

Weiterbildung

bedarfsorientiert
Hochschulen
praxisnah
wissenschaftlich
Gesundheitsberufe

Lehr-/Lernmaterialien

Patientensicherheit: die Rolle der Patientinnen und Patienten

Anja Giesecking, Andrea Braun von Reinersdorff

Diese Publikation wurde im , Neue Aufgabenprofile von Gesundheitsfachberufen für eine zukünftige Versorgung: Patientensicherheitsmanagement (PatSiM)‘ der Hochschule Osnabrück innerhalb des niedersächsischen Verbundvorhabens ,Kompetenzentwicklung von Gesundheitsfachpersonal im Kontext des Lebenslangen Lernens (KeGL)‘ erarbeitet. Folgende Hochschulpartner sind an dem Verbund beteiligt:

- Hochschule Hannover, Fakultät V: Diakonie, Gesundheit und Soziales, Abteilung Pflege und Gesundheit
- Jade Hochschule, Institut für Technische Assistenzsysteme, Oldenburg
- Hochschule Osnabrück, Fakultät Wirtschafts- und Sozialwissenschaften
- Universität Osnabrück, Fachbereich Humanwissenschaften, Abteilung New Public Health
- Ostfalia Hochschule, Fakultät Gesundheitswesen, Wolfsburg

Das dieser Publikation zugrundeliegende Vorhaben wird aus Mitteln des Bundesministeriums für Bildung und Forschung unter dem Förderkennzeichen 16OH22026 gefördert. Die Verantwortung für den Inhalt liegt bei den Autorinnen.

Osnabrück, Juli 2020

Inhaltsverzeichnis

Abbildungsverzeichnis.....	2
Abkürzungsverzeichnis.....	2
1. Die besondere Stellung von Patienten.....	3
2. Patientenbeteiligung auf verschiedenen Ebenen	4
3. Die aktive sicherheitsfördernde Beteiligung.....	6
3.1 Beteiligungsmöglichkeiten	6
3.2 Das Konzept der Gesundheitskompetenz	7
3.3 Einflussfaktoren auf die aktive Beteiligung.....	9
4. Patienten als Informationsquelle	11
4.1 Identifikation von Risiken auf Grundlage von Patientenerfahrungen	11
4.2 Instrumente zur Erfassung von Patientenerfahrungen	12
4.2.1 Beschwerdemanagement	12
4.2.2 Patientenbefragungen	13
5. Schlussbetrachtung und Ausblick.....	14
Literaturverzeichnis.....	Fehler! Textmarke nicht definiert.

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Beispiele der Patientenbeteiligung auf verschiedenen Ebenen.....	4
Abbildung 2: Das Konzept der Gesundheitskompetenz.....	7
Abbildung 3: Gesundheitskompetenz im Zusammenspiel persönlicher Fähigkeiten und systemischer Anforderungen	9

Abkürzungsverzeichnis

CIRS	Critical Incident Reporting System
DKG	Deutsche Krankenhausgesellschaft
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
KBV	Kassenärztliche Bundesvereinigung
KZBV	Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung
PaRis	Patienten-Risiko- und Sicherheitsfragebogen
SGB	Sozialgesetzbuch

1. Die besondere Stellung von Patienten¹

Patienten treffen im Rahmen ihrer Behandlung auf verschiedene Berufsgruppen (Ärzte, Pflegekräfte, Therapeuten, etc.) und kommen in Kontakt mit unterschiedlichen Einrichtungen der ambulanten, stationären und teilstationären Versorgung. Sie erleben im Gegensatz zu Health Professionals² den gesamten Prozess der Behandlung und haben daher einen anderen Blickwinkel. Gleichzeitig können Patienten und ihre Angehörigen selbst unsicher handeln, z.B. wenn sie Medikamente falsch dosieren. Außerdem sind Patienten im Falle von Fehlern direkt betroffen. Sie haben damit eine besondere Stellung im Gesundheitswesen.

Es ist nicht ungewöhnlich, dass Patienten Abweichungen von gewohnten Abläufen und Fehler in der Versorgung auffallen:

- Ein Patient registriert die Vorbereitung des falschen Knies.
- Ein Patient wundert sich über zwei Blutabnahmen innerhalb einer Stunde.
- Ein Patient ist erstaunt, dass er seine gewohnten Medikamente nicht nehmen muss.
- Ein Patient bemerkt, dass die Infusion sehr viel schneller durchläuft als an anderen Tagen. (Schwappach, 2015)

Doch nicht nur durch ihr eigenes Erleben, sondern auch durch die Medien werden Patienten mit der Möglichkeit, während einer Behandlung zu Schaden zu kommen, konfrontiert. In den Medien werden Behandlungsfehler teils reißerisch kommuniziert. Dadurch können sich Ängste und Sorgen entwickeln. Laut einer Forsa-Umfrage aus 2019 machen sich rund 81% der Patienten bei einer stationären Behandlung im Krankenhaus Sorgen, dass sie sich mit Krankenhauskeimen infizieren könnten (HanseMerkur, 2019). Des Weiteren haben mehr als die Hälfte der Befragten Angst vor der Notwendigkeit einer erneuten Operation (55%) und vor Komplikationen bei der Narkose (51%) (HanseMerkur, 2019).

Veränderungen im Rollengefüge führen dazu, dass der Beteiligung von Patienten vermehrt Aufmerksamkeit zukommt. Historisch war die Behandler-Patient-Beziehung eher paternalistisch geprägt. Dies beruhte auf der Annahme, dass die Health Professional am besten wissen, was gut für den Patienten ist. Heute gilt eine Beziehung auf Augenhöhe mit einem mündigen und informierten Patienten als erstrebenswert. Dazu trägt bei, dass den Patienten mit

¹ Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird im Text verallgemeinernd das generische Maskulin verwendet. Es sind alle drei Geschlechter gemeint.

² Der Begriff Health Professionals wird stellvertretend für alle Gesundheitsberufe verwendet.

der Digitalisierung vielfältige Informationsangebote zur Verfügung stehen, welche auch zunehmend genutzt werden (Marstedt, 2018). Dieser Paradigmenwechsel hin zu einer aktiven und selbstbestimmten Rolle des Patienten wird auch auf der globalen politischen Plattform promotet. So wurde auf dem vierten globalen Ministertreffen zu Patientensicherheit im März 2019 in Saudi-Arabien eine Erklärung veröffentlicht, welche dazu aufruft, dass praktische Strategien zum Empowerment von Patienten und deren Familien umgesetzt werden sollen³. Empowerment umfasst, dass Patienten informiert sowie ihre Mitwirkung und Mitentscheidung unterstützt werden (Reichardt & Gastmeier, 2013). Es zielt darauf, die Stellung von Patienten zu verbessern (Reichardt & Gastmeier, 2013).

2. Patientenbeteiligung auf verschiedenen Ebenen

Eine Beteiligung von Patienten kann auf verschiedenen Ebenen realisiert werden (siehe Abbildung 1).

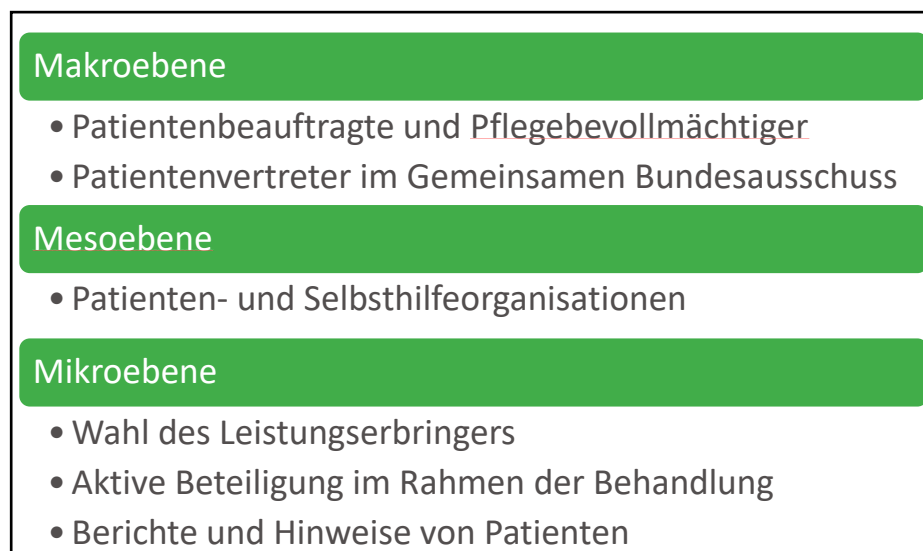


Abbildung 1: Beispiele der Patientenbeteiligung auf verschiedenen Ebenen (eigene Darstellung)

Auf der Makroebene vertritt die Patientenbeauftragte Prof. Dr. Claudia Schmidt die Belange von Patienten auf Bundesebene. Frau Prof. Dr. Schmidt ist seit Januar 2019 im Amt. Wenn Fragen der Rechte und des Schutzes von Patienten beraten werden, ist die Beauftragte von den Bundesministerien zu beteiligen. Zudem setzt sich Andreas Westerfellhaus als Pflegebevollmächtigter der Bundesregierung für die Interessen von pflegebedürftigen Menschen ein.

³ Weitere Informationen unter: https://www.who.int/patientsafety/policies/ministerial_summit_19/en/ (Zuletzt abgerufen am 21.10.2019)

Andreas Westerfellhaus ist seit April 2018 im Amt. Der Patientenbeauftragte und der Pflegebevollmächtigte werden vom Bundeskabinett berufen.

Ein weiteres Beispiel auf der Makroebene sind Patientenvertreter im Gemeinsamen Bundesausschuss (kurz: G-BA). Der G-BA gestaltet als oberstes Beschlussgremium der gemeinsamen Selbstverwaltung der Krankenhäuser, Ärzte, Zahnärzte, Psychotherapeuten und Krankenkassen den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung (kurz: GKV) in Form von Richtlinien. 13 Mitglieder sind stimmberechtigt: drei unparteiische Personen, fünf Vertreter der GKV sowie fünf Vertreter der Leistungserbringer (KBV, KZBV und DKG⁴). Patientenvertreter haben kein Stimmrecht, aber ein Mitberatungs- und Antragsrecht, so dass sie die Patientensicht einbringen können. Die Patientenvertreter im G-BA werden von Patienten- und Selbsthilfeorganisationen benannt. Ihr Auftrag ist in § 140f SGB V verankert. Aktuell sind rund 250 Patientenvertreter in Gremien des G-BA aktiv⁵.

Patienten- und Selbsthilfeorganisationen sind auf der Mesoebene anzusiedeln. Sie sind wichtige Ansprechpartner für Patienten und bieten neben wichtigen Informationen u.a. die Möglichkeit zum direkten Erfahrungsaustausch. So können sich zum Beispiel Patienten mit chronischen Krankheiten Ratschläge dazu geben, mit welchen Gesundheitseinrichtungen sie gute Erfahrungen gemacht haben. Außerdem können sie sich darüber austauschen, wie sie sich im Rahmen der Behandlung einbringen und für ihre Sicherheit einsetzen können.

Auf der Mikroebene können Patienten bereits bei der Wahl des Leistungserbringers gezielt auf Sicherheitsaspekte achten. So lassen sich beispielsweise aktuelle Informationen zum Umsetzungsstand von Maßnahmen des Risikomanagements mittels Krankenhaus-Suchmaschinen (z.B. auf den Internetseiten der Krankenkassen) gezielt je Haus abrufen, auch wenn die Aussagekraft entsprechender Informationsseiten noch ausbaufähig ist.

Das vorliegende Skript führt in Folge in zwei weitere Beteiligungsmöglichkeiten auf der Mikroebene ein:

1. Patienten können sich im Rahmen der Behandlung aktiv für ihre Sicherheit einsetzen (Kapitel 3).

⁴ KBV: Kassenärztliche Bundesvereinigung, KZBV: Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung, DKG: Deutsche Krankenhausgesellschaft

⁵ Weitere Informationen unter: <https://patientenvertretung.g-ba.de/> (Zuletzt abgerufen am 17.07.2019)

2. Patienten können als Informationsquelle dienen, um Risiken zu identifizieren (Kapitel 4).

3. Die aktive sicherheitsfördernde Beteiligung

3.1 Beteiligungsmöglichkeiten

Die Möglichkeiten für Patienten, sich für ihre eigene Sicherheit einzusetzen, sind vielfältig.

Hier einige Beispiele:

- Bereithalten von wichtigen Informationen, z.B. mittels einer Notfallkarte
- Informationsweitergabe, z.B. Benennung von Allergien
- Symptome äußern, z.B. Schmerzen
- Nachfrage bei Unklarheiten und offenen Fragen, z.B. wenn Untersuchungsergebnisse nicht mitgeteilt wurden
- Unterstützung holen, z.B. einen Angehörigen zu einem Arztgespräch dazu bitten
- Treffen von Behandlungsentscheidungen, z.B. wenn mehrere evidenzbasierte Therapien in Frage kommen
- Überprüfen von Maßnahmen, z.B. Medikamente auf Richtigkeit durchsehen
- Ansprechen von Zweifeln, z.B. wenn Essen serviert wird und der Patient vermutet, dass er nüchtern bleiben soll
- Hinweisen auf Fehler, z.B. bei Namensverwechslungen
- Weitere Sicherheitsmaßnahmen verlangen, z.B. das Markieren der Operationsstelle
- Nachfrage in Bezug auf getroffene Sicherheitsmaßnahmen, z.B. Desinfektion der Hände

Die Bandbreite dessen, was als Patientenbeteiligung verstanden wird, ist sehr groß. Dies geht von dem Wissen eines Patienten über den Grund seiner Behandlung (Weingart et al., 2011) bis hin zu dem Verlangen von Sicherheitsmaßnahmen wie dem Markieren einer Eingriffsstelle (Schwappach, 2015).

Im Folgenden werden Aktivitäten und Verhaltensweisen fokussiert, welche eine gewisse Form der aktiven Beteiligung im Behandlungsprozess voraussetzen. Diese Art der Beteiligung ist jedoch voraussetzungs-voll. Nicht alle Patienten wollen und können sich umfassend einbringen. In diesem Zusammenhang wird das Konzept der Gesundheitskompetenz eingeführt (Kapitel 3.2) sowie weitere Einflussfaktoren erläutert (Kapitel 3.3).

3.2 Das Konzept der Gesundheitskompetenz

Der Begriff Gesundheitskompetenz leitet sich aus dem englischen Begriff „health literacy“ ab, welcher ursprünglich vor allem auf Lese- und Schreib- und Rechenfähigkeiten abstellte. Diese Fähigkeiten werden z.B. benötigt, um einen Behandlungsplan zu verstehen. (Schaeffer, Hurrelmann, Bauer & Kolpatzik, 2018)

Das heutige Konzept der Gesundheitskompetenz geht über diese grundlegenden Fähigkeiten zum Lesen und Verstehen der Gesundheitsinformationen hinaus. Es beinhaltet das Finden, Verstehen, kritische Beurteilen und Anwenden von gesundheitsbezogenen Informationen (siehe Abbildung 2).

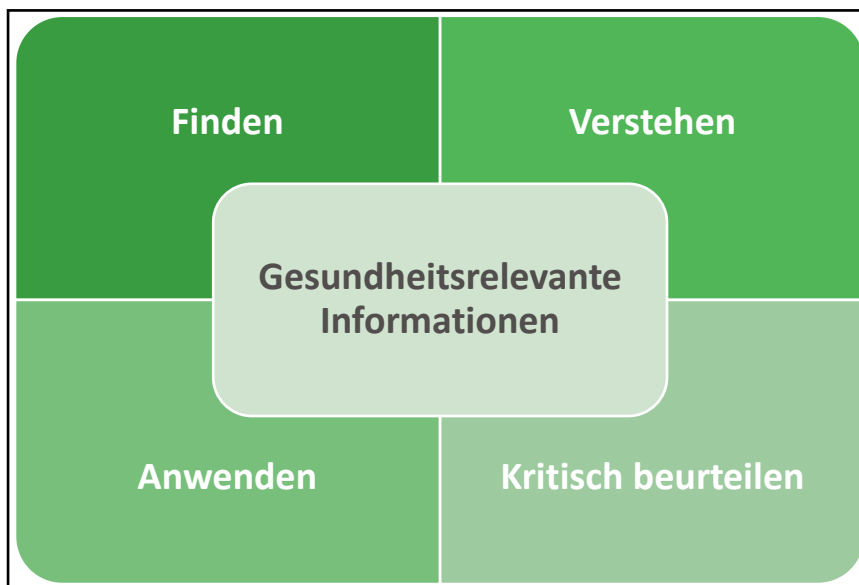


Abbildung 2: Das Konzept der Gesundheitskompetenz (in Anlehnung an Schaeffer et al., 2018, S. 12)

Das Finden von Informationen beinhaltet den Umgang mit verschiedenen Medien. So werden beispielsweise das Fernsehen, Tageszeitungen, Radiosendungen und Zeitschriften als Informationsquellen genutzt. Zusätzlich sind beispielsweise auch Gespräche mit Ärzten, Therapeuten und Pflegefachkräften sowie mit Familie, Freunden und Kollegen Quelle von Gesundheitsinformationen. Darüber hinaus werden Portale und Seiten im Internet aufgesucht sowie

kostenlose Broschüren und Zeitschriften beispielsweise von Apotheken und Krankenkassen genutzt. (Marstedt, 2018)

Das Verstehen der Informationen kann je nach Medium eine Herausforderung sein. Bei Texten kommt es darauf an, für welche Zielgruppe diese geschrieben worden sind. Das Verstehen eines Aufsatzes mit vielen Fachbegriffen kann beispielsweise für Personen ohne medizinische Ausbildung schwierig sein. Im Gespräch hingegen können direkte Nachfragen gestellt und auf diese Weise Unklarheiten beseitigt werden.

Wenn die Informationen grundsätzlich verstanden worden sind, gilt es, diese noch kritisch zu hinterfragen. Beispielsweise kann bei Wikipedia nicht sichergestellt werden, dass der Autor eines Textes über Fachwissen verfügt, so dass diese Informationen nicht unhinterfragt übernommen werden sollten. Auch ist es bei manchen Medien schwierig, seriöse Informationen von Werbung zu unterscheiden.

Schließlich ist es wichtig, inwieweit die Gesundheitsinformationen auch angewendet werden können. Die Informationen sind auf die eigene Lebenssituation zu übertragen. Wenn beispielsweise empfohlen wird, viel Obst und Gemüse zu essen, muss eine Person mit Fructose-Intoleranz diese Information anders handhaben wie eine Person ohne entsprechende Intoleranz. Das Ziel ist, die Gesundheitsinformationen zu nutzen, um die eigene Gesundheit zu erhalten und zu fördern (Schaeffer et al., 2018).

Ein entsprechend kompetenter Umgang mit gesundheitsbezogenen Informationen ermöglicht letztlich die Einnahme einer aktiven sicherheitsfördernden Rolle. Patienten, welche nicht über die o.g. Fähigkeiten der Gesundheitskompetenz verfügen, sind höheren Risiken ausgesetzt. Untersuchungen zeigen, dass Menschen mit einer niedrigen Gesundheitskompetenz u.a. mehr Wiederaufnahmen erleben, überdurchschnittlich oft die Notfallversorgung in Anspruch nehmen und häufiger Fehler bei der Medikamenteneinnahme machen (Berkman, Sheridan, Donahue, Halpern & Crotty, 2011).

Aktuelle Forschungsergebnisse offenbaren, dass mehr als die Hälfte der Deutschen eine eingeschränkte Gesundheitskompetenz haben (Schaeffer, Vogt, Berens & Hurrelmann, 2016). Eine niedrige Gesundheitskompetenz ist insbesondere bei Menschen mit Migrationshintergrund, niedrigem Bildungsniveau, chronischer Erkrankung, niedrigem Sozialstatus sowie in höherem Alter zu beobachten (Schaeffer et al., 2016). Sie zählen deshalb zu den vulnerablen Personengruppen.

Allerdings sind die Fertigkeiten und Fähigkeiten des Einzelnen nicht losgelöst von den organisationalen und systemischen Bedingungen zu sehen (siehe Abbildung 3). Die Anforderungen und die Komplexität im Gesundheitssystem beeinflussen, inwieweit Informationen gefunden, verstanden, kritisch beurteilt und angewendet werden können. Wenn gesundheitsrelevante Informationen beispielsweise nicht kostenfrei zugänglich sind oder die Texte schwer verständlich geschrieben sind, wird die Nutzung für Patienten erschwert.

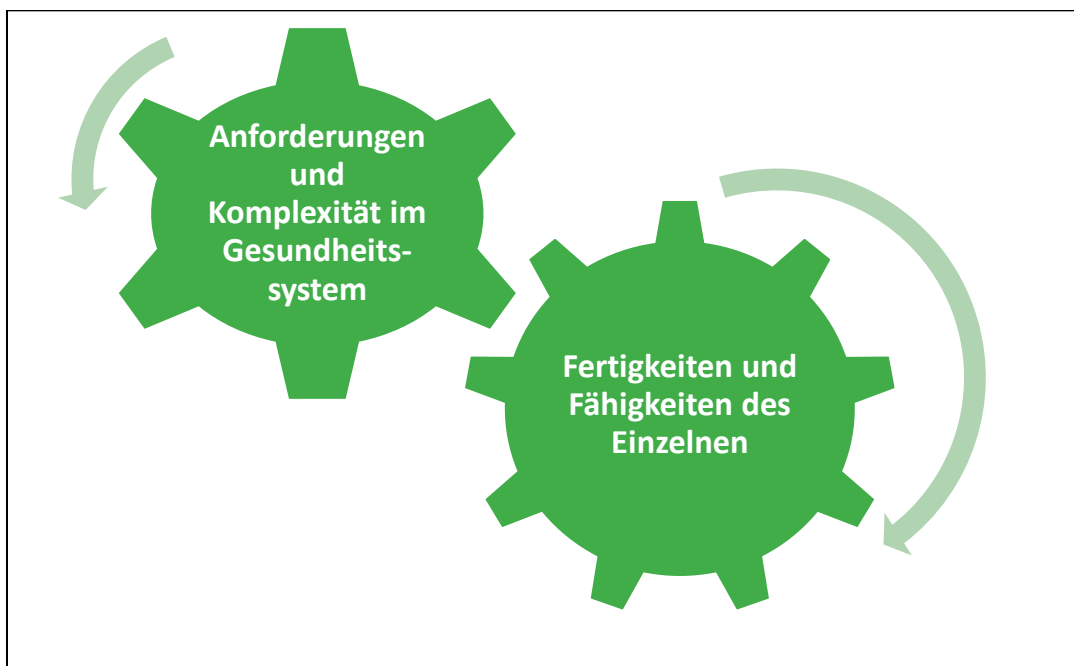


Abbildung 3: Gesundheitskompetenz im Zusammenspiel persönlicher Fähigkeiten und systemischer Anforderungen (in Anlehnung an Schaeffer et al., 2018, S. 14)

Eine Förderung der Gesundheitskompetenz kann für die Verbesserung der Patientensicherheit als vielversprechender Ansatzpunkt angesehen werden. Dabei können sowohl Maßnahmen, welche die persönlichen Fertigkeiten und Fähigkeiten fördern (z.B. Patientenschulungen) fokussiert werden, als auch Maßnahmen, die auf eine Reduzierung der Anforderungen und der Komplexität zielen (z.B. Weiterbildungen von Health Professionals zum Thema Kommunikation mit Patienten oder leicht verständliche Informationsbroschüren).

3.3 Einflussfaktoren auf die aktive Beteiligung

Neben der Gesundheitskompetenz können weitere Faktoren die Patientenbeteiligung beeinflussen, wobei die Studienlage noch ausbaufähig ist. Vorhandene Studien fokussieren bei-

spielsweise häufig spezifische Erkrankungen oder sind in anderen Ländern und somit anderen Gesundheitssystemen entstanden. Im Folgenden wird daher beispielhaft auf einige Faktoren eingegangen.

Zu nennen sind z.B. personenbezogene Faktoren wie das Alter, das Geschlecht und das Bildungsniveau. So kommt eine Metastudie über die Jahre 2006 bis 2011 zur allgemeinmedizinischen Grundversorgung im europäischen Raum zu dem Ergebnis, dass sich Frauen eher beteiligen als Männer (Trier, Valderas, Wensing, Martin & Egebart, 2015). Außerdem bringen sich Personen mit einem höheren Bildungsniveau eher ein als Personen mit einem niedrigen Bildungsniveau (Trier et al., 2015). Darüber hinaus wurden ein hohes Alter und eine Herkunft aus nicht-westlichen Ländern als Barrieren für eine Beteiligung identifiziert (Trier et al., 2015).

Des Weiteren wirken sich auch Krankheitssymptome auf die Beteiligung aus. Die o.g. Metastudie zur allgemeinmedizinischen Grundversorgung im europäischen Raum kam beispielsweise zu dem Ergebnis, dass Krankheitssymptome einen hemmenden Einfluss auf die Beteiligung haben (Trier et al., 2015).

Des Weiteren sind die verschiedenen Beteiligungsmöglichkeiten mit unterschiedlichen Hemmschwellen verbunden. Das eher als traditionell zu bezeichnende sicherheitsfördernde Verhalten umfasst vor allem die Sicherstellung der Informationsweitergabe (Schwappach, 2010). Andere genannte Verhaltensweisen sind herausfordernder. So stellt das Ansprechen von Zweifeln eine besondere Herausforderung dar. Patienten sprechen ihre Besorgnis u.a. deshalb nicht an, weil sie keine Unannehmlichkeiten bereiten wollen und die Professionals als sehr beschäftigt erleben (Bell et al., 2018). Ein weiterer Grund ist, dass sie nicht wissen, wie und wen sie ansprechen sollen (Bell et al., 2018). Außerdem wollen sie sich sicher sein, bevor sie etwas sagen (Entwistle et al., 2010).

Weiterhin ist es für Patienten im Allgemeinen leichter sich zu beteiligen, wenn keine medizinischen Kenntnisse erforderlich sind und keine Konfrontation mit den Professionals erfolgt (Trier et al., 2015). Im Allgemeinen gehen sie davon aus, dass die Professionals wissen, was sie tun. Patienten befinden sich in einer für sie tendenziell Abhängigkeitssituation und wollen vermeiden, dass ihre Äußerungen als Kritik oder Infragestellung der Kompetenzen aufgefasst werden könnten.

Das Verhalten der Professionals nimmt Einfluss darauf, inwiefern Patienten sich trauen, sich aktiv zu beteiligen. In einer Schweizer Studie wurden Krankenhauspatienten mit einer Broschüre ermutigt, sich für ihre Sicherheit einzubringen (Schwappach, Frank, Koppenberg, Müller & Wasserfallen, 2011). Im Rahmen dieser Studie wurden Patienten auch gefragt, welche Barrieren für die Umsetzung der Empfehlungen bestehen und was sie als förderlich empfinden. Dabei wurde die Angst vor einer negativen Reaktion der Professionals als hauptsächliche Barriere genannt (Schwappach et al., 2011). Gleichzeitig empfinden die Patienten die persönliche Anleitung und Motivation durch die Professionals als förderlich (Schwappach et al., 2011).

Es wird angenommen, dass verschiedene Einflussfaktoren in komplexer Art und Weise zusammenwirken (Davis, Jacklin, Sevdalis & Vincent, 2007). Das Zusammenwirken der unterschiedlichen Faktoren wurde noch nicht ausreichend untersucht. Diese kurze Einführung zeigt jedoch auf, dass die Beteiligung von Patienten nicht nur auf einen Einflussfaktor zurückzuführen ist. Vielfältige persönliche Faktoren sowie Kontextfaktoren spielen eine Rolle. Dies ist bei der Konzeption von Maßnahmen zur Förderung der Beteiligung zu berücksichtigen.

4. Patienten als Informationsquelle

4.1 Identifikation von Risiken auf Grundlage von Patientenerfahrungen

Neben der aktiven Beteiligung können Patienten durch das Berichten ihrer Erfahrungen zu einer sicheren Behandlung beitragen. Als direkt Betroffene erleben die Patienten den gesamten Behandlungsprozess und können wichtige Informationen beisteuern. Studien zeigen, dass Patientenberichte Informationen enthalten, welche nicht mit anderen Instrumenten, wie Critical Incident Reporting Systemen (kurz: CIRS) oder der Analyse von Patientenakten, erfasst werden (Weingart et al., 2005; Weissman et al., 2008). Patientenberichte ergänzen somit die Sichtweise der Professionals.

Dies gilt auch für Berichte von Angehörigen. Angehörige spielen dabei im Falle von Kindern sowie erwachsenen Patienten mit eingeschränkter Entscheidungsfähigkeit (z.B. aufgrund von Bewusstlosigkeit, Demenz oder geistiger Behinderung) eine besondere Rolle. In einer Studie, welche in vier pädiatrischen Zentren in den USA durchgeführt wurde, wurden verschiedene Methoden kombiniert: Befragung der betreuenden Ärzte, Befragungen der Angehörigen, Sichtung von Patientenakten sowie Sichtung der Meldungen im CIRS (Khan et al., 2017). Im

Ergebnis wurde festgestellt, dass 10,6% der erfassten Fehler und 7,1% der kritischen Ereignisse nur durch die Befragung der Angehörigen identifiziert wurden (Khan et al., 2017). Keine der anderen Methoden hatte diese erfasst (Khan et al., 2017).

Berichte von Patienten und Angehörigen können somit das Risikomanagement um eine weitere Perspektive bereichern. Sie können als Informationsquelle zur Identifikation von Risiken genutzt werden. Zur Erfassung von Patienten- und Angehörigenerfahrungen können ein Beschwerdemanagement (Kapitel 4.2.1) und Patientenbefragungen (4.2.2) dienen.

4.2 Instrumente zur Erfassung von Patientenerfahrungen

4.2.1 Beschwerdemanagement

Das Beschwerdemanagement umfasst:

- die Information von Patienten über Beschwerdemöglichkeiten,
- die Analyse und Bewertung der Beschwerden sowie
- die Ableitung von etwaigen Veränderungsmaßnahmen (Gemeinsamer Bundesausschuss, 2015).

Es können persönliche, telefonische und schriftliche Beschwerdemöglichkeiten geschaffen werden. Den Patienten sind diese Möglichkeiten entsprechend zu kommunizieren, z.B. die Kontaktdaten von Ansprechpartnern, der Standort eines Briefkastens für Beschwerden oder der Link zum Feedback-Formular im Internet. Außerdem sind Mitarbeitende zu schulen, so dass sie adäquat auf Beschwerden reagieren können.

Nach Eingang von Beschwerden sollten diese zeitnah analysiert und bewertet werden, so dass geeignete Maßnahmen abgeleitet werden können. Wenn in Folge von Beschwerden Veränderungsmaßnahmen ergriffen werden, sollten diese Maßnahmen soweit möglich auch der Person, welche sich beschwert hat, mitgeteilt werden (Gemeinsamer Bundesausschuss, 2015).

Für Krankenhäuser ist die Umsetzung eines Beschwerdemanagements nach der sektorenübergreifenden Qualitätsmanagement-Richtlinie des G-BA verpflichtend (Gemeinsamer Bundesausschuss, 2015). Auch für Vertragsärzte, Vertragszahnärzte, Vertragspsychotherapeuten

und medizinische Versorgungszentren ist Beschwerdemanagement mit der Qualitätsmanagement-Richtlinie vorgegeben. Sie können aber darauf verzichten, wenn örtliche Gegebenheiten oder Besonderheiten der Leistungserbringung entgegenstehen.

Dabei bezieht sich das Beschwerdemanagement nicht nur auf sicherheitsrelevante Aspekte. Es umfasst auch andere Beschwerdeanlässe, wie z.B. Unzufriedenheit mit dem Essen und lange Wartezeiten. Doch auch wenn sicherheitsrelevante Beschwerden ausbleiben, kann die Versorgung trotzdem nicht als sicher und reibungslos angesehen werden. So können ausbleibende Beschwerden z.B. darin begründet sein, dass Patienten sich scheuen, vermutete Fehler oder Probleme zu melden (Middendorf, 2007), obgleich sie ihnen aufgefallen sind. Das Beschwerdemanagement setzt ein Aktiv-Werden der Patienten voraus.⁶

4.2.2 Patientenbefragungen

Eine weitere Möglichkeit zur Erhebung von Patientenerfahrungen sind Patientenbefragungen. Patientenbefragungen bieten gegenüber dem Beschwerdemanagement den Vorteil, dass Patienten direkt angesprochen werden und die Patienten nicht wie im Beschwerdemanagement von sich aus aktiv werden müssen. Im Falle von Befragungen werden Patienten oder ihre Angehörigen dazu ermuntert, ihre Erfahrungen zu teilen. Die aktive Ansprache mit Patientenbefragungen kann Erkenntnisse zu Tage bringen, die ansonsten verschwiegen worden wären.

Bei der Planung von Patientenbefragungen ist sorgfältig abzuwägen, welche Methode eingesetzt werden soll. So können Befragungen z.B. schriftlich auf Papier, per Internetformular, mündlich am Telefon oder per persönlichem Interview erfolgen. Internationale Studien lassen darauf schließen, dass die Befragungsmethode beeinflusst, inwieweit Patienten von sicherheitsrelevanten Ereignissen berichten. In einer Pilotstudie in England haben Patienten in persönlichen Interviews signifikant mehr Sicherheitsbedenken geäußert als in schriftlicher Form oder per Telefonhotline (O'Hara et al., 2017). Gleichzeitig kann eine persönliche Befragung mit einer größeren Hemmschwelle zur Teilnahme verbunden sein. Weiterhin kann auch die Art der Fragen Einfluss haben. So werden häufiger Ereignisse berichtet, wenn Fragen of-

⁶ Zur Vertiefung des Themas Beschwerdemanagements wird folgender Beitrag empfohlen: Vonderhagen, K. (2015). Beschwerdemanagement. In P. Gausmann, M. Henninger & J. Koppenberg (Hrsg.), *Patientensicherheitsmanagement* (S. 325–329). Berlin: de Gruyter.

fen (ohne vorgegebene Antwortmöglichkeiten) gestellt wurden (King et al., 2010). Zu bedenken ist dabei, dass persönliche Interviews mit mehr Aufwand und somit auch mehr Kosten verbunden sind als schriftliche Befragungen. Außerdem ist die Auswertung von offenen Fragen aufwändiger wie die Auswertung von vorgegebenen Antwortmöglichkeiten.

Grundsätzlich wird empfohlen, validierte Patientenbefragungsinstrumente zu nutzen (Gemeinsamer Bundesausschuss, 2015). Das heißt, es sollen möglichst Instrumente genutzt werden, welche bereits getestet worden sind und als geeignet angesehen werden. Ein im deutschsprachigen Raum in Krankenhäusern erprobter Fragebogen ist der Patienten-Risiko- und Sicherheitsfragebogen (kurz: PaRis) (Zinn, 2015). In diesem werden Patienten zu ihrem Sicherheitsempfinden zu einzelnen Themengebieten, wie dem Medikamentenmanagement, der ärztlichen und pflegerischen Betreuung sowie der Hygiene, gefragt (Zinn, 2015). Es fehlen jedoch weiterhin valide Instrumente, um Patientenbefragungen zur Patientensicherheit in anderen Versorgungssettings durchzuführen. Neben der Durchführung von Patientenbefragungen spezifisch zum Thema Patientensicherheit besteht alternativ die Möglichkeit, sicherheitsrelevante Aspekte in Zufriedenheitsbefragungen zu integrieren. Generell ist die Durchführung von Patientenbefragungen in der sektorenübergreifende Qualitätsmanagement-Richtlinie des G-BA⁷ rechtlich verankert.

5. Schlussbetrachtung und Ausblick

Patienten sind eine wichtige Ressource zur Erkennung und Minimierung von Risiken in der Gesundheitsversorgung. Erkenntnisse aus Beschwerdemanagement und Patientenbefragungen können den Risikomanagementprozess bereichern. Außerdem können Patienten eine aktive sicherheitsfördernde Rolle einnehmen. Sie können durch ihr Handeln und ihr Verhalten die Sicherheit ihrer Behandlung positiv beeinflussen.

Für vielfältige Beteiligungsmöglichkeiten gilt Kommunikation als Schlüsselfaktor. So sollen Professionals Patienten über Abläufe informieren und sie motivieren, sich aktiv zu beteiligen. Außerdem wird Patienten empfohlen, Fragen zu stellen sowie über Erfahrungen, Ereignisse und Beobachtungen zu berichten.

⁷ Die Richtlinie gilt für Vertragsärzte, Vertragszahnärzte, Vertragspsychotherapeuten, medizinische Versorgungszentren sowie zugelassene Krankenhäuser. Patientenbefragungen sind entsprechend der Qualitätsmanagement-Richtlinie verpflichtend anzuwenden, es sei denn, dass der Anwendung örtliche Gegebenheiten oder Besonderheiten der Leistungserbringung entgegenstehen (Gemeinsamer Bundesausschuss, 2015, §4 Absatz 1 Satz 2).

In der Präsenz werden wir entsprechende Empfehlungen sowie deren Umsetzung im Versorgungsalltag diskutieren. Außerdem werden Sie in der Präsenz Ansätze kennenlernen, wie Professionals die Patientenbeteiligung fördern können. Darüber hinaus werden wir uns damit beschäftigen, wie Organisationen sich ausrichten sollten, damit eine entsprechende sicherheitsfördernde Patientenrolle unterstützt wird.

Literaturverzeichnis

- Bell, S. K., Roche, S. D., Mueller, A., Dente, E., O'Reilly, K., Sarnoff Lee, B. et al. (2018). Speaking up about care concerns in the ICU. Patient and family experiences, attitudes and perceived barriers. *BMJ Quality & Safety*.
<https://doi.org/10.1136/bmjqs-2017-007525>
- Berkman, N. D., Sheridan, S. L., Donahue, K. E., Halpern, D. J. & Crotty, K. (2011). Low health literacy and health outcomes: an updated systematic review. *Annals of Internal Medicine*, 155(2), 97–107.
- Davis, R. E., Jacklin, R., Sevdalis, N. & Vincent, C. A. (2007). Patient involvement in patient safety: what factors influence patient participation and engagement? *Health Expectations*, 10(3), 259–267. <https://doi.org/10.1111/j.1369-7625.2007.00450.x>
- Gemeinsamer Bundesausschuss (2015). *Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Qualitätsmanagement-Richtlinie*. Zugriff am 03.04.2019. Verfügbar unter https://www.g-ba.de/downloads/39-261-2434/2015-12-17_2016-09-15_QM-RL_Erstfassung_konsolidiert_BAnz.pdf
- HanseMerkur. (2019). *Welche der folgenden Dinge machen Ihnen bei einer stationären Behandlung im Krankenhaus vor allem Angst?* [Graph]. In Statista. Zugriff am 23.09.2019. Verfügbar unter <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/71467/umfrage/was-im-krankenhaus-angst-macht/>
- Khan, A., Coffey, M., Litterer, K. P., Baird, J. D., Furtak, S. L., Garcia, B. M. et al. (2017). Families as Partners in Hospital Error and Adverse Event Surveillance. *JAMA Pediatrics*, 171(4), 372–381. <https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2016.4812>
- King, A., Daniels, J., Lim, J., Cochrane, D. D., Taylor, A. & Ansermino, J. M. (2010). Time to listen: a review of methods to solicit patient reports of adverse events. *Quality & Safety in Health Care*, 19(2), 148–157.
<https://doi.org/10.1136/qshc.2008.030114>
- Marstedt, G. (2018). *Das Internet: Auch Ihr Ratgeber für Gesundheitsfragen? Bevölkerungsumfrage zur Suche von Gesundheitsinformationen im Internet und zur Reaktion der Ärzte* (Bertelsmann Stiftung, Hrsg.). Zugriff am 21.10.2019. Verfügbar unter https://www.bertelsmann-stiftung.de/fileadmin/files/BSt/Publikationen/GrauePublikationen/VV_Studie_Das-Internet-auch-Ihr-Ratgeber_Befragung.pdf
- Middendorff, C. (2007). Risikoidentifikation und Risikobewertung im Rahmen des klinischen Risikomanagements. In W. von Eiff (Hrsg.), *Risikomanagement. Kosten-/Nutzen-basierte Entscheidungen im Krankenhaus* (2. Aufl., S. 214–257).
- O'Hara, J. K., Armitage, G., Reynolds, C., Coulson, C., Thorp, L., Din, I. et al. (2017). How might health services capture patient-reported safety concerns in a hospital setting? An exploratory pilot study of three mechanisms. *BMJ Quality & Safety*, 26(1), 42–53. <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2015-004260>
- Reichardt, C. & Gastmeier, P. (2013). „Patient Empowerment“. Wie viel können Patienten zu einer verbesserten Compliance des Personals beitragen? *Krankenhaushygiene up2date*, 08(03), 157–164. <https://doi.org/10.1055/s-0033-1344688>
- Schaeffer, D., Hurrelmann, K., Bauer, U. & Kolpatzik, K. (Hrsg.). (2018). *Nationaler Aktionsplan Gesundheitskompetenz. Die Gesundheitskompetenz in Deutschland stärken*. Berlin: KomPart. Zugriff am 08.11.2019. Verfügbar unter <https://www.nap-gesundheitskompetenz.de/>
- Schaeffer, D., Vogt, D., Berens, E. M. & Hurrelmann, K. (2016). *Gesundheitskompetenz der Bevölkerung in Deutschland. Ergebnisbericht*. Bielefeld: Universität Bielefeld, Fakultät für Gesundheitswissenschaften. Zugriff am 08.11.2019. Verfügbar unter <https://pub.uni-bielefeld.de/download/2908845/2908882>
- Schwappach, D. L. B. (2015). Die aktive Patientenrolle im Risikomanagement. In A. Euteneier (Hrsg.), *Handbuch Klinisches Risikomanagement. Grundlagen, Konzepte, Lösungen, medizinisch, ökonomisch, juristisch* (S. 551–556). Berlin: Springer.
- Schwappach, D. L. B., Frank, O., Koppenberg, J., Müller, B. & Wasserfallen, J.-B. (2011). Patients' and healthcare workers' perceptions of a patient safety advisory. *International Journal for Quality in Health Care : Journal of the International Society for Quality in Health Care*, 23(6), 713–720. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzr062>

- Trier, H., Valderas, J. M., Wensing, M., Martin, H. M. & Egebart, J. (2015). Involving patients in patient safety programmes. A scoping review and consensus procedure by the LINNEAUS collaboration on patient safety in primary care. *The European Journal of General Practice*, 21 Suppl, 56–61. <https://doi.org/10.3109/13814788.2015.1043729>
- Vonderhagen, K. (2015). Beschwerdemanagement. In P. Gausmann, M. Henninger & J. Koppenberg (Hrsg.), *Patientensicherheitsmanagement* (S. 325–329). Berlin: de Gruyter.
- Weingart, S. N., Pagovich, O., Sands, D. Z., Li, J. M., Aronson, M. D., Davis, R. B. et al. (2005). What can hospitalized patients tell us about adverse events? Learning from patient-reported incidents. *Journal of General Internal Medicine*, 20(9), 830–836. <https://doi.org/10.1111/j.1525-1497.2005.0180.x>
- Weingart, S. N., Zhu, J., Chiappetta, L., Stuver, S. O., Schneider, E. C., Epstein, A. M. et al. (2011). Hospitalized patients' participation and its impact on quality of care and patient safety. *International Journal for Quality in Health Care : Journal of the International Society for Quality in Health Care*, 23(3), 269–277. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzr002>
- Weissman, J. S., Schneider, E. C., Weingart, S. N., Epstein, A. M., David-Kasdan, J., Feibelman, S. et al. (2008). Comparing Patient-Reported Hospital Adverse Events with Medical Record Review: Do Patients Know Something That Hospitals Do Not? *Annals of Internal Medicine*, 149(2), 100.
- Zinn, W. (2015). Patientenbefragungen und Patientensicherheit. In P. Gausmann, M. Henninger & J. Koppenberg (Hrsg.), *Patientensicherheitsmanagement* (S. 329–338). Berlin: de Gruyter.