

Sachbericht

zum Projekt PEPS 2.0

Einbeziehung von Patientinnen und Patienten zur strategischen
Förderung von Patientensicherheit:
Eine empirische Bestandsaufnahme zu bestehenden Ansätzen
sowie Implementationsfaktoren in Deutschland

Gefördert durch:



Bundesministerium
für Gesundheit

aufgrund eines Beschlusses
des Deutschen Bundestages

Titel des Projekts: Einbeziehung von Patientinnen und Patienten zur strategischen Förderung von Patientensicherheit: Eine empirische Bestandsaufnahme zu bestehenden Ansätzen sowie Implementationsfaktoren in Deutschland

Förderkennzeichen: ZMI5-2523PAT003

Projektleitung: Prof. Dr. Matthias Weigl (matthias.weigl@ukbonn.de)

Projektmitarbeitende: Amelie Koch (M.Sc.)
Dr. Nikoloz Gambashidze (MD/PhD, MSc, MBA)
Caroline Raab (B.Sc.)
Larissa Brust (M.Sc.)

Kontaktdaten: Institut für Patientensicherheit (IfPS)
Universitätsklinikum Bonn
Venusberg-Campus 1, 53127 Bonn
E-Mail: ifps@ukbonn.de (Sekretariat)
Telefon: +49 228 287-13783 (Sekretariat)

Laufzeit: 01.01.2023 – 31.12.2023

Fördersumme: 149.064,00 €

Zitation: Koch, A., Gambashidze, N., Raab, C., Brust, L., & Weigl, M. (2024). Sachbericht zum Projekt PEPS 2.0. Einbeziehung von Patientinnen und Patienten zur strategischen Förderung von Patientensicherheit: Eine empirische Bestandsaufnahme zu bestehenden Ansätzen sowie Implementationsfaktoren in Deutschland. Sachbericht zum Förderprojekt (ZMI5-2523PAT003) des Bundesministeriums für Gesundheit. Institut für Patientensicherheit, Universitätsklinikum Bonn.

Inhaltsverzeichnis

1. Zusammenfassung	5
2. Abstract (Zusammenfassung in englischer Sprache)	6
3. Einleitung	7
3.1 Hintergrund	7
3.2 Drei-Stufen-Modell der Patienteneinbeziehung	8
3.3 Patienteneinbeziehung in Gesundheitseinrichtungen in der Bundesrepublik Deutschland	9
3.4 Ziel des Projekts.....	10
3.5 Arbeitspakete und Zeitplanung	11
4. Erhebungs- und Auswertungsmethodik	13
4.1 Einbindung von Patientinnen und Patienten	13
4.2 Ethikvotum	13
4.3 Rekrutierung und Stichprobe	13
4.4 Datenerhebung im Delphi-Verfahren.....	14
4.4.1 Erste Delphi-Runde: Interviewbefragung.....	15
4.4.2 Zweite Delphi-Runde: Online-Befragung.....	16
4.5 Datenanalyse	17
4.5.1 Qualitative Inhaltsanalyse der Interviewdaten	17
4.5.2 Auswertung der Online-Befragung.....	19
5. Durchführung Arbeits- und Zeitplan	20
6. Ergebnisse	21
6.1 Stichprobe	21
6.2 Ergebnisse der qualitativen Inhaltsanalyse der Interview-Befragung (Erste Delphi-Runde) ...	21
6.2.1 Aktivitäten und Wege der Patienteneinbeziehung	21
6.2.2 Förderfaktoren und Lösungsansätze zur Patienteneinbeziehung.....	24
6.2.3 Hindernisfaktoren der Patienteneinbeziehung.....	28
6.3 Ergebnisse der Online-Befragung (Zweite Delphi-Runde).....	31
6.3.1 Wichtigkeit und Umsetzbarkeit einzelner PE-Aktivitäten	32
6.3.2 Relevanz der einzelnen Förderfaktoren zur Patienteneinbeziehung.....	34
6.3.3 Relevanz der einzelnen Hindernisfaktoren zur Patienteneinbeziehung	36
6.3.4 Bestimmung des Konsenses des Expertenpanels.....	37
6.3.5 Ergebnisse der Fragen mit offenem Antwortformat.....	37
6.4 Zusammenfassung der Ergebnisse und inhaltliches Fazit	38
7. Gender Mainstreaming Aspekte	41
8. Diskussion der Ergebnisse & Gesamtbeurteilung	42
8.1 Diskussion der zentralen Ergebnisse	42

8.2	Die Situation in Deutschland im internationalen Vergleich	44
8.3	Stärken der Studie	45
8.4	Erreichung der Projektziele & Limitationen	45
9.	Verbreitung und Öffentlichkeitsarbeit der Projektergebnisse.....	47
10.	Verwertung der Projektergebnisse (Nachhaltigkeit/ Transferpotential).....	48
10.1	Relevanz und Implikationen für die Praxis	48
10.2	Relevanz und Implikationen für die Wissenschaft	51
10.3	Ausblick zur weiterführenden Verwendung der Projektdaten	52
10.4	Vorschlag eines Folgeprojektes	53
11.	Fazit	54
12.	Publikationsverzeichnis	55
13.	Vortragsverzeichnis	56
14.	Tabellenverzeichnis	57
15.	Abbildungsverzeichnis	58
16.	Abkürzungsverzeichnis	59
17.	Literatur	60
18.	Anhang	64

1. Zusammenfassung

Hintergrund

Die Weltgesundheitsorganisation bekräftigt in ihrem Globalen Aktionsplan für Patientensicherheit 2021-2030 die maßgebliche Bedeutung der Einbeziehung von Patientinnen und Patienten zur Förderung einer sicheren Gesundheitsversorgung. Praxisnahe Forschungsergebnisse werden jedoch dringend benötigt, um die bisher unzureichenden Aktivitäten zur Patienteneinbeziehung (PE) in Deutschland effektiv zu steigern. Ziel der Studie war es deshalb, die Bedarfe und Voraussetzungen von PE-Aktivitäten zur strategischen Förderung der Patientensicherheit für die klinische Praxis abzuleiten.

Methode

In einem zweistufigen Delphi-Konsensus-Verfahren wurden die Perspektiven von Patientinnen und Patienten sowie Gesundheitsexpertinnen und -experten untersucht. In der ersten Runde wurden qualitative, semi-strukturierte Interviews zu den Bedarfen, Erfahrungen und Einschätzungen zur Patienteneinbeziehung in Deutschland durchgeführt. In der zweiten Runde wurden die qualitativen Ergebnisse den Teilnehmenden rückgemeldet und mithilfe einer quantitativen Online-Befragung Konsens zur Wichtigkeit und Umsetzbarkeit von ausgewählten PE-Aktivitäten sowie zur Bedeutung von Förder- und Hindernisfaktoren bei der Implementierung von PE-Aktivitäten gebildet.

Ergebnisse

Es wurden 34 Teilnehmende, darunter Patientinnen und Patienten sowie Gesundheitsexpertinnen und -experten, aus ganz Deutschland für die Delphi-Erhebung rekrutiert (Durchschnittsalter: 56,9 Jahre). Im Rahmen der qualitativen Interviews wurden berichtete Aktivitäten der Patienteneinbeziehung sowie Förder- und Hindernisfaktoren in der Praxis vertieft untersucht. In der anschließenden Online-Befragung wurden insgesamt vier PE-Aktivitäten als wichtig konsentiert: insbesondere die direkte Rückmeldung zwischen Patientinnen und Patienten und dem Gesundheitspersonal. Zudem konnte zur Bedeutung von fünf Förderfaktoren (u.a. unterstützende Unternehmenskultur, Aus- und Weiterbildung) und zwei Hindernisfaktoren (u.a. erlebte Ineffizienz von Rückmeldungen) Konsens gebildet werden.

Diskussion

Es wurden erstmals systematisch Erkenntnisse zu Aktivitäten und Implementierungsaspekten der Patienteneinbeziehung zur Förderung der Patientensicherheit in Deutschland empirisch erhoben. Um den dringenden Bedarf der systematischen und strukturierten Implementierung von PE-Aktivitäten zu unterstützen, leiten wir auf Basis unserer Ergebnisse praxisorientierte Handlungsempfehlungen für Gesundheitseinrichtungen ab. Vermehrte Umsetzung und weitere Implementierungsforschung bedarf es vor allem zu dialogorientierten PE-Aktivitäten.

2. Abstract (Zusammenfassung in englischer Sprache)

Background

The World Health Organization emphasizes the importance of involving patients in promoting safe healthcare in its Global Patient Safety Action Plan 2021-2030. Practically relevant empirical evidence is urgently needed to effectively improve the currently insufficient situation of patient engagement (PE) activities in Germany. Therefore, the aim of the study was to assess the essential requirements and implementation factors of PE activities for the strategic promotion of patient safety in clinical work in Germany.

Methods

A two-stage Delphi consensus process was applied to bring together the perspectives of patients and healthcare experts. In the first round, qualitative, semi-structured interviews on expectations and experiences with PE activities in Germany were conducted. In the second round, qualitative results were summarized and fed back to the participants. Consensus on the importance and feasibility of selected PE activities, as well as on the individual relevance of facilitating and hindering factors in the implementation of PE activities, was formed through a quantitative online survey.

Results

A total of 34 participants, including patients and healthcare experts, were recruited from across Germany (mean age: 56.9 years). From the qualitative interviews, PE activities as well as facilitating and hindering factors could be extracted. In the subsequent online survey, a total of four PE activities were consensually deemed important, especially direct feedback communication between patients and healthcare personnel. In addition, consensus was reached on the importance of five facilitating factors (e.g. supportive organizational culture; education and training) and two hindering factors (e.g. perceived inefficiency of patient feedback).

Discussion

For the first time, insights into activities and implementation aspects of patient engagement for promoting patient safety in Germany were systematically assessed. To support the urgent need for an evidence-based and structured implementation of PE activities, we derive practical recommendations for healthcare institutions based on our results. Further implementation research is particularly needed for dialogue-oriented PE activities.

3. Einleitung

3.1 Hintergrund

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) hat den globalen Aktionsplan 2021-2023 zur Vermeidung von Gesundheitsgefährdungen vorgestellt, welcher auch die Förderung der Einbeziehung von Patientinnen und Patienten (engl.: *patient engagement*; Abkürzung: PE) in die Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung herausstellt [1]. Die aktive Einbeziehung von Patientinnen und Patienten wird gleichermaßen in Deutschland auch zur Erreichung des nationalen Gesundheitsziels „Patientensicherheit“ gefordert [2]. Damit gehört das Thema Patienteneinbeziehung im globalen als auch im nationalen Rahmen zu einem der zentralen Handlungsfelder der Patientensicherheit [3]. Die Erfahrungen von Patientinnen und Patienten können einen wertvollen Beitrag zur Aufklärung, Reduzierung und Vermeidung von Fehlern und Risiken leisten [4], weshalb die Einbeziehung deren Erlebnissen, Einsichten und Perspektiven zu den bedeutendsten Ausgangs- und Ansatzpunkten zur Verbesserung der Patientensicherheit zählt. Dies ist unter anderem dadurch bedingt, dass Patientinnen und Patienten eine genuin eigenständige und somit andere bzw. ergänzende Sichtweise auf Patientensicherheit haben [5, 6] – auch da sie den gesamten Behandlungsprozess in einer oft fragmentierten Gesundheitsversorgung durchlaufen, mögliche Risiken, Fehler, unerwünschte Ereignisse oder Schäden unmittelbar bemerken, selbst erleben und letztlich in patientensicherheitsrelevanten Ereignissen nahezu immer unmittelbar präsent sind. Von Patienten erlebte Erfahrungen, bei denen die Patientensicherheit beeinträchtigt war, können gemeinsam mit Expertinnen und Experten aufgearbeitet werden und die Erkenntnisse daraus zur Verbesserung der Patientensicherheit genutzt werden [7]. Patientinnen und Patienten nehmen somit eine entscheidende Rolle als Partner bzw. sogenannte ‚Ko-Produzenten‘ der Versorgung in unserem Gesundheitssystem ein und können nicht nur zur Steigerung der Sicherheit und Behandlungsqualität [8], sondern langfristig ebenso zu geringeren Kosten der beteiligten Gesundheitseinrichtungen beitragen [9]. Das kürzlich von der WHO ergänzend zum Globalen Aktionsplan Patientensicherheit veröffentlichte Empfehlungsschreiben „*Patient Engagement for Patient Safety: Advocacy brief*“ [10] betont die weiterhin bestehende Aktualität des Themas und den dringenden Bedarf weitere Ressourcen zur mobilisieren, um die Einbeziehung der Patientenperspektive nachhaltig in die nationale Gesundheitsversorgung zu implementieren. Speziell wird darauf aufmerksam gemacht, dass Patientenvertretungen auf Ebene des Einrichtungsmanagements kaum eingesetzt werden und dass Patientenrückmeldungen häufig zwar gesammelt, aber nicht für die Weiterentwicklung einer sicheren Versorgung genutzt werden [11].

3.2 Drei-Stufen-Modell der Patienteneinbeziehung

Aufbauend auf einem Modell von Carman et al. [12] haben wir im Rahmen des Projekts PEPS 1.0 ein dreistufiges Rahmenmodell (Abbildung 1) zur Einordnung der unterschiedlichen Aktivitäten der aktiven Einbindung von Patientinnen und Patienten in die Weiterentwicklung institutioneller Patientensicherheit entwickelt [13]. Das Ausmaß der Patientenpartizipation steigt von Stufe 1 bis 3 kontinuierlich an. Die Stufen unterscheiden sich im Umfang der Einbindung von Patientinnen und Patienten darin, wie aktiv ihre Rolle ist und wie groß ihre tatsächlichen Mitgestaltungsmöglichkeiten und Verantwortung sind. Zentrale Merkmale der Stufen sind folgende:

- (1) **Stufe 1:** PE-Aktivitäten der Stufe 1 sind vergleichsweise einfach anzuwenden und mit einem geringen Ressourcenaufwand verbunden. Gleichzeitig ist die Einbeziehung der Patientinnen und Patienten hier unidirektional und es findet kein kooperativer Austausch statt. Ebenso besteht die Gefahr, dass Patientenrückmeldungen zwar aufgenommen bzw. registriert, allerdings nur wenig oder unzureichend analysiert und weiterverwendet werden.
- (2) **Stufe 2:** Auf dieser Ebene steht der Dialog im Vordergrund. Patientenmeinungen können gehört und gemeinsam (kooperativ) besprochen werden. Mit entsprechenden Ansätzen ist bereits ein etwas höherer Zeit- und ggf. auch Kostenaufwand verbunden.
- (3) **Stufe 3:** Die dritte Stufe erfordert die aktive Beteiligung von Patientinnen und Patienten an Einrichtungsmanagementprozessen, relevanten Entscheidungen und an der aktiven Umsetzung und dem Monitoring der geplanten Aktivitäten zur Verbesserung der Patientensicherheit.

8

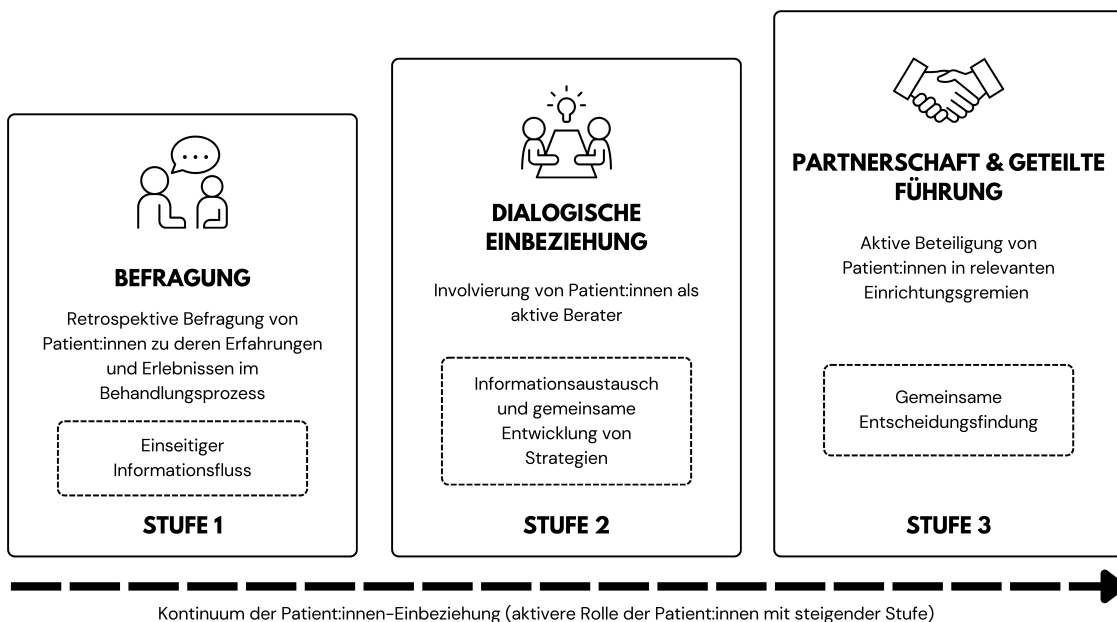


ABBILDUNG 1. DREI-STUFEN-MODELL DER PATIENTENEINBEZIEHUNG

Es ist zu betonen, dass jede Stufe der Einbeziehung eigene Vor- und Nachteile sowie unterschiedliche Anwendungsmöglichkeiten mit sich bringt [13]. Demnach ist es nicht per se das Ziel, allerorten die

höchste Stufe zu erreichen, sondern vielmehr die passende Methode und Stufe für spezifische Fragestellungen und Handlungsfelder zu finden [12]. Die Etablierung von einem adaptiven und kontextorientiertem sogenannten - *bunten Mix* - dürfte am ehesten ein profundes Verständnis wichtiger Patientensicherheitsbedürfnisse vor Ort gewährleisten [14].

3.3 Patienteneinbeziehung in Gesundheitseinrichtungen in der Bundesrepublik Deutschland

Die folgenden Erkenntnisse wurden im Rahmen eines vorherigen Projekts (*PEPS 1.0: Einbeziehung von Patientinnen und Patienten zur strategischen Förderung von Patientensicherheit: Eine Recherche zu publizierten Ansätzen und Praktiken in Deutschland*) durch eine explorative Recherchearbeit gewonnen. Weitere Details können bei Bedarf im Projektbericht nachvollzogen werden [15].

Die *Beteiligung* von Patientinnen und Patienten an der Gesundheitsversorgung in der Bundesrepublik Deutschland ist gesetzlich geregelt. Das im Jahr 2004 eingeführte Gesetz § 140f *Beteiligung von Interessenvertretungen der Patientinnen und Patienten*, Fünftes Buch, Sozialgesetzbuch (SGB) schreibt die Pflicht der Beteiligung von ernannten Vertreterinnen und Vertretern in relevanten Gremien vor, zum Beispiel dem Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA). Jedoch wird die in dieser angestrebten empirischen Erhebung von zu evaluierender PE auf Einrichtungsebene bisher nahezu nicht von der gesetzlich vorgeschriebenen Beteiligungspflicht abgedeckt.

Die am häufigsten etablierte PE-Aktivität in Gesundheitseinrichtungen sind **Patientenbefragungen**, die häufig im Rahmen des Qualitätsmanagements eingesetzt werden [16]. Auch das **Lob- und Beschwerdemanagement** einiger Einrichtungen kann als eine Art der retrospektiven Informationssammlung und Befragung betrachtet werden. Das Ziel einer Befragungsmaßnahme kann sowohl die Feststellung zu priorisierender Problembereiche sein oder auch die Einholung konkreter Ideen und Vorschläge der Befragten. Allerdings wird wenig berichtet, was konkret mit den Ergebnissen der einzelnen durchgeführten Befragungen passiert. Des Weiteren sind die Inhalte der Befragungen meist nicht zugänglich. Das bedeutet, dass nach unserer Recherche mithin keine Aussage getroffen werden kann, inwiefern die Inhalte der Befragungen Themen der Patientensicherheit betreffen. Ebenfalls gut etabliert sind **Patientenfürsprechende**. Diese stehen als Kontaktpersonen für Patientinnen und Patienten zur Verfügung, leisten emotionalen Beistand und können aufgrund ihrer Sach- und Kontextkenntnisse vermittelnd auftreten [17]. Auch die gut etablierten etwa 100.000 **Selbsthilfegruppen** bzw. **-organisationen** in Deutschland [18] verfügen häufig über eine Verbindungsperson oder einen anderen Kommunikationskanal zu den betreffenden Kliniken oder Praxen. Die Kooperation von Gesundheitseinrichtungen und Selbsthilfegruppen bietet ebenfalls das Potenzial, die dort auftretenden und zusammengetragenen Patientenerfahrungen zur Förderung von Patientensicherheit zu nutzen [19]. Die international als

Patient Advisory Boards bezeichneten und beschriebenen **Patientenräte** sind in Deutschland bisher wenig etabliert.

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass die in Deutschland etablierten PE-Aktivitäten bisher wenig proaktiv im Sinne einer strukturierten PE zur Förderung von Patientensicherheit gestaltet sind. Bei den durchgeführten Aktivitäten bleibt häufig unklar, inwieweit diese Themen der Patientensicherheit betreffen. Außerdem kann keine Aussage über die Effektivität der durchgeführten Aktivitäten im Sinne einer tatsächlich erwirkten Weiterentwicklung von Patientensicherheit getroffen werden. Weitere Projekte und begleitende Evaluationen sind nötig, um Patientenperspektiven strukturiert auf Führungs- und Managementebene (z.B. Qualitätsmanagement, Risikomanagement etc.) in Gesundheitseinrichtungen zu berücksichtigen und in kooperativer Zusammenarbeit auf Augenhöhe eine sichere und effektive Gesundheitsversorgung zu ermöglichen.

Die aktuelle empirische Evidenz zu Implementierungsfaktoren und Effektivität von PE-Aktivitäten zur Förderung bzw. im Management von einrichtungsinterner Patientensicherheit ist in Deutschland lücken- und mangelhaft. Die berichteten PE-Aktivitäten sind eher solitär und es ist unbestimmt, wie effektiv diese sind. Es ist zudem erforderlich, maßgebliche Hindernis- als auch Förderfaktoren zur Stärkung der Patientensicherheit in den Einrichtungen der Gesundheitsversorgung zu beschreiben und für Implementationen in der Gesundheitsversorgung in Deutschland zugänglich zu machen.

Evidenzbasierte und praxisnahe Forschungsergebnisse werden dringend benötigt, um die PE-Aktivitäten in Deutschland effektiv zu steigern. Die Einbindung von Patientinnen und Patienten sowie relevanten Stakeholdern in diesen Prozess kann maßgeblich dazu beitragen, dass forschungsbasierte Implikationen und Handlungsempfehlungen den tatsächlichen Bedarf von Gesundheitseinrichtungen und auch von Patientinnen und Patienten abbilden.

10

3.4 Ziel des Projekts

Aufbauend auf den Erkenntnissen aus der Literatur und den Ergebnissen des Projekts PEPS 1.0 zur Patienteneinbeziehung in die strategische Förderung von Patientensicherheit in Einrichtungen der Gesundheitsversorgung in Deutschland werden mit der angestrebten empirischen Erhebung die folgenden Ziele verfolgt:

- (1) Exploration des Bedarfs und der notwendigen Voraussetzungen von PE-Aktivitäten zur strategischen Förderung der Patientensicherheit in Gesundheitseinrichtungen durch das Einrichtungsmanagement (Stakeholder);
- (2) Strukturierung und Zusammenfassung der erhaltenen Erkenntnisse;
- (3) Entwicklung von zu priorisierenden Handlungsempfehlungen für Einrichtungen der Gesundheitsversorgung zur Implementierung von PE-Aktivitäten zur Förderung der Patientensicherheit;

(4) Ableitung weitergehender Erkenntnis- und Forschungsbedarfe (etwas in Form einer Forschungsagenda) für weitere relevante Fragestellungen in dem Handlungsfeld.

Die gewonnenen Erkenntnisse aus einer Befragung von Expertinnen und Experten, die mit dem Thema vertraut sind, sollen dazu beitragen, die aktuelle Situation zur PE in die strategische Förderung der Patientensicherheit in Einrichtungen der Gesundheitsversorgung in der Bundesrepublik Deutschland zu beschreiben. Es sollten praxisrelevante Empfehlungen generiert werden, die Gesundheitseinrichtungen dabei unterstützen können PE-Aktivitäten zu planen, zu initiieren und erfolgreich durchzuführen.

3.5 Arbeitspakete und Zeitplanung

Im Rahmen der Projektlaufzeit von Januar bis einschließlich Dezember 2023 wurde die Bearbeitung in folgenden Schritten und Arbeitspaketen umgesetzt:

1. Vorbereitung

- Erstellung eines detaillierten Studienprotokolls inkl. erstem Entwurf des Interviewleitfadens
- Prüfung der Unterlagen durch den Datenschutzbeauftragten des UKBs
- Stellen eines Ethikantrag bei der Ethikkommission der Medizinischen Fakultät der Rheinischen Friedrich-Wilhelms-Universität Bonn
- Registrierung der Studie im Deutschen Register Klinischer Studien (DRKS)
- Anschreiben und Rekrutierung der Studienteilnehmenden

11

2. Datenerhebung

- Planung und Durchführung qualitativer, ca. 30–60-minütiger, Interviews mit ca. 45 Teilnehmenden (Delphi-Runde 1) inklusive Transkription
- Online-Befragung derselben Stichprobe (Delphi-Runde 2)
- Durchführung von Vortests vor beiden Erhebungsrunden zur Prüfung der verwendeten Methoden

3. Datenanalyse

- Aufbereitung und Analyse der erhaltenen Befragungsdaten (u.a. qualitative Inhaltsanalyse, deskriptive Auswertung der Daten der Online-Befragung)

4. Auswertung, Dokumentation und Publikation

- Aufbereitung der Ergebnisse in einem Sach- und Kurzbericht
- Zusätzliche Publikation in einem wissenschaftlichen Fachbeitrag
- Präsentation der Ergebnisse vor Fachpublikum und Öffentlichkeit.

Die nachfolgende Grafik (Abbildung 2. Schritte und Zeitplan des Projekts) illustriert den Zeitplan des Projekts.

PROJEKT PEPS 2.0

Einbeziehung von Patientinnen und Patienten zur strategischen Förderung von Patientensicherheit

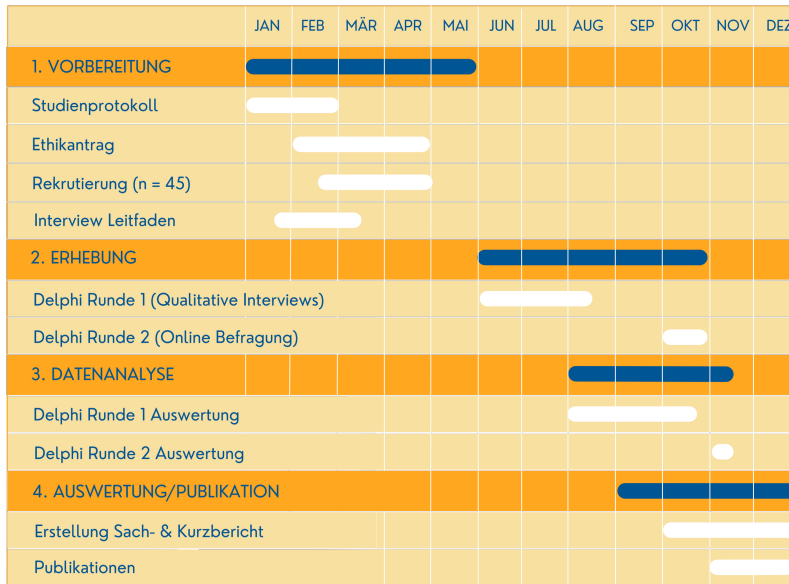


ABBILDUNG 2. SCHRITTE UND ZEITPLAN DES PROJEKTS

4. Erhebungs- und Auswertungsmethodik

4.1 Einbindung von Patientinnen und Patienten

Im Sinne der oben genannten Projektziele wurden die Erfahrungen und die Expertise von Patientinnen und Patienten sowie deren Vertreterinnen und Vertreter sowohl bei der Planung als auch bei der Umsetzung der empirischen Erhebung berücksichtigt (Ko-Design). Konkret wurden dafür in der Planung und Vorbereitung des Studienprojekts Patientenvertreterinnen und -vertreter zu ihren aktuellen Erfahrungen mit PE in Gesundheitseinrichtungen konsultiert (im Rahmen des Projekts PEPS 1.0).

Im Sinne einer partizipativen Studienentwicklung wurde das Studienprotokoll mit einem Patientenvertreter bzw. einer Patientenvertreterin besprochen und deren Feedback berücksichtigt und eingearbeitet. Es wurde angestrebt, dass die Hälfte der Teilnehmenden im Delphi-Verfahren aus ihrer Patienten-/Angehörigen- oder Patientenvertretungsrolle heraus befragt werden.

4.2 Ethikvotum

Vor Beginn der Datenerhebung wurden bei der Ethikkommission für klinische Versuche am Menschen und epidemiologische Forschung mit personenbezogenen Daten der Medizinischen Fakultät der Rheinischen Friedrich-Wilhelms-Universität Bonn alle Studienunterlagen zur Prüfung vorgelegt. Die Ethikkommission hatte nach erfolgter Prüfung und Überarbeitung der Unterlagen zur Studie keine berufsethischen oder berufsrechtlichen Bedenken erhoben (Aktenzeichen: 091/23-EP; Votum vom 8.5.2023).

13

Ebenfalls wurden die Studienunterlagen durch den Datenschutzbeauftragten des Universitätsklinikums Bonn geprüft. Aus datenschutzrechtlicher Sicht bestanden ebenfalls keine Einwände bezüglich der Durchführung der Studie.

4.3 Rekrutierung und Stichprobe

Die Fach-Expertinnen und -experten als Teilnehmende des Delphi-Prozesses wurden über multiple Wege (z.B. per E-Mail-Anschreiben im Schneeballverfahren, Aufruf in Sozialen Medien wie LinkedIn) rekrutiert. Bei der Zusammensetzung der Stichprobe wurde angestrebt, eine vergleichbare Verteilung der Teilnehmenden über verschiedene geografische Standorte in Deutschland zu erreichen. Gleichermaßen wurde angestrebt, verschiedene Rollen und Berufsgruppen (z.B. QM-Managerinnen und -Manager, Ärztinnen und Ärzte) bzw. Patientinnen und Patienten einzubinden. Auch sollten die Teilnehmenden, sofern diese direkt mit spezifischen Einrichtungen der Gesundheitsversorgung assoziiert waren, sowohl kleinere als auch größere Einrichtungen repräsentieren.

Alle potenziellen Teilnehmenden, die ihr Interesse zur Teilnahme geäußert hatten, erhielten (nach Präferenz) per E-Mail bzw. postalisch eine Teilnahmeinformation, einen Aufklärungsbogen zur Unterschrift und eine Datenschutzvereinbarung. Nach vollständiger Rücksendung dieser erforderlichen Unterlagen (unterzeichneter Aufklärungsbogen und unterzeichnete Datenschutzvereinbarung) wurden die Personen als Studienteilnehmende erfasst.

Folgende Einschlusskriterien mussten die Teilnehmenden des Delphi-Verfahrens erfüllen:

- Volljährigkeit (≥ 18 Jahre)
- Wohnhaft in Deutschland
- deutschsprachig (Interviews wurden in deutscher Sprache durchgeführt)
- Zugehörigkeit zu einer der folgenden Gruppen:
 - o Patientinnen und Patienten sowie Patientenvertreterinnen und Patientenvertreter,
 - o Mitarbeitende in Gesundheitseinrichtungen (z.B. Ärzte, Pflegepersonal, Verwaltungsmitarbeitende),
 - o Weitere Sachverständige im Gesundheitswesen (z.B. Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler).

4.4 Datenerhebung im Delphi-Verfahren

Die Delphi-Methode ist ein häufig angewandtes wissenschaftliches Expertenverfahren zur Generierung eines Konsensus als quasi vereinheitlichtes Meinungsbild zu einer bestimmten Fragestellung, bei der davon ausgegangen wird, dass ein heterogenes Erfahrungs- und Meinungsbild unter den verschiedenen Beteiligten besteht [20]. Dabei wird in einem systematischen, schrittweisen Vorgehen eine Vielzahl von Inhalten und berichteten Einschätzungen konsolidiert und probiert, zentrale Aussagen und Meinungen zu identifizieren.

14

Es wurden hier zwei Runden im Delphi-Verfahren durchgeführt: In der ersten Runde wurden qualitative, halb-strukturierte Interviews durchgeführt. Fragen mit offenem Antwortformat ermöglichten die Exploration von Erfahrungen und Einschätzungen zur PE in Einrichtungen der Gesundheitsversorgung. In der zweiten Runde wurden die aufbereiteten Ergebnisse der ersten Interviewerhebung den Teilnehmenden rückgemeldet und zur Bewertung wieder vorgelegt.

Für jede der zwei Delphi-Erhebungsrunden wurde ein sogenannter Pretest durchgeführt. Dieser diente der ersten Evaluation der (Interview-)Fragen und dem Training der Studienmitarbeiterinnen und -mitarbeitern. Die Ergebnisse der Testrunden wurden im Studienteam besprochen und bei Bedarf eine Anpassung der Studienfragen vorgenommen. Der Ablauf des Delphi-Verfahrens kann über nachfolgendes Flow-Diagramm (Abbildung 3. Flow Chart Studiendesign) nachvollzogen werden.

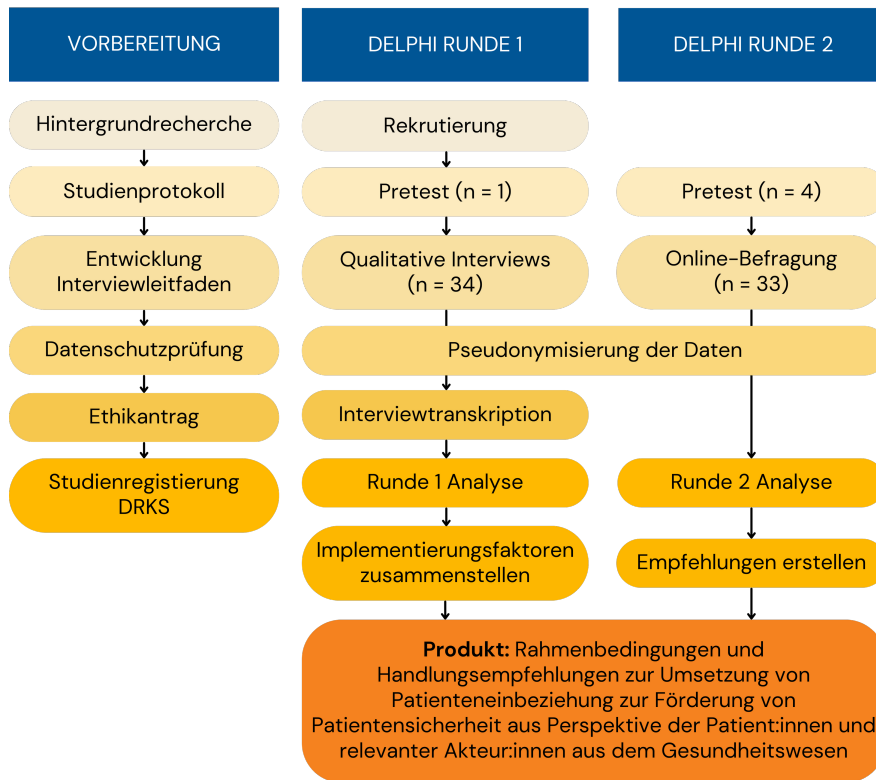


ABBILDUNG 3. FLOW CHART STUDIENDESIGN

4.4.1 Erste Delphi-Runde: Interviewbefragung

Mit allen Studienteilnehmerinnen und -teilnehmern wurde ein individueller Termin zur Durchführung der qualitativen Interviewbefragung vereinbart. Alle Interviews wurden als Online-Interview mit Videoaufzeichnung über die Software ZoomX (Zoom Video Communications, Inc., San José, USA & Deutsche Telekom, Bonn, DE) datenschutzkonform durchgeführt. Die Teilnehmenden wurden vor Beginn des Interviews (ergänzend zu ihrem schriftlich bereits erfolgten Einverständnis) nach ihrer Zustimmung zur Aufzeichnung des Interviews gefragt und mündlich darauf hingewiesen, dass ein Nicht-Beantworten der Interviewfragen und ein Abbruch des Interviews, falls gewünscht, jederzeit möglich seien. Nach Beantwortung aller Interviewfragen oder maximal 60 Minuten wurde das Interview beendet.

15

Der Interviewleitfaden basierte auf den folgenden vier Kernfragen:

- (1) Welche Bedarfe und Erwartungen zum aktiven Patienten-Einbezug zur strategischen Förderung der Patientensicherheit in der Gesundheitsversorgung bestehen bzw. sind Ihnen in Deutschland bekannt?
- (2) Welche (*best-practice*) Projekte und Aktivitäten werden dazu in der klinischen und außerklinischen Versorgungs-Praxis umgesetzt?
- (3) Welche Hindernis- und Erfolgsfaktoren zur Einbeziehung von Patienten bestehen (insbesondere bei *best-practices*)?
- (4) Welche Empfehlungen lassen sich aus den Erkenntnissen für Strategie-Entwicklungen, Interventionen und Verbesserungsvorhaben ableiten?

Der vollständige Interviewleitfaden ist im Anhang zu finden (ab Seite 64). Die Fragen wurden auf Basis der Ergebnisse des Projekts PEPS 1.0 „*Einbeziehung von Patientinnen und Patienten zur strategischen Förderung von Patientensicherheit: Eine Recherche zu publizierten Ansätzen und Praktiken in Deutschland*“ [15] entwickelt und vorab auf Basis der internationalen Literatur und im Studienteam abgestimmt.

4.4.2 Zweite Delphi-Runde: Online-Befragung

Aufbauend auf den vom Studienteam aufbereiteten Ergebnissen der qualitativen Interviews der ersten Delphi-Erhebungsrunde wurden Fragen für die Online-Befragung entwickelt. Zur Erstellung der Befragung wurde die Online-Plattform *Unipark* (Tivian XI GmbH, Köln, Deutschland) verwendet. Zur Beantwortung der Fragen waren ca. 30 Minuten vorgesehen. Es wurden Fragen mit offenem Antwortformat (z.B. „*Was kann Ihrer Meinung nach noch ergänzend zur Förderung der Patienteneinbeziehung in Gesundheitseinrichtungen getan werden?*“) und Fragen mit Bewertungsoptionen auf einer Likert-Skala (z.B. „*Bitte geben Sie für die aufgelisteten potenziellen Hürden jeweils auf einer Skala von 1 (keine Beeinträchtigung) bis 7 (starke Beeinträchtigung) an, wie stark diese die Planung und Durchführung von PE-Aktivitäten beeinträchtigen.*“) kombiniert. Inhaltlich wurden in Fortsetzung der ersten Runden folgende Themenbereiche abgedeckt und erfragt:

- **Aktivitäten** und Praktiken der Einbeziehung von Patientenperspektiven zur Förderung von Patientensicherheit in Gesundheitseinrichtungen
- **Förderfaktoren** der Implementierung und Umsetzung von PE-Aktivitäten
- **Hindernisfaktoren** der Implementierung und Umsetzung von PE-Aktivitäten.

16

Eine vollständige Übersicht des Fragebogens befindet sich im Anhang (ab Seite 64). Der Fragebogen wurde von vier Mitarbeitenden des Instituts für Patientensicherheit des Universitätsklinikums Bonn und allen Mitgliedern des Projektteams vor Start der Datenerhebung getestet. Anmerkungen und Kommentare wurden besprochen und bei Bedarf entsprechende Änderungen vorgenommen.

Alle Studienteilnehmenden erhielten eine persönliche Einladung und einen individuellen Link zur Teilnahme an der Online-Befragung per E-Mail. Zunächst war ein Teilnahme-Zeitraum von zwei Wochen zur Beantwortung des Fragebogens vorgesehen. Teilnehmende, die nach Ablauf der Zeit noch nicht an der Befragung teilgenommen hatten, wurden erneut per E-Mail kontaktiert und bekamen die Möglichkeit die Befragung nachträglich abzuschließen. Insgesamt stand der Fragebogen vier Woche online zum Ausfüllen zur Verfügung.

4.5 Datenanalyse

4.5.1 Qualitative Inhaltsanalyse der Interviewdaten

Vor dem Start der Analyse wurden alle erhaltenen Daten pseudonymisiert. Die durchgeführten Interviews wurden durch eine studentische Hilfskraft und KI-gestützt über den Webservice *f4x* auf [audiotranskription.de](https://www.audiotranskription.de) (dr. dresing & pehl GmbH, Marburg, DE) transkribiert. Alle gültigen Datenschutzbestimmungen wurden dabei berücksichtigt. Die automatisch erstellten Transkripte wurden durch eine Studienmitarbeiterin bzw. einen Studienmitarbeiter korrekturgelesen. Anschließend wurden die Transkripte mit der Software *MAXQDA* (VERBI Software GmbH, Berlin, DE) zur qualitativen Datenanalyse weiterbearbeitet.

Zur Analyse der Interviewdaten stützte sich das Studienteam auf die qualitative Inhaltsanalyse nach Kuckartz und Rädiker (2022), die einen explorativen Ansatz verfolgt [21]. In einem ersten Schritt wurden zunächst für die Studienfrage relevante Textsegmente der Interview-Transkripte markiert und deduktiv, basierend auf den Interviewleitfragen, drei Hauptkategorien („Aktivitäten“; „Förderfaktoren“; „Hindernisfaktoren“) vergeben. Zwei zufällig ausgewählte Transkripte wurden von zwei unterschiedlichen Mitgliedern des Studienteams doppelt kodiert und besprochen. Für die restlichen Transkripte wurden im Anschluss alle relevanten Textsegmente bestimmt und Hauptkategorien vergeben. Anschließend wurde im Studienteam gemeinsam ein vollständiges Kodierungssystem besprochen und finalisiert, das neben den bereits vergebenen Hauptkategorien induktiv erstellte Unterkategorien umfasst.

In einem zweiten Schritt wurden mit dem nun vollständigen Kategoriensystem erneut Doppelkodierungen vorgenommen. Hier wurde iterativ vorgegangen: jeweils ein Transkript wurde von zwei Studienteammitgliedern kodiert und dann die Übereinstimmung Kappa (K) berechnet [22]. Unstimmigkeiten wurden besprochen. Dies wurde wiederholt, bis eine Übereinstimmung von $K = .84$ erreicht wurde, welche als „sehr gut“ einzustufen ist [23]. Daraufhin wurde das finale Kategoriensystem angenommen, welches in Tabelle 1 dargestellt ist.

Die erste Hauptkategorie „**PE-Aktivitäten**“ beinhaltet alle im Interview besprochenen Aktivitäten, Initiativen und Projekte im Bereich der Patientensicherheit, bei denen Erfahrungen der Patientinnen und Patienten an Gesundheitseinrichtungen weitergegeben werden bzw. Patientinnen und Patienten passiv oder aktiv in strategische Aktivitäten zur Förderung der PS einbezogen werden.

Die zweite Hauptkategorie „**Förderfaktoren**“ beinhaltet Rahmenbedingungen bzw. Faktoren, die einen positiven Einfluss auf die Einbeziehung von Patientinnen und Patienten haben, sowie Prozess-Faktoren und Umstände, die Projekte zur Einbeziehung von Patientinnen und Patienten am Laufen halten.

TABELLE 1. KATEGORIENSYSTEM ZUR QUALITATIVEN INHALTSANALYSE

Hauptkategorien	Subkategorien und Dimensionen	
<i>(pro Dimension wurde für jedes Textsegment eine Kategorie vergeben)</i>		
1. PE-Aktivitäten	<i>Dimension 1:</i>	<i>Dimension 2:</i>
	<i>Stufe der Patienteneinbeziehung</i>	<i>Art der Gesundheitseinrichtung</i>
	a. Einseitiger Informationsfluss b. Dialog c. Partnerschaft & geteilte Führung d. Weitere	a. Klinik b. Niedergelassene Ärztinnen und Ärzte c. Sonstige
3. Förderfaktoren	<i>Dimension 1:</i>	<i>Dimension 2:</i>
	<i>Stufe der Patienteneinbeziehung</i>	<i>Personengruppe</i>
	a. Einseitiger Informationsfluss b. Dialog c. Partnerschaft & geteilte Führung d. Weitere	a. Patientinnen und Patienten b. Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter c. Gesundheitseinrichtung d. Sonstige
2. Hindernisfaktoren	<i>Dimension 1:</i>	<i>Dimension 2:</i>
	<i>Stufe der Patienteneinbeziehung</i>	<i>Personengruppe</i>
	a. Einseitiger Informationsfluss b. Dialog c. Partnerschaft & geteilte Führung d. Weitere	a. Patientinnen und Patienten b. Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter c. Gesundheitseinrichtung d. Sonstige

Zudem wurden die einzelnen Kategorien inhaltlich definiert bzw. für die Kodierung mit Beispielen und Erläuterungen operationalisiert:

Die dritte Hauptkategorie „**Hindernisfaktoren**“ wurde definiert als explizit aufgeführte hinderliche Faktoren, die Beteiligung erschweren oder verhindern, sowie auch potenzielle bzw. hypothetische Hindernisse.

Die jeweils als Subkategorien verwendeten **Stufen der Patienteneinbeziehung** wurden vom Studienteam im Rahmen eines vorigen Projekts definiert (vgl. Kapitel 3.2, ab Seite 8) [15]. Als „*Einseitiger Informationsfluss*“ wird ein Informationsfluss von der Patientin und dem Patienten zur Einrichtung definiert, bei dem es keine Rückmeldung an die Patientinnen und Patienten und keine gemeinsame Diskussion der Lösung gibt, wie bspw. bei Patientenbefragungen, Bewertungsportalen oder externen Beschwerdestellen. Die Subkategorie „*Dialog*“ wird als Zusammenarbeit zwischen Einrichtung und Patientinnen und Patienten verstanden, wie bspw. Im Rahmen eines Patientenbeirats, eines gemeinsamen

Workshops, Projekts oder einer Fokusgruppe. Beispiele für „Partnerschaft und geteilte Führung“ umfassen hingegen PE-Aktivitäten, bei denen Patientinnen und Patienten ein Stimmrecht haben, wie bspw. Patientenbeiräte mit Stimmrecht.

Für jedes, für die Fragestellung relevante Textsegment wurden jeweils eine Hauptkategorie und mindestens eine Subkategorie vergeben, so dass sich bspw. für einen Textabschnitt, in dem über das Lob- und Beschwerdemanagement in einer Klinik berichtet wurde, die Kodierung *PE-Aktivitäten > D1: einseitiger Informationsfluss > D2: Klinik* ergab.

Nach der vollständigen Bearbeitung aller 34 Interview-Transkripte, wurden die kodierten Textsegmente in *MS Excel* (Microsoft Corporation, Redmond, US) exportiert. Die Textpassagen wurden im Anschluss paraphrasiert und die Kernaussagen zusammengefasst.

4.5.2 Auswertung der Online-Befragung

Der vollständige Datensatz der Online-Befragung wurde exportiert und unter Verwendung der Software *SPSS Statistics* (IBM, Armonk, USA) ausgewertet. Für alle Fragen mit Bewertungsoptionen (Likert-Skalen) wurden deskriptive Statistiken berechnet (Mittelwert, Standardabweichung, Median). Die Studienteilnehmenden wurden in zwei Gruppen eingeteilt und die Patientenperspektive der Perspektive der Stakeholder aus dem Gesundheitswesen gegenübergestellt (Deskriptive Statistiken und Test auf Gruppenunterschiede mittels Mann-Whitney-U-Test). Darüber hinaus wurde der Konsens der Studienteilnehmenden hinsichtlich der Priorisierung der einzelnen genannten Aktivitäten sowie der Förder- und Hindernisfaktoren betrachtet. Entlang der Literatur wurde hier in der Auswertung dann Konsens angenommen, wenn >80% der Teilnehmenden auf den dargestellten Likert-Skalen von 1-7 eine 5, 6 oder 7 angegeben hatten (oberer Skalenbereich) [24].

Die Antworten auf alle Fragen mit offenem Antwortformat wurden kongruent zur qualitativen Inhaltsanalyse der ersten Delphi-Erhebungsrunde mit dem bereits verwendeten Kategoriensystem ausgewertet.

5. Durchführung Arbeits- und Zeitplan

Die zu Projektbeginn erstellte Zeitplanung (vgl. Abbildung 2, Seite 12) konnte im Wesentlichen eingehalten werden. Alle im Projekt vorgesehenen inhaltlichen Ziele wurden während der Laufzeit des Projekts erreicht.

Aufgrund der zeitweisen Nichtbesetzung eines Stellenanteils des Projekts (Q1-Q3 2023), konnte das Rekrutierungsziel (45 Teilnehmende) für die Delphi-Studie nicht vollständig erreicht werden. Dabei war vor allem der Zeitaufwand der Vorbereitung, Durchführung und Auswertung der qualitativen Interviews ausschlaggebend, die vom Projektteam unter diesen Umständen nicht im ursprünglich geplanten Umfang realisiert werden konnten. Die Reduzierung der Anzahl der Teilnehmenden hatte jedoch nach Einschätzung des Projektteams keine maßgeblichen Einschränkungen der Aussagekraft der Studienergebnisse zur Folge, da mit den durchgeführten Interviews der 34 tatsächlich rekrutierten Teilnehmenden bereits eine Sättigung der erhaltenen Informationen bezüglich unserer Fragestellung eingetreten war. Das bedeutet, dass nicht damit zu rechnen war, dass durch die Rekrutierung zusätzlicher Teilnehmenden weitere wichtige Aspekte der Aktivitäten und Implementierungsfaktoren der Patienteneinbeziehung in Deutschland hinzugekommen wären.

Eine weitere Änderung im Zeitplan ergab sich durch die verlängerte Bearbeitungsdauer des Ethikantrags bei der zuständigen Ethikkommission am Universitätsklinikums Bonn. Dadurch konnte mit der Rekrutierung erst verzögert begonnen werden. Dies konnte aber im weiteren Projektverlauf kompensiert werden.

Besonders positiv zu erwähnen bezüglich der Erreichung der Projektziele sind zwei im Projektverlauf nachträglich geplante Publikationen (vgl. Publikationsverzeichnis, Seite 55), die jeweils mit zusätzlichen Auswertungsschritten aus den erhobenen Daten realisiert werden können.

6. Ergebnisse

6.1 Stichprobe

Es konnten 34 Expertinnen und Experten aus ganz Deutschland, davon 23 Frauen, für die Teilnahme an der Studie rekrutiert werden. Das Durchschnittsalter der Teilnehmenden lag bei 56,9 Jahren (Standardabweichung: 10,8). Abbildung 4 zeigt die professionelle Zusammensetzung der Stichprobe bezüglich des Expertise-Hintergrunds der Teilnehmenden. 24 Teilnehmende repräsentierten damit im Expertenpanel die Patientenperspektive und 12 Teilnehmende von Gesundheitsexpertinnen und -experten.

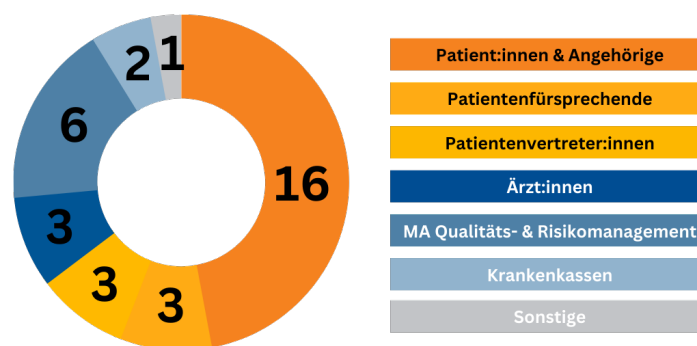


ABBILDUNG 4. EXPERTISE-HINTERGRUND DER STUDIENTEILNEHMERINNEN UND -TEILNEHMER

21

6.2 Ergebnisse der qualitativen Inhaltsanalyse der Interview-Befragung (Erste Delphi-Runde)

Folgend werden die wichtigsten Inhalte der Interviews verdichtet berichtet und hinsichtlich der zentralen, extrahierten Aussagen und Erfahrungen entlang unserer Hauptkategorien berichtet:

6.2.1 Aktivitäten und Wege der Patienteneinbeziehung

Der Großteil der berichteten und in den Interviews ermittelten PE-Aktivitäten deckten die erste Stufe der Beteiligung ab, die in Kapitel 3.2 erläutert werden. Solche PE-Aktivitäten mit einseitigem Informationsfluss wurden sowohl von Patientinnen- und Patientenseite, als auch von den Vertreterinnen und Vertretern der Einrichtungen berichtet und umfassten klassischerweise das Lob- und Beschwerdemanagement in Kliniken, Feedbackbögen, Patientenbefragungen, Patientenvertreterinnen und -vertreter, sowie Patientenfürsprechende. Als weitere Formen des einseitigen Informationsflusses berichteten die Interviewten direktes Feedback von Patientinnen und Patienten an medizinisches Personal, ein PatientInnen-CIRS, Krankenkassen als Anlaufstellen und alternative Wege des Patientenfeedbacks wie interne grüne Damen und Herren oder externe Bewertungsportale, Audits, Ombudsmänner, Selbsthilfegruppen sowie den anwaltlichen Weg. PE-Aktivitäten auf Stufe 2 und 3 der Beteiligung, bei welchen

Patientinnen und Patienten mit der Einrichtung im Dialog stehen oder sogar ein Stimmrecht besitzen, umfassten klassischerweise den Patientenbeirat sowie alternative Strukturen der Patientenbeteiligung (wie Fördervereine, Stiftungen und die Zusammenarbeit mit Selbsthilfegruppen). Das Amt des **Patientenfürsprechenden**, üblicherweise ein Ehrenamt, war in den meisten Kliniken vertreten und zeichnete sich besonders durch die hohe Nähe zu Patientinnen und Patienten aus, wie eine Fürsprecherin berichtete:

„Und ich mache es so, wenn ich im Haus bin, ich gehe über die Stationen. Also ich gehe an die Patienten, direkt ans Bett. Das habe ich mir so angewöhnt. Da ist für mich, also ich erfahre da weitaus mehr.“ [Interview 34]

Auch **Feedbackbögen und Patientenbefragungen** zählten zu den weit verbreiteten und gut genutzten Instrumenten, wobei einige Klinikabteilungen meldungsstärker seien als andere. Feedbackbögen lägen typischerweise auf den Stationen aus oder würden bei Aufnahme oder Entlassung ausgehändigt und dienten Patientinnen und Patienten, sowie deren Angehörige zur persönlichen Erfahrungsschilderung während des Aufenthalts. Patientenbefragungen hingegen, wie beispielsweise die Befragung nach dem Picker Modell, hätten den zusätzlichen Nutzen, Erfahrungen von Patientinnen und Patienten zu sammeln und systematisch auch der Öffentlichkeit bereitzustellen. Die Rücklaufquote solcher Befragungen sei in manchen Einrichtungen aktuell gering. Initiativen zur Erhöhung des Rücklaufs umfassten mitunter die Umstellung auf digitale oder hybride Befragungsformate.

22

Die Bearbeitung und Rückmeldung der Fälle an Mitarbeitende und Patientinnen und Patienten lief in den Einrichtungen sehr unterschiedlich ab. Besonders bei einseitigem Informationsfluss wie im Falle des Lob- und Beschwerdemanagements oder Feedbackbögen schien es in einigen Kliniken festgelegte Protokolle und Softwares zu geben, nach denen die Fälle strukturiert bearbeitet und an die Beteiligten zurückgemeldet wurden, während in anderen Einrichtungen je nach Fall und eigenem Ermessen des Bearbeitenden unterschiedlich vorgegangen wurde. Deutlich wurde an der Stelle, dass dem Bedarf nach Bearbeitung und Rückmeldung sowohl auf Patientinnen- und Patientenseite, als auch auf Seiten der Mitarbeitenden in den allermeisten Fällen nachgegangen wurde. Eine Klinische Risikomanagerin aus einer Klinik berichtete beispielsweise einen strukturierten Prozess, bei dem sowohl betreffende Abteilungen als auch Beschwerdeverfassende eingebunden würden:

„Je nachdem welche Rückmeldung kommt, braucht man eine Stellungnahme. Viele können wir auch selber beantworten und bedanken dafür, dass nette Rückmeldung gekommen ist. Wir leiten das dann weiter in die Stationen. Müssen uns gegebenenfalls, wenn die Rückmeldung nicht so nett war, wir Unterstützung brauchen bei der Bearbeitung, Stellungnahme aus den Abteilungen abholen. Und dann wird hinterher ein Brief verfasst. Jetzt ganz knapp ein Brief oder eine E-Mail verfasst, die dem Patienten zugestellt wird. Manchmal greifen wir auch einfach zum Telefonhörer und rufen an. Und versuchen, den

Sachverhalt so zu klären. Ist das ausführlich genug oder brauchen Sie noch eine Information?“ [Interview 10]

Ein Großteil der Abteilungen, in denen die Beschwerden und Meldungen eingingen, richtete sich stark an der Patientin und dem Patienten aus, wie beispielsweise eine Mitarbeiterin aus dem Qualitäts- und Risikomanagement berichtete:

„Alles ist möglich. Selbst wenn bei uns eine Brieftaube landen würde, die würden wir auch bearbeiten. Wir haben kein festes, vorgegebenes, strukturiertes Verfahren.“ [Interview 13]

Als Voraussetzung der Rückmeldung stünde allerdings die Zuordenbarkeit der Meldung, welche bei vollständiger Anonymität nicht gegeben sei. In einigen Abteilungen würden daher anonyme Meldungen überhaupt nicht bearbeitet. Die Problematik der Anonymität würde besonders in den Beteiligungsstrukturen eines Patienten-CIRS oder eines externen Bewertungsportals sichtbar.

Auch die Vernetzung der Anlaufstellen wurde überwiegend als ausgeprägt berichtet. Besonders die Patientenfürsprechenden seien gut vernetzt, sowohl mit anderen Fürsprechenden innerhalb einer Klinik als auch mit Patientenbeirat und Beschwerdemanagement. Ebenso die verschiedenen Abteilungen seien in ständigem Austausch, beispielsweise zwischen Klinischem Risikomanagement, Qualitätsmanagement, Lob- und Beschwerdemanagement, der Rechtsabteilung und auch Forschungseinrichtungen. Auf Bundesebene gäbe es jedoch noch Verbesserungspotenziale bzgl. der Vernetzung, wie ein Mitarbeiter aus dem Klinischen Management berichtete:

„Ich glaube auch, wir haben schon ganz viele Institutionen. Und Stellen, die sich mit so was auch beschäftigen. Und auch aus der Ärzteschaft gibt es ja viele Leute, die dieses Thema Patientensicherheit wirklich maßgeblich unterstützen. Es gibt nur wirklich wenig Vernetzungsplattform dafür, das muss man einfach sagen. Und auch wenig Modelle. Also es gibt einzelne Modelle auch in Deutschland [...] gar nicht mal so für Patientensicherheit [...] Das eher nicht. [...] Es ist schwierig in Deutschland, weil meistens, das muss man ehrlicherweise sagen, gibt es keine nachhaltige Finanzierung für solche Sachen.“ [Interview 28]

Eine weitere Möglichkeit der Einbeziehung biete der Kontakt mit den Krankenkassen, sowie ein Patienten-CIRS. Erstere wurde von Patientinnen und Patienten als eine sinnvolle Anlaufstelle betrachtet und ebenso von medizinischem Personal als etablierter Weg der Rückmeldung berichtet, wie beispielsweise von einer Patientenfürsprecherin:

„Also, wenn alles nicht und alle Stricke reißen. Oder wenn ich sage, es ist sowieso aussichtslos, hier in das Krankenhaus zu gehen, dann empfehle ich, und die meisten Patienten wissen das auch schon, dann empfehle ich eine Weitergabe an die Krankenkassen,

denn die Krankenkassen sind verpflichtet, hier Hilfe und Unterstützung zu geben, zum Beispiel bei dem Verdacht von Behandlungsfehlern.“ [Interview 2]

Ein weiterer Vorteil bei dem Weg über die Krankenkassen sei die ständige Erreichbarkeit über eine 24-Stunden-Hotline oder wie zukünftig geplant durch Chat-client.

Die Etablierung eines Patienten-CIRS, analog zu bestehenden Critical Incident Reporting Systemen aus dem Qualitäts- und Risikomanagement, gelte als Idee mit großem Potenzial, welche jedoch bislang an der Umsetzung scheiterte. Von Seiten der Krankenkassen gäbe es bereits einzelne Initiativen des Versicherten-CIRS. Eine weitere denkbare Lösung zur Einbeziehung von Patientinnen und Patienten in bestehende CIRS-Abläufe sah eine Klinische Risikomanagerin in dem Aufbau von Risikoteams, welche *„Risiken aus den Patientenrückfragen und Risiken aus den CIRS-Meldungen gemeinsam in einem Team bearbeiten, Maßnahmen daraus ableiten und dafür sorgen, dass es hoffentlich nicht noch mal passiert.“ [Interview 10].*

Des Weiteren gelte der **Patientenbeirat** als mögliche Struktur der Einbeziehung, welche durch den Dialog und die Vermittlung zwischen Patientinnen und Patienten und Einrichtung geprägt sei und typischerweise aus einem feststehenden Gremium mit regelmäßigen Sitzungen bestünde. **Themen und Aufgaben solcher Beiräte** umfassten üblicherweise das Sammeln von patientenseitigen Informationen, Besprechen von Themen wie Finanzierung von speziellen Klinikangeboten sowie das Beraten des Managements. Im Vergleich zur klassischen Patientenvertretung weise der Beirat häufig mehr Möglichkeiten auf, Forderungen durchzusetzen, wie eine Institutsleiterin an der Klinik berichtete:

„Und das Besondere bei unserem Patientenbeirat, den wir jetzt gegründet haben, ist halt einfach, dass es nicht die Patienten sind, die eine autonome Organisationseinheit bilden. Und dann gibt es einen Sprecher, der dann mit einem Direktorium spricht, sondern wir haben ganz bewusst in diesem Patientenbeirat eben auch Menschen mit Funktionen der Universitätsmedizin (...) integriert, damit die eben sehr schnell ins Arbeiten kommen.“

[Interview 21]

Allerdings schienen im deutschen System Patientenbeiräte abgesehen von der Krebsmedizin noch nicht sehr weit verbreitet, würden jedoch von den meisten Befragten als wesentliche Möglichkeit der Patienteneinbeziehung begrüßt.

6.2.2 Förderfaktoren und Lösungsansätze zur Patienteneinbeziehung

Unter den Förderfaktoren zur Patienteneinbeziehung ließ sich am deutlichsten unterscheiden zwischen solchen auf Seiten der Einrichtung, seitens der Mitarbeitenden und seitens Patientinnen und Patienten. Zu den genannten Einrichtungen sind ebenso Krankenkassen und Politik zu zählen.

So wurden beispielsweise **designierte Anlaufstellen** in den Einrichtungen als Förderfaktor für die Patienteneinbeziehung genannt, wie sie teilweise bereits bestünden. Darunter fielen das Wissen über An-

laufstellen innerhalb und außerhalb der Einrichtungen und deren Zuständigkeitsbereiche sowie die Erreichbarkeit oder Vermittlung an solche. Beispiele hierfür seien das klinikinterne Beschwerdemanagement, ein eigenes Institut für Patientenbelange oder etwa Patientenfürsprechende. So erachtete eine Patientin es als hilfreich,

„[sich] angemessen und am richtigen Ort [...] [zu] beschweren, weil viele meckern dann an die Stationen, die damit gar nichts zu tun haben. Und die Kräfte kann man sich sparen, wenn man einmal den richtigen Ansprechpartner hat.“ [Interview 31]

Zudem biete ein Ausbau der **Öffentlichkeitsarbeit** weitere Potenziale, um die Reichweite bestehender PE-Aktivitäten zu erhöhen. Bedeutsam sei an der Stelle ein ansprechender Internetauftritt, wie eine Patientin bestätigte:

„Eine Internetpräsenz ist schon ganz wichtig, um auch junge Leute zu erreichen. Aber auch Menschen, die natürlich nicht in den Ballungsgebieten leben, sondern eher ländlich.“ [Interview 19]

Ein Patientenvertreter sah weitere Potenziale in der Social Media Nutzung:

„Also wir müssten das, was wir tun, eigentlich auch ein Stück besser verkaufen. Das wäre die eine Dimension. Dazu kann man auch professionelle Hilfe brauchen. [...] was wir noch viel zu wenig machen, ist, so modernere Kanäle wie Facebook oder Instagram oder ähnliches zu bedienen. Da sind durchaus auch eine ganze Menge Leute unterwegs.“ [Interview 6]

Auch bundesweite Kampagnen oder Werbung über digitale und Printmedien könnten hierfür sorgen. Förderlich für die Einbeziehung sei außerdem die **Ausrichtung an** den Bedürfnissen und Möglichkeiten der **Patientinnen und Patienten**. Dies beinhalte das Begehen von Patientenzimmern, den persönlichen Kontakt und Einbezug von Angehörigen, den Vertrauensaufbau und transparenten sowie respektvollen Umgang mit Feedback von den Betroffenen. So auch ein Qualitäts- und Risikomanager:

„Also ich glaube wirklich, dass wir mehr Rückmeldung bekommen und mehr essenziell oder potenzielle entscheidende Rückmeldung, wenn man das persönliche Gespräch sucht.“ [Interview 23]

Um Vertrauen in Einbeziehungsaktivitäten zu schaffen und zu fördern, sei ein **geschütztes Feedbacksystem** unabdingbar. Dies könne zum einen über die Anonymität von Meldungen gewährleistet werden. Zum anderen, da die Anonymität mit oben genannten Nachteilen einherginge, durch die vertrauliche Behandlung von Patientendaten, beispielsweise durch eine unabhängige Meldestelle oder eine Patientenombudsstelle, wie eine Ärztin einschätzte:

„Und je weiter jemand vom Krankenhaus entfernt ist, was die Zugehörigkeit angeht, desto mehr Vertrauen hat man.“ [Interview 5]

Eine andere Ärztin sah einen weiteren Effekt unabhängiger Meldestellen:

„ich glaube, dass eine unabhängige Stelle insofern wichtig ist, als dass die Systemfehler nochmal auf größerer Ebene zustellen kann und sich einfach unabhängig damit, oder unabhängiger damit beschäftigt als ein Unternehmen, was seine eigenen Ziele verfolgt.“ [Interview 1]

Ein derart geschütztes Feedbacksystem könne helfen solche Hindernisse abzubauen, die bei einigen Betroffenen durch die Angst vor negativen Konsequenzen im Falle einer Meldung entstünden.

Durch die **Integration von Patienteneinbeziehungsaktivitäten in die bestehenden Abläufe und Strukturen** der Gesundheitseinrichtungen könnten einige, oben beschriebene Hindernisfaktoren überwunden werden, wie zum Beispiel der häufig berichtete ausbleibende Effekt von Meldungen oder unzureichende Zeit zur Bearbeitung dieser. Konkrete Vorschläge hierfür waren die routinemäßige Ausgabe von Feedbackbögen bei Aufnahme oder Entlassung, die Einführung eines verpflichtenden Feedbacksystems für Kliniken, die Etablierung von Vertretungen und Beiräten auch außerhalb der Gesundheitseinrichtungen, beispielsweise in Forschungseinrichtungen sowie ganz allgemein die gesetzliche Verankerung von Patienteneinbeziehung. Eine Langzeitpatientin schlug an der Stelle vor:

„Ich habe ja regelmäßig alle drei Monate habe ich immer ein Tablet bekommen, wo dann gefragt wurde zu meiner psychischen Verfassung. Und ich habe mir gedacht, da können wir doch [...] die Befragung auch gleichzeitig machen. Was findet man gerade gut im Uniklinikum? Was kann man verbessern?“ [Interview 19]

Die Etablierung eines **effizienten Systems** durch die gebündelte Auswertung von Eingaben, nachvollziehbare Rückverfolgung angestoßener PE-Aktivitäten und eindeutige Zuständigkeitsbereiche der Anlaufstellen biete ebenso das Potenzial, einige der oben genannten Hindernisfaktoren zu überwinden. Ein weiterer Gedanke einer klinischen Risikomanagerin war die Bildung von Risikoteams, also *„feste Teams aus den Kliniken, die dann auch wiederum einen Überblick haben über die Geschehnisse [...] und das vor Ort weiterkommunizieren können und auch mit Verbesserungen initiieren können.“* [Interview 14]

26

Gesteigert würde dieser Effekt zudem durch die **Vernetzung und den Erfahrungsaustausch** zwischen den Mitarbeitenden in Gesundheitseinrichtungen, den Patientinnen und Patienten sowie den Patientenbeiräten sowie innerhalb dieser Gruppen. Ein kollegiales Verhältnis, die Vernetzung einrichtungsinterner Abteilungen, jährliche Berichte und Vernetzungstreffen könnten dies fördern.

Eingerahmt würden diese genannten Bedingungen durch eine **unterstützende Unternehmenskultur** der Einrichtungen, in welcher eine Feedbackkultur und die Umsetzung von Feedback auch auf Führungsebene vorgelebt wird, PE-Aktivitäten gefördert und Vorschläge sowie Kritik von Mitarbeitenden, wie von Patientenvertreterinnen und -vertretern gehört werden. So plädierte eine Fürsprecherin dafür *„dass die Krankenhäuser das [ihr Amt als Fürsprecherin] als Chance ansehen. Man kann sich ja nur verbessern.“* [Interview 34]

Eine Patientin wünschte sich wiederum, dass

„Feedback auch vom Management [...] mal käme“ [Interview 29]

Eine andere Patientin berichtete in positiver Weise, sie habe

„sehr viel Offenheit im Uniklinikum erlebt“ [Interview 11]

Neben einer unterstützenden Kultur sei verständlicherweise das **Aufbringen von Ressourcen auf Einrichtungsebene** unabdingbar. Dies spiegelte sich in der Priorisierung von Einbeziehungsaktivitäten auf allen Ebenen wider sowie in der Bereitstellung von finanziellen, personellen und zeitlichen Ressourcen. Eine Befragte aus dem Bereich Risikomanagement und Patientensicherheit analysierte,

„Erkenntnisprobleme haben wir ja selten. Und Organisationsschrauben [...]. An denen ist noch gut zu drehen.“ [Interview 20]

Auf Seiten der Patientenfürsprechenden sowie -vertreterinnen und -vertreter wurden als Förderfaktoren sowohl eine angemessene **Aufwandsentschädigung** als auch **regelmäßige Fortbildungen** genannt. Erstere diene besonders der Wertschätzung und Gleichstellung der Ämter mit dem übrigen Einrichtungspersonal, letztere der Vermittlung von Fachwissen sowie der Professionalisierung der Ämter. Wesentlich für die Arbeit in diesen Ämtern, sowie auch für das medizinische Personal seien zudem gewisse **soziale und kommunikative Fähigkeiten im Umgang mit Patientinnen und Patienten**. Hierzu zählten besonders die Fähigkeiten, durch eine verständnisvolle und offene Haltung, eine wirksame Vertrauens- und Gesprächsebene mit der Patientin oder dem Patienten herzustellen sowie zeitgleich eine professionelle Ernsthaftigkeit zu wahren.

Auch bei den Patientinnen und Patienten gebe es eine Reihe von förderlichen Umständen und Eigenschaften, die Einbeziehung zu begünstigten. Einerseits spiele die **Expertise für Themen der Patientensicherheit** eine Rolle, welche besonders Langzeitpatientinnen und -patienten (bspw. durch chronische Erkrankungen) aufwiesen, die jedoch auch für andere Gruppen ebenso in Fortbildungen erworben werden könne. Eine Patientin sah diesen Aspekt als Beteiligungsgrundlage:

„Also ich glaube schon, dass man irgendwie die Menschen erst mal auf einen Nenner sozusagen bringen muss, also auf einen gleichen Wissensstand.“ [Interview 4]

Eine klinische Risikomanagerin war zudem überzeugt, dass

„informierte Patienten uns zwingen sorgfältiger mit denen umzugehen.“ [Interview 10]

Darüber hinaus seien auch **Kapazitäten zur Teilhabe** Voraussetzung dafür, dass Einbeziehung gelinge. Diese bestünden in der Mündigkeit der Betroffenen, in der Motivation zur Teilhabe oder zum Kompetenzerwerb sowie in der Fähigkeit zur aktiven Einbringung und Kommunikation. So wünschte sich eine Institutsmitarbeiterin beispielsweise einen

„Patient[en], der seine Gesundheit eben nicht an der Tür des Arztes oder an der Tür des Krankenhauses abgibt, sondern ich bin weiterhin verantwortlich für mich.“ [Interview 21]

Eine gewisse Verantwortung sahen die Befragten also durchaus bei den Betroffenen, sich eigenständig zu informieren und einzubringen.

6.2.3 Hindernisfaktoren der Patienteneinbeziehung

Auf Ebene der Einrichtung, der Mitarbeitenden und der Patientinnen und Patienten bestünden aktuell einige Hindernisfaktoren, welche mitunter durch eben genannte Förderfaktoren überwunden werden könnten. Zum einen schien die **Finanzierung** an vielen Enden schwierig, sowohl bei Patientenführsprechenden und -vertreterinnen und -vertretern, in der Patientenberatung als auch in Abteilungen des Lob- und Beschwerdemanagements, wie eine Ärztin berichtete:

„Und ich sage jetzt mal, wenn die [Patientenführsprechenden] die Zeit hätten, Patienten aufzusuchen, also immer wenn jemand ins Krankenhaus neu kommt, zu sagen, da bin ich, und wenn Sie ein Anliegen haben, dann melden sich doch bei mir. Dann glaube ich, könnte das, äh, das [die Einbeziehung] fördern. Kann aber keiner bezahlen.“ [Interview 5]

Oder eine andere Ärztin machte als Vorschlag, Patientenfeedback zu sammeln:

„Dann könnte man in irgendeiner Form eine Abteilung schaffen, was natürlich wieder eine Ressource ist, die dann finanziert werden muss und die auch kostet [...].“ [Interview 1]

Ein weiterer wesentlicher Punkt seien die häufig **fehlenden oder aber ineffizienten Strukturen und Abläufe in den Einrichtungen**. Als Beispiele hierfür wurden die aufwändige Rückverfolgung von Meldungen, das unsystematische Abfragen von Informationen, uneindeutige Zuständigkeiten und ausbleibende interne Rückmeldeschleifen bei der Bearbeitung von Fällen, mangelnde Zugänglichkeit und Onlinepräsenz von Anlaufstellen sowie komplizierte rechtliche Regelungen für Angehörige und gesetzliche Vertreter genannt. Ein häufiges Problem schien die hohe Menge an Meldungen zu sein, für die es oft kein effizientes System gebe, woraus auch die hohe Bearbeitungsdauer resultiere. Bedingt durch genannte Phänomene bleibe häufig der **Effekt des gesammelten Feedbacks** aus. Die Vertreterin einer Krankenkasse berichtete beispielsweise:

„Es geht ja nicht um die Meldung, wenn ich da kurz noch mal schimpfen darf, sondern es geht um das, was wir draus machen. Es sind Lernsysteme und das Lernen schreibe ich groß. Die Meldung ist eine notwendige Voraussetzung, ist Input, aber die Konsequenzen daraus?“ [Interview 3]

Ein weiteres Hindernis in der Umsetzung von Rückmeldungen bieten wirtschaftliche und politische Interessen der Einrichtungen, wie eine Ärztin mutmaßte:

„Das heißt, ein Konzern kann sich aktiv entscheiden, dass er diese Kritik nicht sehen möchte. Oder kann die aktiv sozusagen ausschalten. Ich glaube, es muss eine unabhängige Stelle geben.“ [Interview 1]

Solche **fehlende Unterstützung durch die Einrichtung** könne sich darin äußern, dass keine spürbare Feedbackkultur seitens des Managements bestehe oder kein Interesse an der Umsetzung von Patientinnen- und Patientenfeedback, wie eine klinische Risikomanagerin schilderte:

„Vernünftiger Umgang mit diesen Dingen, wenn ein Patient einem was meldet. Das man sagt, ‚ok, haben Sie gesehen, kümmere ich mich mit drum‘. Und das ist, die Kultur haben wir glaube ich in den deutschen Krankenhäusern überhaupt noch nicht.“ [Interview 10]

Auch mangelnde Fortbildungen für solches Personal, welches sich der Patienteneinbeziehung widmet sowie ausbleibende oder unzureichende Bezahlung wurden geschildert.

Auf politischer Ebene schienen außerdem zu viele unterschiedliche Interessen im Gesundheitssystem aufeinanderzutreffen, wobei es keine bundeseinheitliche Beteiligungsstruktur oder rechtlichen Grundlagen gebe, wie ein Mitarbeiter aus dem klinischen Management berichtete:

„Ich glaube, ein ganz wichtiger Punkt dabei, man muss sowas dann gesetzlich verankern. Und das ist sozusagen die Basis, aber auch mit das schwierigste“/ „Und ein Problem dabei ist, Sie brauchen im Prinzip für alles, was Sie machen wollen, in Deutschland irgendwo eine gesetzliche Grundlage. Das habe ich festgestellt. Also ohne gesetzliche Grundlage können Sie eigentlich in Deutschland im Gesundheitssystem fast nichts machen. Weil alles ist dann auf Freiwilligkeit.“ [Interview 28]

Dies führe häufig zu Frustration bei Mitarbeitenden und Patientinnen und Patienten, wie eine Klinische Risikomanagerin berichtete:

„Wie hoch [...] ist die Frustrationsrate, wenn daraus sich nichts verändert hat.“ [Interview 14].

29

oder auch eine Fürsprecherin:

„Vielleicht, man hat manchmal das Gefühl, dass man seine eigene Rolle etwas überzieht. Also so, vielleicht denkt, dass es wirklich was bewegen kann. Es wäre manchmal schön, wenn es so wäre. Weil, man braucht ja mal eine positive Bestätigung.“ [Interview 34]

Weitere Herausforderungen schienen in der Befürchtung von Datenschutzproblemen bei der Verarbeitung von Patientendaten sowie in möglichen negativen Effekten eines anonymen Beschwerdesystems zu liegen. **Auf Seiten der Patientinnen und Patienten** bestünden wesentliche Hürden in dem **fehlenden Wissen** über Anlaufstellen und Wege der Einbeziehung sowie u.a. in der **fehlenden Motivation zur Teilhabe**. Einige Patientinnen und Patienten berichteten, nicht zu wissen, an wen sie sich mit ihren Anliegen wenden sollten oder dass die bestehenden PE-Aktivitäten ihnen nicht den Kern des Themas Patienteneinbeziehung zu treffen schienen. Entschieden sich Betroffene für eine Meldung, könne die Beteiligung daran scheitern, dass Patientin oder Patient sich entweder emotional, kognitiv, sprachlich, physisch oder zeitlich **überfordert** fühlten. So wurde u.a. geschildert, dass einige Betroffene mit der eigenen Krankheitsbewältigung vollständig ausgelastet seien, Feedbacksysteme nicht bedienen könnten oder ihnen Sprachkenntnisse oder Expertise fehlten, abgefragte Aspekte zu bewerten.

Ein durchaus strittiger Aspekt liege zudem in der **Nutzbarkeit von Patienteninformationen**. Diese enthielten häufig sehr subjektive Erfahrungswerte, lägen teilweise in unverständlicher Form vor oder betrafen Themen, die außerhalb der Patientensicherheit lägen. Nicht selten wandten Patientinnen und Patienten dabei andere Bewertungskriterien an als medizinisches Personal oder Mitarbeitende des Qualitätsmanagements, um beispielsweise den Erfolg einer Behandlung zu beurteilen. Die selektive Aufmerksamkeit schilderte eine Ärztin wie folgt:

„Patienten durchblicken häufig ja unsere Prozesse gar nicht. Die sind, wenn sie nicht regelmäßig im Krankenhaus sind, sondern eben nur anlässlich eines akuten Geschehens, dann sind sie mit sich und ihrer Gesundheit beschäftigt und nehmen bestimmte Facetten eines Prozesses wahr.“ [Interview 5]

Ebenso das **Vertrauen in die bestehenden Einbeziehungsstrukturen** schien ein Hindernisfaktor zu sein sowie die **Angst vor negativen Konsequenzen bei der Behandlung** durch das spürbare Abhängigkeitsverhältnis der Patientinnen und Patienten. Eine Ärztin berichtete:

„Also ich habe nicht das Gefühl, dass Patienten sich sicher genug fühlen in unserem Gesundheitssystem zu sagen, an der Stelle hat was nicht gut funktioniert.“ [Interview 1]

Eine weitere Institutsmitarbeiterin berichtete:

„Ich weiß eben einfach aus eigener Erfahrung und auch aus Erzählungen von Patienten, dass die ganz häufig Situationen beobachten, die sie aber nicht kommunizieren, weil sie einfach Angst haben vor Sanktion, vor Ausgrenzung. Oder man behandelt sie dann plötzlich unfreundlich. Und als Patient bin ich unter Umständen darauf angewiesen, dass der Arzt, die Ärztin, das Pflegepersonal mich länger betreut.“ [Interview 21]

Dies sei allerdings nicht nur bei persönlichem Feedback an medizinisches Personal ein Hindernis, sondern würde auch in Bezug auf das Beschwerdemanagement und andere Anlaufstellen so erlebt. Insgesamt biete die Ermutigung, sich auf sicherheitsrelevante Aspekte während der Behandlung zu fokussieren, zudem das Potenzial, das Vertrauen der Patientinnen und Patienten in die Behandlung zu schädigen. Darüber hinaus erhöhten **zwischenmenschliche Hemmnisse** wie Hemmungen, Scham und Unsicherheit, aber auch umgekehrt ein zu hohes Verständnis oder Sympathie für das medizinische Personal die Schwelle, patientensicherheitsrelevante Aspekte zu kommunizieren. So berichtete beispielsweise eine Patientin von einem Behandlungsfehler, den sie nicht zur Meldung brachte:

„Also das ist natürlich auch eine Sache, wo ich sage, da muss es ein Sicherheitsventil geben, das darf nicht passieren. Aber das tat der so leid, dass ich nicht auf die Idee gekommen wäre, da wirklich auch eine Beschwerde einzureichen, muss ich leider gestehen.“

[Interview 30]

Auf der anderen Seite fehlten dem medizinischen Personal häufig die **Zeit oder emotionale Kapazität, Patientenfeedback zu empfangen**. Ebenso berichteten Mitarbeitende von **Hemmungen, sich über die**

Wahrnehmung und das Befinden der Patientinnen und Patienten zu erkundigen aus Gefühlen der Unsicherheit, Höflichkeit oder des Respekts. Patientenfürsprechende, -vertreterinnen und -vertreter nannten als wesentlichen Hindernisfaktor die fehlende finanzielle Vergütung ihres Amtes oder die Vereinbarkeit von Ehrenamt und Berufstätigkeit. Teamintern hindere mitunter die **Angst vor negativen Konsequenzen oder Sanktionen** die Mitarbeitenden daran, Patientenfeedback weiterzuleiten. So berichtete eine Ärztin:

„Also es war so, dass man dann quasi ein Nestbeschmutzer wurde, wenn man auch geraten hat sich irgendwie zu beschweren oder Diskussion in irgendeiner Form zu suchen.“

[Interview 1]

Eine weitere Ärztin fasste die Gesamtproblematik wie folgt zusammen:

„Und natürlich ist es so, dass es im Wesentlichen von der Führungskultur abhängt. Nur wenn man irgendwas benennt, was nicht so gut läuft und es wird ignoriert, tut man es nicht mehr. Wenn man dafür abgestraft wird, tut man schon mal gleich gar nicht mehr. Und wenn man immer gleich, wenn man ein Problem aufzeigt, es auf dem Schoss hat und lösen muss und das nicht etwa an den delegiert wird, der es wirklich lösen kann, so tut man es auch nicht. Und Führungskräfte müssen aktiv selber auch über das reden, was bei ihnen nicht gut funktioniert hat. Dann reden die anderen auch darüber. Aber wenn das nicht passiert und im Gegenteil irgendwas anderes wie eben aufgezählt passiert, dann wird Fehlerkultur nicht besonders gefördert.“ [Interview 5]

31

6.3 Ergebnisse der Online-Befragung (Zweite Delphi-Runde)

Von den 34 Teilnehmenden der ersten Delphi-Erhebungsrunde nahmen 33 auch an der Online-Befragung teil (Rücklaufquote 97%). Hinsichtlich der Expertise: 22 der verbleibenden Teilnehmenden füllten die Befragung aus Patientenperspektive aus und 11 aus Perspektive von Gesundheitsexpertinnen und -experten. Die Tabellen 2 bis 5 zeigen die deskriptiven Statistiken (Mittelwerte und Standardabweichungen) der in der Online-Befragung enthaltenen Einzelfragen in den Kategorien PE-Aktivitäten sowie Förder- und Hindernisfaktoren der Patienteneinbeziehung in Gesundheitseinrichtungen in Deutschland. Es werden jeweils die Gesamtwerte und die erreichte Werte für die Gruppen der (A) Patientinnen und Patienten sowie (B) Gesundheitsexpertinnen und -experten dargestellt. Zusätzlich wird die Verteilung der Bewertungen der Gesamtstichprobe als Boxplots mit Darstellung des Mittelwerts und der Interquartilsabstände visualisiert.

Insgesamt wurden **keine statistisch signifikanten Unterschiede** zwischen den beiden Gruppen von Teilnehmenden (Patientinnen und Patienten sowie Gesundheitsexpertinnen und -experten) bezüglich der Bewertung der PE-Aktivitäten, Förder- und Hindernisfaktoren festgestellt.

Die **Gesamtsituation der Patienteneinbeziehung in Deutschland** wurde auf der Skala von 1 („sehr schlecht“) bis 5 („sehr gut“) mit **2,31** („schlecht“) im Durchschnitt bewertet (Standardabweichung = 0,78).

6.3.1 Wichtigkeit und Umsetzbarkeit einzelner PE-Aktivitäten

Insgesamt wurde die **Wichtigkeit** der einzelnen aufgeführten PE-Aktivitäten von den Teilnehmenden als hoch eingeschätzt (siehe Tabelle 2). Auf der Skala von 1 („nicht wichtig“) bis 7 („sehr wichtig“) erreichten alle Items einen Mittelwert von 5 und höher. Die PE-Aktivität mit der am höchsten bewerteten Wichtigkeit war **„Direktes (Feedback-)Gespräch zwischen Patient:in und behandelndem medizinischem Personal“**. Dies trifft sowohl auf die Gesamtstichprobe als auch auf die zwei Untergruppen von Studienteilnehmenden zu. Die PE-Aktivität mit der geringsten Bewertung der Wichtigkeit (Gesamtstichprobe) war **„Einrichtungsexterne Lob- und Beschwerdestellen“** gehören.

Im nächsten Schritt ging es die Bewertung der möglichen **Umsetzbarkeit** der einzelnen PE-Aktivitäten aus Sicht der Befragten: Hier wurden die einzelnen Maßnahmen von den Teilnehmenden erneut (und separat zur Wichtigkeit) auf einer Skala von 1 („nicht umsetzbar“) bis 7 („sehr gut umsetzbar“) bewertet (Tabelle 3). Die beiden Aktivitäten **„Einsatz von Fragebögen“** und **„Einrichtungsinterne Lob- und Beschwerdestellen“** erhielten im Mittel die höchsten Bewertungen und wurden demnach von den Studienteilnehmenden als besonders gut umsetzbar eingeschätzt. Die niedrigste Bewertung bekam die PE-Aktivität **„Einrichtungsinterne Patientenvertretungen (z.B. Klinik-Patientenbeirat)“**, wobei auch hier ein Gesamt-Mittelwert von 4,94 darauf hindeutet, dass die Umsetzbarkeit eher positiv bewertet wird. Insgesamt liegen die Mittelwerte der Gruppe der Patientinnen und Patienten tendenziell höher als die der Gruppe der Gesundheitsexpertinnen und -experten. Die Umsetzbarkeit wurde also von den Patientinnen und Patienten für die meisten PE-Aktivitäten höher eingeschätzt.

32

TABELLE 2. BEWERTUNG DER WICHTIGKEIT EINZELNER PE-AKTIVITÄTEN ZUR FÖRDERUNG VON PATIENTENSICHERHEIT IN GESUNDHEITSEINRICHTUNGEN

PE-Aktivität	Boxplots (Gesamtstichprobe) mit Darstellung des Mittelwerts, IQR ¹ sowie Minimal- bzw. Maximalwert							Gesamt	Patient:innen	Gesundheitsexpert:innen	
	1	2	3	4	5	6	7				Mittelwert (Standardabweichung)
	Nicht wichtig						Sehr wichtig				
Direktes (Feedback-)Gespräch zwischen Patient:in und behandelndem medizinischen Personal									6,52 (0,96)	6,68 (0,63)	6,18 (1,34)
Einsatz von Fragebögen (z.B. Patientenbefragung während eines stationären Aufenthalts)									5,76 (1,10)	5,77 (1,08)	5,73 (1,14)
Einrichtunginterne Lob- und Beschwerdestellen (z.B. über Briefkasten oder Website)									5,79 (1,45)	5,72 (1,34)	5,82 (1,75)
Einrichtungsexterne Lob- und Beschwerdestellen (z.B. über Krankenkassen)									5,21 (1,61)	5,55 (1,50)	4,55 (1,62)
Einrichtunginterne Patientenvertretungen (z.B. Klinik-Patientenbeirat)									5,94 (1,30)	6,14 (1,14)	5,55 (1,50)
Einrichtungsexterne Patientenvertretungen (z.B. Patientenvertretungen in Bundesausschüssen)									5,67 (1,49)	5,82 (1,27)	5,36 (1,82)
Patientenfürsprechende									5,85 (1,46)	6 (1,38)	5,55 (1,56)

Legende: ¹IQR = Interquartilsabstand (Abstand zwischen dem 1. und 3. Quartil), dargestellt durch die Box; die Whisker/Antennen erweitern die Box bis zum minimalen und maximalen gewählten Wert; der Balken in der Box stellt den Mittelwert dar.

TABELLE 3. BEWERTUNG DER UMSETZBARKEIT EINZELNER PE-AKTIVITÄTEN ZUR FÖRDERUNG VON PATIENTENSICHERHEIT IN GESUNDHEITSEINRICHTUNGEN

PE-Aktivität	Boxplots (Gesamtstichprobe) mit Darstellung des Mittelwerts, IQR ¹ sowie Minimal- bzw. Maximalwert							Gesamt	Patient:innen	Gesundheitsexpert:innen
	1	2	3	4	5	6	7			
Direktes (Feedback-)Gespräch zwischen Patient:in und behandelndem medizinischen Personal								5 (1,63)	5 (1,60)	5 (1,71)
Einsatz von Fragebögen (z.B. Patientenbefragung während eines stationären Aufenthalts)								6,27 (1,26)	6,36 (1,23)	6,09 (1,31)
Einrichtunginterne Lob- und Beschwerdestellen (z.B. über Briefkasten oder Website)								6,22 (1,27)	6,19 (1,33)	6,27 (1,14)
Einrichtungsexterne Lob- und Beschwerdestellen (z.B. über Krankenkassen)								5,16 (1,59)	5,29 (1,58)	4,9 (1,57)
Einrichtunginterne Patientenvertretungen (z.B. Klinik-Patientenbeirat)								4,94 (1,39)	5,10 (1,38)	4,6 (1,36)
Einrichtungsexterne Patientenvertretungen (z.B. Patientenvertretungen in Bundesausschüssen)								5,06 (1,34)	5,14 (1,49)	4,9 (0,94)
Patientenfürsprechende								5,72 (1,37)	6,10 (1,11)	5 (1,54)

Legende: ¹IQR = Interquartilsabstand (Abstand zwischen dem 1. und 3. Quartil), dargestellt durch die Box; die Whisker/Antennen erweitern die Box bis zum minimalen und maximalen gewählten Wert; der Balken in der Box stellt den Mittelwert dar.

6.3.2 Relevanz der einzelnen Förderfaktoren zur Patienteneinbeziehung

Im nächsten Schritt baten wir die Befragten um ihre Einschätzung der **Wichtigkeit** der vorab identifizierten Förderfaktoren in der Umsetzung von PE-Maßnahmen zur Patientensicherheit in der Praxis der Patientenversorgung. Tabelle 4 zeigt die Bewertungen der Studienteilnehmenden bezüglich der Relevanz der einzelnen **Förderfaktoren** auf einer Skala von 1 („nicht wichtig“) bis 7 („sehr wichtig“).

TABELLE 4. RELEVANZ DER EINZELNEN FÖRDERFAKTOREN VON AKTIVITÄTEN ZUR PATIENTENEINBEZIEHUNG IN DER FÖRDERUNG VON PATIENTENSICHERHEIT

Förderfaktoren	Boxplots (Gesamtstichprobe) mit Darstellung des Mittelwerts, IQR ¹ sowie Minimal- bzw. Maximalwert							Gesamt	Patient:innen	Gesundheitsexpert:innen
	1 Nicht wichtig	2	3	4	5	6	7 Sehr wichtig			
Zentrale einrichtungsinterne Anlaufstelle für Rückmeldungen und Patienteneinbeziehung								6,69 (0,77)	6,57 (0,90)	6,91 (0,29)
Möglichkeit der anonymen Rückmeldung/Beteiligung (z.B. Fragebogen ohne Angaben zur eigenen Person)								5,63 (1,47)	5,38 (1,46)	6,09 (1,38)
Integration neuer PE-Maßnahmen in bestehende Einrichtungsabläufe und -strukturen								6,41 (1,09)	6,29 (1,24)	6,64 (0,64)
Vernetzung und Erfahrungsaustausch (z.B. Austausch von Patientenvertreter:innen)								6,19 (1,18)	6,28 (1,05)	5,82 (1,34)
Regelmäßige Fortbildungsmöglichkeiten für beteiligte Patient:innen und Einrichtungsmitarbeitende								6,48 (0,91)	6,71 (0,54)	6 (1,26)
Vergütung des entstandenen Aufwands (z.B. finanzielle Aufwandsentschädigung für Patient:innen)								5,06 (1,75)	5,57 (1,40)	4,09 (1,93)
Unterstützende Unternehmenskultur (z.B. Feedback wird erwünscht und gefördert)								6,75 (0,66)	6,62 (0,79)	7 (0)

Legende: ¹IQR = Interquartilsabstand (Abstand zwischen dem 1. und 3. Quartil), dargestellt durch die Box; die Whisker/Antennen erweitern die Box bis zum minimalen und maximalen gewählten Wert; der Balken in der Box stellt den Mittelwert dar.

Als besonders förderlich bei der Implementierung und Durchführung von PE-Aktivitäten in Gesundheitseinrichtungen wurden hier eine „**Unterstützende Unternehmenskultur**“ und „**Zentrale Anlaufstellen**“ bewertet. Betrachtet man allerdings die beiden Untergruppen der Studienteilnehmenden separat, so zeigt sich, dass von den Patientinnen und Patienten „**Regelmäßige Fortbildungsmöglichkeiten**“ die höchste Bewertung erhielten. Die abgefragten Förderfaktoren erreichten je mindestens einen Mittelwert von 5 oder höher. Die „**Vergütung des entstandenen Aufwandes z.B. durch finanzielle**

Aufwandsentschädigungen für beteiligte Patientinnen und Patienten“ erhielt die geringste Bewertung. Vor allem die Untergruppe der Gesundheitsexpertinnen und -experten schätzte hier die Relevanz als nur teilweise gegeben ein.

6.3.3 Relevanz der einzelnen Hindernisfaktoren zur Patienteneinbeziehung

TABELLE 5. RELEVANZ DER EINZELNEN HINDERNISFAKTOREN VON AKTIVITÄTEN ZUR PATIENTENEINBEZIEHUNG IN DER FÖRDERUNG VON PATIENTENSICHERHEIT

Hindernisfaktoren	Boxplots (Gesamtstichprobe) mit Darstellung des Mittelwerts, IQR ¹ sowie Minimal- bzw. Maximalwert							Gesamt	Patient:innen	Gesundheitsexpert:innen	
	1	2	3	4	5	6	7				Mittelwert (Standardabweichung)
	Keine Beeinträchtigung						Starke Beeinträchtigung				
Finanzielle Hürden (z.B. kein Klinikbudget für professionelle Fragebogenauswertung)								4,91 (1,81)	4,62 (1,68)	5,45 (1,92)	
Fehlende organisatorische Strukturen (z.B. keine zuständige Person für PE-Maßnahmen)								5,47 (1,54)	5,42 (1,43)	5,55 (1,72)	
Ausbleibender praktischer Nutzen (z.B. Rückmeldungen werden zwar gesammelt aber nicht verwendet)								5,84 (1,30)	5,61 (1,40)	6,27 (0,96)	
Fehlende zeitliche Kapazitäten (z.B. Mitarbeitende in Gesundheitseinrichtungen haben keine Zeit)								5,97 (1,21)	6,23 (0,97)	5,45 (1,44)	
Angst der/des Patient:in vor negativen Konsequenzen bei der eigenen Behandlung								5,09 (1,74)	4,95 (1,70)	5,36 (1,77)	
Angst des Mitarbeitenden vor negativen Konsequenzen (z.B. Ausgrenzung nach Feedback)								5,5 (1,32)	5,57 (1,18)	5,36 (1,55)	
Zwischenmenschliche Hemmnisse (z.B. Patient:in möchte nicht "vor den Kopf stoßen")								5,21 (1,65)	5,14 (1,52)	5,36 (1,87)	
Unzureichende Qualität der Patientenrückmeldungen (z.B. Rückmeldungen sind nicht verwertbar)								4,25 (1,58)	4,24 (1,41)	4,27 (1,86)	

Legende: ¹IQR = Interquartilsabstand (Abstand zwischen dem 1. und 3. Quartil), dargestellt durch die Box; die Whisker/Antennen erweitern die Box bis zum minimalen und maximalen gewählten Wert; der Balken in der Box stellt den Mittelwert dar.

Ähnlich wie die Förderfaktoren, wurde auch die Relevanz der einzelnen **Hindernisfaktoren** für PE-Aktivitäten auf einer Skala von 1 („keine Beeinträchtigung“) bis 7 („starke Beeinträchtigung“) bewertet

(Tabelle 5). Alle Mittelwerte liegen hier im Bereich 4 bis 6 im oberen Teil der Skala, was bedeutet, dass die Teilnehmenden die Beeinträchtigung durch die einzelnen Hindernisfaktoren als moderat bis hoch einschätzten. Die größten Beeinträchtigungen seien **fehlende zeitliche Kapazitäten** und **ausbleibender praktischer Nutzen** der PE-Aktivitäten. In der Tendenz wird die Beeinträchtigung durch die einzelnen Faktoren in der Gruppe der Gesundheitsexpertinnen und -experten als stärker eingeschätzt als in der Gruppe der Patientinnen und Patienten.

6.3.4 Bestimmung des Konsenses des Expertenpanels

Es wurde zusätzlich betrachtet, welche Einzel-Aktivitäten sowie Förder- und Hindernisfaktoren für Patienteneinbeziehung in Gesundheitseinrichtungen in Deutschland von den Studienteilnehmenden im Konsens priorisiert wurden. Vier von sieben im Rahmen der Online-Befragung abgefragten PE-Aktivitäten wurden im Konsens mit „wichtig“ bewertet (80% aller Antworten in Zustimmung, also 5, 6 oder 7 auf den vorgegebenen Likert-Skalen) sowie fünf von sieben Förderfaktoren. Zwei von acht Hindernisfaktoren wurden im Konsens mit „beeinträchtigend“ bewertet. Tabelle 6 bis Tabelle 8 im nachfolgenden Abschnitt (6.4 Zusammenfassung der Ergebnisse und inhaltliches Fazit), zeigen die Inhalte der von den Teilnehmenden im Konsens bewerteten Aspekte.

6.3.5 Ergebnisse der Fragen mit offenem Antwortformat

28 der 33 Studienteilnehmenden nutzten zusätzlich die vorhandenen Fragen mit offenem Antwortformat, um weitere Ergänzungen zu den abgefragten Themengebieten zu machen. Die dort erhobenen Antworten lassen sich zum Großteil zu den bereits in der ersten Delphi-Erhebungsrunde extrahierten Kernaussagen zu den Aktivitäten sowie Förder- und Hindernisfaktoren der Patienteneinbeziehung in Gesundheitseinrichtungen zuordnen (siehe 6.2 Ergebnisse der qualitativen Inhaltsanalyse der Interview-Befragung (Erste Delphi-Runde)). Ergänzend dazu wurden folgende Punkte genannt:

- **Förderfaktoren:** Förderung der Patientensicherheitskompetenz (z.B. über Informationsbroschüren zur Patientensicherheit); Verwendung evidenzbasierter und effektiver Methoden der Patienteneinbeziehung (z.B. zur Schonung von Ressourcen und Vermeidung von Frustration der Beteiligten).

Hindernisfaktoren: Mangelnde Selbstverpflichtung der Gesundheitseinrichtungen zu Aktivitäten der Patienteneinbeziehung; Fehlende oder unzureichende persönliche Mittel und Fähigkeiten der beteiligten Patientinnen und Patienten oder des beteiligten Gesundheitspersonals (z.B. relevantes Wissen über Patientensicherheit).

Die Ergänzungen wurden in der Gesamtauswertung zusätzlich berücksichtigt und sind im Folgenden zusammen mit den Ergebnissen der ersten Delphi-Erhebungsrunde dargestellt.

6.4 Zusammenfassung der Ergebnisse und inhaltliches Fazit

Aus der Delphi-Befragung ergab sich insgesamt der Konsens darüber, dass **wichtige PE-Aktivitäten** insbesondere die **direkte Feedback-Kommunikation** sowie **interne Rückmeldesysteme** und **strukturierte Patientenbefragungen** in den Gesundheitseinrichtungen umfassen. Auch **Patientenbeiräte** in den Gesundheitseinrichtungen, die im Austausch mit Vertretenden der Einrichtungen stehen, werden als wichtig erachtet. Weitere, nicht konsentiertere Aktivitäten betreffen einrichtungsübergreifende Rückmeldesysteme, Patientenfürsprechende oder einrichtungsunabhängige Patientenvertretungen. Tabelle 6 fasst die inhaltlichen Erkenntnisse der zwei Delphi-Erhebungsrunden zusammen und zeigt eine Übersicht der Aktivitäten der Patienteneinbeziehung. Die mit einem Sternchen gekennzeichneten Punkte wurden von >80% der Teilnehmenden (Konsens) als zu priorisierende PE-Aktivitäten bewertet.

TABELLE 6. ZENTRALE AKTIVITÄTEN DER PATIENTENEINBEZIEHUNG (PE) IN GESUNDHEITSEINRICHTUNGEN IN DEUTSCHLAND: ERGEBNISSE DER DELPHI-KONSENS ERHEBUNG

PE-AKTIVITÄT	BESCHREIBUNG
Direkte Feedback-Kommunikation zwischen Patientinnen und Patienten und behandelndem Gesundheitspersonal*	Patientinnen und Patienten können im Rahmen Ihrer eigenen Behandlung in der direkten Kommunikation mit dem Gesundheitspersonal Rückmeldungen zur Patientensicherheit äußern
Patientenbefragungen in den Gesundheitseinrichtungen*	Alle Formen der strukturierten Patientenbefragung (z.B. Fragebögen oder Interviews; stichprobenhaft oder systematisch)
Patientenvertretungen in den Gesundheitseinrichtungen*	Fest verankerte Patientenvertretungen in den Einrichtungen, die im Austausch mit relevanten Verantwortlichen und Stellen der Einrichtungen (z.B. Qualitäts- und Risikomanagement) stehen
Interne Rückmeldungssysteme mit systematischer Auswertung in den Gesundheitseinrichtungen*	Die Einrichtung hat ein strukturiertes System zur Erfassung und Auswertung von Patientenrückmeldungen
Gesundheitseinrichtungsübergreifende Rückmeldesysteme	Möglichkeit Feedback und konstruktive Kritik zu bestimmten Einrichtungen in externen oder unabhängigen Rückmeldesystemen zu geben (z.B. über Online-Portale)
Weitere PE-Aktivitäten <ul style="list-style-type: none"> ▪ Patiententreff ▪ Beteiligung von Selbsthilfegruppen ▪ Einrichtungsunabhängige Patientenvertretungen ▪ Patientenfürsprechende 	

Anmerkung: Die mit einem Sternchen (*) gekennzeichneten PE-Aktivitäten, Förderfaktoren und Hindernisfaktoren wurden im Rahmen der Online-Befragung von den Teilnehmenden im Konsens priorisiert.

Um Hindernisfaktoren zu überwinden, wurden eine Reihe von **Förderfaktoren** bzw. Lösungsvorschlägen geäußert. Zu fünf Faktoren konnte Konsens erreicht werden, die unter anderem **feste Strukturen und Zuständigkeiten** für PE-Aktivitäten in den Gesundheitseinrichtungen betreffen sowie die **Integration neuer PE-Aktivitäten in bestehende Abläufe** umfassten. Des Weiteren wurden die **Vernetzung**

zwischen beteiligten Personen und Gesundheitseinrichtungen, **Aus- und Weiterbildungsmöglichkeiten** für alle Beteiligten (insbesondere zum Thema Patientensicherheit) und eine **PE-freundliche Unternehmenskultur** konsentiert.

TABELLE 7. FÖRDERFAKTOREN DER PATIENTENEINBEZIEHUNG (PE) IN GESUNDHEITSEINRICHTUNGEN IN DEUTSCHLAND: ERGEBNISSE DER DELPHI-KONSENS ERHEBUNG

FÖRDERFAKTOR	BESCHREIBUNG
Feste Strukturen bzw. Zuständigkeiten für PE-Aktivitäten in den Gesundheitseinrichtungen mit zentralen Ansprechpersonen und Öffentlichkeitsarbeit*	Schaffung von einrichtungsinternen Strukturen und Zuständigkeiten für PE-Aktivitäten (z.B. eigenes Institut) und ausreichende Kommunikation (Öffentlichkeitsarbeit) der Ansprechpersonen sowie aktueller Möglichkeiten der PE
Integration neuer PE-Aktivitäten in bestehende Abläufe der Gesundheitseinrichtungen*	Bei der Implementierung neuer PE-Aktivitäten müssen bestehende Strukturen und Abläufe in Einrichtungen berücksichtigt werden und die Aktivitäten kontextabhängig angepasst werden
Vernetzung und Erfahrungsaustausch zwischen beteiligten Personen und Gesundheitseinrichtungen*	Zwischen allen beteiligten Personen und Einrichtungen ist eine Vernetzung und Austausch wünschenswert v.a. aufgrund der häufig eingeschränkten Vorerfahrungen mit PE-Aktivitäten
Aus- und Weiterbildungsmöglichkeiten für alle Beteiligten inkl. Vermittlung grundlegender Kompetenzen*	Förderung der erforderlichen Kompetenzen aller beteiligten Patientinnen und Patienten sowie des Gesundheitspersonals (u.a. Patientensicherheitskompetenz, soziale und methodische Kompetenzen)
PE-freundliche Unternehmenskultur der Gesundheitseinrichtung*	In der Gesundheitseinrichtung wird in allen Ebenen Wert gelegt auf konstruktives Feedback und eine gute Fehlerkultur
Vergütung bzw. Wertschätzung des Engagements der Beteiligten	Allen Beteiligten muss die Teilnahme an PE-Aktivitäten unabhängig von der persönlichen finanziellen Situation ermöglicht werden (Erstattung von Aufwendungen) und (zeitliches) Engagement muss angemessen wertgeschätzt werden
Gute soziale Kompetenzen (u.a. Kommunikationsfähigkeit, Empathie) der beteiligten Personen	Fähigkeiten der Beteiligten zur effektiven Zusammenarbeit müssen gegeben sein (u.a. gegenseitiges Vertrauen, offene Kommunikation, Wertschätzung)
Effiziente und evidenzbasierte Methodik der PE-Aktivitäten	Anwendung von kontextorientierten und effizienten PE-Aktivitäten sowie Überprüfung des Erfolgs der Aktivitäten z.B. durch Messung sicherheitsrelevanter Parameter wie der Häufigkeit von Medikationsfehlern
Weitere Förderfaktoren <ul style="list-style-type: none"> ▪ Ressourcen der Gesundheitseinrichtung ▪ Persönliche Ressourcen der Patientinnen und Patienten ▪ Integration des Themas PE in Lehre & Ausbildung ▪ Commitment aller Beteiligten ▪ Politischer Rahmen (u.a. Verpflichtung zur Durchführung von PE-Aktivitäten) ▪ Möglichkeit für Patientinnen und Patienten sich anonym zu beteiligen 	

Anmerkung: Die mit einem Sternchen (*) gekennzeichneten PE-Aktivitäten, Förderfaktoren und Hindernisfaktoren wurden im Rahmen der Online-Befragung von den Teilnehmenden im Konsens priorisiert.

Auf Seiten der **Hindernisfaktoren** wurden vor allem das **Kosten-Nutzen-Verhältnis** bzw. Aufwand-Nutzen-Verhältnis der PE-Aktivitäten sowie **individuelle Fähigkeiten und Mittel** der Patientinnen und Patienten bzgl. des Wissens über Patientensicherheit, des eigenen Gesundheitszustands oder fehlender zeitlicher Ressourcen als Konsens identifiziert. Weitere, nicht konsentierete Hindernisfaktoren umfassen fehlende (finanzielle, personelle) Ressourcen und organisatorische Strukturen der Gesundheitseinrichtungen, die Sorge vor persönlichen Nachteilen oder die Qualität bzw. eine unterschiedliche Bewertung der Rückmeldungen von Patientinnen und Patienten.

TABELLE 8. HINDERNISFAKTOREN DER PATIENTENEINBEZIEHUNG (PE) IN GESUNDHEITSEINRICHTUNGEN IN DEUTSCHLAND: ERGEBNISSE DER DELPHI-KONSENS ERHEBUNG

HINDERNISFAKTOR	BESCHREIBUNG
Erlebte Ineffizienz von PE-Aktivitäten (Kosten-Nutzen-Verhältnis)*	PE-Aktivitäten werden zwar durchgeführt, werden jedoch als ineffizient oder ohne praktischen Nutzen wahrgenommen
Fehlende individuelle Fähigkeiten und Mittel der Patientinnen und Patienten*	Patientinnen und Patienten verfügen nicht über die notwendigen Ressourcen (z.B. Zeit, fachliche Kompetenz) zur Beteiligung an PE-Aktivitäten
Fehlende Ressourcen der Gesundheitseinrichtung	PE-Aktivitäten können aufgrund fehlender Ressourcen der Einrichtung (z.B. Personal, finanzielle Mittel) nicht oder nur in kleinem Umfang durchgeführt werden
Fehlende organisatorische Strukturen der Gesundheitseinrichtung	Keine oder schlechte organisatorische Strukturen (Ansprechpersonen; zuständige Stellen), die für die Planung und Umsetzung von PE-Aktivitäten zuständig sind
Angst vor persönlichen Nachteilen aufgrund der Teilnahme an PE-Aktivitäten	Patientinnen und Patienten oder Gesundheitspersonal befürchten persönliche Nachteile aufgrund ihrer Teilnahme an PE-Aktivitäten wie eine schlechtere Versorgung
Erlebter Nutzen der Patientenbeiträge	Die Qualität der Rückmeldungen der Patientinnen und Patienten wird als nicht ausreichend konstruktiv empfunden, um einen praktischen Nutzen zur Verbesserung der Patientensicherheit zu ermöglichen
Schlechte Selbstverpflichtung der Gesundheitseinrichtungen oder der beteiligten Patientinnen und Patienten zu PE-Aktivitäten	Durchführung von PE-Aktivitäten wird durch fehlende Motivation bzw. mangelnde Priorisierung der Beteiligten beeinträchtigt
Weitere Hindernisfaktoren	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Datenschutzauflagen ▪ Fehlendes Vertrauen in Strukturen/Wege der Einbeziehung und zwischenmenschliche Hemmungen 	

Anmerkung: Die mit einem Sternchen (*) gekennzeichneten PE-Aktivitäten, Förderfaktoren und Hindernisfaktoren wurden im Rahmen der Online-Befragung von den Teilnehmenden im Konsens priorisiert.

Praxisbeispiele zu den Tabellen 6-8 finden sich im Anhang 3 ab Seite 64.

7. Gender Mainstreaming Aspekte

Es ist uns ein Anliegen, die Perspektiven von Patientinnen und Patienten unabhängig von deren biologischem und sozialem Geschlecht zu gleichen Maßen zu berücksichtigen. Bei der Auswahl der zu interviewenden Personen wurden ausdrücklich Männer und Frauen berücksichtigt und auch Personen, die sich nicht dem weiblichen oder männlichen Geschlecht zuordnen, waren ausdrücklich aufgefordert an der Befragung teilzunehmen. In der Berichterstattung und bei der Präsentation der Ergebnisse wurde auf eine gendergerechte Sprache geachtet. Genderspezifische Unterschiede bei der Einbeziehung von Patientinnen und Patienten zur Förderung von Patientensicherheit in Gesundheitseinrichtungen in Deutschland waren nicht Teil der Fragestellung und konnten im Rahmen des explorativen Studiendesigns nicht spezifisch untersucht werden. Nachfolgende Studien könnten aufbauend auf den Ergebnissen dieser Erhebung auch die spezifischen Voraussetzungen zur Patienteneinbeziehung prüfen, die sich aufgrund genderspezifischer Unterschiede ergeben.

8. Diskussion der Ergebnisse & Gesamtbeurteilung

In einem zweistufigen Delphi-Verfahren mit explorativem Charakter sowie qualitativen und quantitativen Datenerhebungen wurden systematisch erstmals Erkenntnisse zu Aktivitäten und Implementierungsaspekten der Patienteneinbeziehung zur Förderung der Patientensicherheit in Deutschland empirisch erhoben und strukturiert. Auf Basis einer vielfältigen Gruppe von Expertinnen wurde ein Konsens zu den einzelnen Bereichen gebildet und die Ergebnisse differenziert nach den Perspektiven der Patientinnen und Patienten sowie Stakeholder des Gesundheitswesens berichtet. Mithin bilden unsere empirischen Ergebnisse eine gute Ausgangsbasis und eine fundierte Diskussions- und Bewertungsgrundlage für die weitere Entwicklung und nachhaltige Umsetzung effektiver Interventionen und Verbesserungsansätze in dem Handlungsfeld Patientensicherheit unseres Gesundheitswesens in Deutschland.

8.1 Diskussion der zentralen Ergebnisse

Insgesamt zeigten die Ergebnisse, dass **Aktivitäten zur Patienteneinbeziehung** insbesondere auf der ersten Stufe (vgl. Abbildung 1, Seite 12) durchgeführt werden bzw. durch unidirektionalen Informationsfluss charakterisiert sind. Für diese Form der Einbeziehung wurden zahlreiche wichtige und praktizierte Formate durch die Teilnehmenden genannt und erläutert. Dialogorientierte PE-Aktivitäten (Stufe 2 und 3) erfolgen beispielsweise durch Patientenfürsprechende oder Selbsthilfegruppen; Patientenbeiräte allerdings finden außerhalb der Onkologie bis dato kaum Beachtung, werden aber sowohl von Patientinnen und Patienten als auch Stakeholdern des Gesundheitswesens begrüßt. Insbesondere PE-Aktivitäten der Stufe 3 sind selten, bis gar nicht etabliert, was bedeutet, dass Patientinnen und Patienten kaum Entscheidungen im Rahmen eines partnerschaftlichen Managements treffen dürfen. Dabei muss beachtet werden, dass die PE-Aktivitäten der Stufen 2 und 3 nicht immer klar voneinander differenziert werden konnten.

Die Ergebnisse aus unserem Vorgängerprojekt (PEPS 1.0) bzgl. der Verteilung der PE-Aktivitäten entlang des Kontinuums in Deutschland wurden somit bestätigt [12]. Gleichzeitig zeigte sich aber auch, dass sowohl Patientenbefragungen als auch Aktivitäten mit bidirektionalem Austausch als wichtig erachtet werden, wenngleich Befragungen leichter umsetzbar sind. Es zeigte sich demnach teilweise eine Diskrepanz zwischen der Wichtigkeit und Umsetzbarkeit von PE-Aktivitäten. Dies lässt mutmaßen, dass die (seltene oder sporadische) Umsetzung von PE-Aktivitäten in einigen Fällen auf organisatorische oder ressourcenbedingte Faktoren zurückzuführen ist, was auch in den folgend herausgearbeiteten Hindernis- und Förderfaktoren deutlich wird.

Die meisten der identifizierten **Hindernisfaktoren** zur Implementierung von PE-Aktivitäten lassen sich auch in der internationalen Literatur wiederfinden. Insbesondere **die fehlenden individuellen Fähigkeiten und Mittel** der Patientinnen und Patienten, wie z. B. das Wissen zum Handlungsfeld Patientensicherheit, der Überblick über Verantwortlichkeiten und organisatorische Strukturen sowie der eigene Gesundheitszustand, werden in Übersichtsarbeiten oder anderen qualitativen Studien häufig berichtet [6, 14, 25–27]. Auch die Sorgen und Ängste vor **persönlichen Nachteilen** aufgrund der Teilnahme an PE-Aktivitäten finden sich in früheren Untersuchungen außerhalb von Deutschland wieder, wobei diese eher aus der Perspektive von Patientinnen und Patienten berichtet werden, weniger von dem Gesundheitspersonal, wie es in der vorliegenden Studie der Fall war [6, 25, 26]. Während mangelnde **zeitliche Ressourcen** in der Literatur vorwiegend aus der Perspektive des Gesundheitspersonals berichtet werden [6, 25, 28], konsentierten im Rahmen von PEPS 2.0 sowohl Patientinnen und Patienten als auch das Gesundheitspersonal fehlende zeitlichen Ressourcen als Hindernisfaktoren. Ferner stimmen die Ergebnisse bzgl. des **mangelnden Interesses** an PE-Aktivitäten aller Beteiligten sowie die **erlebte Ineffizienz** von PE-Aktivitäten durch ausbleibendes Feedback oder mangelnder Weiterverwendung der Ergebnisse und eine **inadäquate Kommunikation** zwischen den beteiligten Personen mit den Ergebnissen einer systematischen Übersichtsarbeit überein [25]. Über die Ergebnisse der bestehenden Literatur hinausgehend wurde in der vorliegenden Arbeit die Qualität bzw. die **Bewertung der Patientenbeiträge** als Hindernisfaktor identifiziert. Aus der Perspektive des Gesundheitspersonals seien diese oftmals nicht inhaltlich und handlungsorientiert verwertbar. Diese fehlende Verwertbarkeit könnte möglicherweise im Zusammenhang mit der erlebten Ineffizienz von PE-Aktivitäten stehen. Auch die Möglichkeit **der anonymen Meldungen** werden nicht in der Literatur erwähnt, wobei durchaus eine fehlende Privatsphäre oder mangelnde Räumlichkeiten für PE-Aktivitäten als organisationale Probleme aufgeführt werden [25]. Nicht berichtete Hindernisfaktoren der in dieser Studie (PEPS 2.0)-Teilnehmenden, die aber in der Literatur aufgeführt werden, betreffen **demographische Faktoren** der Patientinnen und Patienten [25, 26], Sorgen vor **rechtlichen Konsequenzen** seitens des Gesundheitspersonals, **wenig patientenzentrierte Ansätze** der Gesundheitseinrichtungen [25] sowie ein **Machtungleichgewicht** zwischen beteiligten Akteurinnen und Akteuren [26].

43

Auch die Ergebnisse bzgl. der **Förderfaktoren** zur Implementierung von PE-Aktivitäten sind mit denen internationaler Arbeiten vergleichbar. **Feste Strukturen** bzw. **Zuständigkeiten** für PE-Aktivitäten in den Gesundheitseinrichtungen inklusive einer adäquaten **Öffentlichkeitsarbeit** scheinen sich auch international als förderlich erwiesen zu haben [14, 25–27]. Dabei ist es nicht nur ressourcensparend, sondern auch ein konsentierter Förderfaktor, PE-Aktivitäten in bereits **existierende Strukturen** (z.B. dem Qualitätsmanagement) zu integrieren, wie ebenfalls Studien aus Kanada zeigen [14, 27]. Um das fehlende Wissen bzw. die mangelnden Kompetenzen beteiligter Personen zu überwinden, werden nicht nur in

der vorliegenden Studie **Aus- und Weiterbildungsmöglichkeiten** als förderlich konsentiert. Das wird auch in der internationalen Literatur resümiert, ergänzt durch weitere wichtige Aspekte wie eine transparente Informationsweitergabe, eine laienverständliche Sprache sowie (in den USA) das Training von Patientenbeiräten [6, 25]. Dabei wird auch berichtet, dass Gesundheitseinrichtungen ihr Personal bezüglich Zusammenarbeit (Teambuilding) und Patienteneinbeziehung schulen sollten [27]. Weitere, auch international identifizierte Förderfaktoren konzentrieren sich auf eine **PE-freundliche** bzw. **patientenzentrierte Unternehmenskultur**, die Bereitstellung **finanzieller Mittel** für PE-Aktivitäten durch die Gesundheitseinrichtungen, die Etablierung **einer vertrauensvollen Beziehung** zwischen beteiligten Personen und die angemessene **Wertschätzung** des Engagements der beteiligten Personen, bspw. durch Mitteilung der Ergebnisse, der resultierenden Aktivitäten oder der Gründe für eine nicht-berücksichtigung der Rückmeldungen [25, 27]. Von besonderer Beachtung ist, dass sowohl in der vorliegenden als auch in einer kanadischen Delphi-Studie **Patientenbeiräte** der Gesundheitseinrichtungen als förderlich angesehen werden, obwohl diese in Deutschland weitaus weniger etabliert sind als beispielsweise in Kanada [14, 27]. Auch die **Vernetzung** zwischen verschiedenen Patientenvertretenden und -beiräten wurde international thematisiert, jedoch anders als in der vorliegenden Studie nicht konsentiert [27]. Des Weiteren ist es interessant, dass durch die Teilnehmenden aus PEPS 2.0 der **Einsatz evidenzbasierter PE-Aktivitäten** als förderlich für die Implementierung angesehen wird, was international nicht thematisiert wird. Andersherum wurden in der Literatur noch weitere Faktoren berichtet, die durch die PEPS 2.0-Teilnehmenden nicht erwähnt wurden: darunter fallen beispielsweise die Berücksichtigung **diverser Patientinnen und Patienten** mit unterschiedlichen Expertisen, Krankheitsgeschichten oder demographischen Faktoren [6, 14], die kontinuierlich **fortlaufende Rekrutierung** von engagierten Personen über diverse Strategien und in unterschiedlichen Sprachen, die Nutzung **verschiedener Formen der Einbeziehung** sowie die Bevorzugung von **Präsenz-Aktivitäten** gegenüber virtuellen Aktivitäten [14]. Darüber hinaus sollten Aktivitäten priorisiert werden, von denen viele Personen profitieren können, und engagierte Patientinnen und Patienten **Projekten zugeteilt** werden, die deren Interessen und Fähigkeiten entsprechen [14].

44

8.2 Die Situation in Deutschland im internationalen Vergleich

Aktuelle Übersichtsarbeiten und Meta-Analysen, die Implementierungsfaktoren oder die Wirksamkeit von PE-Aktivitäten untersuchten, identifizierten jeweils eine oder gar keine Studie mit PE-Aktivitäten aus Deutschland [25, 26, 29, 30]. Wenngleich die Identifizierung der Studien den spezifischen Einschlusskriterien der Arbeiten unterlag, wird dabei erkennbar, dass vergleichsweise wenig bis keine Evidenz zu PE-Aktivitäten in deutschen Gesundheitseinrichtungen existiert. Als Vorreiter in der Evidenzgenerierung und Implementierung von PE-Aktivitäten sind insbesondere die USA, Großbritannien,

Skandinavien und Australien zu nennen. Aus diesen Regionen stammt nicht nur ein Großteil der Primärstudien, einige Länder dieser Regionen haben PE-Aktivitäten bereits vorgeschrieben oder als Standard etabliert [31, 32]. Insbesondere dialogorientierte Aktivitäten, beispielsweise durch die Etablierung von Patientenbeiräten, sind im Vergleich zu den Ergebnissen dieser vorliegenden Studie international weitaus etablierter [32–35]. Damit Deutschland den Anschluss an die internationalen Aktivitäten zur Förderung der Patientensicherheit nicht verliert, ist es von großer Notwendigkeit Initiativen zur Förderung der Patientenbeteiligung auch in Deutschland voranzutreiben. Mit unseren Arbeiten am IfPS (PEPS 1.0 und PEPS 2.0) wurde ein Grundstein gelegt, um darauf aufbauend PE-Aktivitäten zu erproben, zu implementieren und zu etablieren.

8.3 Stärken der Studie

Die Studie zeichnet sich durch eine Reihe von Stärken aus. Insbesondere sind die **Größe und Diversität der Stichprobe** im Rahmen einer qualitativen Studie bzw. Delphi-Erhebung hervorzuheben, da die Stichprobe zahlreiche Stakeholder des deutschen Gesundheitssystems abbildet und sich über das gesamte Bundesgebiet verteilt. Eine weitere Stärke ist der **Interviewleitfaden**, der evidenzbasiert, auf Basis der Ergebnisse von PEPS 1.0 entwickelt wurde. Zu unterstreichen ist auch die hohe **Rücklaufquote von 97%** in der zweiten Runde der Delphi-Erhebung. Letztlich ist es eine wichtige Stärke, dass PEPS 2.0 eine **hohe Praxisrelevanz** aufweist, indem z. B. die Implementierungsfaktoren und Handlungsempfehlungen (siehe Punkt 10.1) Berücksichtigung in der Praxis finden, wenn PE-Aktivitäten geplant und umgesetzt werden.

45

8.4 Erreichung der Projektziele & Limitationen

Es wurden **alle Ziele und Teilziele** des Vorhabens **erreicht**, es wurden **keine westlichen Änderungen** der im Projektantrag formulierten Zielsetzungen vorgenommen. Wenngleich die vorliegende Studie zahlreiche Stärken aufweist, sind bestimmte Limitationen der empirischen Bestandsaufnahme zu beachten, die bei der Interpretation zu berücksichtigen sind.

Hinsichtlich der Stichprobe ist zu diskutieren, dass die **Repräsentativität** und die **Generalisierbarkeit** der Ergebnisse aufgrund der Stichprobengröße, der gesteuerten Auswahl der Teilnehmenden und der Diversität der Teilnehmenden eingeschränkt ist. Dabei ist anzumerken, dass im Rahmen des explorativen Studiendesigns keine umfassende Generalisierbarkeit durch die Stichprobengröße angestrebt wurde. Die **gesteuerte Auswahl der Stichprobe** führte zu einer breiten Diversität an Stakeholdern im Bereich der Patientensicherheit (sowohl bzgl. der Expertisen und Berufsgruppen bzw. Rollen als auch geographisch); dennoch sind insbesondere jüngere Teilnehmende in der vorliegenden Arbeit spärlich vertreten. Zudem könnten die spezifischen Expertisen zu einer Verzerrung oder unzureichenden Berücksichtigung anderer Meinungen geführt haben. Durch die Durchführung von Einzelinterviews

konnte jedoch das Phänomen der Bevorzugung von wortgewandten und diskussionsfreudigen Teilnehmenden vermieden werden. Es sollte beachtet werden, dass in Delphi-Studien unterschiedliche Konsensdefinitionen und -grenzen existieren [24]. Die Ergebnisse dieser Arbeit hätten sich bei Anwendung einer anderen Methode möglicherweise anders präsentiert. Die typische Schwäche von Delphi-Verfahren, extreme und unkonventionelle Meinungen durch die Konsensbildung zu vernachlässigen, entfällt in dieser Studie, da die qualitativen Ergebnisse separat berichtet werden. Aufgrund des Interviewleitfadens und der verfügbaren Ressourcen fehlt es den Interviews teilweise an **inhaltlicher Tiefe** (bspw. tiefgehende Evaluation der PE-Aktivitäten), wenngleich wesentliche Aspekte zum Verständnisgewinn erfasst wurden. Auf quantitativer Ebene ist anzumerken, dass das Antwortformat der Likert-Skalen zu **positiven Tendenzen** geführt haben könnte. Abschließend ist zu erwähnen, dass die vorliegende Arbeit eine erste Tendenz des aktuellen Standes, der Implementierungsfaktoren und des weiteren Bedarfs der Patienteneinbeziehung zur Förderung der Patientensicherheit aufzeigt und keinen Anspruch auf eine umfassende Generalisierbarkeit der Ergebnisse für das deutsche Gesundheitssystem erhebt. Möglicherweise könnte eine darauf aufbauende, umfassende empirische Bestandsaufnahme mit einer repräsentativen Anzahl von Gesundheitseinrichtungen zur Validierung und Erweiterung dieser Erkenntnisse sinnvoll sein.

Aufgrund der genannten Stärken dieser Studie sowie der erhobenen und aufbereiteten Daten, bieten die Ergebnisse eine gute **Grundlage** für weitere Erhebungen sowie der Erprobung und Implementierung von PE-Aktivitäten in Deutschland (siehe 10.2.). Aber auch für sich genommen stellen die Ergebnisse dieser Studie – zumindest unseres Wissens und Recherche nach - ein **absolutes Novum für Deutschland** dar, in dem erstmals der aktuelle Stand von PE-Aktivitäten sowie die damit verbundenen Implementierungsfaktoren systematisch untersucht und aufbereitet wurden.

9. Verbreitung und Öffentlichkeitsarbeit der Projektergebnisse

Bisher wurden keine Ergebnisse des Projekts publiziert. Der vollständige Projektbericht wird nach Abschluss des Projekts durch den Projektförderer als barrierefreies .pdf-Dokument veröffentlicht und zusätzlich auf der Internetseite des Instituts für Patientensicherheit der Öffentlichkeit zugänglich gemacht.

Im Projektverlauf wurden bereits das laufende Projekte, einzelne Fortschritte sowie ausgewählte Erkenntnisse der Öffentlichkeit und der wissenschaftlichen Community präsentiert: die Projektidee und das Studiendesign wurden auf dem 3. Meeting des Deutschsprachigen Netzwerks Patientensicherheitsforschung (Frankfurt, 27.-28.04.2023) präsentiert und diskutiert. Erste Zwischen-Ergebnisse des Projekts wurden zum einen anlässlich des Welttags Patientensicherheit auf dem Aktionstag des Aktionsbündnisses Patientensicherheit (Berlin, 15.09.2023; www.aps-ev.de) und zum anderen auf dem 22. Deutschen Kongress für Versorgungsforschung 2023 vorgestellt (Berlin, 04.-06.10.2023; www.dkvf.de). Zusätzlich wurde die Projektkonzeption sowie ausgewählte Ergebnisse im Rahmen eines Seminars des Bundesverbands Kehlkopf- und Kopf-Hals Tumore e.V. berichtet und mit Patientenvertretenden bzw. Mitgliedern aus dieser Selbsthilfegruppe diskutiert (Königswinter, 24.10.2023). Die vollständigen Projektergebnisse wurden bereits auf dem 4. Meeting des Deutschsprachigen Netzwerks Patientensicherheitsforschung (Online/Virtuell, 08.11.2023) präsentiert.

Die Präsentation der finalen Projektergebnisse auf weiteren Fachtagungen ist geplant. Eine vollständige Übersicht der bisherigen Vorträge findet sich im Abschnitt 13 (Seite 56). Weitere geplante Publikationen sind im Abschnitt 12 aufgeführt (Seite 55).

10. Verwertung der Projektergebnisse (Nachhaltigkeit/ Transferpotential)

10.1 Relevanz und Implikationen für die Praxis

Aus den qualitativen, quantitativen und konsentierten Ergebnissen wurden durch das Projektteam **Handlungsempfehlungen zur Einbeziehung von Patientinnen und Patienten** abgeleitet. Dazu wurden die zentralen Ergebnisse (Tabellen 6 bis 8) nebeneinandergestellt und zu Empfehlungen zusammengefasst. Die Priorisierung der Handlungsempfehlungen erfolgte nach der Anzahl der jeweils enthaltenen konsentierten und nicht-konsentierten Ergebnisse.

Tabelle 9 zeigt die abgeleiteten Handlungsempfehlungen kategorisiert nach den zentralen Themenbereichen und in der Reihenfolge der durch das Projektteam vorgenommenen Priorisierung. Es wurden acht Empfehlungen zu den Handlungsbereichen Patienteneinbeziehung, Verantwortlichkeiten und Öffentlichkeitsarbeit, Wertschätzung und Haltung, Kompetenzen, Patientenbeirat, Evaluation und Forschung sowie Vernetzung abgeleitet.

Diese Handlungsempfehlungen können von Akteurinnen und Akteuren sowie Gesundheitseinrichtungen genutzt werden, um bestehende PE-Aktivitäten zu verbessern oder zukünftige PE-Aktivitäten erfolgreich und nachhaltig umzusetzen, indem wichtige Implementierungsfaktoren beachten und antizipiert werden. Durch die Umsetzung dieser Empfehlungen soll nachhaltig die Einbeziehung von Patientinnen und Patienten gefördert und die Patientensicherheit in Deutschland gestärkt werden.

Aus Tabelle 9 wurden die **TOP 5 Handlungsempfehlungen** zur Einbeziehung von Patientinnen und Patienten extrahiert, um eine **nutzerfreundliche Abbildung** für den Aushang oder die Verwendung in Gesundheitseinrichtungen zur Verfügung zu stellen (Abbildung 5). Für tiefere Erläuterungen können die Gesundheitseinrichtungen bzw. die Interessenten oder die für die Umsetzung Verantwortlichen auch die Tabelle 9 oder den gesamten vorliegenden Sachbericht nutzen.

TABELLE 9. HANDLUNGSEMPFEHLUNGEN ZUR EINBEZIEHUNG VON PATIENTINNEN UND PATIENTEN ZUR FÖRDERUNG VON PATIENTENSICHERHEIT

HANDLUNGSEMPFEHLUNGEN FÜR GESUNDHEITSEINRICHTUNGEN**Patienteneinbeziehung**

- a) Die Patientenperspektive sollte berücksichtigt werden, indem Patientinnen und Patienten um Rückmeldungen oder konstruktive Vorschläge zu Belangen der Patientensicherheit gebeten werden.
- b) Die Patienteneinbeziehung kann unsystematisch im direkten Austausch im Rahmen der Behandlungen oder systematisch durch strukturierte und dokumentierte Befragungen (Fragebögen, Kurzinterviews, Rückmeldesysteme etc.) bei der Entlassung der Patientinnen und Patienten erfolgen.

Verantwortlichkeiten und Öffentlichkeitsarbeit

- a) Damit die Einbeziehung von Patientinnen und Patienten gewinnbringend ist, sollten Gesundheitseinrichtungen klare Verantwortlichkeiten für die Patienteneinbeziehung festlegen.
- b) Gesundheitseinrichtungen sollten prüfen, wer bereits ähnliche Aufgaben übernimmt bzw. in welche Strukturen und Abläufe Verantwortlichkeiten für die Patienteneinbeziehung integriert werden können (bspw. Qualitäts- und Risikomanagement), um ressourcensparend zu handeln.
- c) Verantwortlichkeiten bzw. Ansprechpersonen für die Patienteneinbeziehung sowie die Möglichkeiten zur Patienteneinbeziehung sollten mit Patientinnen und Patienten kommuniziert werden. Zudem sollte Öffentlichkeitsarbeit zu diesem Thema betrieben werden.

Wertschätzung und Haltung

- a) Eine angenehme Fehlerkultur, in der sowohl kritisches als auch positives Feedback auf allen Ebenen kommuniziert und angenommen wird, hilft dabei, Rückmeldungen von Patientinnen und Patienten zu erhalten und diese innerhalb des Personals und der Führungsebene weiterzugeben.
- b) Allen Beteiligten sollte aufgezeigt werden, dass gegenseitiges Feedback nicht nur die Versorgung verbessern kann, sondern auch die Persönlichkeit und individuellen Fähigkeiten stärken kann.
- c) Eine angemessene Wertschätzung des Feedbacks und des Engagements, z. B. in Form von Kommunikation oder Vergütung, kann die Compliance der Beteiligten erhöhen.

Kompetenzen

- a) Gesundheitseinrichtungen sollen regelmäßig Fortbildungen für Patientinnen, Patienten und Personal anbieten, um deren Wissen, Fähigkeiten und Kompetenzen bezüglich Patientensicherheit, Patienteneinbeziehung und Kommunikation (soziale und methodische Kompetenzen) auszubauen und somit optimale Voraussetzungen für eine effektive Patienteneinbeziehung zu schaffen.
- b) Fragen und Antwortoptionen im Rahmen der Patienteneinbeziehung sollten so gestellt werden, dass sie für Patientinnen und Patienten gut verständlich sind und zufriedenstellend beantwortet werden können.

Patientenbeirat

- a) Patientinnen und Patienten, ihre Vertretenden und Familienangehörige können sich in Form von Patientenbeiräten kollektiv an Prozessen Ihrer Gesundheitseinrichtung, wie z. B. Qualitätsverbesserung, Patientensicherheit, Forschungsinitiativen oder Personalauswahl und -schulung, beteiligen.
- b) Gesundheitseinrichtungen sollten einen Patientenbeirat gründen, um in einen gemeinsamen und dialogorientierten Austausch zu patientensicherheitsrelevanten Themen zu kommen.

Evaluation und Forschung

- a) Es sollte geprüft werden, ob rückgemeldetes Feedback auch umgesetzt wird bzw. Beachtung findet.
- b) Eine Beteiligung an wissenschaftlichen Projekten zur Einbeziehung von Patientinnen und Patienten kann Gesundheitseinrichtungen dabei unterstützen, Ideen und Inspirationen zu erhalten, Prozesse anzustoßen, evidenzbasierte Maßnahmen zu implementieren oder schon bestehende Aktivitäten zu evaluieren.

Vernetzung

- a) Es sollten Vernetzungsmöglichkeiten zwischen allen beteiligten Personen auch über die Einrichtungen hinaus geschaffen werden, um Vorerfahrungen auszutauschen und zu diskutieren.
- b) Vernetzungsarbeit kann beispielsweise über eine Zusammenarbeit der klinikangehörigen Patientenbeiräte oder der entsprechenden Verantwortungspersonen einer Region erfolgen oder über gemeinsame Workshops und Schulungen zwischen allen Beteiligten innerhalb einer Einrichtung.

TOP 5 EMPFEHLUNGEN ZUR EINBEZIEHUNG VON PATIENT:INNEN

Was Sie beachten können, wenn Sie die Patientensicherheit in Ihrer Einrichtung zusammen mit Patient:innen verbessern möchten.



#1: FRAGEN SIE EINFACH!

Am einfachsten können Sie die Patientenperspektive berücksichtigen, wenn Sie Patient:innen bei ihrer Behandlung nach Feedback und konstruktiven Verbesserungsvorschlägen fragen.



#2: SORGEN SIE FÜR ANSPRECHPERSONEN!



Patient:innen wissen häufig nicht, an wen sie sich wenden können. Eindeutig geklärte und gut kommunizierte Ansprechpersonen können helfen, strukturiert Rückmeldungen zu erheben und diese effektiv zu nutzen.

#3: AUF DIE HALTUNG KOMMT ES AN!

Engagieren Sie sich dafür, dass positives wie kritisches Feedback auf allen Ebenen Ihrer Einrichtung angenommen wird. Kommunizieren Sie, dass sich dadurch alle Beteiligten und die Versorgung nachhaltig verbessern können.



#4: LERNEN SIE ZUSAMMEN!



Fortbildungen für Patient:innen und Personal tragen dazu bei, Wissen zur Patientensicherheit zu erwerben und soziale Kompetenzen zur effizienten Zusammenarbeit zu fördern.

#5: GRÜNDEN SIE EINEN PATIENTENBEIRAT!

Diese bieten das Potenzial zum konstruktiven gemeinsamen Austausch zwischen Ihrer Einrichtung und Patient:innen auch zu patientensicherheitsrelevanten Themen.



FRAGEN? KONTAKTIEREN SIE UNS!

INSTITUT FÜR PATIENTENSICHERHEIT ([HTTPS://WWW.UKBONN.DE/IFPS/](https://www.ukbonn.de/ifps/))
UNIVERSITÄTSKLINIKUM BONN

ABBILDUNG 5. TOP 5 EMPFEHLUNGEN ZUR EINBEZIEHUNG VON PATIENTINNEN UND PATIENTEN ZUR FÖRDERUNG VON PATIENTENSICHERHEIT

Die **Relevanz** von PE-Aktivitäten zeigt sich dabei nicht nur auf der **individuellen Ebene** der Patientinnen und Patienten, sondern auch auf **Ebene der Gesundheitseinrichtungen**. Durch PE-Aktivitäten können unerwünschte Ereignisse sowie Re-Hospitalisierungen minimiert und die Versorgungsqualität verbessert werden, wodurch die Arbeitsbelastung für Gesundheitsdienstleistende reduziert und auch Herausforderungen wie Überbelegungen, Personalmangel und Gesundheitskosten adressiert werden können. Somit haben PE-Aktivitäten indirekt auch positiven Nutzen für die **gesamte Gesellschaft**. Zudem können Gesundheitseinrichtungen von einer gesteigerten Patientenzufriedenheit durch PE-Aktivitäten profitieren, indem sie das Vertrauen der Patientinnen und Patienten gewinnen können [28, 29, 36].

Durch unser exploratives Vorgehen ohne Fokus auf spezifische Populationen von Patientinnen und Patienten oder Versorgungsbereiche, sind unseres Erachtens die Handlungsempfehlungen **breit anwendbar** für verschiedene Patientenpopulationen, klinische Versorgungssektoren und medizinische Professionen. Trotz möglicher Besonderheiten in verschiedenen Versorgungsbereichen wurde bewusst auf eine Spezifizierung der Handlungsempfehlungen für bestimmte Versorgungsbereiche verzichtet, um diese **übergreifenden Erkenntnisse** mit **geringem Aufwand übertragbar** zu machen. Womöglich lassen sich auch unterschiedliche Priorisierungen je nach Versorgungsbereich vornehmen.

10.2 Relevanz und Implikationen für die Wissenschaft

Mit dem hier vorgestellten Forschungsvorhaben wurde nach unserem besten Wissen und Recherche erstmals eine wissenschaftlich fundierte und empirische Übersicht zum aktuellen Stand und weiteren Bedarf sowie Implementierungsfaktoren der Patienteneinbeziehung in die strategische Förderung der Patientensicherheit in Deutschland erstellt. Unsere empirischen Ergebnisse basieren auf der Bewertung und Berücksichtigung verschiedenster Perspektiven von Stakeholdern des deutschen Gesundheitswesens, inklusive Patientinnen und Patienten. Damit adressiert das vorliegende Projekt aktuelle und zukünftige Herausforderungen eines der zentralen Handlungsbereiche der Patientensicherheit, wie z. B. als maßgebliches Ziele und Forderung im Globalen Aktionsplan Patientensicherheit der WHO formuliert [1].

51

Aus den Ergebnissen und Erkenntnissen unseres Projektes lassen sich **weitere Forschungsbedarfe** insbesondere für die Patientensicherheits- und Versorgungsforschung ableiten:

- (1) Durchführung einer umfassenden **empirischen Bestandsaufnahme** zum aktuellen Stand von PE-Aktivitäten zur Förderung der Patientensicherheit in Deutschland durch Befragung einer repräsentativen Anzahl von Gesundheitseinrichtungen; optimalerweise mit Ausweitung der Untersuchung von PE-Aktivitäten innerhalb verschiedener Versorgungssektoren (ambulant, stationär/-teilstationär, Rehabilitationseinrichtungen); wie auch in trans- oder intersektoralen Versorgungsschritten, insbesondere auch in spezifischen, sicherheitskritischen Versorgungsprozessen wie beispielsweise der Entlassung nach stationärer Versorgung [37], oder bei definierten Patienten-

Gruppen und –kollektiven mit spezifischen Versorgungsbedarfen (bspw. Gruppen mit komplexen oder chronischen Erkrankungen oder besonderen Unterstützungs- und Hilfebedarfen).

- (2) Aktive **Bekanntmachung** (bspw. in Form von Informations-Kampagnen) für Möglichkeiten und Nutzen der Patienteneinbeziehung zur strategischen Förderung der Patientensicherheit in Deutschland mit Patientinnen und Patienten als Haupt-Adressatinnen und –Adressaten und Erörterung geeigneter Ansatzpunkte für Studien und Verbesserungsmaßnahmen in diesem Handlungsfeld;
- (3) Untersuchung des **Nutzens bzw. der Wirksamkeit** der verschiedenen Stufen der Einbeziehung: es gibt nach unserer Kenntnis bislang keine wissenschaftlich fundierten Nachweise und systematischen Untersuchungen zur potentiellen Wirksamkeit und zum nachhaltigen Nutzen von implementierten PE-Maßnahmen zur Förderung der Patientensicherheit in deutschen Gesundheitseinrichtungen.
- (4) **Förderung** der Dialog- und Patientensicherheitskompetenz von Patientinnen, Patienten und Gesundheitsdienstleistenden. Dazu sollten (Sach-)Kompetenzen im Bereich der Kommunikation und Patientensicherheit, aber auch (Grund-)Haltungen gegenüber dem Themenfeld Patientensicherheit und dem Einbezug von Patientinnen und Patienten und damit dem gegenseitigen, dialogorientierten Austausch zu diesen Handlungsfeld gehören; hierzu zählen wir auch organisationale und Rahmenbedingungen zur Förderung von Patientensicherheitskompetenzen für die einzelnen Akteure in den Gesundheitseinrichtungen [38]; sowie einhergehender Identifikation von Prozessfaktoren in der Implementation und nachhaltigen Verstetigung entsprechender Ansätze.
- (5) **Beforschung bzw. Untersuchung** bisher wenig etablierter PE-Aktivitäten (z. B. dialogorientierte Aktivitäten oder Patientenbeiräte) sowie Vorantreiben der Implementierung von (wenig) etablierten PE-Aktivitäten in die Praxis inklusive Evaluation des Prozesses und der Ergebnisse.

52

10.3 Ausblick zur weiterführenden Verwendung der Projektdaten

Die im Rahmen dieses Projektes erhobenen Daten wurden zusätzlich hinsichtlich zwei weiterer Fragestellungen analysiert. Es ist geplant, die Ergebnisse in Form von zwei Publikationen und einer Masterarbeit aufzuarbeiten und in wissenschaftlichen Zeitschriften zu veröffentlichen. Die erste angestrebte Publikation in deutscher Sprache exploriert die Fragestellung, was Patientinnen und Patienten und ihre Vertretenden unter patientensicherheitsrelevanten Ereignissen verstehen. Diese Erkenntnisse werden aus den Interviewdaten des Projekts generiert und beziehen damit sowohl die Perspektive von Patientinnen und Patienten als auch von Gesundheitsexpertinnen und -experten ein. Die zweite geplante Publikation in englischer Sprache und Masterarbeit beschäftigt sich mit den Motiven der befragten Personen, an PE-Aktivitäten teilzunehmen oder diese zu fördern. Auch dabei werden alle an PEPS 2.0 beteiligten Stakeholder berücksichtigt.

10.4 Vorschlag eines Folgeprojektes

Aufbauend auf den Erkenntnissen dieses Berichtes und der bisher spärlichen Umsetzung von dialogorientierten Aktivitäten zur Einbeziehung von Patientinnen und Patienten in die strategische Förderung der Patientensicherheit, dem erläuterten Potenzial von Patientenbeiräten [39] und dem Bedarf an patientensicherheits- und beteiligungsrelevanten Kenntnissen und Kompetenzen, empfehlen wir die Entwicklung eines weiterführenden Projekts. Dieses könnte partizipativ und praxisorientiert die Implementierung von PE- Aktivitäten fördern.

Ziel könnte es sein, im Rahmen einer Machbarkeitsstudie die **Dialog- und Patientensicherheitskompetenz** von Akteuren aus **Patientenbeiräten** zu stärken und den **Dialog** zwischen Patientenbeiräten und klinischen Einrichtungen zu fördern. Dadurch könnte die Patientensicherheit in Deutschland auf **organisationaler Ebene** aktiv gestärkt werden. Das Projekt sollte **wissenschaftlich evaluiert** werden, um Erkenntnisse über die Machbarkeit und den Implementierungsfaktoren dieser Intervention zu gewinnen. Dabei sollte die Einbeziehung von Patientenvertretenden während des gesamten Projektes geplant werden, um die Patientenperspektive kontinuierlich und adäquat zu berücksichtigen.

11. Fazit

Die persönlichen Erfahrungen und Einblicke, die Patientinnen und Patienten in die Gesundheitsversorgung haben, bieten ein wichtiges, allerdings bisher mehrheitlich ungenutztes Potential, um die Patientensicherheit effektiv weiterzuentwickeln. International bestehen bereits Erfahrungen mit entsprechenden Projekten. Die spezifischen Voraussetzungen des Gesundheitssystems in Deutschland machen es notwendig, den Bedarf und die essenziellen Implementierungsfaktoren in Zusammenarbeit mit Patientinnen, Patienten und relevanten Expertinnen und Experten aus der Gesundheitsversorgung strukturiert zu erfassen. Mit der vorliegenden Studie konnten wir explorativ bereits bestehende Erfahrungen, aber auch Erwartungen an zukünftige Aktivitäten zur Patienteneinbeziehung praxisnah erfassen und auf dieser Basis erste wichtige Handlungsempfehlungen zur Verfügung stellen. Diese Erkenntnisse bilden nicht nur die Grundlage für zukünftige Initiativen, sondern laden auch dazu ein, sich aktiv an der Weiterentwicklung der Patientensicherheit zu beteiligen, eine strukturiertere Einbeziehung der Patientenperspektive zu ermöglichen und damit langfristig die Patientensicherheit in unserer Gesundheitsversorgung zu gewährleisten und zu verbessern.

12. Publikationsverzeichnis

Es sind aktuell drei Fachpublikationen und eine Masterarbeit mit folgenden Arbeitstiteln im Rahmen des Projekts geplant:

1. *Barriers and facilitators of patient engagement activities to promote patient safety in healthcare facilities in Germany: A Delphi-based expert survey* (Fachpublikation in englischer Sprache)
2. *Motivation for Patient Engagement in Patient Safety from the Perspective of Patients, Healthcare Staff and Healthcare Institutions* (Zusatzauswertung; Fachpublikation in englischer Sprache und Masterarbeit)
3. *Patientensicherheitsrelevante Ereignisse aus der Perspektive von Patientinnen und Patienten: Eine explorative Analyse der Erfahrungen von Patientinnen und Patienten sowie Einschätzungen von Expertinnen und Experten* (Zusatzauswertung; Fachpublikation in deutscher Sprache).

13. Vortragsverzeichnis

- (1) Koch, A. (28.04.2023) *PEPS: Patient:innen-Einbeziehung zur Förderung von Patientensicherheit in Einrichtungen der Gesundheitsversorgung* [Konferenzbeitrag] 2. Meeting des Deutschsprachigen Netzwerks Patientensicherheitsforschung, Frankfurt, Deutschland.
- (2) Weigl, M. (15.09.2023) *Patientenbeteiligung in der Patientensicherheit in Gesundheitseinrichtungen: Eine Expert:innen-Befragung* [Vortrag] Aktionstag des Aktionsbündnis Patientensicherheit (www.aps-ev.de) anlässlich des Welttags Patientensicherheit, Berlin, Deutschland.
- (3) Koch, A. (04.10.2023) *Einbeziehung von Patientinnen und Patienten zur strategischen Förderung von Patientensicherheit: Eine empirische Bestandsaufnahme zu Ansätzen sowie Implementationsfaktoren in Deutschland* [Konferenzbeitrag] 22. Deutschen Kongress für Versorgungsforschung (www.dkvf.de), Berlin, Deutschland.
- (4) Weigl, M., Brust, L., & Koch, A. (24.10.2023) *Patientensicherheit – Einbezug von Patient:innen in die Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung* [Seminar] Bundesverband Kehlkopf- und Kopf-Hals-Tumore e.V., Königswinter, Deutschland.
- (5) Koch, A. (08.11.2023) *Einbeziehung von Patient:innen zur strategischen Förderung von Patientensicherheit in Deutschland: Eine Delphi-Studie* [Konferenzbeitrag] 4. Meeting des Deutschsprachigen Netzwerks Patientensicherheitsforschung, Online/Virtuell.

14. Tabellenverzeichnis

Tabelle 1. Kategoriensystem zur qualitativen Inhaltsanalyse	18
Tabelle 2. Bewertung der Wichtigkeit einzelner PE-Aktivitäten zur Förderung von Patientensicherheit in Gesundheitseinrichtungen	33
Tabelle 3. Bewertung der Umsetzbarkeit einzelner PE-Aktivitäten zur Förderung von Patientensicherheit in Gesundheitseinrichtungen	34
Tabelle 4. Relevanz der einzelnen Förderfaktoren von Aktivitäten zur Patienteneinbeziehung in der förderung von Patientensicherheit	35
Tabelle 5. Relevanz der einzelnen Hindernisfaktoren von Aktivitäten zur Patienteneinbeziehung in der förderung von Patientensicherheit	36
Tabelle 6. Zentrale Aktivitäten der Patienteneinbeziehung (PE) in Gesundheitseinrichtungen in Deutschland: Ergebnisse der Delphi-Konsens Erhebung.....	38
Tabelle 7. Förderfaktoren der Patienteneinbeziehung (PE) in Gesundheitseinrichtungen in Deutschland: Ergebnisse der Delphi-Konsens Erhebung.....	39
Tabelle 8. Hindernisfaktoren der Patienteneinbeziehung (PE) in Gesundheitseinrichtungen in Deutschland: Ergebnisse der Delphi-Konsens Erhebung.....	40
Tabelle 9. Handlungsempfehlungen zur Einbeziehung von Patientinnen und Patienten zur Förderung von Patientensicherheit.....	49

15. Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1. Drei-Stufen-Modell der Patienteneinbeziehung.....	8
Abbildung 2. Schritte und Zeitplan des Projekts	12
Abbildung 3. Flow Chart Studiendesign	15
Abbildung 4. Expertise-Hintergrund der Studienteilnehmerinnen und -teilnehmer.....	21
Abbildung 5. TOP 5 Empfehlungen zur Einbeziehung von Patientinnen und Patienten zur Förderung von Patientensicherheit.....	50

16. Abkürzungsverzeichnis

PE	Patienteneinbeziehung (engl. Patient engagement)
WHO	Weltgesundheitsorganisation (engl. World Health Organisation)
PEPS	Patienteneinbeziehung zur Förderung von Patientensicherheit

17. Literatur

1. World Health Organization (2021) Global Patient Safety Action Plan 2021–2030. Towards eliminating avoidable harm in health care, Geneva
2. Holtz V, Jonitz G (2023) Nationales Gesundheitsziel Patientensicherheit (National health target on patient safety). Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz 66:92–97. <https://doi.org/10.1007/s00103-022-03636-6>
3. Auraeni A, Saari K, Klazingai N (2020) System governance towards improved patient safety. Key functions, approaches and pathways to implementation
4. Saut AM, Berssaneti FT, Ho LL, Berger S (2022) How do hospitals engage patients and family members in quality management? A grounded theory study of hospitals in Brazil. *BMJ Open* 12:e055926. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-055926>
5. Lang S, Velasco Garrido M, Heintze C (2016) Patients' views of adverse events in primary and ambulatory care: a systematic review to assess methods and the content of what patients consider to be adverse events. *BMC Fam Pract* 17:6. <https://doi.org/10.1186/s12875-016-0408-0>
6. Harrison R, Walton M, Manias E et al. (2015) The missing evidence: a systematic review of patients' experiences of adverse events in health care. *Int J Qual Health Care* 27:424–442. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzv075>
7. Pozzobon LD, Rotter T, Sears K (2023) The benefits and opportunities: Engaging patients in identifying and reporting patient safety incidents. *Healthc Manage Forum*:8404704231203593. <https://doi.org/10.1177/08404704231203593>
8. Bombard Y, Baker GR, Orlando E et al. (2018) Engaging patients to improve quality of care: a systematic review. *Implement Sci* 13:98. <https://doi.org/10.1186/s13012-018-0784-z>
9. Bodenheimer T, Sinsky C (2014) From triple to quadruple aim: care of the patient requires care of the provider. *Ann Fam Med* 12:573–576. <https://doi.org/10.1370/afm.1713>
10. World Health Organization (2023) Engaging patients for patient safety: advocacy brief, Geneva
11. World Health Organization (2023) Implementation of the Global Patient Safety Action Plan 2021–2030: Interim Report, Geneva
12. Carman KL, Dardess P, Maurer M et al. (2013) Patient and family engagement: a framework for understanding the elements and developing interventions and policies. *Health Aff (Millwood)* 32:223–231. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2012.1133>
13. Koch A, Gambashidze N, Weigl M (2023) Einbeziehung von Patient:innen zur Förderung von Patientensicherheit in Gesundheitseinrichtungen in Deutschland. *Monitor Versorgungsforschung* 16:74–78. <https://doi.org/10.24945/MVF.06.23.1866-0533.2567>

14. Anderson NN, Baker GR, Moody L et al. (2021) Approaches to optimize patient and family engagement in hospital planning and improvement: Qualitative interviews. *Health Expect* 24:967–977. <https://doi.org/10.1111/hex.13239>
15. Koch A, Gambashidze N, Weigl M (2022) Einbeziehung von Patientinnen und Patienten zur strategischen Förderung von Patientensicherheit: Eine Recherche zu publizierten Ansätzen und Praktiken in Deutschland. Projektreport. Verfügbar unter: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/publikationen/details/vorhaben-einbeziehung-von-patientinnen-und-patienten-zur-strategischen-foerderung-von-patientensicherheit.html>
16. Satzinger W (2002) Informationen für das Qualitätsmanagement im Krankenhaus: zur Funktion und Methodik von Patienten- und Personalbefragungen (Information for quality management in the hospital: on the function and methodology of patient and staff surveys). *Med Klin (Munich)* 97:104–110. <https://doi.org/10.1007/s00063-002-1134-z>
17. Brauksiepe R (2018) Leitfaden für Patientenfürsprecherinnen und -fürsprecher an Krankenhäusern, Berlin
18. Kofahl C (2019) Kollektive Patientenorientierung und Patientenbeteiligung durch gesundheitsbezogene Selbsthilfe (Collective patient centeredness and patient involvement through self-help groups). *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz* 62:3–9. <https://doi.org/10.1007/s00103-018-2856-2>
19. Trojan A (2014) „Selbsthilfefreundlichkeit“ als Ansatz der Kooperation von Selbsthilfegruppen und niedergelassenen Ärzten. Deutscher Ärzte-Verlag 90. <https://doi.org/10.3238/zfa.2014.0415–0418>
20. Savic LC, Smith AF (2023) How to conduct a Delphi consensus process. *Anaesthesia* 78:247–250. <https://doi.org/10.1111/anae.15808>
21. Kuckartz U, Rädiker S (2022) Qualitative Inhaltsanalyse. Methoden, Praxis, Computerunterstützung : Grundlagentexte Methoden, 5. Auflage. Grundlagentexte Methoden. Beltz Juventa, Weinheim, Basel
22. Rädiker S, Kuckartz U (Hrsg) (2019) Analyse qualitativer Daten mit MAXQDA. Text, Audio und Video. Springer eBook Collection. Springer VS, Wiesbaden
23. Altman DG (1990) Practical Statistics for Medical Research. Chapman and Hall/CRC Texts in Statistical Science. CRC Press LLC, Boca Raton
24. Diamond IR, Grant RC, Feldman BM et al. (2014) Defining consensus: a systematic review recommends methodologic criteria for reporting of Delphi studies. *J Clin Epidemiol* 67:401–409. <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2013.12.002>

25. Chegini Z, Arab-Zozani M, Shariful Islam SM, Tobiano G, Abbasgholizadeh Rahimi S (2021) Barriers and facilitators to patient engagement in patient safety from patients and healthcare professionals' perspectives: A systematic review and meta-synthesis. *Nurs Forum* 56:938–949. <https://doi.org/10.1111/nuf.12635>
26. Park M, Giap T-T-T (2020) Patient and family engagement as a potential approach for improving patient safety: A systematic review. *J Adv Nurs* 76:62–80. <https://doi.org/10.1111/jan.14227>
27. Anderson NN, Baker GR, Moody L et al. (2022) Consensus on how to optimise patient/family engagement in hospital planning and improvement: a Delphi survey. *BMJ Open* 12:e061271. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2022-061271>
28. Berger Z, Flickinger TE, Pfoh E, Martinez KA, Dy SM (2014) Promoting engagement by patients and families to reduce adverse events in acute care settings: a systematic review. *BMJ Qual Saf* 23:548–555. <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2012-001769>
29. Giap T-T-T, Park M (2021) Implementing Patient and Family Involvement Interventions for Promoting Patient Safety: A Systematic Review and Meta-Analysis. *J Patient Saf* 17:131–140. <https://doi.org/10.1097/PTS.0000000000000714>
30. Bucknall TK, Hutchinson AM, Botti M et al. (2020) Engaging patients and families in communication across transitions of care: An integrative review. *Patient Educ Couns* 103:1104–1117. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2020.01.017>
31. Evers J, Holtz B, Pell E, Truppin N, Branin D (2013) Patient Family Advisory Councils. A Review of 2012 PFAC Reports
32. Canadian Patient Safety Institute (2018) Engaging Patients in Patient Safety – a Canadian Guide. Last modified February 2018. Available at: www.patientsafetyinstitute.ca/engagingpatients
33. Herrin J, Harris KG, Kenward K, Hines S, Joshi MS, Frosch DL (2016) Patient and family engagement: a survey of US hospital practices. *BMJ Qual Saf* 25:182–189. <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2015-004006>
34. Wolf JA (2015) The state of patient experience. *Patient Experience Journal* 2:1–3. <https://doi.org/10.35680/2372-0247.1113>
35. Sharma AE, Knox M, Mleczko VL, Olayiwola JN (2017) The impact of patient advisors on healthcare outcomes: a systematic review. *BMC Health Serv Res* 17:693. <https://doi.org/10.1186/s12913-017-2630-4>
36. Bergerum C, Thor J, Josefsson K, Wolmesjö M (2019) How might patient involvement in healthcare quality improvement efforts work-A realist literature review. *Health Expect* 22:952–964. <https://doi.org/10.1111/hex.12900>

37. Marsall M, Hornung T, Bäuerle A, Weigl M (2023) Measuring transitional patient safety: Adaptation and validation of the German version of the Care Transitions Measure. *Z Evid Fortbild Qual Gesundhwes* 182-183:17–25. <https://doi.org/10.1016/j.zefq.2023.10.002>
38. Heier L, Gambashidze N, Hammerschmidt J et al. (2021) Safety Performance of Healthcare Professionals: Validation and Use of the Adapted Workplace Health and Safety Instrument. *Int J Environ Res Public Health* 18. <https://doi.org/10.3390/ijerph18157816>
39. Oldfield BJ, Harrison MA, Genao I et al. (2019) Patient, Family, and Community Advisory Councils in Health Care and Research: a Systematic Review. *J Gen Intern Med* 34:1292–1303. <https://doi.org/10.1007/s11606-018-4565-9>

18. Anhang

- Anhang 1 Vollständiger Interviewleitfaden
- Anhang 2 Online-Fragebogen
- Anhang 3 Ergebnisse der Delphi-Konsens Erhebung: Zentrale Aktivitäten der Patienteneinbeziehung (PE) in Gesundheitseinrichtungen in Deutschland, Förderfaktoren und Hindernisfaktoren mit Praxisbeispielen

Anhang 1

Vollständiger Interviewleitfaden

Ich begrüße Sie ganz herzlich zu unserem Interview zur Frage, welche Faktoren bei der Einbeziehung der Perspektiven von Patientinnen und Patienten zu berücksichtigen sind, um die Patientensicherheit in Gesundheitseinrichtungen zu verbessern.

Vielen Dank, dass Sie sich bereiterklärt haben an diesem Interview und den nachfolgenden Erhebungs-terminen teilzunehmen! Wenn Sie zwischendurch Fragen haben, dürfen Sie diese jederzeit gerne stellen.

Das Interview wird etwa 30-45 Minuten dauern.

Haben Sie noch Fragen, bevor wir beginnen?

Wenn Sie einverstanden sind, starte ich jetzt die Aufzeichnung des Interviews. [Aufzeichnung starten]

Fragen zur Person

Wie alt sind Sie?

Identifiziertes Geschlecht

Sie sind hier in Ihrer Rolle als... [Patientenvertreterin oder -vertreter, Arzt oder Ärztin etc.]?

Wie lange üben Sie diesen Beruf/diese Rolle schon aus?

Wo üben Sie diesen Beruf/diese Rolle aus? [Stadt/Ort angeben lassen]

Haben Sie bereits an Projekten oder Maßnahmen mitgewirkt, bei denen die Erfahrungen von Patientinnen und Patienten aktiv genutzt wurden, um die Patientensicherheit in Gesundheitseinrichtungen zu verbessern?

Block 1: Praktiken und Maßnahmen

Welche Aktivitäten, Maßnahmen oder Praktiken sind Ihnen bekannt bei denen auf die Erfahrungen von Patientinnen und Patienten zurückgegriffen wird?

Gibt es geplante oder vergangene Maßnahmen, von denen Sie Kenntnis haben?

[Beispiele als Hilfestellung: Patientenbefragungen, Zusammenarbeit von Patientenvertreterinnen / -vertretern und Klinikmanagement, Patientenbeiräte, ggf. Beschwerdemanagement]

Waren Sie selbst aktiv an solchen Maßnahmen beteiligt?

Wie erfolgreich sind diese Maßnahmen Ihrer Meinung nach?

Wie schätzen Sie den praktischen Nutzen dieser Projekte ein?

Block 2: Bedarf, Erwartungen, Voraussetzungen

Für Patientinnen und Patienten bzw. Patientenvertreterinnen / -vertretern:

Würden Sie persönlich sich gerne mit ihren Erfahrungen (stärker) einbringen in die Gestaltung einer sicheren Gesundheitsversorgung?

Welche Art von Erfahrungen und Kenntnissen können Sie beitragen?

[Optionales Beispiel: aktive Teilnahme an Klinikkonferenzen oder Projekte zur Gestaltung von Informationsmaterial]

Was würden Sie sich zur Unterstützung für diese Aufgabe wünschen?

Welche Erwartungen hätten Sie an entsprechende Maßnahmen? Welche Voraussetzungen müssten geschaffen werden?

[Möglichst auf versch. Formen von Gesundheitseinrichtungen eingehen]

Für Nicht-Patientinnen und Patienten:

Würden Sie gerne verstärkt die Perspektive von Patientinnen und Patienten erfahren und berücksichtigen, um relevante Defizite im Qualitäts- und Risikomanagement aufzudecken?

Welche Erfahrungen und Kenntnisse, denken Sie, können vor allem durch Patientinnen und Patienten beigetragen werden?

Welche Erwartungen hätten Sie an entsprechende Maßnahmen? Welche Voraussetzungen müssten geschaffen werden?

[Optionales Beispiel: Aktive Teilnahme an Klinikkonferenzen oder Projekte zur Gestaltung von Informationsmaterial]

[Möglichst auf versch. Formen von Gesundheitseinrichtungen eingehen]

Block 3: Hindernisse und Lösungsansätze

In Deutschland gibt es im internationalen Vergleich wenige Maßnahmen bzw. Projekte zur Patienteneinbeziehung. In den USA, zum Beispiel, verfügen die allermeisten Krankenhäuser über einen Patientenrat, der die Interessen von Patientinnen und Patienten auf Management-Ebene vertritt.

Was sind (Ihrer Erfahrung nach) wesentliche Gründe, warum Gesundheitseinrichtungen wie z.B. Kliniken oder Arztpraxen, Schwierigkeiten damit haben, Maßnahmen der Patienteneinbeziehung zu beginnen?

Woran scheitern möglicherweise begonnene Projekte zur Patienteneinbeziehung?

[Optionale Beispiele: finanzielle Vergütung von PE, Informations- und Unterstützungsangebot]

Welche Lösungsansätze könnten Sie sich dafür vorstellen?

In welchen konkreten (klinischen) Bereichen könnte eine Patienteneinbeziehung schwierig sein? Aus welchen Gründen? Was könnte unterstützend sein?

Block 4: Empfehlungen

In welchen Bereichen in Einrichtungen der Gesundheitsversorgung könnten Sie sich vorstellen, dass von einer Einbeziehung von Patientinnen und Patienten und deren Erfahrungen besonders profitiert werden könnte? Was wären also Anwendungsfälle?

[Optionales Beispiel: Gestaltung von Aufklärungsmaterial]

Wer kann **was** dazu beitragen, dass entsprechende Projekte gelingen? [Rolle der Gesundheitseinrichtung und der Patientinnen und Patienten]

Wir haben jetzt über einige mögliche Maßnahmen/Optionen gesprochen [ggf. nochmal wiederholen]:

Welche davon würden Sie persönlich priorisieren und warum?

Wenn Sie ein konkretes Projekt starten könnten, wie würde das aussehen?

Abschluss

Haben Sie weitere Anmerkungen, die Sie uns gerne mitgeben würden bzw. weitere Gedanken zu dem Thema?

[Optional: Weitere Fragen, die während des Interviews aufgekommen sind.]

Ich danke Ihnen herzlich für Ihre Teilnahme!

[Aufzeichnung stoppen]

Anhang 2

Übersicht der Fragen der Online-Befragung

FRAGE	FRAGEVARIANTEN	ANTWORT-FORMAT
PE-Aktivitäten		
Es gibt verschiedene Wege und Möglichkeiten die Erfahrungen von Patientinnen und Patienten aktiv in die Förderung von Patientensicherheit mit einzubeziehen (sogn. PE-Maßnahmen). Diese haben wir in den Interviews von Ihnen erfahren. Uns interessiert nun, welche der folgenden Möglichkeiten für Sie besonders wichtig sind.	Direktes (Feedback-)Gespräch zwischen Patient:in und behandelndem medizinischem Personal	Likert Skala 1-7 Bitte bewerten Sie die Wichtigkeit der folgenden PE-Maßnahmen, wobei 1 nicht wichtig und 7 sehr wichtig bedeutet.
	Einsatz von Fragebögen (z.B. Patientenbefragung während eines stationären Aufenthalts)	
	Einrichtungsinterne Lob- und Beschwerdestellen (z.B. über Briefkasten oder Website)	
	Einrichtungsexterne Lob- und Beschwerdestellen (z.B. über Krankenkassen)	
	Einrichtungsinterne Patientenvertretungen (z.B. Klinik-Patientenbeirat)	
	Einrichtungsexterne Patientenvertretungen (z.B. Patientenvertretungen in Verbänden oder Bundesausschüssen)	
Manche PE-Maßnahmen können möglicherweise einfacher in der Praxis realisiert werden als andere. Uns interessiert nun, wie Sie die einzelnen PE-Maßnahmen jeweils hinsichtlich ihrer Umsetzbarkeit einschätzen.	Direktes (Feedback-)Gespräch zwischen Patient:in und behandelndem medizinischem Personal	Likert Skala 1-7 Bitte bewerten Sie die Umsetzbarkeit der folgenden PE-Maßnahmen zur Verbesserung von Patientensicherheit, wobei 1 nicht umsetzbar und 7 sehr gut umsetzbar bedeutet.
	Einsatz von Fragebögen (z.B. Patientenbefragung während eines stationären Aufenthalts)	
	Einrichtungsinterne Lob- und Beschwerdestellen (z.B. über Briefkasten oder Website)	
	Einrichtungsexterne Lob- und Beschwerdestellen (z.B. über Krankenkassen)	
	Einrichtungsinterne Patientenvertretungen (z.B. Klinik-Patientenbeirat)	
	Einrichtungsexterne Patientenvertretungen (z.B. Patientenvertretungen in Verbänden oder Bundesausschüssen)	
Gibt es weitere Maßnahmen zur Einbeziehung von Patientinnen und Patienten in Bezug auf Patientensicherheit, die Sie außerdem wichtig finden bzw. gerne realisieren würden und die noch nicht genannt wurden?	Patientenfürsprechende	Freitext
Hindernisfaktoren		
Hindernisse bei der Implementierung von PE-Maßnahmen (z.B. Finanzierung) müssen berücksichtigt und adressiert werden. Wir würden daher gerne von Ihnen wissen, wie stark die folgenden Probleme	Finanzielle Hürden (z.B. kein Klinikbudget für professionelle Fragebogenauswertung)	Likert Skala 1-7 Bitte geben Sie für die aufgelisteten potentiellen Hürden jeweils auf einer Skala von 1 (keine Beeinträchtigung) bis 7 (starke Beeinträchtigung)
	Fehlende organisatorische Strukturen (z.B. keine zuständige Person für PE-Maßnahmen)	
	Ausbleibender praktischer Nutzen (z.B. Rückmeldungen werden zwar gesammelt aber nicht verwendet)	
	Fehlende zeitliche Kapazitäten (z.B. Patientinnen und Patienten oder Mitarbeitende in Gesundheitseinrichtungen haben keine Zeit für PE-Maßnahmen)	

<p>und Barrieren Ihrer Meinung nach ins Gewicht fallen.</p>	<p>Angst der/des Patient:in vor negativen Konsequenzen bei der eigenen Behandlung (z.B. nach negativen Rückmeldungen)</p> <p>Angst des Mitarbeitenden vor negativen Konsequenzen (z.B. Ausgrenzung im Team nach Weiterleitung von negativem Feedback)</p> <p>Zwischenmenschliche Hemmnisse (z.B. Patient:in möchte medizinisches Personal nicht "vor den Kopf stoßen")</p> <p>Unzureichende Qualität der Patientenrückmeldungen (z.B. Rückmeldungen sind nicht verwertbar zur Verbesserung der Patientensicherheit)</p>	<p>an, wie stark diese die Planung und Durchführung von PE-Maßnahmen beeinträchtigen.</p>
<p>Gibt es weitere Hürden oder Hindernisse, die Ihrer Meinung nach bei der Planung und Durchführung von PE-Maßnahmen unbedingt berücksichtigt werden müssen?</p>	<p>Freitext</p>	
<p>Förderfaktoren</p>		
<p>Zur Lösung der angesprochenen potentiellen Hürden und zur allgemeinen Förderung von PE-Maßnahmen haben Sie in den Interviews einige Punkte genannt. Wir möchten von Ihnen wissen, wie wichtig Sie die folgenden potentiell förderlichen Bedingungen und Lösungsansätze für die Umsetzung von PE-Maßnahmen finden.</p>	<p>Zentrale einrichtungsinterne Anlaufstelle für Rückmeldungen und Patienteneinbeziehung</p> <p>Möglichkeit der anonymen Rückmeldung/Beteiligung (z.B. Fragebogen ohne Angaben zur eigenen Person)</p> <p>Integration neuer PE-Maßnahmen in bestehende Einrichtungsabläufe und -strukturen</p> <p>Vernetzung und Erfahrungsaustausch (z.B. einrichtungsübergreifender Austausch von Patientenvertreterinnen und -vertretern)</p> <p>Regelmäßige Fort- und Weiterbildungsmöglichkeiten für beteiligte Patientinnen und Patienten und Einrichtungsmitarbeitende (z.B. zum Thema Patientensicherheit oder zu sozialen Kompetenzen zur Verbesserung der Zusammenarbeit)</p> <p>Vergütung des entstandenen Aufwands (z.B. finanzielle Aufwandsentschädigung und Reisekostenerstattung für Patientinnen und Patienten)</p> <p>Unterstützende Unternehmenskultur (z.B. ehrliches Feedback wird erwünscht und durch das Einrichtungs-Management gefördert)</p>	<p>Likert Skala 1-7</p> <p>Bitte bewerten Sie auf der Skala von 1 (nicht wichtig) bis 7 (sehr wichtig).</p>
<p>Was kann Ihrer Meinung nach noch ergänzend zur Förderung der Patienteneinbeziehung in Gesundheitseinrichtungen getan werden?</p>	<p>Freitext</p>	
<p>Globale Frage</p>		
<p>Abschließend möchten wir von Ihnen gerne noch wissen, wie Sie die Situation der Patienteneinbeziehung zur Förderung der Patientensicherheit in Deutschland insgesamt bewerten.</p>	<p>Likert Skala 1-5</p> <p>„Sehr schlecht“</p> <p>„Schlecht“</p> <p>„Neutral“</p> <p>„Gut“</p> <p>„Sehr gut“</p>	

Anhang 3

Ergebnisse der Delphi-Konsens Erhebung: PE-Aktivitäten der Patienteneinbeziehung in Gesundheitseinrichtungen in Deutschland (blau), Förderfaktoren (grün) und Hindernisfaktoren (orange) mit Praxisbeispielen

PE-AKTIVITÄT	BESCHREIBUNG	PRAXISBEISPIELE
Direkte Feedback-Kommunikation zwischen Patientinnen und Patienten und behandelndem Gesundheitspersonal*	Patientinnen und Patienten können im Rahmen Ihrer eigenen Behandlung in der direkten Kommunikation mit dem Gesundheitspersonal Rückmeldungen zur Patientensicherheit äußern	<i>Ärztinnen und Ärzte erfragen Rückmeldungen zu Patientensicherheitsaspekten routinemäßig bei Visite oder Behandlungsabschluss</i>
Patientenbefragungen in den Gesundheitseinrichtungen*	Alle Formen der strukturierten Patientenbefragung (z.B. Fragebögen oder Interviews; stichprobenhaft oder systematisch)	<i>Stichprobenartige mündliche Patientenbefragungen; Feedbackbögen im Rahmen von Behandlungsmaßnahmen</i>
Patientenvertretungen in den Gesundheitseinrichtungen*	Fest verankerte Patientenvertretungen in den Einrichtungen, die im Austausch mit relevanten Personen und Instituten (z.B. Qualitäts- und Risikomanagement) stehen	<i>Klinik-Patientenbeirat</i>
Interne Rückmeldungs-systeme mit systematischer Auswertung in den Gesundheitseinrichtungen*	Die Einrichtung hat ein strukturiertes System zur Erfassung und Auswertung von Patientenrückmeldungen	<i>Lob & Beschwerdemanagement; Feedbackbriefkasten</i>
Gesundheitseinrichtungsübergreifende Rückmeldesysteme	Möglichkeit Feedback und konstruktive Kritik zu bestimmten Einrichtungen in externen oder unabhängigen Rückmeldesystemen zu geben (z.B. über Online-Portale)	<i>Patientinnen- & Patienten-CIRS; Beschwerdestellen der Krankenkassen</i>
Weitere PE-Aktivitäten	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Patiententreff ▪ Beteiligung von Selbsthilfegruppen ▪ Einrichtungsunabhängige Patientenvertretungen ▪ Patientenfürsprechende 	<i>Fördervereine, Stiftungen, Patientenombudsstellen, nationales Gesundheitsportal, unabhängige Patientenberatung</i>
FÖRDERFAKTOR	BESCHREIBUNG	PRAXISBEISPIELE
Feste Strukturen bzw. Zuständigkeiten für PE-Aktivitäten in den Gesundheitseinrichtungen mit zentralen Ansprechpersonen und Öffentlichkeitsarbeit*	Schaffung von einrichtungsinternen Strukturen und Zuständigkeiten für PE-Aktivitäten (z.B. eigenes Institut) und ausreichende Kommunikation (Öffentlichkeitsarbeit) der Ansprechpersonen sowie aktueller Möglichkeiten der PE	<i>aktive Ansprache von Patientinnen und Patienten; Werbung, Flyer und Aus-hänge; Infoabende</i>
Integration neuer PE-Aktivitäten in bestehende	Bei der Implementierung neuer PE-Aktivitäten müssen bestehende Strukturen	<i>Verankerung im Qualitätsmanagement, sowie in</i>

FÖRDERFAKTOR	BESCHREIBUNG	PRAXISBEISPIELE
Abläufe der Gesundheitseinrichtungen*	und Abläufe in Einrichtungen berücksichtigt werden und die Aktivitäten kontextabhängig angepasst werden	<i>Anamnese und Entlassung, verpflichtendes Feedbacksystem für Abrechnung, strukturelle Verankerung von Patientenvertretungen</i>
Vernetzung und Erfahrungsaustausch zwischen beteiligten Personen und Gesundheitseinrichtungen*	Zwischen allen beteiligten Personen und Einrichtungen ist eine Vernetzung und Austausch wünschenswert v.a. aufgrund der häufig eingeschränkten Vorerfahrungen mit PE-Aktivitäten	<i>Einrichtungsübergreifender Austausch von Patientvertreterinnen und -vertretern; Vernetzung der Einrichtungen, die PE-Aktivitäten durchführen</i>
Aus- und Weiterbildungsmöglichkeiten für alle Beteiligten inkl. Vermittlung grundlegender Kompetenzen*	Förderung der erforderlichen Kompetenzen aller beteiligten Patientinnen und Patienten sowie des Gesundheitspersonals (u.a. Patientensicherheitskompetenz, soziale und methodische Kompetenzen)	<i>Patient Safety Cards; Info-Abende zur Patientensicherheit; gemeinsame Fortbildungen oder Workshops</i>
PE-freundliche Unternehmenskultur der Gesundheitseinrichtung*	In der Gesundheitseinrichtung wird in allen Ebenen Wert gelegt auf konstruktives Feedback und eine gute Fehlerkultur	<i>Feedback wird erwünscht und durch das Einrichtungs-Management gefördert; Feedbackkultur wird vom Management gelebt; es bestehen Vertrauen, Wertschätzung und Rücksprache innerhalb des Teams</i>
Vergütung bzw. Wertschätzung des Engagements der Beteiligten	Allen Beteiligten muss die Teilnahme an PE-Aktivitäten unabhängig von der persönlichen finanziellen Situation ermöglicht werden (Erstattung von Aufwendungen) und (zeitliches) Engagement muss angemessen wertgeschätzt werden	<i>Finanzielle Kompensationen für entstandene Aufwendungen bzw. Verdienstaussfälle; Aufwandsentschädigungen für zeitlichen Aufwand</i>
Gute soziale Kompetenzen (u.a. Kommunikationsfähigkeit, Empathie) der beteiligten Personen	Fähigkeiten der Beteiligten zur effektiven Zusammenarbeit müssen gegeben sein (u.a. gegenseitiges Vertrauen, offene Kommunikation, Wertschätzung)	<i>Teamfähigkeit; interkulturelle Kompetenz</i>
Effiziente und evidenzbasierte Methodik der PE-Aktivitäten	Anwendung von kontextorientierten und effizienten PE-Aktivitäten sowie Überprüfung des Erfolgs der Aktivitäten z.B. durch Messung sicherheitsrelevanter Parameter wie der Häufigkeit von Medikationsfehlern	<i>Weiterentwicklung bestehender PE-Aktivitäten nach aktuellem Forschungsstand; Messung der Praxisrelevanz erfolgter PE-Aktivitäten; methodische Vielfalt</i>
Weitere Förderfaktoren	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ressourcen der Gesundheitseinrichtung ▪ Persönliche Ressourcen der Patientinnen und Patienten 	

FÖRDERFAKTOR	BESCHREIBUNG	PRAXISBEISPIELE
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Integration des Themas PE in Lehre & Ausbildung ▪ Commitment aller Beteiligten ▪ Politischer Rahmen: Verpflichtung zur Durchführung von PE-Aktivitäten; finanzielle Unterstützung der Gesundheitseinrichtungen ▪ Möglichkeit für Patientinnen und Patienten sich anonym zu beteiligen 	
HINDERNISFAKTOR	BESCHREIBUNG	PRAXISBEISPIELE
Erlebte Ineffizienz von PE-Aktivitäten (Kosten-Nutzen-Verhältnis)*	PE-Aktivitäten werden zwar durchgeführt, werden jedoch als ineffizient oder ohne praktischen Nutzen wahrgenommen	<i>Mangelnde Weiterverwendung von Fragebogenergebnissen; unstrukturierte Auswertung der Meldungen; mangelnde Rückmeldung an Beteiligte; pro forma Durchführung von PE-Aktivitäten</i>
Fehlende individuelle Fähigkeiten und Mittel der Patientinnen und Patienten*	Patientinnen und Patienten verfügen nicht über die notwendigen Ressourcen (z.B. Zeit, fachliche Kompetenz) zur Beteiligung an PE-Aktivitäten	<i>Sprachbarrieren; Gesundheitszustand; Wissen über Patientensicherheit; Zeit</i>
Fehlende Ressourcen der Gesundheitseinrichtung	PE-Aktivitäten können aufgrund fehlender Ressourcen der Einrichtung (z.B. Personal, finanzielle Mittel) nicht oder nur in kleinem Umfang durchgeführt werden	<i>kein Klinikbudget für professionelle Fragebogenauswertung; Personalmangel</i>
Fehlende organisatorische Strukturen der Gesundheitseinrichtung	Keine oder schlechte organisatorische Strukturen (Ansprechpersonen; zuständige Stellen), die für die Planung und Umsetzung von PE-Aktivitäten zuständig sind	<i>keine zuständige Person für PE-Aktivitäten; ungeklärte Zuständigkeiten; keine klare Verortung innerhalb der Einrichtungsstrukturen</i>
Angst vor persönlichen Nachteilen aufgrund der Teilnahme an PE-Aktivitäten	Patientinnen und Patienten oder Gesundheitspersonal befürchten persönliche Nachteile aufgrund ihrer Teilnahme an PE-Aktivitäten wie eine schlechtere Versorgung	<i>Benachteiligung aufgrund einer schlechten Bewertung/Kritik; Ausgrenzung im Team nach Weiterleitung von negativem Feedback</i>
Erlebter Nutzen der Patientenbeiträge	Die Qualität der Rückmeldungen der Patientinnen und Patienten wird als nicht ausreichend konstruktiv empfunden, um einen praktischen Nutzen zur Verbesserung der Patientensicherheit zu ermöglichen	<i>Rückmeldungen sind aufgrund unterschiedlicher Bewertungskriterien nicht verwertbar zur Verbesserung der Patientensicherheit</i>

HINDERNISFAKTOR	BESCHREIBUNG	PRAXISBEISPIELE
Schlechte Selbstverpflichtung der Gesundheitseinrichtungen oder der beteiligten Patientinnen und Patienten zu PE-Aktivitäten	Durchführung von PE-Aktivitäten wird durch fehlende Motivation bzw. mangelnde Priorisierung der Beteiligten beeinträchtigt	<i>kein Interesse der Einrichtungen zur Durchführung von PE-Aktivitäten; fehlende Teilnahmemotivation von Patientinnen und Patienten</i>
Weitere Hindernisfaktoren	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Datenschutzaufgaben ▪ Fehlendes Vertrauen in Strukturen/Wege der Einbeziehung und zwischenmenschliche Hemmungen 	<i>Angst vor Datenschutzproblemen; befürchteter negativer Effekt von Aufklärung über Patientensicherheit; zu viel Verständnis für Fehler von Behandlerin oder Behandler</i>