

Historie und Entwicklung

Alexander Euteneier und David Schwappach

- 2.1 Entwicklung des klinischen Risikomanagements – 12
- 2.2 Mitarbeitererwartungen der jüngeren Generation – 14
- 2.3 Die neue Rolle des Patienten – 15
- Literatur – 17

2.1 Entwicklung des klinischen Risikomanagements

Alexander Euteneier

Patientensicherheit ist kein neuer Terminus technicus oder eine Zeitgeistbewegung, die wie manche Modebewegung wieder vergehen wird. Jeder Arzt und Helfer ist gemäß seinem Berufsethos darum bemüht dem Patienten so gut als möglich zu helfen und, nach dem Hippokratischen Eid »**primum nil nocere**« ihm nicht zu schaden. Dieses Berufsethos war und ist ständiger Begleiter seines Handelns. Der Chirurg Erwin Payr, geboren 1871 in Innsbruck, gestorben 1946 in Leipzig, Ordinarius für Chirurgie an der Albertus-Universität Königsberg und der Universität Leipzig überreichte jedem seiner Ärzte bei der Neueinstellung einen Brief in dem stand: »Drei Leitsätze sind es, welche ich als Lehrer jüngeren Chirurgen als Richtlinien in den Vordergrund stellen muss. Wahrheitsliebe, unbedingte Zuverlässigkeit der Arbeit und reinliche Anzeigestellung. Jeder muss lernen, jeder macht Fehler. Einen begangenen Fehler verschleiern, halte ich für das Ergebnis eines Charakterfehlers. Gerade deshalb ist das Gelöbnis unbedingter Wahrheit die Vorbedingung meines Vertrauens« (Köle 2014).

James Reason, einer der Vordenker in Fragen Menschlicher Fehler, publizierte 1990 seine Arbeit »Human Error«, in dem er ausführlich über die Ursachen von Irrtümern und verschiedene Fehlerarten forschte (Reason 1990). Die Arbeit blieb viele Jahre eher unbeachtet. Der Blick auf diese Themen und die Wahrnehmung in der Öffentlichkeit hat sich recht plötzlich gewandelt als Ende 1999 der Bericht für den Kongress »**To err is human**« des Committee on Quality of Health Care in America, Institute of Medicine, publiziert wurde (Kohn et al. 2000). Der Bericht löste eine Schockwelle aus und setzte eine Entwicklung in Gang, die die Themen Patientensicherheit und Fehler im Gesundheitswesen stark in das öffentliche Bewusstsein rückte und bis dato anhält. Die Aufsehen erregende Studie kam zu dem Ergebnis, dass in den USA vermutlich mehr als 44.000 bis zu 98.000 Tote pro Jahr aufgrund von Behandlungsfehlern zu verzeichnen sind.

Interessanterweise wurde bereits in einer Studie im Jahre 1981 darauf aufmerksam gemacht, dass es

bei 36 % der damals 815 untersuchten Patienten zu Fehlern kam, wovon 2 % tödliche Auswirkungen hätten (Steel et al. 1981). Dieser Studie wurde allerdings erst nach Veröffentlichung des Berichts des Institute of Medicine mehr Beachtung geschenkt. Ebenso wurden den Zahlen der Harvard Medical Practice Study (I) und (II) von 1991 im New England Journal of Medicine erst nach dem IOM-Report mehr Aufmerksamkeit gewidmet (Brennan et al. 1991) und (Leape et al. 1991). Die Studie zeigte, dass es bei 4 % der Patienten des Bundesstaates New York im Jahr 1984 zu Komplikationen kam, wovon 2/3 aufgrund iatrogenen Fehler entstanden und somit verhinderbar waren. In einer weiteren Studie von Vincent wurden bei 1.014 beobachteten Patienten zweier britischer Krankenhäuser 11,7 % Fehler festgestellt, von diesen wurde die Hälfte als vermeidbar bewertet. Bei den vermeidbar eingestuft Fällen traten bei einem Drittel moderate bis schwere, sogar tödliche, Folgen auf (Vincent et al. 2001).

In Deutschland kam es infolge der öffentlichen Diskussion im April 2005 zur Gründung des **Aktionsbündnisses Patientensicherheit** (APS), welches als gemeinsame Initiative von Vertretern der Gesundheitsberufe, ihrer Verbände und der Patientenorganisationen agiert. Im Rahmen einer Literaturrecherche des APS auf Basis von 241 Studien in 230 Publikationen aus 31 Ländern in den Jahren 2007/2008 kam die Studie zu dem Ergebnis, dass mindestens 0,1 % der Todesfälle aus medizinischen Behandlungsfehlern in westlichen Krankenhäusern resultieren (Schrappe 2008). In der Schweiz wurde bereits 2003 die **Stiftung Patientensicherheit Schweiz** gegründet, die als nationales Kompetenzzentrum in allen Belangen der Patientensicherheit fungiert. Sie betreibt Forschung auf universitärem Niveau und erarbeitet daraus Handlungsanleitungen, des Weiteren betreibt es ein Netzwerk lokaler Fehlermeldesysteme verschiedener Gesundheitsorganisationen (CIRRNET) und entwickelt in Zusammenarbeit mit Fachexperten praktische Handlungsempfehlungen in Form der Quick-Alerts (► Kap. 5 Rahmenfaktoren des schweizerischen Gesundheitssystem).

Parallel zur Entstehung verschiedener Patientensicherheitsorganisationen, Qualitätsinitiativen und Gesetzesvorhaben kam es, in Folge gesteigerter Schadensfällen und Regressionsansprüchen,

zu einem **Anstieg der Haftpflichtversicherungsrämien** der Krankenhäuser in Deutschland, zum Teil um 50–100 %, wobei die noch verbliebenden wenigen Versicherer derzeit weiterhin einen negativen Deckungssummenbeitrag beklagen (persönliche Kommunikation). Die Eingangszahlen gemeldeter Arzthaftungsschäden über den Zeitraum von 25 Jahren von 1982–2006 belegen einen 16-fachen Anstieg (interne Daten eines Deutschen Krankenhausversicherers). Dabei kommt es am häufigsten zu Schadensfällen in der Allgemein-, Unfall-, Herz- und Thoraxchirurgie, wobei die Schadenssummen in der Gynäkologie und Geburtshilfe mit Abstand die höchsten sind.

In der Rechtsprechung scheint sich ein Trend zur Organisationshaftung aufzuzeigen, der sich darin äußert, dass leitende Ärzte und Krankenhausbetreiber bei Auftreten von Schadensfällen immer häufiger mit in die Haftung genommen werden (Kruse-Rasmussen 2012).

Immer mehr kritische Stimmen forderten, Qualität, Patientensicherheit und Transparenz zu einem nationalen Gesundheitsanliegen zu machen. Es ergeben sich Hinweise auf Über- und Unterversorgung sowie deutliche regionale Unterschiede (Leape 2009).

➤ **Lucien Leape schlussfolgerte, dass wir auf kurze Sicht durch »die Verbesserung der Qualität und Patientensicherheit mehr Schmerz lindern, mehr Gesundheit wiederherstellen und Leben verlängern können, als es die Entwicklung neuer Behandlungen vermag«.**

Die WHO gründete 2004 die **World Alliance for Patient Safety** und führte zwischen 2006 und 2007 eine weltweite Kampagne durch um die Handhygiene zu verbessern. Es folgten Projekte, wie die Evaluation der Safe-Surgery-Saves-Lives-Checkliste, die zum ersten Mal auf großer Bühne Aspekte der Teamarbeit und der Kommunikation aufgriff (Haynes et al. 2009). Die WHO veröffentlichte 2011 als Leitschnur den »Patient Safety Curriculum Guide Multiprofessional Edition« und »Curriculum Guide for Medical School«, wobei die WHO maßgebliche Anteile des Australian Patient Safety Education Framework (APSEF) übernahm (World Health Organization 2009).

Die WHO identifizierte mehrere **Handlungsdefizite**, die es gilt zu adressieren (Frenk et al. 2010):

- Missverhältnis von Kompetenzen und Patienten und Populationsbedürfnissen
- Schlechte Teamarbeit
- Persistierende Geschlechterverteilung der Professionen
- Enger technischer Fokus ohne den größeren Zusammenhang zu verstehen
- Episodische Behandlungen anstatt kontinuierliche Versorgung
- Überwiegende Krankenhausorientierung zu Lasten der hausärztlichen Versorgung
- Zu schwache Führung um die Leistung im Gesundheitswesen zu verbessern

Immer mehr rückten Systemfragen und der menschliche Faktor in den Fokus der Untersuchungen und wurden zum Ansatzpunkt risikoreduzierender Strategien. Die Entwicklung des **TeamSTEPPS-Programm** der Agency for Healthcare Research and Quality (► <http://teamstepps.ahrq.gov/>), welches Oktober 2012 in den USA national lanciert wurde, bietet konkrete Unterstützung für die Verbesserung der Teamarbeit an. Es basiert auf einem breiten Grundverständnis medizinischer Kompetenzen und etablierter Kompetenzmodelle wie **CanMEDS** (► www.royalcollege.ca/portal/page/portal/rc/canmeds) und der **WHO** und berücksichtigt wichtige psychologische Erkenntnisse. Es entstanden neue regulative Vorgaben der **Joint Commission**, die z. B. beinhalten, die Qualitätsvorgaben des **National Quality Forum** (► www.qualityforum.org/Home.aspx) in den Krankenhäusern zu implementieren.

In den deutschsprachigen Ländern bieten verschiedenste Organisationen und Körperschaften wie Patientensicherheitsorganisation, Ärztekammern, Berufsverbände und Fachgesellschaften Schulungen und Informationsmaterial zu spezifischen Themen der Patientensicherheit oder zu Querschnittsthemen wie Ärztlicher Führung, Kommunikation und Healthcare Management an.

Als Zwischenfazit kann gesagt werden, dass derzeit bei weitem noch keine Klarheit und Einigkeit besteht, welche Maßnahmen wirklich am effektivsten sind, um dem Ziel einer möglichst sichereren Patientenversorgung näher zu kommen.

Zum jetzigen Zeitpunkt, 15 Jahre nach Publikation des IOM-Reports, befinden wir uns in weiten Teilen noch immer in einer Findungs- und Experimentierphase. Verschiedene Länder nehmen dabei durchaus verschiedene Ansätze. So setzen, größtenteils historisch bedingt, nationale Gesundheitssysteme wie in England überwiegend auf staatliche Initiativen, während insbesondere in den USA und Deutschland Initiativen überwiegend aus dem nicht-staatlichen Sektor kommen.

2.2 Mitarbeitererwartungen der jüngeren Generation

Alexander Euteneier

Von einer Ärzteschwemme und einem Pflegekräfteüberschuss ist man in Europa derzeit weit entfernt. Händeringend werden kompetente und engagierte Arbeitskräfte gesucht, sowohl in der Pflege als auch im ärztlichen Bereich. Die bereits prekäre Personalsituation wird sich noch weiter verschärfen und führt zu einem Circulus vitiosus mit einer bereits chronisch überlasteten Mitarbeiterschaft, was das Arbeiten noch unattraktiver macht. Die Rekrutierung und Bindung hochqualifizierter Fachkräfte wird in den nächsten Jahren im Gesundheitswesen einer der zentralen Wettbewerbsfaktoren sein.

Die Herausforderungen umfassen folgende Aspekte:

- Der Mangel an Arbeitskräften erfordert das Schaffen attraktiver Arbeitsplätze.
- Hohe Erwartungen an den Arbeitsplatz, der eine Work-Life-Balance ermöglichen muss.
- Ablehnung steiler Hierarchien, stattdessen die Erwartung flacher Hierarchien mit schneller Übernahme von Verantwortung und einer planbaren, verlässlichen Karriereentwicklung.
- Große Multimedia- und Internet-Affinität und selbstverständliche Nutzung von Social Media befördert bei der jüngeren Generation die Erwartung an eine durchdigitalisierte effiziente Dokumentation aller klinischen Prozesse.

Seit Jahren existieren ärztliche Kompetenzmodelle, welche die Anforderungen an den neuen Gesundheitsmitarbeiter ganzheitlich zusammenfassen. So

wurde bereits 1996 durch das Royal College of Physicians and Surgeons of Canada das nunmehr weltweit eingesetzte Rollenmodell CanMEDS mitentwickelt, welches alle **essenziellen Kompetenzen des Arztes** anschaulich zusammenfasst (The Royal College of Physicians and Surgeons of Canada 2005). Es betont die Vielschichtigkeit der Arztrolle und insbesondere die Kompetenzen für Kommunikation, Kooperation und das lebenslange Lernen. Das monistische Rollenverständnis des rein wissenschaftlich orientierten Arztes ist einem multidimensionalen Anforderungsprofil gewichen. Nicht mehr die Anzahl der Publikationen ist entscheidend, sondern Führungs- und Teamkompetenzen. Neben fachlich-methodischen Kompetenzen werden sozial-kommunikative und interpersonale Kompetenzen gefordert. Jedoch spiegeln sich diese Erkenntnisse noch bei weitem nicht in der aktuellen Personalpolitik und Personalentwicklung in Krankenhäusern wieder. Hier scheinen weiterhin noch häufig veraltete Denk- und Verhaltensmuster gepflegt zu werden.

Die Nutzung des **Internets** mit seinen Recherche-Möglichkeiten ist medizinischer Alltag. Ebenso sind die Nutzung von Web-Applikationen und Software-Programmen auch im medizinischen Umfeld zur Selbstverständlichkeit geworden. Die Mitarbeiter erwarten regelhaft den Einsatz von **IT-unterstützten Systemen**, sei es zum Führen der elektronischen Patientenakte und Verwaltung oder zur Unterstützung der Diagnosefindung und Therapieoptimierung. Moderne Kommunikationsmittel wie Mobile Devices können die Visite unterstützen und Informationen bzw. Anordnungen digital schnell erfassen. Auch hier zeigt sich ein weiterhin sehr heterogenes Bild der Implementierung umfassender Health-IT-Strukturen, die die Arbeitsabläufe beschleunigen und teils automatisieren.

Neue Berufsbilder wie **Operationstechnische Assistenten (OTA)** und **Anästhesietechnische Assistenten (ATA)** übernehmen spezifische eng umschriebene Aufgaben und stellen weitere **Spezialisierungen in der Pflege** dar. Kritisch zu sehen ist dagegen der so genannte Chirurgisch-technische Assistent, da sich sein Status zwischen Pflege und Ärzteschaft befindet und die damit verbundenen Verantwortlichkeiten und rechtlichen Befugnisse nicht zufriedenstellend geklärt sind. Dieses

■ **Tab. 2.1** Einschätzung der Bedeutung verschiedener Aspekte für die Arbeitsplatzattraktivität seitens der Gruppe zwischen dem 18. und 30 Lebensjahr (Hasebrook et al. 2014)

Höchste Relevanz	Mittlere Relevanz	Niedrigste Relevanz
Persönliche Weiterentwicklung Regelmäßiges Feedback Leistungsorientierte Vergütung Internationaler Einsatz Attraktive Karrieremöglichkeiten Talentpool für interne und externe Kandidaten Strukturierte Laufbahnen für High Potentials Herausfordernde Aufgaben und Job-Rotation	Fachliche Weiterbildung Führungskraft als Personalentwickler Vereinbarkeit Beruf und Familie Betriebliche Kinderbetreuung Flexible Arbeitszeiten Maßnahmen zur Frauenförderung Nichtfinanzielle Zusatzanreize MA-Beteiligung am Unternehmenserfolg Werteorientierte Führung Fördernde Unternehmenskultur Selbstorganisierte Arbeitsgruppen Flache Hierarchien	Individuelle Vertragsgestaltung Arbeitsplatzsicherheit Corporate Social Responsibility

Berufsbild wurde mehr aus der Not heraus geschaffen. Aufgrund des derzeitigen Aufgabenprofils und der rechtlichen Unsicherheit kann es beim Auftreten von Komplikationen oder belegbaren Fehlern schnell zu juristischen Auseinandersetzungen kommen.

Eine Befragung 2013, finanziert vom Ministerium für Wissenschaft, Forschung und Kunst in Baden-Württemberg, von annähernd 600 Unternehmen, wovon 15 % der Unternehmen aus dem Gesundheitswesen kamen, untersuchte mit welchen Maßnahmen Mitarbeiter verschiedener Generationen mit ihren unterschiedlichen Lebensumständen und Erwartungen für die Arbeit gewonnen und gebunden werden können (Hasebrook et al. 2014). Dabei ergab die Studie, dass knapp 50 % der Mitarbeiter im Gesundheitswesen beim Arbeitgeber weniger als fünf Jahren bleiben, während in den übrigen betrachteten Branchen 85 % beim Arbeitgeber bleiben und lediglich 15 % der Mitarbeiter innerhalb der ersten fünf Jahre den Arbeitgeber wechseln. Des Weiteren ist der Anteil hochqualifizierter Mitarbeiter im Gesundheitswesen überdurchschnittlich hoch im Branchenvergleich.

Die **Generation Y**, die der eher stressresistenten und leistungsorientierten Generation X mit den Geburtsjahrgängen von ca. 1983–1995 folgte, wird sowohl als leistungsorientiert und als auch mit einem starken Bedürfnis zur Selbstverwirklichung charakterisiert. Die Vereinbarkeit von Beruf und Familie hat hohe Priorität, junge Männer

wollen vermehrt ihre Vaterschaft erleben und die Nutzung von Teilzeitmodellen nimmt zu. Die Autoren Hasebrook und Kollegen meinen, dass wirkungsvolle Maßnahmen nicht unbedingt teuer sein müssen. Vielmehr sei eine »an der Gewinnung und Bindung von Fachkräften ausgerichtete Strategie« wichtig. Während zwar der Fachkräfteanteil branchenweit betrachtet überdurchschnittlich hoch ist, ist die Qualität der Personalentwicklung und Personalführung weiterhin problembehaftet.

Die in ■ Tab. 2.1 aufgezeigten Aspekte spielen laut der Befragung besonders für die jüngere Generation Y eine bedeutende Rolle.

Das klinische Risikomanagement und damit einhergehend eine proaktive Personalentwicklung ist nicht vorstellbar ohne die Bedürfnisse und Erwartungen der jüngeren Generation an Mitarbeitern zu verstehen sowie auf diese einzugehen. Die Mitarbeiter sind Herz und Motor jeder Organisation und deren Engagement für die Verbesserung der Patientensicherheit sollte im Mittelpunkt aller Bemühungen stehen.

2.3 Die neue Rolle des Patienten

David Schwappach

Die Rolle der Patienten hat in den letzten Jahrzehnten einen wesentlichen Wandel durchlaufen. Es handelt sich um einen Paradigmenwechsel,

2 dass nicht mehr die Fachpersonen paternalistisch feststellen und bestimmen, »was das Beste ist«. Patienten wollen eine aktive, informierte und selbstbestimmte Rolle einnehmen und gleichzeitig eine fachlich-qualifizierte und empathische Betreuung erfahren. Zwei wichtige Entwicklungen in diesem Kontext sind das »shared decision making« und die »patient reported outcomes«.

Beim »**shared decision making**« (SDM) kommen Patienten gerade bei schwerwiegenden oder chronischen Erkrankungen in einem ihrer Beteiligungsbereitschaft angepassten Prozess gemeinsam mit dem Behandlungsteam zu Entscheidungen über Behandlungsoptionen, die ihren Bedürfnissen und Präferenzen entsprechen. Es ist dies oft für alle Beteiligten ein anspruchsvoller Prozess, der aber zu einer Aktivierung und zu »empowerment« führt, oft verbunden mit einer höheren Zufriedenheit und besseren Ergebnissen (Flynn et al. 2012; Stacey et al. 2011). Auch in der Patientensicherheitsbewegung werden Patienten zunehmend als wichtige Partner gesehen, deren aktive Einbindung zu einer Verbesserung der Patientensicherheit beitragen kann und die sichere Versorgung zu einem »gemeinsamen Anliegen« von Fachpersonen und Patienten und Angehörigen macht (► Kap. 32 Die aktive Patientenrolle im Risikomanagement) (Schwappach 2010).

Bei »**patient reported outcomes**« (PROs) werden die Ergebnisse einer Behandlung durch Patienten beurteilt. Während also früher beispielsweise der Flexionswinkel nach einer Hüftendoprothetik untersucht und daraus eine Beurteilung des Operationserfolges abgeleitet wurde, wird im Rahmen von PROs der Patient nach der Lebensqualität, nach subjektiv erlebten Symptomen, nach der Mobilität im Alltag, nach der Teilhabe am sozialen Leben befragt. Inzwischen existieren validierte, standardisierte internationale Item-Sammlungen, die solche Ergebnisse auch über Interventionen hinweg vergleichbar machen sollen (Cella et al. 2010). Der fundamentale Wandel liegt darin, dass die Interpretationshoheit der Ergebnisse einer Behandlung beim Patienten bzw. seinen Angehörigen liegt.

Patienten werden verstärkt unter dem Blick der »**Konsumentensouveränität**« oder des »health consumerism« gesehen. Als direkte Konsequenz dieses Wandels ist die Bewerbung von Gesund-

heitsprodukten (z. B. Arzneimitteln) bei Patienten zu sehen (»direct-to-consumer advertising«). Die konkrete, manchmal auch vehement vorgetragene Nachfrage nach spezifischen, stark beworbenen Medikamenten und diagnostischen Tests durch Patienten ist eine neue Erscheinung, mit der Ärzte und Apotheker erst umgehen lernen müssen. Patienten sind empfänglich für die Werbebotschaften zu neuen Gesundheitsprodukten, und Ärzte reagieren auf die Wünsche der Patienten oft mit einem adaptierten Ordnungsverhalten, nicht immer zu deren gesundheitlichen Nutzen (McKinlay et al. 2014). Beispielsweise zeigte sich im Falle der neuen COX-2-Inhibitoren, dass die direkte patientenorientierte Bewerbung der Produkte zu einer Zunahme der Arztbesuche von Patienten mit Osteoarthritis, sowie zu einer Zunahme der Verordnungen führte (Bradford et al. 2006). Diese Beispiele zeigen, dass die gewandelte Patientenrolle auch zu problematischen Entwicklungen führen kann und ein unterstützendes, aber auch kritisches Gegenüber erfordert. Die beschriebenen Veränderungen beziehen sich auf den konkreten Versorgungskontext. Die Patientenrolle wandelt sich jedoch auch auf der Systemebene.

Ein wichtiger Aspekt dabei ist die Forderung nach mehr **Transparenz** im Gesundheitswesen, die durch die breite Verfügbarkeit digitaler Medien und des Internets eine neue Dynamik erhalten hat. Deutlich wird dies an der inzwischen fast unüberschaubaren Flut von Informationsquellen (Portale, Vergleichslisten, Suchmaschinen, Ratgeber, etc.), die den Patienten beraten und auf der Suche nach Krankenhäusern und Behandlern unterstützen sollen. Krankenhäuser sind verpflichtet, »**Qualitätsberichte**« zu veröffentlichen, in denen Patienten wichtige Leistungskennzahlen erfahren können. Kerngedanke dieser Angebote ist, dass Patienten aufgrund von vergleichenden Qualitätsinformationen einen Leistungsanbieter auswählen und so ein Qualitätswettbewerb um Patienten entsteht. Umfragen belegen auch, dass Patienten solche Qualitätsinformationen verstärkt einfordern und zum Teil auch in Anspruch nehmen. Allerdings zeigen Erfahrungen aus dem In- und Ausland, dass die skizzierte »**Wahlentscheidung**« in der Regel nicht oder nur von einigen wenigen Patienten getroffen wird. Der Effekt der Qualitätsberichte oder vergleichender

Analysen auf die Nachfrageentscheidungen von Patienten ist bislang allenfalls marginal (Ketelaar et al. 2011). Dies hat verschiedene Ursachen, unter anderem die schwere Lesbarkeit und Verständlichkeit (besonders für Patienten mit eingeschränkter Gesundheitskompetenz), mangelndes Vertrauen in die Güte und Unabhängigkeit der Informationen sowie fehlende Grundvoraussetzungen für freie Entscheidungen, gerade bei akuten Erkrankungen (Schwappach u. Schubert 2007).

Die Defizite der derzeitigen Informationsaufbereitung müssen durch eine konsequente Nutzerorientierung überwunden werden. Doch auch dann bleibt fraglich, ob Patienten in Zukunft das Krankenhaus in ähnlicher Weise auswählen werden wie den Stromanbieter oder die neue Digitalkamera. Gleichwohl ist die Transparenz und Offenlegung von Qualitätsdaten ein Gebot, schon um das **Informationsungleichgewicht** zwischen Patienten und Fachpersonen zu reduzieren.

Durch eine stärkere **Patienten- und Nutzerorientierung** wurde in den vergangenen Jahren die Heterogenität der Präferenzen, Kompetenzen und Bedürfnisse von Patienten deutlich. Die Erkenntnisse aus dem shared decision making, aus Präferenzanalysen und Bedarfserhebungen zeigen, dass Angebote vielfältiger sein müssen um die **Erwartungen verschiedener Patienten-Subgruppen** zu erfüllen. Beispielsweise können Patienten je nach Alter und Bildungsstand unterschiedlich gewichtete Präferenzen für Merkmale der schriftlichen Arzneimittelinformation aufweisen (Schwappach et al. 2011). Auf Systemebene zeigte eine Untersuchung aus Schweden, dass Bürger deutlich unterschiedliche Präferenzen für Hausarztmodelle aufwiesen und je nach Alter und Gesundheitszustand verschiedene Aspekte sehr heterogen gewichteten (Hjelmgren u. Anell 2007).

Es besteht allerdings die Gefahr, dass den Bedürfnissen gerade der besonders **vulnerablen Bevölkerungsgruppen** wie z. B. Migranten zu wenig Aufmerksamkeit gewidmet wird. Der informierte Patient, der seine Entscheidungen als Konsument trifft, um seinen gesundheitlichen Nutzen zu maximieren, setzt eine hohe Gesundheitskompetenz voraus. Die Verteilung dieser Kompetenzen in der Bevölkerung fällt insbesondere dort besonders ins Gewicht, wo Patienten und Patientenorganisationen

nicht nur für ihre eigene Gesundheitsversorgung informierte Entscheidungen treffen, sondern auch in die Weiterentwicklung und Ausgestaltung des Versorgungssystems involviert sind. Andere Länder, insbesondere Grossbritannien, haben eine lange Tradition des »**public involvement**«. Dort werden Patienten beispielsweise bei der Priorisierung von Forschungsvorhaben beteiligt oder können über Sounding Boards ihre Perspektive einbringen (Entwistle et al. 2008).

Positive Erfahrungen konnten auch bei der systematischen Involvierung von Patienten und Angehörigen in der Entwicklung von medizinischen Leitlinien gewonnen werden (Guidelines International Network (G-I-N) 2012). In der neuen »**Europäischen Patientenakademie zu Therapeutischen Innovationen**« (EUPATI, ► <http://www.patientsacademy.eu>) sollen Patientenorganisationen stärker in die klinische Forschung eingebunden werden. Es ist von großer Bedeutung, aber auch eine Herausforderung, in solchen Konstellationen möglichst viele und heterogene Gruppen zu involvieren und auch die Bedürfnisse der weniger aktiven Patienten zu berücksichtigen.

Literatur

Zu ► Kap. 2.1

- Brennan T A, et al. (1991) Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients. Results of the Harvard Medical Practice Study I. *N Engl J Med* 324 (6): 370–376
- Frenk J, et al. (2010) Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. *Lancet* 376 (9756): 1923–1958
- Haynes AB, et al. (2009) A surgical safety checklist to reduce morbidity and mortality in a global population. *N Engl J Med* 360 (5): 491–499
- Kohn LT, et al. (2000) To err is human, Building a Safer Health System. Institute of Medicine Committee on Quality of Health Care in America (National Academy of Sciences)
- Köle W (2014) Die Bedeutung der chirurgischen Schule in der Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft. Zitiert aus den Memoiren »Am Wege« Erinnerung und Betrachtungen. Barth-Verlag 1994. *Chirurgie. Mitteilungen der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie* 43: 93–98
- Kruse-Rasmussen C (2012) Fachübergreifender Bereitschaftsdienst. Haftungsrisiko für Chefarzt und Krankenhausverwaltung. *BDC Safety Clip Themenheft 1 (1); Artikel* 12, 38

- Leape LL (2009) New world of patient safety: 23rd Annual Samuel Jason Mixter lecture. *Arch Surg* 144 (5): 394–398
- Leape LL, et al. (1991) The Nature of Adverse Events in Hospitalized Patients. *New England Journal of Medicine* 324 (6): 377–384
- Reason J (1990) *Human Error*. Cambridge University Press, New York
- Schrapppe M (2008) *Agenda Patientensicherheit 2008. Aktionsbündnis Patientensicherheit*
- Steal K, et al. (1981) Iatrogenic Illness on a General Medical Service at a University Hospital. *New England Journal of Medicine* 304 (11): 638–642
- Vincent C, et al. (2001) Adverse events in British hospitals: preliminary retrospective record review. *BMJ* 322 (7285): 517–519
- World Health Organization (2009) *WHO Patient Safety Curriculum Guide for Medical Schools*
- Zu ▶ Kap. 2.2**
- Hasebrook J, et al. (2014) Gesundheitswesen in der Demographiefalle: Was können Krankenhäuser von anderen Branchen lernen? *Das Krankenhaus* 6: 543–547
- The Royal College of Physicians and Surgeons of Canada (2005) *CanMEDS 2005 Framework*. ▶ http://www.royal-college.ca/portal/page/portal/rc/common/documents/canmeds/framework/the_7_canmeds_roles_e.pdf
- Zu ▶ Kap. 2.3**
- Bradford WD, Kleit AN, Nietert PJ, Steyer T, McIlwain T, Ornstein S (2006) How Direct-To-Consumer Television Advertising For Osteoarthritis Drugs Affects Physicians' Prescribing Behavior. *Health Aff* 25: 1371–1377
- Cella D, Riley W, Stone A, Rothrock N, Reeve B, Yount S, Amtmann D, Bode R, Buysse D, Choi S, Cook K, DeVellis R, DeWalt D, Fries JF, Gershon R, Hahn EA, Lai JS, Pilkonis P, Revicki D, Rose M, Weinfurt K, Hays R (2010) The Patient-Reported Outcomes Measurement Information System (PROMIS) developed and tested its first wave of adult self-reported health outcome item banks: 2005–2008. *J Clin Epidemiol* 63: 1179–1194
- Entwistle V, Calnan M, Dieppe P (2008) Consumer involvement in setting the health services research agenda: persistent questions of value. *Journal of Health Services Research & Policy* 13: 76–81
- Flynn D, Knoedler MA, Hess EP, Murad MH, Erwin PJ, Montori VM, Thomson RG (2012) Engaging Patients in Health Care Decisions in the Emergency Department Through Shared Decision-making: A Systematic Review. *Acad Emerg Med* 19: 959–967
- Guidelines International Network (G-I-N) (2014) *G-I-N PUBLIC Toolkit: Patient and Public Involvement in Guidelines*. ▶ <http://www.g-i-n.net/document-store/working-groups-documents/g-i-n-public/toolkit/toolkit-combined.pdf>
- Hjelmgren J, Anell A (2007) Population preferences and choice of primary care models: A discrete choice experiment in Sweden. *Health Policy* 83: 314–322
- Ketelaar NA, Faber MJ, Flottorp S, Rygh LH, Deane KH, Eccles MP (2011) Public release of performance data in changing the behaviour of healthcare consumers, professionals or organisations. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 11: CD004538
- McKinlay JB, Trachtenberg F, Marceau LD, Katz JN, Fischer MA (2014) Effects of Patient Medication Requests on Physician Prescribing Behavior: Results of A Factorial Experiment. *Med Care* 52: 294–299
- Schwappach DL (2010) Engaging patients as vigilant partners in safety: a systematic review. *Med Care Res Rev* 67: 119–148
- Schwappach DL & Schubert HJ (2007) Offenlegen oder nicht? Chancen und Risiken der Veröffentlichung von medizinischen Qualitätsvergleichen. *Dtsch Med Wochenschr* 132: 2637–2642
- Schwappach DLB, Mülders V, Simic D, Wilm S, Thürmann PA (2011) Is less more? Patients' preferences for drug information leaflets. *Pharmacoepidemiol Drug Saf* 20: 987–955
- Stacey D, Bennett CL, Barry MJ, Col NF, Eden KB, Holmes-Rovner M, Llewellyn-Thomas H, Lyddiatt A, Legare F, Thomson R (2011) Decision aids for people facing health treatment or screening decisions. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 10: CD001431



<http://www.springer.com/978-3-662-45149-6>

Handbuch Klinisches Risikomanagement
Grundlagen, Konzepte, Lösungen - medizinisch,
ökonomisch, juristisch
Euteneier, A. (Hrsg.)
2015, XXXII, 659 S. 157 Abb., Hardcover
ISBN: 978-3-662-45149-6