *British Medical Journal*, Nr. 320, S. 768-770.

**Schlenker-Ferth C** (1998): *Pflegethema: Übergabe mit dem Patienten*, Stuttgart: Georg Thieme Verlag KG.

**Schrappé M** (2018): *APS Weißbuch Patientensicherheit Sicherheit in der Gesundheitsversorgung: neu denken, gezielt verbessern*, Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V. (APS) (Hrsg.), Berlin: MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft mbH & Co KG.

**Sens B, Fischer B, Bastek A, Eckardt J, Kaczmarek D, Paschen U, Pietsch B, Rath S, Ruprecht T, Thomeczek C, Veit C, Wenzlaff P** (2007): *Begriffe und Konzepte des Qualitätsmanagements*, GMDS- Arbeitsgruppe Qualitätsmanagement in der Medizin (Hrsg.), 3. Auflage, [Online] <http://www.egms.de/en/journals/mibe/2007-3/mibe000053.shtml> [16.05.2020].

**SGB V** (2020): *Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V) - Gesetzliche Krankenversicherung - (Artikel 1 des Gesetzes v. 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477) § 135a Verpflichtung der Leistungserbringer zur Qualitätssicherung*, [Online] [https://www.gesetze-iminternet.de/sgb\\_5/\\_\\_\\_135a.html](https://www.gesetze-iminternet.de/sgb_5/___135a.html) [18.05.2020].

**SGB XI** (2020): *Sozialgesetzbuch (SGB) – Elftes Buch (XI) Soziale Pflegeversicherung (Artikel 1 des Gesetzes vom 26. Mai 1994, BGBl. I S. 1014) § 112 Qualitätsverantwortung*, [Online] [https://www.gesetze-im-internet.de/sgb\\_11/](https://www.gesetze-im-internet.de/sgb_11/) [18.05.2020].



**Simon M** (2011): *Dazu gibt es nichts!? Die Kunst der Literaturrecherche*, in: Panfil E (Hrsg.), *Wissenschaftliches Arbeiten in der Pflege Lehr- und Arbeitsbuch für die Pflege*, Bern: Verlag Hans Huber, Hogrefe, S. 161-186.

**Stolecki D, Ullrich L** (2015): *Methoden und Instrumente der Qualitätssicherung*, in: Lothar Ullrich und Dietmar Stolecki (Hrsg.), *Intensivpflege und Anästhesie*, 3. Auflage, Stuttgart: Georg Thieme Verlag KG, S. 74-88.

**Vincent C**, (2012): *Das ABC der Patientensicherheit, Essentials of Patient Safety* (Original), Stiftung der Patientensicherheit (Hrsg.), [Online] <https://www.wiley.com/buy/9781405192217> [09.05.2020].

## Abbildungs- und Tabellenverzeichnis

### Abbildungen:

- Abbildung 1: Pflegeprozessmodell nach Fiechter und Meier..... 8  
Eigene Darstellung des Verfassers, in Anlehnung an Hellmann / Rößlein (2012: 20).
- Abbildung 2: Prozessschema der Pflegevisite..... 14  
Eigene Darstellung des Verfassers, in Anlehnung an Heering (2018: 53).
- Abbildung 3: Fließdiagramm zur Darstellung der Ergebnisse ..... 33  
Eigene Darstellung des Verfassers.

### Tabellen:

- Tabelle 1: Einteilung der Evidenzstärke in Grade..... 24  
Eigene Darstellung des Verfassers, in Anlehnung an das Leitlinien-Manual von AWMF und ÄZQ (2001: 41).
- Tabelle 2: Darstellung der Suchbegriffe. .... 27  
Eigene Darstellung des Verfassers.
- Tabelle 3: Darstellung der datenbankspezifischen Schlagwörter. .... 28  
Eigene Darstellung des Verfassers.
- Tabelle 4: Darstellung der Suchstrings..... 29  
Eigene Darstellung des Verfassers.

## Abkürzungsverzeichnis

Abs.	Absatz
AGPQ	ArbeitsGruppe PflegeQualität©
APS	Aktionsbündnis Patientensicherheit
AT	amtlicher Teil
AWMF	Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften
ÄZQ	Ärztliche Zentralstelle für Qualitätssicherung
BAnz	Bundesanzeiger
CareLit	Fachdatenbank (Eigenname)
CINAHL	Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature, ist eine Fachdatenbank
CIRS	Critical Incident Reporting System
Co	Compagnie, im Handelsrecht ein Hinweis auf die Rechtsform von Gesellschaften
DBfK	Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe
d.h.	das heißt
Dr.med.	Doktor der Medizin
et al.	et alii (männlich), et aliae (weiblich), et alia (neutral) (latein), entspricht dem deutschem Kürzel u. a. (und andere)
e.V.	eingetragener Verein
GMDS	Deutsche Gesellschaft für Medizinische Informatik, Biometrie und Epidemiologie e.V.
Hrsg.	Herausgeber
Jg.	Jahrgang
KG	Kommanditgesellschaft
mbH	mit beschränkter Haftung
MEDLINE	Medical Literature Analysis and Retrieval System Online
MeSH	Medical Subject Headings
n	Größer der Grundgesamtheit
Nr.	Nummer
OPAC	Online Public Access Catalogue

PubMed	Meta- Datenbank, eine Suchmaschine
QM-RL	Qualitätsmanagement-Richtlinie
RWTH	Rheinisch- Westfälische Technische Hochschule
SGB	Sozialgesetzbuch
vgl.	vergleiche
VPN	Virtual Private Network