



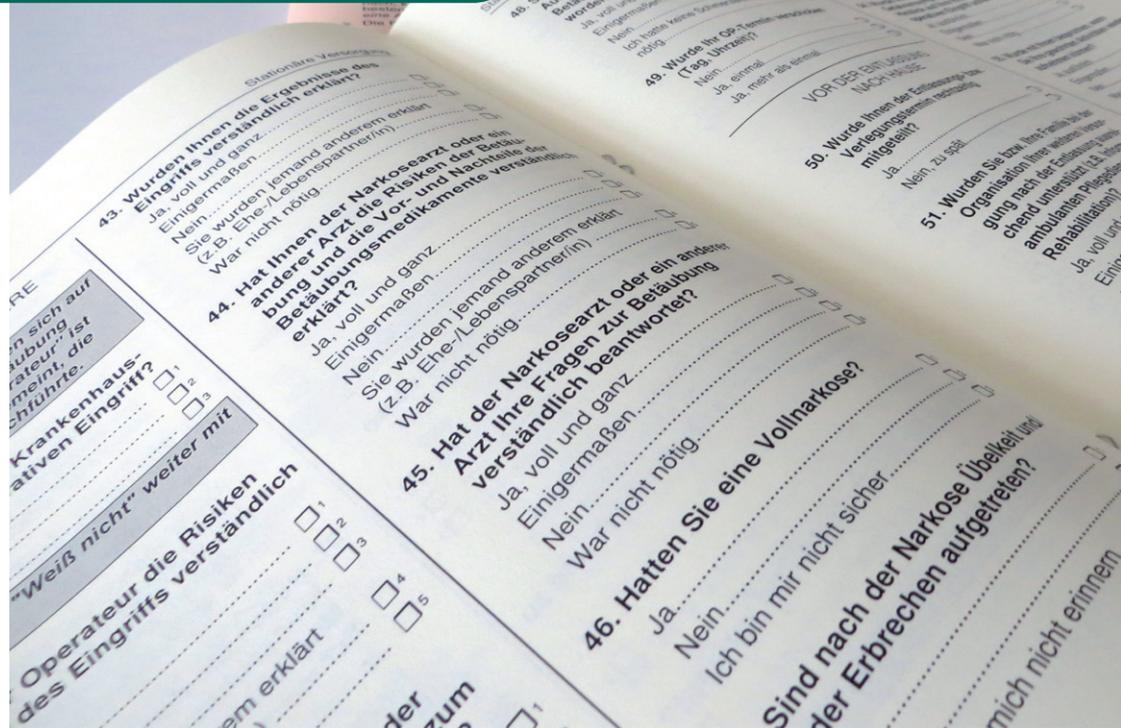
Picker Report 2014



Neue Perspektiven

Wie die Erfahrungen von Patienten
und Mitarbeitern Qualität und Sicherheit
im Krankenhaus verbessern.

Einführung



Patientenerfahrung: Eine neue Messgröße in der Qualitätsdiskussion

Über das Ziel herrscht weitgehend Einigkeit: Die Qualität der Gesundheitsversorgung soll hochwertig sein, zu den „erwünschten Ergebnissen“ führen und stetig verbessert werden.

Was konkret unter Qualität verstanden wird, d.h. was sie umfasst, was „erwünschte Ergebnisse“ sind und woran Qualität gemessen wird, darüber gehen die Vorstellungen der verschiedenen Akteure im Gesundheitssystem (Leistungserbringer, Leistungsempfänger, Kostenträger) allerdings auseinander – und in längst nicht allen findet sich der Patient auch wieder.

Auf internationaler Ebene konkretisiert zum Beispiel die OECD im Rahmen des Health Care Quality Indicator-Projekts den Qualitätsbegriff vor dem Hintergrund der Frage, welche Faktoren für die Leistungsfähigkeit eines Gesundheitssystems ausschlaggebend sind (Arah et al. 2006). Als zentrale Dimensionen werden die Effektivität der Gesundheitsversorgung, die Patientensicherheit sowie das Ausmaß der Patientenzentrierung der Versorgung genannt. Allerdings ist über das Merkmal Patientenzentrierung nicht automatisch sichergestellt, dass die Patientenperspektive in Form konkreter Patientenerfahrungen auch in die Qualitätsmessung einfließt.

Erfassung von Patientenerfahrung – international längst Standard

In einer ganzen Reihe von Ländern wie beispielsweise Großbritannien, Dänemark, Norwegen, den Niederlanden, USA, Kanada und Australien ist die systematische Erfassung konkreter Patientenerfahrungen bereits Standard (Delnoij 2009). So ist etwa im britischen Gesundheitssystem für alle Leistungserbringer verbindlich geregelt, anhand welcher Dimensionen Qualität in der Gesundheitsversorgung zu messen und zu steuern ist. Dabei ist die positive Patientenerfahrung im NHS Outcomes Framework 2014/15 in der vierten von fünf Ergebnisdimensionen explizit als Qualitätskriterium genannt.

NHS Outcomes Framework 2014/15



Quelle: www.england.nhs.uk/resources/resources-for-ccgs/out-frwrk/

Qualitätsdiskussion in Deutschland

Während sich die Patientenperspektive in der internationalen Qualitätsdiskussion also längst als zentrales Planungs- und Steuerungskriterium etabliert hat, ist das in Deutschland bisher nicht der Fall. Erlöse werden in der stationären Versorgung primär durch Preis und Menge bestimmt, medizinisch-prozessuale und finanzielle Kennzahlen sind nach wie vor die dominierenden Key Performance Indicators (Malzahn et al. 2013).

Das soll sich laut Koalitionsvertrag der amtierenden Bundesregierung ändern. So haben sich die Parteien darauf verständigt, dass „Qualität als wei-

teres Kriterium für Entscheidungen in der Krankenhausplanung gesetzlich eingeführt“ werden soll. Für das Land Hamburg wurde bereits eine Gesetzesinitiative auf den Weg gebracht, die die Aufnahme einer Klinik in den städtischen Krankenhausplan von der Behandlungsqualität abhängig macht.

Auf Bundesebene findet das Vorhaben des Koalitionsvertrags zunächst Ausdruck in der Gründung eines neuen Qualitätsinstituts für Gesundheit, das seine Arbeit Anfang 2015 aufnehmen soll. Es soll sektorenübergreifend abgestimmte, risikoadjustierte Indikatoren und Instrumente entwickeln, die dem Gemeinsamen Bundesausschuss wissenschaftlich und methodisch fundierte Entscheidungsgrundlagen für Maßnahmen der Qualitätssicherung liefern. Außerdem soll das Institut Behandlungsergebnisse transparent und vergleichbar machen und dazu erstmals auch Module für ergänzende Patientenbefragungen entwickeln. Bei näherer Betrachtung geht es bei diesen Patientenbefragungen aber vor allem um patientenrelevante Outcomes und die Aufklärung vor dem Eingriff. Die Messung konkreter Betreuungserfahrungen im Behandlungsverlauf ist nicht vorgesehen. Das ist befremdlich, denn in der wissenschaftlichen Diskussion gibt es zahlreiche Belege dafür, dass die Patientenerfahrung neben der klinischen Wirksamkeit und der Patientensicherheit zu den drei tragenden Säulen der Versorgungsqualität zählt (Doyle et al. 2012).

Unabhängig von Setting, Untersuchungsmethode, Erkrankung oder demografischen Merkmalen konnte gezeigt werden, dass Patienten, die insbesondere die Kommunikation und Interaktion mit den betreuenden Fachkräften positiv erleben, häufiger ein besseres Behandlungsergebnis und eine höhere Therapietreue zeigen, seltener erneut in ein Krankenhaus aufgenommen werden bzw. die Notaufnahme oder einen niedergelassenen Arzt aufsuchen müssen (ebd.). Für chirurgische Patienten konnten Steinhausen und Kollegen zeigen, dass außerdem die Empathie des Arztes signifikanten Einfluss auf die subjektive Beurteilung des Behandlungserfolgs hat: Patienten, die ihren betreu-

enden Arzt als empathisch erleben, beurteilten den Behandlungserfolg mit einer 19x höheren Wahrscheinlichkeit als gut.

In einer so interaktionszentrierten und personalintensiven Branche wie der der Gesundheitsdienstleistungen hängt die Qualität der Versorgung und der Patientenerfahrung also maßgeblich von der Qualifikation, Motivation und Arbeitszufriedenheit der Mitarbeiter ab, die in direktem Kontakt mit den Patienten stehen. Je zufriedener diese mit den Rahmenbedingungen für eine patientenzentrierte Versorgung sind, desto positiver werden Kommunikation und Interaktion von den Patienten erlebt (Stahl et al. 2013).

Wer den Ursachen von Stärken und Schwächen in der Qualität der Gesundheitsversorgung auf den Grund gehen will, ist deswegen neben medizinischen und wirtschaftlichen Indikatoren auf konkrete Rückmeldungen von Patienten und Mitarbeitern angewiesen. Soll eine an den Bedürfnissen der Patienten ausgerichtete Betreuung und Behandlung dann auch tatsächlich umgesetzt werden, brauchen Mitarbeiter tatkräftige Unterstützung von oben: durch ihre direkten Vorgesetzten und die übergeordnete Führungsebene (Coulter et al. 2009).

Im Zentrum des Picker Reports 2014 steht die Frage, welchen Einfluss Patienten- und Mitarbeitererfahrungen auf die Qualität und Sicherheit der Gesundheitsversorgung haben und wie sie als Indikatoren zur Verbesserung beider Parameter eingesetzt werden können.

Weil in der Qualitätsdiskussion im Zusammenhang mit der Patientenperspektive neben der Patientenerfahrung derzeit vielfach auch andere Messgrößen genannt werden, sollen die verschiedenen Begriffe zunächst erläutert und abgegrenzt werden.

Im Picker Report 2014 geht es um die Frage, welchen Einfluss Patienten- und Mitarbeitererfahrungen auf die Qualität und Sicherheit der Gesundheitsversorgung haben und wie sie als Indikatoren zur Verbesserung beider Parameter eingesetzt werden können.



Messgrößen zur Qualitätsbestimmung aus Patientensicht: Zufriedenheit – Erfahrung – Outcome

Obwohl die Begriffe Patientenzufriedenheit und Patientenerfahrung in der Praxis häufig synonym verwendet werden, handelt es sich doch um zwei ganz unterschiedliche Konzepte (Coulter et al. 2009, Beattie et al. 2014), die klar voneinander abzugrenzen sind. Seit einiger Zeit ist zusätzlich viel von patientenrelevanten Outcomes (patient reported outcomes, PRO) die Rede.

1. Zufriedenheit: Der Patient als Beurteiler

Die Patientensicht auf die Qualität des Versorgungsgeschehens wurde lange über die Messung der Patientenzufriedenheit erfasst. Sie wird über so genannte Urteils- oder Ratingfragen gemessen („Wie zufrieden sind Sie mit ...“, „Wie beurteilen Sie ...“), bei denen dem Patienten die Rolle des Beurteilers des beobachteten und erlebten Versorgungsgeschehens zukommt. Seit den späten 1990-er Jahren sind zunehmend Zweifel an der Validität bzw. Problemsensitivität zufriedenheitsbasierter Erhebungen als Maß für die Qualität der Versorgung aus Patientensicht aufgekommen (Ruprecht 2001). Dafür gibt es unterschiedliche Gründe:

- Gleichförmig hohe Zufriedenheitswerte
Eines der größten Probleme von Zufriedenheitsmessungen sind die durchgängig hohen Anteile positiver Urteile („Deckeneffekt“). Die Folge: Im Rahmen des Qualitätsmanagements sind solche Erhebungen nur bedingt verwertbar, und zwar aus zwei Gründen:
→ *Geringe Problemsensitivität*: Die Ergebnisse aus Zufriedenheitsmessungen und die Qualität der Versorgung stehen in keinem engen Zusammenhang. So werden trotz optimaler Behandlung geringe Zufriedenheitswerte erzielt und hohe Zufriedenheit trotz massiver Kritik an konkreten Detailspekten der Versorgung (Sofaer et al. 2005, Bruster et al. 1994). Auch regionale Unterschie-

de im medizinischen Handeln, die weder fachlich noch epidemiologisch zu erklären sind (Nolting et al 2011; Corallo et al. 2014), stützen die geringe Problemsensitivität. Möglicherweise ist das auch ein Grund, warum viele Leistungserbringer und andere im Gesundheitsbereich Tätige den Sinn einer Qualitätsbeurteilung durch Patienten nach wie vor bezweifeln.

→ *Fehlende Diskriminierungsfähigkeit*: Die geringe Variabilität der Ergebnisse aus Zufriedenheitsmessungen macht eine Differenzierung zwischen Einrichtungen, Abteilungen und Leistungserbringern schwierig bis unmöglich (Coulter et al. 2009). Das trifft umso mehr zu, je globaler nach Zufriedenheit gefragt wird. Diese geringe Ergiebigkeit von Zufriedenheitsmessungen lässt ihren alleinigen oder schwerpunktmäßigen Einsatz problematisch erscheinen, weil die Ergebnisse für die Verwertung im Qualitätsmanagement wenig hilfreich sind.

- Geringe Handlungsorientierung
Zufriedenheitsmessungen bieten meist wenig konkrete Ansatzpunkte für Verbesserungsmaßnahmen (Delnoij 2009). Äußert sich ein Patient auf die Frage „Wie zufrieden sind Sie mit der Information durch die Ärzte?“ unzufrieden, lässt sich daraus nur schwer eine konkrete Maßnahme ableiten, weil nicht deutlich wird, was genau von dem Patienten evaluiert werden soll: die Verständlichkeit der Information, die Vollständigkeit, die Rechtzeitigkeit, die Bereitwilligkeit, mit der sie gegeben wurde? Dieser Umstand ändert sich auch nicht, wenn gefragt wird, „Wurden Sie durch die Ärzte gut informiert?“ und das Antwortspektrum von sehr gut bis sehr schlecht reicht. Es bleibt damit der Interpretation des Auswertenden überlassen, an welchem Aspekt der Informationsvermittlung bei negativer Rückmeldung gearbeitet werden muss.
- Anfälligkeit für verzerrende Einflussfaktoren
Das Zufriedenheitsurteil der Patienten wird durch mindestens vier Faktoren beeinflusst: die persönlichen Präferenzen, Werte und Maßstäbe des Patienten, seine Erwartungen, die Qualität der erlebten Versorgung sowie durch Antworttendenzen aufgrund personenbezogener Merkmale (Coulter

et al. 2009) wie z.B. demografische Faktoren, die Tendenz des Menschen zur Behebung kognitiv dissonanter Wahrnehmungen durch Senkung des Anspruchsniveaus, Antworttendenzen im Sinne sozialer Erwünschtheit, Dankbarkeitseffekte, die soziale Nähe oder Distanz zum Arzt, Angst vor dem Selbsteingeständnis, schlecht behandelt worden zu sein, oder die Angst vor persönlichen Nachteilen bei Kritik (Ruprecht 2001).

Schließlich weisen einige Autoren darauf hin, dass Patientenzufriedenheit als aussagekräftiger und nutzbarer Ergebnisparameter voraussetzt, dass Patienten die verfügbaren Behandlungsoptionen mit ihren Vor- und Nachteilen im Vorfeld verstehen können und wollen. Damit wird die Gesundheitsbildung der Betroffenen zur notwendigen Voraussetzung für ein Urteil über die Behandlungsqualität durch die Patienten (Mühlhauser et al. 2009).

2. Erfahrung: Der Patient als Beobachter

Die Defizite und Schwierigkeiten im Zusammenhang mit Zufriedenheitsmessungen im Rahmen der Qualitätsverbesserung haben dazu geführt, dass die Patientenerfahrung als Kategorie wieder stärker in den Vordergrund gerückt ist. Diese wird erfasst über Berichts- oder ereignisorientierte Fragen. Der Patient ist also in der Rolle eines Informanten über das Versorgungsgeschehen (Coulter et al. 2009). Dabei werden Patienten gefragt, welche Erfahrungen sie mit ganz konkreten Versorgungsaspekten gemacht haben („Wie häufig kam es vor, dass ...“). Der Fokus liegt auf dem, was Patienten im Kontakt mit dem Gesundheitssystem tatsächlich erfahren haben, weniger auf der Beurteilung dieser Aspekte. Je mehr konkrete Erfahrungen abgefragt werden, desto größer fällt die Variabilität der Antworten aus (Pascoe et al. 1983) und desto nützlicher sind die Befragungsergebnisse für die Entwicklung qualitätsverbessernder Maßnahmen.

Voraussetzung ist allerdings, dass die für den Patienten relevanten Facetten des jeweiligen Ver-

sorgungsaspekts (z.B. Kommunikation, Schmerzmanagement) hinreichend bekannt sind, um die potenzielle Vielzahl zu berichtender Aspekte auf die wirklich wichtigen zu beschränken. Dadurch lassen sich auch die Unschärfen vermeiden, die unvermeidlich sind, je globaler nach einem Urteil gefragt wird (Ruprecht 2001).

- Variabilität in den berichteten Erfahrungen
Mit Berichtsfragen wird eine größere Variabilität in den Antworten erreicht und die Deckeneffekte sind deutlich schwächer ausgeprägt als bei Urteilsfragen. In einer umfangreichen Untersuchung mit über 5.000 Teilnehmern, in der Krankenhauspatienten sowohl zu ihrer Zufriedenheit als auch zu ihren Betreuungserfahrungen befragt wurden, zeigte sich, dass meist mehr als 90% der Patienten zufrieden waren, während die Spannbreite der konkreten positiven Erfahrungen von 4% bis 87% reichte. Auch eine Differenzierungsfähigkeit zwischen den verschiedenen Einrichtungen war gegeben (Bruster et al. 1994).

- Hohe Handlungsorientierung
Die prioritären Qualitätsindikatoren und Schlüssel-situationen aus Patientensicht gelten mittlerweile für die wesentlichen Versorgungsbereiche als geklärt (Doyle et al. 2013, Roberts et al. 2011). Es ist also durchaus möglich, die aus Patientensicht relevanten Aspekte des jeweiligen Problemprofils abzufragen. Je konkreter die Fragen, desto leichter können Verbesserungspotenziale identifiziert und Maßnahmen abgeleitet werden.

- Geringe Anfälligkeit für verzerrende Einflussfaktoren
Aufgrund des fehlenden Bewertungscharakters ereignisorientierter Fragen ist die Erhebung von Erfahrungen weniger anfällig für Verzerrungen, etwa durch Faktoren wie persönliche Präferenzen, Erwartungen, Werte und Maßstäbe, die Qualität der erlebten Versorgung oder durch Antworttendenzen aufgrund personenbezogener Merkmale (Cleary et al. 1992, Wolf et al. 2012).

Vor dem Hintergrund der höheren Datenvalidität und -ergiebigkeit werden im Rahmen von nationalen Programmen zur Messung der gesundheitlichen Versorgungsqualität aus Patientensicht, wie sie z.B. in Großbritannien, Dänemark, Norwegen, den Niederlanden, Kanada und den USA durchgeführt werden, regelmäßig Patientenerfahrungen abgefragt (Delnoij 2009). Während deutsche Patienten bis heute vergeblich auf eine vergleichbare nationale Erhebung warten, werden die Vorteile der Erhebung von Patientenerfahrungen im Vergleich zur Patientenzufriedenheit von Organisationen wie der Deutschen Krankenhausgesellschaft oder dem GKV-Spitzenverband längst anerkannt und für Patientenbefragungen empfohlen (DKG 2014, Blatt K 2012).

3. Patientenrelevante Endpunkte: Das Behandlungsergebnis im Fokus

Eine weitere Kategorie, die in einem Gesundheitsversorgungskontext nicht mit den skizzierten Patientenerfahrungen zu verwechseln ist, sind die sogenannten patientenrelevanten Outcomes.

Patientenrelevante Endpunkte (patient reported outcomes, PRO) sind ein Oberbegriff für unterschiedliche Konzepte zur Messung subjektiv empfundener Gesundheitszustände z.B. nach einer medizinischen Intervention. Sie werden mit Hilfe von standardisierten, validierten Fragensets zu wahrgenommenen Symptomen, subjektiv eingeschätzter Funktionsfähigkeit, empfundenem Gesundheitszustand und Lebensqualität erhoben (Brettschneider et al. 2011) und beziehen sich in der Regel auf eine bestimmte Erkrankung oder Intervention. Damit haben sie jeweils nur einen kleinen Ausschnitt der Patientenpopulation als Bezugsgröße. Patientenrelevante Endpunkte werden meist vor und nach einer Behandlung bzw. Intervention erhoben, um Veränderungen zu erfassen.

Über die Tatsache, dass patientenrelevante Endpunkte für die Beurteilung des Nutzens einer Behandlung wichtig sind, herrscht heute weitgehend

Einigkeit. So hat die amerikanische Arzneimittelbehörde FDA bereits 2006 patientenrelevante Endpunkte als Kriterium zur Bewertung von Arzneimitteln zugelassen (Mühlhauser et al 2009).

Während über patientenrelevante Endpunkte, wie der Name impliziert, die Qualität der Behandlungsergebnisse fokussiert wird, geben Patientenerfahrungen Hinweise auf die Qualität der Prozesse. Beiden gemeinsam ist, dass sie durch den Patienten selbst berichtet werden. Um ein vollständiges Bild der Prozess- und Ergebnisqualität aus Patientensicht zu erhalten, werden vielerorts sowohl Patientenerfahrungen als auch patientenrelevante Endpunkte erhoben. Dies macht nicht zuletzt deshalb Sinn, weil die Betreuungserfahrung, und hier insbesondere die Interaktion und Kommunikation mit dem betreuenden Fachpersonal, das gesundheitliche Outcome wesentlich beeinflusst (Doyle et al. 2013, Black et al. 2014).

Versorgungsqualität messen und verbessern: Empfehlungen für die Praxis

Wird in einem Krankenhaus die Sicht der Patienten abgefragt, dann dient das dem Ziel, die Versorgungs- und Betreuungsprozesse aus der Perspektive der Betroffenen darzustellen und zu verbessern. Die Einbindung der Ergebnisse solcher Befragungen in die Qualitätsbeurteilung ist damit eine wichtige Voraussetzung für eine patientenorientierte Versorgung.

Technisch erfolgt die Messung der Versorgungsqualität am besten mit einem durchdachten, ausgewogenen und testtheoretisch geprüften Konzept aus Berichts- und Urteilsfragen. Wegen ihrer höheren Problemsensitivität und Verwertbarkeit sollte der Fokus dabei auf Berichtsfragen gelegt werden. Urteilsfragen haben insofern ihre Berechtigung, als bei bestimmten Aspekten eine Evaluation durch den Patienten ausdrücklich erwünscht ist. Eine direkte Abfrage von Zufriedenheit („Wie zufrieden sind Sie mit...?") ist nicht ratsam. Erfolg-

versprechender ist ein indirekter Weg („Wie beurteilen Sie ...?“) mit den Antwortvorgaben „ausgezeichnet“ bis „schlecht“, denn wie sich gezeigt hat, lässt sich damit auch bei Urteilsfragen eine bessere Antwortverteilung und höhere Korrelation mit Verhaltensabsichten (Weiterempfehlung, erneute Inanspruchnahme, Adhärenz) erreichen als bei direkter Zufriedenheitsabfrage (Ware et al. 1988). Auf die isolierte direkte Abfrage globaler Zufriedenheiten sollte ganz verzichtet werden. Bei der Beurteilung von konkreten Versorgungsaspekten sind Mischformen wie z.B. „Wurden Ihre Fragen verständlich beantwortet?“ denkbar, bei denen letztlich eine Bewertung erwartet wird (hier das Ausmaß der Verständlichkeit). Die Antwortmöglichkeiten sollten eine globale Beurteilung des Behandlers ausschließen und stattdessen eine bestimmte Verhaltensweise z.B. in ihrer Häufigkeit evaluieren (Langewitz et al 2002).

Besonders lohnenswert ist die parallele Erfassung von Patientenerfahrungen und patientenrelevanten Endpunkten. Sie erlaubt einen unvergleichlich umfassenden Einblick in die Versorgungsqualität aus Patientensicht. Konkrete Antworten und handlungsorientierte Ergebnisse helfen dabei, schnell und zielgerichtet Ansatzpunkte für qualitätsverbessernde Maßnahmen zu identifizieren.

Patientenrelevante Endpunkte sind verfahrensspezifisch, sie werden auch mittel- bis langfristig nicht für alle Erkrankungen oder Interventionen erfasst werden können und damit immer nur einen begrenzten Teil der Patientenpopulation abbilden. Für ein patientenorientiertes Gesundheitssystem, ebenso wie für die einzelne Gesundheitseinrichtung ist es aber wichtig, auch ein Gesamtbild der Versorgungsqualität aus Sicht der jeweiligen Gesamtpopulation zu haben. Schließlich haben Betreuung- und Behandlungserfahrungen wesentlichen Einfluss auf das gesundheitliche Outcome, insbesondere die Kommunikation und Interaktion mit den betreuenden Fachkräften. Daher wird auch auf die zielgerichtete Erfassung von Patientenerfahrungen weiterhin nicht verzichtet werden können.

Die parallele Erfassung von Patientenerfahrungen und patientenrelevanten Endpunkten erlaubt einen unvergleichlich umfassenden Einblick in die Versorgungsqualität.



Sicherheitsrisiken in der Patienten- versorgung

Seit der Publikation „To Err is Human“ des amerikanischen Institute of Medicine (IoM) (Kohn et al. 2000) vor knapp 15 Jahren steht das Thema Patientensicherheit auf der internationalen gesundheitspolitischen Agenda. So hat die WHO im Jahr 2004 ein Programm zur Patientensicherheit aufgelegt, das Maßnahmen zur Verbesserung der Patientensicherheit koordinieren, prüfen und voranbringen soll (www.who.int/patientsafety). Die Europäische Kommission hat Patientensicherheit in ihren im Jahr 2009 veröffentlichten Empfehlungen zu einem der wichtigsten Aufgaben für die Gesundheitspolitik der Mitgliedstaaten erklärt und den nationalen Parlamenten den Auftrag für entsprechende Verbesserungsmaßnahmen erteilt (http://ec.europa.eu/health/patient_safety/docs/council_2009_de.pdf). In Deutschland ist Patientensicherheit seit 2013 das achte nationale Gesundheitsziel (www.gesundheitsziele.de).

Doch wie steht es um das Interesse deutscher Krankenhäuser, Fehler und Risiken in der Patientenversorgung systematisch zu erfassen und dadurch künftig zu vermeiden? Dieser Frage ist das Institut für Patientensicherheit mit einer Untersuchung zum Einführungsstand des klinischen Risikomanagements nachgegangen. Dabei hat sich gezeigt, dass insbesondere die Sichtung von Patientenbeschwerden mit Hinweisen auf Sicherheitsmängel, aber auch die Analyse von Abrechnungsdaten oder Daten zur externen Qualitätssicherung, die Sichtung der Patientenschadensfälle sowie die Analyse krankenhauseigener Kennzahlen bereits vergleichsweise oft systematisch genutzt werden, um Schwachstellen in patientensicherheitsrelevanten Bereichen zu erkennen. Insbesondere in größeren Häusern werden Mitarbeiterrückmeldungen über Instrumente wie CIRS oder Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen häufiger erfasst als dies im Durchschnitt der befragten Häuser der Fall ist.

Die Befragung von Mitarbeitern zur Fehler- oder Sicherheitskultur, aber auch von Patienten zu konkreten Erfahrungen mit Aspekten der Patientensicherheit spielt hingegen eine eher nachrangige Rolle. So geben 45% der 470 befragten Krankenhäuser an, dass sie sich mit der Patientenperspektive im Zusammenhang mit der Patientensicherheit entweder noch gar nicht befasst haben oder dass es keine Umsetzungspläne für ihre Nutzung gibt. Für die Erfahrungen der Mitarbeiter traf dies zu 35% zu (Lauterberg et al. 2012).

Die Chance, über die Mitwirkung von Patienten herauszufinden, welche Faktoren einen konstruktiven Umgang mit Fehlern, Stärken und Schwächen in sicherheitsrelevanten Prozessen verhindern, bleibt damit bislang in den meisten Krankenhäusern ungenutzt. Patientensicherheit kann aber nur dann effektiv gewährleistet werden, wenn alle Perspektiven integriert sind.

Patienten- und Mitarbeiterbefragungen werden bislang vermutlich auch deswegen vergleichsweise selten genutzt, weil über den Mehrwert und Nutzen der Patientenperspektive nach wie vor kontrovers diskutiert wird. Doch die Indizien dafür, dass Patienten sehr wohl willens und in der Lage sind, über sicherheitsrelevante Aspekte ihrer Betreuung und Behandlung zu berichten, häufen sich: Patienten geben wertvolle Hinweise auf mögliche Fehler(-quellen), die mit anderen Mitteln nicht erfasst werden (Schwappach et al. 2012). Dies gilt nicht nur, aber auch für kommunikative und interaktive Aspekte der Betreuung und Behandlung, die eine wichtige Rolle für den Behandlungserfolg, aber eben auch für die Patientensicherheit spielen.

Kommunikation als Voraussetzung für Patientensicherheit

Brüche in der Kommunikation sind die wichtigste menschlich bedingte Ursache für unerwünschte Ereignisse. Bis zu 70% der Sentinel Events lassen sich

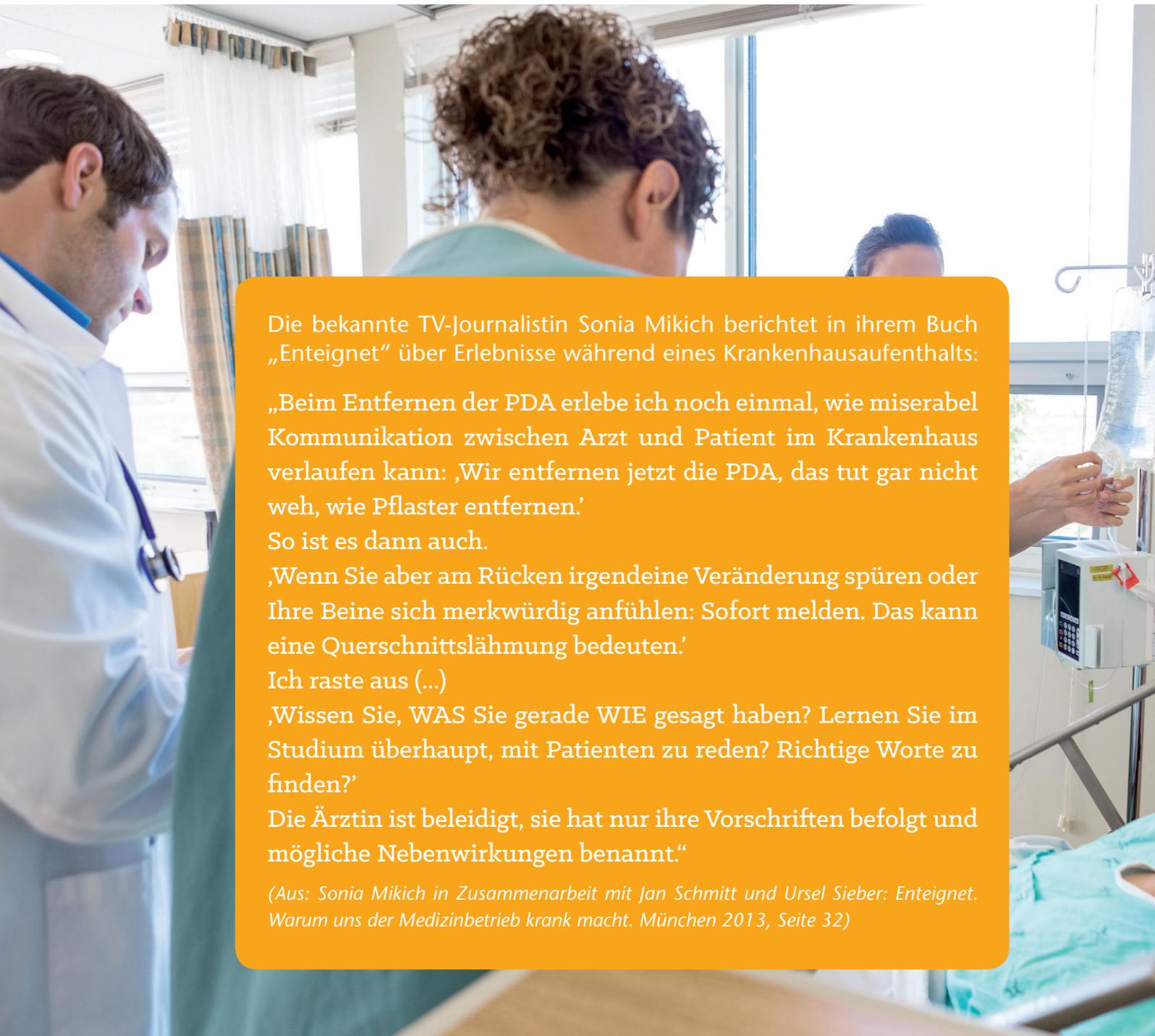
auf Kommunikationsmängel zurückführen (Blegen et al. 2010, The Joint Commission 2013, Manser 2009). Vor dem Hintergrund der Tatsache, dass jeder Diagnostik und Therapie Kommunikationsprozesse vorausgehen – sowohl mit den Patienten und ggf. ihren Angehörigen als auch zwischen den Mitgliedern des Behandlungsteams – ist dieses Ergebnis wenig überraschend, aber umso alarmierender.

Kommunikation ist auch ein neuralgischer Punkt, wenn es um das Sicherheitsgefühl der Patienten im Krankenhaus geht. Wird mit den Patienten offen, verständlich, vollständig und zeitnah über ihren Gesundheitszustand und den Behandlungsplan gesprochen, wissen sich diese in guten Händen. Sicherheitsgefühl und Vertrauen werden zusätzlich gestärkt, wenn die Informationen der verschiedenen Behandler konsistent sind und Patienten den Eindruck haben, dass es sich bei den betreuenden Fachkräften wirklich um ein Behandlungsteam handelt, in dem alle Beteiligten über Diagnose, Behandlung und Verlauf informiert sind (Rathert et al. 2012). Dass diese Wünsche nicht nur einfach zum Sicherheitsgefühl und persönlichen Wohlbefinden der Patienten beitragen, zeigen die konkreten Erfahrungen der Studienteilnehmer, deren Behandlungen sich wegen fehlender Informationen verzögerten oder die aufgrund unverständlicher oder widersprüchlicher Informationen nicht wussten, wie sie sich bezüglich ihrer Erkrankung zu verhalten hatten (ebd.).

Die große Bedeutung einer gelungenen Kommunikation für Patienten zeigt sich auch darin, dass Kommunikationsmängel die Liste der Patientenbeschwerden über das betreuende Fachpersonal seit langem anführen (Vincent et al. 2002). Von allen negativen Erfahrungen bleiben sie bei den Patienten am stärksten in Erinnerung. So zeigte sich in einer Inhaltsanalyse kritischer Vorfälle, dass sich nahezu 47% der erinnerungswerten Erfahrungen auf die persönliche Behandlung und die zwischenmenschliche Kommunikation mit dem Arzt konzentrieren. Klinische und technische Themen kamen erst an zweiter Stelle und machten lediglich 27% der Erfahrungen aus (Ruben 1993).

Zu den häufigsten anzutreffenden Verhaltensweisen, die eine gelungene Kommunikation verhindern, gehören Unterbrechungen, unkonkrete Aussagen und Feedbackprobleme (Scherz et al. 1995). Und obwohl diese Erkenntnis schon fast zwanzig Jahre alt ist, hat sich daran bis heute offenbar wenig geändert: Patienten werden in der Regel 11 bis 24 Sekunden nach Beginn des Arzt-Patient-Gesprächs vom Arzt unterbrochen (Wilms 2004). Internationale Vergleiche zeigen, dass je nach Nation nur 23 bis 26% der Patienten ihr Anliegen zu Ende bringen können (Bär 2009). Dabei ist die ärztliche Annahme, sich durch frühes Eingreifen den eigenen Redeanteil sichern bzw. einem ausufernden Monolog des Patienten vorbeugen zu müssen, falsch, denn Patienten überstrapazieren den ihnen gewährten Zeitrahmen in der Regel nicht, eine Minute Zuhören reicht im Durchschnitt aus (ebd.).

Patienten sehen also gerade in dem für sie so bedeutsamen Bereich der Kommunikation große Probleme und deutlichen Verbesserungsbedarf. Mit diesem Eindruck sind sie nicht alleine. Auch aus Sicht der Mitarbeiter gibt es viele Ansatzpunkte für Verbesserungen.



Die bekannte TV-Journalistin Sonia Mikich berichtet in ihrem Buch „Enteignet“ über Erlebnisse während eines Krankenhausaufenthalts:

„Beim Entfernen der PDA erlebe ich noch einmal, wie miserabel Kommunikation zwischen Arzt und Patient im Krankenhaus verlaufen kann: ‚Wir entfernen jetzt die PDA, das tut gar nicht weh, wie Pflaster entfernen.‘

So ist es dann auch.

‚Wenn Sie aber am Rücken irgendeine Veränderung spüren oder Ihre Beine sich merkwürdig anfühlen: Sofort melden. Das kann eine Querschnittslähmung bedeuten.‘

Ich raste aus (...)

‚Wissen Sie, WAS Sie gerade WIE gesagt haben? Lernen Sie im Studium überhaupt, mit Patienten zu reden? Richtige Worte zu finden?‘

Die Ärztin ist beleidigt, sie hat nur ihre Vorschriften befolgt und mögliche Nebenwirkungen benannt.“

(Aus: Sonia Mikich in Zusammenarbeit mit Jan Schmitt und Ursel Sieber: Enteignet. Warum uns der Medizinbetrieb krank macht. München 2013, Seite 32)

Bittere Pillen (I): Wie Patienten Kommunikation und Sicherheit im Krankenhaus erleben

Datenbasis der vorliegenden Analysen sind die Rückmeldungen von 138.044 Patienten aus 157 deutschen Krankenhäusern. Die Daten stammen aus postalischen, poststationären Patientenbefragungen, die das Picker Institut zwischen 2010 und 2013 durchgeführt hat. Die durchschnittliche Rücklaufquote lag bei 54%.

Die verständliche Vermittlung von Informationen ist ein wichtiger Baustein einer gelungenen Arzt-Patient-Kommunikation. Patienten, die die Informationen zu ihrer Erkrankung und Behandlung verstanden haben, sind besser in der Lage, sachdienliche Angaben zu ihren Beschwerden zu machen, können sich eher gesundheitsdienlich verhalten, zeigen eine bessere Therapietreue und haben in der Folge häufiger gute Behandlungsergebnisse (Ha et al. 2010, Zolnierek et al. 2009). Darüber hinaus kann das Verständnis der eigenen Situation sowie der verfügbaren und geplanten Behandlungsoptionen dazu beitragen, Ängste und Unsicherheit bei den Patienten abzubauen.

Die vorliegenden Ergebnisse zeigen, dass ein gutes Fünftel (21%) der Patienten auf wichtige Fragen von Ärzten und/oder Pflegekräften keine verständlichen Antworten erhält; bei der Erklärung der Ergebnisse nach einem chirurgischen Eingriff sind es sogar fast ein Viertel (24%) (Abb. 1).

Zu Risiken und Nebenwirkungen...

Doch nicht nur bei der Erläuterung der Ergebnisse, sondern bereits bei der Aufklärung über die Risiken und Vorteile der OP und der Narkose besteht Handlungsbedarf. Wie die Untersuchungsdaten zeigen, ist diese für 13 bzw. 16% der Patienten nicht verständlich gewesen. Dieser Befund muss

nicht erst vor dem Hintergrund des neuen Patientenrechtegesetzes nachdenklich stimmen, denn das BGB (§ 630e, Abs.2, Nr.3) fordert seit langem, dass die Aufklärung in einer für den Patienten sprachlich und inhaltlich verständlichen Form zu erfolgen hat und andernfalls auch juristische Konsequenzen nach sich ziehen kann.

Gelungene Kommunikation ist mehr als reiner Faktenaustausch. Patienten müssen Informationen nicht nur verstehen, Behandler und Patient müssen sich über den Behandlungsplan einschließlich möglicher Nachuntersuchungen auch verständigen. Denn mit der Einigkeit über den einzuschlagenden Weg steigen die Chancen auf Genesung und Behandlungserfolg (Ha et al. 2010). Gleichwohl ist davon auszugehen, dass schon das sichtbare Bemühen des Behandlers um verständliche Vermittlung von Informationen, z.B. über Methoden des Teach back (www.teachbacktraining.org/readings-and-resources), aktives Zuhören o.ä., das Gelingen der Kommunikation begünstigt.

Vielzahl der Betreuungskräfte fördert Kommunikationspannen

Häufig anzutreffen sind die Klagen von Patienten darüber, dass sie während ihres stationären Aufenthaltes keinen festen Ansprechpartner hatten, der wirklich vollständig über ihre Krankheit, Diagnostik und Therapie informiert war (Rathert et al 2012). Diese Sorge wird umso häufiger berechtigt sein, je seltener Zuständigkeiten im Sinne einer kontinuierlichen Betreuung (Krogstad et al. 2002) geregelt sind.

In der vorliegenden Untersuchung berichten 32% der Patienten, dass sie keinen festen ärztlichen Ansprechpartner hatten, der sich regelmäßig um sie kümmerte. Neben der psychischen Belastung, die ein solcher Umstand für die Patienten in einer ohnehin angstbesetzten Lage mit sich bringt, steigt mit der Anzahl der betreuenden Fachkräfte auch das Risiko von Informationslücken und Kommuni-

kationsbrüchen. Je größer die Zahl der Fachkräfte, die an der Betreuung eines Patienten beteiligt sind, desto häufiger wird der Patient seine Fragen und Anliegen wiederholen müssen. Damit steigt aber auch die Wahrscheinlichkeit, dass er unterschiedliche, im schlimmsten Fall sogar widersprüchliche Informationen erhält. Letzteres war in der vorliegenden Untersuchung bei 17% der Patienten der Fall.

Diese unerfreuliche Situation wird zusätzlich verschärft, wenn medizinische Unterlagen bei Bedarf nicht verfügbar sind, was bei gut jedem fünften Patienten (22%) der Fall war. Dabei sind dies nicht einfach nur für den Patienten ärgerliche und unangenehme Situationen. Sie können ganz konkret Behandlungsverzögerungen, unnötige Doppeluntersuchungen, Verwechslungen oder andere unerwünschte Ereignisse nach sich ziehen und dadurch die Patientensicherheit gefährden.

Anhand der Daten eines OECD-Surveys konnte Schwappach zeigen, dass die fehlende Verfügbarkeit medizinischer Unterlagen, widersprüchliche Informationen unterschiedlicher Fachkräfte sowie vermeidbare Doppeluntersuchungen den Hauptrisikofaktor für durch Patienten berichtete Medikationsfehler darstellen (Schwappach 2012). Im Rahmen der stationären Betreuung berichten in der vorliegenden Analyse 8% der Patienten, dass sie ihre Medikamente nicht wie angeordnet erhalten haben.

Abb.1 Patientenerfahrungen zu ausgewählten sicherheitsrelevanten Aspekten der stationären Versorgung



Entlassung aus dem Krankenhaus: Abschied mit hohem Krisenpotenzial

Die Entlassung aus dem Krankenhaus gilt national wie international als Schnittstelle, an der es besonders häufig zu Kommunikationsbrüchen, Missverständnissen und Verwirrungen kommt (Jung et al. 2013, Schön et al. 2005, Cawthon et al. 2012).

Das Thema wird inzwischen als so problematisch wahrgenommen, dass der Übergang vom Krankenhaus in das private Umfeld sogar zum Gegenstand des Koalitionsvertrags der aktuellen Bundesregierung avancierte. In der Vereinbarung haben sich die Regierungsparteien darauf verständigt, das Entlassmanagement der Krankenhäuser durch eine gesetzliche Koordinationsfunktion der Krankenkassen zu ergänzen. Außerdem sollen Kliniken bei einer Entlassung Leistungen verordnen und eine pflegerische Übergangsvorsorgung veranlassen können.

Ein strukturiertes Entlassmanagement ist die Voraussetzung für eine sichere und qualitativ hochwertige Patientenversorgung im Anschluss an einen Krankenhausaufenthalt. Insbesondere für vulnerable Patienten bergen unzureichende Information und Unterstützung bei der Entlassung das Risiko, häufiger poststationäre gesundheitliche Komplikationen zu erleiden, erneut in ein Krankenhaus oder unerwartet in ein Pflegeheim aufgenommen zu werden. Darüber hinaus sind die psychosozialen Belastungen sowohl für die Patienten als auch für ihre Angehörigen bei einem inadäquaten Entlassmanagement häufig höher (Jung et al. 2013). Trotzdem werden noch immer viele Patienten aus dem Krankenhaus verabschiedet, ohne ausreichend und verständlich über die verordnete Medikation, notwendige Folgetermine und andere wichtige Informationen für einen bestmöglichen Heilungsverlauf aufgeklärt worden zu sein. Entsprechend fühlen sich viele Patienten schlecht auf die Erfordernisse zur optimalen Unterstützung ihrer Genesung vorbereitet (Cawthon et al. 2012).

Die vorliegenden Daten zeigen, dass mit knapp einem Fünftel der Patienten gar kein Entlassgespräch geführt wird. Doch auch wenn es geführt wird, fühlen sich anschließend 29% der Patienten nicht ausreichend über die häusliche Medikation informiert, mit Blick auf die Nebenwirkungen sind es sogar fast zwei Drittel (63%). Dies stimmt insbesondere vor dem Hintergrund nachdenklich, dass Medikationsfehler zu den häufigsten (vermeidbaren) unerwünschten Ereignissen zählen (Keers et al. 2013). Über mögliche Gefahrensymptome ihrer Erkrankung, die eine Wiedervorstellung beim niedergelassenen Arzt oder im Krankenhaus erforderlich machen, wurden 43% der Patienten, für die dies relevant gewesen wäre, nicht ausreichend informiert. Darüber, wann Alltagsaktivitäten wieder aufgenommen werden können, fehlte sogar gut der Hälfte (51%) der Patienten die entsprechende Aufklärung (Abb. 2).

Besteht die Möglichkeit, dass Angehörige sich nach der Entlassung des Patienten mit um die Wei-

terversorgung kümmern, kann ihre Einbindung in den Entlassprozess das Behandlungsergebnis positiv beeinflussen (Bragstad et al. 2014). Trotzdem wird dies nur selten systematisch getan (Bragstad et al. 2014, Levine et al. 2010). Auch in der vorliegenden Untersuchung berichteten 63% der Patienten, dass ihren Angehörigen nicht ausreichend erläutert wurde, wie sie den Patienten bei der Genesung unterstützen können.

Abb. 2 Patientenerfahrung Kommunikation vor der Entlassung



Lessons learned: Reden will gelernt sein

Die offensichtlich großen Defizite in der Kommunikation stimmen nachdenklich. Doch es gibt auch gute Nachrichten: Erfolgreiches Kommunizieren ist lehr- und lernbar. Es darf nicht dem Zufall oder der Hoffnung auf die mit der Zeit wachsende klinische Erfahrung der Gesundheitsfachkräfte überlassen bleiben. Insbesondere Trainings mit einem hohen Anteil an praktischen Übungen verbessern die Kommunikationsfertigkeiten (Zolnierek 2009). In der Regel trägt bereits eine längere Berufsdauer dazu bei, die für die Diagnose und Therapie relevanten Informationen von Patienten zunehmend besser zu erfragen. Mithilfe eines Kommunikati-

onstrainings sind die Fortschritte bei der patientengerechten Vermittlung von Informationen jedoch deutlich ausgeprägter. Für die Entwicklung ganz bestimmter Fähigkeiten wie etwa der Einbindung von Patienten in Entscheidungsfindungsprozesse und Kommunikation auf Augenhöhe scheint ein entsprechendes Training sogar unverzichtbar (Langewitz et al. 1998).

Weil Kommunikation und Interaktion für die Qualität der Prozesse und Ergebnisse der Gesundheitsversorgung so entscheidend sind, spricht vieles für berufsbegleitende Kommunikationstrainings im Sinne eines lebenslangen Lernens. Allerdings sollte die Vermittlung geeigneter Kommunikationsstrategien und -techniken verpflichtender Ausbildungsbestandteil in allen Gesundheitsberufen sein. Für die Mediziner Ausbildung gibt es zwar bereits verschiedene (Modell-) Projekte, aber nach wie vor kein allgemeinverbindliches Kommunikationscurriculum.



„Menschlichkeit im System ist ein Faktor, der sich nicht beziffern und abrechnen lässt. Gespräche? Nice to have, aber kein Recht.“

Drei Minuten bei der Visite:

„Na, wie geht es? / Sie sehen ja schon besser aus / heute gefallen Sie mir / es geht aufwärts / da müssen wir noch ran / jaja, ich verstehe Ihren Frust.“

Der blödeste Satz: ...wird schon schiefgehen...

Banalitäten, die Zuversicht ausstrahlen sollen, doch nie das Herz erreichen. Wie auch? Für aufrichtige Empathie ist keine Zeit, ist kein Personal da. Ich bezweifle auch, dass Einfühlungsvermögen an den Unis gelehrt wird. Vielleicht gibt man Studenten eine Checkliste mit Satzbausteinen. Richtig wäre es, Rollentausch zu üben, direkt im ersten Semester. Noch viel besser, wenn jeder Krankenhausangestellte selbst mal als Patient in der eigenen Klinik gelegen hätte.“

(Aus: Sonia Mikich in Zusammenarbeit mit Jan Schmitt und Ursel Sieber: Enteignet. Warum uns der Medizinbetrieb krank macht. München 2013, Seite 35)



Bittere Pillen (II): Wie Mitarbeiter Kommunikation und Sicherheit im Krankenhaus erleben

Nicht nur Patienten sind bereit und fähig, über sicherheitsrelevante Ereignisse in der Gesundheitsversorgung zu berichten – auch Pflegekräfte und Ärzte. Datenbasis der dazu erstellten Auswertung sind die Rückmeldungen von 11.351 Pflegekräften und 4.969 Ärzten aus 46 deutschen Krankenhäusern. Die Daten stammen aus Mitarbeiterbefragungen, die das Picker Institut zwischen 2010 und 2013 durchgeführt hat. Die durchschnittliche Rücklaufquote lag bei 50%. Die Ergebnisse zeigen großen Handlungsbedarf in verschiedenen Bereichen.

Handlungsfeld Übergabe

Als eine der zentralen Schnittstellen für den Transfer von Informationen, Einschätzungen und Verantwortlichkeiten in der Betreuung und Behandlung von Patienten soll die Übergabe die Kontinuität der Patientenversorgung sicherstellen (Haggerty et al. 2003). Damit leistet sie einerseits einen wichtigen Beitrag zur Fehlervermeidung (Clancy 2006), andererseits lassen sich viele unerwünschte Ereignisse auf Fehler bei der Übergabe zurückführen (Australian Council for Quality and Safety in Health Care 2005).

Entsprechend war die Verbesserung der Kommunikation im Rahmen der Übergabe auch eines der Ziele im High 5s-Projekt der WHO (WHO 2014). Im Laufe des Projekts hat sich allerdings gezeigt, dass die Übergabe oft einen rituellen Charakter hat, der stark von kulturellen und strukturellen Faktoren

beeinflusst wird. Das ursprüngliche Projektziel, länderübergreifende, standardisierte Handlungsempfehlungen zu entwickeln, wurde vor diesem Hintergrund als unrealistisch verworfen und die Arbeit an einer entsprechenden Empfehlung im Rahmen des High 5s-Projekt eingestellt.

Damit hat sich die Suche nach Wegen für eine effizientere Übergabe aber längst nicht erledigt – ganz im Gegenteil. Untersuchungen haben gezeigt, dass rund 40% der relevanten patientenspezifischen Informationen im Rahmen der mündlichen Übergabe nicht weitergegeben werden. Ein Großteil wird auch nicht schriftlich festgehalten und geht damit verloren (Matic et al. 2011, Devlin et al. 2014).

Aufgrund der veränderten Arbeitszeitregelungen finden Übergaben insbesondere im ärztlichen Bereich heute deutlich häufiger als früher statt. Aber auch in der Pflege bringt die zunehmende Spezialisierung eine steigende Komplexität der Übergabe mit sich, weil der Informationsfluss immer dichter wird und die Anzahl der Beteiligten laufend zunimmt (Lauterbach 2008). Auch kürzere Verweildauern, steigende Patientenzahlen, die zunehmende Multimorbidität der Patienten und die damit verbundene höhere Behandlungsintensität führen dazu, dass Umfang und Komplexität der Information, die weitergegeben werden muss, kontinuierlich steigen.

Obwohl die Bedeutung der Übergabe allgemein anerkannt ist, fehlt es dem Prozess häufig an Struktur und Effizienz (Matic et al. 2011). Übergaben erfolgen meist informell (Smith et al. 2008), standardisierte Übergabeprotokolle sind eher selten, auch die handschriftlichen Handzettel in der Kitteltasche gehören längst nicht der Vergangenheit an. Die US-amerikanische Joint Commission on Accreditation in Healthcare hat die standardisierte Übergabe daher auch zu einem der sechs Nationalen Ziele zur Verbesserung der Patientensicherheit erklärt (Catalano 2006).

In der vorliegenden Untersuchung erleben mehr als ein Viertel (27%) der Pflegekräfte und über ein Drittel (37%) der Ärzte die Übergabe als inef-

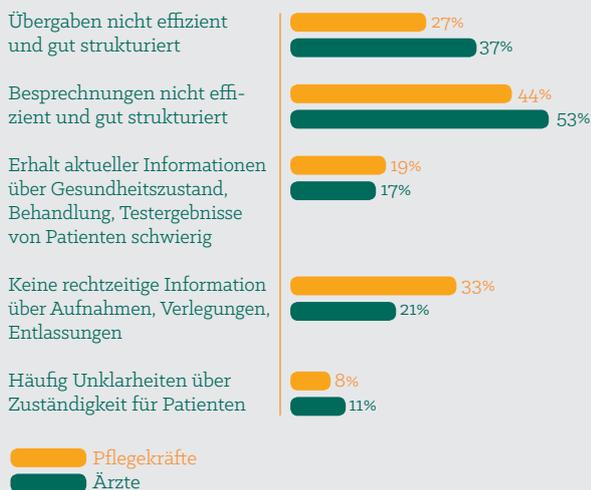
fizient und unstrukturiert. Ähnliches gilt für eine weitere wichtige Informations-Schnittstelle, die Besprechungen. Hier ist der Verbesserungsbedarf aus Sicht der Mitarbeiter sogar noch höher (Abb. 3). Um Informationslücken und Kommunikationsbrüche an der sicherheitsrelevanten Schnittstelle der Übergabe zu vermeiden, werden strukturierte Übergabestandards in Kombination mit entsprechend Schulungen zur einer effektiven Übergabekommunikation empfohlen (Manser et al. 2011).

Handlungsfeld Informationsfluss

Vom Bereich der Übergabe abgesehen, schätzen die Mitarbeiter den Informationsfluss als weniger problematisch, aber dennoch klar verbesserungswürdig ein (Abb. 3). Knapp ein Fünftel der Pflegekräfte und Ärzte (19 bzw. 17%) berichtet, dass es für sie schwierig ist, aktuelle Informationen über Gesundheitszustand, Behandlung oder Testergebnisse der Patienten zu erhalten. Des Weiteren wird ein Drittel der Pflegekräfte (33%) nicht rechtzeitig über Aufnahmen, Entlassungen oder Verlegungen informiert. Bei den Ärzten ist dieser Anteil mit 21% geringer. Die Erklärung dafür könnte sein, dass sie es sind, die diese Prozesse initiieren.

Die Zuständigkeit für die Patienten ist aus Mitarbeitersicht vergleichsweise gut geregelt, nur 8% der Pflegekräfte und 11% der Ärzte geben an, dass das in ihren Abteilungen nicht der Fall ist. Die Einschätzung der Ärzte steht dabei in einem krassen Gegensatz zu den Erfahrungen der Patienten, von denen fast ein Drittel berichtet, dass es keinen für sie zuständigen Arzt hatte, der sich regelmäßig um sie kümmerte. Diese diskrepante Wahrnehmung ist bis zu einem gewissen Grad durch Rotation der Zuständigkeiten im Zuge von Urlaub, Krankheit, Wochenende o.ä. zu erklären. Denkbar ist aber auch, dass die Zuständigkeit aus Sicht des Arztes sehr wohl geklärt ist, dieses dem Patienten aber nie vermittelt wird.

Abb. 3 Informationsaustausch aus Mitarbeitersicht



Bedenkt man, dass interprofessionelle Kommunikations- und Koordinationsprobleme als die häufigste Ursache von (vermeidbaren) Fehlern gelten, lässt diese Diskrepanz in der Wahrnehmung von Kommunikation und Koordination aufhorchen. Immerhin ist mehr als die Hälfte der Pflegekräfte (58%) der Ansicht, dass Handlungsbedarf besteht – das sind doppelt so viele wie in der Berufsgruppe der Ärzte, in der dieser Anteil bei 29% liegt (Abb. 4).

Die Hintergründe für diese eklatanten Unterschiede sind vielfältig: Angefangen bei der Sozialisation der Berufsgruppen, die mit unterschiedlichen Zielen und Stilen in der Kommunikation einhergeht, über Themen wie Hierarchie, Respekt und Wertschätzung bis hin zu prozessualen und strukturellen Aspekten. Denn nach wie vor behindert die stark hierarchische Organisation deutscher Krankenhäuser, dass sich eine Kultur der Kommunikation auf Augenhöhe zwischen beiden Berufsgruppen entwickelt, in der jede Seite die fachliche Kompetenz der anderen respektiert.

Aber auch die Tatsache, dass Pflegekräfte seltener rotieren als Ärzte, führt immer wieder zu einem Erfahrungsbzw. Wissensgefälle, das im Widerspruch

zur hierarchischen Struktur steht und damit fast zwangsläufig zu Konflikten führt. Im Hinblick auf eine patientenzentrierte und sichere Versorgung sollten die divergierenden Perspektiven jedoch unbedingt integriert werden. Dabei wäre es schon ein Schritt nach vorne, wenn überhaupt erst einmal damit begonnen würde, häufiger miteinander zu reden. Denn wie in einer Untersuchung zu menschlichen Fehlerursachen auf einer Intensivstation festgestellt wurde, macht die verbale Kommunikation nur 2% der beobachteten Aktivitäten aus, war aber für 37% der Fehler verantwortlich (Donchin et al. 1995).

Innerhalb der eigenen Berufsgruppe gelingt die Kommunikation im Hinblick auf konstruktive Problemlösungsstrategien besser, dennoch sehen auch hier noch 30% der Pflegekräfte und 18% der Ärzte Möglichkeiten zur Verbesserung.

Abb. 4 Intra- und interprofessionelle Kommunikation aus Mitarbeitersicht



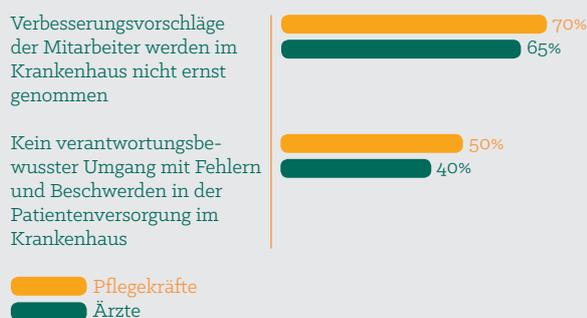
Handlungsfeld Partizipation und Fehlerkultur

Sicherheit und Qualität in der Patientenversorgung sind Führungsaufgaben. Die Krankenhausleitung muss die Rahmenbedingungen schaffen, damit eine qualitativ hochwertige und sichere Betreuung und Behandlung der Patienten geleistet werden kann. Sie initiiert die notwendigen Veränderungsprozesse, die konkrete Umsetzung muss durch die Mitarbeiter erfolgen.

Veränderungen können jedoch in der Regel nur dann effizient und erfolgreich durchgesetzt werden, wenn die Mitarbeiter an der Entwicklung der Prozesse beteiligt und in den Veränderungsprozess einbezogen werden (Deitering 2006, Ritter 2003). Schließlich sind sie mit den laufenden Prozessen, ihren Stärken und Schwächen am besten vertraut und können den Handlungsbedarf in den verschiedenen Bereichen am besten einschätzen.

Doch die Realität sieht meistens anders aus: 70% der Pflegekräfte und 65% der Ärzte sagen, dass Verbesserungsvorschläge von Mitarbeitern in ihrem Krankenhaus nicht ernst genommen werden. Beim Fehler- und Beschwerdemanagement ist die Lage ähnlich: Die Hälfte der Pflegekräfte und 40% der Ärzte sind nicht der Ansicht, dass in ihrem Krankenhaus verantwortungsbewusst mit Fehlern und Beschwerden in der Patientenversorgung umgegangen wird (Abb. 5). Ein offener und verantwortungsbewusster Umgang mit Fehlern ist aber unbedingt notwendig, wenn die Zahl unerwünschter Ereignisse in der Patientenversorgung zurückgehen soll (Kohn et al. 2000). Wenn Mitarbeiter beim Berichten von Fehlern Angst vor Sanktionen haben oder befürchten, dass ihre Kollegen sie als inkompetent wahrnehmen, werden Fehler unter den Teppich gekehrt. Die Chance, dass alle daraus lernen, ist dann vertan (Jensen 2008).

Abb. 5 Partizipation und Fehlerkultur aus Mitarbeitersicht



„Wir müssen leider draußen bleiben“: Fragen an die deutsche Gesundheitspolitik

Eine Qualitätsbeurteilung von Leistungen in der Gesundheitsversorgung, die die Erfahrungen von Patienten und Mitarbeitern nicht aufgreift, bleibt zwangsläufig unvollständig.

Vor diesem Hintergrund ist die geplante Einbindung von patientenrelevanten Outcomes in die Qualitätsmessung und -steuerung zwar zu begrüßen, aber nicht ausreichend, um die tatsächliche Qualität der Versorgung zu erfassen. So werden über die Messgröße der patientenrelevanten Outcomes, die nur einen kleinen Ausschnitt der Patientenpopulation abbildet, viele für die Patientensicherheit zentralen Aspekte der Kommunikation und Interaktion gar nicht erst erhoben.

Positive Erfahrungen auf Seiten der Patienten und eine hohe Arbeitszufriedenheit bei den Mitarbeitern sind weit mehr als atmosphärische Faktoren. Beide Parameter haben sowohl in klinischer als auch in wirtschaftlicher Hinsicht maßgeblichen Einfluss auf die Versorgungsqualität.

Gute Patientenerfahrungen, eine hohe medizinische Versorgungsqualität und Patientensicherheit bedingen sich gegenseitig. Sie sind verschiedene Seiten einer Medaille: Patienten, die gut betreut wurden, beteiligen sich stärker an ihrer Behandlung und Gesunderhaltung, sie zeigen eine höhere Therapietreue und erzielen bessere Behandlungsergebnisse.

Patientenerfahrungen sind aber auch ein wichtiger Indikator für Qualitätsprobleme in den Versorgungsprozessen. Und nicht zuletzt gibt es einen engen Zusammenhang zwischen der Arbeitszufriedenheit der Mitarbeiter und der Qualität der Patientenerfahrung.

Auch die wirtschaftliche Bedeutung guter Patientenerfahrungen und zufriedener Mitarbeiter ist mittlerweile wissenschaftlich gut dokumentiert. So hat sich beispielsweise gezeigt, dass eine positive Patientenerfahrung mit einem geringeren juristisch-forensischen Risiko korreliert (Levinson et al. 1994). Außerdem fördert die Erhebung und Verbesserung der Patientenerfahrung die Entwicklung einer qualitätszentrierten Kultur und trägt damit mittelbar auch zu einer geringeren Fluktuation der Mitarbeiter bei (Aiken et al. 2009, Coomber et al. 2007).

Damit die Ergebnisse von Befragungen zu Patientenerfahrungen ihre volle Wirkung entfalten und einen substanziellen Beitrag zur Verbesserung der Versorgungsqualität leisten können, brauchen Krankenhäuser eine koordinierte Strategie mit regelmäßigem Monitoring, klaren Strukturen für die Kommunikation der Ergebnisse und einen Umsetzungsplan, der eine kontinuierliche Berichterstattung über Veränderungen und Verbesserungen vorsieht. Das Public Reporting dieser Ergebnisse kann nachweislich zur Qualitätsverbesserung beitragen (Elliott et al. 2011). Innerhalb der Einrichtungen sind vor allem Mut, eine engagierte Führung und Offenheit für einen Kulturwandel gefragt.

Patienten- und Mitarbeitererfahrungen als Instrument zur Qualitätssteigerung – (k)ein Modell für Deutschland?

Patienten- und Mitarbeitererfahrungen sind relevante Qualitätsindikatoren und bieten wichtige Ansatzpunkte zur Verbesserung der Versorgungsqualität im Sinne des Patienten. Diese Erkenntnis ist international längst akzeptiert. Zahlreiche Untersuchungen, Erfahrungen und Best Practice-Beispiele belegen das.

In Deutschland herrscht bei Entscheidungsträgern in Politik und Selbstverwaltung allerdings nach wie vor der Glaube, Qualität könne allein durch die Erhebung klinischer Outcomes gemessen werden. So werden Patienten hierzulande künftig darüber

berichten dürfen, wie es ihnen **nach** der Behandlung medizinisch geht. Wie mit ihnen **während** ihrer Behandlung umgegangen wurde, scheint nicht interessant zu sein.

Der renommierte Versorgungsforscher Prof. Dr. Neugebauer mahnt: *„Egal, in welchem Land der Welt; Patienten sind das Herzstück des Gesundheitssystems – ohne Patienten bedarf es keiner Gesundheitsleistungen und erst recht keiner Leistungserbringer. Deshalb sollten sich medizinische und soziale Dienstleistungen am Patienten orientieren – und nicht umgekehrt.“*

Warum tun wir uns so schwer?

Weil Kommunikation und Empathie schwieriger zu lernen sind als chirurgische Knoten und weil beiden die technische Faszination eines Endoskops fehlt?

Weil wir mit der Erkenntnis leben lernen müssten, dass sich Qualität auch manchmal nicht „rechnet“ (jedenfalls nicht in Euro und Cent)?

Weil die Politik Stellung beziehen, handeln und Entscheidungen treffen müsste, wenn sie feststellt, dass „der Markt“ leider doch nicht alles zum Besten regelt?

In der Gesundheitsversorgung steht mehr auf dem Spiel als die reine Funktionstüchtigkeit des menschlichen Körpers. Es geht um den Menschen als Ganzes, mit allen Bedürfnissen und Beziehungsaspekten, die sein körperliches und geistiges Wohlergehen ausmachen.

Soll der Patient künftig wirklich im Mittelpunkt stehen, muss sichergestellt werden, dass er mit seiner Behandlung positive Erfahrungen macht. Dafür brauchen wir valide erhobene Rückmeldungen, deren Ergebnisse ernst genommen und umgesetzt werden.

So kann Patientenerfahrung zum wertvollen Steuerungsinstrument werden – zum Wohle des Patienten, der Gesundheitseinrichtung und unseres solidarischen Systems.

Über Picker:

Geleitet von der Mission, Patientenzentrierung und Versorgungsqualität zu fördern, führt das Picker Institut seit fast 20 Jahren wissenschaftlich fundierte Befragungen in Gesundheitseinrichtungen durch. Die Ergebnisse sind wichtige Informationsquellen und wertvolle Indikatoren für eine umfassende Analyse der Versorgungsqualität. Die für die Patienten-, Mitarbeiter- und Einweiserbefragungen entwickelte Picker-Methode ist weltweit anerkannt und genießt hohes Ansehen.

Picker Institut Deutschland gGmbH ist eine gemeinnützige Einrichtung und 100%-ige Tochter der Non-Profit-Organisation Picker Institute Europe mit Sitz in Oxford (UK), das in enger Zusammenarbeit mit dem National Health Service (NHS) des britischen Gesundheitsministeriums jährlich Millionen Patienten in Großbritannien befragt.

Literatur

- Aiken LH, Clarke SP, Sloane DM, et al.** 2009 Effects of hospital care environment on patient mortality and nurse outcomes. *J Nurs Adm* 39(7-8 Suppl): 45-51
- Arah OA, Westert GP, Hurts J et al.** 2006 A conceptual framework for the OECD Health Care Quality Indicators Project. *Int J Qual Health Care* 18 (Suppl), 5-13
- Australian Council for Quality and Safety in Health Care** 2005 Clinical Handover and Patient Safety. Literature Review Report. www.safetyandquality.org
- Bär T.** 2009 Die Spontane Gesprächszeit Von Patienten Zu Beginn Des Arztgesprächs in Der Hausärztlichen Praxis. Dissertation. Berlin: Charité - Universitätsmedizin Berlin
- Beattie M, Lauder W, Atherton I et al.** 2014 Instruments to measure patient experience of health care quality in hospitals: a systematic review protocol. *Systematic Reviews* 3:4
- Blegen MA, Sehgal NL, Alldredge BK et al.** 2010 Improving safety culture on adult medical units through multidisciplinary teamwork and communication interventions: the TOPs project. *Qual Saf Health Care* 19(4):346-50
- Black N, Varaganum M, Hutchings A** 2014 Relationship between patient reported experience (PREMs) and patient reported outcomes (PROMs) in elective surgery. *BMJ Qual Saf*, 23: 534-542
- Blatt K** 2012 Patientenbefragung als Element der Qualitätssicherung-Funktion und Chancen. Vortrag auf der 4. Qualitätssicherungskonferenz des Gemeinsamen Bundesausschuss, Berlin.
- Bragstad LK Kirkevold M Foss C** 2014 The indispensable intermediaries: a qualitative study of informal caregivers' struggle to achieve influence at and after hospital discharge. *BMC Health Services Research* 14:331
- Brettschneider C, Lühmann D, Raspe H** 2011 Der Stellenwert von Patient Reported Outcomes (PRO) im Kontext von Health Technology Assessment. Schriftenreihe Health Technology Assessment in der Bundesrepublik Deutschland. Köln: DIMDI
- Bruster S, Jarman B, Bosanquet N et al.** 1994 National survey of hospital patients." *BMJ* 309: 1542-49
- Catalano K.** 2006 JCAHO'S National Patient Safety Goals 2006. *J Perianesth Nurs* 21:6-11
- Cawthon C, Walia S, Osborn C et al.** 2013 Improving care Transitions: The Patient Perspective. *J Health Communication* 17:312-324
- Clancy CM** 2006 Care transitions: a threat and an opportunity for patient safety. *Am J Med Qual* 21:415-17
- Cleary PD, Edgman-Levitan S, McMullen W et al.** 1992 The Relationship Between Reported Problems and Patient Summary Evaluations of Hospital Care. *Qual Rev Bull* 1: 53-59.
- Coomber B, Barriball KL.** 2007 Impact of job satisfaction components on intent to leave and turnover for hospital-based nurses: a review of the research literature. *Int J Nurs Stud* 44(2):297-314
- Corallo AN, Croxford R, Goodman DC et al.** 2014 A systematic review of medical practice variation in OECD countries. *Health Policy* 114:-14
- Coulter A, Fitzpatrick R, Cornwell J.** 2009 The Point of Care. Measures of patients' experience in hospital: purpose, methods and uses. London: The King's Fund
- Deitering FG** 2006 Folgeprozesse Bei Mitarbeiterbefragungen. 1. Aufl. , München: Reiner Hampp Verlag
- Delnoij DM** 2009 Measuring patient experiences in Europe: what can we learn from the experiences in the USA and England? *Eur J Pub Health* 19:354-56
- Devlin MK, Kozij NK, Kiss A et al.** 2014 Morning Handover of On-Call Issues: Opportunities for Improvement. *JAMA Intern Med* doi:10.1001/jamainternmed.2014.3033
- DKG (Deutsche Krankenhausgesellschaft)** 2014 Positionen der Deutschen K Krankenhausgesellschaft zur Weiterentwicklung der Qualitätssicherung und der Patientensicherheit. Berlin: Deutsche Krankenhausgesellschaft
- Donchin Y, Gopher D, Olin M et al.** 1995 A look into the nature and causes of human errors in the intensive care unit. *Crit Care Med* 23: 294-300
- Doyle C, Lennox L, Bell D.** 2013 A systematic review of evidence on the links between patient experience and clinical safety and effectiveness. *BMJ Open* 3(1)
- Elliott MN, Lehmann WG, Goldstein EH et al.** 2011 Hospital Survey Shows Improvements in Patient Experience. *Health Affairs* 11:2061-2067
- Ha JF, Longnecker N** 2010 Doctor-Patient Communication: A Review. *The Ochsner Journal* 10:38-43
- Haggerty JL, Reid RJ, Freeman GK et al.** 2003 Continuity of care: a multidisciplinary review. *BMJ* 327:1219-21
- Jensen CB** 2008 Sociology, systems and (patient) safety: knowledge translations in healthcare policy. *Sociol Health Illn* 30:309-24
- Jung S, Stahl, K** 2013 Die Qualität des Entlassungs- und Überleitungsmanagements. *Monitor Versorgungsforschung* 01/2013:31-35
- Keers RN, Williams SN, Cooke, J et al.** 2013 Causes of medication administration errors in hospitals: a systematic review of quantitative and qualitative evidence. *Drug Saf* 36:1045-67
- Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS et al.** 2000 To Err Is Human. Building a Safer Health System. Washington: National Academy Press
- Krogstad U, Hofoss D, Hjortdahl P.** 2002 Continuity of hospital care: beyond the question of personal contact. *BMJ* 324:36-38
- Langewitz W, Conen D, Nübling M et al.** 2002 Kommunikation ist wesentlich – Defizite der Betreuung im Krankenhaus aus Sicht der Patienten und Patientinnen. *Psychother Psych Med* 52:354-57
- Langewitz WA, Eich P, Kiss A et al.** 1998 Improving communication skills - a randomized controlled behaviorally oriented intervention study for residents in internal medicine. *Psychosom Med* 60:268-76
- Lauterbach A** 2008 S... da ist nichts, außer dass das zweite Programm nicht geht. Dienstübergaben in der Pflege. Nordstedt: Books on Demand GmbH
- Lauterberg J, Blum K, Briner M.** 2012 Abschlussbericht: Befragung zum Einführungsstand von klinischem Risiko-Management (kRM) in duetscne Krankenhäusern. Bonn: Institut für Patientensicherheit.

- Levine RE, Fowler, FJ Jr., Brown JA.* 2005 Role of cognitive testing in the development of the CAHPS Hospital Survey. *Health Serv. Res.* 40:2037-56
- Levinson W, Roter DL, Mullooly JP et al.* 1997 Physician-patient communication: the relationship with malpractice claims among primary care physicians and surgeons. *JAMA* 277:553-559
- Mahlzahn J Wehner C* 2013 Von der Mengenorientierung zur qualitätsorientierten Kapazitätssteuerung. In: Klauber J Geraedts M Friedrich J et al. (Hrsg.) *Krankenhausreport 2013. Mengendynamik: Mehr Menge, mehr Nutzen?* Berlin: Schattauer Verlag
- Manser T* 2009 Teamwork and patient safety in dynamic domains of health care: a review of the literature. *Acta Anaesth Scand* 53: 143-51
- Manser T Foster S* 2011 Effective handover communication: an overview of research and improvements efforts. *Best Practice & Research Clinical Anaesthesiology* 25:181-191
- Matic J Davidson PM Salamonson Y* 2010 Review: bringing patient safety to the forefront through structured computerisation during clinical handover. *J Clin Nurs* 20:184-189
- Mikich S* (Hrsg) 2013 *Enteignet. Warum uns der Medizinbetrieb krank macht.* München: Bertelsmann
- Mühlhauser I, Müller H* 2009 Patientenrelevante Endpunkte und patient-reported outcomes in klinischer Forschung und Praxis. <http://www.tk-online.de/centaurus/servlet/contentblob/165356/Datei/19105/Muehlhauser-Mueller-Patientenrelevante-Endpunkte-2009.pdf>
- Nolting HD, Zich K, Deckenbach B et al.* 2011 *Faktencheck Gesundheit: regionale Unterschiede in der Gesundheitsversorgung.* Gütersloh: Bertelsmann Stiftung
- Pascoe GC, Attkisson CC* 1983 The evaluation ranking scale: a new methodology for assessing satisfaction. *Eval Program Plann* 6:335-47
- Rathert C, Brandt J, Williams E* 2012 Putting the ‚patient‘ in patient safety: a qualitative study of consumer experiences. *Health Expectations* 15: 327-36
- Ritter R.* 2003 Mitarbeiterpartizipation Als Baustein Eines Wirkungsvollen Qualitätsmanagements. In: Hansen W, Kamiske GF (Hrsg) *Qualitätsmanagement.* Düsseldorf: Symposium Publishing
- Roberts G, Cornwell J, Brearley S et al.* 2011 What matters to patients? Developing the evidence base for measuring and improving patient experience. London: The King's Fund
- Rubén BD* 1993 What patients remember: a content analysis of critical incidents in health care. *Health Communication* 5:99-112
- Ruprecht T.* 2001 Patientenerfahrungen Als Qualitätsindikator - Das Picker-Modell. In: Satzinger W, Trojan A, Kellermann-Mühlhoff P (Hrsg) *Patientenbefragungen in Krankenhäusern. Konzepte, Methoden, Erfahrungen.* Forum Sozial- und Gesundheitspolitik. Sankt Augustin: Asgard-Verlag, S.181-94.
- Scherz JW, Edwards HT, Kallail KJ* 1995 Communicative effectiveness of doctor-patient interactions. *Health Communication* 7:163-77
- Schoen C, Osborn R, Huynh PT et al.* 2005 Taking The Pulse Of Health Care Systems: Experiences Of Patients With Health Problems In Six Countries. *Health Affairs* 5:509-525
- Schwappach D Frank O* 2012 Patienten als wachsame Partner – Patientenbeteiligung in der Patientensicherheit. *Therapeutische Umschau* 69:359-362
- Schwappach D* 2012 Risk factors for patient-reported medical errors in eleven countries. *Health Expectations* 1-11
- Smith AF, Pope C, Goodwin D et al.* 2008 Interprofessional handover and patient safety in anaesthesia: observational study of handovers in the recovery room. *Br J Anaesth* 101:332-37.
- Sofaer S, Firminger K* 2005 Patient perceptions of the quality of health services. *Annu.Rev.Public Health* 26: 513-59
- Stahl K, Nadj-Kittler, M.* 2013 *Zentrale Faktoren der Patienten- und Mitarbeiterzufriedenheit.* Picker Report 2013. Hamburg: Picker Institut Deutschland gGmbH
- Steinhausen S, Ommen O, Thüm S, Lefering R, Koehler T, Neugebauer E, Pfaff H.* 2014 Physician empathy and subjective evaluation of medical treatment outcome in trauma surgery patients. *Pat Ed Couns* 95: 53-60
- The Joint Commission* 2013 *Improving America's Hospitals: The Joint Commission's Annual Report on Quality and Safety 2013.* Washington: The Joint Commission.
- Vincent CA, Coulter A* 2002 Patient safety: what about the patient? *Qual Saf Health Care* 11: 76-80
- Ware J Hays D* 1988 Methods for measuring patient satisfaction with specific medical encounters. *Med Care* 26:393-402
- WHO* 2014 *The High5s Project Interim Report 2013.* Genf: World Health Organisation
- Wilm S, Knauf A, Peters T et al.* 2004 Wann unterbricht der Hausarzt seine Patienten zu Beginn der Konsultation? *Z Allg Med* 80:53-57
- Wolf A, Olsson LE, Taft C et al.* 2012 Impact of patient characteristics on hospital care experience in 34,000 Swedish patients. *BMC Nursing* 11:8
- Zolnierek KB DiMatteo MR* 2009 Physician Communication and Patient Adherence to Treatment: A Meta-Analysis. *Med Care* 47:826-834

