

bedarfsorientiert
Hochschulen
Weiterbildung
wissenschaftlich
praxisnah
Gesundheitsberufe

Lehr-/Lernmaterialien

Modul „Tools und Techniken eines patientenzentrierten Sicherheitsmanagements“

Anja Giesecking, Andrea Braun von Reinersdorff

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

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

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

Osnabrück, Juli 2020

Inhaltsverzeichnis

1.	Übersicht.....	2
2.	Präsentation vom 19.09.2020 - Teil I	4
3.	Präsentation vom 19.09.2019 - Teil II	13
4.	Quiz zum Skript „Grundlagen des Risikomanagements“	22
5.	Quiz zu Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen	25
6.	Quiz zu Patientensicherheit durch Design	27
7.	Präsentation vom 25.10.2019 und 26.10.2019.....	29
8.	Quiz zu Patientenrechten	44
9.	Aufgabe: Patientenbroschüren des Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V.	46
10.	Aufgabe: Informationsbroschüren oder Filme für Patienten.....	46
11.	Präsentation vom 06.12.2019	47
12.	Präsentation vom 07.12.2019.....	80

1. Übersicht

Die Tabelle 1 bietet eine Übersicht über den Ablauf des Moduls sowie die Materialien. Für das Selbststudium wurde die Lernplattform Moodle genutzt.

Tabelle 1: Übersicht zum Modul „Tools und Techniken eines patientenzentrierten Sicherheitsmanagements“

Unit	Präsenztage/ Zeiten des Selbststudiums	Material
Auftakt	Präsenztag: 19.09.2019	Präsentation von Anja Giesecking (Organisatorisches) Präsentation von Dr. Peter Gausmann (Einführung in das Thema Patientensicherheit)
Unit 1: „Tools und Techniken des Risikomanagements“	Selbststudium: 20.09. - 24.10.2019	Skript „Grundlagen des Risikomanagements“
		Quiz zum Skript „Grundlagen des Risikomanagements“
		Skript „Rechtliche Anforderungen an das Risikomanagement“
		Quiz zu Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen
		Quiz zu Patientensicherheit durch Design
	Präsenztag: 25.10.2019	Präsentation von Dr. Peter Gausmann
Präsenztag: 26.10.2019	Präsentation von Dr. Peter Gausmann	
Unit 2: „Patientenzentriertes Sicherheitsmanagement und Empowerment“	Selbststudium: 27.10. - 06.12.2019	Skript „Patientensicherheit: die Rolle der Patientinnen und Patienten“
		Quiz zu Patientenrechten
		Aufgabe: Patientenbroschüren des Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V.
		Aufgabe: Informationsbroschüren oder Filme für Patienten
	Präsenztag: 06.12.2019	Präsentation von Anja Giesecking
	Präsenztag: 07.12.2019	Präsentation von Anja Giesecking

Die verantwortliche Lehrperson für das Gesamtmodul war Anja Giesecking M.A. Die Präsenztage der Unit 1 „Tools und Techniken des Risikomanagements“ gestaltete Dr. Peter Gausmann. Zusätzlich haben Jan-Oliver Kutza B.A. sowie Julia Steiner an der Erstellung von Lehr-/Lernmaterialien mitgewirkt.

Auf den folgenden Seiten sind die Präsentationen der Präsenztage sowie die Quizze und die Aufgaben des onlinebasierten Selbststudiums zu finden¹. Die Skripte sind als extra Dokumente auf der Projekthomepage² eingestellt. Auf der Projekthomepage finden Sie ebenfalls die Modulbeschreibung sowie die Vorlage für die Konzepterstellung. Die Evaluation erfolgte durch die Universität Osnabrück.

¹ Zur Vereinfachung wird in den Materialien das Maskulin verwendet. Entsprechende Begriffe gelten im Sinne der Gleichbehandlung grundsätzlich für alle Geschlechter.

² <https://www.hs-osnabrueck.de/kegl/publikationen/>

2. Präsentation vom 19.09.2020 - Teil I

KeGL | Kompetenzentwicklung von Gesundheitsfachpersonal im Kontext des Lebenslangen Lernens

HOCHSCHULE OSNABRÜCK
UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Modulauftakt am 19. September 2019

„Tools und Techniken eines patientenzentrierten Sicherheitsmanagements“

Anja Giesecking



KeGL | Kompetenzentwicklung von Gesundheitsfachpersonal im Kontext des Lebenslangen Lernens

HOCHSCHULE OSNABRÜCK
UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Fünf Hochschulen – eine Idee

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

Entwicklung & Erprobung modularisierter Zertifikatsangebote zur Weiterbildung in Gesundheitsberufen

INNOVATIV BEDARFS-GERECHT INTER-PROFESSIONELL VERNETZT DURCHLÄSSIG

Methodisches Vorgehen



Tagesablauf

09:00 Uhr	Begrüßung
	Evaluation durch die Universität Osnabrück
09:45 Uhr	Einführung in das Thema Patientensicherheit Teil I (Dr. Peter Gausmann)
12:45 Uhr	<i>Mittagspause</i>
13:45 Uhr	Lernen im Modul (Anja Giesecking)
15:00 Uhr	Einführung in das Thema Patientensicherheit Teil II (Dr. Peter Gausmann)
16:45 Uhr	Abschlussreflexion (Anja Giesecking)
17:00 Uhr	ENDE

Struktur des Moduls



*Unit 1: Tools & Techniken des Risikomanagements

**Unit 2: Patientenzentriertes Sicherheitsmanagement und Empowerment

Abschlussmöglichkeiten

Teilnahmebescheinigung (auch für einzelne Units):

- ✓ mind. 75 % Anwesenheit an den Präsenztagen
- ✓ Bearbeitung eines Lernprozessportfolios

Zertifikat:

- ✓ zusätzlich zu den o.g. Anforderungen:
schriftliche Konzepterstellung als Prüfungsleistung

Da sich das Weiterbildungsangebot in der Erprobung befindet, wird das Zertifikat vorbehaltlich der späteren Implementierung an der Hochschule Osnabrück vergeben.

Projektarbeit

Aufgabe:

Ausarbeitung eines schriftlichen Konzepts

- ✓ Bezug zu Ihrer Berufspraxis
 - ✓ Fokussierung auf einen Teilbereich möglich, z.B.
 - „Risikoidentifikation und -analyse mittels CIRS in der Arztpraxis“
 - „Reduzierung von Risiken bei der Medikamentengabe auf einer geriatrischen Station“
 - „Kommunikation im Schadensfall in einem Pflegeheim“
 - „Fehlerberichte durch Patienten in einer Kinderklinik“
 - ...
 - Benotete Prüfungsleistung
 - Als Gruppenarbeit oder in Einzelleistung
(bei Gruppenarbeit sind die Einzelleistungen kenntlich zu machen)
-

Projektarbeit

Vorgehen:

- Beschreibung der Ist-Situation
- Einordnung vor dem Hintergrund des Gelernten
- Ableiten einer **Zielstellung**
- Aufstellen von Lösungsalternativen zur Zielerreichung & Auswahl einer Alternative
- Skizzierung der Implementierung (notwendige Schritte, mögliche Stolpersteine)
- Kritische Beleuchtung (Grenzen der Ausarbeitung, offene Fragestellungen)

Wichtig:

- ✓ Einordnung in den Prozess des Risikomanagements (Unit 1)
 - ✓ Bezug zur Rolle des Patienten herstellen (Unit 2)
 - ✓ Begründen Sie Ihre Ausführungen mit Literatur!
-

Projektarbeit

- Richtwert:
ca. 6 - 8 Seiten pro Person
(ohne Deckblatt und Verzeichnisse,
ohne Anhang)
- Nutzung der Vorlage empfohlen
(zu finden auf Moodle)
 - Gliederung als
Orientierungsmöglichkeit
 - je nach Fragestellung kann eine
abweichende Gliederung sinnvoll
sein



The image shows a template for a project assignment cover page. It features the KeGL and Hochschule Osnabrück logos at the top. The text is centered and includes the following fields:

Modul
„Tools und Techniken eines patientenzentrierten Sicherheitsmanagements“

Konzepterstellung

Thema: <Titel der Arbeit>


Name des Bearbeiters/ der Bearbeitin
Datum der Abgabe

Projektarbeit

- Jederzeit: Möglichkeit für einen persönlichen Termin und/oder Telefonat/ E-Mail
 - zur Besprechung der Zielstellung
 - zur Unterstützung bei Fragen in Bezug auf die Anfertigung einer schriftlichen Ausarbeitung
 - ...
 - Abgabe bis zum **12. Januar 2020**
-

Lernplattform Moodle

Kompetenzentwicklung im Gesundheitswesen

<input type="text" value="Anmeldename"/>	Anmeldename oder Kennwort vergessen?
<input type="text" value="Kennwort"/>	Cookies müssen aktiviert sein! 
<input type="checkbox"/> Anmeldennamen merken	Kurse können einen Gastzugriff erlauben.
<input type="button" value="Login"/>	<input type="button" value="Anmelden als Gast"/>

➤ Ihre persönlichen Zugangsdaten sowie den Link erhalten Sie per Email !

Literaturrecherche

1. Wo recherchieren Sie Literatur?
2. Wie gehen Sie konkret vor?



Bild von [Peggy und Marco Lachmann-Anke auf Pixabay](#)

Literaturrecherche

Suchhilfen

- Internetsuchmaschinen (Google und co.)
- Bibliothekskataloge
- Freihandsuche in einer Bibliothek
- Handsuche in Fachzeitschriften
- Fachdatenbanken
- Sichtung von Literaturverzeichnissen
(welches sind die wichtigsten Autor*innen?)
- Material aus dem Modul (insb. Literaturverzeichnisse)
- Etc.

➤ Kombination unterschiedlicher Suchhilfen empfohlen

Literaturrecherche

Verschiedene Publikationsformen

- Lehrbücher als Einstieg
 - Monographien und Sammelbände
 - Aufsätze (insb. in Hinblick auf Forschungserkenntnisse) – insb. Peer Review
 - Poster
 - Sogenannte „graue“ Literatur, z.B. Abschlussarbeiten, Projektberichte
 - Populärwissenschaftliche Beiträge
 - Etc.
-

Literaturrecherche

Hochschule Osnabrück > Bibliothek

scin|os. DER INTELLIGENTE WEG ZU FACHLITERATUR.

scin|os ist der Begleiter für Studium, Lehre und Forschung. Die Suchmaschine vereint wissenschaftliche Inhalte aus allen Fachdisziplinen unter einer Suchoberfläche. Suchbar sind über eine Milliarde Einträge, darunter gedruckte und elektronische Bücher, Zeitschriften, Aufsätze, Grafiken, Lernvideos und vieles mehr.

Entdecke die Möglichkeiten.

Bei Zugriff außerhalb des Campusnetzes, nutzen Sie bitte VPN!

[Erweiterte Suche](#) | [Über scin|os](#) | [Feedback](#)



✓ Bibliotheken
der
Hochschulen
und
Universitäten

Abschlussreflexion

- Wie zufrieden sind Sie derzeit?
(Punkte kleben)
 - Was war besonders interessant?
 - Haben Sie Verbesserungsvorschläge?
 - Haben Sie offene Fragen?
-

Quellen

- Rambow, R. & Nückles, M. (2002). Der Einsatz des Lerntagebuchs in der Hochschullehre. *Das Hochschulwesen*, 50 (3), 113-120.
 - Wolf, A. & Braun von Reinersdorff, A. (2015). *Fünf Hochschulen, eine Idee: Gesundheitsberufe stärken*. Dreiländertagung Health Universities, Winterthur. Verfügbar unter: <https://www.hs-osnabrueck.de/de/kegl/publikationen/#c2372640> (letzter Zugriff am 30.05.2018)
-

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit.

3. Präsentation vom 19.09.2019 - Teil II

PATIENTENSICHERHEIT

Tools & Techniken eines patientenzentrierten Sicherheitsmanagements

Safety-I and Safety-II

Safety I:

Wir sorgen dafür, dass möglichst wenig falsch läuft!

Ein Zwischenfall wird durch Fehler verursacht.
Sicherheit wird reaktiv erreicht, indem wir professionell auf Zwischenfälle reagieren.

Safety II:

Wir sorgen dafür, dass es richtig läuft!

Normale Verläufe und Zwischenfälle entstehen auf gleiche Weise.
Sicherheit wird proaktiv erreicht, indem versucht wird,
Prozesse möglichst optimal zu gestalten.

*„Jede Minute sterben fünf Menschen wegen fehlerhafter
Behandlung“* Quelle: Ghebreyesus, T. A. (2019) [2]

*"Fehler machen ist menschlich. Aber von Fehlern nicht
zu lernen ist inakzeptabel"* Quelle: Dhingra-Kumar, N. (2019) [3]

SPEAK UP FOR PATIENT SAFETY!

Um das Engagement für Patientensicherheit in der
Öffentlichkeit sichtbar zu machen, möchten wir uns
der Bitte der WHO anschließen, am 17. September
Gebäude oder Touristenattraktionen **orange**
anstrahlen zu lassen.

Quelle: Aktionsbündnis Patientensicherheit (2019) [4]

PATIENTENSICHERHEIT IST ORANGE

Patientensicherheitsdefizite

- verursachen 15% der Kosten im Gesundheitssystem
- belegen Platz 14 der Ursachen für die weltweite Krankheitslast (gleichauf mit der Tuberkulose und der Malaria)

Quelle: OECD [5]

Die häufigsten Schädigungen stehen mit nur wenigen kritischen Ereignissen im Zusammenhang

- **HAI Healthcare-associated infections**
- **Venöse Thromboembolie (VTE)**
- **Druckläsionen**
- **Medikationsfehler**
- **Falsche oder verspätete Diagnosen**

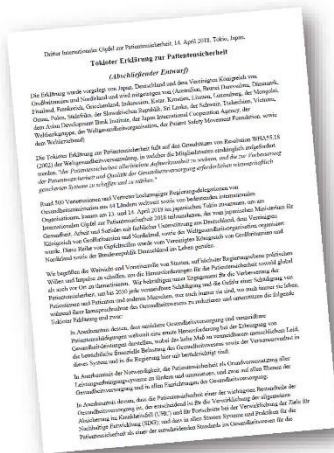
Quelle: OECD [6]

3. Global Summit on Patient Safety 2018 / Tokio 13./14. April 2018

- Patient safety culture
- Patient safety in an ageing society
- Patient safety needs for achieving universal health coverage in low- and middle-income countries (LMICs)
- Information and Communication Technology (ICT) for patient safety
- Economics of patient safety

Quelle: Bundesgesundheitsministerium (2018) [7]

Tokyo Declaration on Patient Safety 2018 (Auszüge)



...Patientensicherheit ist als Grundvoraussetzung aller Leistungserbringungssysteme zu fördern und umzusetzen...

...Patientensicherheit ist weltweit, in der Akutversorgung, der ambulanten Versorgung, sowie der gemeindenahen und umfassenden häuslichen Versorgung zu etablieren.....

...Ältere Menschen sind anfälliger für unerwünschte Ereignisse und Patientensicherheit muss die besonderen Erfordernisse einer alternden Gesellschaft berücksichtigen.....

...Patientensicherheitsdefizite haben weltweit ähnliche Ursachen, für die es auch häufig ähnliche Lösungen gibt, was die Notwendigkeit einer Zusammenarbeit zwischen Ländern und Institutionen unterstreicht....

...Patientinnen und Patienten sowie ihre Familien sind in die Erbringung einer sicheren und qualitativ hochwertigen Gesundheitsversorgung einzubeziehen...

...Systeme zur Messung der Patientensicherheit sind auf allen Ebenen der Gesundheitsversorgung zu etablieren....

Quelle: Third Global Ministerial Summit on Patient Safety (2018) [8]

Nationale Gesundheitssysteme sollen
in noch stärkerem Maße
Patienten und ihre Angehörige ermutigen,
praktische „Empowerment“-Strategien
zu entwickeln.

Dadurch lassen sich Gesundheitskompetenz
und gemeinschaftliches Engagement stärken.

Quelle: Ministry of Health Jeddah (2019) [9]

Auch die **Sicherheit der Mitarbeiter** im Gesundheitssystem ist Treiber für die Patientensicherheit.

Die **Arbeitsplatzsicherheit** ist von zentraler Bedeutung.

Daher ist es wichtig, dass die Länder angemessene **Personal- und Qualifikationsvorgaben** definieren,

das Thema Patientensicherheit zum curricularen Gegenstand der medizinische, pflegerische und gesundheitswissenschaftlichen Ausbildung machen,

und innovative Ansätze für die **Organisationsentwicklung** den Angehörigen der Gesundheitsberufe zukommen lassen.

In diesem Zusammenhang kommt der Thematik „**Second Victim**“ eine zentrale Rolle zu.

Das zweite Opfer eines Behandlungs- oder Pflegefehlers, der Verursacher oder die Verursacherin, bedürfen der **besonderen Fürsorge** der Leitung und des Teams in Gesundheitseinrichtungen.

Quelle: Ministry of Health Jeddah (2019) [9]

Jeddah Declaration on Patient Safety:

Die Nationalen Gesundheitssysteme werden ermutigt, von „Best Practices in Safety“ anderer Branchen zu lernen.

Das Saudi Patient Safety Center ist Initiator einer Kollaborationsplattform, in der sich Sicherheitsexperten austauschen und durch die sie voneinander lernen können....

Quelle: Ministry of Health Jeddah (2019) [9]

- PATIENTENSICHERHEIT GLOBAL
- NIELS HÖGEL UND DIE FOLGEN
- **PATIENTENSICHERHEIT 2025**
- PRIORITÄTEN

TRANSPARENZ

**Unsere Urteile über Risiken
sind oft unangemessen
und wenig rational.**

**Wir überschätzen viele
eher marginale Risiken
und unterschätzen
gravierende Bedrohungen.**

Ansprechpartner



Dr. Peter Gausmann
Geschäftsführung GRB Gesellschaft für Risiko-Bratung



Ecclesiastr. 1 - 4 | 32758 Detmold



peter.gausmann@grb.de



T +49 (0) 5231 603-312

Quellen

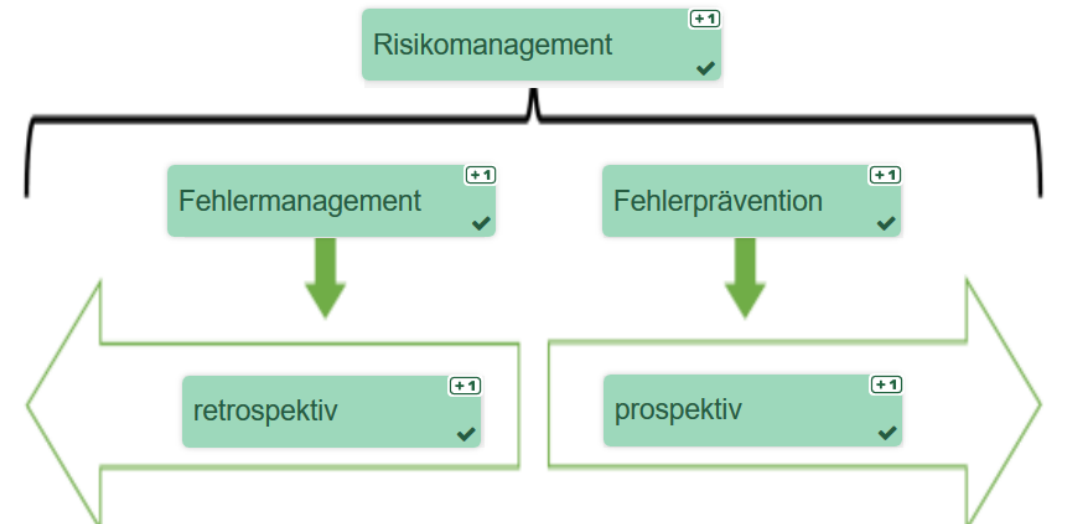
- [1] Hollnagel, E. (2014). *Safety-I and Safety-II. The past and future of safety management* (vol. 17). Farnham: Ashgate.
- [2] Ghebreyesus, T. A. (14.09.2019). *Anlässlich: Welttag der Patientensicherheit*. Interview durch dpa, Zugriff am 09.04.2020, Verfügbar unter https://www.focus.de/gesundheits/news/weltgesundheitsorganisation-jede-minute-sterben-fuenf-menschen-durch-falsche-medizinische-behandlung_id_11143093.html.
- [3] Dhingra-Kumar, N. (14.09.2019). *Anlässlich: Welttag der Patientensicherheit*. Interview durch dpa, Zugriff am 09.04.2020, Verfügbar unter https://www.focus.de/gesundheits/news/weltgesundheitsorganisation-jede-minute-sterben-fuenf-menschen-durch-falsche-medizinische-behandlung_id_11143093.html.
- [4] Aktionsbündnis Patientensicherheit (2019), Zugriff am 25.03.2020, Verfügbar unter <https://www.tag-der-patientensicherheit.de/archiv-2019.html>
- [5] OECD, Zugriff am 22.03.2020, Verfügbar unter <https://www.oecd.org/health/patient-safety.htm>
- [6] OECD, Adapted from Kingston-Riechers J. et al (2010), Etchells et al (2012), Levinson (2014), Zugriff am 22.03.2020, Verfügbar unter <https://www.oecd.org/health/patient-safety.htm>
- [7] Bundesgesundheitsministerium Deutschland, zuletzt geprüft am 25.03.2020, Verfügbar unter <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/english-version/international/patient-safety-summit-2018.html>
- [8] Tokyo Declaration on Patient Safety, Third Global Ministerial Summit on Patient Safety, 14 April 2018, Tokyo, Japan, zuletzt geprüft am 02.04.2020, Verfügbar unter https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/P/Patientensicherheit/PSS_2018/Tokyo_Declaration.pdf
- [9] Jeddah Declaration on Patient Safety (2019), Ministry of Health Jeddah, Zugriff am 30.03.2020, Verfügbar unter https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/P/Patientensicherheit/PSS_2019/Patientensicherheit_Erklaerung_Dschidda_2019.pdf

4. Quiz zum Skript „Grundlagen des Risikomanagements“

Mit dem Quiz können Sie Ihr Wissen (Fragen 1 bis 11) überprüfen.

Frage 1

Ordnen Sie die Begriffe im Bild ein.



Frage 2³

Ordnen Sie die Beschreibungen den Schritten des Risikomanagementprozesses zu.
(Übung in Anlehnung an: Behörde für Soziales, Familie, Gesundheit und Verbraucherschutz, 2010)

In einer Kinderklinik melden Mitarbeiter einer Intensivstation, dass sich Beatmungstuben lösen und drohen zu dislozieren. **Risikoidentifikation** ✓

Risiken, die lebensbedrohliche Auswirkungen haben und noch dazu leicht zu beheben sind, werden mit höchster Priorität behandelt. Das Risiko, dass sich die Beatmungstuben lösen, wird als solches Risiko erkannt und entsprechend dringlich eingestuft. **Risikobewertung** ✓

Es werden die alten Pflaster bestellt und die problembehafteten Pflaster nicht mehr. **Risikobehandlung** ✓

Es stellt sich heraus, dass die Pflaster, mit welchen die Tuben fixiert werden neu beschafft worden sind und dass diese ursächlich für die berichteten Probleme sind. **Risikoanalyse** ✓

Nachdem die Beatmungstuben wieder mit den alten Pflastern fixiert werden, treten keine Probleme mehr auf. **Risikoüberwachung** ✓

³ Behörde für Soziales, Familie, Gesundheit und Verbraucherschutz (Hrsg.). (2010). Aus Fehlern lernen. Curriculumbausteine Patientensicherheit (2. Aufl.). Hamburg. Zugriff am 03.04.2019. Verfügbar unter <https://www.hamburg.de/contentblob/2670294/a6aedde5c37a3ad309f11ce85519a7da/data/aus-fehlern-lernen.pdf>

Frage 3

Was sind mögliche Informationsquellen zur Risikoidentifikation?

Wählen Sie eine oder mehrere Antworten:

- Beschwerden von Patienten oder Angehörigen
- Haftpflichtfälle
- Risikoprioritätszahl
- Meldungen aus einem internen Critical Incident Reporting System
- Risikomatrix

Frage 4

Im Rahmen der Risikoanalyse werden die Ursachen, die Auswirkungen und die Eintrittswahrscheinlichkeit analysiert. Dies zielt darauf, ein besseres Verständnis des Risikos zu erlangen.

- Wahr Falsch

Frage 5

Erfolgsfaktoren einer retrospektiven Analyse von kritischen Ereignissen sind:

- Dezentrale Auswertung
- Zeitpunkt
- Zielsetzung
- Zusammensetzung

Frage 6

Im Rahmen der Risikobewertung werden die Ergebnisse der Risikoanalyse mit vorab festgelegten Kriterien verglichen. Auf diese Weise soll eine Entscheidungsgrundlage geschaffen werden.

- Wahr Falsch

Frage 7

Welche Optionen bestehen bei dem Umgang mit Risiken?

Wählen Sie eine oder mehrere Antworten:

- Aktives Reduzieren
- Verlagerung
- Abstellen
- Duldung

Frage 8

Maßnahmen, die einer Verhaltensänderung voraussetzen, gelten als schwächer als Maßnahmen, die unabhängig vom menschlichen Verhalten sind.

Wahr



Falsch

Frage 9

Das gesamte Risikomanagementsystem sollte einer systematischen Überprüfung unterliegen. Das Risikomanagement ist dazu als ständiger Verbesserungsprozess in Anlehnung an den PDCA-Zyklus zu gestalten. Der PDCA-Zyklus nach Deming umfasst die folgenden Schritte:
Füllen Sie jeweils die Lücken aus:

Plan ✓ :Zielvorgabe/Planung

Do ✓ :Ausführung/Realisation

Check ✓ :Analyse/Prüfung

Act ✓ :Verbesserung/Weiterentwicklung

Frage 10

Die Verantwortung über die Einführung und Realisation des Risikomanagementsystems obliegt der Leitung einer Organisation.

Wahr



Falsch

Frage 11

Ordnen Sie jeweils zu, ob es sich um eine schwache, mittlere oder starke Maßnahme handelt.

Warnung. schwach ✓

Checklisten. mittel ✓

Bauliche Maßnahme. stark ✓

neue Geräte. stark ✓

5. Quiz zu Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen

Die Stiftung Patientensicherheit Schweiz hat einen Leitfaden für M & M-Konferenzen⁴ herausgegeben. Wir haben auf dieser Basis ein Quiz (Fragen 1 bis 9) erstellt, mittels welchem Sie Ihr Wissen testen können.

Frage 1

Wodurch zeichnen sich M & M-Konferenzen aus?

- Teamwork
- Sachlichkeit und Respekt
- Vertraulichkeit
- Ergebnisoffenheit
- Einnahme einer Systemperspektive

Frage 2

Die Ergebnisse der M&M-Konferenzen sollten in der Patientenakte abgeheftet werden.

Wahr

Falsch

Frage 3

Die oberste Leitungsposition sollte die Moderation übernehmen

Wahr

Falsch

Frage 4

Die strukturierte Vorgehensweise soll den Teilnehmenden Sicherheit vermitteln

Wahr

Falsch

Frage 5

Eine transparente und standardisierte Fallauswahl soll Vertrauen schaffen

Wahr

Falsch

⁴ Verlinkung auf:

https://www.patientensicherheit.ch/fileadmin/user_upload/2_Forschung_und_Entwicklung/MOMO/Leitfaden_Morbidaets- und Mortalitaetskonferenzen.pdf (letzter Zugriff am 07.07.2020)

Frage 6

Die präsentierende Person sollte nicht in den Fall involviert gewesen sein

Wahr Falsch ✓

Frage 7

In der Präsentation der Vor-Analyse sollten auch mögliche Verbesserungsmaßnahmen genannt werden

Wahr Falsch ✓

Frage 8

Ein Attributionsfehler entsteht, wenn eine Handlung eher mit Eigenschaften von Personen als mit Eigenschaften der Situation begründet wird

Wahr ✓ Falsch

Frage 9

Ein Rückschaufehler entsteht, wenn Menschen dazu neigen, die Vorhersehbarkeit von Ereignissen im Nachhinein zu überschätzen

Wahr ✓ Falsch

6. Quiz zu Patientensicherheit durch Design

Erstellung: Julia Steiner

Schauen Sie das Video mit dem Titel „Mehr Patientensicherheit durch Design“⁵. Es handelt sich um einen Vortrag von Prof. Dr. David Schwappach. Mit dem Quiz können Sie Ihr Wissen (Fragen 1 bis 6) überprüfen.

Frage 1

Der englische Begriff "never events" beschreibt:

- Schwerwiegende medizinische Zwischenfälle, die nie auftreten.
- Schwerwiegende, prinzipiell vermeidbare medizinische Zwischenfälle, die nie auftreten sollten.

Frage 2

Wie heißt die Analyse-Methode, mit deren Hilfe schwere Zwischenfälle systematisch aufgearbeitet werden, um Problemquellen zu identifizieren und zu beseitigen?

- Korrelations-Analyse
- Trial and Error
- Root Cause Analyse
- ABC-Analyse

Frage 3

Bitte ordnen Sie die Begriffe den passenden Maßnahmen zu.

Personenbasierte Maßnahmen	Maßnahmen auf Systemlevel
Checklisten (kognitive Hilfen) ✓	Vereinfachung/Standardisierung ✓
Regeln und Protokolle ✓	Automation/Computerisierung ✓
Seminare und Schulungen ✓	Kulturwandel ✓

⁵ Verlinkung auf: <https://portal.klewe.com/watch/webcast/sgi-symposium-2018/talk/3/> (letzter Zugriff am 07.07.2020)

Frage 4

Personenbasierte Maßnahmen sind effektiver als Maßnahmen auf System-Level.

Wahr Falsch ✓

Frage 5

Doppelkontrollen stehen in der Hierarchie der Wirksamkeit von Maßnahmen weit unten. Dafür gibt es zahlreiche Gründe. Zu den Hauptfaktoren, die im Alltag bei einer Doppelkontrolle stören, zählen Eile und Hektik sowie Störungen und Unterbrechungen.

Wahr ✓ Falsch

Frage 6

In Zukunft ist mehr Forschung und Erprobung systemischer Interventionen notwendig, da der Fokus derzeit stark auf personenbasierten Maßnahmen liegt.

Wahr ✓ Falsch

7. Präsentation vom 25.10.2019 und 26.10.2019

PATIENTENSICHERHEIT

Tools & Techniken eines patientenzentrierten Sicherheitsmanagements

PATIENTENSICHERHEIT

„ist das aus der **Perspektive der Patienten** bestimmte Maß,
in dem **handelnde Personen,**
Berufsgruppen, Teams, Organisationen, Verbände und das Gesundheitssystem

einen Zustand aufweisen, in dem **unerwünschte Ereignisse selten auftreten,**

Sicherheitsverhalten gefördert wird und Risiken beherrscht werden,
indem Einrichtungen über die Eigenschaft verfügen,
Sicherheit als erstrebenswertes **Ziel** zu erkennen

und **realistische Optionen** zur Verbesserung umzusetzen,
und damit in der Lage sind,

ihre **Innovationskompetenz** in den Dienst der Verwirklichung von Sicherheit zu stellen“.

Grundprinzipien aller Instrumente

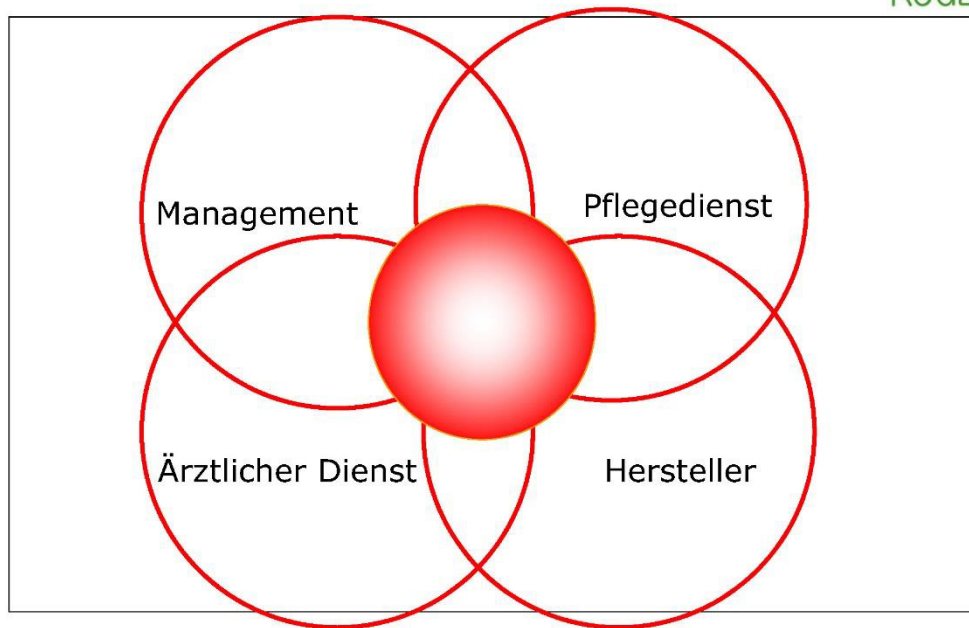
Untersuchungselemente im klinischen Risiko-Management

Behandlung

Patientenaufklärung

Organisation

Dokumentation



Checkliste Pressekonferenz

1. Einladung
 - Kurzbeschreibung des Themas,
 - Wegbeschreibung,
 - Parkplatz.
 - Termine

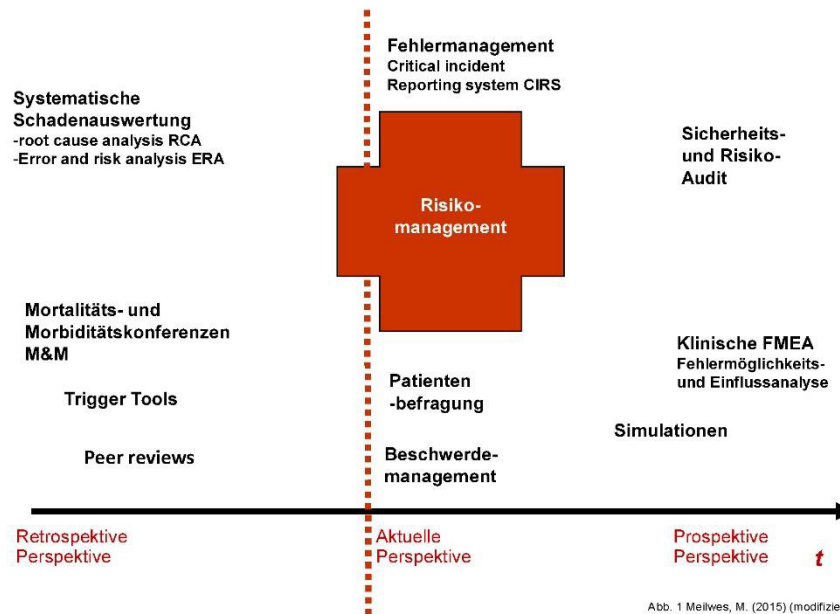
2. Durchführung:
 - etwa 1 Stunde,
 - ein bis zwei Gesprächspartner halten Kurzstatements,
 - Nachfragen ermöglichen: Interviews, Photos.
 - Pressemappe mit Informationen und Kurzbericht im Stil der Pressemitteilung

3. Nachbereitung: Pressemitteilung verschicken

4. Zusatztermine für Telefoninterviews

5. Schnellinfo für Mitarbeitende und Patienten

Instrumente des Risikomanagements



Instrumente des Risikomanagements



['aʊdɪt]

auditio (Anhörung), audire ((an)hören)

In einem **Audit** wird untersucht,
ob Prozesse Anforderungen und Richtlinien erfüllen.

Ein solches Untersuchungsverfahren erfolgt häufig im Rahmen eines
Qualitätsmanagements.
Audits werden von speziell hierfür geschulte **Auditoren** durchgeführt.

Quelle: Gausmann, P. (2010) [2]

Ein **Risikoaudit** ist die systematische und unabhängige **Untersuchung** von Strukturen, Prozessen und deren Ergebnisse,

durch die das **Vorhandensein und die regelgerechte Anwendung** spezifischer Anforderungen zur **Prävention**

beurteilt und dokumentiert werden .

Quelle: Gausmann, P. (2010) [2]

Voraussetzungen für Risikoaudits

- die Existenz von sicherheitsrelevanten Prozessen
- die Bereitschaft zur Veränderung bei den Auditierten
- die Freiwilligkeit der Teilnahme der Auditierten
- die Beratungsfähigkeit des Ratsuchenden
- die Methoden- und Sozialkompetenz des Auditors
- Kommunikationsbereitschaft als Gestaltungselement

Quelle: Gausmann, P. (2010) [2]

Formuliert Fragestellungen für ein Audit in Risikobereichen

Berücksichtigt dabei die
zentralen Themen des klinischen Risikomanagements

- Behandlung
- Aufklärung
- Dokumentation
- Organisation

RM-Audit

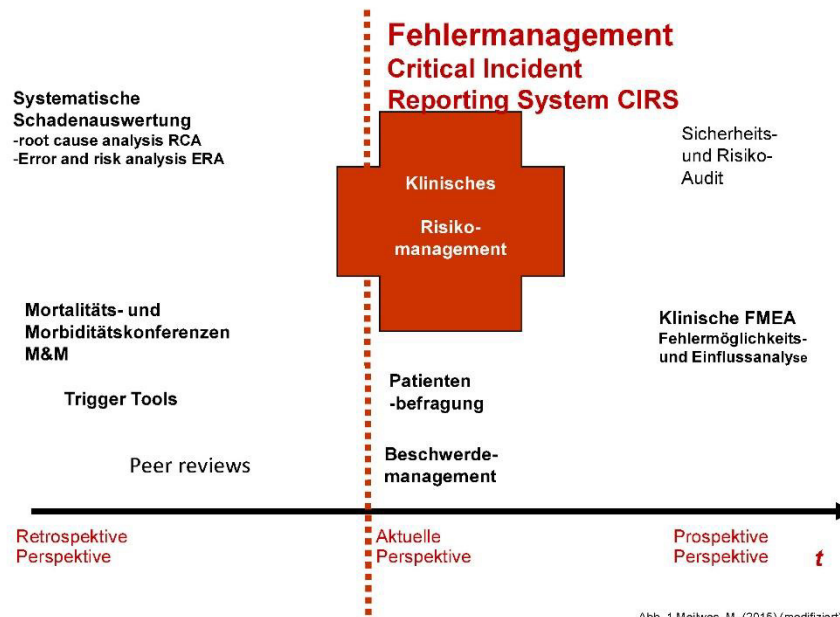
Voraussetzungen:


- Bereitschaft des Teams zur aktiven Mitarbeit
- Praxiserfahrene interne oder externe Auditoren
- Nutzung der Ergebnisse und Evaluation der Maßnahme

Funktion:

- Prospektive Risikoidentifizierung, -bewertung und bewältigung

Instrumente des klinischen Risikomanagements





Nr. 1
21.12.2007

Quick-Alert

CIRNET

Luftemboliegefahr durch Spritze als Spielzeug

Ereignis:
Im Aufwachraum wurde einem 5-jährigen Kind eine leere saubere Spritze (ohne Kanüle) zum Spielen abgegeben. Da das Kind die Injektion von Medikamenten bei anderen Patienten im Aufwachraum beobachten konnte, füllte es die Spritze mit Luft und steckte sie auf den eigenen Venflon-Ansatz. Dies wurde zufällig vom Personal beobachtet.

Was wäre wenn:
Wäre der Fall nicht beobachtet und verhindert worden, wäre die Situation lebensbedrohlich ausgefallen. Die intravenöse Injektion von 20 ml Luft ist für ein 5-jähriges Kind absolut tödlich!

Empfehlungen:
→ das Abgeben von Spritzen an Kinder gänzlich untersagen
→ keine leeren Spritzen liegen lassen

Kommentar:
Dieser Fall zeigt exemplarisch die Bedeutung von Incident Reporting Systemen. Anscheinend banale Fälle, Fälle die wir „schon immer so gemacht haben“, können ein gewaltiges Risiko-Potential entwickeln. Entsprechend wichtig ist die breite Verteilung derartiger Warnungen.

Abb. 2 Patientensicherheit Schweiz (2007)

Empfehlung des Ministerrats der EU Mai 2006
"on management of patient safety and prevention of adverse events."

Es sollen Berichtssysteme zur Erfassung von Patienten-Sicherheits-Vorfällen entwickelt und unterstützt werden, um die Patientensicherheit zu verbessern und um von solchen Vorfällen zu lernen. Die Berichtssysteme sollen straffrei und fair, nicht gesetzlich geregelt, sondern freiwillig, anonym und vertrauensvoll sein. Daten sollen auf lokaler Ebene erfasst und dann regional und national konsolidiert und ausgewertet werden. Sowohl der private, der öffentliche Sektor, als auch die betroffenen Patienten sollen in dieser Bestrebung für mehr Patientensicherheit einbezogen werden.

Quelle: Vgl.: Perneger, T. (2008) [3]

4 CIRS Grundprinzipien (WHO 2004)

1. Die Berichte müssen geschützt sein.
Mitarbeiter müssen frei von Bestrafung
oder anderen negativen Wirkungen melden können.
2. Die Meldung ist nur nützlich, wenn sie beantwortet wird.
Dies beinhaltet im Minimum Information zur Datenanalyse,
besser die Rückmeldung mit Vereinbarungen zur Prozessänderung.
3. Analysen, Erarbeiten von Lerneffekten
und die Verbreitung der Erkenntnisse erfordern
Sachkenntnis, sowie personelle und finanzielle Ressourcen.
- 4. Der Auswertenden muss entscheidungsbefugt sein
und Lösungen entwickeln können.**

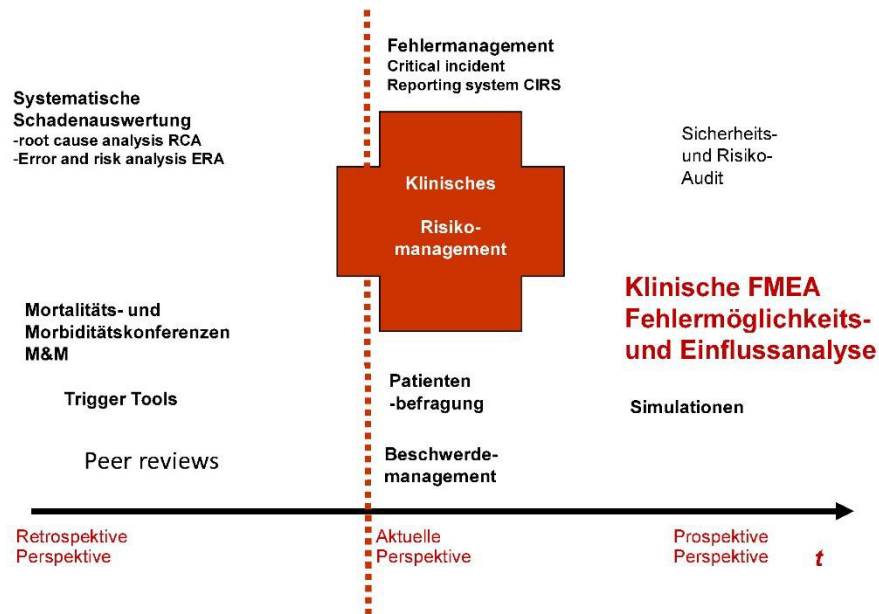
Quelle: Vgl.: Herold, A. & Rohe, J. Vegten, A. (2012) [4]

Foren

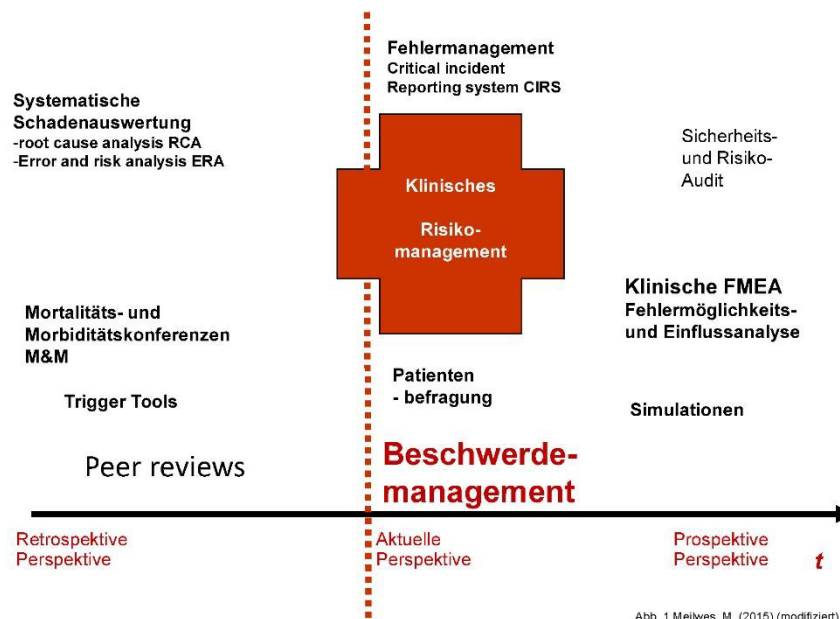
Jeder-Fehler-zählt.de (Hausarztpraxen)
PASIS – Patienten-Sicherheits-Informationen-System (Tübingen)
PASOS – Patienten-Sicherheits-Optimierungs-System (DGAI & Tübingen)
CIRS medical (international)
 CIRS medical Deutschland (ÄZQ)
 CIRS medical WL (Ärztchammer Westfalen Lippe)
CIRS AINS (Berufsverband Deutscher Anästhesisten)
CIRS Pädiatrie (Berufsverband der Kinder-und Jugendärzte)
CIRS Netz Berlin (Ärztchammer Berlin)
Fehlerberichtssystem der KDA (Altenpflege)

Netzwerke:
 CIRS Netz Deutschland
 CIRNET (Critical Incident Reporting & Reacting Net) Schweiz
 CIRS Netz Österreich

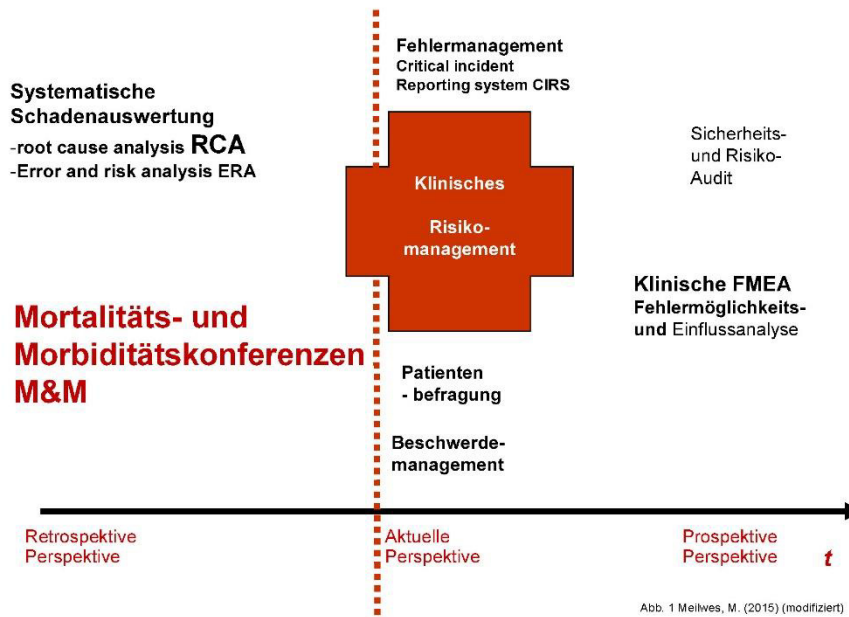
Instrumente des klinischen Risikomanagements



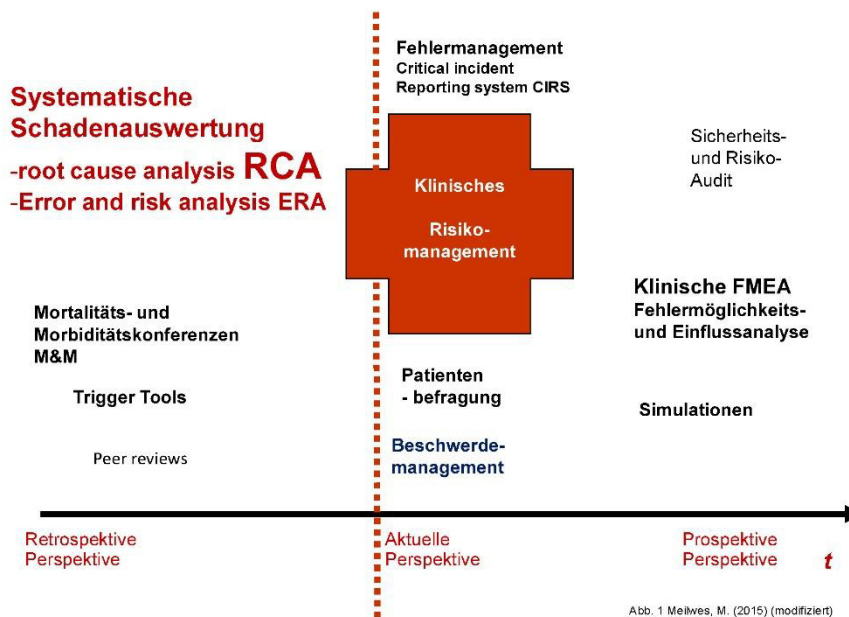
Instrumente des klinischen Risikomanagements



Instrumente des klinischen Risikomanagements



Instrumente des klinischen Risikomanagements



Instrumente des klinischen Risikomanagements

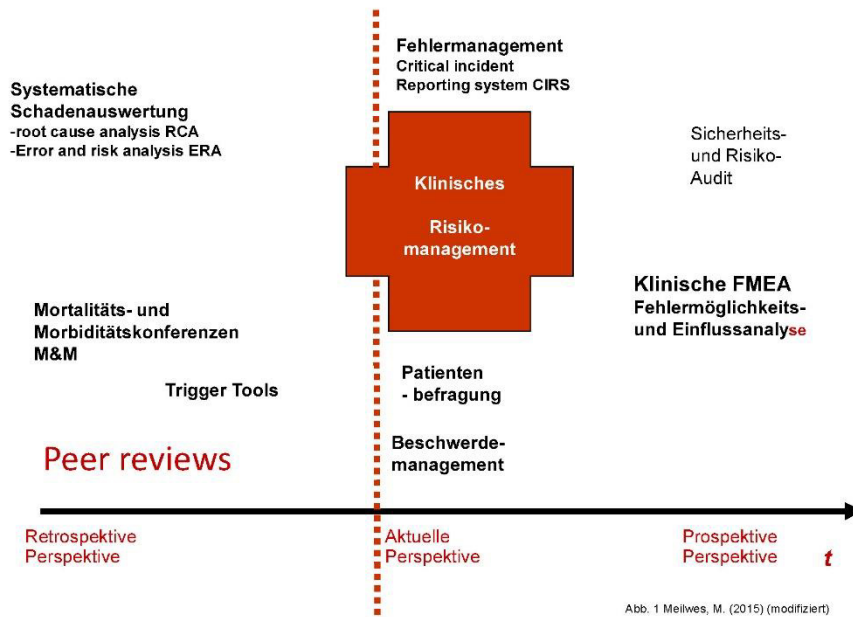


Abb. 1 Mellwies, M. (2015) (modifiziert)

Instrumente des klinischen Risikomanagements

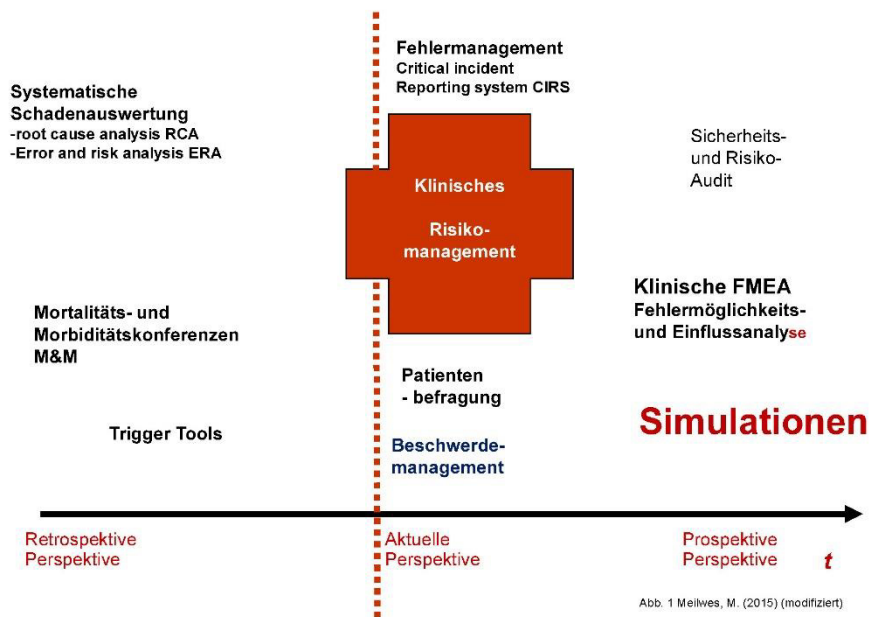


Abb. 1 Mellwies, M. (2015) (modifiziert)

Instrumente des klinischen Risikomanagements

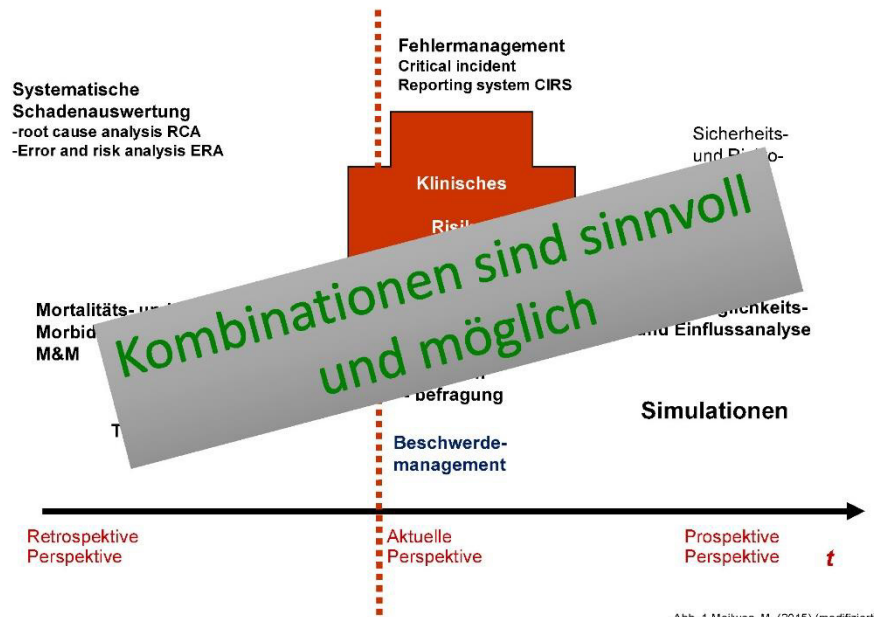


Abb. 1 Meilwes, M. (2015) (modifiziert)

Quellen

- [1] Schrappe, M. (2018). *APS-Weißbuch Patientensicherheit. Sicherheit in der Gesundheitsversorgung: neu denken, gezielt verbessern*. Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft. Zugriff am 30.03.2020. Verfügbar unter https://www.aps-ev.de/wp-content/uploads/2018/08/APS-Weissbuch_2018.pdf
- [2] Gausmann, P. (2010). *Klinisches Risikomanagement. - Konzeptionierung und empirische Evidenz eines computergestützten Beratungsverfahrens für Krankenhäuser*. Dissertation. Pädagogische Hochschule Weingarten, Weingarten. Zugriff am 03.04.2020. Verfügbar unter <https://d-nb.info/1002337410/34>
- [3] Perneger, T. (2008). The Council of Europe recommendation Rec (2006)7 on management of patient safety and prevention of adverse events in health care. *International Journal for Quality in Health Care*, 20(5), 305–307.
- [4] Herold, A. & Rohe, J. Vegten, A. (2012, April). *CIRS: Wie lerne ich draus? CIRS planen und erfolgreich starten*. APS Jahrestagung 2012, Berlin. Zugriff am 03.04.2020. Verfügbar unter https://www.aps-ev.de/wp-content/uploads/2016/09/Julia_Rohe_Amanda_van_Vegten_Angela_Herold.pdf

Darstellungsverzeichnis

Abb. 1 Meilwes, M. (2015, September). *High Reliability Organisation "Krankenhaus": vom Fehlermanagement zum Hochzuverlässigkeitsmanagement*, Medizinische Hochschule Hannover. Zugriff am 06.04.2020. Verfügbar unter <https://docplayer.org/7628530-High-reliability-organisation-krankenhaus-vom-fehlermanagement-zum-hochzuverlaessigkeitsmanagement.html>

Abb. 2 Patientensicherheit Schweiz (2007, Dezember). CIRNET. Quick-Alert. *Luftemboliegefahr durch Spritze als Spielzeug*. Zugriff am 06.04.2020. Verfügbar unter https://www.patientensicherheit.ch/fileadmin/user_upload/Publikationen/Quick-Alert/Quick-Alert_Nr1_Luftembolie_20071221_dt.pdf

8. Quiz zu Patientenrechten

Erstellung: Julia Steiner

Voraussetzung für eine Patientenbeteiligung ist, dass Patientinnen und Patienten ihre Rechte kennen. Kennen Sie grundlegende Patientenrechte? Sie finden hier⁶ Erläuterungen zu Patientenrechten. Mit dem Quiz (Fragen 1 bis 7) können Sie Ihr Wissen überprüfen.

Frage 1

Ziehen Sie die Wörter in die richtigen Felder.

Im Februar 2013 trat das Patientenrechtegesetz (PRG) in Kraft. Die bis dahin gültige Rechtsprechung wurde in einem neuen Unterkapitel des **Bürgerlichen Gese...** ✓ zusammengefasst und konkretisiert und zugleich die Patientenrechte im **Fünften Sozialges...** ✓ ergänzt und erweitert.

Zwar hatten Patienten in Deutschland zuvor auch Rechte und Pflichten. Ein Großteil dieser Rechte war jedoch nicht gesetzlich festgeschrieben, sondern gründete auf dem sogenannten **Richterrecht** ✓, der Rechtsprechung. Es war deshalb sehr schwierig, sich einen Überblick über die Rechte und Ansprüche der Patienten zu verschaffen. Durch das „Gesetz zur Verbesserung der Rechte von Patientinnen und Patienten“ – dem sogenannten **Patientenrechtege...** ✓ sind die verstreuten Patientenrechte erstmals gebündelt worden. Zudem ist die Stellung des Patienten im Gesundheitssystem gestärkt worden. Das Gesetz kommt nicht nur Patientinnen und Patienten zugute. Auch die Behandelnden haben seither mehr Rechtssicherheit.

Frage 2

Welche möglichen Ansprechpartner haben Patienten im Falle des Verdachts auf einen Behandlungsfehler?

Hier können mehrere Antworten möglich sein.

- die Unabhängige Patientenberatung (UPD)
- die Krankenkasse
- Verbraucherzentralen
- Selbsthilfeorganisationen

Frage 3

Die Patientenverfügung ist freiwillig für jeden Patienten. Wer entscheidet über die Behandlung, wenn weder eine Patientenverfügung, noch eine Vorsorgevollmacht vorliegt und der Patient selbst nicht mehr entscheidungsfähig ist?

- der behandelnde Arzt
- das Betreuungsgericht
- der nächste Angehörige

⁶ Verlinkung auf: <https://www.stiftung-gesundheitswissen.de/gesund-leben/patient-arzt/welche-rechte-und-pflichten-haben-patienten> (letzter Zugriff am 07.07.2020)

Frage 4

Der Patient hat nicht das Recht, die Behandlung abzulehnen.

Wahr

Falsch ✓

Frage 5

Hier können mehrere Antworten möglich sein.

Das Gespräch der ärztlichen Aufklärung...

✓ umfasst die Aufklärung über Diagnose, Therapie, alternative Behandlungsmöglichkeiten sowie die absehbare gesundheitliche Entwicklung und die Behandlungskosten.

muss durchgeführt werden, auch wenn der Patient dies nicht möchte.

✓ darf in besonderen Fällen (z. B. im Notfall) entfallen.

✓ muss rechtzeitig erfolgen.

kann nur vom Behandelnden selbst durchgeführt werden.

Bei einem begründeten Verdacht auf Suizid entfällt das Recht eines Patienten, seine Akte jederzeit einzusehen.

Wahr ✓

Falsch

Frage 6

Nach § 305 Abs. 2 SGB V können Patienten von ihrem Arzt, Zahnarzt oder Krankenhaus eine Patientenquittung mit Kosten- und Leistungsinformationen in verständlicher Form erhalten. Diese können Sie sich entweder direkt im Anschluss an die Behandlung oder nach Ablauf des Abrechnungsquartals ausstellen lassen.

Wahr ✓

Falsch

Frage 7

Die Patientenverfügung ist freiwillig für jeden Patienten. Wer entscheidet über die Behandlung, wenn weder eine Patientenverfügung, noch eine Vorsorgevollmacht vorliegt und der Patient selbst nicht mehr entscheidungsfähig ist?

der behandelnde Arzt

✓ das Betreuungsgericht

der nächste Angehörige

9. Aufgabe: Patientenbroschüren des Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V.

Schauen Sie sich die Broschüre "Sicher im Krankenhaus"⁷ sowie die Broschüre "Sicher in der Arztpraxis"⁸ des Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V. unter folgenden Gesichtspunkten an:

- Was überrascht Sie?
- Fehlt Ihnen etwas?
- Nach Ihrer Erfahrung, welche Empfehlungen werden bereits umgesetzt?

Notieren Sie sich Ihre Überlegungen und bringen Sie diese zur nächsten Präsenz als Gedankenstütze mit.

10. Aufgabe: Informationsbroschüren oder Filme für Patienten

Nutzen Sie in Ihrer Organisation Informationsbroschüren oder Filme für Patienten? Falls diese im Internet frei zugänglich sind, verlinken Sie diese in unserem Forum.

⁷ Verlinkung auf: <https://www.aps-ev.de/wp-content/uploads/2017/03/01-Sicher-im-Krankenhaus-Download.pdf> (letzter Zugriff am 07.07.2020)

⁸ Verlinkung auf: https://www.aps-ev.de/wp-content/uploads/2016/09/150529_TippsArztpraxis_web.pdf (letzter Zugriff am 07.07.2020)

11. Präsentation vom 06.12.2019



Kompetenzentwicklung von
Gesundheitsfachpersonal
im Kontext des
Lebenslangen Lernens



HOCHSCHULE OSNABRÜCK
UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Unit 2: „Patientenzentriertes Sicherheitsmanagement und Empowerment“

6. Dezember 2019

Anja Giesecking









Gefördert vom



Kompetenzentwicklung von
Gesundheitsfachpersonal
im Kontext des
Lebenslangen Lernens



HOCHSCHULE OSNABRÜCK
UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Struktur des Moduls

Auftakt am 19. September			<div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);">Projektarbeit</div> <div style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);">Lernprozessportfolio</div> </div>
Selbstlernphase Gesamtmodul	Grundlagen der Patientensicherheit		
Selbstlernphase Unit 1*	Grundlagen des Risikomanagements	Risikobehandlung	
Unit 1*: Präsenz am 25./26. Oktober			
Selbstlernphase Unit 2**	Grundlagen der Patientenzentrierung	Maßnahmen der Patientenzentrierung	
Unit 2**: Präsenz am 06./07. Dezember			

*Unit 1: Tools & Techniken des Risikomanagements
**Unit 2: Patientenzentriertes Sicherheitsmanagement und Empowerment

2

Tagesablauf

	06.12.2019	07.12.2019
09.00-10.30	Begrüßung & "Warm-Up" Informationsbroschüren zu Patientensicherheit	Patient*innen als Informationsquelle
11.00-12.30	Gesundheitskompetente Organisation	Patient*innen als Informationsquelle
13.30-15.00	Gesundheitskompetente Organisation	Erfolgreiche Patientenzentrierung Evaluation/ Abschlussreflexion
15.30-17.00	Gesundheitskompetente Organisation	

3

Informationsbroschüren für Patient*innen

Broschüre „Sicher im Krankenhaus“ & Broschüre „Sicher in der Arztpraxis“ vom
Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V.

- Kannten Sie die Broschüren bereits?
- Was überrascht Sie?
- Fehlt Ihnen etwas?
- Nach Ihrer Erfahrung, welche Empfehlungen werden bereits umgesetzt?

4

Informationsbroschüren für Patient*innen

Entwicklung, Erprobung und Evaluierung der Broschüre „Sicher im Krankenhaus“ mit drei hessischen Krankenhäusern (Januar bis Dezember 2016)

- **Ziel:** Patient*innen zum Ansprechen sicherheitsrelevanter Bedenken und zum Nachfragen auffordern
- **Implementierung & Evaluation:**
 - Schulung
 - Befragung Patient*innen & Mitarbeiter*innen
 - Daily Reporting

Materialien zur Implementierung der Broschüre sind herunterzuladen unter:
<https://www.aps-ev.de/Projekte/sicher-im-krankenhaus/>

Informationsbroschüren für Patient*innen

Rückmeldungen von Patient*innen zur Broschüre „Sicher im Krankenhaus“

„Gute Idee, so eine Infobroschüre.“

„Ermutigt schon, aber manchmal ist es besser, nichts zu sagen.“

„Die Verantwortung für Patienten teilweise auf den Patienten selbst zu verlagern, um noch mehr Personal einzusparen, ist ganz grenzwertig. Vor allem alte Menschen müssen darunter leiden.“

Informationsbroschüren für Patient*innen

Rückmeldungen von Mitarbeitenden zur Broschüre „Sicher im Krankenhaus“

„Alle patientenrelevanten Themen werden angesprochen, spart viele Erklärungen.“

„Patienten fühlen sich gut informiert.“

„Knappe 1-2 Seiten wären besser und 1 Schwester, die den ganzen Tag die Fragen beantwortet.“

Quelle: Monaca, Frings, Huckels-Baumgart, Müller & Manser, 2019, S. 143

7

Informationsbroschüren für Patient*innen

Ergebnisse des Daily Reporting (Implementierungsphase)

- Vor Einführung der Broschüre: 7% wurden am selben Tag auf sicherheitsrelevante Themen angesprochen
- Bei Einführung: 4% wurden am selben Tag auf sicherheitsrelevante Themen angesprochen
- Insgesamt Rückgang der Rückmeldungen
 - Anstieg der Rückmeldungen in Bezug auf Medikamente, Stürze und Harnwegskatheter
 - Rückläufig: Rückfragen zu Schmerzen, Essen und Trinken sowie Patientenidentifikation

Quelle: Monaca, Frings, Huckels-Baumgart, Müller & Manser, 2019

8

Informationsbroschüren für Patient*innen

Weitere (spezifische) Broschüren des APS für Patient*innen:

- Checkliste für die Nutzung von Gesundheits-Apps
- Reden ist der beste Weg – Ein Ratgeber für Patientinnen und Patienten und ihre Angehörigen nach einem Zwischenfall oder Behandlungsfehler
- Nach Operation oder Verletzung: Thrombose in den Beinen vorbeugen
- Vermeidung von Stürzen im Krankenhaus
- Prävention von Krankenhausinfektionen und Infektionen durch multiresistente Erreger
- Tipps des APS zum häuslichen Umgang mit Arzneimitteln

Zu finden unter:

<https://www.aps-ev.de/patienteninformation/>

9

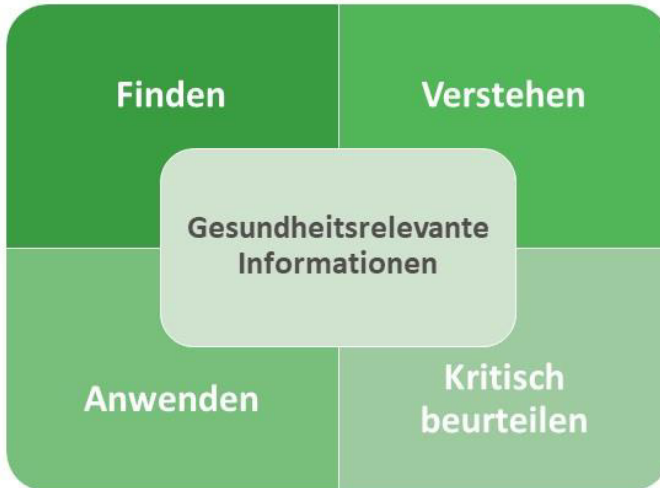
Gesundheitskompetenz



Quelle: in Anlehnung an Schaeffer, Hurrelmann, Bauer & Kolpatzik, 2018, S.14

10

Gesundheitskompetenz



- ❖ Gesundheitskompetenz als Übersetzung des englischen Begriffs „Health Literacy“
- ❖ Kompetenter Umgang mit gesundheitsrelevanter Information

Quelle: in Anlehnung an Schaeffer et al., 2018, S. 12

11

Gesundheitskompetenz



Quelle: in Anlehnung an Schaeffer, Vogt, Berens & Hurrelmann, 2016, S. 39

12

Gesundheitskompetenz

Niedrige Gesundheitskompetenz insbesondere bei

- Migrationshintergrund
- niedrigem Bildungsniveau
- chronischer Erkrankung
- höherem Alter
- niedrigem Sozialstatus

Quelle: Schaeffer, Vogt, Berens & Hurrelmann, 2016, S. 39

13

Gesundheitskompetenz

Untersuchungen zeigen, dass **Menschen mit einer geringeren**

Gesundheitskompetenz u.a.

- mehr Wiederaufnahmen erleben,
- öfter die Notfallversorgung in Anspruch nehmen
- und häufiger Fehler bei der Medikamenteneinnahme machen.

➤ Sie sind daher größeren Risiken ausgesetzt.

Quelle: Berkman, Sheridan, Donahue, Halpern & Crotty, 2011

14

Gesundheitskompetenz

Unstatistik des Monats – Februar

Thema:

- Ergebnisse des nationalen Aktionsplan Gesundheitskompetenz
- 54 % der deutschen Bevölkerung wiesen eine eingeschränkte Gesundheitskompetenz auf

Kritik der Autoren:

- Befragung von Personen zu ihrer subjektiven Einschätzung ihrer wahrgenommenen Kompetenz
- Die Kompetenz sei allerdings nicht tatsächlich gemessen worden.
- Ergebnis stelle nicht tatsächliche Gesundheitskompetenz, sondern die selbstwahrgenommene Gesundheitskompetenz dar

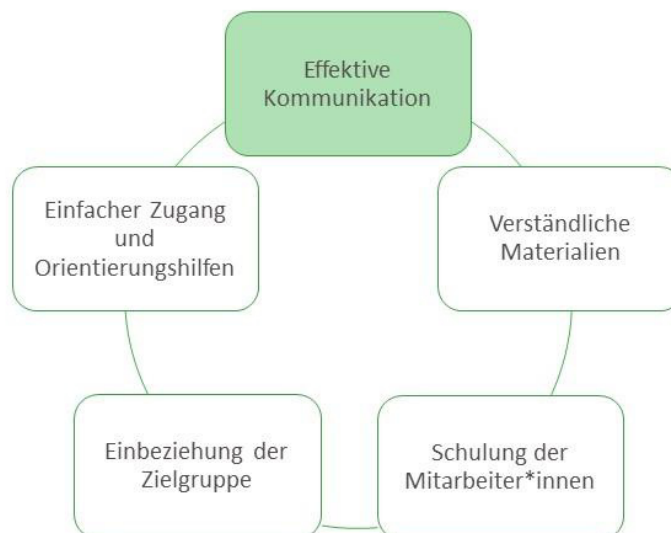
Problem zur Messung der Gesundheitskompetenz:

- fehlende valide Tests z. B. zur Messung der Anwendung
- deshalb Rückgriff auf Selbstbeurteilung

Quelle: http://www.rwi-essen.de/media/content/pages/presse/downloads/180226_unstatistik_februar.pdf (letzter Zugriff am 15.11.2019)

15

Prioritäre Handlungsfelder einer gesundheitskompetenten Organisation



Quelle: in Anlehnung an Kraus-Füreder & Soffried, 2017, S. 13

16

Gesundheitskompetenz

Anzeichen für eine geringe Gesundheitskompetenz

–

„Red Flags“

Welche kennen Sie?

17

Gesundheitskompetenz

Anzeichen für eine geringe Gesundheitskompetenz – „Red Flags“

- Die Person versucht zu vermeiden, schriftliche Informationen vor Anderen zu lesen, zu bearbeiten oder zu schreiben.
- Begleitpersonen übernehmen das Lesen und Ausfüllen von Formularen.
- Die Person nennt nicht den Namen eines Medikaments, sondern beschreibt dieses z.B. anhand der Farbe und der Form.
- Die Person stellt Fragen, die bereits schriftlich erläutert wurden.
- Die Person füllt Formulare nicht korrekt oder unvollständig aus.
- Die Person nimmt Termine gar nicht oder zur falschen Zeit wahr.
- Die Person verhält sich unangemessen (z.B. übertriebene Witze oder Verärgerung).

Quelle: Osborne, 2013, zitiert nach Schmidt-Kaehler, Vogt, Berens, Horn & Schaeffer, 2017

18

Gesundheitskompetenz

- Wie kann die Kommunikation mit Menschen mit geringer Gesundheitskompetenz gelingen?
 - Worauf würden Sie achten?
 - Kennen Sie Methoden?

19

Gesundheitskompetenz

- ✓ Empathische Grundeinstellung einnehmen
- ✓ Augenkontakt herstellen
- ✓ Vorwissen abfragen
- ✓ Langsam und deutlich sprechen
- ✓ Alltagssprache verwenden
- ✓ Kurze und einfache Sätze bilden
- ✓ Informationen in „Häppchen“ aufteilen
- ✓ Zahl der Botschaften begrenzen
- ✓ Wichtige Punkte betonen und wiederholen

Quelle: Schmidt-Kaehler, Vogt, Berens, Horn & Schaeffer, 2017, S. 24

20

Gesundheitskompetenz

- ✓ Visuelle Medien einsetzen
- ✓ Schriftliche Informationen bereitstellen
- ✓ Nächste Schritte erklären
- ✓ Aktiv zuhören und Fragen stellen
- ✓ Handlungsanleitungen geben
- ✓ Patient*innen ermutigen, Fragen zu stellen
- ✓ Teach-Back-Methode reinsetzen

Quelle: Schmidt-Kaehler, Vogt, Berens, Horn & Schaeffer, 2017, S. 24

21

Teach-Back-Methode

Teach-Back-Methode

- Haben Sie das Vorgehen verstanden?

versus

- Können Sie mir in Ihren eigenen Worten sagen, wie das weitere Vorgehen aussieht?

- Als Methode, um das Verständnis der Patient*innen sicherzustellen
- Als Hinweis darauf, wie gut Sie kommunizieren - nicht wie gut der Patient/ die Patientin zuhört

22

Ask Me 3



Quelle: in Anlehnung an Kraus-Füreder & Soffried, 2017, S. 13

Aber: Verantwortung für erfolgreiche Kommunikation auch bei den Professionals

23

Speak Up

Film für Patient*innen:

<https://www.youtube.com/watch?v=3vHvsNS34IQ>

Film für Mitarbeiter*innen:

<https://www.youtube.com/watch?v=7gV54AaJseM>

24

Speak Up

Speak Up umfasst

„das *Äussern* einer **Idee**, einer **persönlichen Meinung** oder **Sorge**
und das *Nachfragen* bei **Zweifeln**“

(Kolbe & Grande, 2016, S. 13; Hervorhebungen durch die Autorin).

25

Einflussfaktoren von Speak up

Fähigkeit, Veränderungen im
Gesundheitszustand zu
erkennen

Fähigkeit der
Selbstüberwachung

Selbstvertrauen und
Vertrauen in andere

Gesundheitskultur- und
system

Quelle: Rainey, Ehrich, Mackintosh & Sandall, 2015, eigene Übersetzung

26

Speak Up

Ergebnisse einer Studie aus den USA zur Erfahrung von Angehörigen mit dem Ansprechen von Bedenken auf der Intensivstation:

Gründe, warum ich gezögert habe, Bedenken anzusprechen:

- Ich möchte nicht als Störenfried gelten (34,5%)
- Ich weiß nicht, wie ich meine Bedenken äußern soll oder mit wem ich sprechen soll (32,2%)
- Das Team ist zu beschäftigt für eine extra Diskussion (31,6%)
- Ich habe Angst, dass es so aussieht, dass ich medizinische Konzepte nicht verstehe (22,1%)
- Ich möchte meine Beziehung zu den Professionals nicht beeinträchtigen (20,4%)
- Nichts würde aufgrund meiner Bedenken gemacht (19,2%)
- Ich bin nicht in der Position, die Professionals zu hinterfragen (16,2%)
- Ich möchte den Leistungserbringer nicht in Schwierigkeiten bringen (4,0%)

❖ von 869 Personen mit Bedenken, gaben 475 einen oder mehrere Gründe des Zögerns an, 394 gaben an, nicht zu zögern

Quelle: Bell et al., 2018, S. 6, eigene Übersetzung

27

Speak Up

Bedenken und Zweifel nicht zu äußern, kann schwerwiegende **psychologische und physische Folgen** haben:

- Schuldgefühle
- Verluste aufgrund vermeidbarer Fehler
- Unerwünschte Pflege
- Schlechte Sterbequalität

Quelle: Bell et al., 2018, S. 6

28

Die Sichtweise der Professionals

Gut akzeptiert	<ul style="list-style-type: none"> • Fragen stellen, z.B. nach Medikamenten • Informationen geben
Eher akzeptiert	<ul style="list-style-type: none"> • Aktiv Sicherheitschecks vollziehen, z.B. Transfusionsbeutel kontrollieren • Auf einen möglichen Fehler hinweisen, z.B. Verwechslungen
Wenig akzeptiert	<ul style="list-style-type: none"> • Hinweise zur fehlenden Händehygiene • Die Markierung der Operationsstelle verlangen

Quelle: in Anlehnung an Schwappach, 2015

Überrascht Sie diese Zuordnung?

29

Ermutung zur Beteiligung?

Gründe, warum Professionals Patient*innen nicht zur Beteiligung ermutigen, sind vielfältig:

- Schwierigkeiten ihre traditionelle Rolle abzulegen
- Wunsch, die Kontrolle zu behalten
- mangelnde Zeit, um Patient*innen zu unterrichten und auf sie einzugehen
- fehlende Ausbildung zur Patientenbeteiligung
- ...

Quelle: Longtin et al., 2010

Wie erleben Sie diese Gründe?

30

Patientensicherheit fördern

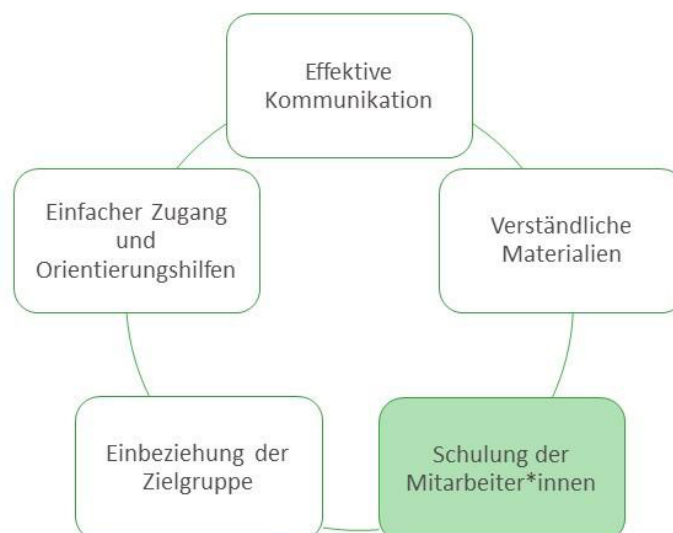
- Irrtümer vermeiden
- Patient*innen über Abläufe informieren
- Sicherheitsmaßnahmen kommunizieren
- Patient*innen motivieren, sich einzubringen

Quelle: Schwappach, 2015

Wie erfolgt die Umsetzung im Berufsalltag?

31

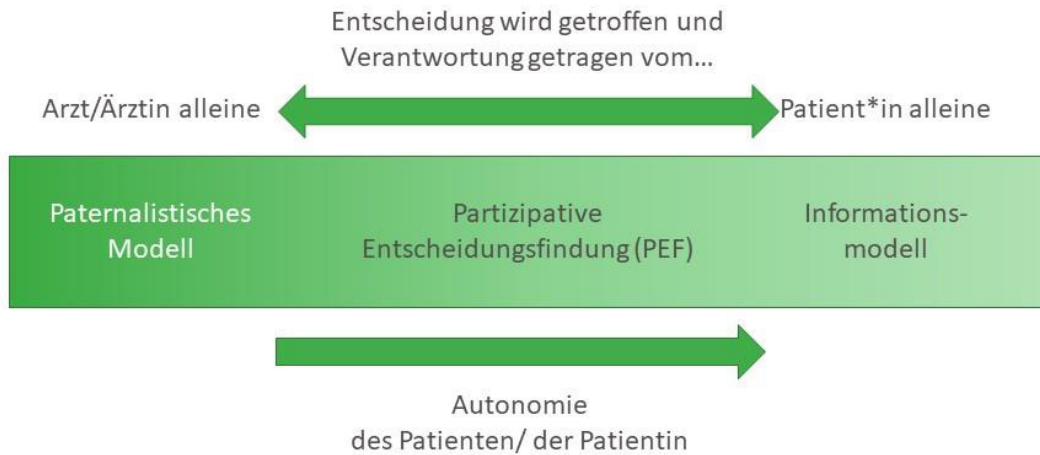
Prioritäre Handlungsfelder einer gesundheitskompetenten Organisation



Quelle: in Anlehnung an Kraus-Füreder & Soffried, 2017, S. 13

32

Partizipative Entscheidungsfindung



Quelle: in Anlehnung an Bieber, Geschwendtner, Müller & Eich, 2016, S. 196 basierend auf Elwyn, Edwards & Kinnersley, 1999

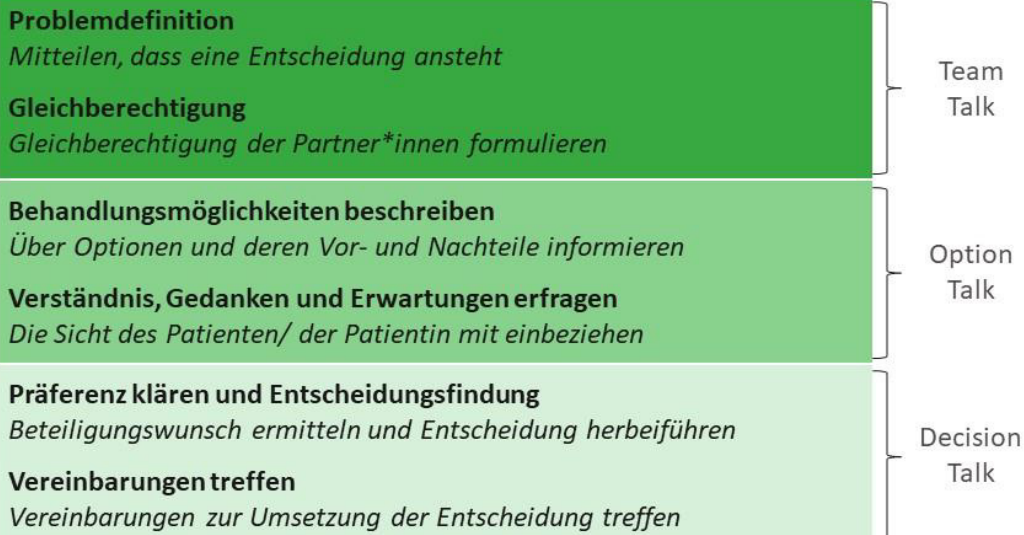
33

Partizipative Entscheidungsfindung

	Paternalistisches Modell	Shared Decision Making	Informed Choice
Rolle des Arztes/ der Ärztin	<i>Aktiv:</i> Hat alle Informationen, wählt die Therapie aus, die er/sie für die beste hält	<i>Aktiv:</i> Teilt dem Patienten/ der Patientin alle Informationen und Behandlungsmöglichkeiten mit. Kann eine Option empfehlen. Beschließt gemeinsam mit dem Patienten/ der Patientin die Therapie	<i>Passiv:</i> Teilt dem Patienten/ der Patientin alle Informationen und Behandlungsmöglichkeiten mit. Fällt keine Entscheidung.
Rolle des Patienten/ der Patientin	<i>Passiv:</i> „Akzeptiert“ den Vorschlag des Arztes/ der Ärztin	<i>Aktiv:</i> Bekommt alle Informationen. Bildet sich ein Urteil. Bespricht mit dem Arzt/ der Ärztin seine/ Ihre Präferenzen. Beschließt gemeinsam mit dem Arzt/ der Ärztin die Therapie.	<i>Aktiv:</i> Bekommt alle Informationen. Bildet sich ein Urteil, entscheidet alleine.
Verantwortung für die Entscheidung	Bei Arzt/Ärztin	Bei Arzt/Ärztin und Patient*in	Bei Patient*in

Quelle: in Anlehnung an Hamann et al., 2006, S. 1072

Partizipative Entscheidungsfindung

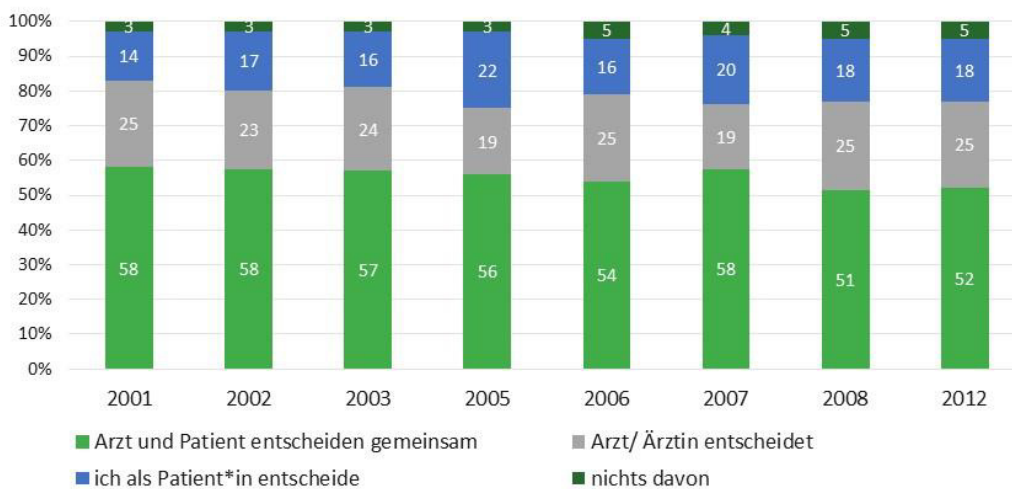


Quelle: in Anlehnung an Härter, 2015

35

Partizipative Entscheidungsfindung

Patient*innenwünsche zu Shared Decision Making 2001 bis 2012
(Angaben in Prozent)

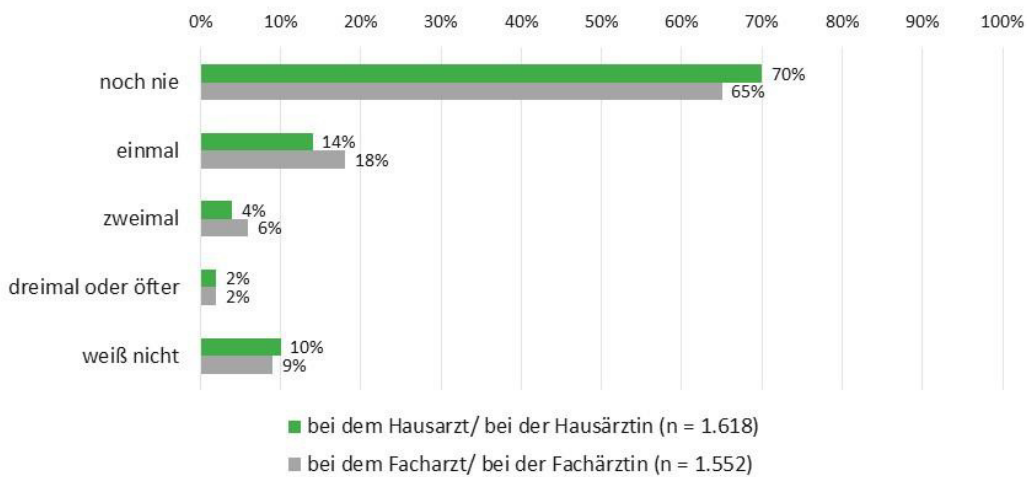


Quelle: in Anlehnung an Braun & Marstedt, 2014; S. 112

36

Partizipative Entscheidungsfindung

Erfahrungen mit Shared Decision Making in den letzten drei Jahren
2012



Quelle: in Anlehnung an Braun & Marstedt, 2014; S. 112

37

Partizipative Entscheidungsfindung

	Patient	Arzt/Behandler
↑	<ul style="list-style-type: none"> Zufriedenheit mit Arztkontakt Zufriedenheit mit Entscheidung Krankheitsverständnis und Krankheitsbewältigung Kontrollerleben Lebensqualität Compliance z. T. Behandlungseffekte 	<ul style="list-style-type: none"> Zufriedenheit mit Patientenkontakt Erfasste Patienteninformation Spektrum der Behandlungsoptionen Teamkommunikation
↓	<ul style="list-style-type: none"> Entscheidungskonflikte Angst 	

Quelle: in Anlehnung an Quaschnig et al., 2014, S. 48

38

Partizipative Entscheidungsfindung

Verbesserung der **Adhärenz** von Patient*innen

Adhärenz: „die Einhaltung der gemeinsam von Patient und Arzt beziehungsweise Behandlungsteam gesetzten Therapieziele“ (Schulz, 2009, S. 27)

- Studie mit Asthma-Patient*innen: Patient*innen, bei denen Shared Decision Making angewendet wurde, halten die Empfehlungen besser ein (Wilson et al., 2010)
- **Bezug zur Patientensicherheit:**
Verhinderung von patientenseitigen Fehlern & allgemeine Förderung der Beteiligung

39

Kommunikation

„Die beiden Wörter **INFORMATION** und **KOMMUNIKATION** werden oftmals synonym verwendet, aber sie bedeuten vollkommen verschiedene Dinge:

INFORMATION ist Austeilen;

KOMMUNIKATION ist Durchdringen.“

– Sydney J. Harris, amerik. Journalist (1917 – 1986)

40

Das Sender-Empfänger-Modell nach Shannon & Weaver



Quelle: in Anlehnung an Weaver 1998, S. 7

Kommunikation als linearer Prozess?
wechselseitiger Austausch - transaktionale Kommunikation

41

Kommunikation

- „Pflegerin: Herr Braun muss zum Röntgen.
- Lernender: Also bringen wir Herrn Braun jetzt zum Röntgen?
- Pflegende: Ja.
- Lernender: Wer bringt Herrn Braun zum Röntgen?“

Codierungsfehler
Decodierungsfehler

Transaktionale
Verständigung

Quelle: Charité-Universitätsmedizin Berlin, 2018, S. 156

42

Fehleranfällige Kernaspekte der zwischenmenschlichen Kommunikation

- Suffizienz
- Klarheit
- Richtigkeit
- Kontextualisierung
 - funktionaler Kontext
 - relationaler Kontext
 - umgebungsspezifischer Kontext
 - chronologischen Kontext
 - kultureller Kontext
- Zwischenmenschliche Anpassung

Quelle: Hannawa, 2017

43

Fallbeispiele

1. Ist der Fall verständlich? Schlagen Sie Unklarheiten nach.
2. Welche (Kommunikations-)Probleme/ Fehler sind Ihnen aufgefallen?
3. Können Sie diese in die Fehlerkategorien nach Annegret F. Hannawa einordnen?
4. Haben Sie Verbesserungsvorschläge?
 - a. Bezogen auf die konkrete Situation: Wie hätten die Personen anders handeln oder kommunizieren sollen?
 - b. Übergeordnet: Was würde dazu führen, dass entsprechende Situationen sich nicht wiederholen?
5. Präsentieren Sie Ihre Überlegungen im Plenum. Nutzen Sie gerne die Flipchart.

44

Fallbeispiele

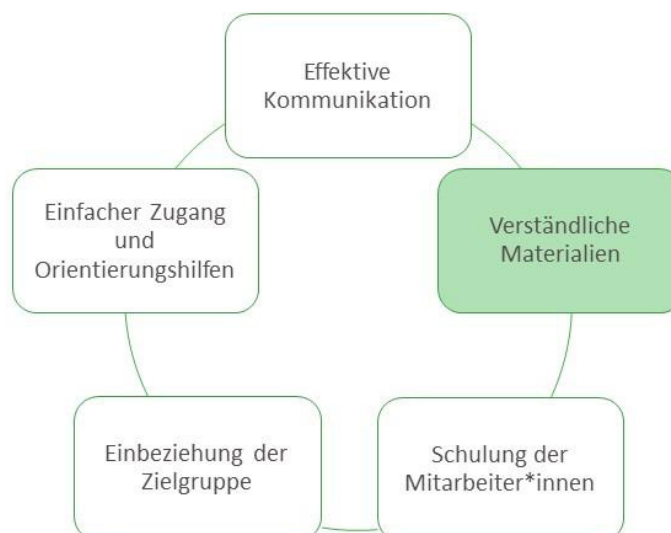
Fälle

- **Hüftenhorror** (Hüftoperation)
- **Keine Allergie oder doch** (Krankenhausaufenthalt zur diagnostischen Abklärung)
- **Blind entlassen** (Krankenhausentlassung)
- **Medikamentenverwechslung** (Versorgung durch ambulanten Pflegedienst)

Fälle aus: Hannawa, A. F. & Postel, S. (Hrsg.). (2018). SACCIA - sichere Kommunikation. Fünf Kernkompetenzen mit Fallbeispielen aus der pflegerischen Praxis. Berlin: de Gruyter.

45

Prioritäre Handlungsfelder einer gesundheitskompetenten Organisation



Quelle: in Anlehnung an Kraus-Füreder & Soffried, 2017, S. 13

46

Bewertung von Broschüren

Wittener Liste

1. „Zielgruppe und Ziel angegeben?
2. Alltagbezogen vorhanden? Relevanz der Information?
3. Positive Bewältigung beabsichtigt? Persönliche Ansprache?
4. Umfang und Schriftgröße?
5. Verständlichkeit?
6. Layout/Überschriften/Abbildungen/Gliederung?
7. Neuzzeitliches Wissen/Literaturstützung/Quellen/Datum?
8. Autorenhinweise/Finanzierung/Abhängigkeit?
9. Weiterführende Hinweise/Adressen?
10. Vollständigkeit?“

Quelle: https://patientenedukation.de/sites/default/files/downloads/Wittener_Liste.pdf (letzter Zugriff am 20.11.2019)

47

Checklisten

Checklisten in der Publikation „Methodenbox - Die gesundheitskompetente Sozialversicherung“

- Checkliste für die schriftliche Kommunikation
- Checkliste für einfache nutzbare Web-Inhalte
- Checkliste für qualitätsvolle Gesundheits-Apps
- **Checkliste für audio-visuelles Informationsmaterial**

Quelle: Kraus-Füreder & Soffried, 2017

48

Broschüren

Checkliste für audio-visuelles Informationsmaterial

- Verständlichkeit
- Qualität der Inhalte
- Technische Barrierefreiheit
- Transparente Informationen

Quelle: Kraus-Füreder & Soffried, 2017

49

Patientensicherheitsfilme

Schauen Sie folgenden Film an und notieren Sie Ihre Eindrücke:

<https://www.christliches-kinderhospital.de/unsere-klinik/klinikfilm/patientensicherheit.html>

50

Please write to me



„Please, write to me“
–
Kampagne der Academy
of Medical Royal
Colleges

Bild von [Peggy und Marco Lachmann-Anke auf Pixabay](#)

51

Prioritäre Handlungsfelder einer gesundheitskompetenten Organisation



Quelle: in Anlehnung an Kraus-Füreder & Soffried, 2017, S. 13

52

Einfacher Zugang & Orientierungshilfen

- **Barrierefreiheit und Orientierung in der Einrichtung sicherstellen**

*„Versicherte hatten in der Vergangenheit in unserer Gesundheitseinrichtung immer wieder Schwierigkeiten das Schwimmbad zu finden. Für uns war dieser Umstand lange Zeit unerklärlich, da das Bad ausgeschildert und unserer Ansicht nach eigentlich gut auffindbar war. Wir entschlossen uns zu einer bewussten Begehung unserer Einrichtung und nahmen dabei das vorhandene Orientierungssystem genau unter die Lupe. Es hat sich gezeigt, dass bei der Beschilderung **Begriffe uneinheitlich** verwendet wurden. Während auf einem Schild vom „Schwimmbad“ gesprochen wurde, wurde auf einem anderen Schild der Begriff „Therapiebad“ verwendet.“*

Oliver Zörner, Gesundheitsmanager in einer SV-Gesundheitseinrichtung
(zitiert aus Kraus-Füreder & Soffried, 2017, S. 84, Hervorhebungen durch die Autorin)

53

Einfacher Zugang & Orientierungshilfen

- **Orientierung im Informations- und Systemdschungel bieten**

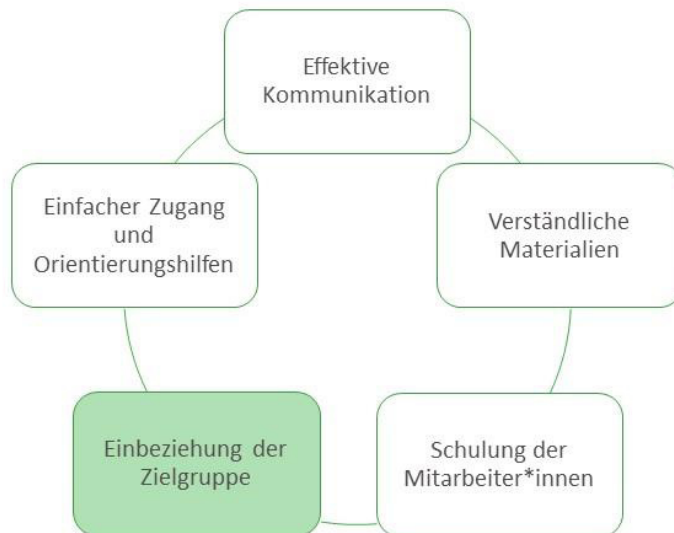
Beispiele:

- ❖ Gesundheitskompetenz-Coachings
- ❖ App MedBusters
- ❖ Patienten-Universitäten der Hochschule Hannover

Bildquelle: Kraus-Füreder & Soffried, 2017, S. 87

54

Prioritäre Handlungsfelder einer gesundheitskompetenten Organisation



Quelle: in Anlehnung an Kraus-Füreder & Soffried, 2017, S. 13

55

Einbeziehung der Zielgruppe

Beispiele:

- ❖ Informationsmaterial testen
- ❖ Orientierungs- und Leitsysteme testen
- ❖ Feedback in Befragungen einholen
- ❖ Zielgruppe in Projekten beteiligen

Quelle: Kraus-Füreder & Soffried, 2017

56

Prioritäre Handlungsfelder einer gesundheitskompetenten Organisation



- In welchen Handlungsfeldern ist Ihre Organisation gut aufgestellt?
- Welche Handlungsfelder wurden in Ihrer Organisation bisher vernachlässigt?
- Welche Handlungsfelder sehen Sie mit Blick auf die Patientensicherheit als besonders wichtig an?

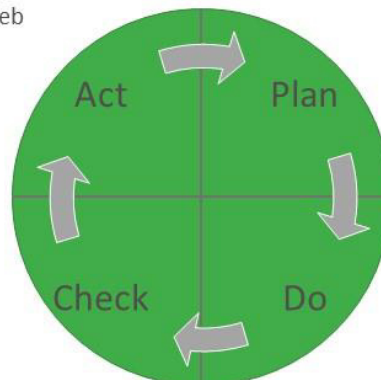
Quelle: in Anlehnung an Kraus-Füreder & Soffried, 2017, S. 13

57

Gesundheitskompetente Qualitätsentwicklung

Führung / Schulung von Mitarbeiter*innen / Qualität systematisch entwickeln

- Übernahme erfolgreicher Maßnahmen im Regelbetrieb
- Ggf. Adaption von Maßnahmen
- ...
- Evaluieren und Prüfen der erzielten Ergebnisse und Umsetzungserfahrungen
- Wirksamkeit, Effizienz erprobter Maßnahmen?



- Gesundheitskompetenz-Team bilden
- Ist-Analyse (z. B. Assessment/ Verbesserungspotenziale identifizieren)
- Ziele festlegen
- Aktionspläne entwickeln
- Pilotierung erster Umsetzungsmaßnahmen in den vorrangigen Handlungsfeldern

Quelle: in Anlehnung an Kraus-Füreder & Soffried, 2017, S. 122

58

Thesen

1. *Patient*innen werden durch Informationen über Patientensicherheit verunsichert.*
2. *Informationsmaterial zur Patientensicherheit untergräbt das Vertrauen der Patient*innen in die Professionals.*
3. *Das Einzige, das einer sicherheitsfördernden Beteiligung von Patient*innen im Wege steht, ist die begrenzte Zeit der Professionals.*
4. *Alle Patient*innen müssen mehr Verantwortung für Ihre sichere Versorgung übernehmen.*
5. *Wenn im Rahmen der Besprechung von Behandlungsalternativen Wünsche von Patient*innen nicht berücksichtigt werden, ist die Patientensicherheit gefährdet.*

Stimmen Sie diesen Thesen zu? Warum? Warum nicht?

- *Formulieren Sie die Thesen ggf. um oder ergänzen Sie die Thesen. Erläutern Sie Ihre Änderungsvorschläge.*
-

59

Thesen

6. *Das Konzept der Gesundheitskompetenz von Schaeffer et al. (2018) stellt zu hohe Anforderungen an Patient*innen.*
7. *Wenn Patient*innen Ihre Bedenken nicht äußern, sind sie selbst schuld.*
8. *Der Zyklus der gesundheitskompetenten Qualitätsentwicklung ist 1:1 auf das Thema Patientensicherheit übertragbar.*

Stimmen Sie diesen Thesen zu? Warum? Warum nicht?

- *Formulieren Sie die Thesen ggf. um oder ergänzen Sie die Thesen. Erläutern Sie Ihre Änderungsvorschläge.*
-

60

Quellen

- Bell, S. K., Roche, S. D., Mueller, A., Dente, E., O'Reilly, K., Sarnoff Lee, B. et al. (2018). Speaking up about care concerns in the ICU. Patient and family experiences, attitudes and perceived barriers. *BMJ Quality & Safety*.
- Berkman, N. D., Sheridan, S. L., Donahue, K. E., Halpern, D. J. & Crotty, K. (2011). Low health literacy and health outcomes: an updated systematic review. *Annals of Internal Medicine*, 155(2), 97–107.
- Bieber, C., Gschwendtner, K., Müller, N. & Eich, W. (2016). Partizipative Entscheidungsfindung (PEF) - Patient und Arzt als Team. *Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie* [Shared Decision Making (SDM) - Patient and Physician as a Team], 66(5), 195–207.
- Braun, B. & Marstedt, G. (2014). Partizipative Entscheidungsfindung beim Arzt: Anspruch und Wirklichkeit. In J. Böcken, B. Braun & R. Meierjürgen (Hrsg.), *Gesundheitsmonitor 2014. Bürgerorientierung im Gesundheitswesen* (S. 107–131). Gütersloh: Bertelsmann Stiftung.
- Charité -Universitätsmedizin Berlin (Hrsg.). (2018). *Mustercurriculum Patientensicherheit der Weltgesundheitsorganisation. Multiprofessionelle Ausgabe*. Berlin. Zugriff am 17.10.2019. Verfügbar unter https://igpw.charite.de/forschung/health_professions_education/multiprofessionelles_mustercurriculum_patientensicherheit_pamm/
- Elwyn, G., Edwards, A. & Kinnersley, P. (1999). Shared decision-making in primary care: the neglected second half of the consultation. *British Journal of General Practice*, 477–482.
- Hannawa, A. F. (2017). Zwischenmenschliche Kommunikation im Gesundheitswesen. In A. F. Hannawa & G. Jonitz (Hrsg.), *Neue Wege für die Patientensicherheit: Sichere Kommunikation* (S. 44–59). Berlin: de Gruyter.

61

Quellen

- Hamann, J., Loh, A., Kasper, J., Neuner, B., Spies, C., Kissling, W. et al. (2006). Partizipative Entscheidungsfindung. Implikationen des "shared decision making" für Psychiatrie und Neurologie. *Der Nervenarzt* [Effects of a shared decision making model in psychiatric and neurologic practice], 77(9), 1071-6, 1078.
- Härter, M. (2015, Mai). *Wie kann Patientenzentrierung gelebt werden?* Zugriff am 05.12.2019. Verfügbar unter <http://docplayer.org/64482533-Wie-kann-patientenzentrierung-gelebt-werden-martin-haerte.html>
- Kolbe, M. & Grande, B. (2016). Sag ichs oder sag ichs lieber nicht? - Unser alltägliches Speak-Up Dilemma. In Stiftung für Patientensicherheit (Hrsg.), *Speak up. Wenn Schweigen gefährlich ist: Speak up für mehr Sicherheit in der Patientenversorgung* (Schriftenreihe Patientensicherheit Schweiz, Nr. 8, S. 13–19). Zürich.
- Kraus-Füreder, H. & Soffried, J. (2017). *Methodenbox. Die gesundheitskompetente Sozialversicherung* (2. Aufl.) (Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, Hrsg.). Zugriff am 20.11.2019. Verfügbar unter <http://www.hauptverband.at/cdscontent/load?contentid=10008.644606&version=1505478385>
- Longtin, Y., Sax, H., Leape, L. L., Sheridan, S. E., Donaldson, L. & Pittet, D. (2010). Patient participation. Current knowledge and applicability to patient safety. *Mayo Clinic Proceedings*, 85(1), 53–62.
- Monaca, C., Frings, J., Huckels-Baumgart, S., Müller, H. & Manser, T. (2019). Patienteneinbezug fördern - Entwicklung und Evaluation der Informationsbroschüre "Sicher im Krankenhaus - ein Ratgeber für Patienten". In J. Loth & L. Hager (Hrsg.), *Patient & Sicherheit. Neue Chancen durch Kompetenz und Kommunikation im Behandlungsprozess* (Gesundheitswesen in der Praxis, 1. Aufl., 133-152).
- Osborne, H. (2013). *Health literacy from A to Z. Practical Ways to Communicate Your Health Message*. Burlington: Jones & Bartlett Learning.

62

Quellen

- Quaschnig, K., Körner, M. & Wirtz, M. (2014). *Kursleitermanual zum Trainingsprogramm "Fit für PEF". Partizipative Entscheidungsfindung in der Rehabilitation*. Zugriff am 16.07.2019. Verfügbar unter http://www.forschung-patientenorientierung.de/files/manual_fit_fuer_pef_endfassung.pdf
- Rainey, H., Ehrich, K., Mackintosh, N. & Sandall, J. (2015). The role of patients and their relatives in 'speaking up' about their own safety - a qualitative study of acute illness. *Health Expectations: an International Journal of Public Participation in Health Care and Health Policy*, 18(3), 392–405.
- Schaeffer, D., Hurrelmann, K., Bauer, U. & Kolpatzik, K. (Hrsg.). (2018). *Nationaler Aktionsplan Gesundheitskompetenz. Die Gesundheitskompetenz in Deutschland stärken*. Berlin: KomPart. Zugriff am 08.11.2019. Verfügbar unter <https://www.nap-gesundheitskompetenz.de/>
- Schaeffer, D., Vogt, D., Berens, E. M. & Hurrelmann, K. (2016). *Gesundheitskompetenz der Bevölkerung in Deutschland. Ergebnisbericht*. Bielefeld: Universität Bielefeld, Fakultät für Gesundheitswissenschaften. Zugriff am 08.11.2019. Verfügbar unter <https://pub.uni-bielefeld.de/download/2908845/2908882>
- Schmidt-Kaehler, S., Vogt, D., Berens, E. M., Horn, A. & Schaeffer, D. (2017). *Gesundheitskompetenz: verständlich informieren und beraten. Material- und Methodensammlung zur Verbraucher- und Patientenberatung für Zielgruppen mit geringer Gesundheitskompetenz*. Bielefeld: Universität Bielefeld. Zugriff am 08.11.2019. Verfügbar unter https://www.uni-bielefeld.de/gesundhw/ag6/downloads/Material-_und_Methodensammlung.pdf
- Schulz, M. (2009). Von Compliance zu Adhärenz. *Heilberufe*, 61(5), 27–28.
- Schwappach, D. L. B. (2015). Die aktive Patientenrolle im Risikomanagement. In A. Euteneier (Hrsg.), *Handbuch Klinisches Risikomanagement. Grundlagen, Konzepte, Lösungen, medizinisch, ökonomisch, juristisch* (S. 551–556). Berlin: Springer Verlag.

63

Quellen

- Weaver, W. (1998). Recent contributions to the mathematical theory of communication. In C. E. Shannon & W. Weaver (Eds.), *The mathematical theory of communication* (S. 1–28). Urbana: Univ. of Illinois Press.
- Wilson, S. R., Strub, P., Buist, A. S., Knowles, S. B., Lavori, P. W., Lapidus, J. et al. (2010). Shared treatment decision making improves adherence and outcomes in poorly controlled asthma. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, 181(6), 566–577.

64

KeGL

Kompetenzentwicklung von
Gesundheitsfachpersonal
im Kontext des
Lebenslangen Lernens



HOCHSCHULE OSNABRÜCK
UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit.



12. Präsentation vom 07.12.2019

KeGL | Kompetenzentwicklung von
Gesundheitsfachpersonal
im Kontext des
Lebenslangen Lernens



HOCHSCHULE OSNABRÜCK
UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Unit 2: „Patientenzentriertes Sicherheitsmanagement und Empowerment“

07. Dezember 2019

Anja Giesecking unter Mitarbeit von Jan-Oliver Kutza











Gefördert vom
Bundesministerium
für Bildung
und Forschung



KeGL | Kompetenzentwicklung von
Gesundheitsfachpersonal
im Kontext des
Lebenslangen Lernens



HOCHSCHULE OSNABRÜCK
UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Gesundheitskompetente Qualitätsentwicklung

Führung / Schulung von Mitarbeitern / Qualität systematisch entwickeln

- Übernahme erfolgreicher Maßnahmen im Regelbetrieb
- Ggf. Adaption von Maßnahmen
- ...

- Evaluieren und Prüfen der erzielten Ergebnisse und Umsetzungserfahrungen
- Wirksamkeit, Effizienz erprobter Maßnahmen?



- Gesundheitskompetenz-Team bilden
- Ist-Analyse (z. B. Assessment/ Verbesserungspotenziale identifizieren)
- Ziele festlegen
- Aktionspläne entwickeln

- Pilotierung erster Umsetzungsmaßnahmen in den vorrangigen Handlungsfeldern (Berücksichtigung Methodenbox)

Quelle: in Anlehnung an Kraus-Füreder & Soffried, 2017, S. 122 2

Gesundheitskompetenz

Standards der gesundheitskompetenten Krankenbehandlungsorganisation

1. Management-Grundsätze und Unternehmensstrukturen für Gesundheitskompetenz etablieren
2. Materialien und Angebote partizipativ entwickeln und evaluieren
3. MitarbeiterInnen für die gesundheitskompetente Kommunikation mit PatientInnen qualifizieren
4. Eine unterstützende Umwelt – Orientierung sicherstellen
5. Mit PatientInnen gesundheitskompetent kommunizieren
6. Die Gesundheitskompetenz der PatientInnen und Angehörigen über den Aufenthalt hinaus verbessern
7. Gesundheitskompetenz der MitarbeiterInnen fördern
8. Zur Gesundheitskompetenz in der Region beitragen
9. Erfahrungen teilen und als Vorbild wirken

Quelle: Dietscher, Lorenc, Pelikan, 2015

Welche Standards finden Sie besonders wichtig?
Mit welchen Voraussetzungen wäre eine Umsetzung verbunden?

3

Gesundheitskompetenz

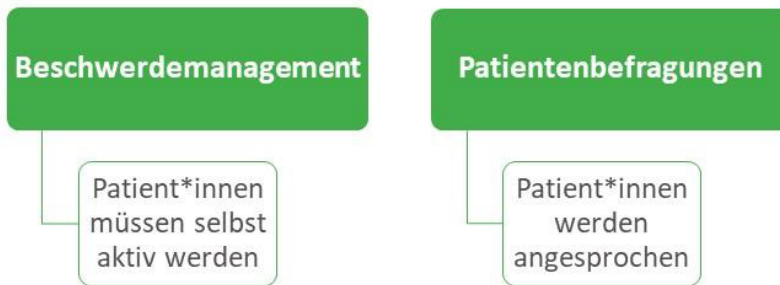
Standards der gesundheitskompetenten Krankenbehandlungsorganisation

- Schritt 1 **Auftrag für die Selbstbewertung einholen und Dimension der Bewertung klären**
- Schritt 2 **Benennung einer Person, die die Selbstbewertung koordiniert**
- Schritt 3 **Bildung des Bewertungs-Teams**
- Schritt 4 **Einzel-Einschätzungen:** Zeitaufwand von etwa 3 Stunden
- Schritt 5 **Erarbeitung einer gemeinsamen Bewertung:** Teamsitzung
- Schritt 6 **Auswahl und Bearbeitung von Verbesserungsmaßnahmen**

Quelle: Dietscher, Lorenc, Pelikan, 2015

4

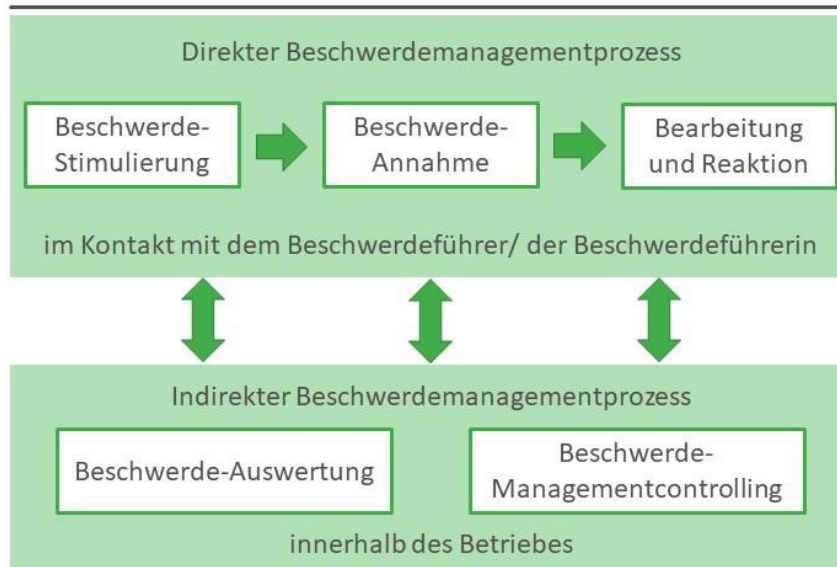
Patient*innen als Informationsquelle



Quelle: Eigene Darstellung

5

Beschwerdemanagement



Quelle: in Anlehnung an Birkner et al., 2014, S. 438, zitiert nach Strauss & Seidel, 2007

6

Beschwerdemanagement

- Kennen Sie die Prozesse des Beschwerdemanagements in Ihrer Organisation?
- Mit welchen Herausforderungen ist dieser Prozess für Personen in Ihrer Funktion verbunden?
- Werden Patient*innen in Ihrer Organisation ermutigt, etwaige Beschwerden zu äußern?
- Werden Beschwerden von den Mitarbeitenden als Lernchance angesehen?

7

Beschwerdemanagement

„Beispiele für Verhaltensfehler:

- Beschwerdeannahme im Beisein anderer Kunden
- Keine vertrauliche Behandlung
- Fehlende Entschuldigung
- Respektloses Verhalten gegenüber dem Kunden
- Kein Interesse am Problem, Bedürfnis des Kunden
- Sich nicht zuständig oder verantwortlich fühlen
- Schuldzuweisung gegenüber anderen Mitarbeitern“ (Birkner et al., 2014, S. 441)

Erleben Sie diese Verhaltensfehler in Ihrem Berufsalltag?

8

Patientenbefragungen

Methoden:

- Standardisierter schriftlicher Fragebogen - z.B. schriftlich auf Papier oder per Internetformular
- Leitfadeninterviews - z.B. mündlich am Telefon oder im persönlichen Interview
- Fokusgruppen - Gruppendiskussion
- Safety Walk Rounds - regelmäßig Fragen an Patient*innen stellen
- Mystery Checks- Testpatient*innen
- ...

9

Mystery Checks

Verfahren zur Erhebung von Dienstleistungsqualität (z.B. Hotelgewerbe)

- **Geschulte Beobachter** treten als Kunden auf und bewerten die Dienstleistung anhand eines Kriterienkatalogs.
- Ergebnisse werden normalerweise nicht veröffentlicht, sondern dienen der **Selbstkontrolle**.

Quelle: Fischer, 2015

Was halten Sie von Mystery Checks im Gesundheitswesen?

10

Patientenbefragungen

- Nutzen vor allem im Verständnis von Problemen der **Prozess- und Strukturqualität** (Lang, 2014)

Beispiel: Patienten-Risiko- und Sicherheitsfragebogen (PaRis)

Forschungsgruppe Metrik/ Kooperation mit der GRB

- Patient*innen werden nach ihrem *Sicherheitsempfinden* gefragt
- Erprobung in deutschsprachigen Krankenhäusern
- Mit Zufriedenheitsbefragung kombinierbar
- Interner und externer Vergleich möglich

11

Befragung zur Wichtigkeitseinschätzung

Wichtigkeitsfragen	Mittelwert	
Die ärztliche Betreuung ist mir...	1,42	
Der Schutz vor Verwechslung ist mir...	1,46	
Die hygienischen Verhältnisse im Krankenhaus sind mir...	1,47	1 = einer der wichtigsten Aspekte
Das Gefühl, in sicheren Händen zu sein, ist mir...	1,48	2 = sehr wichtig
Die erfolgreiche Schmerzlinderung ist mir...	1,71	3 = eher wichtig
Die pflegerische Betreuung ist mir...	1,73	4 = eher unwichtig
Der Gesamtzustand der Zimmer ist mir... *	1,90	*Außerhalb des Datensatzes erhoben
Die Qualität des Essens ist mir... *	2,18	
Das Vorstellen des Personals mit Namen und Funktion ist mir...	2,18	
Geringe Wartezeiten sind mir...	2,26	
Die Cafeteria/der Kiosk ist/sind mir... *	2,90	

Quelle: in Anlehnung an Zinn, 2015, S. 335

Überraschen Sie diese Ergebnisse?

12

Befragungen zur organisationalen Gesundheitskompetenz

	Trifft zu	Trifft eher zu	Trifft eher nicht zu	Trifft nicht zu
Die Mitarbeitenden der Einrichtung XY haben mich dazu ermutigt, alle Fragen und Sorgen anzusprechen, die meine Gesundheit betreffen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Während meines Aufenthaltes in der Einrichtung XY habe ich alle Informationen zu meiner Gesundheit erhalten, die ich wollte.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Mitarbeitenden der Einrichtung XY haben mir praktische Ratschläge gegeben, wie ich im Alltag weiter für meine Gesundheit aktiv sein kann.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Informationen und Anleitungen der Mitarbeitenden der Einrichtung XY waren für mich einfach zu verstehen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Während meines Aufenthaltes in der Einrichtung XY wurden mir zu viele Informationen auf einmal vermittelt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Quelle: in Anlehnung an Kraus-Füreder & Soffried, 2017, S. 104

Wie finden Sie diese Fragen vor dem Hintergrund der gestrigen Diskussion?

13

Patientenbefragungen

Gruppenaufgabe:

- ❖ Erstellen Sie ein Grobkonzept für die Erfassung von Patientenerfahrungen
 - Was sind **Besonderheiten** in Ihrem Versorgungssetting?
 - Zu welchen **Themengebieten** möchten Sie die Sichtweise von Patient*innen (oder Angehörigen) erfassen?
 - Welche **Methode** wenden Sie an? (z.B. schriftlicher Papierfragebogen, mündliche Telefoninterviews, etc.)
 - Welche **Fragen** könnten Sie stellen?
- ❖ Stellen Sie Ihr Konzept den anderen Teilnehmer*innen im Plenum vor.

14

Studie

- US-amerikanische Studie aus 2017 zur Untersuchung des Zusammenhangs zwischen der krankenhauses internen Patientensicherheitskultur und der Sicherheitsbewertungen durch Verbraucher
- Beforscht wird ein potenzieller Zusammenhang zwischen den Einschätzungen von Krankenhauspersonal bezüglich der internen Sicherheit und den Rückmeldungen von Verbraucher*innen (Patient*innen) in Hinblick auf ihre Einschätzung zu bestimmten sicherheitsrelevanten Parametern
- Die Daten des Krankenhauspersonals werden seitens der AHRQ (Agency for Health Research and Quality) mittels der Auswertung ihres SOPS (Survey on Patient Safety culture) bereitgestellt
- Die Daten der Verbraucher werden der Organisation CR (Consumer Reports) in Form des Hospital Safety Scores zur Verfügung gestellt.

Quelle: Smith, Yount & Sorra, 2017

15

Datenbasis

N= 164 Krankenhäuser

Survey on Patient Safety culture (SOPS)

Mitarbeiterbefragung zur Sicherheitskultur
2011 - 2013
140.316 ausgefüllte Fragebögen des
Personals (56%)

Consumer Reports (CR)

Jährlicher Krankenhaussicherheitswert
Bewertung: 0 – 100 Punkte (höher ist
besser)
genutzter Datensatz: 2009 – 2013
Fragebögen zur Patientenerfahrung, Daten
des CMS und des CDC

Quelle: Smith, Yount & Sorra, 2017

16

CR Safety Score

Die Erhebungsmethode basiert auf 5 standardisierten Komponenten:

- Nosokomiale Infektionen
- Krankenhausweite Wiederaufnahmen
- Kommunikation bzgl. Medikation/ Entlassung
- Adäquate Nutzung bildgebender Verfahren
- Mortalität

Wird durch externe Gutachter auf Effektivität geprüft

- Art der Einbindung und Nutzung der statistischen Daten des CMS und CDC
- Datenerhebungen mittels der Sicherheitsbefragungen von Patient*innen

Quelle: Smith, Yount & Sorra, 2017

17

Erläuterung

Die nachfolgende Tabelle ist wie folgt zu verstehen:

SOPS/CR	CR Krankenhaus-sicherheits-score	Nosokomiale Infektionen
SOPS Durchschnittswert	0,24	0,14
Übergaben und Verlegungen	0,10	0,07
Grad der Patientensicherheit	0,22	0,09

⇐ Abschnitte des CR Sicherheitsscores

Wert, der den Zusammenhang beschreibt. Je höher der Wert, desto stärker ist der Zusammenhang.

↑
Abschnitte der
SOPS -
Befragungen

Bsp.: 0,07 ist ein kleiner Wert, daher ist der Zusammenhang zwischen einer guten Übergabe/ Verlegung und der Nosokomialen Infektion gering.

18

SOPS/CR	CR Krankenhaus-sicherheitscore	Geringe nosokomiale Infektionen	Geringe krankenhaushausweite Wiederaufnahmen	Verhinderung von Mortalität	Kommunikation bzgl. Medikation/ Entlassung	Adäquate Nutzung bildgebender Verfahren
SOPS Durchschnittswert	0,24	0,14	0,04	0,04	0,30	0,09
Kommunikationsfreude/ Kommunikative Offenheit	0,22	0,12	0,06	0,06	0,21	0,10
Häufigkeit der Ereignismeldungen	0,04	0,22	-0,21	0,03	0,09	-0,02
Fehlerkommunikation/ Feedback	0,20	0,24	-0,05	0,08	0,18	0,04
Übergaben und Verlegungen	0,10	0,07	0,00	0,07	0,16	-0,03
Patientensicherheit durch Management	0,19	0,19	-0,02	-0,03	0,27	0,06
Straflose Reaktion auf Fehler	0,17	-0,01	0,13	-0,10	0,27	0,14
Lernende Organisation	0,14	0,14	-0,05	-0,05	0,25	0,06
Gesamtwahrnehmung Patientensicherheit	0,23	0,19	0,02	0,06	0,31	0,00
Personal	0,19	-0,03	0,10	0,08	0,29	0,09
Sicherheitsdenken der Führungsebene	0,21	0,12	0,08	-0,01	0,28	0,06
Zusammenarbeit zwischen Abteilungen	0,23	0,06	0,09	0,03	0,28	0,12
Zusammenarbeit in der Abteilung	0,29	-0,03	0,17	0,04	0,35	0,22
Grad der Patientensicherheit	0,22	0,09	0,02	0,07	0,31	0,09

Quelle: in Anlehnung an Smith, Yount & Sorra, 2017, S. 6



Kompetenzentwicklung von Gesundheitsfachpersonal im Kontext des Lebenslangen Lernens



HOCHSCHULE OSNABRÜCK
UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Studienergebnisse

Krankenhäuser mit einer besseren Selbsteinschätzung der Mitarbeiter haben in der Tendenz auch bessere Werte in den CR erhalten.

Es wird eine Verbindung zwischen einer besseren Kommunikation über die Medikation/ Entlassung und besseren Ergebnissen in den SOPS festgestellt.

Gutes Teamwork innerhalb einer Abteilung wird mit geringeren Wiederaufnahmeraten, besserer Kommunikation über Medikation/ Entlassung und einer adäquateren Nutzung der bildgebenden Verfahren in Verbindung gebracht.

Quelle: Smith, Yount & Sorra, 2017, S. 7 f.

Aber: Statistische Zusammenhänge treffen keine Aussagen über Wirkmechanismen!

Fallbeispiel

„Herr A. wird von seiner Ehefrau und einem ambulanten Pflegedienst versorgt. Er bekommt von seinem Hausarzt ein neues Rezept für ein Medikament gegen Bluthochdruck, welches er regelmäßig nimmt. Der Hausarzt verklickt sich jedoch und wählt in der Datenbank das Medikament, welches in der Zeile darüber steht. Da der Drucker im Sprechzimmer defekt ist, gibt er das unterschriebene Rezeptformular zum Ausdrucken an die Anmeldung. Der Apotheker, welcher den Patienten gut kennt, ruft den Hausarzt nicht an, obwohl die Verschreibung eines onkologischen Medikaments durch den Hausarzt eigentlich auffällig ist. Der Apotheker hat derzeit sehr viel zu tun, weil eine Mitarbeiterin kurzfristig erkrankt ist. Die Ehefrau holt das Medikament aus der Apotheke ab und wundert sich nicht über den – wie heute ja nicht selten – anderen Namen des Medikaments. Der Mitarbeiterin des ambulanten Pflegedienstes fällt schließlich auf, dass das Medikament nicht für den Patienten bestimmt sein kann.“

Quelle: angepasste Fallbeschreibung, Original verfügbar unter: <http://lernbar.uni-frankfurt.de/courses/3130/2333/index.html?id=0d8842a06a527de5c3593d6076f37190de46> (Zugriff am 18.10.19)

Wie kann aus diesem Fall gelernt werden?
Wer kann aus diesem Fall lernen?

21

Aufgabe

Wie kann die Patientenzentrierung zur Stärkung der Patientensicherheit gefördert werden? Was können folgende Akteure konkret tun?

- **Organisationen**
- **Professionals**
- **Patient*innen & Angehörige**

Denken Sie an die Themen dieses Moduls zurück. Kommen Sie mit den anderen Teilnehmenden ins Gespräch und notieren Sie Ihre Erkenntnisse an den ausgehängten Plakaten.

22

Struktur des Moduls



*Unit 1: Tools & Techniken des Risikomanagements

**Unit 2: Patientenzentriertes Sicherheitsmanagement und Empowerment

23

Abschlussreflexion

- Was war besonders interessant?
- Haben Sie Verbesserungsvorschläge?
- Welche Themen ich noch gerne behandelt hätte...
- Was ich noch mitteilen möchte...

24

Quellen

- Birkner, B., Lüttecke, H., Gürtler, J. & Bigler-Münichsdorfer, H. (2014). *Kaufmann/Kauffrau im Gesundheitswesen. Lehrbuch zur berufsspezifischen Ausbildung; mit inhaltlicher Zuordnung zum Rahmenplan der Fachwirte im Sozial- und Gesundheitswesen* (6. Aufl.). Stuttgart: Kohlhammer Verlag.
- Dietscher, C., Lorenc, J. & Pelikan, J. (2015). *Selbstbewertung organisationaler Gesundheitskompetenz. Machbarkeitsstudie zum Selbstbewertungsinstrument nach dem Wiener Konzept Gesundheitskompetenter Krankenbehandlungsorganisationen (WKGKKO-I)* (Gesundheitskompetente Krankenbehandlungsorganisationen 1).
- Fischer, A. (2015). Wo stehen wir mit unserem Krankenhaus und wie initiieren wir einen Veränderungsprozess? In A. Fischer (Hrsg.), *Servicequalität und Patientenzufriedenheit im Krankenhaus. Konzepte, Methoden, Implementierung* (1. Aufl., S. 201–212). Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.
- Kraus-Füreder, H. & Soffried, J. (2017). *Methodenbox. Die gesundheitskompetente Sozialversicherung* (2. Aufl.) (Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, Hrsg.). Zugriff am 20.11.2019. Verfügbar unter <http://www.hauptverband.at/cdscontent/load?contentid=10008.644606&version=1505478385>
- Lang, S. J. (2014). *Patientensichtweise von unerwünschten Ereignissen in der Primärversorgung. Dissertation*. Charité - Universitätsmedizin Berlin.
- Smith, S. A., Yount, N. & Sorra, J. (2017). Exploring relationships between hospital patient safety culture and Consumer Reports safety scores. *BMC Health Services Research*, 17(1), 143.
- Stauss, B. & Seidel, W. (2007). *Beschwerdemanagement* (4. Aufl.). München: Hauser Verlag.
- Zinn, W. (2015). Patientenbefragungen und Patientensicherheit. In P. Gausmann, M. Henninger & J. Koppenberg (Hrsg.), *Patientensicherheitsmanagement* (S. 329–338). Berlin: de Gruyter.

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit.