



Gefördert durch:



Bundesministerium
für Gesundheit

aufgrund eines Beschlusses
des Deutschen Bundestages

**Institut für Patientensicherheit
Universitätsklinikum Bonn**

22.12.2022

**Einbeziehung von Patientinnen und Patienten zur strategischen Förderung von
Patientensicherheit:
Eine Recherche zu publizierten Ansätzen und Praktiken in Deutschland**

Projektreport

AUTORINNEN UND AUTOREN	Amelie Koch (M.Sc.) Dr. Nikoloz Gambashidze Prof. Dr. Matthias Weigl
KONTAKT	Institut für Patientensicherheit Universitätsklinikum Bonn Venusberg-Campus 1, Gebäude 02 53127 Bonn ifps@ukbonn.de
PROJEKTLEITUNG	Prof. Dr. Matthias Weigl
ANSPRECHPARTNERIN	Amelie Koch (M.Sc.) amelie.koch@ukbonn.de
FINANZIELLE FÖRDERUNG	Das Projekt wurde finanziell gefördert durch das Bundesministerium für Gesundheit. Förderkennzeichen: ZMI5-2522PAT005.
LAUFZEIT	01.10.2022 – 31.12.2022
INTERESSENSKONFLIKTE	Die Autorinnen und Autoren erklären, dass keine Interessenskonflikte vorliegen.

DANKSAGUNG

Wir möchten uns ausdrücklich und ganz herzlich bei unseren Interviewpartnerinnen und -partnern Gisa Briesemeister-Schilling, Renate Pfeiffer, Prof. Dr. Udo Bode, Dr. Frank Brunsmann und Hajo Neu für Ihre Bereitschaft und Zeit bedanken, uns bei unserem Vorhaben zu unterstützen.

Inhalt

Abkürzungsverzeichnis	4
Zusammenfassung	5
Abstract (Englische Zusammenfassung)	6
1. Hintergrund	7
1.1 WHO Globaler Aktionsplan für Patientensicherheit: Strategisches Ziel 4.....	7
1.2 Nationales Gesundheitsziel Patientensicherheit	8
1.3 Einbeziehung von Patientinnen und Patienten in die strategische Förderung von Patientensicherheit in Gesundheitseinrichtungen	8
1.3.1 Begrifflichkeiten und Mehrebenenmodell der Patienteneinbeziehung.....	8
1.3.2 Ziele.....	10
1.3.3 Anwendungsgebiete und Handlungsfelder	11
1.3.4 Rahmenbedingungen und Hindernisse bei der Patienteneinbeziehung zur Förderung von Patientensicherheit.....	13
1.3.5 Internationale Situation und Konzepte.....	14
2. Rahmenmodell: Drei Stufen der Patienteneinbeziehung in die strategische Förderung von Patientensicherheit	17
3. Ziel & Methodisches Vorgehen	20
3.1 Ziel der Recherche und Berichterstattung.....	20
3.2 Methodisches Vorgehen.....	20
4. Überblick zur strategischen Einbeziehung von Patientinnen und Patienten in die Gesundheitsversorgung in der Bundesrepublik Deutschland	22
4.1 Rechtliche Grundlagen der Beteiligung von Patientinnen und Patienten.....	22
4.2 Übersicht über Aktivitäten und Maßnahmen zur Patienteneinbeziehung in Einrichtungen der Gesundheitsversorgung in der Bundesrepublik Deutschland	22
4.3 Zusammenfassung der Rechercheergebnisse in Bezug auf den WHO Aktionsplan Patientensicherheit und das Nationale Gesundheitsziel Patientensicherheit	28
5. Limitationen dieser Recherche und Berichterstattung	29
6. Gender Mainstreaming	30
7. Schlussfolgerungen und Agenda	31
7.1 Vorschläge zur Agenda für empirische Erhebungen und weitere Forschung.....	31
7.2 Handlungsempfehlungen für Einrichtungen der Gesundheitsversorgung.....	33
7.3 Relevante Faktoren zur Berücksichtigung (Praxis & Forschung)	34
7.4 PEPS II: Empirische Interviewstudie mit Sachverständigen der praktischen Gesundheitsversorgung	34
Glossar: Begriffe von A bis Z	36
Literatur	37
Abbildungsverzeichnis	41

Abkürzungsverzeichnis

APS	Aktionsbündnis Patientensicherheit
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
BPiK	Bundesverband Patientenfürsprecher in Krankenhäusern e.V.
dt.	deutsch
engl.	englisch
et al.	et alii/alia/aliae (dt. <i>unter anderem</i>)
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
PE	patient engagement (dt. <i>Patienteneinbeziehung</i>)
QM	Qualitätsmanagement
SDM	Shared Decision Making (dt. <i>Gemeinsame Entscheidungsfindung</i>)
SGB	Sozialgesetzbuch
SMS	Self Management Support (dt. <i>Unterstützung zur Selbstverwaltung</i>)
UK	United Kingdom (dt. <i>Vereinigtes Königreich</i>)
USA	United States of America (dt. <i>Vereinigte Staaten von Amerika</i>)
WHO	World Health Organization (dt. <i>Weltgesundheitsorganisation</i>)

Zusammenfassung

Hintergrund: Die proaktive Einbeziehung der Perspektiven und Kenntnisse von Patientinnen und Patienten zur Gestaltung einer sicheren und effektiven Gesundheitsversorgung ist ein durch die Weltgesundheitsorganisation (WHO) definiertes Ziel des aktuellen Jahrzehnts. Gesundheitseinrichtungen wie Kliniken und Arztpraxen können direkt von der Nutzung der Erfahrungen von Patientinnen und Patienten sowie deren Angehörigen profitieren. Die Verbesserung von sicherheitsrelevantem Informationsmaterial, Anpassungen von Behandlungsabläufen und die barrierefreie Gestaltung baulicher Infrastruktur sind nur eine Auswahl der möglichen Anwendungsfelder von Patienteneinbeziehung. Hürden wie Finanzierung und personelle sowie zeitliche Ressourcen müssen dabei angegangen und eine kooperative Grundhaltung auf beiden Seiten etabliert werden. International existieren etablierte Maßnahmen wie *Patientenbeiräte* in klinischen Einrichtungen. Für Deutschland ist bislang unbekannt bzw. es fehlt eine Bestandsaufnahme, welche Aktivitäten und Maßnahmen zur Patienteneinbeziehung in Gesundheitseinrichtungen zur Förderung von Patientensicherheit durchgeführt werden.

Ziel und Methode: Das Ziel dieses Berichts ist die Darstellung einer Recherche zu in Deutschland durchgeführten einrichtungsbezogenen Aktivitäten zur Verbesserung der Patientensicherheit unter der Einbeziehung von Patientinnen und Patienten. Außerdem wird eine Agenda für zukünftige Forschungsprojekte und erste Handlungsempfehlungen für die klinische Praxis angestrebt. Zur Erreichung dieses Ziels wurde eine explorative Online-Recherche nach Fachliteratur und digitalem Informationsmaterial durchgeführt. Zur Beratung unseres Vorgehens wurden Interviews mit fünf Sachverständigen bezüglich der einrichtungsbezogenen Patienteneinbeziehung zur Förderung der Patientensicherheit durchgeführt.

5

Ergebnisse: Die wesentlichen in der Bundesrepublik Deutschland etablierten Maßnahmen zur strategischen Einbeziehung von Patientenperspektiven in Gesundheitseinrichtungen sind Patientenbefragungen und der Einsatz von Patientenfürsprechenden. Zusätzlich gibt es einzelne weitere Projekte wie zum Beispiel Patientenräte, welche in Kooperation mit Gesundheitseinrichtungen stehen und ebenfalls das Potential haben, einen Beitrag zur Patientensicherheit zu leisten. Über dieses Potential verfügt auch die große Zahl an etablierten Selbsthilfegruppen. Jedoch ist unklar, ob und wie dieses Potential in der Praxis zur Förderung von Patientensicherheit in Einrichtungen genutzt wird.

Schlussfolgerungen und Agenda: Aufbauend auf internationalen Forschungsergebnissen und den Ergebnissen der Recherche wird eine Agenda für künftige Forschungsarbeiten vorgeschlagen: Eine tiefergehende empirische Erfassung und Beschreibung der Situation in Deutschland unter der Berücksichtigung der Erfahrungen von Sachverständigen aus der klinischen Praxis ist nötig, um ein vollständiges Bild der aktuell etablierten Maßnahmen zur Patienteneinbeziehung zu erhalten, Realisierungspotentiale aufzudecken und notwendige Rahmenbedingungen zu definieren.

Abstract (Englische Zusammenfassung)

Background: The inclusion of patients' perspectives and knowledge to shape safe and effective healthcare is a key goal for the current decade, as defined by the World Health Organization (WHO). Health care providers and organisations, such as hospitals, can benefit greatly from the experiences of patients and their family members. The improvement of safety-related information media, the adjustment of treatment workflows and the barrier-free design of physical infrastructure are just a selection of the possible areas of application of patient involvement. Barriers such as funding, human and time resources need to be addressed, and a cooperative mind-set needs to be established on both sides. Internationally, there are established activities, such as patient advisory boards, in healthcare facilities. In Germany, it is unclear to what extent patient involvement activities have been implemented in health care facilities to promote patient safety.

Aim and Methods: The aim of this report is to outline the institution-related activities that have been implemented in order to improve patient safety with the involvement of patients in Germany. In addition, an agenda for future research projects and first recommendations for clinical practice is aimed at. To achieve this goal, an explorative online search for scientific publications and digital information material was carried out. As a supplement, five experts with hands-on experience in institution-based patient engagement were consulted.

Results: The key activities in Germany for the strategic involvement of patient perspectives in health care facilities are *patient surveys* and *patient advocates*. In addition, there are individual projects, such as *patient boards*, that interact with health care institutions and also have the potential to contribute to patient safety. The numerous established self-help groups also provide this potential. However, it is unknown whether and how this potential is utilised in practice to promote patient safety in health care institutions.

Conclusion: Based on the international research findings and the results of this investigation, an agenda for future research is proposed: An in-depth empirical assessment and description of the situation in Germany, taking into account the practical expertise of health care professionals, is required in order to obtain a comprehensive picture of the currently established activities for patient engagement, to identify the potential for realisation and to define the necessary conditions.

1. Hintergrund

1.1 WHO Globaler Aktionsplan für Patientensicherheit: Strategisches Ziel 4

Vor mehr als zwei Jahrzehnten ist die Patientensicherheit in der Gesundheitsversorgung vermehrt in den Fokus globaler Aufmerksamkeit gerückt. Patientensicherheit wird definiert als die „*Vermeidung, Prävention und Verbesserung von unerwünschten Ereignissen oder Verletzungen, die sich aus Prozessen der Gesundheitsversorgung ergeben*“.[17] Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) hat festgestellt, dass Gefährdungen der Patientensicherheit weltweit ein maßgebliches Problem darstellen. In der Folge wurden die Mitgliedsstaaten aufgefordert, der Gewährleistung und Verbesserung der Patientensicherheit gesundheitspolitische Priorität einzuräumen. Zusätzlich wurde von der WHO auf der 74. Weltgesundheitsversammlung (2021) ein globaler Aktionsplan zur Vermeidung von Gesundheitsgefährdungen und -schäden bei Patientinnen und Patienten, die durch die Gesundheitsversorgung entstehen, vorgestellt [49]. Dieser Aktionsplan enthält sieben breit formulierte Ziele, die jeweils mit fünf Umsetzungsstrategien genauer definiert werden. Zu jedem der sieben Ziele liegen außerdem Handlungsvorschläge für Regierungen, Gesundheitseinrichtungen und -dienste, Interessensgruppen und das WHO-Sekretariat vor.

Das strategische Ziel 4 dieses Aktionsrahmens fordert die Förderung und Verbesserung der aktiven Einbeziehung von Patientinnen und Patienten sowie deren Angehörigen in die Weiterentwicklung der nationalen Gesundheitsversorgung. Die fünf dazugehörigen spezifischen Strategien lauten [10]:

- 4.1** Einbeziehen von Patientinnen und Patienten, Familien und Organisationen der Zivilgesellschaft in die gemeinsame Entwicklung von Politiken, Plänen, Strategien, Programmen und Leitlinien, um die Gesundheitsversorgung sicherer zu machen;
- 4.2** Lernen aus Erfahrungen von Patientinnen und Patienten und deren Familien, die unsicherer Versorgung ausgesetzt waren, um das Verständnis über den Ablauf der Schädigung zu erhalten und die Entwicklung effektiverer Lösungen zu fördern;
- 4.3** Aufbau der Kapazitäten von Patientenfürsprechenden für Patientensicherheit;
- 4.4** Etablierung des Prinzips und der Praxis von Offenheit und Transparenz in der gesamten Gesundheitsversorgung einschließlich einer vollständigen Offenlegung von Patientensicherheitsvorfällen gegenüber Patientinnen und Patienten und deren Familien;
- 4.5** Bereitstellen von Informationen und Bildungsangeboten für Patientinnen und Patienten und deren Familien zu ihrer Einbeziehung in der Selbstfürsorge und Befähigung zur partizipativen Entscheidungsfindung.

Als Maßnahmen zur Umsetzung dieser Strategien werden zum Beispiel die *Rekrutierung und Schulung von Patientenfürsprechenden* oder die *Schaffung eines institutionellen Rahmens zur Einbindung von*

Patientenerfahrungen in Entwicklungen zur Patientensicherheit innerhalb von Einrichtungen der Gesundheitsversorgung genannt [49].

Das in diesem Aktionsplan genannte strategische Ziel 4 und die zugehörigen Ausführungen zu dessen Umsetzung bilden den thematischen Rahmen für die in diesem Bericht untersuchten Maßnahmen in Deutschland. Vor dem Hintergrund dieser Zieldefinition war von Interesse, welche bestehenden Aktivitäten und Maßnahmen zur Patienteneinbeziehung bei der strategischen Förderung von Patientensicherheit in Einrichtungen der Gesundheitsversorgung in Deutschland bereits in der Literatur oder im Internet vorzufinden sind und wie sich diese einordnen lassen.

1.2 Nationales Gesundheitsziel Patientensicherheit

Aufbauend auf dem Globalen Aktionsplan Patientensicherheit der WHO und vor dem Hintergrund der auch in Deutschland weiterhin signifikanten Anzahl an vermeidbaren, unerwünschten Ereignissen im Rahmen medizinischer Gesundheitsversorgung wurde 2022 das zehnte Nationale Gesundheitsziel „Patientensicherheit“ etabliert [26]. Das Gesundheitsziel definiert zwei grundsätzliche Aspekte von Patientensicherheit, die verstärkt fokussiert werden sollen: (1) „Die Patientensicherheitskultur wird auf allen Ebenen des Gesundheitswesens aktiv gefördert“, (2) „Die Patientensicherheitskompetenz wird bei allen Beteiligten im Gesundheitswesen aktiv ausgebaut“. Darüber hinaus werden Teilziele definiert, von denen die aktive Einbindung von Patientinnen und Patienten sowie ihren Angehörigen bei der Förderung von Patientensicherheit gefordert wird. Konkret bedeutet das die Zugänglichkeit von Informationen zu gewährleisten, die Förderung der Patientensicherheitskompetenz von Patientinnen und Patienten, die Berücksichtigung vulnerabler Patientengruppen, Unterstützung von Patientinnen und Patienten bei deren aktiven Beteiligung an der Entwicklung von Maßnahmen, barrierefreie Gestaltung von Möglichkeiten zur Rückmeldung von Sicherheitsbedenken und Anregungen. Das Gesundheitsziel beruht auf dem Grundsatz, dass Patientensicherheit eine gemeinsame Anstrengung aller Beteiligten erfordert und die Erfahrungen von Patientinnen und Patienten einen wichtigen Anteil zu der Gestaltung einer sicheren Gesundheitsversorgung beitragen können.

8

1.3 Einbeziehung von Patientinnen und Patienten in die strategische Förderung von Patientensicherheit in Gesundheitseinrichtungen

1.3.1 Begrifflichkeiten und Mehrebenenmodell der Patienteneinbeziehung

Der von der WHO und auch in der englischsprachigen Fachliteratur und Praxis verwendete Ausdruck *patient engagement* (PE) wird definiert als „die aktive Kooperation von Patientinnen und Patienten mit Gesundheitsversorgern und zugehörigen Instanzen zur Verbesserung des Gesundheitswesens“ [25]. Der Terminus schließt dabei zumeist auch die Einbeziehung von Patientenangehörigen und/oder der sie (gesetzlichen) Vertretenden ein.

Im Deutschen existieren für den Begriff mehrere Übersetzungen wie u.a. *Einbeziehung, Partizipation, Einbindung, Involvierung* oder auch *Beteiligung* (siehe auch *Glossar: Begriffe von A bis Z*, Seite 36). Im Folgenden wird einheitlich der Begriff *Patienteneinbeziehung* bzw. *Einbeziehung von Patientinnen und Patienten* verwendet. Zur Verbesserung der Lesbarkeit wird dabei auf die zusätzliche Nennung von Angehörigen und (gesetzlich) Vertretenden verzichtet, die aber gleichermaßen gemeint sind.

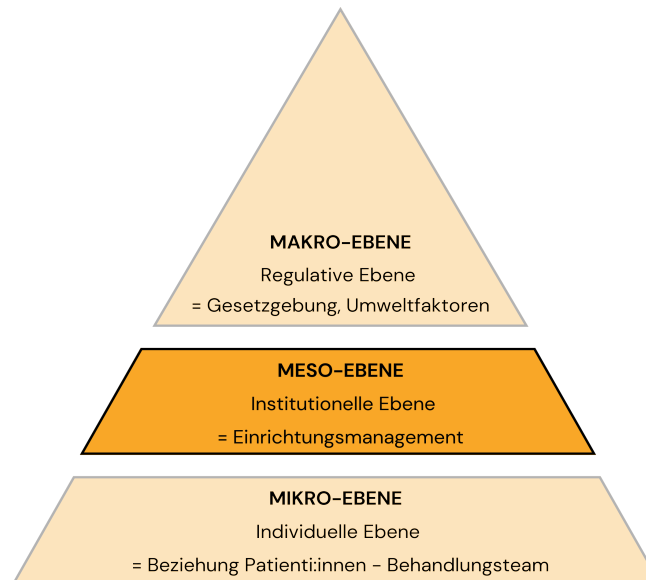


Abbildung 1. Mehrebenenmodell der Patienteneinbeziehung

Es werden drei Ebenen der Patienteneinbeziehung im Gesundheitswesen (siehe Abbildung 1) beschrieben [28,47]. Die unterste Ebene, die sogenannte Mikro-Ebene, beschreibt die aktive Einbeziehung von Patientinnen und Patienten in ihren eigenen Behandlungsprozess. Kennzeichnend sind hier u.a. die Bereitstellung von ausreichend Informationen und Unterstützung der Patientinnen und Patienten, um eine fundierte und informierte Entscheidung zur eigenen Gesundheitsversorgung in Absprache mit dem Gesundheitspersonal treffen zu können (sog. *shared decision making*, SDM; dt.: gemeinsame Entscheidungsfindung) und Unterstützung zu bieten für ein eigenständiges Management der individuellen Gesundheitsversorgung (sog. *self-management support*, SMS; dt.: Unterstützung zur Selbst-Fürsorge) [2]. Hier ist das Ziel, dass Patientinnen und Patienten notwendige Therapien und Behandlungsschritte informiert und eigenmotiviert auswählen und wahrnehmen können. Auch Angehörige können zusätzlich oder anstelle der behandelten Person auf dieser Ebene mit einbezogen werden. Dies gilt gleichermaßen für die übrigen Ebenen.

Die zweite Ebene (*Meso-Ebene*) umfasst institutionelle und organisationsweite Aktivitäten in Einrichtungen der Gesundheitsversorgung (z.B. Kliniken, Praxen, Reha-Einrichtungen). Ziel ist hier, Patientinnen und Patienten (ggf. auch unabhängig von deren eigener Behandlung) aktiv bei der Weiterentwicklung einer sicheren, effektiven und patientenorientierten Versorgung mit einzubeziehen. Dies kann unter anderem durch Patientenbefragungen, Fokusgruppen oder durch Patientenvertreterinnen und

-vertreter in relevanten internen Gremien erreicht werden. Aktivitäten auf dieser Ebene zielen – im Gegensatz zur Mikro-Ebene – eher auf Bedingungen und Verhältnisse ab, die über den unmittelbaren Kontakt zwischen Patientinnen und Patienten mit dem Behandlungsteam hinausgehen und sich mehr auf strukturelle und prozessbezogene Rahmenbedingungen in den einzelnen Organisationen und Einrichtungen beziehen.

Die dritte und oberste Ebene (*Makro-Ebene*) beinhaltet Maßnahmen der Patienteneinbeziehung, die sich auf gesetzgebender Ebene und außerhalb der eigentlichen institutionellen Patientenversorgung abspielen. Dazu gehört beispielsweise auch die Inklusion von Patientinnen und Patienten in regulatorische und rechtliche Prozesse auf Ebene föderaler oder bundesweiter Aktivitäten in Gremien, Verbänden, Ausschüssen. Zudem ließe sich hier auch die Einbeziehung von Patientinnen und Patienten in die Planung, Durchführung und Analyse in relevanten Forschungsprojekten zuordnen.

Dieser vorliegende Bericht beleuchtet Patienteneinbeziehung auf der einrichtungsbezogenen **Meso-Ebene**. Er grenzt sich damit von Patientenbeteiligung auf gesetzgebender und Forschungsebene ab (Makro-Ebene) und ebenso von den Methoden wie *shared decision making* oder *self-management support* auf der Mikro-Ebene.

1.3.2 Ziele

Die Ziele und Vorteile der Einbeziehung von Patientinnen und Patienten in die strategische Weiterentwicklung der Patientensicherheit sind vielfältig. Während professionelles Personal der Gesundheitsversorgung auf strukturierte und erlernte Kenntnisse und Fähigkeiten zur sicheren Patientenversorgung zurückgreifen kann, verfügen Patientinnen und Patienten über erlebte Erfahrungen und können aus diesen wertvolle zusätzliche Bewertungen und Erkenntnisse zu einer sicheren und qualitativen Gesundheitsversorgung beitragen [1,9,13]. Diese Einschätzungen von Patientinnen und Patienten können eine wichtige Informationsquelle zur Reduzierung vermeidbarer Fehler und Risiken sein [3]. Aboumatar et al. [2] betonen, dass die Möglichkeiten zur Einbeziehung für Patientinnen und Patienten nicht nur ein Ziel, sondern ein Patientenrecht darstellen. Außerdem lässt sich auf Patientenseite die Motivation und der Wunsch zur aktiven Teilnahme feststellen [50].

In der Literatur sind drei wesentliche Argumente und Punkte zu finden, welche weiteren Ziele wie auch Vorteile durch die Einbeziehung von Patientinnen und Patienten in die Gesundheitsversorgung erreicht werden können:

- (1) Erstens kann die Akzeptanz der Gesundheitsversorgung durch Patientinnen und Patienten sowie deren Angehörige verbessert werden [27]. Das schließt die ambulante und stationäre Krankenversorgung als auch Präventions- und Reha-Einrichtungen ein. Auch eine höhere Patientenzufriedenheit kann durch die Einbeziehung der Patientinnen und Patienten erreicht werden [51].

Ebenso wird betont, dass sich die wahrgenommene Fairness verbessert und das Vertrauen von Patientinnen und Patienten in die eigene Gesundheitsversorgung gesteigert werden kann [50].

- (2) Zweitens kann die Nutzung von Patientenerfahrungen eine effektivere Versorgung und damit eine Verringerung von Behandlungskosten ermöglichen. Vor allem Menschen mit chronischen Erkrankungen verfügen häufig über wiederholte und weitreichende Erfahrungen mit Behandlungsmethoden und -prozessen, die von großem Wert für die Weiterentwicklung von Patientensicherheitsmaßnahmen sein können [2,38].
- (3) Drittens entwickeln Patientinnen und Patienten, die sich aktiv am Gesundheitsversorgungsprozess beteiligen, sowohl ein besseres Verständnis für das eigene Gesundheitsverhalten als auch für die Form der Versorgung. Die Therapiemotivation kann gesteigert werden, was in weiterer Folge zu besseren klinischen Ergebnissen führen kann [14,50]. Für vulnerable Patientengruppen (wie zum Beispiel Kinder, palliative Patientinnen und Patienten, Menschen mit kognitiven Einschränkungen oder körperlichen Behinderungen) sind die dazugehörigen Angehörigen gleichermaßen zu berücksichtigen [2].

1.3.3 Anwendungsgebiete und Handlungsfelder

Die potenziellen Anwendungsbereiche und Handlungsfelder der strategischen Patienteneinbeziehung sind vielfältig. Grundsätzlich ist eine Einbeziehung von Patientenperspektiven in relevante Qualitätssicherungsprozesse von Beginn an förderlich [27] und kann zu diversen Fragestellungen vorgenommen werden. Im Folgenden schlagen wir eine erarbeitete Klassifikation von einrichtungsbezogenen Anwendungsgebieten vor, bei denen die Einbeziehung von Patientenperspektiven einen wichtigen Beitrag zur Sicherstellung und Verbesserung der Patientensicherheit leisten kann. In Abbildung 2 sind diese vier Handlungsfelder institutioneller Patienteneinbeziehung zur Förderung der Patientensicherheit aufgeführt:

11

(1) INFORMATION

Ein erstes großes und Anwendungsgebiet ergibt sich bei der Entwicklung und Gestaltung von einrichtungsinternem Informationsmaterial für Patientinnen und Patienten [42]. Dazu gehören sowohl Aufklärungsbögen für Eingriffe und Behandlungen als auch Informationen zu Erkrankungen und Verletzungen, Erläuterungen zu Abläufen (z.B. Behandlungspläne, Klinikaufenthalte) und Hilfestellungen bei der weiteren Versorgung (z.B. bei Entlassungen). Verständlich und barrierefrei gestaltetes Informationsmaterial mit einer guten Zugänglichkeit bzw. Verfügbarkeit kann wesentlich zu einer sicheren Versorgung beitragen. Im Bereich Information sollten gleichzeitig auch die digitalen Medien (z.B. Klinikhomepage) nicht vernachlässigt werden. Auch hier können Patientinnen und Patienten wertvolle Hinweise zur inhaltlichen Ausgestaltung und optischen Aufmachung einbringen, die in weiterer Folge zu einer sicheren Patientenversorgung beitragen können. Neben schriftlichem Informationsmaterial kann

auch die Gestaltung der direkten Informationsweitergabe durch Gesundheitspersonal an die Patientinnen und Patienten (z.B. mündliche Operations-Aufklärung) durch Patientenfeedback mitbestimmt werden.

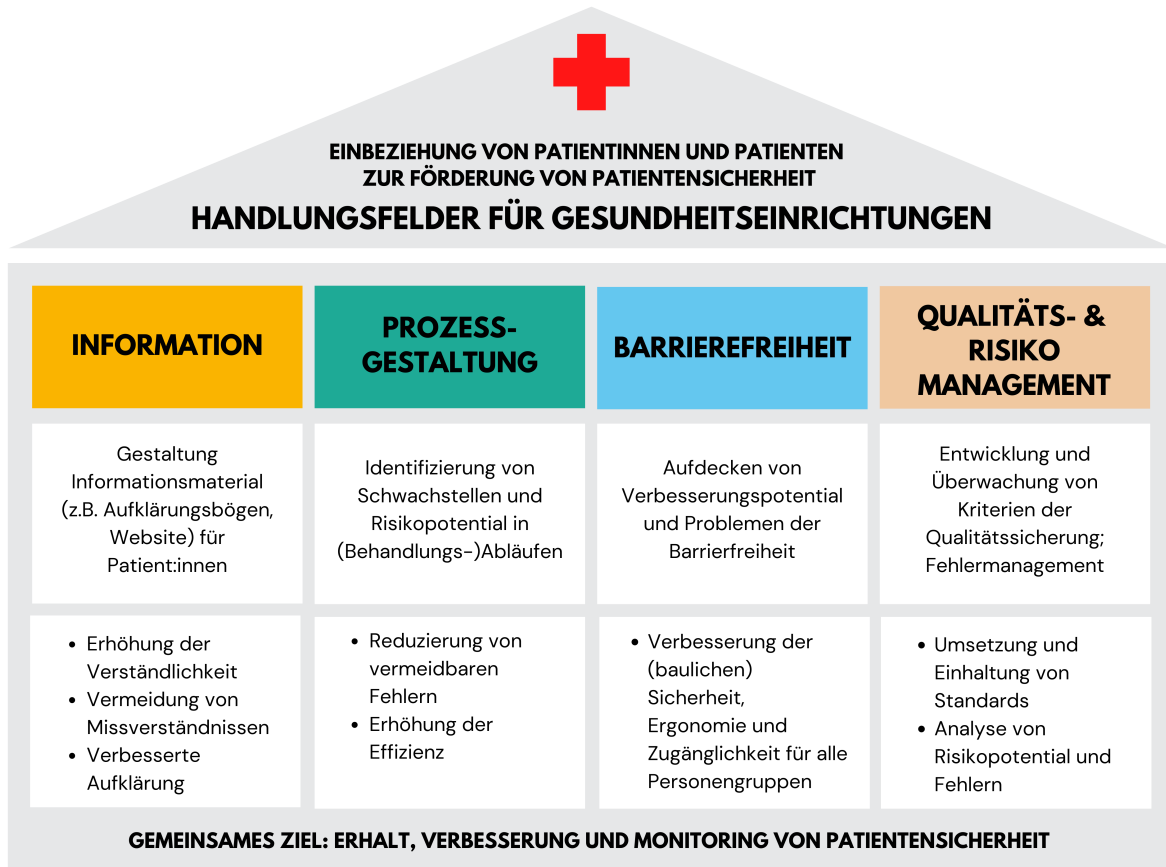


Abbildung 2. Handlungsfelder institutioneller Patienteneinbeziehung zur Förderung von Patientensicherheit: Welche Aufgabengebiete der Gestaltung und des Managements von Gesundheitseinrichtungen können besonders von der Einbeziehung von Patientinnen und Patienten profitieren? (Zusammenstellung der Autorinnen und Autoren)

(2) PROZESSGESTALTUNG UND DESIGN

Einrichtungsinterne Prozesse und Abläufe der Patientenversorgung können mit Potential für Fehler und Risiken für Patientinnen und Patienten verbunden sein. Manche davon können die Patientensicherheit massiv beeinträchtigen (z.B. Verwechslung von Patientinnen und Patienten, Ausgabe falscher Medikation etc.). Patientenerfahrungen können helfen, fehlerbegünstigende Einflüsse und ursächliche Schwachstellen wie fehlende Kommunikation zwischen unterschiedlichen Abteilungen zu erkennen, aufzudecken und zu beheben. Konkret könnte dies zum Beispiel durch die Etablierung partizipativ gestalteter Klinikkonferenzen möglich gemacht werden [50].

(3) BARRIEREFREIHEIT

Barrierefreiheit, die sowohl bauliche Maßnahmen (z.B. zugängliche Aufzüge, rutschfeste Bodenbeläge, inklusive Sanitäranlagen) als auch die Gestaltung von Prozessen und Angeboten betrifft, zielt darauf

ab, den sicheren und gleichberechtigten Zugang und die uneingeschränkte Nutzung von klinischer Infrastruktur zum Beispiel für ältere Menschen, adipöse Menschen, Kinder und Personen mit Sehbehinderungen zu ermöglichen [39]. Auch hier ist die Patientenperspektive essentiell, um Verbesserungspotentiale zu erkennen und spezifische Versorgungs- und Anpassungsbedarfe zu identifizieren bzw. diesen nachzukommen. Neben Patientinnen und Patienten profitieren Mitarbeitende von Gesundheitseinrichtungen gleichermaßen von barrierefreier Gestaltung, was sich wiederum positiv auf die Patientenversorgung auswirken kann.

(4) QUALITÄTSSICHERUNG UND RISIKOMANAGEMENT

Patientensicherheit wird in der klinischen Praxis häufig durch Instanzen und Fachpersonal des internen klinischen Risiko- und Qualitätsmanagements überwacht und sichergestellt. Die Entwicklung von Qualitätskriterien und -zielen kann in Kooperation mit Patientinnen und Patienten oder entsprechenden Vertretenden vorgenommen werden [42]. Auch die Überwachung dieser Ziele kann partizipativ gestaltet werden. Zusätzlich profitieren interne Forschungsprojekte zum Zweck der Verbesserung der Patientensicherheit von der Einbeziehung von Patientinnen und Patienten [42].

1.3.4 Rahmenbedingungen und Hindernisse bei der Patienteneinbeziehung zur Förderung von Patientensicherheit

Eine Reihe von Voraussetzungen und Rahmenbedingungen können als förderlich für die aktive Einbeziehung von Patientinnen und Patienten betrachtet werden, währenddessen andere Faktoren Hindernisse und Barrieren darstellen, welche es zu überwinden gilt, um Patienteneinbeziehung nachhaltig zu ermöglichen.

In der Literatur sind einige Barrieren – auch als *systemische* Hürden bezeichnet – genannt und beschrieben: eines der am häufigsten genannten Hindernisse ist die Finanzierung von partizipativen oder kooperativen Maßnahmen [24,27,50]. Sollten den einbezogenen Patientinnen und Patienten Aufwand und Kosten (z.B. Reisekosten, Zeitaufwand) für ihren Einsatz und ihre Mitwirkung entstehen, müssen auch dafür ausreichende Ressourcen wie finanzielle Mittel zur Verfügung stehen. Über die Finanzierung hinaus sind weitere Ressourcen wie ausreichend Zeit, organisationale Infrastrukturen, Ansprechpersonen und Erfahrungen relevant [5]. Da viele Einrichtungen der Gesundheitsversorgung über wenige Erfahrungen bei Patienteneinbeziehung verfügen, ist auch die Entwicklung und Förderung einer partizipativen Grundhaltung und eines Vertrauensverhältnisses erforderlich [17,50]. Zusammenarbeit und Kommunikation zwischen Einrichtungen und Patientinnen und Patienten müssen Schritt für Schritt etabliert werden [27]. Ein guter Dialog und Vernetzung zwischen verschiedenen Einrichtungen ermöglicht einen Austausch von Erfahrungen.

Auch auf Patientenseite sind einige Faktoren maßgeblich: Um eine aktive Rolle zur Verbesserung der einrichtungsbezogenen Patientensicherheit einnehmen zu können, sollten Patientinnen und Patienten ausreichend Informationen und Training zur Unterstützung für diese Aufgabe erhalten [4,16]. Eine Überforderung, vor allem von spezifischen Personengruppen (z.B. Kindern), muss dabei vermieden werden [50]. Natürlich ist auch eine gewisse Eigenmotivation oder ein Bedürfnis zur Partizipation notwendig [24].

Auch in der Durchführung von Maßnahmen der Patienteneinbeziehungen bestehen Herausforderungen (Prozess-Faktoren): Ungleiche Machtverhältnisse, geringe Effektivität, falsche Grundmotive und fehlende Sinnhaftigkeit werden als problematisch für bestehende Maßnahmen beschrieben [35]. Obwohl überwiegend angenommen wird, dass Patienteneinbeziehung positive Effekte erzielt, können entsprechende Maßnahmen mit Patientenpartizipation auch negative Konsequenzen haben: Van der Voorden et al. [46] nennen unter anderem das Entstehen von Ängsten auf Patientenseite, Überforderung der Patientinnen und Patienten aufgrund vorhandener (körperlicher) Einschränkungen und den möglichen Verlust des Vertrauens in die eigene Behandlung oder das Behandlungsteam durch eine offenere Diskussion und Auseinandersetzung mit Risiken.

Anderson et al. [4] beschreiben einige Strategien, die zur Förderung bzw. Optimierung der Ergebnisse von Patienteneinbeziehung beitragen können: Zuerst sei hier die Einbeziehung möglichst diverser Patientengruppen genannt. Dabei sollten vor allem auch sogenannte vulnerable Personengruppen berücksichtigt werden, die insbesondere von einer Verbesserung der einrichtungsbezogenen Patientensicherheit profitieren können (z.B. chronisch Erkrankte). Zweitens sollten Maßnahmen zur Patienteneinbeziehung priorisiert werden. Da finanzielle und andere Ressourcen sehr häufig als Grund für einen Mangel an Patienteneinbeziehung genannt werden, sollte mit bestehenden Ressourcen gut gewirtschaftet und Ansätze und Maßnahmen mit hoher Effektivität bevorzugt werden. Drittens trägt die Ernennung einer intern beauftragten Person für Patienteneinbeziehung dazu bei, das Vertrauen aller Beteiligten in die Effektivität von entsprechenden Maßnahmen zu erhöhen und der Aufgabe Gewicht zu verleihen.

14

1.3.5 Internationale Situation und Konzepte

Weltweit wurde in den letzten Jahren ein vermehrter Fokus auf die Förderung von Patientensicherheit gelegt und die Notwendigkeit der aktiven Einbeziehung von Patientinnen und Patienten sowie deren Familien betont, um hohe Sicherheits- und Qualitätsstandards in der Gesundheitsversorgung gewährleisten bzw. erreichen zu können [15]. An einer effektiven und sicheren medizinischen Versorgung ist eine Vielzahl von Faktoren, Regularien, Personen und Institutionen beteiligt. Die immense Komplexität der Gesundheitsversorgung macht es zudem notwendig, dass in der Weiterentwicklung und zum Monitoring der Patientensicherheit möglichst alle Beteiligten und ihre diversen Perspektiven mit einbezogen werden. Die Ausgangslagen, Problemstellungen und Lösungsansätze in einzelnen Einrichtungen,

Ländern und Regionen stellen sich dabei stark unterschiedlich dar. Eine detaillierte Übersicht der globalen Verhältnisse würde an dieser Stelle zu weit führen – dennoch sollen im Folgenden einige Maßnahmen aus der internationalen Literatur vorgestellt werden. Diese können als beispielhafte Konzepte wertvolle Hinweise für praxisrelevante Kontextfaktoren geben und somit auch zur Weiterentwicklung der Patientensicherheit in der Bundesrepublik Deutschland beitragen.

In der englischsprachigen Fachliteratur werden unter dem Kürzel PE (engl. *patient engagement*, dt. Patienteneinbeziehung) diverse Aktivitäten und Maßnahmen zur Patienteneinbeziehung zusammengefasst. Viele davon betreffen den Bereich des *Shared Decision Making* (SDM, dt.: gemeinsame Entscheidungsfindung) und die Einbeziehung von Patientinnen und Patienten in Forschungsprojekte. Anteilig weniger wird über einrichtungsbezogene Handlungsschritte berichtet, bei denen die Patientensicht im Einrichtungsmanagement für interne Fortschritte zu einer sicheren medizinischen Versorgung berücksichtigt wird [4]. Eine in Krankenhäusern (v.a. USA, Kanada, UK) vergleichsweise häufig genannte bzw. verbreitete Maßnahme sind sogenannte *Patient and Family Advisory Councils* (PFAC, dt.: Patienten- und Familienbeiräte). Diese bestehen aus Patientinnen und Patienten bzw. deren Vertretenden und Fürsprechenden, Angehörigen und medizinischem Personal und kommen regelmäßig zusammen, um krankenhausinterne Prozesse hinsichtlich der Patientenorientierung und -sicherheit zu evaluieren und zu verbessern. Allerdings ist anzumerken, dass die empirische Evidenzlage zum Erfolg und zur Wirkung solcher Maßnahmen für die tatsächliche Patientensicherheit sehr eingeschränkt ist und nur wenige der existierenden Projekte auch hinsichtlich ihrer Effektivität und Effizienz evaluiert wurden [9]. In einer Studie von Lawton et al. [34] wurde die Verbesserung der tatsächlichen und wahrgenommenen Patientensicherheit durch eine Intervention untersucht, bei der Patientenrückmeldungen strukturiert in regulären Klinik-Meetings besprochen und genutzt wurden, um klinische Abläufe in der Einrichtung zu verbessern. In dieser Studie konnte zwar festgestellt werden, dass die teilnehmenden Patientinnen und Patienten eine hohe Motivation mitbringen, durch ihre Rückmeldungen zu ihrer eigenen Sicherheit beizutragen, in den erfassten Parametern für Patientensicherheit durch diese Intervention jedoch keine Verbesserung erzielt werden konnte. Die Autorinnen und Autoren vermuten, dass vor allem Probleme in der Kommunikation zwischen verschiedenen klinischen Abteilungen zu einer unzureichenden Umsetzung des Patientenfeedbacks durch die Mitarbeitenden geführt haben könnten. In einer weiteren Studie [29] haben Patientinnen und Patienten mit eigenen Erfahrungen von Patientensicherheitsvorfällen zur Ausbildung von medizinischem Personal beigetragen. Auch hier konnten keine sicherheitsrelevanten Effekte dieser Maßnahme festgestellt werden. Es ist demnach unverändert essentiell, bei der Etablierung von Projekten zur Patienteneinbeziehung deren Implementationserfolg sowie auch die Effektivität zu überprüfen und Nachjustierungen für eine nachhaltige Implementation und Verbesserung vorzunehmen.

Die University of Toronto (Kanada) stellt online eine *Patient Engagement Toolbox* (dt. Ratgeber/Instrumentenkasten zur Patienteneinbeziehung) zur Verfügung [19]. Hier lassen sich in englischer Sprache frei verfügbare Dokumente zu den Themen *Methoden und Materialien, sinnhafte und authentische Einbeziehung, Vorbereitung, Auswahl geeigneter Patientinnen und Patienten* und *Sicherstellung der Diversität* sowie *Hürden und Lösungsansätze* finden.

Am King's College London (UK) wird ein Forschungsvorhaben (Laufzeit 2019-2024) realisiert mit dem Titel *King's Improvement Science* (dt. Forschung zur Verbesserung), welches Unterstützung zur Weiterentwicklung der klinischen Arbeit und auch der Patientensicherheit leisten soll [31]. Ein Teilziel des Projekts ist die Einbeziehung der Öffentlichkeit und von Patientenerfahrungen. Der Erreichung dieses Ziels werden sechs kooperativ erarbeitete Prinzipien zugrunde gelegt: (1) Flexible und inklusive Einbeziehung, (2) Kommunikation, (3) sinnhafte Einbeziehung, (4) konstruktive Zusammenarbeit mit Gesundheitseinrichtungen, (5) Infrastruktur, die Einbeziehung fördert und (6) Priorisierung der für Patientinnen und Patienten relevanten Ergebnisse.

So zeichnet sich global ein gemischtes Bild hinsichtlich des Ausmaßes von etablierter Patienteneinbeziehung in die verschiedenen Aspekte der Gesundheitsversorgung. Die Herausforderungen der COVID-19-Pandemie und die notwendigen Anpassungen in der Gesundheitsversorgung (z.B. Besuchsverbote und Kontaktbeschränkungen) haben vielerorts zu einem Rückgang von entsprechenden Maßnahmen geführt [11]. Es kann außerdem festgestellt werden, dass im Bereich der institutionellen Einbeziehung von Patientinnen und Patienten in die Verbesserung und Förderung der Patientensicherheit (*Meso-Ebene*) weniger Aktivitäten verzeichnet bzw. berichtet werden. Es wird gefordert, Patientinnen und Patienten auch hier als kooperativ Mitwirkende auf Augenhöhe anzuerkennen und ihre Erfahrungen und Expertise nutzbar zu machen [40]. Das im Folgenden von uns vorgeschlagene Rahmenmodell veranschaulicht konkrete Gestaltungsmöglichkeiten der Patienteneinbeziehung und aufeinander aufbauende Stufen, die von Einrichtungen der Gesundheitsversorgung entwickelt und umgesetzt werden können.

2. Rahmenmodell: Drei Stufen der Patienteneinbeziehung in die strategische Förderung von Patientensicherheit

Aus der internationalen Literatur lassen sich einige Erkenntnisse zu Maßnahmen und Aktivitäten zur Patienteneinbeziehung in die einrichtungsbezogene Förderung von Patientensicherheit in der Bundesrepublik Deutschland ableiten. Hier schlagen wir für unsere Arbeit einen konzeptuellen Rahmen bzw. ein Rahmenmodell vor: aufbauend auf dem Modell von Carman et al. (2013) ordnet unser Modell (siehe Abbildung 3) konkrete Maßnahmen (Schlagworte) der aktiven Einbeziehung von Patientinnen und Patienten in die Weiterentwicklung institutioneller Patientensicherheit entlang eines Kontinuums einer aktiveren Rolle der Patientinnen und Patienten und ihrer zunehmenden aktiven Mitwirkung und Einbeziehung ein:

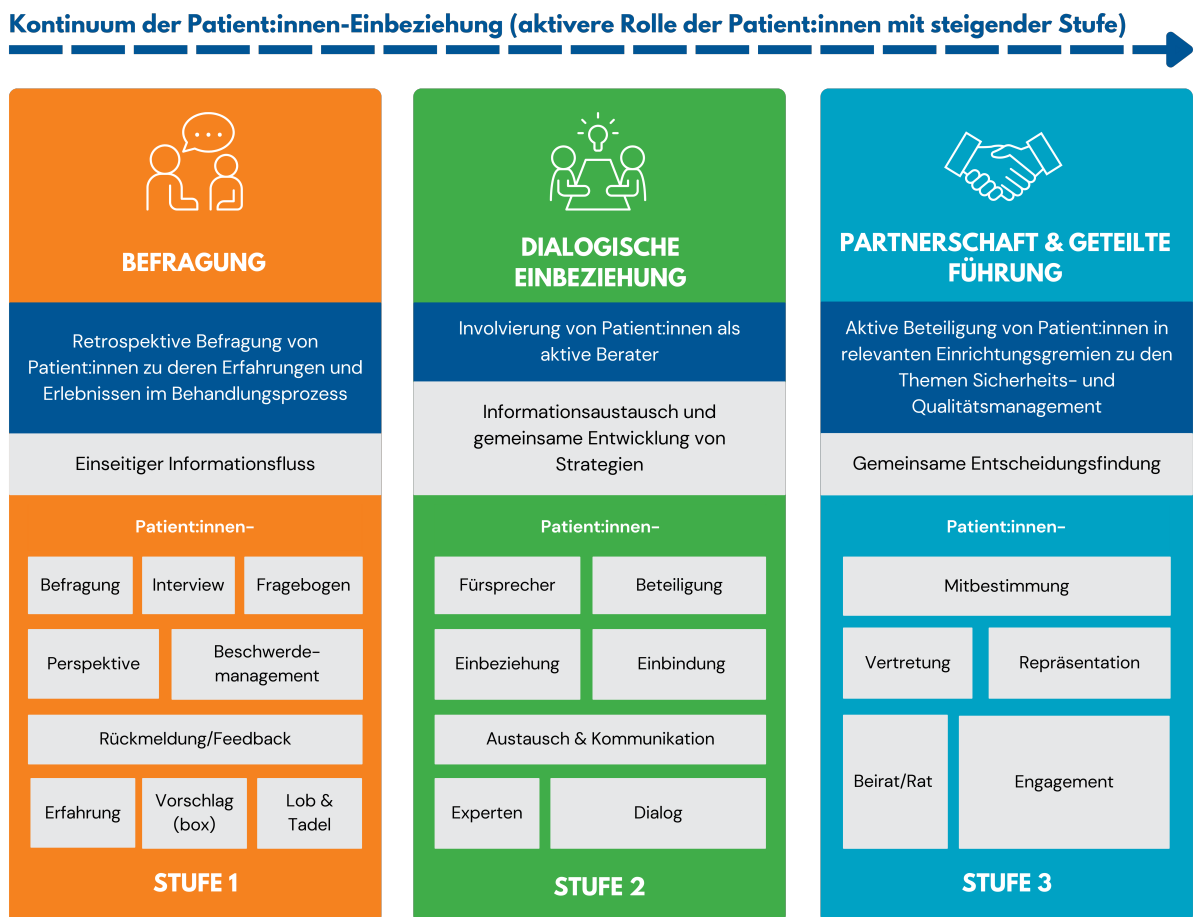


Abbildung 3. Rahmenmodell: Drei Stufen der Patienteneinbeziehung in die strategische Förderung von Patientensicherheit

Von links nach rechts gesehen besteht das Modell aus drei schematischen Stufen der Patienteneinbeziehung. Das Ausmaß bzw. der Umfang steigen von Stufe 1 (*Befragung*) über Stufe 2 (*Dialogische Einbeziehung*) hin zu Stufe 3 (*Partnerschaft und geteilte Führung*) kontinuierlich an. Die Stufen unterscheiden sich in der Art der Einbeziehung von Patientinnen und Patienten darin sowie darin, wie aktiv ihre

Rolle ist und wie umfangreich ihre tatsächlichen Entscheidungs-, Mitgestaltungsmöglichkeiten und Verantwortung sind bzw. eingebracht werden.

Maßnahmen der Stufe 1 (*Befragung*) enthalten Patientenbefragungen aller Art zu sicherheitsrelevanten Erfahrungen, Verbesserungspotentialen, Schwachstellen und konstruktiven Rückmeldungen. Diese Befragungen können schriftlich, per ausgehändigtem oder zugeschicktem Fragebogen oder mündlich in Form eines (telefonischen) Interviews erfolgen. Auch digitale Angebote, z.B. in Form von Online-Fragebögen nach Behandlung oder QR-Code-basierten Kurzeinschätzungen, sind möglich. Ebenso sind *Lob & Tadel-Boxen* oder andere Optionen für Anliegen oder Beschwerden grundsätzlich eine Möglichkeit, um Patientenfeedback zu sammeln, konstruktiv zu verwenden und aufzubereiten. Diese Methoden sind vergleichsweise einfach anzuwenden und mit einem überschaubaren Ressourcenaufwand verbunden. Gleichzeitig ist die Einbeziehung der Patientinnen und Patienten hier unidirektional und es findet kein kooperativer Austausch statt (bspw. erfahren Patientinnen und Patienten nicht, wie ihr Feedback einrichtungsintern genutzt oder verwertet wurde). Ebenso besteht die Gefahr, dass Patientenrückmeldungen zwar registriert und strukturiert aufbereitet (bspw. in jährlichen Qualitätsberichten), aber organisationsintern nur unzureichend analysiert und kaum in den relevanten Bereichen zur Verbesserung ankommen oder weiterverwendet werden.

Die zweite Stufe (*Dialogische Einbeziehung*) beschreibt Aktivitäten zur aktiven Einbeziehung von Patientinnen und Patienten bei relevanten Fragestellungen oder ausgewählten Anlässen. Hier steht der Dialog im Vordergrund, um spezifische Probleme im Austausch zu diskutieren und zu bewerten; Patientenmeinungen können gehört und gemeinsam (kooperativ) besprochen werden. Es besteht auch die Möglichkeit, Einschätzungen und Vorschläge zur Verbesserung der Patientensicherheit zu erarbeiten. Kommissionen, Arbeitsgruppen als auch individuelle Patientenfürsprechende, Selbsthilfegruppen und Patientengremien, die im Austausch mit medizinischem und verwaltungstechnischem Personal stehen, sind Beispiele für diese Stufe der Patienteneinbeziehung. Mit entsprechenden Ansätzen ist bereits umfänglicherer Arbeitsaufwand sowie mehr Zeit- und ggf. auch Kostenaufwand verbunden. Der Vorteil gegenüber der ersten Stufe ist, dass es durch den kooperativen Austausch weniger leicht zu Missverständnissen kommen kann und Vorschläge im Dialog zusammen reflektiert und erarbeitet werden können (bspw. im Hinblick auf die Umsetzung im klinischen Alltag). Außerdem ist es wahrscheinlicher, dass die Patientenerfahrungen direkt an den richtigen einrichtungsinternen Stellen bzw. von deren Verantwortlichen gehört werden.

Auf der dritten Stufe der Einbeziehung (*Partnerschaft und geteilte Führung*) geht es um die aktive Beteiligung von Patientinnen und Patienten an Einrichtungsmanagementprozessen, relevanten Entscheidungen und deren aktive Umsetzung sowie um die Überwachung der geplanten Maßnahmen zur Ver-

besserung der Patientensicherheit. Patientenvertretende in relevanten Klinikgremien, aktiv tätige Patientenräte oder die Gestaltung von Informationsmaterial durch Patientinnen und Patienten sind Beispiele für diese Stufe. Voraussetzungen hierfür sind eine entsprechende organisationale Infrastruktur, Entlohnung für die Tätigkeiten der aktiven Patientinnen und Patienten sowie ausreichende Schulungen und Vermittlung relevanter Fachkenntnisse. Damit sind Maßnahmen auf dieser Stufe mit dem größten Aufwand verbunden.

Es ist zu betonen, dass jede Stufe der Einbeziehung eigene Vor- und Nachteile sowie unterschiedliche Anwendungsmöglichkeiten mit sich bringt. Demnach ist es nicht das Ziel, die höchste Stufe zu erreichen, sondern vielmehr die passende Methode und Stufe für spezifische Fragestellungen und Handlungsfelder zu finden [14]. Die Etablierung von einem flexibel angepassten als auch bedarfsorientierten Vorgehen („*bunter Mix*“) dürfte am ehesten zu einer effektiven und bedeutsamen Einbeziehung der Kenntnisse von Patientinnen und Patienten zu Patientensicherheitsfragen beitragen [4].

3. Ziel & Methodisches Vorgehen

3.1 Ziel der Recherche und Berichterstattung

Aufbauend auf den bislang genannten Erkenntnissen zur Einbeziehung von Patientinnen und Patienten sowie deren Angehörigen in die strategische Förderung von Patientensicherheit in Einrichtungen der Gesundheitsversorgung werden mit diesem Bericht zudem die folgenden Zielsetzungen verfolgt:

- (1) Beschreibung der in der Bundesrepublik Deutschland durchgeführten institutionellen Aktivitäten und Maßnahmen zur Verbesserung der Patientensicherheit unter der Einbeziehung von Patientinnen und Patienten
- (2) Einordnung der gefundenen Aktivitäten in das Rahmenmodell: Drei Stufen der Patienteneinbeziehung in die strategische Förderung von Patientensicherheit und Zuordnung zu den von der WHO formulierten Empfehlungen im Strategischen Ziel 4 (Patient Engagement)
- (3) Berücksichtigung der unterschiedlichen Voraussetzungen verschiedener Versorgungssektoren und Bereiche (z.B. Kliniken, Arztpraxen)
- (4) Erarbeitung einer vorläufigen Agenda für zukünftige Forschungsprojekte und Entwicklung erster Handlungsempfehlungen für die klinische Praxis.

Die Recherche und der Bericht sollen dazu beitragen, die aktuelle Situation zur Einbeziehung von Patientinnen und Patienten in die strategische Förderung der Patientensicherheit in Einrichtungen der Gesundheitsversorgung in der Bundesrepublik Deutschland zu beschreiben, wichtige Kontextfaktoren zu benennen, Verbesserungspotentiale aufzudecken und erste Vorschläge für Lösungsansätze zu erarbeiten. Aufgrund der bestehenden Problematiken hinsichtlich einrichtungsbezogener Patientensicherheit (z.B. Medikationssicherheit, Hygiene) und der eingeschränkten empirischen Evidenz zur Patientenpartizipation im Einrichtungsmanagement hoffen wir, dass dieser Report ein wichtiger und zugleich hilfreicher Schritt ist, um Patientenerfahrungen zum effektiven Erkennen und Beheben von Sicherheitsrisiken in der klinischen und außerklinischen Gesundheitsversorgung zukünftig besser nutzen zu können.

20

3.2 Methodisches Vorgehen

Zur Erreichung dieses Ziels wurde eine explorative Online-Analyse nach (Fach-)Literatur und Website-Angaben zum aufgeführten Thema durchgeführt. Dazu wurden einschlägige wissenschaftliche Literaturdatenbanken (z.B. PubMed) wie auch Suchmaschinen wie Google und Google Scholar verwendet.

Für die Online-Recherche wurden unter anderem folgende Begriffe verwendet: *Patient**, *Interview*, *Befragung*, *Fragebogen*, *Perspektive*, *Beschwerde(management)*, *Risiko(management)*, *Qualität(ssicherung)*, *Erfahrung*, *Rückmeldung*, *Feedback*, *Vorschlag(box)*, *Lob & Tadel*, *Fürsprecher*, *Vertreter**,

Beteiligung, Einbindung, Einbeziehung, Austausch, Kommunikation, Kooperation, Expert, Dialog, Mitbestimmung, Repräsentation, Engagement, (Bei)Rat, Sicherheit.* Relevante Suchergebnisse der Recherche wurden jeweils auch nach Sekundärliteratur durchsucht, d.h. Screening der zitierten Literatur.

Zusätzlich wurden die Internetauftritte diverser Gesundheitseinrichtungen (Kliniken, Arztpraxen) stichprobenhaft nach relevanten Inhalten durchsucht.

Als Ergänzung zu der beschriebenen Online-Recherche wurden insgesamt fünf Sachverständige zur Beratung unseres Vorgehens konsultiert, die über praktische Erfahrungen in der einrichtungsbezogenen Patienteneinbeziehung verfügen. Die befragten Personen verfügten über Erfahrungen in den Bereichen Patientenfürsprache, Leitung einer Selbsthilfegruppe und Mitarbeit im Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA).

Die Rechercheergebnisse wurden strukturiert und aufbereitet. Im nachfolgenden Kapitel werden die Ergebnisse der Online-Recherche zusammengefasst und erläutert.

4. Überblick zur strategischen Einbeziehung von Patientinnen und Patienten in die Gesundheitsversorgung in der Bundesrepublik Deutschland

4.1 Rechtliche Grundlagen der Beteiligung von Patientinnen und Patienten

Die Beteiligung von Patientinnen und Patienten an der Gesundheitsversorgung in der Bundesrepublik Deutschland ist gesetzlich geregelt. Der im Jahr 2004 eingeführte § 140f *Beteiligung von Interessenvertretungen der Patientinnen und Patienten* Fünftes Buch, Sozialgesetzbuch (SGB) schreibt die Pflicht der Beteiligung von ernannten Vertreterinnen und Vertretern in relevanten Gremien, zum Beispiel dem Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA), vor. Damit sollen Patientensouveränität und Patientenrechte gestärkt werden [23]. Wie bereits in Kapitel 1.2.2 dargestellt, bezieht sich der vorliegende Bericht ausschließlich auf einrichtungsbezogene Patientenpartizipation – also darauf, wie in einzelnen Gesundheitseinrichtungen oder Verbänden von Organisationen der Gesundheitsversorgung solche Maßnahmen vorzufinden sind bzw. implementiert werden. Dies wird bisher von der gesetzlich vorgeschriebenen Beteiligungspflicht nicht abgedeckt. Patientenbefragungen mit validierten Befragungsinstrumenten als Mittel im Qualitätsmanagement (QM) werden vom Gesetzgeber in der „*Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über grundsätzliche Anforderungen an ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement für Vertragsärztinnen und Vertragsärzte, Vertragspsychotherapeutinnen und Vertragspsychotherapeuten, medizinische Versorgungszentren, Vertragszahnärztinnen und Vertragszahnärzte sowie zugelassene Krankenhäuser*“ vorgegeben [20,30].

22

4.2 Übersicht über Aktivitäten und Maßnahmen zur Patienteneinbeziehung in Einrichtungen der Gesundheitsversorgung in der Bundesrepublik Deutschland

Im Folgenden werden die durch unsere Recherche gefundenen Aktivitäten, Projekte und Maßnahmen einrichtungsbezogener Patienteneinbeziehung zur Förderung von Patientensicherheit berichtet. Einige davon werden fortlaufend durchgeführt, manche sind einmalige oder abgeschlossenen Projekte und andere möglicherweise noch in Planung. Soweit bekannt, wird der zeitliche Rahmen jeweils mitberücksichtigt. Einige ausgewählte Maßnahmen werden beispielhaft als sogenannte *Spotlights* (dt.: Blickpunkte) näher dargestellt.

Wir möchten ausdrücklich darauf hinweisen, dass es sich dabei um einen ersten Überblick der in Deutschland existierenden Maßnahmen handelt und nicht um eine systematische und erschöpfende Darstellung.

Die am häufigsten etablierte Einbeziehung von Patientenerfahrungen als Rückmeldung zur Evaluation und Weiterentwicklung in Gesundheitseinrichtungen sind **Patientenbefragungen**, die häufig im Rahmen des Qualitätsmanagements eingesetzt werden [41]. Diese sind der Stufe 1 (Befragungen) unseres

Rahmenmodells zuzuordnen und scheinen das häufigste Mittel der Wahl zu sein. Das Ziel einer Befragungsmaßnahme kann sowohl die Feststellung zu priorisierender Problembereiche sein (z.B. Patientinnen und Patienten bemängeln am häufigsten die Sauberkeit der Zimmer) oder auch die Einholung konkreter Ideen und Vorschläge der Befragten bspw. zur erlebten Informations- oder Kommunikationsdefiziten während der Behandlung).

Ebenso können begonnene Maßnahmen empirisch evaluiert und es kann auf Schwachstellen zeitnah reagiert werden. Es zeigt sich, dass die meisten Kliniken der Akutversorgung (auch psychiatrische Kliniken, Kinderkliniken etc.) über eine solche Befragungsmaßnahme verfügen und diese als Standard etabliert haben. Bei den Rehabilitationskliniken zeigt sich ein ähnliches Bild. In ambulanten Arztpraxen sind Patientenbefragungen deutlich weniger verbreitet [37]. Beispielhaft kann außerdem über eine Befragung von Apothekenkundinnen und -kunden berichtet werden [45] und ebenso über eine Patientenbefragung des Malteser Rettungsdienstes [7]. Einige Krankenkassen, z.B. die Techniker Krankenkasse, führen ebenfalls regelmäßige Befragungen durch (siehe Abbildung 6).



SPOTLIGHT PROJEKTE

Einrichtung	Universitätsklinikum Heidelberg
Maßnahme	Patientenerfahrungen bezüglich Einweisung, Entlassung und Weiterversorgung im Rahmen einer Krankenhausbehandlung
WHO Einordnung	4.2 Lernen aus Patientenerfahrungen
Zeitraum	fortlaufend
Stufe der Einbeziehung	Befragung (Stufe1)

- Zentrale Bearbeitung von Patientenrückmeldungen
- Regelmäßige Befragungen durch das Picker Institut (zufällige Befragung von Patienten per Post)
- Weiterleitung der Ergebnisse an Qualitätsmanagement/Medizincontrolling, sowie betreffende Mitarbeiter und Führungskräfte
- Digitaler Zugang (Homepage), ausliegende Fragebögen


Abbildung 4. Spotlight Universitätsklinikum Heidelberg; vgl.: <https://www.klinikum.uni-heidelberg.de/organisation/zentrale-einrichtungen/qualitaetsmanagement-medizincontrolling/qualitaetsmanagement/patientenfeedback>


Einige Faktoren sind bei der Bewertung der einzelnen Befragungsmaßnahmen zu beachten [43], die sich anhand der folgenden Fragen evaluieren lassen:

- (1) **Systematik und Umfang:** Finden die Befragungen regelmäßig in angemessenen Zeitabschnitten statt oder punktuell? Werden bei den Befragungen möglichst diverse Patientengruppen in angemessen großem Umfang befragt? Werden alle Fachbereiche der Einrichtung mitberücksichtigt? Wie umfangreich sind die Inhalte der Befragung?
- (2) **Art der Befragung:** Handelt es sich um Befragungen per Fragebogen oder werden mündliche Interviews durchgeführt? Werden Fragebögen vor Ort ausgeteilt, zugeschickt oder sind sie online

verfügbar? Werden mehrere Methoden miteinander kombiniert? Handelt es sich um reine Bewertungsfragen (z.B. „Wie fanden Sie die Sauberkeit während Ihres Aufenthaltes auf einer Skala von 1-5“) oder werden auch Fragen mit offenem Antwortformat verwendet (z.B. „Wie hätten wir den Ablauf am Tag Ihrer Operation weiter optimieren können?“). Werden validierte Messinstrumente verwendet? Werden die Befragungen intern durchgeführt oder ist ein externes Institut mit der Befragung beauftragt?

- (3) Anwenderfreundlichkeit: Sind die Fragen verständlich formuliert bzw. auch für besondere Personengruppen wie Kinder, Seniorinnen und Senioren, Menschen mit Sehbehinderung lesbar?



Einrichtung	OptiMedis AG
Maßnahme	Entwicklung eines Patientenfragebogens zur Fehlerprävention für ambulante Arztpraxen
WHO Einordnung	4.2 Lernen aus Patientenerfahrungen
Zeitraum	2019-2020
Stufe der Einbeziehung	Befragung (Stufe1) 

Patientinnen und Patienten können einen wichtigen Beitrag zur Fehlerprävention leisten. Der FRAG-MICH Fragebogen umfasst 22 Items in fünf Dimensionen mit guten psychometrischen Eigenschaften. Es werden durch den Einsatz in der Patientenbefragung Faktoren gemessen, die zum Auftreten von sicherheitsrelevanten Ereignissen führen können. Eine periodische Verwendung des Fragebogens wird empfohlen.

24

Abbildung 5. Spotlight OptiMedis AG; vgl.: Stahl, Katja; Groene, Oliver (2021): ASK ME!-Routine measurement of patient experience with patient safety in ambulatory care: A mixed-mode survey. In: PloS one 16 (12), e0259252.

- (4) Verwendung der Ergebnisse: Sind Ergebnisse öffentlich zugänglich (z.B. über Bericht auf der Homepage oder in den zentralen, jährlichen QM-Berichten)? Werden die Ergebnisse der Befragung ausreichend ausgewertet, analysiert, intern kommuniziert und für Weiterentwicklungen verwendet? Gleichfalls ist auch relevant, ob die Erfahrungen und Erkenntnisse aus den Befragungen zu organisatorischen, Ablauf- oder strukturellen Veränderungen geführt haben bzw. welches Fazit aus den Ergebnissen nachhaltig gezogen wurde.

Insgesamt ist zu berichten, dass durch unsere Online-Recherche nicht festgestellt werden konnte, was konkret mit den Ergebnissen der einzelnen durchgeführten Befragungen passiert. Des Weiteren sind die Inhalte der Befragungen meist nicht zugänglich – das bedeutet, dass an dieser Stelle keine Aussage getroffen werden kann, inwiefern die Inhalte der Befragungen Themen der Patientensicherheit betreffen.

Das **Lob- und Beschwerdemanagement** einiger Einrichtungen kann ebenfalls als eine Art der retrospektiven Informationssammlung und Befragung betrachtet werden. Auch hier können Patientinnen

und Patienten Vorschläge und Verbesserungsansätze anbringen, allerdings ist diese Variante weniger proaktiv gestaltet (d.h. Patientinnen und Patienten werden weder aktiv um einen Beitrag angesprochen noch wird versucht, die Befragung systematisch und repräsentativ zu gestalten). Natürlich ist auch zu beachten, dass viele Einrichtungen der Gesundheitsversorgung möglicherweise Befragungen durchführen, diese aber durch unsere digitale Recherche nicht auffindbar sind bzw. nicht auf den Homepages der Einrichtungen explizit beworben werden.

SPOTLIGHT PROJEKTE

Einrichtung	Techniker Krankenkasse
Maßnahme	TK Monitor Patientensicherheit (Interviews mit ca. 1000 Personen)
WHO Einordnung	4.2 Lernen aus Patientenerfahrungen
Zeitraum	jährlich seit 2019
Stufe der Einbeziehung	Befragung (Stufe1)

- Jährliche Befragung der erwachsenen, deutschsprachigen Bevölkerung (mehrstufige, geschichtete Stichprobe) zur erlebten Patientensicherheit in der medizinischen Versorgung
- Computergestützte Telefoninterviews
- Publizierter Bericht zu signifikanten und relevanten Befunden
- Unterscheidung von versch. Personengruppen

Abbildung 6. Spotlight Techniker Krankenkasse; vgl.: <https://www.tk.de/techniker/gesundheits-und-medizin/patientensicherheit/tk-monitor-patientensicherheit-2128230>

Die nächste gut etablierte Maßnahme sind **Patientenfürsprechende**. Diese können unter bestimmten Bedingungen der zweiten Stufe (*Dialogische Einbeziehung*) unseres Rahmenmodells zugeordnet werden. Die zumeist ehrenamtlichen und unabhängigen Fürsprechenden erfüllen mehrere Funktionen: sie stehen als Kontaktpersonen für Patientinnen und Patienten zur Verfügung, sie leisten emotionalen Beistand, schaffen Vertrauen und sie dienen als Bindeglied zwischen Einrichtung und Patientinnen und Patienten sowie auch deren Angehörigen bzw. können aufgrund ihrer Sach- und Kontextkenntnisse vermittelnd auftreten [21].

25

Sie können damit auch im Rahmen des Beschwerdemanagements eingesetzt bzw. tätig werden. Häufig sind die betreffenden Ämter auch mit (ehemaligen) Ärztinnen und Ärzten besetzt. In der Bundesrepublik Deutschland werden die Fürsprechenden in Krankenhäusern durch den BPIK vertreten (Bundesverband Patientenfürsprecher in Krankenhäusern e.V., <https://bpik.de/>). In anderen Einrichtungen der Gesundheitsversorgung (z.B. ambulanten Arztpraxen) sind Patientenfürsprechende unserer Recherche nach selten etabliert.

Wie bereits angedeutet, leisten die Fürsprechenden zwar einen sehr wichtigen Beitrag im Rahmen der patientenorientierten Versorgung und Unterstützung, aber nur unter bestimmten Umständen und Fällen sind sie auch tatsächlich eine effektive Maßnahme im Sinne der Förderung der Patientensicherheit und Qualitätsverbesserung [22]. Sie arbeiten zumeist nicht proaktiv, sondern reaktiv auf Patientenfragen hin. Dabei entsteht eine Art Filtereffekt, sodass nur die Perspektiven derjenigen Patientinnen

und Patienten gehört werden, die sich selbst aktiv an die Fürsprecherinnen und Fürsprecher wenden. Gleichzeitig können die Belange und Rückmeldungen der Patientinnen und Patienten nur genutzt werden, wenn auch ein regelmäßiger, konstruktiver Dialog zwischen Einrichtungsmanagement und den Fürsprechenden gewährleistet ist. Inwiefern dies praktisch umgesetzt wird und auch Themen der Patientensicherheit in Einrichtungen betrifft, ist anhand unserer Rechercheergebnisse nicht nachzuvollziehen.



Abbildung 7. Spotlight Psychiatrie Klinik Lüneburg; vgl.: <https://www.pk.lueneburg.de/patientenfuersprecher/>

Auch die gut etablierten und zum Teil an klinische Einrichtungen angegliederten etwa 100.000 **Selbsthilfegruppen** bzw. **-organisationen** in Deutschland [32] verfügen häufig über eine Verbindungsperson oder einen anderen Kommunikationskanal zu den betreffenden Kliniken oder Praxen. Die Kooperation von Gesundheitseinrichtungen und Selbsthilfegruppen bietet ebenfalls das Potenzial, die dort auftretenden und zusammengetragenen Patientenerfahrungen zur Förderung von Patientensicherheit zu nutzen [44]. Dennoch gibt es auch hierzu keinen fundierten Kenntnisstand, inwieweit dies in der Praxis tatsächlich passiert.

Die international als *Patient Advisory Boards* bezeichneten und beschriebenen **Patientenräte** sind in Deutschland bisher wenig etabliert. Solche Patientengremien bestehen im besten Fall aus Patientenvertretenden und Einrichtungsmitarbeitenden und treten regelmäßig zusammen, um Anliegen zu erörtern und Lösungsvorschläge zu erarbeiten [6,36]. Sie können als eine Art „runder Tisch“ betrachtet werden, an dem die Patientinnen und Patienten ihre Perspektiven zu Patientensicherheitsfragen im direkten Dialog darlegen und sich aktiv an der Erarbeitung von Lösungsansätzen sowie der Organisation und Umsetzung von praktischen Maßnahmen beteiligen können. Im Rahmen unserer Recherche wurden solche Aktivitäten cursorisch erwähnt, eine systematische Darstellung und (einrichtungs-)übergreifende Beschreibung dieser Patientenräte oder -beiräte fehlt für Deutschland bislang jedoch.



Einrichtung	Universitätsklinikum Freiburg
Maßnahme	Patientenbeirat am Tumorzentrum zur Verbesserung der Kommunikation zwischen Einrichtung (auch QM) und Patientinnen und Patienten
WHO Einordnung	4.1 Gemeinsame Entwicklung von Strategien 4.2 Lernen aus Patientenerfahrungen
Zeitraum	seit 2014
Stufe der Einbeziehung	Dialogische Einbeziehung (Stufe 2)

- Ziel: Patientenorientierte Versorgung
- Besteht aus Vertreter:innen regionaler Selbsthilfegruppen, Patientenfürsprecher:innen und Klinikmitarbeiter:innen
- Patient:innen können informiert werden, eigene Vorschläge einbringen und Rückmeldungen zu etablierten Angeboten geben
- Ergebnis: u.a. Broschüre relevanten zu Patienteninformationen, wie Ansprechpartner:innen und Angeboten



Abbildung 8. Spotlight Universitätsklinikum Freiburg; vgl.: <https://www.uniklinik-freiburg.de/cccf/patienten/patientenbeirat.html>

Neben den genannten Kerngruppen von Aktivitäten zur Patienteneinbeziehung gibt es weitere Maßnahmen, die nur eingeschränkt unserer Definition von strategischer Patienteneinbeziehung im engeren Sinne entsprechen, aber entweder eine wichtige Vorstufe darstellen oder zumindest Potential enthalten, welches für die Entwicklung und die Etablierung zukünftiger Maßnahmen von Bedeutung sein könnte:

27

1. Damit Patientinnen und Patienten sich aktiv an der Gestaltung von Gesundheitsversorgung beteiligen können, ist ein gewisses Maß an Gesundheitskompetenz und ggf. auch methodisches und rechtliches Grundwissen zwingend erforderlich. Hierzu bedarf es einem gezielten Schulungsangebot. **Patientenakademien** oder -kurse können aus diesem Grund einen wichtigen ersten Schritt darstellen, um die Einbeziehung von Patientinnen und Patienten langfristig möglich zu machen. Derartige Angebote gibt es an verschiedenen (Klinik-) Standorten (z.B. Sauerlandklinik Hachen, <https://www.sauerlandklinik-hachen.de/ueber-uns/aktuelles/patientenakademie.html>; Universitätsklinikum Jena, <https://www.uniklinikum-jena.de/neuro/patientenakademie-p-2816.html>). Sie dienen zumeist dem Zweck, medizinische Themen verständlich aufbereitet an Patientinnen und Patienten weiterzugeben. Auch die **Aus- und Weiterbildung von Fürsprechenden** fällt in diesen Bereich. Hier wird zum Beispiel vom Landesverband der *Patientenfürsprechenden in Krankenhäusern in NRW e.V.* ein Qualifizierungsprogramm angeboten (<https://www.lvpik-nrw.de/qualifizierung/>).
2. Einige Kliniken und auch andere Institutionen bzw. Vereine bieten einen **Runden Tisch für Selbsthilfegruppen** an (z.B. Universitätsklinikum Bonn, [Institut für Patientensicherheit, 2022](https://www.ciobonn.de/leberkrebs-</div><div data-bbox=)

zentrum/89-behandlung-im-cio/unterstuetzende-therapien-angebote/onkologische-selbst-hilfe; Comprehensive Cancer Center Mainfranken, <https://www.med.uni-wuerzburg.de/en/ccc/aktuelles/single/news/runder-tisch-runder-tisch-der-selbsthilfe-am-ccc-mainfranken/>). Dort kommen Vertreterinnen und Vertreter verschiedener Selbsthilfegruppen zusammen, um Themen der Gesundheitsversorgung interaktiv zu besprechen. Häufig werden diese Veranstaltungen auch von Mitarbeitenden der Gesundheitseinrichtungen besucht oder begleitet und können somit ebenfalls eine wichtige Möglichkeit für einen kooperativen Austausch zu Themen der Patientensicherheit darstellen.

4.3 Zusammenfassung der Rechercheergebnisse in Bezug auf den WHO Aktionsplan Patientensicherheit und das Nationale Gesundheitsziel Patientensicherheit

Es wurde eingangs das Strategische Ziel 4 im Globalen Aktionsplan Patientensicherheit der WHO, die Förderung und Verbesserung der aktiven Einbeziehung von Patientinnen und Patienten sowie deren Angehörigen in die Weiterentwicklung der nationalen Gesundheitsversorgung, beschrieben. Drei der definierten Strategien innerhalb dieses Ziels betreffen direkt die Einbeziehung von Patientinnen und Patienten zur strategischen Förderung von Patientensicherheit in Gesundheitseinrichtungen: (4.1) „[...] gemeinsame Entwicklung von Politiken, Plänen, Strategien, Programmen und Leitlinien, um die Gesundheitsversorgung sicherer zu machen“, (4.2) „Lernen aus Erfahrungen von Patientinnen und Patienten [...], um das Verständnis über den Ablauf der Schädigung zu erhalten und die Entwicklung effektiverer Lösungen zu fördern“, (4.3) „Aufbau der Kapazitäten von Patientenfürsprechenden für Patientensicherheit“. Die berichteten Aktivitäten und Maßnahmen zur Patienteneinbeziehung in der Bundesrepublik Deutschland erfüllen bereits zu Teilen die Forderungen der genannten Strategien. Nichtsdestotrotz besteht ein großes Potential an Erfahrungen und Kenntnissen von Patientinnen und Patienten, welches noch nicht ausgeschöpft wird. Weitere Maßnahmen sind nötig, um Patientenperspektiven strukturiert auf Managementebene (z.B. Qualitätsmanagement, Risikomanagement etc.) in Gesundheitseinrichtungen zu berücksichtigen und in kooperativer Zusammenarbeit auf Augenhöhe eine sichere und effektive Gesundheitsversorgung zu ermöglichen. Das Nationale Gesundheitsziel Patientensicherheit greift die Forderungen des WHO Aktionsplans Patientensicherheit auf und möchte die Umsetzung der Ziele auf nationaler Ebene unterstützen. Die angestrebte aktive Rolle von Patientinnen und Patienten bei der Stärkung der Patientensicherheitskultur in Deutschland spiegelt sich in den aktuell implementierten Maßnahmen nur eingeschränkt wieder. Vor allem eine dialogisch gestaltete Zusammenarbeit von Patientinnen und Patienten bzw. deren Vertreterinnen und Vertretern mit Mitarbeitenden von Gesundheitseinrichtungen wird bisher nur selten realisiert. Hier besteht weiterer Handlungsbedarf, um den Forderungen des Gesundheitsziels gerecht zu werden.

5. Limitationen dieser Recherche und Berichterstattung

Die Ergebnisse der Recherche und die Berichterstattung unterliegen Limitationen, die bei der Interpretation zu berücksichtigen sind:

Erstens basiert die hier vorgestellte Übersicht von Maßnahmen der Einbeziehung von Patientinnen und Patienten auf einer explorativen und nicht-systematischen Online-Recherche. Es kann somit nicht ausgeschlossen werden, dass einzelne etablierte Maßnahmen oder Projekte hier keine Erwähnung finden, da sie durch diese Art der Recherche nicht abgedeckt werden konnten. Es ist davon auszugehen, dass einige Aktivitäten weder publiziert noch über entsprechende Internetseiten öffentlich zugänglich sind. Dies schließt vor allem auch in der Planung befindliche Maßnahmen ein. Hier ist außerdem zu berücksichtigen, dass wir in diesem Bericht nur den aktuellen Stand darstellen können. Da davon ausgegangen werden kann, dass wir uns in einer dynamischen Situation befinden und die Anerkennung der Patientenperspektive als wichtige Ressource zur Weiterentwicklung einer sicheren Gesundheitsversorgung weiter voranschreitet, kann sich der Stand der Aktivitäten in Deutschland in einigen Jahren deutlich verändert haben.

Zweitens stellen einige der hier berichteten Zusammenstellungen (z.B. Abbildung 2. Handlungsfelder institutioneller Patienteneinbeziehung zur Förderung von Patientensicherheit: Welche Aufgabengebiete der Gestaltung und des Managements von Gesundheitseinrichtungen können besonders von der Einbeziehung von Patientinnen und Patienten profitieren? (Zusammenstellung der Autorinnen und Autoren)) deskriptive Auflistungen der Autorinnen und Autoren dar. Diese sind als erste Entwürfe und Vorschläge zu verstehen und sollten mit zukünftiger Forschung empirisch evaluiert und weiterentwickelt werden (siehe 7.4 PEPS II: Empirische Interviewstudie mit Sachverständigen der praktischen Gesundheitsversorgung).

6. Gender Mainstreaming

Es ist uns ein Anliegen, die Perspektiven von Patientinnen und Patienten unabhängig von deren Geschlecht zu gleichen Maßen zu berücksichtigen. Zu diesem Zweck wurden für unsere Sachverständigen-Interviews Frauen und Männer zu vergleichbaren Anteilen rekrutiert (2 Frauen und 3 Männer). Bei der Auswahl der dargestellten Maßnahmen zur Einbeziehung von Patientinnen und Patienten wurde darauf geachtet, dass diese Maßnahmen jeweils allen Geschlechtern gleichermaßen zur Verfügung stehen. In der Berichterstattung wurde auf eine gendergerechte Sprache geachtet.

7. Schlussfolgerungen und Agenda

Aufbauend auf internationalen Forschungsergebnissen und den berichteten Ergebnissen der Recherche zu publizierten und praktizierten Ansätzen der Patientenpartizipation in der Bundesrepublik Deutschland wird eine Agenda für künftige Forschungsarbeiten sowie für die klinische Praxis vorgeschlagen. Dabei sind die dynamische Situation und verändernde Bedarfslagen der Gesundheitsversorgung in Deutschland zu berücksichtigen. Unsere Empfehlungen bauen auf den oben beschriebenen Rechercheergebnissen auf und nehmen auch auf die aktuelle Situation und Erkenntnislücken Bezug. Unser Erhebungsvorhaben hat gezeigt, dass – betrachtet man die vorgestellten drei Stufen der Patienteneinbeziehung – vor allem *Befragungen* (Stufe 1) von Patientinnen und Patienten in klinischen und außerklinischen Einrichtungen in Deutschland praktiziert werden. Projekte und Initiativen zu *dialogischen Einbeziehung* oder sogar *geteilter Führung* (Stufen 2 und 3) sind weit weniger etabliert [48]. Gleichzeitig existieren kaum systematische Berichte und Forschungsarbeiten, die bestehende strategische Ansätze zur Patienteneinbeziehung und Patientensicherheit evaluieren [8].

7.1 Vorschläge zur Agenda für empirische Erhebungen und weitere Forschung

Aufbauend auf diesen Erkenntnissen und der im Vergleich umfänglicheren Evidenz internationaler Forschungsergebnisse möchten wir weitere Schritte vorschlagen, um die Erkenntnis- und Datenlage in Deutschland zu verbessern und fundierte Empfehlungen für die Patientenversorgung treffen zu können:

1. Tiefere, systematische und umfassende empirische Erfassung und Beschreibung der bereits etablierten, durchgeführten oder geplanten Praktiken und Initiativen in Deutschland und deren Akzeptanz durch Patientinnen und Patienten sowie Gesundheitspersonal und Einrichtungsmanagement als Validierung der hier berichteten Erkenntnisse. Ziel wäre, eine systematische Bestandsaufnahme und Klassifizierung bereits in der Praxis etablierter und implementierter Ansätze zu formulieren und diese interessierten Personen in Form von Best Practice-Empfehlungen zur Verfügung stellen.
2. Analyse bestehender Hindernisse und Barrieren, von in der Implementation strauchelnden oder nicht erfolgreichen Projekten und möglicher Lösungsansätze: Ziel wäre hier insbesondere die systematische Beschreibung und kohärente Darstellung von Rahmenbedingungen, die in der Versorgungspraxis eine aktive Patienteneinbeziehung zur strategischen Förderung von Patientensicherheit ermöglichen bzw. erschweren.
3. Erfassung nötiger Rahmenbedingungen und Realisierungspotentiale. Neben den in diesem Bericht (gleichwohl aus der internationalen Literatur) genannten Faktoren wäre von Interesse, welche spezifischen Kontext- und Strukturbedingungen im deutschen Gesundheitswesen eine

Rolle spielen, dass die strategische Mitwirkung von Patientinnen und Patienten und deren Vertretungen zur Herausforderungen der Patientensicherheit in den Einrichtungen kaum umgesetzt wird.

4. Detaillierte Evaluation der Effektivität einzelner Maßnahmen. Um die Patienteneinbeziehung in Aktivitäten der strategischen Förderung von Patientensicherheit in den Einrichtungen der Gesundheitsversorgung nachhaltig zu implementieren, braucht es Begleitforschung mit Versorgungswissenschaftlicher Methodik, um Evidenz zur Effektivität und zum Erfolg von Maßnahmen zu generieren. Erst eine systematische und empirische Bewertung in Form von Prozess- und Effekt-Evaluationen liefert Hinweise, welche Maßnahmen auf welchen Ebenen als wirksam und effektiv für die breite Implementation in der Versorgungslandschaft erachtet werden können.
5. Vergleichende Untersuchung der verschiedenen Handlungsfelder als auch inhärenten Anforderungen und Hindernisse in der Patienteneinbeziehung zur strategischen Förderung der Patientensicherheit. Wie oben gezeigt, lassen sich verschiedene Handlungsfelder bzw. Stufen des Einbezugs festhalten (Befragung, Dialogische Einbeziehung, Geteilte Führung). Zukünftige Forschung und Analysen sollten hier auch Vergleiche vornehmen, welche dieser Maßnahmen und Aktivitäten unter welchen Anforderungs- und Kontextbedingungen als umsetzbar und effektiv betrachtet werden. Zudem wäre hier auch von Interesse, ob (einrichtungsinterne) Kombinationen (i.S. gleichzeitiger Angebote und Aktivitäten) Synergien und Lerngewinne produzieren, sodass hier für die Patientensicherheit vertiefte Erkenntnisse und Fortschritte möglich sind (bspw. durch die Kombination von Analysen von Patientenbefragungen und QM-Berichten in einrichtungs- oder klinikinternen Gremien, in denen auch Patientenvertreterinnen und -vertreter aktiv eingebunden sind).
6. Entwicklung von Handlungsempfehlungen für die praktische Arbeit in Gesundheitseinrichtungen, um den Transfer der gewonnenen Erkenntnisse und die nachhaltige Etablierung weiterer Ansätze auf allen Stufen der Patienteneinbeziehung möglich zu machen.
7. Bewertung der Aktivitäten unter besonderer Berücksichtigung der verschiedenen Sektoren der Gesundheitsversorgung: Die Recherche zeigte, dass sich die Mehrheit der Ansätze im stationären Sektor der Krankenversorgung verorten lassen. Es bleibt unklar, inwiefern im ambulanten als auch im Bereich der (Alten-) und häuslichen Pflege Ansätze und Praktiken der strategischen Patienteneinbeziehung zur Förderung der Patientensicherheit bestehen. Beispielsweise bestehen in Altenpflegeeinrichtungen Heimbeiräte. Es wäre von Interesse, inwiefern diese auch zur Konsultation oder Mitwirkung bei Fragen der Sicherheit einbezogen werden.

8. Entwicklung von validen Bewertungskriterien, Indikatoren und ggf. Messinstrumenten (Evaluation) zur Bestimmung des Entwicklungs- oder Umsetzungsgrads von Maßnahmen zur Patienteneinbeziehung zur Förderung von Patientensicherheit. Auch die Möglichkeit der Selbstevaluation für Gesundheitseinrichtungen sollte geschaffen werden.

7.2 Handlungsempfehlungen für Einrichtungen der Gesundheitsversorgung

Um konkrete Handlungsempfehlungen zur Patienteneinbeziehung zur Förderung von Patientensicherheit in klinischen Versorgungseinrichtungen in Deutschland geben zu können, ist noch eine umfanglichere Berichts- und verlässlichere Datenlage nötig. Dennoch lassen sich aus unseren Rechercheergebnissen und den von uns gewonnenen Erkenntnissen einige Handlungsfelder für die Versorgungspraxis in den klinischen und Pflege-Einrichtungen ableiten:

1. ‚TEAM-UP‘: Patientinnen und Patienten sowie deren Angehörige als aktive Personen in der Gesundheitsversorgung anzuerkennen und ihre Perspektive zu respektieren, ist eine Kernvoraussetzung für die erfolgreiche Kooperation mit Gesundheitseinrichtungen [2,5].
2. FORSCHUNG: Zur Verbesserung der Datenlage ist es zwingend notwendig, dass Forschungsansätze zu allen Themenbereichen der Patientenpartizipation in Versorgungseinrichtungen in der Praxis Unterstützung finden.
3. VERNETZUNG: Eine gute Vernetzung und ein guter Austausch sind essentiell, um aus Erfahrungen und Erkenntnissen mit Projekten und Ansätzen in einzelnen klinischen Einrichtungen bereichsübergreifend lernen zu können [18]. Dazu gehört auch die Zugänglichkeit und transparente Weitergabe relevanter Forschungsergebnisse, die bestehende Maßnahmen evaluieren.
4. PRIORISIERUNG: Da als Hindernisse für die Etablierung von bestimmten Maßnahmen im klinischen Alltag häufig Zeitmangel und fehlende finanzielle Mittel genannt werden, sollte darauf geachtet werden, möglichst effektive Maßnahmen mit einem guten Kosten-Nutzen-Verhältnis zuerst zu etablieren.
5. INFORMATIONEN: Patientenpartizipation kann nur dann gut funktionieren, wenn Patientinnen und Patienten ausreichend Zugang zu Informationen haben [3]. Das betrifft sowohl Informationen zur eigenen Gesundheitsversorgung als auch Informationen zu diesbezüglichen Projekten und einrichtungsinternen Aktivitäten des Patienteneinbezugs. Wird zum Beispiel eine Patientenbefragung durchgeführt, sollten auch alle Patientinnen und Patienten daran teilnehmen können. Dabei ist auch darauf zu achten, dass die Informationen verständlich und barrierefrei aufbereitet sein müssen, um eine strukturelle Benachteiligung bestimmter Personengruppen zu vermeiden [1].

7.3 Relevante Faktoren zur Berücksichtigung (Praxis & Forschung)

Aus internationaler Literatur lassen sich einige Vorschläge ableiten, welche Faktoren sowohl bei künftigen Forschungsprojekten als auch bei der Umsetzung von Aktivitäten zur Einbeziehung von Patientinnen und Patienten in der klinischen Praxis berücksichtigt werden sollten:

1. Unterscheidung der verschiedenen Anforderungen, Gegebenheiten und Anwendungsmöglichkeiten der unterschiedlichen klinischen und außerklinischen Gesundheitseinrichtungen (z.B. Krankenhäuser der Regelversorgung, Rehabilitationskliniken, Zahnarztpraxen etc.)
2. Berücksichtigung spezifischer oder vulnerabler Personengruppen mit besonderen Bedürfnissen: Kinder, chronisch Erkrankte, Palliativ-Patientinnen und -Patienten, ältere Menschen [33]
3. Sicherstellung der Einbeziehung diverser und repräsentativer Patientenperspektiven, um ein möglichst breites Spektrum an relevanten Erfahrungen zu berücksichtigen [4]
4. Einbeziehung „von Anfang bis Ende“: Patientinnen und Patienten sollten bereits bei der Planung von Projekten involviert werden und gleichermaßen an deren Durchführung und Nachbereitung teilhaben können.

7.4 PEPS II: Empirische Interviewstudie mit Sachverständigen der praktischen Gesundheitsversorgung

Aufbauend auf den Erkenntnissen des vorliegenden Berichts schlagen wir die Durchführung einer empirischen Interview-Erhebung mit Sachverständigen aus der praktischen Gesundheitsversorgung vor. Ziel ist die strukturierte und qualitative Erfassung von Informationen aus der Praxis, welche Maßnahmen und Aktivitäten (etabliert/geplant; erfolgreich/nicht erfolgreich) zur Einbeziehung von Patientinnen und Patienten in Deutschland berichtet werden können. Als Sachverständige kommen u.a. Fachpersonen des Beschwerdemanagements, Beauftragte für Patientensicherheit, Führungskräfte oder Forschende in Frage. Geeignete Personen sollen bundesweit unter Berücksichtigung einer ausgewogenen Verteilung in Bezug auf Geschlecht, Rolle, Art und Größe der betreffenden Gesundheitseinrichtung und Region rekrutiert werden.

34

Im Rahmen des Forschungsvorhabens sind die folgenden Arbeitspakete (APs) geplant:

- AP1** Vorbereitung unter Berücksichtigung des vorliegenden Projektberichts
- a) Bezugnahme zu Recherche-Ergebnissen des aktuellen Berichts
 - b) Kontaktaufnahme und Einbeziehung von Patientenfürsprechenden in die Planung der weiteren Schritte (Ko-Design)
- AP2** Erarbeitung eines Studienprotokolls, Entwurf von Interview-Leitfäden sowie Einreichung des Ethikantrags bei der lokalen Ethikkommission
- AP3** Empirische Erhebung mit Stakeholdern in Form von Tiefeninterviews
- a) Vorbereitung der detaillierten Methodik (Interviewleitfäden)

- b)** Rekrutierung und Durchführung der Erhebung mit den oben beschriebenen Stakeholdern und Sachverständigen
- c)** Systematische Analyse und Aufbereitung der erhobenen Daten (Delphi-Prozess)

AP4 Verfassen eines Abschlussberichts sowie Ableitung von Handlungsempfehlungen

Während der gesamten Durchführung der Erhebung ist eine kontinuierliche Einbeziehung von Patientenförsprechenden, -vertreterinnen und -vertretern geplant (Ko-Design), um die Berücksichtigung der Patientenperspektive zu gewährleisten. Hierbei wird im Sinne des Gender Mainstreaming auch auf eine gleiche Beteiligungsmöglichkeit für alle Personen unabhängig von ihrem Geschlecht geachtet.

Glossar: Begriffe von A bis Z

Begriff	Erläuterung/Definition
Delphi-Prozess	Strukturierter und mehrstufiger Befragungsprozess mit dem Ziel, einen gemeinsamen Konsens zu erhalten
Einrichtungen der Gesundheitsversorgung	Institutionen, die von Patientinnen und Patienten zu Behandlungs- oder Präventionszwecken in Anspruch genommen werden, z.B. Krankenhäuser, Arztpraxen
Gemeinsamer Bundesausschuss	Höchstes Gremium der Selbstverwaltung im Gesundheitswesen Deutschlands auf Bundesebene
Patientenbeteiligung	In der Bundesrepublik Deutschland haben Patientinnen und Patienten das Recht auf Beteiligung an der Selbstverwaltung im Gesundheitswesen (Gemeinsamer Bundesausschuss; § 140 f SGB V) (Engl. <i>patient engagement</i> oder <i>patient involvement</i>)
Patienteneinbeziehung	Berücksichtigung der Perspektiven und Erfahrungen von Patientinnen und Patienten und deren Angehörigen (Engl. <i>patient engagement</i> oder <i>patient involvement</i>)
Patienteneinbindung	Siehe -> Patienteneinbeziehung
Patientenfürsprechende	Ansprechpersonen (zumeist unabhängig von der jeweiligen Gesundheitseinrichtung) für die Belange von Patientinnen und Patienten
Patienteninvolverung	Siehe -> Patienteneinbeziehung
Patientenpartizipation	Siehe -> Patienteneinbeziehung
Patientensicherheit	Abwesenheit und Prävention unerwünschter Ereignisse in der Gesundheitsversorgung
Proaktiv	Zielgerichtet und im Voraus handelnd (im Gegensatz zu reaktivem Handeln)
Stakeholder	Person oder Gruppe, die aufgrund ihrer Rolle oder Tätigkeit ein Interesse an den Inhalten und Prozessen einer bestimmten Fragestellung oder eines Projekts hat
Strategische Förderung von Patientensicherheit	Prozesse und Ansätze zur Sicherung und Weiterentwicklung von Patientensicherheit in Einrichtungen der Gesundheitsversorgung (z.B. durch das Qualitätsmanagement in Krankenhäusern) Siehe auch -> Patientensicherheit
Weltgesundheitsorganisation	Sonderorganisation der Vereinten Nationen mit Sitz in Genf und Zuständigkeit für das öffentliche Gesundheitswesen

Anmerkung: alphabetische Sortierung

Literatur

1. Abid MH, Abid MM, Shahid R et al. (2021) Patient and Family Engagement During Challenging Times: What Works and What Does Not? *Cureus* 13(5): e14814
2. Aboumatar H, Pitts S, Sharma R et al. (2022) Patient engagement strategies for adults with chronic conditions: an evidence map. *Syst Rev* 11(1): 39
3. Ahmadi S, Haghgoshayie E, Arjmand A et al. (2022) Patient safety improvement with the patient engagement in Iran: A best practice implementation project. *PLoS One* 17(5): e0267823
4. Anderson NN, Baker GR, Moody L et al. (2021) Approaches to optimize patient and family engagement in hospital planning and improvement: Qualitative interviews. *Health Expect* 24(3): 967–977
5. APS e.V. (April 2022) *Wege zur Patientensicherheit*, 2. Aufl., Berlin
6. Becker J (1996) Der Patientenrat. *Deutsches Ärzteblatt* 93(30)
7. Behrendt H, Runggaldier K (2006) Der Rhythmus machts – Zweite bundesweite Patientenbefragung des Malteser Hilfsdienstes im Rettungsdienst. *Notfall Rettungsmed* 9(7): 619–625
8. Bergerum C, Thor J, Josefsson K et al. (2019) How might patient involvement in healthcare quality improvement efforts work-A realist literature review. *Health Expect* 22(5): 952–964
9. Bergerum C, Engström AK, Thor J et al. (2020) Patient involvement in quality improvement - a 'tug of war' or a dialogue in a learning process to improve healthcare? *BMC Health Serv Res* 20(1): 1115
10. Bundesministerium für Gesundheit *Globaler Aktionsplan für Patientensicherheit 2021-2030*
11. Cadel L, Marcinow M, Sandercock J et al. (2021) A scoping review of patient engagement activities during COVID-19: More consultation, less partnership. *PLoS One* 16(9): e0257880
12. Campbell SM, Bell BG, Marsden K et al. (2020) A Patient Safety Toolkit for Family Practices. *J Patient Saf* 16(3): e182-e186
13. Canadian Patient Safety Institute (2018) *Engaging Patients in Patient Safety – a Canadian Guide*. Canadian Patient Safety Institute.
14. Carman KL, Dardess P, Maurer M et al. (2013) Patient and family engagement: a framework for understanding the elements and developing interventions and policies. *Health Aff (Millwood)* 32(2): 223–231
15. Davis RE, Jacklin R, Sevdalis N et al. (2007) Patient involvement in patient safety: what factors influence patient participation and engagement? *Health Expect* 10(3): 259–267
16. Dierks C (2019) Brauchen wir mehr Patientenvertretung in Deutschland? : Analyse und Ausblick. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz* 62(9): 1113–1119
17. Elsner P (2021) Patientensicherheit in der Dermatologie: Optionen zu ihrer Optimierung. *Akt Dermatol*

18. Engler J, Voigt K, Borchers P et al. (2021) Partizipation im allgemeinmedizinischen Forschungspraxennetz. Zeitschrift für Allgemeinmedizin (97 (6))
19. Family and Community Medicine - University of Toronto Patient Engagement Toolbox. <https://www.dfcu.utoronto.ca/patient-engagement-toolbox>. Zugriff am 16.12.2022
20. Gemeinsamer Bundesausschuss (17. September 2020) Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über grundsätzliche Anforderungen an ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement für Vertragsärztinnen und Vertragsärzte, Vertragspsychotherapeutinnen und Vertragspsychotherapeuten, medizinische Versorgungszentren, Vertragszahnärztinnen und Vertragszahnärzte sowie zugelassene Krankenhäuser
21. Geschäftsstelle des Beauftragten der Bundesregierung für die Belange der Patientinnen und Patienten (2018) Leitfaden für Patientenförsprecherinnen und -försprecher an Krankenhäusern, Berlin
22. Hamann J, Mendel RT, Lienert A et al. (2008) Patientenförsprecher und unabhängige Beschwerdestellen für Nutzer psychiatrischer Dienste - eine deutschlandweite Umfrage. Psychiatr Prax 35(3): 122–127
23. Helms U, Hundertmark-Mayser J (2014) Arbeitsweise und Verfahren der Patientenbeteiligung nach § 140f SGB V
24. Herrin J, Harris KG, Kenward K et al. (2016) Patient and family engagement: a survey of US hospital practices. BMJ Qual Saf 25(3): 182–189
25. Higgins T, Larson E, Schnall R (2017) Unraveling the meaning of patient engagement: A concept analysis. Patient Educ Couns 100(1): 30–36
26. Holtz V, Jonitz G (2023) Nationales Gesundheitsziel Patientensicherheit. Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz 66(1): 92–97
27. Hughes L (2020) Patient Safety: Patient Involvement Matters. Healthc Q 22(SP): 129–134
28. James J (2013) Health Policy Brief: Patient Engagement. Health Affairs February 14, 2013
29. Jha V, Buckley H, Gabe R et al. (2015) Patients as teachers: a randomised controlled trial on the use of personal stories of harm to raise awareness of patient safety for doctors in training. BMJ Qual Saf 24(1): 21–30
30. KBV (2017) Patientenbefragungen – Qualität aus Patientenperspektive. Deutsches Ärzteblatt 114(45)
31. Kings College London King's Improvement Science. <https://kingsimprovementscience.org/>. Zugriff am 16.12.2022
32. Kofahl C (2019) Kollektive Patientenorientierung und Patientenbeteiligung durch gesundheitsbezogene Selbsthilfe. Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz 62(1): 3–9

33. Kolade O, Porat-Dahlerbruch J, van Achterberg T et al. (2022) Strategies for engaging senior citizens and their informal caregivers in health policy development: a scoping review protocol. *BMJ Open* 12(10): e064505
34. Lawton R, O'Hara JK, Sheard L et al. (2017) Can patient involvement improve patient safety? A cluster randomised control trial of the Patient Reporting and Action for a Safe Environment (PRASE) intervention. *BMJ Qual Saf* 26(8): 622–631
35. Majid U (2020) The Dimensions of Tokenism in Patient and Family Engagement: A Concept Analysis of the Literature. *J Patient Exp* 7(6): 1610–1620
36. Montalbano A, Chadwick S, Miller D et al. (2021) Demographic Characteristics Among Members of Patient Family Advisory Councils at a Pediatric Health System. *J Patient Exp* 8: 23743735211049680
37. Pfaff H, Brinkmann A, Bentz J (2007) Patientenbefragung in der Arztpraxis. *Deutsches Ärzteblatt* (4)
38. Reichhart T, Kissling W, Scheuring E et al. (2008) Patientenbeteiligung in der Psychiatrie - eine kritische Bestandsaufnahme. *Psychiatr Prax* 35(3): 111–121
39. Rößing S (2019) Barrierefreies Bauen: Von Unklarheiten und Grauzonen. *kma* 24(03): 61–63
40. Sahlström M, Partanen P, Rathert C et al. (2016) Patient participation in patient safety still missing: Patient safety experts' views. *Int J Nurs Pract* 22(5): 461–469
41. Satzinger W (2002) Informationen für das Qualitätsmanagement im Krankenhaus: zur Funktion und Methodik von Patienten- und Personalbefragungen. *Med Klin (Munich)* 97(2): 104–110
42. Saut AM, Berssaneti FT, Ho LL et al. (2022) How do hospitals engage patients and family members in quality management? A grounded theory study of hospitals in Brazil. *BMJ Open* 12(8): e055926
43. Schmidt J, Nübling R, Kriz D (Juli 2013) Patientenbefragung in Akutkrankenhäusern
44. Trojan A (2014) „Selbsthilfefreundlichkeit“ als Ansatz der Kooperation von Selbsthilfegruppen und niedergelassenen Ärzten. *Deutscher Ärzte-Verlag* 90(10)
45. Universität Osnabrück Apotheke 2.0. <https://www.apotheke20.de/>. Zugriff am 22.12.2022
46. van der Voorden M, Ahaus K, Franx A (2023) Explaining the negative effects of patient participation in patient safety: an exploratory qualitative study in an academic tertiary healthcare centre in the Netherlands. *BMJ Open* 13(1): e063175
47. Wieczorek CC, Nowak P, Frampton SB et al. (2018) Strengthening patient and family engagement in healthcare - The New Haven Recommendations. *Patient Educ Couns* 101(8): 1508–1513
48. Wild D, Weltermann B (2020) „Patient and Family Engaged Care“ – passt das für Deutschland? *Zeitschrift für Allgemeinmedizin* (96)

49. World Health Organization (2021) Global Patient Safety Action Plan 2021–2030, Geneva
50. Zerbe P-S, Röttele N, Körner M (2020) Partizipation von Patienten im Kontext der stationären Kinder- und Jugendpsychiatrie – ein Scoping Review. Prax Kinderpsychol Kinderpsychiatr 69(8): 700–719
51. Zimmermann L, Michaelis M, Quaschnig K et al. (2014) Die Bedeutung der internen und externen Partizipation für die Patientenzufriedenheit. Rehabilitation (Stuttg) 53(4): 219–224

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1. Mehrebenenmodell der Patienteneinbeziehung.....	9
Abbildung 2. Handlungsfelder institutioneller Patienteneinbeziehung zur Förderung von Patientensicherheit: Welche Aufgabengebiete der Gestaltung und des Managements von Gesundheitseinrichtungen können besonders von der Einbeziehung von Patientinnen und Patienten profitieren? (Zusammenstellung der Autorinnen und Autoren).....	12
Abbildung 3. Rahmenmodell: Drei Stufen der Patienteneinbeziehung in die strategische Förderung von Patientensicherheit.....	17
Abbildung 4. Spotlight Universitätsklinikum Heidelberg; vgl.: https://www.klinikum.uni-heidelberg.de/organisation/zentrale-einrichtungen/qualitaetsmanagement-medizincontrolling/qualitaetsmanagement/patientenfeedback	23
Abbildung 5. Spotlight OptiMedis AG; vgl.: Stahl, Katja; Groene, Oliver (2021): ASK ME!-Routine measurement of patient experience with patient safety in ambulatory care: A mixed-mode survey. In: PloS one 16 (12), e0259252.	24
Abbildung 6. Spotlight Techniker Krankenkasse; vgl.: https://www.tk.de/techniker/gesundheits-und-medizin/patientensicherheit/tk-monitor-patientensicherheit-2128230	25
Abbildung 7. Spotlight Psychiatrische Klinik Lüneburg; vgl.: https://www.pk.lueneburg.de/patientenfuersprecher/	26
Abbildung 8. Spotlight Universitätsklinikum Freiburg; vgl.: https://www.uniklinik-freiburg.de/cccf/patienten/patientenbeirat.html	27