

## Patientensicherheit: Welchen Beitrag können Patienten leisten?

### Hintergrund

In den vergangenen Jahren wurden Patientenorientierung und Patientenbeteiligung zunehmend als wichtiges Element der Gesundheitsversorgung erkannt und als Qualitätsmerkmal, etwa im Kontext von „shared decision making“ oder der Behandlung von chronischen Erkrankungen, etabliert [5, 7]. Entsprechend internationaler Bestrebungen wird zudem gefordert, Patienten und Angehörige stärker bei der Gewährleistung von Patientensicherheit einzubeziehen [3, 15]. Zwar werden Patienten heute oftmals routinemäßig zur Zufriedenheit befragt. Allerdings sind diese Verfahren nicht geeignet, relevante Aspekte der Patientensicherheit zu erfassen [6]. Weitreichende Potentiale zur Stärkung der Patientensicherheit werden dadurch verschenkt.

Patienten und Angehörige sind die einzigen Personen, die den gesamten Versorgungsprozess überblicken und sicherheitsrelevante Informationen über Sektorengrenzen hinweg zur Verfügung stellen können. Insbesondere Patienten mit chronischen Erkrankungen werden im Verlauf ihrer langjährigen Behandlung erfahrene Experten in eigener Sache. Sie kennen sehr gut die prozeduralen Abläufe ihrer Behandlung und können unerwünschte Ereignisse (UEs) erkennen [9, 10]. Als UEs werden dabei alle im Rahmen der Patientenversorgung auftretenden Schädigungen bezeichnet, die nicht auf die zugrunde liegende Krankheit zurückzuführen sind. Insbesondere vermeidbare UEs

haben für die Gewährleistung von Patientensicherheit eine große Bedeutung [3].

Auf der anderen Seite ist bis heute umstritten, ob und inwieweit Aussagen von Patienten oder Angehörigen tatsächlich zuverlässig sind. In einer aktuellen Studie zeigen Zhu et al. [16] jedoch, dass mehr als zwei Drittel der von Patienten berichteten UEs auch aus ärztlicher Perspektive als UEs einzustufen sind. Deutlich wird zudem, dass mehr als die Hälfte der von Patienten berichteten UEs als ernst oder lebensbedrohlich einzustufen sind. Problematisch sind diese Ergebnisse, weil mittlerweile bekannt ist, dass von Patienten berichtete UEs nur sehr selten auch in der Akte dokumentiert werden und derzeit Patienten nicht systematisch zu UEs befragt werden [14]. Es muss daher vermutet werden, dass die Dunkelziffer im täglichen Behandlungsalltag sehr hoch ist.

Insgesamt kann aber beobachtet werden, dass das Thema Patientensicherheit in den letzten Jahren eine deutliche Aufwertung erfahren hat. Nicht zuletzt durch die Arbeit des Aktionsbündnisses für Patientensicherheit konnten auf politischer und wissenschaftlicher Ebene wichtige Impulse gesetzt werden. Aber auch die Leistungserbringer haben mit einem breiten Spektrum von Maßnahmen – von Fehlermanagementsystemen bis hin zu Kampagnen wie z. B. zur Händedesinfektion – reagiert. Allerdings wird auch immer deutlicher, welche großen Herausforderungen zukünftig mit dem Thema Patientensicherheit verbunden sein werden.

So besteht auf konzeptioneller Ebene insgesamt die Herausforderung, „Patientensicherheit“ mehr Profil zu geben und verwendete Begrifflichkeiten weiter zu vereinheitlichen. Immer noch werden beispielsweise Begriffe wie „Schaden“ und „Fehler“ synonym verwendet oder ist die Bedeutung von verwendeten Wörtern unklar ([3, 13], **Tab. 1**). Zudem muss hinterfragt werden, welche Konsequenzen mit einer zunehmend sektorenübergreifenden Versorgung verbunden sind. Bislang werden Patientensicherheit und damit verbundene Maßnahmen sehr einrichtungsbezogen (etwa im Krankenhaus) betrachtet und dabei insbesondere UEs und zugrunde liegende Fehler in den Blick genommen. Ursachen und Rahmenbedingungen werden in der aktuellen Auseinandersetzung weniger betrachtet (**Abb. 1**). Ob und inwieweit diese Ausrichtung auch über Sektorengrenzen hinweg trägt, muss sich noch zeigen.

Vor dem Hintergrund der skizzierten Ausgangssituation wird mit diesem Beitrag zunächst der Frage nachgegangen, welche sicherheitsrelevanten Problemfelder aus Patientenperspektive bestehen. Bislang ist dazu in der deutschen Literatur wenig bekannt. Aufbauend auf diesen Ergebnissen wird abschließend diskutiert, wie Patienten zukünftig bei der Gewährleistung von Patientensicherheit stärker mit einbezogen werden können.

Patientensicherheit	Abwesenheit unerwünschter Ereignisse
UE	Ein schädliches Vorkommnis, das eher auf der Behandlung denn auf der Erkrankung beruht. Es kann vermeidbar oder unvermeidbar sein
Vermeidbares UE	Ein unerwünschtes Ereignis, das vermeidbar ist (Schaden)
Kritisches Ereignis	Ein Ereignis, das zu einem unerwünschten Ereignis führen könnte oder dessen Wahrscheinlichkeit deutlich erhöht
Fehler	Eine Handlung oder ein Unterlassen, bei dem eine Abweichung vom Plan, ein falscher Plan oder kein Plan vorliegt. Ob daraus ein Schaden entsteht, ist für die Definition des Fehlers irrelevant
Beinahe-Schaden	Ein Fehler ohne Schaden, der zu einem Schaden hätte führen können

Patienten mit einer elektiven Intervention	Kniegelenkarthroskopie, Kniegelenktotalendoprothese, Hüftgelenks-Totalendoprothese, perkutane Koronarintervention, Katarakt-Operation, Konisation der Cervix uteri
Patienten mit einer Notfallintervention	Kniegelenkarthroskopie, Knieoperationen, Hüftoperationen, Perkutane Koronarintervention
Patienten mit einer chronischen Erkrankung	Diabetes mellitus, koronare Herzkrankheit, chronisch obstruktive Bronchitis (COPD), Pneumonie, Organtransplantation
Patienten mit kolorektalem oder Mammakarzinom	Operation; Chemotherapie und/oder Bestrahlung
Patienten mit einer nosokomialen Infektion	Unabhängig von der Einweisungsdiagnose

<i>Geschlecht</i>		
Männlich	15	
Weiblich	13	
<i>Alter (Jahre)</i>		
20–30	2	7,1 %
40–60	8	28,6 %
60–70	7	25,0 %
70–80	7	25,0 %
Unbekannt	4	14,3 %
<i>Patientengruppe</i>		
Elektive Operationen	14	48,3 %
Notfallintervention	1	3,4 %
Chronische Erkrankung	5	17,2 %
Tumorerkrankung	7	24,1 %
Nosokomiale Infektion	1	3,4 %
Unbekannt	1	3,4 %
<i>Lebenssituation</i>		
Partnerschaft	21	75,0 %
Alleinstehend	7	25,0 %
<i>Höchster Schulabschluss</i>		
Kein Schulabschluss	0	0,0 %
Hauptschulabschluss	10	35,7 %
Realschulabschluss	10	35,7 %
(Fach-)Hochschulabschluss	8	28,6 %
<i>n = 28</i>		

## Methodische Vorgehensweise

Welche Bedeutung intersektorale Versorgung heute hat, lässt sich auch am Engagement des Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) zur Etablierung von sektorenübergreifenden Qualitätsindikatoren erkennen. Im Auftrag des G-BA werden derzeit vom Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen (AQUA-Institut) erste Verfahren entwickelt. Zukünftig wird im Rahmen der sektorenübergreifenden Qualitätssicherung dabei auch die Patientenperspektive eine größere Bedeutung haben. Ein Fragebogen zur Einbeziehung der Versorgungsqualität aus Patientensicht wird aktuell pilotiert. Zur Entwicklung dieses Fragebogens wurden in einem ersten Schritt Fokusgruppen mit Patienten durchgeführt. Diese Fokusgruppen sind auch die Datengrundlage des vorliegenden Artikels.

## Datenerhebung

Zur Rekrutierung der Teilnehmer der Fokusgruppen wurden 15 Ärzte aus dem Forschungsnetzwerk der Abteilung Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung des Universitätsklinikums Heidelberg angeschrieben. Inhalt des Anschreibens waren eine Ärztinformation zur Studie, ein Merkblatt zur Rekrutierung, eine Patienteninformation und die Einverständniserklärung für Patienten. Die Ärzte wurden gebeten, jeweils 6 Patienten entsprechend der Einschlusskriterien (vgl. **Tab. 2**) zu rekrutieren. Von Patienten, die bereit waren an der Studie teilzunehmen, wurde die Einverständniserklärung vom behandelnden Arzt an die leitende Studienärztin weitergeleitet. In einem nächsten Schritt wurden die Patienten telefonisch kontaktiert und ein Termin für die Teilnahme an einer Fokusgruppe vereinbart.

Alle Fokusgruppen fanden zwischen Oktober und Dezember 2011 in den Räumen der Abteilung Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung der Universität Heidelberg statt. Im Rahmen dieser

teilstrukturierten Fokusgruppen wurden auf Grundlage eines speziell entwickelten Interviewleitfadens zunächst mit den Teilnehmern Erfahrungen im Umgang mit dem gesundheitlichen Versorgungssystem diskutiert. In einem zweiten Schritt wurden die Teilnehmer gebeten, Aspekte der Versorgungsqualität aus Patientensicht – auch mit Blick auf eine sektorenübergreifende Behandlung – zusammenzutragen und zu gewichten. Abschließend wurden die Teilnehmer gebeten, Erfahrungen im Kontext von Patientensicherheit zu berichten und zu diskutieren. Alle Fokusgruppen dauerten zwischen 120 und 180 min und wurden jeweils nach ungefähr 90 min für eine 15-minütige Pause unterbrochen.

## Datenauswertung

Alle Gespräche wurden mit einem Diktiergerät aufgenommen und anschließend als Volltexte transkribiert. Dabei wurden die Aussagen der Interviewpartner wörtlich übernommen – Füllwörter wie „hm“ und „ähm“ wurden nicht transkribiert.

Präv Gesundheitsf 2012 DOI 10.1007/s11553-012-0376-8  
© Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2012

D. Ose · J. Szecsenyi · K. Glassen · F. Heiss · I. Vogel · J. Ose · S. Noest · S. Ludt

### Patientensicherheit: Welchen Beitrag können Patienten leisten?

#### Zusammenfassung

**Hintergrund.** Patienten und Angehörige sind die einzigen Personen, die den gesamten Versorgungsprozess überblicken und sicherheitsrelevante Informationen über Sektorengrenzen hinweg zur Verfügung stellen können. Bislang werden diese aber nicht systematisch bei der Gewährleistung von Patientensicherheit einbezogen. Mit diesem Beitrag wird daher der Frage nachgegangen, welche sicherheitsrelevanten Problemfelder aus Patientensicht bestehen. Aufbauend darauf wird diskutiert, wie Patienten zukünftig stärker mit einbezogen werden können.

**Methodik.** Datengrundlage der Analyse sind 7 Fokusgruppen mit insgesamt 28 Patienten. Diese wurden zwischen Oktober und Dezember 2011 von der Abteilung Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung der Universität Heidelberg durchgeführt. Alle Gespräche wur-

den mit einem Diktiergerät aufgenommen und als Volltexte transkribiert. Die Datenauswertung erfolgte in Anlehnung an die qualitative Inhaltsanalyse nach Gläser u. Laudel.

**Ergebnisse.** Die Teilnehmer der Fokusgruppen waren auf der einen Seite sehr zufrieden mit der fachlichen Versorgung durch Ärzte und Pflegekräfte. Auf der anderen Seite wird aber die „chaotische“ Organisation der stationären Versorgung deutlich kritisiert. Sicherheitsrelevante Problemfelder ergeben sich zudem in der intersektoralen Versorgung aus der Tatsache, dass Zuständigkeiten oftmals unklar und Patienten nicht ausreichend informiert sind. Auf der anderen Seite zeigt die Analyse, dass Patienten und Angehörige schon heute einen maßgeblichen Beitrag zur Gewährleistung von Patientensicherheit leisten. In einigen Fällen wurden Fehler nur dadurch

vermieden, dass die Patienten – etwa in Bezug auf ihre Medikamente – wachsam waren.

**Schlussfolgerungen.** Eine stärkere Beteiligung von Patienten und Angehörigen bietet großes Potential einen Beitrag zur Gewährleistung von Patientensicherheit zu leisten. Allerdings müssen auch die Rahmenbedingungen weiterentwickelt werden. Damit ist etwa verbunden, die Arbeitsbelastung von Ärzten und Pflegenden in den Blick zu nehmen und Organisationsstrukturen – intersektoral und interdisziplinär – weiterzuentwickeln.

#### Schlüsselwörter

Patientensicherheit · Patientenorientierung · Intersektorale Versorgung · Patientenbeteiligung · Interdisziplinäre Kooperation

### Patient safety: how can patients be more involved?

#### Abstract

**Background.** Patients and their relatives are the persons who have an overview of the entire process of health care and who can provide safety relevant information within and across all sectors. Yet they are not involved systematically in the process of ensuring patient safety. The aim of this paper is to explore which problematic issues of safety exist from the patient perspective. Furthermore it will be discussed how patients could be involved more in future.

**Methods.** The data basis of this analysis are focus groups with in total 28 patients. Those were conducted in the period of October to December 2011 by the Department of General Practice and Health Services Research, University Hospital Heidelberg, Germany. All con-

versations were audio-recorded and transcribed as fulltext. The data analysis was performed referring to the qualitative content analysis of Gläser and Laudel.

**Results.** On the one hand the focus group participants reported that they were very satisfied with the care they received from the professionals (doctors and nurses). On the other hand they criticised the chaotic management of the clinical care. In the intersectoral care safety relevant issues emerged from the fact that responsibilities were not clear and patients were not sufficiently informed. On the other side the analysis showed that patients and their relatives already contribute significantly to ensure patient safety. In some cases errors have been avoided because

patients were watchful, e.g. respectively to their medication.

**Conclusion.** A stronger involvement of patients and relatives has great potential to ensure patient safety. However, the organizational frameworks have to be more evolved. Related to this, the workload of professionals must be taken into account and organizational structures—intersectoral and interdisciplinary—needs further development.

#### Keywords

Patient safety · Patient-focused · Intersectoral care · Patient involvement · Interdisciplinary cooperation

Zur Unterstützung der Auswertung wurde die Software Atlas.ti Version 5.2 (Scientific Software Development GmbH) genutzt.

Die Datenauswertung erfolgte in Anlehnung an die qualitative Inhaltsanalyse nach Gläser u. Laudel [2]. Bei diesem Ansatz wird der auszuwertende Text als Material betrachtet, in dem alle relevanten Daten enthalten sind. Gegenstand der qualitativen Inhaltsanalyse ist es dementsprechend, diese Daten aus dem Text zu

extrahieren. Grundlage dafür ist ein Suchraster (Kategoriesystem), welche sich von den Forschungsfragen ableitet. Durch diese Vorgehensweise wird mit der qualitativen Inhaltsanalyse eine von den Ursprungstexten sich unterscheidende Informationsbasis geschaffen, die nur noch Informationen enthält, die zur Beantwortung der Untersuchungsfrage relevant sind.

### Ergebnisse

Insgesamt wurden 28 Patienten für 7 Fokusgruppen von 9 Ärzten rekrutiert. Bezogen auf alle Fokusgruppen hatten Teilnehmer mit einem Alter von 60–80 Jahren und Patienten nach einer elektiven Operation den größten Anteil. Eine Übersicht zur Stichprobenverteilung gibt

■ **Tab. 3.**

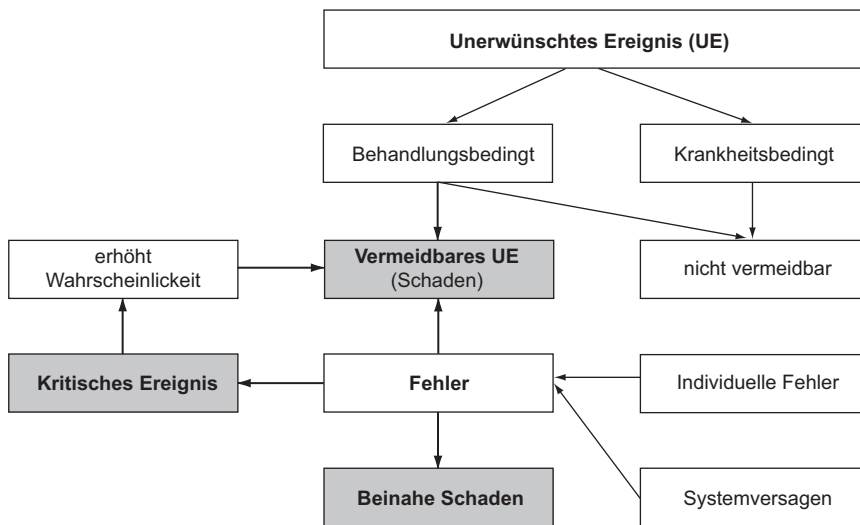


Abb. 1 ▲ Konzeptualisierung Patientensicherheit. (In Anlehnung an [8])

### Einrichtungsbetragene Versorgung

Insgesamt betrachtet, wird mit der Analyse der Fokusgruppen ein ambivalentes Verhältnis der Patienten in Bezug auf Ihre Behandlung erkennbar. So sind die Teilnehmer der Fokusgruppen auf der einen Seite sehr zufrieden mit der fachlichen Versorgung durch Ärzte und Pflegekräfte. Auf der anderen Seite wird aber von vielen Patienten sehr deutlich die als „chaotisch“ bezeichnete Organisation kritisiert. *Die Termine, wo du im Krankenhaus hast, da musst du elendig lang warte [...] ich hatte ne Drainage gebraucht kurzfristig, morgens entschieden worden bei der Visite um neun Uhr: Nix mehr esse, nix mer trinke. Nachts um halb Zwo bin ich drangekomme. Ich kaute die ganze Zeit auf einem Wattestäbchen rum, weil die Lippen aufgehe vor lauter Durst.* (F1:75)

Immer wieder wurde deutlich, dass speziell die langen Wartezeiten von den Patienten als sehr unangenehm empfunden werden. Während für den Großteil der Patienten Wartezeiten von 3–4 h „nur“ ein „Ärgernis“ darstellen, wurde auch über Fälle berichtet, die konkret die Gesundheit oder die Sicherheit der Patienten gefährdeten. Das Beispiel des Patienten (s. oben) der über 16 h nichts Trinken durfte, weil er für eine Untersuchung nüchtern sein sollte, ist sicherlich ein Extrembeispiel. Allerdings wurde wiederholt von Erlebnissen berichtet, in denen Pa-

tienten vor oder nach der Untersuchung teilweise stundenlang unbeaufsichtigt „abgestellt“ wurden.

*Und wenn man fertig ist, wird man abgestellt. Kommt in so ne Box rein, da kommt n Vorhang und dann muss man warten, bis jemand Zeit hat der einen, der des Bett wieder holt, das ist dann irgendjemand, der schon Schwierigkeiten hat einen zu finden und B wo man hin muss, da muss man sagen, wo man hin muss.* (F2:19)

Sehr eindrücklich wird eines dieser Erlebnisse im vorangegangenen Textausschnitt beschrieben. Wie Patienten mit einer solchen Situation umgehen, ist wiederum sehr unterschiedlich. Klar erkennbar wurde aber insgesamt, dass Patienten, die sich nicht aktiv gegen diese Form der Behandlung wehren, immer wieder in die gleiche Situation kommen. Besonders problematisch ist diese Tatsache für Patienten die aufgrund ihres Gesundheitszustands (geistig oder körperlich) stark eingeschränkt sind.

Ein Teilnehmer berichtete von seinem blinden Vater, der stundenlang im Rollstuhl saß, ohne dass sich ein Mitarbeiter (Arzt oder Pflegekraft) um ihn gekümmert hat.

*Und dann die stundenlangen Wartezeiten dann ist er blind er sieht nix, der sitzt in seinem Rollstuhl, lag in seinem Bett, kein Mensch hat sich um ihn gekümmert. Ich bin dann morgens, als ich das gemerkt hat, jeden Tag von halb Zehn bis abends Acht, halb Neun in der Klinik gewesen, damit er*

*wenigsten versorgt war. Von mir, nicht von den Schwestern.* (F2:69)

In dem beschriebenen Fall ging der Teilnehmer letztlich soweit, seinen Angehörigen weitestgehend selbst zu versorgen. In diesem Verhalten spiegelt sich auch eine wichtige Erkenntnis aus diesen Fokusgruppen wieder: Patienten werden häufig in Situationen gebracht, in denen sie auf sich allein gestellt sind, wenn sie nicht Unterstützung aktiv einfordern.

*Ich hab mir eben den Arzt [...] genommen. Und der war auch mindestens eine halbe Stunde bei mir im Zimmer, den hab ich alles gefragt, alles was jetzt wie, wo, wann weiter geht. Und, also wenn man das fordert, kriegt man das auch. Aber sonst nicht.* (F2:152)

Sehr deutlich wird dieses Dilemma im vorangegangenen Textausschnitt auf den Punkt gebracht. Die Feststellung des Patienten, dass man Unterstützung auch einfordern muss, ist genauso prägnant wie alarmierend. Im Umkehrschluss könnte diese auch bedeuten, dass Patienten die keine Unterstützung einfordern können oder wollen, nicht immer entsprechend ihres Bedarfs unterstützt werden.

Neben diesen Aspekten der Organisation und der Patientenunterstützung wurde von den Teilnehmern der Fokusgruppen auch über Hygienemängel im Behandlungsverlauf berichtet. Insgesamt waren diese Erfahrungen zwar deutlich seltener, aus der Perspektive von Patientensicherheit aber hochrelevant.

*Die haben draußen vor der Tür ihre Desinfektionsgeräte hängen, im Flur, zwischen den beiden Doppeltüren [...] naja, es hat net jede des Ding benutzt oder net jedes Mal, wie es eigentlich sein müsste.* (F6:16)

Insbesondere „in der Hitze des Gefechts“ werden scheinbar des Öfteren Hygienestandards wie regelmäßige Händedesinfektion nicht immer beachtet. Hinzu kommen Berichte von Teilnehmern, dass Handschuhe nicht benutzt werden, weil diese entweder nicht passen oder durch die Mitarbeiter als ungeeignet für eine bestimmte Tätigkeit angesehen werden. Ein Einzelfall scheint „zum Glück“ der Bericht eines Teilnehmers zu sein, der in

seinem Bad einen Schimmelpilz entdeckt hat.

*Bin in eine nagelneuen, renovierte Station gekommen und seh im Bad dicker Schimmelpilz. Na gut, ich muss ja eh nicht in die Dusche, konnte ja noch net, aber hat mich schon gewundert. (F2:432)*

Stellvertretend auch für andere Teilnehmer der Fokusgruppen kann der pragmatische Umgang des Patienten mit dem Schimmelpilz in seiner Dusche angesehen werden. Statt, wie zu erwarten, sich ausschweifend darüber zu beschweren, stellt dieser lediglich fest, dass er sowieso nicht duschen konnte. Ähnliche Reaktionen der Teilnehmer zeigten sich auch in anderen Zusammenhängen. So berichtete ein Teilnehmer, dass während seines Aufenthalts ein Patient mit dem gleichen Namen behandelt wurde. Trotz eines anderen Geburtsdatums kam es in Folge dessen immer wieder zu Problemen mit seiner Behandlungsdokumentation und blieben Verwechslungen durch die Aufmerksamkeit des Patienten ohne Konsequenzen.

*Es gibt einen Patienten mit meinem Namen, hat aber ein anderes Geburtsdatum [...] Das haben se dann auch abgefragt oder ich habs gemacht, wenn es vergessen wurde. (F1:148)*

Auch in diesem Beispiel geht der Patient insofern pragmatisch mit der Situation um, dass er immer wieder auf sein Geburtsdatum hinweist. Probleme mit der Patientendokumentation wurden aber auch in anderen Berichten der Fokusgruppenteilnehmer ersichtlich. So schilderte ein Teilnehmer seine Erfahrung, dass ihm Kekse angeboten wurden, obwohl er in der Anamnese angegeben hatte, Diabetiker zu sein.

*Ich bin da vorher zum Gespräch hingegangen, auch zu dem Narkosearzt, dem hab ich gesagt, dass ich Zucker hab [...] Und dann hat die mir als erstes Kekse gegeben, da hab ich mir gedacht: Kekse? Gegessen. Aber gedacht: Warum gibt die mir Kekse? Und da hab ich gesagt: Sie wissen aber, dass ich Zucker habe? Sagt sie: Nee, wieso? (F3:57)*

Schwierigkeiten zeigten sich zudem, wenn Medikamente nicht in der behandelnden Einrichtung, sondern etwa vom Haus-

arzt oder Fachkliniken verordnet wurden. Wiederholt berichteten die Teilnehmer von Fällen, bei welchen diese Medikamente nicht korrekt in die Patientendokumentation übernommen wurden.

*Ich hab eine Tablettenliste, dadurch dass ich im Frühjahr in der Diabetes-Klinik war. Und die haben mir also wirklich eine schöne Aufstellung gemacht [...] und ich hab die dann abgegeben [...] Nach zwei Tagen fiel mir auf, dass ich also furchtbare Magenschmerzen bekommen hab [...] Und dann hab ich mal genauer hingeguckt, und da das war klar. Ich mein wenn du fast zehn Jahre Tabletten nimmst, weißt du ja wie die aussehen. ja? Und äh, dann hab ich nachgefragt, dann hieß es ja Gott, die ist irgendwie untergegangen. (F1:138)*

Wie im Bericht aus diesem Textauschnitt, wurde auch in einem anderen Fall der Fehler nur deshalb bemerkt, weil jeweils die Patienten das Personal darauf aufmerksam machten. Dies bedeutet allerdings auch, dass für Patienten, die nicht in der Lage sind diese Fehler zu erkennen, damit schwerwiegende gesundheitliche Folgen verbunden sein können.

Während die Fokusgruppenteilnehmer sich wie beschrieben im Umgang mit schwierigen Situationen oftmals pragmatisch zeigten, wurde das Thema „frühzeitige Entlassung nach ambulanter Operation“ vergleichsweise emotional diskutiert.

*Für mich war das Problem [...] dass ich meiner Meinung viel zu früh aus diesem Aufwachraum rausgeworfen worden wurde [...] würd im Nachhinein sagen war kreislaufmäßig noch gar nicht so wirklich stabil und Null Information hatte, wie das gelaufen ist. Des fand ich dann so abfertigungsmäßig [...] raus. Nächster Patient. (F5:122)*

Wie in diesem Fall beschwerten sich einige Teilnehmer darüber, ihrer Ansicht nach zu früh entlassen worden zu sein. Wiederholt wurde dabei über Kreislaufprobleme bis lange Zeit nach der Entlassung berichtet. Allerdings standen dabei für die Patienten weniger sicherheitsrelevante Überlegungen im Vordergrund, sondern eher das Gefühl „abgefertigt“ zu werden.

## Intersektorale Versorgung

Im Unterschied zu einrichtungsbezogenen Problemfeldern der Patientensicherheit, bei denen Ursache und Wirkung oftmals zugeordnet werden können, sind die Problemfelder der intersektoralen Versorgung vergleichsweise komplexer. Wie im nachfolgenden Beispiel wurde in den Fokusgruppen immer wieder über Ereignisse berichtet, bei welchen sicherheitsrelevante Probleme an den Schnittstellen der Sektoren erkennbar wurden.

*Und nachdem der Defi inzwischen schon zweimal angesprungen war bin ich zu meinem Hausarzt [...] Mein Hausarzt war aber nicht da und dann bin ich zu dem anderen Kardiologen [...] und der hat dann gleich gesagt: Also ne, einen Ersts Schlag beim Defi, da gehen Sie mal gleich in die Klinik. Hab auch extra in der Ambulanz angerufen, die haben dann gesagt, ach nee wenn sonst nix weiter war, dann müsste ich nicht kommen. (F2:102)*

Deutlich wird mit diesem Textauschnitt zunächst, dass der Patient nicht auf das Anspringen des ICD (implantierbarer Cardioverter-Defibrillator) vorbereitet war und entsprechend nicht wusste wie, er sich verhalten soll. Deutlich werden zudem die unterschiedliche Problemeinschätzung des ambulant tätigen Kardiologen und der Ärzte im Krankenhaus sowie das Fehlen eindeutiger Zuständigkeiten. Im Ergebnis läuft der Patient von „Pontius zu Pilatus“ und steht am Ende doch mit seiner Problemsituation und seinen Ängsten alleine da.

Zudem wird der Fokus der Professionellen (Ärzte, Pflegekräfte etc.) auf das eigene Fachgebiet bzw. die eigene Einrichtung von den Teilnehmern der Fokusgruppen kritisch hinterfragt. Nicht nur einmal wurde über Fälle berichtet, bei denen das als „Tunnelblick“ bezeichnete Verhalten der Professionellen mit Konsequenzen für die Diagnose oder Behandlung verbunden war.

*Aber ich frag mich, warum sechs Jahre? [bis zur Diagnose]Es kommt keiner drauf [...] ich denk [...] es ist überall so ein Tunnelblick. (F4:66)*

Problemfelder unzureichender Kooperation zwischen den Sektoren zeigten sich

**Tab. 4** Beispielhafte Problemfelder aus Patientensicht

Einrichtungsbezogene Versorgung	Unstrukturiert und lange Wartezeiten
	Benachteiligung „unauffälliger“ Patienten
	Nichteinhaltung von Hygienestandards
	Unvollständige Dokumentation
	Frühzeitige Entlassung
Intersektorale Versorgung	Patienteninformation nicht ausreichend
	Zuständigkeiten nicht klar erkennbar
	Fokus liegt auf eigenem Fachgebiet
	Kooperation nur punktuell

auch in weiteren Berichten der Patienten. Insbesondere im Kontext von Entlassungen wird die Kooperation von gesundheitlichen Einrichtungen mit dem Hausarzt häufiger thematisiert.

*Der Termin bei meiner Hausärztin hat ja geklappt [...] aber wie gesagt, man kriegt ja net immer so schnell die Termine bei der Ärzte [...] Und ich ruf jetzt mittwochs an, ah ich muss dann noch mal, da kanns passieren, dass ich gesagt krieg: Ja, Montag oder Dienstag. Und wenn das Krankenhaus halt anrief und sagt: Der muss morgen oder übermorgen untersucht werden, das hätte vielleicht vom Krankenhaus her passieren müssen. (F3:90)*

Beispielhaft beleuchtet dieser Textauschnitt ein Problemfeld, das aus der Perspektive der Patienten eine große Bedeutung hat und zudem hoch sicherheitsrelevant sein kann. Sicherlich kann zu Recht die Frage gestellt werden, ob Patienten immer gleich am nächsten Tag einen Termin beim Hausarzt bekommen müssen. Allerdings scheint aber auch nicht immer gewährleistet zu sein, dass, wenn aus medizinischen Gründen eine nahtlose Weiterversorgung dringend geboten ist, der Patient diese auch erhält.

Trotz dieser und anderer Problemfelder, sowohl in Bezug auf die einrichtungsbezogene als auch auf die intersektorale Versorgung, bleibt im Ergebnis der Fokusgruppen ein positives Fazit der Patienten. Insgesamt entsteht der Eindruck des Patienten, dass je schwerer die indi-

viduelle Erkrankung und der individuelle Leidensdruck sind, desto stärker rücken die beschriebenen Problemfelder in den Hintergrund und werden überlagert von Dankbarkeit gegenüber Ärzten und Pflegekräften (■ Tab. 4).

## Diskussion

Ausgehend von der Fragestellung, welche sicherheitsrelevanten Problemfelder aus Patientenperspektive bestehen, wurden mit der Analyse drei zentrale Ergebnisse erkennbar.

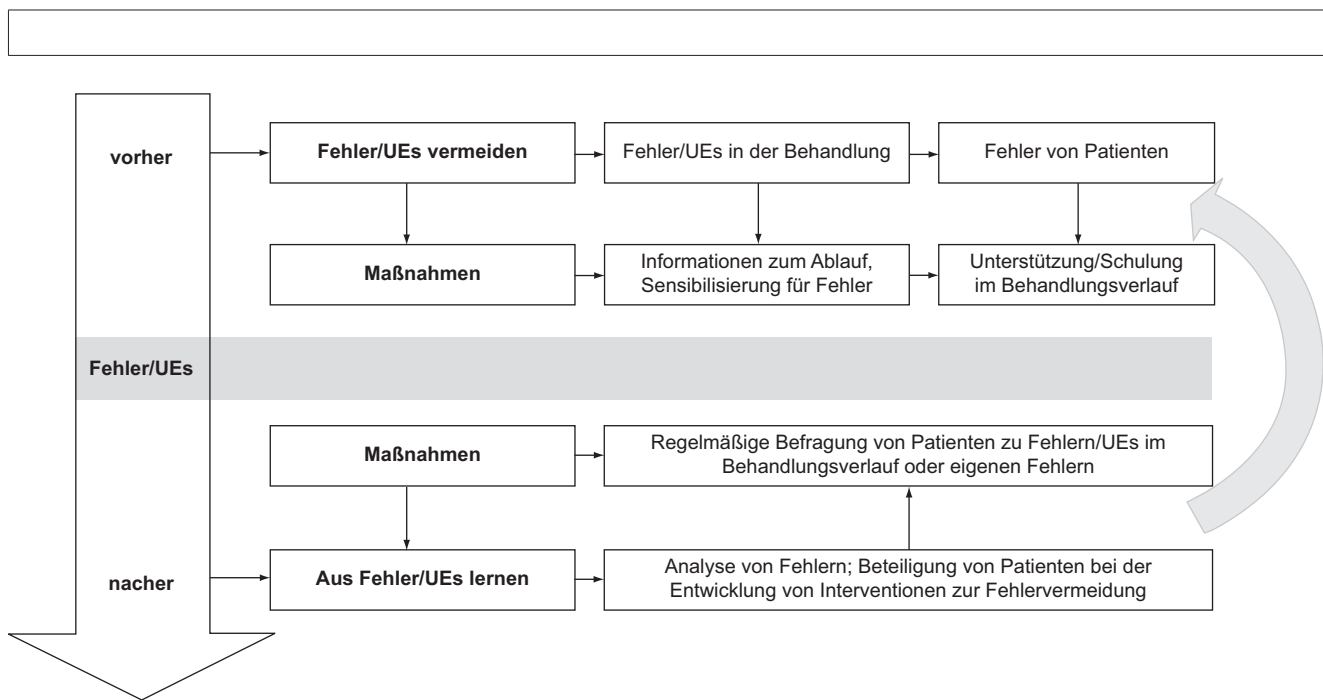
1. Bezogen auf die Versorgung innerhalb einer Einrichtung stellen in erster Linie die „unstrukturierte“ Organisation und entsprechend lange Wartezeiten aus Patientenperspektive hochrelevante Problemfelder dar. Damit verbunden waren immer wieder Situationen, in denen die Sicherheit der Patienten nicht gewährleistet war. So wurden Patienten teilweise stundenlang unbeaufsichtigt abgestellt bzw. erhielten nur Unterstützung, wenn diese aktiv eingefordert wurde. Insbesondere für Patienten, welche diese aktive Rolle nicht einnehmen können oder wollen ist das problematisch.
2. In der intersektoralen Versorgung ergeben sich sicherheitsrelevante Problemfelder speziell aus der Tatsache, dass Zuständigkeiten unklar und Patienten nicht ausreichend informiert sind, sich der Fokus von Ärzten und Pflegekräften auf das eigene Fachgebiet oder die eigene Einrichtung begrenzt und Kooperation nur punktuell stattfindet. Die Verantwortung, die einzelnen „Fäden“ seiner Behandlung zusammenzuführen, wird weitestgehend dem Patienten überlassen. Ist dieser dazu nicht in der Lage, kommt es zu Versorgungsbrüchen.
3. Deutlich wurde aber insgesamt, dass die Mehrzahl der beschriebenen Problembereiche nicht auf individuelle Fehler sondern vielmehr auf Organisationsstrukturen und Rahmenbedingungen zurückzuführen sind. Speziell die Arbeitsbelastung von Ärzten und Pflegenden sowie tradierte Strukturen der Arbeitsteilung zwischen den Professionen und Sektoren scheinen dabei eine besondere Bedeutung zu haben.

Mit Blick auf den letzten Punkt stellt sich zudem die Frage, ob die Betrachtung von UEs und Fehlern als Bezugsgrößen für Patientensicherheit ausreichend ist. Dass Fehler systematisch erfasst und analysiert werden müssen, steht außer Frage. Allerdings ist mit der Fokussierung auf Fehler auch verbunden, dass wenn ein Fehler nicht zugeordnet werden kann, entsprechend auch keine Maßnahmen zu dessen Vermeidung getroffen werden können. Genau an diesem Punkt müssen zukünftige Initiativen zur Stärkung der Patientensicherheit aber ansetzen.

Während es schon bei der Betrachtung einer Einrichtung nicht einfach ist, Fehler eindeutig zuzuordnen, ist es in der intersektoralen Versorgung ungleich schwieriger. Wo etwa lag der Fehler im Beispiel des Patienten, dessen ICD unerwartet zu Hause angesprungen war? Hat der behandelnde Arzt im Krankenhaus den Patienten nicht richtig aufgeklärt? Oder hat der Patient nicht richtig zugehört bzw. die Aufklärung nicht verstanden? Hätte der ambulante Kardiologe mehr auf den Patienten eingehen müssen? Das sind alles Fragen, die im Nachhinein nur schwer beantwortet werden können. Was tatsächlich bleibt, ist ein auf sich allein gestellter Patient und die Frage, wie solche Ereignisse zukünftig vermieden werden können.

Eine Antwort darauf ist sicherlich, Patienten und Angehörige stärker bei der Gewährleistung von Patientensicherheit einzubeziehen [4, 12]. Wie mit der Analyse deutlich wurde, leisten diese schon heute einen maßgeblichen Beitrag. In einigen der berichteten Fälle wurden Fehler bzw. UEs nur dadurch vermieden, dass die Patienten etwa in Bezug auf ihre Medikamente oder bei der Vermeidung von Verwechslungen, wachsam waren. Dieses Potential sollte zukünftig verstärkt genutzt werden. Allerdings ist das in der Breite nur möglich, wenn Patienten dabei systematisch, etwa durch die Sensibilisierung für Fehler, unterstützt werden [11].

Auf der anderen Seite sollten aber auch Fehler von Patienten, etwa bei der Einnahme von Medikamenten oder dem Umgang mit technischen Hilfsgeräten, stärker in den Blick genommen werden. Bislang ist zu diesem Thema allerdings auch wissenschaftlich wenig bekannt. Die Frage, wie Patienten und Angehörige ge-



**Abb. 2** ▲ Möglichkeiten der Einbeziehung von Patienten und Angehörigen

zielt unterstützt werden können, um Fehler zu vermeiden, muss erst noch beantwortet werden.

Neben diesen Ansätzen zur Fehlervermeidung wird international großes Potential in der systematischen Befragung von Patienten und Angehörigen nach einer Behandlung gesehen [1, 10, 15]. So konnte in Studien gezeigt werden, dass ein Großteil der von Patienten berichteten UEs weder in der Patientenakte noch im Fehlerberichtssystem dokumentiert waren. Allerdings sind auch mit diesem Ansatz bislang ungelöste Schwierigkeiten verbunden. Wie mit der Studie von Zhu et al. [16] deutlich wird, sind Patienten die über UEs berichten oftmals jünger als Patienten, die keine UEs benannten. Offen bleibt also, ob und wie ältere und oftmals chronisch kranke Patienten zukünftig erreicht werden können. Zudem muss die Frage geklärt werden, wie eine systematische Befragung von Patienten im Behandlungsverlauf gewährleistet werden kann. Eine Übersicht zu unterschiedlichen Ansatzpunkten der Einbeziehung von Patienten und Angehörigen gibt **Abb. 2**.

Perspektivisch wird es jedoch nicht ausreichen, nur Patienten und Angehörige stärker einzubeziehen. Soll Patientensicherheit langfristig auf einem hohen Niveau gewährleistet werden, müs-

sen auch die Rahmenbedingungen weiterentwickelt werden. Damit verbunden ist auch, die Arbeitsbelastung von Ärzten und Pflegenden in den Blick zu nehmen und Organisationsstrukturen weiterzuentwickeln. Diese sollten stärker intersektoral und interdisziplinär ausgerichtet werden.

### Limitationen

Insgesamt erhebt der Beitrag nicht den Anspruch, umfassend sicherheitsbezogene Problemfelder der Patientenversorgung zu analysieren. Vielmehr wird lediglich ein kleiner Ausschnitt aus dem breiten Spektrum relevanter Aspekte betrachtet. Nicht übersehen werden darf auch, dass nur ein stark selektiertes Patientenklientel betrachtet wurde. Viele der Teilnehmer waren chronisch krank bzw. hatten zuvor eine elektive Operation. Hätten andere Patienten an den Fokusgruppen teilgenommen, wären auch die Ergebnisse teilweise andere.

Hingewiesen sei ausdrücklich auch darauf, dass die beschriebenen Problemfelder zusammengenommen kein Spiegelbild der gesundheitlichen Versorgung in Deutschland darstellen. Entsprechend der Ausrichtung dieses Beitrags auf „Patientensicherheit“ wurden vielmehr ge-

zielt negative Beispiele berichtet. Demgegenüber waren die überwiegend positiven Erfahrungen der Patienten nicht Gegenstand dieses Artikels.

### Korrespondenzadresse

**Dr. D. Ose, MPH**  
Abteilung Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung  
Universitätsklinikum Heidelberg  
Voßstraße 2, Geb. 37, 69115 Heidelberg  
dominik.ose@med.uni-heidelberg.de

**Interessenskonflikt.** Der korrespondierende Autor gibt für sich und seine Koautoren an, dass kein Interessenkonflikt besteht

### Literatur

1. Coulter A, Ellins J (2006) Patient-focused interventions: a review of the evidence. Health Foundation, London
2. Gläser J, Laudel G (2006) Experteninterviews und qualitative Inhaltsanalyse als Instrumente rekonstruierender Untersuchungen. VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden
3. Hoffmann B, Rohe J (2010) Patientensicherheit und Fehlermanagement. Ursachen unerwünschter Ereignisse und Maßnahmen zu ihrer Vermeidung. Dtsch Arztebl 107:92
4. Lessing C (2009) Methodische Überlegungen zu epidemiologischen Erfassungs-instrumenten für unerwünschte Medizinprodukteereignisse. Bundesgesundhbl Gesundheitsforsch Gesundheitsschutz 52:619–624

5. Longtin Y, Sax H, Leape LL et al (2010) Patient participation: current knowledge and applicability to patient safety. *Mayo Clin Proc* 85:53–62
6. Mazor KM, Roblin DW, Greene SM et al (2012) Toward patient-centered cancer care: patient perceptions of problematic events, impact, and response. *J Clin Oncol* 30:1784–1790
7. Ose D (2011) Patientenorientierung im Krankenhaus. Welchen Beitrag kann ein Patienten-Informations-Zentrum leisten? VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden
8. Schrappe M (2010) Vortrag Patientensicherheit. <http://www.ifpsbonn.de>. Download am 20 Aug 2012
9. Schwappach D, Frank O (2012) Patienten als wachsame Partner – Patientenbeteiligung in der Patientensicherheit. *Ther Umsch* 69:359–362
10. Schwappach DL (2010) Review: engaging patients as vigilant partners in safety: a systematic review. *Med Care Res Rev* 67:119–148
11. Schwappach DL, Frank O, Buschmann U et al (2012) Effects of an educational patient safety campaign on patients' safety behaviours and adverse events. *J Eval Clin Pract*. doi:10.1111/j.1365-2753.2012.01820.x
12. Schwappach DL, Frank O, Hochreutener MA (2011) New perspectives on well-known issues: patients' experiences and perceptions of safety in Swiss hospitals. *Z Evid Fortbild Qual Gesundheitswes* 105:542–548
13. Thomeczek C, Bock W, Conen D et al (2004) Das Glossar Patientensicherheit – Ein Beitrag zur Definitionsbestimmung und zum Verständnis der Thematik „Patientensicherheit“ und „Fehler in der Medizin“. *Gesundheitswesen* 66:833–840
14. Weissman JS, Schneider EC, Weingart SN et al (2008) Comparing patient-reported hospital adverse events with medical record review: do patients know something that hospitals do not? *Ann Intern Med* 149:100–108
15. World Health Organisation (2007). Patients for patient safety: statement of case. WHO, Geneva
16. Zhu J, Stuver SO, Epstein AM et al (2011) Can we rely on patients' reports of adverse events? *Med Care* 49:948–955