SCHRIFTENREIHE DES APS

Nr. 03
Handlungsempfehlungen

EVALUATION DER HANDLUNGSEMPFEHLUNGEN DES AKTIONSBÜNDNIS PATIENTENSICHERHEIT

Studienabschlussarbeit zur Erlangung des „Master of Science“ im Studiengang „Versorgungsforschung und Implementierungswissenschaft im Gesundheitswesen“

Frauke Leupold
Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg
Medizinische Fakultät Heidelberg

April 2019

AKTIONSBÜNDNIS
PATIENTENSICHERHEIT

Das Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V.

Das Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V. (APS) ist das Netzwerk, das sich für eine sichere Gesundheitsversorgung in Deutschland einsetzt. Das APS steht für

- Glaubwürdigkeit durch Unabhängigkeit
- Bündelung von Fachkompetenzen
- interdisziplinäre und multiprofessionelle Vernetzung
- das Prinzip: von der Praxis für die Praxis

Beteiligte aus allen Gesundheitsberufen und -institutionen, Patientenorganisationen und Interessierte haben sich zusammengeschlossen, um in gemeinsamer Verantwortung konkrete Lösungsvorschläge zur Steigerung der Patientensicherheit im Versorgungsalltag zu entwickeln, die als Handlungsempfehlungen allen Akteuren im Gesundheitswesen zur Verfügung stehen.

Die Erstellung der Handlungsempfehlungen geschieht in interdisziplinär und multiprofessionell besetzten Arbeits- und Expertengruppen und durchläuft einen standardisierten Erarbeitungs- und Kommentierungsprozess, um eine hohe Qualität sicherzustellen.

Die Schriftenreihe APS-Materialien

Mit der „Schriftenreihe“ veröffentlicht das APS Materialien aus der Arbeit seiner Arbeits-, Experten- und Projektgruppen, die als Vorbereitung zur Entwicklung einer Handlungsempfehlung, als Literaturübersicht oder aus Anlass der Diskussion besonderer Fragestellungen entstanden sind.

Diese Texte sind Arbeitsmaterialien, die im Kontext der Erarbeitung von Handlungsempfehlungen, Stellungnahmen und Patienteninformationen entstanden sind. Sie haben nicht den für Handlungsempfehlungen standardisierten Bearbeitungsprozess im APS durchlaufen und geben auch nicht eine konsentierte APS-Position wieder.

In der Schriftenreihe APS-Materialien bisher erschienen:

Nr. 01	Medizinprodukte	Roeper, Jana Risiken der Luer-Umstellung	02/2016
Nr. 02	P4P	Schlüchtermann, Elena Sektorenübergreifendes Pay-for-Performance in Deutschland – Möglichkeiten und Grenzen	06/2017
Nr. 03	Handlungsempfehlungen	Leupold, Frauke Evaluation der Handlungsempfehlungen des Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V.	04/2019

RUPRECHT-KARLS-UNIVERSITÄT HEIDELBERG

MEDIZINISCHE FAKULTÄT HEIDELBERG

Evaluation der Handlungsempfehlungen des Aktionsbündnisses Patientensicherheit e.V.

Masterarbeit zur Erlangung des akademischen Grades

„Master of Science“

im Studiengang „Versorgungsforschung und Implementierungswissenschaft

im Gesundheitswesen“

Frauke Leupold

Untere Seegasse 37

69124 Heidelberg

E-Mail: fraukeleupold@web.de

Matrikel-Nr.: 3486601

Heidelberg, den 14. Februar 2019

1. Betreuerin: Aline Kunz, M. Sc. Medical Process Management
2. Betreuerin: Dr. Ruth Hecker, stellv. Vorsitzende Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V.

1. Prüferin: Aline Kunz, M. Sc. Medical Process Management
2. Prüferin: Prof. Dr. med. Antje Miksch

Hinweis

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird auf die gleichzeitige Verwendung weiblicher und männlicher Sprachformen verzichtet. Sämtliche Personenbezeichnungen gelten jedoch für jegliches Geschlecht.

Inhaltsverzeichnis

ABSTRACT ..... **IV**

ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS ..... **V**

ABBILDUNGSVERZEICHNIS ..... **VI**

TABELLENVERZEICHNIS ..... **VII**

1 EINLEITUNG **1**

2 THEORETISCHER HINTERGRUND **4**

2.1 DEFINITION VON PATIENTENSICHERHEIT 4

2.2 RELEVANZ DER PATIENTENSICHERHEIT 6

2.3 FEHLERENTSTEHUNG UND MAßNAHMEN ZUR MINIMIERUNG 10

2.4 AKTIONSBÜNDNIS PATIENTENSICHERHEIT (APS) 16

2.5 HANDLUNGSEMPFEHLUNGEN 18

3 METHODEN **23**

3.1 STUDIENDESIGN 23

3.2 STUDIENPOPULATION 24

3.3 FRAGEBOGEN 25

3.3.1 Konzeption und Aufbau *25*

3.3.2 Pretest-Verfahren *28*

3.4 AUSWERTUNGSMETHODE 29

4 ERGEBNISSE **31**

4.1 HANDLUNGSEMPFEHLUNGEN 31

4.1.1 Allgemeine Informationen zur Bekanntheit und Nutzung von Handlungsempfehlungen *31*

4.1.2 Handlungsempfehlungen des APS *35*

4.2 STRUKTURELLE EIGENSCHAFTEN DER STUDIENTEILNEHMER 40

4.3 INSTRUMENTE IM QUALITÄTSMANAGEMENT 45

4.4 OPTIMIERUNGSVORSCHLÄGE 47

5 DISKUSSION **51**

6 FAZIT UND AUSBLICK **63**

LITERATURVERZEICHNIS VIII

ANHANG XV

ANHANG A: THE CONCEPTUAL FRAMEWORK FOR THE INTERNATIONAL CLASSIFICATION FOR PATIENT SAFETY XV

ANHANG B: INFORMATIONSSCHREIBEN XVI

ANHANG C: EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG XVIII

ANHANG D: FRAGEBOGEN XIX

ANHANG E: PROFILMATRIX XXIX

ANHANG F: UMSETZUNGSGRADE DER HANDLUNGSEMPFEHLUNGEN XL

ANHANG G: NUTZUNGSHÄUFIGKEIT DER INSTRUMENTE IM QUALITÄTSMANAGEMENT XLII

ANHANG H: SONSTIGE INSTRUMENTE IM QUALITÄTSMANAGEMENT XLIII

EIGENSTÄNDIGKEITSERKLÄRUNG XLIV

Abstract

Hintergrund: Patientensicherheit beschreibt die Abwesenheit von unerwünschten Ereignissen in der Patientenversorgung. Es handelt sich bei unerwünschten Ereignissen um Patientenschädigungen, die auf Grund der Behandlung und nicht der Grunderkrankung auftreten. Ein Beispiel dafür sind Verwechslungen bei chirurgischen Eingriffen. Zwischen fünf und zehn Prozent aller Krankenhauspatienten sind von unerwünschten Ereignissen, während ihrer Behandlung, betroffen. Zwei bis vier Prozent dieser Ereignisse hätten in der Entstehung vermieden werden können. Das Aktionsbündnis Patientensicherheit (APS) ist ein Verein in Deutschland, der die Patientensicherheit nachhaltig stärken will. Ein Instrument des APS sind Handlungsempfehlungen, die zur Reduzierung von Patientenschädigungen beitragen sollen. In der vorliegenden Studie sollen diese Handlungsempfehlungen in Bezug auf deren Nutzung in Akutkliniken evaluiert werden.

Methode: Als Studiendesign wurde eine quantitative Evaluationsstudie gewählt. Die Studienpopulation setzt sich aus den Akutkliniken in Deutschland zusammen. Befragt wurden 50 Prozent der Kliniken bzw. Klinikverbünde (n=769). Die Online-Befragung richtete sich an die Mitarbeiter aus dem Tätigkeitsfeld des Qualitätsmanagements. Die Auswertung erfolgte deskriptiv mit IBM SPSS und qualitativ in Anlehnung an Kuckartz.

Ergebnisse: 202 Kliniken (26,3 %) haben an der Online-Befragung teilgenommen. Von diesen gingen 135 (17,6 %) in die Auswertung ein. Die Ergebnisse zeigen, dass 80,7 Prozent (n=109) der Kliniken die Handlungsempfehlungen des APS kennen. Von diesen 80,7 Prozent nutzen 85,3 Prozent (n= 93) diese in der Klinik. Sie werden aufgrund der fachlichen Expertise und der strukturierten, gut umsetzbaren Aufbereitung verwendet. In Bezug auf Verbesserungen gaben die Teilnehmer an, dass sie sich Umsetzungsberichte und Praxisbeispiele wünschen. Daneben sind Vorschläge zu weiteren Handlungsempfehlungen, wie Patientenidentifikation oder Hygiene, genannt worden.

Diskussion: Die Ergebnisse zeigen, dass die Handlungsempfehlungen relevant sind in Bezug auf die Verbesserung der Patientensicherheit in den teilnehmenden Kliniken. Andere Studien zu deren Bedeutung im ambulanten Sektor oder in der Schweiz zeigen vergleichbare Ergebnisse. Nicht alle Studienteilnehmer kennen das Angebot, so dass Strategien zur besseren Verbreitung entwickelt werden sollten. Zudem zeigen die Verbesserungswünsche, dass noch Optimierungspotential besteht, um die Einbindung der Handlungsempfehlungen in den Klinikalltag zu verbessern.

Abkürzungsverzeichnis

ANDOK	Modulare Anästhesie-Dokumentationssystem
ÄZQ	Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin
APS	Aktionsbündnis Patientensicherheit
CIRS	Critical Incident Reporting System
DALY	disability-adjusted life years
EsQs	Externe stationäre Qualitätssicherung
FMEA	Fehlermöglichkeits- und Einflussanalyse
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
GEMIDAS	Geriatrisches Minimum Data Set
HFK	Hygienefachkraft
WHO	World Health Organization
HLY	Healthy Life Year
HOPE	Hospiz- und Palliativerfassung
ICOSMOS	Deutsches Qualitätsbündnis Sepsis
IQM	Initiative Qualitätsmedizin
M&M-Konferenzen	Morbiditäts- & Mortalitätskonferenzen
MDK	Medizinischer Dienst der Krankenversicherung
PDL	Pflegedienstleitung
QKK	Qualitätsindikatoren für kirchliche Krankenhäuser
QM	Qualitätsmanagement
QS	Qualitätssicherung
ZQ	Zentrum für Qualität und Management im Gesundheitswesen

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: grafische Darstellung der Definition von Patientensicherheit 4

Abbildung 2: Swiss Cheese Modell nach Reason 11

Abbildung 3: Erweitertes Throughput-Modell.....13

Abbildung 4: Ablauf von der Erstellung und Verbreitung der Handlungsempfehlungen des APS.....19

Abbildung 5: Bekanntheit von Handlungsempfehlungen 32

Abbildung 6: Nutzung Handlungsempfehlungen und APS Handlungsempfehlungen ...33

Abbildung 7: Strukturelle Kennzeichen der teilnehmenden Kliniken unter öffentlicher Trägerschaft 41

Abbildung 8: Strukturelle Kennzeichen der teilnehmenden Kliniken unter privater Trägerschaft.....42

Abbildung 9: Strukturelle Kennzeichen der teilnehmenden Kliniken unter freigemeinnütziger Trägerschaft.....43

Abbildung 10: Anzahl der Planbetten der teilnehmenden Kliniken 44

Abbildung 11: Nutzungshäufigkeit der Instrumente im Qualitätsmanagement.....45

Abbildung 12: Ranking der Instrumente des Qualitätsmanagements 46

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Unerwünschte Ereignisse in Deutschland 9

Tabelle 2: Übersicht über die Handlungsempfehlungen des APS 21

Tabelle 3: Aufbau des Fragebogens 26

Tabelle 4: Informationsquellen über die Handlungsempfehlungen des APS 32

Tabelle 5: Quellen aus denen Handlungsempfehlungen genutzt werden 34

Tabelle 6: Anzahl und Umsetzungsgrad der verwendeten Handlungsempfehlungen 37

Tabelle 7: Angaben zur Art der Informationsweitergabe der Inhalte der Handlungsempfehlungen 39

Tabelle 8: Strukturdaten der teilnehmenden Kliniken 40

Tabelle 9: Verbesserungsvorschläge zu der Praxisrelevanz und der Nutzbarkeit der Handlungsempfehlungen des APS 47

Tabelle 10: Themenvorschläge für neue Handlungsempfehlungen 49

1 Einleitung

Jährlich ereignen sich 17.000 Todesfälle aufgrund von unerwünschte Ereignisse in der stationären Akutversorgung in Deutschland [1]. Diese Zahl verdeutlicht die Problematik von unerwünschten Ereignissen, wobei nur die tödlichen Fälle beziffert werden. Bei unerwünschten Ereignissen handelt sich um schädliche Vorfälle, die nicht der Grunderkrankung sondern vielmehr dem Prozess der Behandlung zugeschrieben werden [2]. Die Folgen dieser besonderen Vorkommnisse können für den Patienten verschiedene Dimensionen annehmen. Sie können sowohl irreversible sondern auch reversible Schäden verursachen. Zudem treten sie in allen Bereichen der Versorgung und an Schnittstellen zwischen einzelnen Sektoren auf [3].
Patientensicherheit bedeutet in diesem Zusammenhang die Abwesenheit von unerwünschten Ereignissen. Dementsprechend steht die Reduktion dieser im Fokus [4].
Damit Patienten die bestmögliche Behandlung erhalten, muss das Ziel sein, die Zahl an unerwünschten Ereignissen auf ein minimales Ausmaß zu reduzieren. Um dieses Ziel erreichen zu können, sind die Ereignisse, die in ihrer Entstehung vermieden werden können, von besonderer Relevanz.

Auf Grund der Tatsache, dass der Mensch Hauptfaktor für das Auftreten von Fehlern ist, ist es somit nicht möglich diese vollständig zu eliminieren. Sie entstehen zumeist nicht in Ausnahmesituationen, sondern vielmehr durch Routine [5]. Auf Grund dieser Faktoren müssen Strategien entwickelt werden, die die alltägliche Versorgungspraxis für die Patienten sicherer gestalten. Neben den negativen Auswirkungen für den Patienten führen unerwünschte Ereignisse zu ökonomischen Konsequenzen auf verschiedenen Ebenen. Es entstehen sowohl direkte, indirekte und intangible Kosten. Neben den Kosten für Krankenhäusern bzw. Krankenkassen entstehen parallel Kosten für die Gesellschaft [6].

Patientensicherheit wurde durch den Bericht „To err ist human“ des U.S. Institut of Medicine [4] aus dem Jahr 2000 das erste Mal in den Blickpunkt gerückt. Der Bericht offenbart Schwachstellen in der Patientenversorgung durch unerwünschte Ereignisse und fordert Initiativen zur Reduktion dieser. In Folge dessen entstanden nationale und internationale Debatten [4]. Auf deren Grundlage gründete sich in Deutschland 2005 der Verein Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V. (APS), welcher durch die Weiterentwicklung von Instrumenten des Qualitäts- und Risikomanagements nachhaltig die Patientensicherheit steigern will [7, 8]. „Das Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V. (APS) ist das

anerkannte interdisziplinäre und interprofessionelle Kompetenz- und Koordinationszentrum für Patientensicherheit. Als Mittler von der Praxis für die Praxis definiert es Kriterien und Normen und ist wichtigster und verlässlicher Ansprechpartner für Politik, Wissenschaft und Forschung“ [7]. In multidisziplinären Arbeitsgruppen werden Projekte und Strategien zur Steigerung der Patientensicherheit von Mitarbeitern aus der Praxis für die Praxis entwickelt. Hauptfokus der Arbeit des APS ist die Erstellung von Handlungsempfehlungen. Diese Empfehlungen sollen stationären und ambulanten Einrichtungen des Gesundheitswesens Anleitungen geben, wie Prozesse sicherer gestaltet werden können [9]. Von besonderer Relevanz sind Themen, bei denen hohes Potential zur Vermeidung von unerwünschten Ereignissen besteht. Beispielhaft zu nennen sind die Handlungsempfehlungen im Bereich der chirurgischen Fachgebieten: „Jeder Tupfer zählt – Vermeidung unbeabsichtigt belassener Fremdkörper im OP-Gebiet“ [9] und „Eingriffsverwechslungen in der Chirurgie“ [9]. Es handelt sich dabei um freiwillige Angebote, die kostenlos zur Verfügung stehen [8, 9].

Im Rahmen dieser Studie sollen die Handlungsempfehlungen des APS evaluiert werden. Das Ziel ist zu analysieren,

> *inwiefern in den Akutkrankenhäusern in Deutschland eine Nutzung der Handlungsempfehlungen des Aktionsbündnisses Patientensicherheit stattfindet und welche Determinanten einen Einfluss auf das Nutzungsverhalten haben*.

Patientensicherheit ist im Bereich der Versorgungsforschung ein relevantes Forschungsfeld. Die sichere und qualitativ hochwertige Versorgung von Patienten steht im Fokus. Die Analyse der Handlungsempfehlungen ist wichtig, um ihre Relevanz in der stationären Versorgung beurteilen zu können. Ebenfalls können dadurch Optimierungspotentiale zur verbesserten Anwendbarkeit in der Praxis erschlossen werden. Mit Hilfe der Evaluation können zudem Determinanten für eine mangelhafte Implementierung erfasst werden.
Die Durchführung der Studie erfolgt in Kooperation mit dem APS.

Die Forschungsfrage soll mithilfe eines quantitativen Ansatzes aus der Perspektive der Mitarbeiter aus dem Qualitätsmanagement verschiedener Kliniken beantwortet werden. Dafür wird im Folgenden zunächst Patientensicherheit definiert und die Relevanz des Problems dargestellt. Außerdem soll erläutert werden, wodurch Fehler entstehen und welche Mechanismen einen Einfluss auf die Minimierung von Fehlern haben (Theoretischer Hintergrund). Im nächsten Schritt wird das methodische Vorgehen dargelegt. Daraufhin erfolgt die Darstellung und Diskussion der Ergebnisse zur Beantwortung der

Forschungsfrage. Mit Hilfe der Ergebnisse der quantitativen Befragung sollen im Rahmen der Evaluation Empfehlungen für Verbesserungen der Praxisrelevanz und der Nutzbarkeit im Klinikalltag erstellt werden.

2 Theoretischer Hintergrund

Im theoretischen Hintergrund soll neben der Definition von Patientensicherheit auch die Relevanz der Problematik der unerwünschten Ereignisse dargelegt werden, um die Reichweite der Thematik aufzeigen zu können. Außerdem wird erläutert, wie Fehler entstehen und welche Mechanismen diese verhindern bzw. minimieren können. Anschließend sollen Informationen zum APS gegeben und die Handlungsempfehlungen als ein Instrument zur Verbesserung von Patientensicherheit dargestellt werden.

2.1 Definition von Patientensicherheit

„Safety is defined as freedom from accicental injury“ [4]. Dementsprechend definiert sich Patientensicherheit als die Abwesenheit von unerwünschten Ereignissen. Es handelt sich dabei um einen unbeabsichtigten und/oder unerwarteten Zwischenfall, der bei dem Patienten zu einem Schaden führt [10]. Diese sind Folge der Behandlung und nicht Symptome oder Konsequenzen der Grunderkrankung [11]. Unerwünschte Ereignisse lassen sich in vermeidbare und nicht-vermeidbare unerwünschte Ereignisse klassifizieren. Vermeidbare unerwünschte Ereignisse sind die Folge eines Fehlers, der durch eine Handlung, ein Unterlassen, eine Abweichung vom Plan, durch einen falschen Plan oder durch das Fehlen eines Plans entsteht. Diese Art von unerwünschten Ereignissen ist in der Praxis durch spezielles Handeln in ihrer Häufigkeit und ihrem Ausmaß beeinflussbar [11]. Nicht vermeidbare unerwünschte Ereignisse sind beispielsweise Nebenwirkungen, die in Folge von diagnostischen oder therapeutischen Verfahren entstehen können [12]. Zudem werden in Bezug auf Patientensicherheit häufig die Begriffe Beinahe-Fehler und Kritisches Ereignis oder Beinahe-Schaden verwendet. Bei einem Beinahe-Fehler ist dem Patienten kein Schaden entstanden, da der Fehler rechtzeitig erkannt wurde. Es besteht jedoch die Möglichkeit, dass ein Beinahe-Fehler zu einem Fehler mit Schaden für den Patienten führt. Kritische Ereignisse oder Beinahe-Schaden haben die Eigenschaft, dass sie in ein unerwünschtes Ereignis münden bzw. die Wahrscheinlichkeit des Auftretens erhöht ist [11].

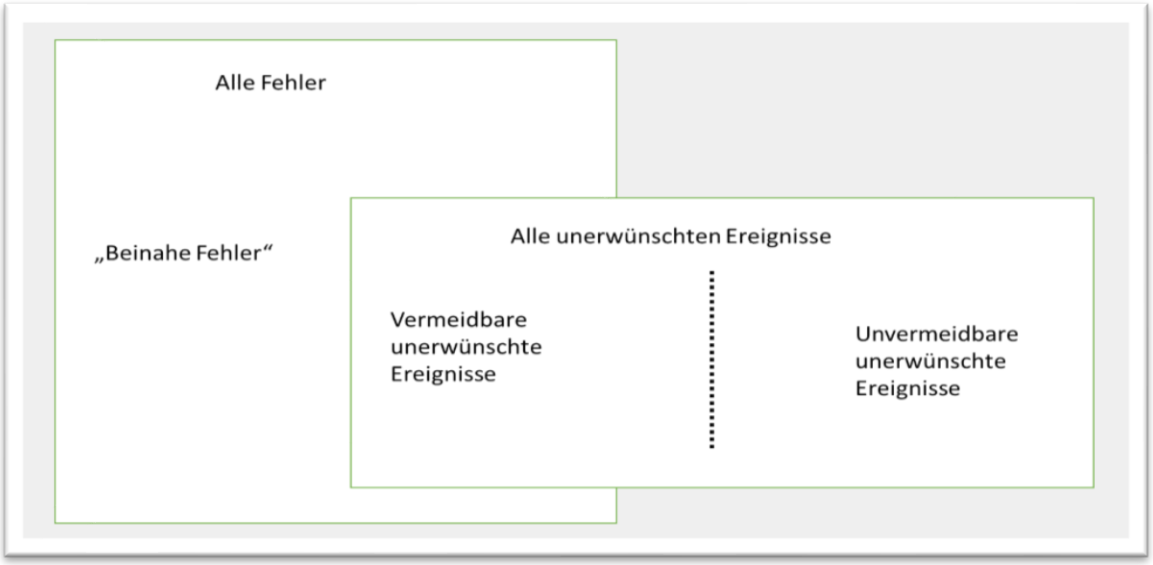


Abbildung 1: Grafische Darstellung der Definition von Patientensicherheit, (eigene Darstellung nach [30])

Die obenstehende Abbildung 1 verdeutlicht grafisch, dass unerwünschte Ereignisse in den Fehlerbereich einzugruppieren sind. Ebenfalls in diesen Bereich fallen Beinahe-Fehler, die jedoch auf Grundlage des nicht vorhanden Schadens nicht zu den unerwünschten Ereignissen zählen. Wie bereits beschrieben, erfolgt die weitere Klassifizierung in vermeidbar und unvermeidbar. Maßnahmen, die die Patientensicherheit stärken sollen, setzen an dem Punkt der vermeidbaren unerwünschten Ereignisse an.

In der Literatur bestehen weitere Definitionsansätze zur Patientensicherheit. Bei diesen wird die obenstehende Definition vom Institut of Medicine, die dem Jahr 2000 entstammt, an den veränderten Status Quo des Gesundheitswesens und der Lebensumstände angepasst. Eine Herangehensweise ist es, die Definition auszuweiten und nicht nur die Abwesenheit von unerwünschten Ereignissen einzubeziehen, denn die dahinterstehende Systematik hat sich auf Grund zunehmender Komplexität verändert, sodass weitere Kriterien berücksichtigt werden sollten. Die World Health Organization (WHO) [13] hat in einem Framework eine internationale Klassifikation von Patientensicherheit definiert (siehe Anhang A). Das Framework beinhaltet zum einen Kategorien in denen die Systemresilienz beschrieben wird. Dazu zählen die proaktiven und reaktiven Risikoanalysen. Außerdem sind klinisch aussagekräftige und erkennbare Kategorien zur Identifizierung von Vorfällen integriert. Das Framework verdeutlicht, welche Strukturen aufeinander wirken und welche Faktoren Einfluss nehmen. Zudem sind Maßnahmen involviert, die zur Reduzierung von Risiken implementiert werden sollen [13]. Die WHO [13] bezieht in ihrer

Definition von Patientensicherheit nicht nur die Abwesenheit von unerwünschten Ereignissen sondern auch das Nicht-Vorhanden-Sein von Risiken mit ein: „Patient safety is the reduction of unnecessary harm associated with healthcare on acceptable minimum“ [13]. Bei dieser Definition stehen nicht nur die tatsächlichen unerwünschten Ereignisse im Fokus, sondern auch die Risken, die diese auslösen können. Auf Grund dessen, dass ein vollständiges Nicht-Vorhandensein von Risiken nicht möglich ist, soll das Risiko auf ein akzeptables Minimum reduziert werden. Beispielsweise kann das Risiko bei einer Operation, Instrumente im Patienten zu vergessen durch OP-Checklisten, wie der Team-Time-Out Checkliste der WHO, reduziert werden [14].

Dieser Aspekt wird in der Definition von Schrappe [6] mit aufgenommen: „Patientensicherheit ist das aus der Perspektive der Patienten bestimmte Maß, in dem handelnde Personen, Berufsgruppen, Teams, Organisationen, Verbände und das Gesundheitssystem

1. einen Zustand aufweisen, indem [u]nerwünschte Ereignisse selten auftreten, Sicherheitsverhalten gefördert wird und Risiken beherrscht werden,
2. über die Eigenschaften verfügen, Sicherheit als erstrebenswertes Ziel zu erkennen und realistische Optionen zur Verbesserung umzusetzen, und
3. in der Lage sind, ihre Innovationskompetenz in den Dienst der Verwirklichung von Sicherheit zu stellen“ [6].

In dieser Definition wird Patientensicherheit aus Patientenperspektive definiert. Das Sicherheitsverhalten soll gefördert und Risiken minimiert werden. Sicherhalt in der Patientenversorgung soll als ein zentrales Ziel angestrebt und mit Hilfe von Innovationen erreicht werden.

2.2 Relevanz der Patientensicherheit

Dass es sich bei Patientensicherheit um eine relevante Thematik handelt, verdeutlichen sowohl die nationalen als auch internationalen Zahlen zu unerwünschten Ereignissen in der Patientenversorgung. Diese variieren abhängig von der Studienpopulation und der Studienmethodik voneinander.

Bereits der Bericht „To err is Human“ [4] legt dar, dass in den USA zwischen 44.000 und 98.000 Menschen jährlich auf Grund von mangelhafter Patientensicherheit sterben [4].

Die Anzahl an unerwünschten Ereignissen lässt sich beispielsweise durch Analysen von Patientenakten betiteln. Studien aus den USA zeigen bei 30.000 untersuchten Patientenakten, dass der Anteil von unerwünschten Ereignissen bei 3,7 Prozent liegt. Von diesen Ereignissen wären 58 Prozent vermeidbar gewesen [15]. Eine andere Untersuchung, aus dem Jahr 2000, ergab einen Anteil von 2,9 Prozent unerwünschter Ereignisse mit einer Vermeidbarkeit von 53 Prozent [16]. Bei Studien aus England sind die Anteile an unerwünschten Ereignissen höher. Vincent et al. [17] analysierten 2001 in ihrer Studie, dass 10,8 Prozent unerwünschte Ereignisse auftraten, von denen 52 Prozent vermeidbar gewesen wären. Eine andere Studie von Sari et al. [18] aus dem Jahr 2007 sieht den Anteil von unerwünschten Ereignissen bei 8,7 Prozent mit einer Vermeidbarkeit von 31 Prozent.

Neben der Methode Patientenakten zu untersuchen, besteht ebenfalls die Möglichkeit unerwünschte Ereignisse anhand von Abrechnungsdaten zu beziffern. Diese Methode wählten Zhan und Miller im Jahr 2003 [19]. Sie konnten mit ihrer Methode messen, welche zusätzlichen Kosten, verlängerte Verweildauern und erhöhte Sterblichkeitsrisiken bei ausgewählten Komplikationen durch die Verursachung von unerwünschten Ereignissen entstehen. Demnach steigert sich beispielsweise die Verweildauer bei einer postoperativen Sepsis um 11 Tage. Zudem kommen zusätzliche Kosten von 57.727 Dollar hinzu und die Sterblichkeit ist um 22 Prozent erhöht. Bei einer postoperativen Wunddehiszenz[1], erhöht sich die Verweildauer um 9,5 Tage. Das Mortalitätsrisiko in Folge dieses unerwünschten Ereignisses ist um 9,6 Prozent erhöht. Zudem steigen die Kosten um 40.323 Dollar an [19]. Bei dieser Methode muss berücksichtigt werden, dass nicht alle unerwünschten Ereignisse gemeldet werden und somit die Dunkelziffer vermutlich noch höher liegt [6].

Ein weiterer Ansatz, die Konsequenzen von unerwünschten Ereignissen darzulegen, ist die Betrachtung der Patientenperspektive. Hauck et al. [21] konnten im Jahr 2017 in ihrer Studie zeigen, dass in englischen Krankenhäuser pro 100.000 Einwohnern jährlich 68 Healthy Live Years (HLY) durch unerwünschte Ereignisse verloren gehen. Die zusätzlichen Kosten pro Krankenhaus werden in England durch den Verlust von HLY auf 2,1 Milliarden Pfund geschätzt. Die Daten ergeben sich aus den Berechnungen für die Zusatzkosten, die durch unerwünschte Ereignisse und der damit einhergehenden erhöhten

[1]Auseinanderweichen der Wundränder bei einer durch eine Naht oder Klammern verschlossene Operationswunde [20]

Verweildauer, welche sich auf 2.024 Tage beziffern lässt, entstehen. In Bezug auf die Bevölkerung Englands ergeben sich somit zusätzliche Kosten in Höhe von 877.000 Pfund pro 100.000 Einwohner. Durch die unerwünschten Ereignisse entsteht in England jährlich ein Schaden in Höhe von 570 Milliarden Pfund bzw. 650 Milliarden Euro. Die Erhöhung der Verweildauer verursacht Kosten in Höhe von 166 Milliarden Pfund (200 Mill. €) [21].

Des Weiteren entstehen weltweit durch unerwünschten Ereignisse jährlich 23 Millionen verlorene disability-adjusted life years (DALY), wovon 78,6 Prozent den entstandenen Todesfällen zugerechnet werden können [22].

Die genannten Studien geben einen Überblick über das Ausmaß von unerwünschten Ereignissen im Allgemeinen. Es ist jedoch möglich die Auswirkungen von unerwünschten Ereignissen bezüglich verantwortlicher Diagnosen oder Ursachen zu spezifizieren. Mit Hilfe der retrospektiven Bertachtung von Patientenakten kann dargelegt werden, dass nosokomiale Infektionen bei 3,0 bis 5,0 Prozent aller Patienten auftreten [23], es bei 0, 17 bis 6,5 Prozent zu arzneimittelbedingten unerwünschten Ereignissen kommt [24] und bei 8,0 Prozent die unerwünschten Ereignisse auf die inadäquate Verwendung von Medizinprodukten zurückzuführen ist [25]. Bei arzneimittelbedingten unerwünschten Ereignissen liegt die Mortalität zwischen 0,04 Prozent und 0,95 Prozent aller behandelten Patienten [26].

In Deutschland existiert keine Studie, die die Häufigkeit von unerwünschten Ereignissen anhand von Patientenakten analysiert hat, wie es beispielsweise mehrfach von Wissenschaftlern in den USA geschehen ist. Auf Grund dieser Tatsache können zu der Prävalenz von unerwünschten Ereignissen in Deutschland nur Schätzungen angegeben werden. Eine Metaanalyse von 2007 zeigt, dass 0,1 Prozent aller in deutschen Krankenhäusern behandelten Patienten an vermeidbaren unerwünschten Ereignissen versterben [1]. Abhängig von der Quelle ergeben sich daraus jährlich zwischen 17000 und 18000 Todesfälle, die durch eine adäquate Fehlervermeidung nicht auftreten würden [1, 27].

Viele Patienten werden während ihrer stationären Behandlung mit unerwünschten Ereignissen konfrontiert, die zum Teil reversible, aber zum Teil auch irreversible Schäden herbeiführen. Zwischen fünf und zehn Prozent aller Krankenhausbehandlungen sind von unerwünschten Ereignissen betroffen. Der Anteil der vermeidbaren unerwünschten Ereignisse wird zwischen zwei und vier Prozent geschätzt [1]. Dementsprechend ergeben sich jährlich zwischen 400.000 und 800.000 Fälle von vermeidbaren unerwünschten

Ereignissen in Deutschland. Die Kosten pro unerwünschten Ereignis belaufen sich durchschnittlich auf 5.000 Euro [6]. In die Berechnungen sind nur die direkten Kosten involviert. Weitere Kosten, wie beispielsweise der Verlust der Arbeitskraft, sind in der Rechnung nicht inbegriffen. Hochrechnungen zeigen, dass die direkten Kosten von unerwünschten Ereignissen in Deutschland zwischen zwei und vier Milliarden Euro liegen.

Des Weiteren ist es möglich, die Kosten für die verlängerte Verweildauer der Patienten zu berechnen bzw. zu schätzen. Im Zuge eines Reviews ergaben sich in vier Studien mit Risikoadjustierung erhöhte Verweildauern von 2,3 bis 8,2 Tagen. In den Studien des Reviews ohne Risikoadjustierung zeigten sich größere Spannweiten von 0,5 bis 20,1 Tagen [28]. Unter der Annahme von fünf zusätzlichen Tagen in der stationären Versorgung und durchschnittlichen Kosten von 500 Euro pro Tag entstehen jährlich vermeidbare Kosten zwischen einer und zwei Milliarden Euro in Deutschland (5 Tage x 500 Euro x (400.000 bis 800.000 Fälle)) [6]. Die nachfolgende Tabelle 1 fasst die Zahlen für Deutschland nochmals kompakt zusammen. Als Referenzdaten wurden die Krankenhausfälle aus dem Jahr 2017 verwendet (19.441.277 Fälle) [29]. Aufgrund der aktuellen Fallzahlen ergeben sich geringe Unterschiede zu den in der Literatur verwendeten Hochrechnungen.

Tabelle 1: Unerwünschte Ereignisse in Deutschland, (eigene Darstellung nach [6, 29])

Unerwünschte Ereignisse	5-10 %	972.000-1.945.000 Fälle
Vermeidbare unerwünschte Ereignisse	2-4 %	389.000-778.000 Fälle
Vermeidbare Mortalität	0,1 %	Ca. 19.000 Fälle

„[B]ei 420.000 Sterbefällen ist also ca. jeder 20. Sterbefall im Krankenhaus in Deutschland als vermeidbar (auf einen Fehler zurückführbar) einzustufen“ [6]. Die Relevanz von Maßnahmen zur Verbesserung der Patientensicherheit wird durch diese Zahlen untermauert.

Retrospektive Daten aus dem Jahr 2017 vom Medizinischen Dienst der Krankenversicherungen (MDK) [30] verdeutlichen nochmals die Problematik. Insgesamt wurden 13.519 ambulante und stationäre Fälle untersucht. Es handelt sich dabei nur um die Fälle, die durch die Krankenkassen zur Begutachtung gebracht worden sind, so dass diese nicht alle unerwünschten Ereignisse abdecken. Im stationären Sektor wurden 8.900 Fälle gemeldet,

von denen 24,3 Prozent einen Schaden in Folge eines Behandlungsfehlers aufwiesen. Die meisten Fehler konnten dem Fachbereich Orthopädie und Unfallchirurgie zugewiesen werden. Dies korreliert mit der Tatsache, dass im Operationsbereich ebenfalls die meisten Fehler (39 %) auftreten. Weiterhin zeigt der Bericht, dass die häufigsten Fehler in der Dokumentation, im Umgang mit Medizinprodukten und in der Organisation bzw.in der Kommunikation gemeldet worden sind. Ein weiterer für die Patientensicherheit relevanter Aspekt ist der Bereich der Never Events. Dabei handelt es sich um besondere Vorkommnisse, die einen schwerwiegenden Schaden für den Patienten verursachen. Die fünf häufigsten Vorkommnisse sind dabei laut dem MDK-Bericht [30]: ein hochgradiger, stationär erworbener Dekubitus (51 Fälle), interoperativ zurückgelassene Fremdkörper (20 Fälle), falsche Operation/Maßnahme durchgeführt (12 Fälle), Tod oder schwerer Schaden durch Sturz eines Patienten in stationärer Einrichtung (7 Fälle) und Operation/Maßnahme am falschen Körperteil (6 Fälle). Diese Never Events zeichnen sich durch zwei Merkmale aus. Zum einen ziehen sie für den Patienten bzw. deren Angehörige weitreichende Konsequenzen nach sich und zum anderen wären sie zum Teil durch Maßnahmen der Patientensicherheit vermeidbar gewesen. Never Events sind somit in Bezug auf die Verbesserung von Patientensicherheit von hoher Relevanz [30].

2.3 Fehlerentstehung und Maßnahmen zur Minimierung

Die Zahl der unerwünschten Ereignisse ist hoch. Die Fehler sind auf verschiede Ursachen zurückführen. Diese geschehen in der Medizin häufig nicht durch unvorhersehbare Zwischenfälle, sondern durch Fehler im System, in den Abläufen und Prozessen. Die Sicherheit kann nur verbessert werden, wenn es ein System gibt, das Fehler verhindert oder bemerkt, bevor Schädigungen bei den Patienten entstehen [31]. Anhand des „Swiss Cheese Models“ von Reason [32] wird verdeutlicht, wie es durch die Verkettung von Einzelhandlungen zu unerwünschten Ereignissen kommt (Abbildung 2).

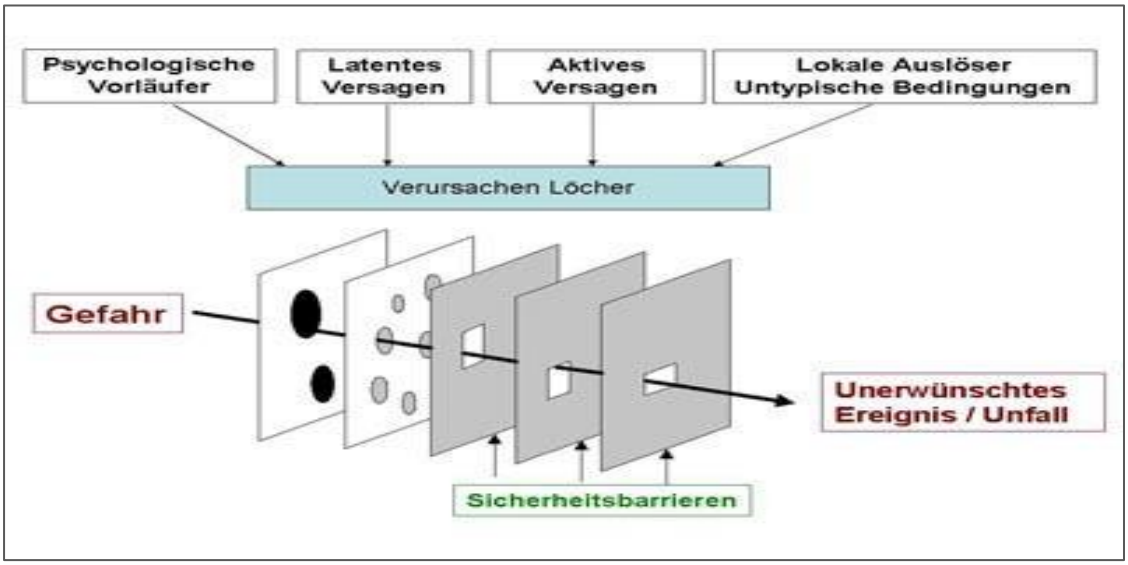


Abbildung 2: Swiss Cheese Modell nach Reason ([29])

Entscheidend für das Fehlerverständnis ist dabei die Unterscheidung zwischen aktivem und latentem Versagen. Letzteres betrifft Entscheidungen, die auf höheren Ebenen der Organisation, beispielsweise im Management eines Krankenhauses, getroffen werden. Die Auswirkungen werden nicht unmittelbar sichtbar. Aktives Versagen definiert sich dadurch, dass die Konsequenzen unmittelbar und an Schnittstellen auftreten. Diese werden durch Ärzte und Pfleger oder Therapeuten verursacht. Gefahren können nur zu einem unerwünschten Ereignis führen, wenn aktives und latentes Versagen auftritt. Nicht in allen Fällen ist es möglich, ein solches Versagen zu verhindern. Durch das Einführen von Sicherheitsbarrieren, mit dem Ziel, latentes und aktives Versagen zu verhindern oder zu reduzieren, kann die Zahl an vermeidbaren unerwünschten Ereignissen minimiert werden. Zusätzliche Sicherheitsbarrieren im medizinischen Alltag sollen verhindern, dass die vorhandene Gefahr in ein unerwünschtes Ereignis mündet [33]. Dieses Modell zielt dabei auf das gesamte System ab und nicht auf die einzelnen Mitarbeiter. Ziel ist demnach nicht den Mitarbeiter zu perfektionieren, sondern das System so zu optimieren, dass durch überlappende Sicherheitsbarrieren weniger Fehler entstehen [31].

Diese beschriebenen Erkenntnisse von Reason [32] werden durch andere Studien untermauert. Diese zeigen, dass zwischen 70 Prozent und 80 Prozent der entstehenden Fehler durch die Komponente Mensch geschehen [34, 35], diese lassen sich in die folgenden drei Kategorien einordnen: skillbased errors, rule based errors und knowledge errors. Es wird demnach unterschieden zwischen Ausführungs- und Wahrnehmungsfehlern, falscher Anwendung von Regeln und dem Umgehen oder Ausführen auf falscher Grundlage

von bisher unbekannten Problemen, die ein Handeln des Arztes erfordern [36, 37]. Die Maßnahmen zur Reduzierung von Fehlern sollten sich an diesen Kategorien orientieren.

Wie bereits die Darstellung der Relevanz von Patientensicherheit (vgl. Kapitel 2.2) zeigt, sind die großen Fehlerquellen: Fehler im Medikationsprozess, Fehler in den operativen Fächern und Fehler in der Diagnostik. Fehler im Medikationsprozess entstehen zum Teil durch nicht entzifferbare Handschriften. Die Hauptursache ist jedoch die Komplexität des Prozesses. Der Gesamtprozess von der Arzneimittelverordnung bis zur Einnahme durch den Patienten beinhaltet zwischen 50 bis 100 Teilprozesse. Dementsprechend gibt es viele Phasen, in denen Fehler entstehen können [31]. Fehler in den operativen Fächern reichen von Verwechslungen von Patienten oder Operationsbereichen bis hin zum Vergessen von Operationsmaterialen [31], wie bereits der MDK-Bericht [30] zeigt (siehe Kapitel 2.2). Fehler in der Diagnostik entstehen durch kognitive Bias, welche schwerwiegende Folgen mit sich ziehen können. Beispielhaft zu nennen sind Verfügbarkeitsheuristik und der Ankereffekt. Bei der Verfügbarkeitsheuristik wird ein vorschnelles Urteil anhand von Erfahrungen getroffen und bei dem Ankereffekt wird sich zu sehr auf den ersten Eindruck verlassen [38].

Vor dem Hintergrund, dass es sich bei Gesundheitseinrichtungen um sogenannte Hochsicherheits-Organisationen handelt, sollte das System jedoch so aufgebaut sein, dass nicht ein einziger Fehler bereits zu einem Patientenschaden führen kann [34]. Wie in dem Modell von Reason [32] beschrieben wird, müssen Sicherheitsbarrieren auf verschiedenen Ebenen implementiert werden. Damit diese erfolgsversprechend sein können, muss offen über Fehler diskutiert werden und es muss eine offene Fehlerkultur entstehen. Fehler werden von der Gesellschaft häufig als individuelle Schwäche angesehen und niemand möchte die Verantwortung dafür tragen. Dieser Ansatz führt jedoch nicht zu einer Verbesserung der Sicherheit oder zu einer Sicherheitskultur. Fehler sollten daher dazu genutzt werden, um aus ihnen zu lernen [39].

Für das Verständnis darüber, wie die Sicherheit von Patienten verbessert werden kann, ist neben dem Wissen zur Fehlerentstehung ebenso wichtig zu verstehen, wie das System aufgebaut ist und an welchen Strukturen eingegriffen werden kann, um die Patientensicherheit zu erhöhen. Mit Hilfe des Throughput-Modells von Pfaff, welches im Folgenden in einer adaptierten Version dargestellt wird, können die verschiedenen Faktoren, die in

der Versorgung von Patienten relevant sind und einen Einfluss auf die Erhöhung der Patientensicherheit haben, dargelegt werden (siehe Abb. 3).

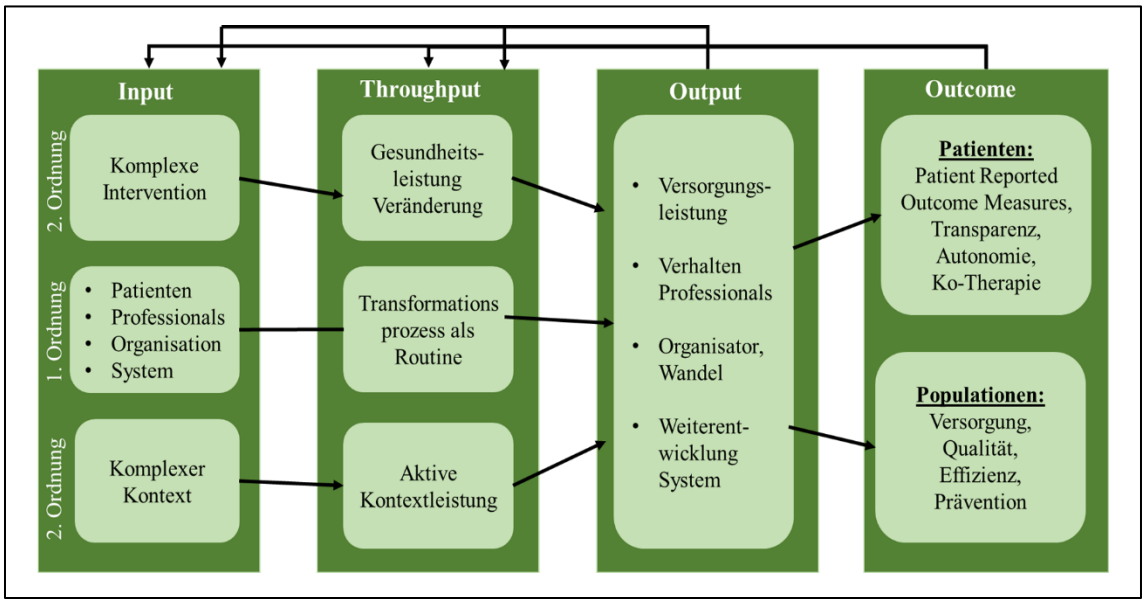


Abbildung 3: Erweitertes Throughput-Modell (eigene Darstellung nach [40])

Neben den Ressourcen der Patienten und des Leistungserbringers (1.Ordnung) sind im Bereich des Inputs ergänzend die komplexen Interventionen und der komplexe Kontext integriert. Die Ergänzungen sind notwendig, da die Komplexität aufgrund zunehmender Anforderungen auf verschiedenen Ebenen steigt. Zum einen nimmt der Kontext, in dem die Versorgung der Patienten stattfindet, eine aktive Rolle ein. Bestimmt wird dieser durch verschiedene Merkmale, da sowohl die Patienten Präferenzen und Einstellungen haben, als auch die Leistungserbringer, beispielsweise in Bezug auf Innovationen. Zudem sollen politische Einflüsse eine Berücksichtigung finden. Diese verschiedenen Einflüsse, die nicht linear verlaufen, können sowohl einen positiven als auch negativen Einfluss auf die Versorgungsleistung haben. Strukturveränderungen auf Organisation- und Systemebene nehmen Einfluss auf die Interventionen, so dass die Komplexität steigt [40]. Die Versorgungsstrukturen und -prozesse, wie klinische Leitlinien und Schnittstellen, sind zum Bereich des Throughput zu zählen. Die Versorgungsleistung ist Teil des Outputs. Versorgungsleistungen sind diagnostische Untersuchungen oder auch therapeutische Behandlungen. Zum Output zählen dementsprechend die erbrachten Gesundheitsleistungen auf psychischer und physischer Ebene [41].

Auf der Ebene des Outcomes ist neben dem Blickwickel des einzelnen Patienten, der Blick auf Populationen in Bezug auf Qualität und Effizienz erweitert worden. Das aktualisierte Modell ist zudem durch Rückkopplungsmechanismen ergänzt worden. Somit wirken die Ergebnisse aus dem Output und dem Outcome auf die beiden Bereiche Input und Throughput in Feedback-Form zurück [40]. Erst im Outcome wird das Ergebnis der Behandlung für den Patienten sichtbar. Dieses Modell zeigt, dass sich die Kernaufgabe, die Vermeidung von unerwünschten Ereignissen, auf die Ebene des Outcomes bezieht und nicht wie in einigen anderen Definitionen auf den Output. Das Throughput-Modell verdeutlicht, in welchen Bereichen Möglichkeiten zum Eingreifen in das System zur Verbesserung der Patientensicherheit bzw. Reduzierung der unerwünschten Ereignisse besteht. Mögliche Veränderungen sind dabei im Throughput-Bereich in den Prozessen und Abläufen zu treffen [6].

Es gibt verschiedene Sicherheitsprinzipien zur Vermeidung von Fehlern, die auf der Ebene des Throughput ansetzen und sich auch in den Handlungsempfehlungen des APS widerspiegeln. Neben dem Einsatz von Checklisten zur Nach- und Gegenkontrolle sind mündliche Wiederholungen von Anweisungen mögliche Strategien. Ebenfalls sollen die Standardisierung und die Vereinfachung von Prozessen zur Erhöhung der Sicherheit führen, da komplexe, kleinschrittige Prozesse fehleranfällig sind [31]. „Bei einem Prozess mit 50 Teilschritten liegt, wenn jeder Teilschritt mit 99 %iger Sicherheit korrekt durchgeführt wird, die Wahrscheinlichkeit, dass mindestens ein Fehler auftritt, bei erschreckenden 39 %!“ [31]. Leitlinien, Standards und Behandlungspfade helfen, ein hohes Maß an Standardisierung zu gewährleisten. Standardisierte Empfehlungen sind ethisch und klinisch angemessen und anerkannt. Eine regelmäßige Anpassung und Aktualisierung ist dabei die Voraussetzung [42]. Die Handlungsempfehlungen des APS zeichnen sich durch ein hohes Maß an Standardisierung aus und sind vergleichbar einem Leitlinien Charakter.

Maßnahmen des Qualitätsmanagements zur Fehlerminimierung

Die Verwendung von Instrumenten aus dem Qualitäts- und Risikomanagement ist ebenfalls ein wichtiger Baustein, um Sicherheitsbarrieren zum Vermeiden von unerwünschten Ereignissen aufzubauen. Ein hohes Maß an Patientensicherheit ist ein Ziel im Qualitätsmanagement und führt zu hoher Qualität in der Patientenversorgung. Instrumente aus dem Qualitätsmanagement sind beispielsweise Fehlerberichtsysteme, bei denen Beinahe-Fehler, also Fehler ohne Schaden, analysiert werden. Der Konzepthintergrund ist das Lernen

aus Fehlern [31]. Mit Hilfe der Fehlermeldesysteme ist ein offener und kommunikativer Umgang mit Fehlern möglich. Die Meldung der Ereignisse erfolgt anonym, so dass keine individuelle Schuldzuweisung entstehen kann. Ziel des Instrumentes ist die Analyse des Fehlers und anhand dieser, Lösungsmöglichkeiten auf Systemebene zu entwickeln und zu implementieren [39]. Außerdem werden Mortalitäts- und Morbiditätskonferenzen (M&M-Konferenzen) im Qualitätsmanagement eingesetzt. Dabei finden retrospektive Fallanalysen von Fällen mit unerwarteten Komplikationen bzw. mit Schaden statt und anhand dessen werden Ursachenanalysen betrieben. Weitere wichtige Instrumente sind neben Sicherheits- und Risiko-Auditierungen auch Simulationstrainings [43].

Ein anderes relevantes Instrument im Qualitätsmanagement ist die externe stationäre Qualitätssicherung (EsQs). Die Krankenhäuser dokumentieren Teile der Behandlung in verschiedenen Leistungsbereichen. Die Teilnahme an der EsQs ist für die stationären Einrichtungen verpflichtend. Ziel ist es, die Qualität der Krankenhäuser zu messen und Vergleiche zwischen den einzelnen Leistungserbringern anzustellen. Die Vergleichbarkeit wird durch Qualitätsindikatoren ermöglicht [44]. Der Rückschluss der Qualitätsindikatoren auf die Patientensicherheit kann direkt über Mortalitätsraten und indirekt über Behandlungsverläufe oder beispielsweise über die Dauer von Operationen erfolgen [45]. Sollte ein Krankenhaus außerhalb des definierten Qualitätsbereiches liegen, erfolgt eine Ursachenanalyse in Form eines strukturierten Dialogs [44]. Mit Hilfe der EsQs ist es möglich Qualitäts- und Sicherheitsdefizite in Krankenhäusern zu identifizieren und anhand dieser, Handlungsmaßnahmen zu implementieren [45].

Das Peer-Review-Verfahren ist ein weiterer Mechanismus zur Identifizierung von Verbesserungspotentialen in der Patientenversorgung. Hierbei handelt es sich um eine ursprünglich rein ärztliche Aufgabe. Seit 2016 werden Pflegende in das Verfahren involviert [46]. Im Verfahren werden statistisch auffällige Routinedaten analysiert. Es sollen kontinuierliche interne Verbesserungsprozesse in den Kliniken implementiert werden, um in Folge dessen sowohl eine offene Fehlerkultur zu etablieren als auch die interdisziplinäre und interprofessionelle Zusammenarbeit zu intensivieren [47]. „Ärztliches Peer Review ist definiert als kritische (Selbst-) Reflexion des ärztlichen Handelns im Dialog mit Fachkollegen - unter Verwendung eines strukturierten Verfahrens mit dem Ziel einer kontinuierlichen Verbesserung der Qualität und Sicherheit der Patientenversorgung“ [48]. Für das Verfahren werden Ärzte als Peers speziell ausgebildet. Das Peer-Review findet vor Ort in den Kliniken statt. Die Besetzung eines Peerteams erfolgt

interdisziplinär, um verschiedene Blickwinkel berücksichtigen zu können. Ein Peer-Review-Verfahren entsteht, wenn die erhobenen Daten nicht die Erwartungskriterien erfüllen. Der Ablauf eines Peer-Review-Verfahrens erfolgt in drei Phasen. In Phase eins findet als Vorbereitung eine Selbstbewertung statt. Anschließend folgt das Kernelement, der Peer-Besuch. Die Peers geben eine Fremdbewertung ab, die darauffolgend im kollegialen Dialog diskutiert wird. Im letzten Schritt erfolgt in Form eines Berichtes ein Feedback, welches in der internen Nachbereitung in einen Maßnahmenplan integriert wird. Anschließend sollen die besprochenen Änderungen im Klinikalltag umgesetzt werden [48]. Das Verfahren beruht somit auf dem kollegialen Austausch zwischen den Peers und den Ärzten vor Ort in der betreffenden Klinik. Das Peer-Review-Verfahren ist ein freiwilliges, qualitätssicherndes Instrument, das von der Initiative Qualitätsmedizin e.V. (IQM) durchgeführt wird [47].

Die Instrumente des Qualitätsmanagements und die Angebote von anderen Institutionen, wie dem APS, haben einen Einfluss auf die Patientensicherheit in Deutschland und sollen eine Stärkung der Sicherheit hervorrufen.

2.4 Aktionsbündnis Patientensicherheit (APS)

Eine solche Plattform, zur Verbesserung der Patientensicherheit in Deutschland, bietet das APS. Bei diesem handelt es sich um einen gemeinnützigen Verein, der auf Initiative der ärztlichen Selbstverwaltung 2005 in Deutschland gegründet wurde. Die Gründung erfolgte zur Vernetzung aller relevanten Akteure im Bereich der Patientensicherheit [8]. Die Interdisziplinarität und Interprofessionalität ist eine Besonderheit des Vereins. Ziel ist es die Patientensicherheit sowohl im ambulanten als auch im stationären Sektor des deutschen Gesundheitswesens zu optimieren [49]. Mitglieder des APS stammen aus verschiedenen Bereichen. Neben Einzelpersonen sind auch Patientenorganisationen, Krankenhäuser, Fachgesellschaften, Berufsverbände, Mitglieder der Selbstverwaltung, Krankenkassen, Haftpflichtversicherer, Hersteller und Beratungsfirmen involviert [50]. Insgesamt hat das APS im Jahr 2017 638 natürliche und juristische Personen als Mitglieder [51]. Die Finanzierung des Vereins erfolgt unabhängig vom deutschen Staat über die Mitgliedsbeiträge, Spenden und Fördermittel, die als Drittmittel durch Projekte akquiriert werden [52].

Thematisch beschäftigt sich das APS mit der Erforschung, Entwicklung und Verbreitung von Methoden, die zur Verbesserung der Patientensicherheit führen. Ebenso ist der Verein am Aufbau von Risikomanagementsystemen in der Gesundheitsversorgung beteiligt. Das APS verfolgt dabei sowohl wissenschaftliche und analytische als auch fördernde, ideelle und beratende Zwecke. Außerdem werden Daten zur Epidemiologie und Diagnostik gesammelt und Maßnahmen zur Vermeidung bzw. Minderung von unerwünschten Ereignissen entwickelt. Des Weiteren sollen die Mitarbeitenden in den Gesundheitsberufen zum Thema Patientensicherheit aus- bzw. weitergebildet werden [49]. Das APS entwickelt Instrumente, durch die es ermöglicht wird proaktiv im Thema Patientensicherheit zu handeln, die Risiken und Fehlerquellen in der Versorgung der Patienten möglichst frühzeitig zu erkennen, zu analysieren und zu korrigieren, um eine Schädigung in Folge einer ärztlichen, pflegerischen oder therapeutischen Fehlversorgung zu verhindern. Handlungsempfehlungen zu erstellen, haben sich in der proaktiven Arbeit dabei bewährt [6]. Die Arbeit des APS findet auf verschiedenen Ebenen statt. Es wird multidisziplinär mit anderen Verbänden, Fachgesellschaften, Forschungsinstitutionen, Krankenkassen, Institutionen der Selbstverwaltung und Patientenorganisationen zusammengearbeitet. Unterstützt wird der Verein durch das Bundesministerium für Gesundheit. Ebenfalls findet ein Austausch bzw. eine Zusammenarbeit mit anderen internationalen Organisationen statt, wie beispielsweise der Schweizer Stiftung Patientensicherheit. Ebenso ist das Institut für Patientensicherheit mit Sitz in Bonn zu erwähnen. Dieses Institut ergänzt die praktische Arbeit des APS durch eine wissenschaftliche Institution [53].

Die Projektarbeit des APS findet in interdisziplinären und multiprofessionellen Arbeits- und Expertengruppen statt. Beispielhafte Arbeitsgruppen sind die Arbeitsgruppen CIRS / Berichts- und Lernsystem oder Digitalisierung und Patientensicherheit. Weitere relevante Projekte sind der deutsche Preis für Patientensicherheit oder die Aktion Saubere Hände. Die Arbeits- und Expertengruppen bestehen aus verschiedenen Fachleuten aus der Praxis, um möglichst vielfältige Perspektiven in die Analysen einbringen zu können. Der Praxisbezug ist für die Arbeit des APS von enormer Bedeutung. „Sie setzen ‚Aktion‘ und ‚Bündnis‘ in die Tat um – nach dem Prinzip ‚Aus der Praxis für die Praxis‘“ [54]. In den Arbeits- und Expertengruppen wird regelmäßig getagt und die erarbeiteten Ergebnisse werden anschließend in verschiedenen Formen veröffentlicht. Mögliche Darstellungsweisen der Ergebnisse sind Patienteninformationen, Publikationen oder Handlungsempfehlungen, die verschiedene Begleitdokumente enthalten [8].

2.5 Handlungsempfehlungen

Bei Handlungsempfehlungen handelt es sich um ein Werkzeug, welches keinen juristischen verbindlichen Charakter hat. Im Gegensatz zu Richtlinien ist die Verwendung somit freiwillig und eine Nichtverwendung zieht keine Konsequenzen nach sich [55]. Die Handlungsempfehlungen des APS sollen den Gesundheitseinrichtungen ein kostenloses und niedrigschwelliges Angebot zur Verbesserung der Patientensicherheit liefern.

Die Handlungsempfehlungen sind in zwei Teile aufgebaut. Im Einleitungsteil wird die Relevanz, der Schweregrad und die Vermeidbarkeit der Problematik erläutert. Ebenso werden die Ziele und Kernthesen dargelegt. Außerdem werden die Adressaten sowie der Ressourcenaufwand, der für die Empfehlung eingesetzt werden muss, benannt.

Im Empfehlungsteil werden die praktischen Handlungsanleitungen beschrieben. Ergänzend dazu werden detaillierte Situationsbeschreibungen dargelegt. In diesen wird erläutert, zu welchem Zeitpunkt die Empfehlung verwendet werden sollte und welches Ziel diese verfolgt. Eine Empfehlung sollte sich auf einen Prozess oder ein Outcome beschränken.

Die Erarbeitung von Handlungsempfehlungen beim APS läuft nach einem standardisierten Verfahren ab. Neben der Expertise der Expertengruppen und den bestehenden wissenschaftlichen Erkenntnissen haben auch von anderen Institutionen veröffentlichte Empfehlungen einen hohen Stellenwert in der Erstellung der APS-Handlungsempfehlungen. Das Verfahren zur Erstellung und Verbreitung läuft in sechs Phasen ab, wie Abbildung 4 darstellt [55] .

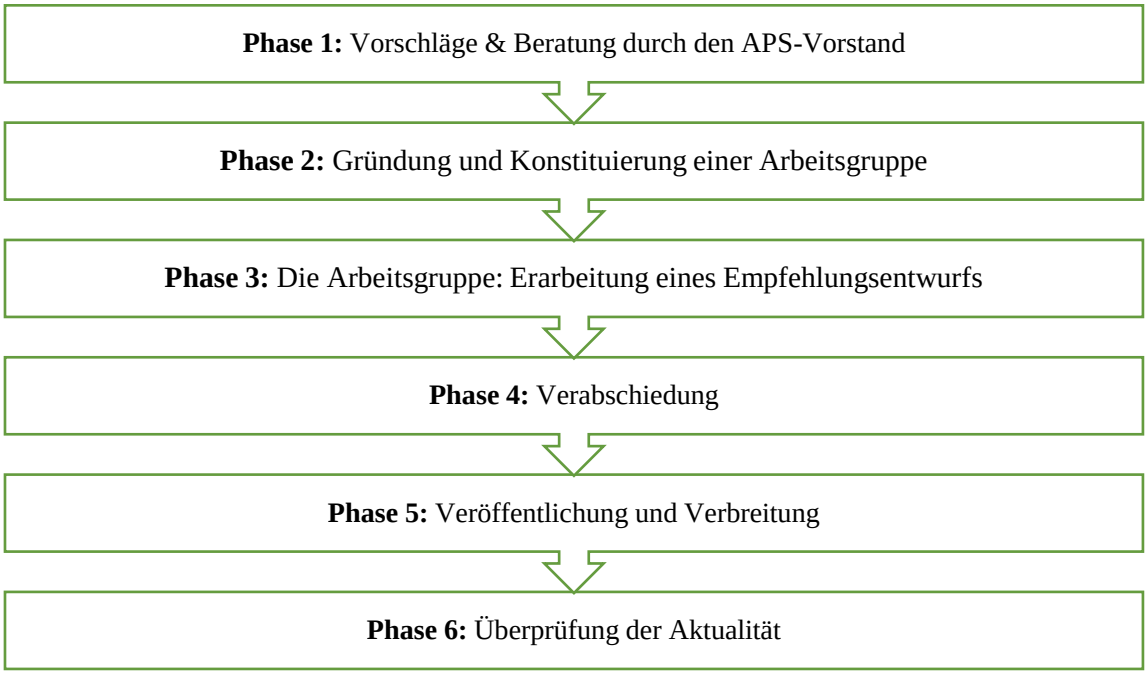


Abbildung 4: Ablauf von der Erstellung und Verbreitung der Handlungsempfehlungen des APS, (eigene Darstellung nach [55])

Themen für mögliche Handlungsempfehlungen können durch das offene Vorschlagswesen sowohl von APS-Mitgliedern als auch von Nicht-Mitgliedern vorgeschlagen werden. Ein Exposé, welches neben der Relevanz, die bestehenden Aktivitäten zu dem Thema, die Zielgruppe, einen Zeitplan, mögliche Lösungsansätze, die Machbarkeit und ein nach den SMART-Kriterien formuliertes Ziel beinhaltet, wird dem Vorstand zur Diskussion vorgelegt. Dieser entscheidet anhand dieses Exposés über die Gründung einer Arbeitsgruppe. Entscheidend für die Gründung einer Arbeitsgruppe ist die Frage, ob das Ereignis vermeidbar ist, denn nur für vermeidbare unerwünschte Ereignisse besteht eine Relevanz für die Erstellung von Handlungsempfehlungen (Phase 1) [55].

Im Anschluss an einen positiven Entscheid wird eine Arbeitsgruppe gegründet und eine Leitung beauftragt. Anschließend werden bei einem Vorbereitungstreffen das Thema und die Inhalte detailliert beschrieben und bekannt gegeben. Sachexperten, die einen Beitrag zur Erarbeitung der Handlungsempfehlungen leisten könnten, werden persönlich eingeladen. Die Mitglieder einer Arbeitsgruppe arbeiten dabei ehrenamtlich an der Entwicklung der Handlungsempfehlungen. Die Gruppe ist multiprofessionell besetzt. Nach Möglichkeit sollte jedoch mindestens ein Patientenvertreter und ein Mitglied des Instituts für Patientensicherheit in die Entwicklung der Handlungsempfehlung integriert werden (Phase 2) [55].

Im weiteren Prozess findet in der Arbeitsgruppe die Erarbeitung eines Empfehlungsentwurfes statt. Es werden sowohl Arbeits- als auch Zeitpläne entwickelt. Die Arbeit findet in kleineren Subgruppen statt. Ein Teil der Gruppe ist für die systematischen Literaturrecherchen verantwortlich. Ebenso wird eine Redaktionsgruppe gegründet, die sowohl Texte entwirft und Stellungnahmen vorbereitet [55].

Der Prozess der Entwicklung der Handlungsempfehlungen hat kein vorgefertigtes Schema. Die Arbeit ist durch ein Miteinander geprägt. Vor allem Diskussionen, neue Ideen und Perspektiven sind gewünscht. Jedoch sollten besonders die vier Themenfelder Eingrenzung des Themas, Relevanzabschätzung, Prozessbeschreibung und Problemanalyse sowie Lösungserarbeitung bearbeitet werden. Zur Entwicklung einer Handlungsempfehlung sollten drei bis vier Treffen und ein Zeitraum von 1 bis maximal 1½ Jahren ausreichen. Ein weiterer wichtiger Baustein in der Entwicklung der Handlungsempfehlungen ist der Praxis-Pretest. Bei den Pretests werden die Empfehlungsentwürfe in der Praxis bei 5 bis 20 Teilnehmern der Zielgruppe getestet und anschließend an die Anforderungen der Praxis angepasst [55].

Die Entwürfe werden dem Vorstand vorgelegt und die APS-Mitglieder in einer strukturierten Befragung zum Kommentieren des Entwurfs aufgefordert. Ebenso werden Experten und Interessengruppen zur Beratung und Begutachtung hinzugezogen (Phase 3) [55].

Anschließend wird der Entwurf im APS-Vorstand nach einem Begutachtungsverfahren diskutiert. Damit eine Handlungsempfehlung anschließend für die Praxis veröffentlicht wird, muss der Vorstand mindestens mit einer Zweidrittelmehrheit zustimmen. Mit der Zustimmung endet die Arbeit der Arbeitsgruppe (Phase 4) [55].

Die Handlungsempfehlungen werden danach veröffentlicht und verbreitet. Zum einen werden PDF-Versionen als kostenloser Download inklusive aller weiterer Materialen über die APS-Homepage verbreitet. Zum anderen gibt es eine geringe Anzahl an Druckversionen, wenn die Kosten des Drucks durch Spenden übernommen werden. Die Handlungsempfehlungen sollen durch möglichst viele Kanäle verbreitet werden. Auf Grund dessen werden Pressemitteilungen verfasst oder ggf. Pressekonferenzen gehalten bzw. Pressehintergrundgespräche geführt. Außerdem werden die Empfehlungen durch E-Mails, per Postversand oder über QM-Systeme per Newsletter versendet. Weitere Kanäle sind Auftaktveranstaltungen, Begleitartikel in Fachzeitschriften, Präsentationen und Workshops auf Kongressen oder Einstellungen auf den Internetseiten interessierter Verbände oder Institutionen (Phase 5) [55].

In der Aktualisierungs- und Überprüfungsphase ist geregelt, wie und nach welchem Zeitraum die Handlungsempfehlungen auf ihre Aktualität und Relevanz in der Praxis überprüft werden sollen. Eine standardisierte Überprüfung der Aktualität erfolgt nach drei bis fünf Jahren. Die Laufzeit der Handlungsempfehlung wird durch die Arbeitsgruppe festgelegt und begründet. Es bestehen definierte Kriterien für die Überprüfung. Zuerst wird festgelegt, in welchem Umfang eine Aktualisierung stattfinden soll. Anschließend wird die ehemalige Arbeitsgruppenleitung oder eine andere Person für die Aktualisierung beauftragt und eine neue Arbeitsgruppe mit Anpassung an die neuen Gegebenheiten gegründet. Der Vorstand hat die neuen Empfehlungen zu verabschieden bevor diese veröffentlicht und verbreitet werden (Phase 6) [55].

Es bestehen sowohl für den stationären, als auch den ambulanten Sektor spezifische Handlungsempfehlungen. Die Themengebiete der Handlungsempfehlungen setzen an bedeutenden Prozessen und Abläufen der Patientenversorgung an. Diese sind in der nachfolgenden Übersicht (Tabelle 2) in die Sektoren eingeteilt.

Tabelle 2: Übersicht über die Handlungsempfehlungen des APS (eigene Darstellung nach [9])

Ambulant	Stationär
Allgemein	
Wege zur Patientensicherheit Lernzielkatalog für Kompetenzen in der Patientensicherheit	
Fehler- & Risikomanagement	
Anforderungen an klinische Risikomanagementsysteme im Krankenhaus	
Handeln bevor etwas passiert. Berichts- und Lernsysteme erfolgreich nutzen.	Einrichtung und erfolgreicher Betrieb eines Berichts- und Lernsystems (CIRS)
Digitalisierung und Patientensicherheit – Risikomanagement in der Patientenversorgung	
Arzneimittel-Sicherheit	
Einsatz von Hochrisikoarzneimitteln - Oral appliziertes Methotrexat	
	Einsatz von Hochrisikoarzneimitteln – Intravenöse Applikation von Vincristin sicherstellen
Tipps für eine sichere Arzneimitteltherapie	
OP-Sicherheit	
Jeder Tupfer zählt! - Handlungsempfehlungen zur Vermeidung unbeabsichtigt belassener Fremdkörper im OP-Gebiet	
Vermeidung von Eingriffsverwechslungen in der Chirurgie	
	Arzneimitteltherapiesicherheit im Krankenhaus
	Prävention von Stürzen
Medizinprodukte	
	Patientensicherheit durch Prävention medizinproduktassoziierter Risiken
Hilfestellung zur Umstellung von Luer-Verbindern auf neue verwechslungssichere Verbinder	
Umsetzung der Einweisungsverpflichtung für Medizinprodukte	
Patientensicherheit bei der Anwendung von Medizinprodukten fördern: Eindeutige Identifikation und jederzeit verfügbare Begleitinformationen gewährleisten	

Die bestehenden Handlungsempfehlungen greifen in risikoanfällige Prozesse ein und sollen diese sicherer gestalten. Dabei werden viele Versorgungsbereiche, wie die operativen Fächer, Medikationsprozesse. Diagnostik und Medizinprodukte, abgedeckt [9].

3 Methoden

In diesem Kapitel wird die Methode der Evaluation erläutert. Zuerst soll das Studiendesign und anschließend die Studienpopulation dargestellt werden. Im nächsten Schritt wird der angewendete Fragebogen skizziert. Darauffolgend werden die quantitativen und qualitativen Auswertungsmethoden beschrieben.

3.1 Studiendesign

Die Handlungsempfehlungen des APS werden durch eine formative Evaluationsstudie auf ihre Praktikabilität und Nutzbarkeit im Klinikalltag überprüft [56]. Im speziellen handelt es sich dabei um eine Prozessevaluation mit einer Optimierungsfunktion [56]. Zukünftige Handlungsempfehlungen sollen sich an den gewonnenen Erkenntnissen orientieren.

Basis für die Studie bilden die Standards für Evaluationen der DeGEval-Gesellschaft für Evaluationen [57]. Die DeGEval hat 25 Standards entwickelt, die die Qualität von Evaluationen sichern soll. Diese lassen sich in die vier Eigenschaften Nützlichkeit, Durchführbarkeit, Fairness und Genauigkeit eingruppieren [57].

Die *Nützlichkeitsstandards* sollen zum einen den Zweck der Evaluation sicherstellen und zum anderen soll sich der Bedarf an Informationen am Nutzer orientieren. Die Studienplanung und -durchführung sollen realistisch und angemessen sein. Diese Faktoren sind in der Kategorie *Durchführbarkeitsstandard* festgelegt. Die Eigenschaftskategorie *Fairness* beinhaltet den Umgang mit den Evaluationsteilnehmern. Dabei sind der Schutz der individuellen Rechte und die unparteiische Durchführung und Berichterstattung relevante Faktoren. In den *Genauigkeitsstandards* soll sichergestellt werden, dass die Untersuchung gültige Ergebnisse hervorbringt und beispielsweise die Informationsquellen ausreichend dokumentiert sind [57].

Für diese formative Evaluationsstudie wurde als Studiendesign eine multizentrische Querschnittsstudie ausgewählt. Dieses Design ermöglicht es, eine breite Spannweite an Informationen zu generieren und einen Überblick über die Nutzung zu erhalten. Auf Grund der Tatsache, dass es sich dabei um eine einarmige nicht-interventionelle Studie handelt, ist eine Verblindung der Studienteilnehmer nicht notwendig. Das positive Votum der Ethikkommission der Medizinischen Fakultät Heidelberg liegt vor (S-397/2018).

3.2 Studienpopulation

Die Handlungsempfehlungen, die evaluiert werden sollen, beziehen sich auf den stationären Sektor des Gesundheitswesens (vgl. Kapitel 2.5), so dass sich die Studienpopulation aus diesem Bereich zusammensetzt. Der Fragebogen richtet sich an die Mitarbeiter des Qualitätsmanagements bzw. die Qualitätsbeauftragten, die sich mit dem Thema Patientensicherheit beschäftigen. Wie bereits der Theoretische Hintergrund (Kapitel 2) gezeigt hat, überschneiden und bedingen sich diese beiden Themenfelder.

Im Anschluss an die Benennung der Einschluss- und Ausschlusskriterien wird die ausgewählte Stichprobe beschrieben. Ebenso werden die Rekrutierungsmethode und der Ablauf der Studie erläutert.

Einschlusskriterien & Ausschlusskriterien

In die Studie wurden alle akuten, stationären Kliniken eingeschlossen, die ihren Standort in Deutschland haben. Somit wurden auch Kliniken eingeschlossen, die einem nicht-deutschen Klinikkonzern angehören. Die Kliniken sind nach SGB V §107 definiert. Es handelt sich dabei um Einrichtungen, bei denen medizinische und pflegerische Versorgung ständig verfügbar ist, um Krankheiten zu erkennen, zu heilen und die Verschlimmerung zu verhindern [58]. In die Studienpopulation wurden alle Krankenhäuser unabhängig von ihrer Größe und Trägerschaft eingeschlossen.

Von der Studie ausgeschlossen sind alle ambulanten Gesundheitseinrichtungen sowie Tages- oder Rehabilitationseinrichtungen. Ebenso wurden keine Kliniken eingeschlossen, deren Standort sich außerhalb Deutschlands befindet.

Stichprobe

Nach Berücksichtigung der Ein- und Ausschlusskriterien ergab sich eine Gesamtstudienpopulation von 1951 Krankenhäuser in Deutschland [59]. Bei diesen 1951 Krankenhäusern handelt es sich um einzelne Standorte. In Deutschland werden viele einzelne Standorte in sogenannten Klinikverbünden zusammengefasst, welche beispielsweise ein gemeinsames Management besitzen. Aufgrund der Tatsache, dass sich die Befragung an Mitarbeiter des Qualitätsmanagements richtete und diese häufig im standortübergreifenden Management ansässig sind, ist es nicht möglich gewesen, die Stichprobe aus den einzelnen Standorten der Kliniken zu ziehen. Die Gesamtpopulation der einzelnen Kliniken reduzierte sich somit auf 1539 Kliniken oder Klinikverbünde. Aus dieser

Studienpopulation erfolgte die Rekrutierung der Stichprobe. Mit dem Online-Randomisierungstool Research Randomizer [60] wurde eine randomisierte Zufallsstichprobe ausgewählt, welche 50 Prozent der Gesamtpopulation entspricht. Somit ergab sich ein Einschluss von 769 Krankenhäusern bzw. Krankenhausverbünden mit mehreren Standorten in die Evaluationsstudie.

Rekrutierung & Ablauf

Die eingeschlossenen Kliniken sind per E-Mail zur Teilnahme an der Studie eingeladen worden. Die Adressen wurden über die strukturierten Qualitätsberichte generiert, die nach §136b SGB V jährlich von allen zugelassenen Krankenhäusern veröffentlicht werden müssen [61]. Die Angaben beziehen sich auf das Jahr 2016 und sind über den Gemeinsamen Bundesausschuss (GBA) verfügbar [62]. Die Befragung erfolgte online. Es wurde das Online-Befragungstool LimeSurvey verwendet [63]. Die Kliniken wurden in der Rekrutierungs-E-Mail über die Inhalte, den Zweck und die Methoden der Studie aufgeklärt (Anhang B). Sie haben zu Beginn der Online-Befragung ihre Einwilligung zu der Teilnahme an der Befragung gegeben (Anhang C). In einem Zeitraum von acht Wochen erhielt die Studienpopulation die Möglichkeit zur Teilnahme. Der Zeitraum erstreckte sich vom 31.08.2018 bis zum 26.10.2018. Innerhalb dieses Zeitraumes wurden zwei Reminder versendet, um an die Studie zu erinnern und somit die Rücklaufquote zu steigern. Die erste Erinnerung erfolgte nach ca. der Hälfte des Befragungszeitraumes (nach 3 ½ Wochen) und die zweite eine Woche vor Ende der Befragung (nach 7 Wochen). Die Teilnahme an der Befragung war freiwillig, den Probanden ist durch die Nicht-Teilnahme kein Nachteil entstanden.

3.3 Fragebogen

Nachfolgend wird der Aufbau des Fragebogens erläutert und das Pretest-Verfahren des Fragebogens dargestellt.

3.3.1 Konzeption und Aufbau

Für die Evaluierung der Handlungsempfehlungen des APS wurde eigens ein Fragebogen konzipiert (Anhang D). Die Fragen wurden in Zusammenarbeit mit dem APS ausgewählt und diskutiert. Anschließend wurde der Fragebogen zusammengesellt und in einem

Pretest in der Praxis bei Testpersonen angewendet und anschließend nochmals angepasst (vgl. Kapitel 3.3.2).

In dem Fragebogen werden verschiedene Fragetypen (geschlossen/offen) verwendet, welche sich inhaltlich in vier Teile aufgliedern. Insgesamt beinhaltet der Fragebogen 29 Fragen. In Teil A wird nach externen Handlungsempfehlungen gefragt. In Teil B soll ein Feedback zu Handlungsempfehlungen gegeben werden. Diese beiden Teile stehen in einem starken Zusammenhang zueinander. Ebenso bauen die Teile C und D aufeinander auf. Teil C fragt allgemeine Strukturdaten zu den Kliniken ab, bevor in Teil D Fragen über die Instrumente des Qualitätsmanagements und deren Nutzung gestellt werden (siehe Tabelle 3). Im Folgenden werden die Fragen aus den einzelnen Teilen dargestellt.

Tabelle 3: Aufbau des Fragebogens

	Bezeichnung	Anzahl an Fragen
Teil A	Externe Handlungsempfehlungen	12
Teil B	Feedback Handlungsempfehlungen	2
Teil C	Strukturdaten zum Klinikum	9
Teil D	Instrumente im Qualitätsmanagement	6

Teil A – Externe Handlungsempfehlungen

Im ersten Teil des Fragebogens wird die Kenntnis und die Nutzung von Handlungsempfehlungen abgefragt. In der ersten Frage wird erhoben, ob den Studienteilnehmern im Allgemeinen externe Handlungsempfehlungen bekannt sind. Wenn diese Frage verneint wird, folgen keine weiteren Fragen aus den Fragenteilen A und B. Der Studienteilnehmer wird direkt zum Fragenteil C weitergeleitet.

In der zweiten Frage wird speziell nach der Bekanntheit der Handlungsempfehlungen des APS gefragt und woher diese bekannt sind. Im nächsten Schritt wird die Frage gestellt, ob solche Handlungsempfehlungen im Klinikum zur Verbesserung der Patientensicherheit bereits eingesetzt werden. Sollten die Studienteilnehmer angeben, dass sie keine Handlungsempfehlungen nutzen, schließt sich die offene Frage nach den Gründen für die Nicht-Nutzung an.

Bei Bejahung der Frage nach der Nutzung folgt eine Frage dazu, aus welchen Quellen Handlungsempfehlungen genutzt werden. Mögliche Quellen sind die WHO, Internetrecherche, Fachzeitschriften, APS, Fachverbände und Institutionen. Außerdem ist es möglich im Feld „Sonstiges“ weitere Quellen anzugeben.

Wenn die Teilnehmer das APS als Quelle für ihre Handlungsempfehlungen angegeben haben, schließen sich spezifische Fragen an. Zuerst folgen zwei offene Fragen nach dem Grund für die Nutzung der Handlungsempfehlungen des APS und inwiefern diese im Klinikalltag genutzt werden. Anschließend wird erhoben, wie viele und welche Handlungsempfehlungen verwendet werden. Die Studienteilnehmer kreuzen die genutzten Handlungsempfehlungen an und sollen zudem im Kommentarfeld den Umsetzungsgrad der genutzten Handlungsempfehlungen angeben. Dabei sollen auf einer Rating-Skala Werte von null bis zehn eingetragen werden. Der Umsetzungsgrad ist aufsteigend, somit ist zehn der größtmögliche Umsetzungsgrad. Auf Grund der Tatsache, dass die Handlungsempfehlungen häufig durch das Qualitätsmanagement bekannt gegeben werden, ist von Bedeutung, ob die Handlungsempfehlungen an das pflegerische, ärztliche und therapeutische Personal weitergeben wird und wie die Informationen weitergegeben werden.

Teil B – Feedback Handlungsempfehlungen

Im Fragenteil A wird, wie bereits beschrieben, die Nutzung der Handlungsempfehlungen erhoben. Im nächsten Schritt werden die Studienteilnehmer gebeten, ihre Wünsche und Vorschläge, die einer Optimierung der Handlungsempfehlungen des APS dienen, zu nennen. Dementsprechend baut der Teil B des Fragebogens thematisch auf den Teil A auf. Er besteht aus zwei offenen Fragen. Zum einen soll den Studienteilnehmern die Möglichkeit eingeräumt werden, Vorschläge zu machen, wie die Praxisrelevanz und die Nutzbarkeit der Handlungsempfehlungen des APS verbessert werden könnten. Zum anderen sollen die Studienteilnehmer unabhängig von der Quelle der Handlungsempfehlung angeben, zu welchen Themen sie weitere Handlungsempfehlungen nützlich und relevant fänden. Diese beiden Fragen nach der Verbesserung der derzeit bestehenden Handlungsempfehlungen sind ein wichtiger Baustein für die Optimierungsfunktion der Evaluation.

Teil C – Strukturdaten zum Klinikum

Im dritten Teil wird nach strukturellen Daten des Klinikums gefragt. Die Größe des Klinikums soll durch die Angabe der Bettenanzahl, der pflegerischen und ärztlichen Mitarbeiter sowie der Anzahl an Fachabteilungen betitelt werden. Außerdem soll das Klinikum in die Versorgungstufe (Grund-/Regelversorgung, Maximalversorgung, Spezialklinik, Psychiatrische Versorgung) eingeordnet werden. Es sollen Angaben zum Träger (staatlich, privat, freigemeinnützig) gemacht werden und es wird nach dem strukturellen Einzugsgebiet des Klinikums gefragt. Das Einzugsgebiet ist in die beiden Kategorien städtisch und ländlich aufgegliedert, wobei die Angabe der Kategorie „städtisch“ ein

Einzugsgebiet von mehr als 20.000 Einwohnern bedeutet. Diese Größe entspricht einer Mittelstadt [64]. Ein kleineres Einzugsgebiet entspricht der Kategorie „ländlich“. Der Teil schließt ab mit der Angabe der Planstellen im Qualitätsmanagement und der Frage, ob es sich dabei um einen eigenen Stabs- oder Geschäftsbereich handelt.

Teil D – Instrumente im Qualitätsmanagement

Teil D des Fragebogens schließt thematisch direkt an die letzten beiden Fragen aus Teil C an. In Teil D sollen Angaben zu den verwendeten Instrumenten im Qualitätsmanagement gemacht werden. Vorgegebene Instrumente sind dabei Begehungen, Audits, Benchmarks, Qualitätszirkel, Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen, Fehlermanagementsysteme, Peer-Review-Verfahren, Befragungstools, Beschwerdemanagement und externe Qualitätssicherung. Dabei ist die Nutzungshäufigkeit von großer Bedeutung. Die Studienteilnehmer haben die Auswahl zwischen den Ausprägungen nie, weniger als einmal im Jahr, jährlich, quartalsweise, monatlich, öfter als einmal im Monat und immer (24/7). Außerdem sollen die Instrumente des Qualitätsmanagements nach ihrer Relevanz für den Klinikalltag und ihrer Wirksamkeit geordnet werden. Im Online-Fragebogen haben die Studienteilnehmer die Möglichkeit per Drag-Drop-Funktion die Instrumente zu sortieren. Die Angaben zu den Instrumenten des Qualitätsmanagements sind für die Erhebung von Bedeutung, da die externen Handlungsempfehlungen mit Hilfe von Instrumenten des Qualitätsmanagements umgesetzt werden können. Außerdem bedingen sich die Instrumente und die Thematik Patientensicherheit gegenseitig.

3.3.2 Pretest-Verfahren

Der entwickelte Fragebogen wurde durch einen Standard-Pretest im Feld getestet [65]. Bei der Testerhebung wurde der Fragebogen von den Testprobanden, die alle Experten im Bereich Qualitätsmanagement bzw. Gesundheitswesen sind, unter realistischen Studienbedingungen ausgefüllt. Dabei sollten die Praktikabilität, das Verständnis und der Zeitaufwand getestet werden. Es wurde dazu das kognitive Verfahren des Think-aloud angewendet [65]. Bei diesem Verfahren sollen die Testbefragten ihre Gedanken aussprechen und formulieren, wie sie zu den Antworten auf die Fragen gelangt sind. Auf Grund der Tatsache, dass das Think aloud retrospektiv nach gegebener Antwort erfolgte, wurde „Retrospective think aloud“ [65] bei dem Pretest eingesetzt. Der Pretest wurde von fünf Personen unabhängig voneinander, sowohl face-to-face als auch in einer abgewandelten Version per paper and pencil, durchgeführt. Zusätzlich wurde die Bearbeitungszeit

dokumentiert. Im Anschluss an den Pretest wurde der Fragebogen hinsichtlich der getätigten Aussagen optimiert.

3.4 Auswertungsmethode

Je nach Fragetypus wurde sowohl mit quantitativen Methoden als auch mit qualitativen Methoden ausgewertet. Geschlossene Fragen wurden quantitativ ausgewertet. Bei offenen Fragen fand eine Auswertung nach qualitativer Methode statt. Im Folgenden werden die einzelnen Auswertungsmethoden detailliert erläutert.

Quantitativ

Die quantitativen Auswertungsmethoden wurden bei den geschlossenen Fragen angewendet. Dabei wurden deskriptive Statistiken zur Zählung von Häufigkeiten und Anteilen genutzt. Ebenso wurden sowohl Lagemaße, wie der Modus, der Median oder das Arithmetische Mittel, als auch Streuungsmaße, wie beispielsweise die Spannweite, berechnet. Des Weiteren sollten durch bivariate und multivariate Analysemethoden Zusammenhänge zwischen der Verwendung der Handlungsempfehlungen und den Strukturdaten berechnet werden. Zur Darstellung von Zusammenhägen wurden im ersten Schritt Chi-Quadrate berechnet. Im zweiten Schritt erfolgte eine Analyse durch die Durchführung logistischer Regressionen sowie Moderations- und Mediationsanalysen. Außerdem wurden Korrelationen zwischen einzelnen Variablen berechnet

Für die Auswertung wurde die Statistiksoftware SPSS IBM 21 und Microsoft Excel verwendet. Zudem wurde für die Analyse ein Biometriker hinzugezogen.

Qualitativ

Die offenen Fragen des Fragebogens wurden ergänzend zum quantitativen Teil qualitativ ausgewertet. Die Auswertung erfolgte in Anlehnung an Kuckartz [66]. Im speziellen orientierte sich die Auswertung an der inhaltlich strukturierenden qualitativen Inhaltsanalyse [66]. In Bezug auf die qualitative Auswertung ist zu bedenken, dass es sich um gezielte Fragen handelt und die Auswertung auf Grund dessen verkürzt erfolgte.

Die Analyse erfolgte in drei Schritten. Zunächst sind basierend auf dem vorliegenden Textmaterial anhand der Fragestellung deduktive Kategorien gebildet worden. Anhand dieser Kategorien wurde das Material durchlaufen und die Aussagen strukturiert zu den Kategorien hinzugefügt. Im zweiten Schritt ist eine Profilmatrix erstellt worden. In dieser

sind die Angaben der Studienteilnehmer zusammengefasst (Anhang E). Die obere Randspalte zeigt die Fragenkategorien des Fragebogens. In der horizontalen Betrachtung sind alle Angaben eines Studienteilnehmers zu den einzelnen Kategorien bzw. Fragen des Fragebogens abgebildet. Die vertikale Betrachtung zeigt die Angaben aller Studienteilnehmer zu einer Kategorie. Im dritten Schritt sind anhand der Profilmatrix Zusammenfassungen der Kategorien geschrieben worden. Diese Zusammenfassungen erfolgten durch induktive Kategorienbildung am Material.

4 Ergebnisse

Es wurden 769 Kliniken, in einem achtwöchigen Zeitraum von September bis Oktober 2018, zu ihrer Nutzung von Handlungsempfehlungen des APS befragt. Die Ausschöpfungsquote liegt bei 26,26 Prozent (202 von 769). Jedoch mussten Teilnehmer aufgrund von fehlenden Antworten von der Auswertung ausgeschlossen werden, so dass 135 Studienteilnehmer (17,55 %) in der Auswertung berücksichtigt werden konnten. Aufgrund der Datenlage konnten keine, wie in der Methodik geplant, bivariate und multivariate Analysemethoden zur Darstellung von Zusammenhängen verwendet werden. Die Ausnahme bilden einzelne Korrelationen zwischen Variablen.

Im Folgenden sollen im ersten Schritt die Ergebnisse zum Kenntnisstand von Handlungsempfehlungen und dem Nutzungsverhalten der Handlungsempfehlungen des APS beschrieben werden. Anschließend werden die strukturellen Angaben zum Klinikum und die Nutzung der Instrumente im Qualitätsmanagement dargestellt. Im letzten Teil werden die Optimierungsangaben bezüglich der Verbesserung der Praxisrelevanz und Nutzbarkeit der Handlungsempfehlungen des APS und die Vorschläge für weitere relevante Themen dargelegt.

4.1 Handlungsempfehlungen (Fragebogen Teil A)

4.1.1 Allgemeine Informationen zur Bekanntheit und Nutzung von Handlungsempfehlungen

Die nachfolgende Abbildung 5 gibt einen Überblick darüber, ob den Studienteilnehmern zum einen Handlungsempfehlungen im Allgemeinen und zum anderen die Handlungsempfehlungen des APS bekannt sind.

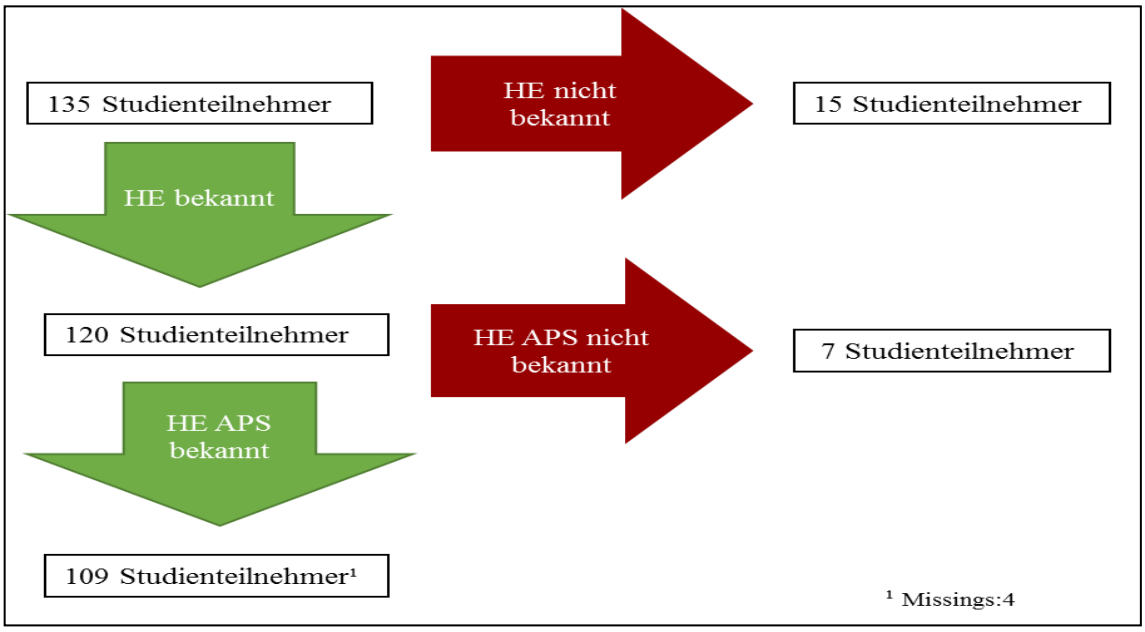


Abbildung 5: Bekanntheit von Handlungsempfehlungen (HE)

Insgesamt geben 88,9 Prozent der Teilnehmer an, dass sie Handlungsempfehlungen kennen. 15 Teilnehmer geben an, diese nicht zu kennen. Die Handlungsempfehlungen des APS sind bei 90,8 Prozent der Studienteilnehmer, die Handlungsempfehlungen kennen, bekannt und bei 5,8 Prozent nicht. Vier Studienteilnehmer machten keine Angabe, ob sie die Handlungsempfehlungen des APS kennen. Von der Gesamtstichprobe kennen 80,7 Prozent die Handlungsempfehlungen des APS.

Die Informationen zu den Handlungsempfehlungen werden aus verschiedenen Quellen zu Hilfe gezogen. Die nachfolgende Tabelle 4 zeigt mögliche Quellen auf.

Tabelle 4: Informationsquellen über die Handlungsempfehlungen des APS (Mehrfachnennungen möglich)

Quelle	Anzahl Nennungen	Anteil der Studienteilnehmer, in Prozent (n=108)
Pressemitteilungen	33	30,6
E-Mail/Post	36	33,3
Newsletter	34	31,5
Internet Fachverbände	61	56,5

Tabelle 4: Informationsquellen über die Handlungsempfehlungen des APS (Mehrfachnennungen möglich), (Fortsetzung)

Quelle	Anzahl Nennungen	Anteil der Studienteilnehmer, in Prozent (n=108)
APS-Jahrestag	19	17,6
Fachartikel	57	52,8
Kongresse	47	43,5
Sonstige	19	17,6

Die drei häufigsten Quellen sind Internetseiten von Fachverbänden und Institutionen (56,5 %), Artikel in Fachzeitschriften (52,8 %) und Präsentationen oder Workshops auf Tagungen und Kongressen (43,5 %).

Eine Nutzung von Handlungsempfehlungen zum Thema Patientensicherheit ist nur möglich, wenn diese bekannt sind. Im Folgenden werden auf Grund dessen nur die 120 Studienteilnehmer (Abbildung 5) berücksichtigt, die mit der Thematik vertraut sind.

In Abbildung 6 wird die Nutzung von Handlungsempfehlungen aus allen Quellen dargestellt und explizit die Anzahl der Studienteilnehmer, die in ihrem Klinikum die Handlungsempfehlungen des APS nutzen.

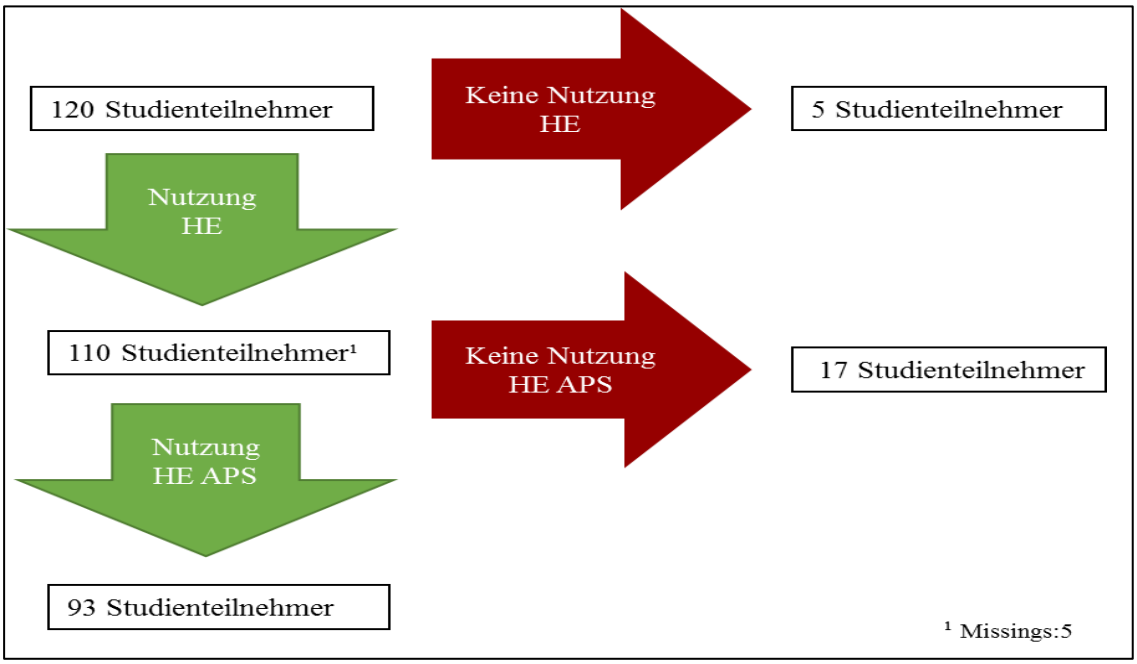


Abbildung 6: Nutzung Handlungsempfehlungen (HE) und APS Handlungsempfehlungen (HE APS)

Von den 120 Studienteilnehmern, denen Handlungsempfehlungen zum Thema Patientensicherheit bekannt sind, nutzen 91,66 Prozent Handlungsempfehlungen aus verschiedenen Quellen. Fünf Studienteilnehmer haben angegeben, dass sie keine Handlungsempfehlungen in ihrem Klinikum verwenden.

Gründe für eine Nicht-Nutzung sind, dass diese in ihrem Klinikum noch nicht besprochen oder bearbeitet worden sind (ID 81-a[2]). Zudem sind die Informationen zu den Thematiken zu gering (ID 55-a). Ein weiterer Teilnehmer antwortete, dass diese „*zu lang, teilweise zu komplex [seien] [und] keine Möglichkeit der Einbindung in die eigenen Verfahrensanweisungen (unter Verweis auf die Handlungsempfehlung des Aktionsbündnisses Patientensicherheit) [haben]*“ (ID 17-a).

Handlungsempfehlungen des APS werden von 84,5 Prozent der Studienteilnehmer genutzt, die Handlungsempfehlungen verwenden. Von 109 Studienteilnehmern, die die Handlungsempfehlungen des APS kennen (vgl. Abb. 5), werden diese von 93 genutzt. Daraus ergibt sich, dass 14,7 Prozent der Studienteilnehmer (n= 16) die Handlungsempfehlungen des APS kennen, aber diese nicht nutzen.

Neben dem APS bestehen weitere Institutionen, die Handlungsempfehlungen zum Thema Patientensicherheit entwickeln und die in den Kliniken genutzt werden. Die Tabelle 5 soll einen Überblick über die Quellen geben, aus denen Handlungsempfehlungen genutzt werden.

Tabelle 5: Angabe von Quellen aus denen Handlungsempfehlungen genutzt werden (Mehrfachnennungen möglich)

Quellen von Handlungsempfehlungen	Absolute Anzahl an Nennungen	Anteil von Studienteilnehmern, in Prozent (n=110)
WHO	58	52,7
Internetrecherche	66	60,0
Fachzeitschriften	53	48,2
Aktionsbündnis Patientensicherheit	93	84,5
Fachverbände	63	57,3
Institutionen	26	23,6
Sonstiges	5	4,5

[2] Quellennachweis aus der Profilmatrix

Mehr als 50 Prozent der Studienteilnehmer nutzen Handlungsempfehlungen, die über Fachverbände oder die WHO verbreitet werden. 60 Prozent der Studienteilnehmer verwenden Handlungsempfehlungen, die durch Eigeninitiative recherchiert worden sind. 93 Studienteilnehmer und somit 84,5 Prozent nutzen die Handlungsempfehlungen des APS. In der Kategorie Sonstiges wurde zweimal die Bayrische Krankenhausgesellschaft (BKG) und jeweils einmal Fortbildungen, die Gesellschaft für Qualitätsmanagement im Gesundheitswesen e.V. und Zertifizierungen als weitere Quellen für Handlungsempfehlungen genannt.

4.1.2 Handlungsempfehlungen des APS

Im weiteren Verlauf sollen explizit die Nutzungseigenschaften der Handlungsempfehlungen des APS erläutert werden.

Die Gründe für die Nutzung der Handlungsempfehlungen des APS sind vielfältig. Sie werden beispielsweise zur Umsetzung von Unternehmenszielen verwendet. „*Die Gewährleistung der Patientensicherheit ist ein wesentlicher Teil unserer Unternehmens-/ Qualitäts- und Risikostrategie. Um dieses übergeordnete Ziel erreichen zu können, bedarf es Handlungsempfehlungen, wie die des APS, um entsprechend geeignete Maßnahmen wirksam planen und umsetzen zu können*“ (ID 26-b). Studienteilnehmer sehen in den Handlungsempfehlungen allgemeine Vorteile, wie beispielsweise es ist sinnvoll, gut verständlich, gut strukturiert, gut umsetzbar oder anerkannt (ID 1-b, ID 11-b, ID 33-b, ID 39-b). Ebenfalls wird die Praxisnähe als positiv angesehen (ID 10-b, ID 27-b, ID 51-b, ID 56-b). Die Expertise bei der Entwicklung der Empfehlungen ist ein weiteres Kriterium für die Nutzung der Handlungsempfehlungen. „*Diese sind fachlich sehr fundiert, von Experten, die auch in der Praxis tätig sind, erstellt und sehr praxisnah*“ (ID 30-b). Außerdem wird es als „*Best Practice*“ (ID 7-b) angesehen. Die sorgsame Recherche und Ausarbeitung durch Fachexperten stellen einen weiten Vorteil dar (ID 9-b, ID 10-b, ID 44-b, ID 45-b. ID 54-b, ID 60-b). Zudem bieten die Handlungsempfehlungen eine Orientierungshilfe und unterstützten bei der Erstellung von Verfahrensanweisungen, Prozessabläufen oder Standards (ID 31-b, ID 42-b, ID 59-b). Des Weiteren wurde die Aussage getätigt, dass sie zur Erhöhung der Patientensicherheit beitragen und zur Erfüllung des Patientenrechtegesetz dienen (ID 22-b).

Es lassen sich die Angaben in die Kategorien allgemeine Vorteile, Art der Darstellung, fundierte Erarbeitungsprozess und Orientierungshilfe für klinikinterne Anweisungen und Prozesse zusammenfassen.

Die Nutzung der Handlungsempfehlungen findet innerhalb der Kliniken auf verschiedenen Ebenen statt. Zum Teil werden die Checklisten direkt in den Klinikalltag implementiert, insbesondere die OP-Checkliste. „*Wir haben sehr vieles konkret umgesetzt, z.B. das Team time out oder andere Regelungen zur Vermeidung der Verwechslung, wie Patientenarmband, Markierung der OP-Seite durch den Arzt, jeder Tupfer zählt etc.*“ (ID 49-c). Die Nutzung findet außerdem über die Abteilung des Qualitätsmanagements und Risikomanagements statt. Über diese Abteilungen werden sie in der Klinik implementiert oder anhand dessen Risiken identifiziert. Beispielhaft fand die „*Einführung von Patientenarmbändern für stationäre Patienten*“ (ID 75-c) aufgrund einer Handlungsempfehlung statt. Die Inhalte der Handlungsempfehlungen werden über das Intranet der Kliniken oder Infoflyer an die Mitarbeitenden weitergegeben. Eine Weitergabe findet im Rahmen von Veranstaltungen, wie Schulungen/Fortbildungen oder dem Tag der Patientensicherheit, statt. Die Handlungsempfehlungen stellen ebenso die Arbeitsgrundlage in Projekt- und Arbeitsgruppen dar. „*Prüfung der Inhalte und Umsetzbarkeit. Sofern noch keine Umsetzung sichergestellt, Planung und Sicherstellung der Umsetzung*“ (ID 19-c). In den meisten Fällen werden bereits bestehende Verfahrensanweisungen an die Handlungsempfehlungen angepasst oder sie bieten die Grundlage für die Entwicklung von neuen Anweisungen, Standards oder SOPs. „*Nutzung bei der internen Erstellung von Verfahrensanweisungen. Hilfe bei der Umsetzung, z.B. bei der Umstellung auf verwechslungssichere Verbinder*“ (ID 36-c). „*Handlungsempfehlungen werden in Form von AA und Leitlinien umgesetzt*“ (ID 43-c). Die praktische Umsetzung wird anhand von internen Audits überprüft. Die Handlungsempfehlungen bieten Grundlagen, werden aber an die klinikinternen Strukturen angepasst. Inhalte werden nur übernommen sofern diese für das Klinikum relevant und machbar sind. „*Je nachdem welches Thema die Handlungsempfehlung betrifft, wird diese mehr oder weniger in Form einer praktischen Anwendung genutzt. Generell werden aber alle Handlungsempfehlungen im Hinblick auf Verbesserungen im Haus durchgearbeitet. Bisher haben wir keine Handlungsempfehlung komplett für unsere Klinik übernommen.*“ (ID 30-c).

Insgesamt gibt es 14 Handlungsempfehlungen des APS für den stationären Sektor. 82 Studienteilnehmer haben eine Aussage darüber getroffen, wie viele sie in ihrem Klinikum

verwenden. Die Angaben variieren zwischen 1 und 14. Im Durchschnitt verwenden die Kliniken 7 der 14 Handlungsempfehlungen des APS (Median: 7,00, $\bar{X}$: 6,9). 6 Handlungsempfehlungen werden von 14,6 Prozent und 7, 9 und 10 von jeweils 12,2 Prozent genutzt. Es besteht ein geringer negativer Zusammenhang zwischen der Anzahl der genutzten Handlungsempfehlungen und der Größe des Klinikums. Das heißt, je größer das Klinikum, desto weniger Handlungsempfehlungen des APS werden genutzt (r= -0.26, p= 0,220). Auch bei der Anzahl der Fachgebiete und der Anzahl der genutzten Handlungsempfehlungen besteht ein negativer Zusammenhang, welcher jedoch nicht signifikant ist (r= -0,203, p= 0,079).

Die Verwendung von Handlungsempfehlungen allein gibt noch keinen Aufschluss darüber, in welchem Maße die Empfehlungen in die Praxis integriert werden. Tabelle 6 zeigt die einzelnen Handlungsempfehlungen mit der Nutzerzahl und ihrem Umsetzungsgrad in der Klinik. In Tabelle 6 ist der Median des Umsetzungsgrades angegeben. Im Anhang F sind sowohl die absoluten als auch die relativen Häufigkeiten der Umsetzungsgerade aufgeschlüsselt nach Handlungsempfehlung dargestellt. Die Skala des Umsetzungsgrades reicht von null bis zehn, wobei null keine Umsetzung und zehn die höchste Umsetzung darstellt.

Tabelle 6: Anzahl und Umsetzungsgrad der verwendeten Handlungsempfehlungen

Handlungsempfehlung	Absolute Häufigkeit	Relative Häufigkeit (n=93)	Umsetzungsgrad (Median)
Digitalisierung & Patientensicherheit	46	49,5	5
Patientensicherheit bei der Anwendung von Medizinprodukten fördern	52	55,9	7
Umsetzung der Einweisungsverpflichtung für Medizinprodukte	66	71,0	8
Hilfestellung zur Umsetzung von Luer-Verbindern auf neue verwechslungssichere Verbinder	44	47,3	8
Einrichtung und erfolgreicher Betrieb eines Berichts- und Lernsystems (CIRS)	75	80,6	10
Intravenöse Applikation von Vincristin: Einsatz von Hochrisikoarzneimitteln	24	25,8	3,5
Anforderungen an klinische Risikomanagementsysteme im Krankenhaus	73	78,5	8
Arzneimitteltherapiesicherheit im Krankenhaus	69	74,2	8

Tabelle 6: Anzahl und Umsetzungsgrad der verwendeten Handlungsempfehlungen (Fortsetzung)

Handlungsempfehlung	Absolute Häufigkeit	Relative Häufigkeit (n=93)	Umsetzungsgrad (Median)
Patientensicherheit durch Prävention medizinproduktassoziierter Risiken	36	38,7	6
Vermeidung von Stürzen älterer Patienten im Krankenhaus – Fakten & Erläuterungen	62	66,7	9
Checkliste für Klinikmitarbeiter – „Prävention von Stürzen“	49	52,7	9
Einsatz von Hochrisikoarzneimitteln – oral appliziertes Methotrexat	25	26,9	5,5
Eingriffsverwechslungen in der Chirurgie	68	73,1	10
Jeder Tupfer zählt – Vermeidung unbeabsichtigt belassener Fremdkörper im OP-Gebiet	59	63,4	10

Am häufigsten werden die Handlungsempfehlungen zum Thema „Einrichtung und erfolgreicher Betrieb eines Berichts- und Lernsystems (CIRS)“, „Anforderungen an klinische Risikomanagementsysteme im Krankenhaus“ und „Arzneimitteltherapiesicherheit im Krankenhaus“ verwendet. Gleichzeitig besitzt das erst genannte Thema auch einen sehr hohen Umsetzungsgrad. Die Handlungsempfehlungen „Eingriffsverwechslungen in der Chirurgie“ und „Jeder Tupfer zählt – Vermeidung unbeabsichtigt belassener Fremdkörper im OP-Gebiet haben ebenso den höchsten Umsetzungsgrad (Median: 10). Die Spannweite dieser beiden Handlungsempfehlungen reicht von null bis zehn. In vollem Maße setzen 36 von 68 (52, 9 %) Studienteilnehmern die Handlungsempfehlung „Eingriffsverwechslungen in der Chirurgie“ um. Bei der Handlungsempfehlung „Vermeidung unbeabsichtigt belassener Fremdkörper im OP-Gebiet“ gaben 34 von 59 (57,6 %) Studienteilnehmern den höchsten Umsetzungsgrad an.

Niedrige Umsetzungsgrade besitzen die Handlungsempfehlungen „Digitalisierung und Patientensicherheit“ (Median: 5), „Intravenöse Applikation von Vincristin: Einsatz von Hochrisikoarzneimitteln“ (Median: 3,5) und „Einsatz von Hochrisikoarzneimitteln – oral appliziertes Methotrexat“ (Median: 5,5). Bei der Handlungsempfehlung „Intravenöse Applikation von Vincristin: Einsatz von Hochrisikoarzneimitteln“ gaben 33,3 Prozent der Studienteilnehmer an, dass die Handlungsempfehlung keine Relevanz für sie im

Klinikalltag besitzt. Insgesamt nutzen diese Handlungsempfehlung lediglich 24 Studienteilnehmer. Handlungsempfehlungen, die von wenigen Studienteilnehmer genutzt werden, besitzen gleichzeitig niedrige Umsetzungsgrade.

Die Inhalte der Handlungsempfehlungen werden dem ärztlichen, pflegerischen und therapeutischen Personal mittels verschiedener Informationswege von den Mitarbeitern aus dem Qualitätsmanagement mittgeteilt. Von 85 Teilnehmenden gaben 83 Teilnehmer an, dass sie die Informationen weitergeben. Zwei Teilnehmer gaben an, dass sie dies nicht tun. Die Tabelle 7 zeigt die verschiedenen Wege der Informationsweitergabe auf.

Tabelle 7: Angaben zur Art der Informationsweitergabe der Inhalte der Handlungsempfehlungen (Mehrfachangaben möglich)

Art der Informationsweitergabe	Absolute Häufigkeit	Relative Häufigkeit (n= 83)
Externe Schulungen	11	13,3%
Interne Schulungen	68	81,9 %
Aushänge/Merkzettel	31	37,3 %
Intranet	60	72,3 %
Newsletter	19	22,9 %
Rundmail	44	53,0 %
Sonstiges	22	26,5 %

Die am häufigsten genutzten Verbreitungsarten sind zum einen die Bekanntmachung der Informationen im Intranet der Klinik (72,3 %) und zum anderen die Vermittlung der Inhalte durch interne Schulungen (81,9 %). In der Kategorie Sonstiges wurden weitere Informationswege angegeben. Zum einen werden die Inhalte über die Einbindung in klinikinterne Dokumente, wie Arbeits- und Verfahrensanweisungen, Standards und Checklisten, weitergegeben. Diese Art der Informationsweitergabe gaben 12 Studienteilnehmer an. Zudem werden Literaturhinweise zu den Handlungsempfehlungen in Leitlinien oder Standards eingebunden. Eine weitere Möglichkeit der Inhaltsvermittlung ist das Qualitätsmanagementhandbuch (QMH) oder die Mitarbeiterzeitschrift. Außerdem gaben drei

Studienteilnehmer an, die Handlungsempfehlungen in den Qualitätszirkeln zu besprechen. Weitere Angaben waren Arbeitsgruppen, Besprechungen, persönliche Gespräche und die Weitergabe der Informationen an Beteiligte per E-Mail.

4.2 Strukturelle Eigenschaften der Studienteilnehmer (Fragebogen Teil C)

Die nachfolgende Tabelle 8 zeigt die Struktur der teilnehmenden Kliniken anhand der drei Kriterien: Träger, Einzugsgebiet und Versorgungsstufe. Bezüglich der relativen Häufigkeit ist zu beachten, dass ca. 20 Prozent der Studienteilnehmer keine Angabe zu den strukturellen Eigenschaften ihrer Klinik gemacht haben, so dass bei diesen die Verteilung nicht bekannt ist.

Tabelle 8: Strukturdaten der teilnehmenden Kliniken

	Absolute Häufigkeit	Relative Häufigkeit (n=135)
	Träger	
Öffentlich	47	34,8 %
Privat	13	9,6 %
Freigemeinnützig	48	35,6 %
Missing	27	20,0 %
	Versorgungsstufe	
Grund-/Regelversorgung	61	45,2 %
Maximalversorgung	20	14,8 %
Spezialklinik	17	12,6 %
Psychiatrische Versorgung	8	5,9 %
Missing	29	21,5 %
	Einzugsgebiet	
Städtisch	76	56,3 %
Ländlich	30	22,2 %
Missing	29	21,5 %

Die teilnehmenden Kliniken stehen zu jeweils über einem Drittel unter öffentlicher (34,8 %) und freigemeinnütziger (35,6 %) Trägerschaft. Private Kliniken haben mit einem Anteil von unter zehn Prozent teilgenommen.

Mit 45 Prozent (61 Kliniken) sind Kliniken der Grund- und Regelversorgung die Hauptversorgungsstufe der teilnehmenden Kliniken. 20 Kliniken lassen sich der Maximalversorgung und 17 Kliniken der Spezialkliniken zuordnen. Acht Kliniken (5,9 %) sind in der psychiatrischen Versorgung verortet.

76 Studienteilnehmer geben in der Kategorie Einzugsgebiet an, dass sich ihr Klinikum im städtischen Gebiet befindet. 30 Teilnehmer geben an, dass ihr Klinikum in einem ländlichen Einzugsgebiet ansässig ist.

Die nachfolgenden Abbildungen 7 bis 9 zeigen die Strukturdaten der Kliniken in einer anderen Darstellungsform. Die Angaben sind in einzelne Kategorien segmentiert. Die Oberkategorie bildet der jeweilige Träger. Darunter sind sowohl die Versorgungsstufe als auch das Einzugsgebiet dargestellt. Ebenso wird in der Abbildung die Anzahl der Kliniken abgebildet, die die Handlungsempfehlungen des APS nutzen.

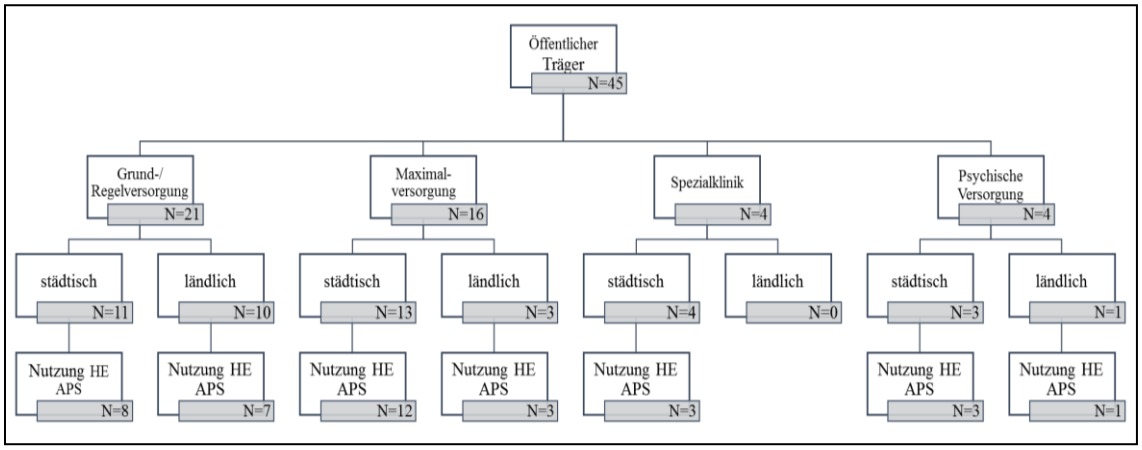


Abbildung 7: Strukturelle Kennzeichen der teilnehmenden Kliniken unter öffentlicher Trägerschaft; Angabe von Versorgungsstufe, Einzugsgebiet und Anzahl der Kliniken, die die HE des APS nutzen

Von den 45 Kliniken in öffentlicher Trägerschaft nutzen insgesamt 37 Kliniken die Handlungsempfehlungen. In der Grund- und Regelversorgung sind 21 Kliniken verortet, von denen sich elf im städtischen und zehn im ländlichen Einzugsgebiet befinden. Die Handlungsempfehlungen werden von acht im städtischen und sieben im ländlichen Einzugsgebiet verwendet. Im Bereich der Maximalversorgung nutzen 12 von 13 Kliniken im

städtischen und drei von drei im ländlichen Gebiet die Handlungsempfehlungen, so dass von insgesamt 16 Kliniken in der Maximalversorgung mit öffentlicher Trägerschaft 15 die Handlungsempfehlungen des APS verwenden. Im Bereich der Spezialkliniken nutzen drei von vier Kliniken, die sich alle in einem städtischen Einzugsgebiet befinden, die Handlungsempfehlungen. Alle Kliniken der psychiatrischen Versorgung unter öffentlicher Trägerschaft nutzen die Handlungsempfehlungen.

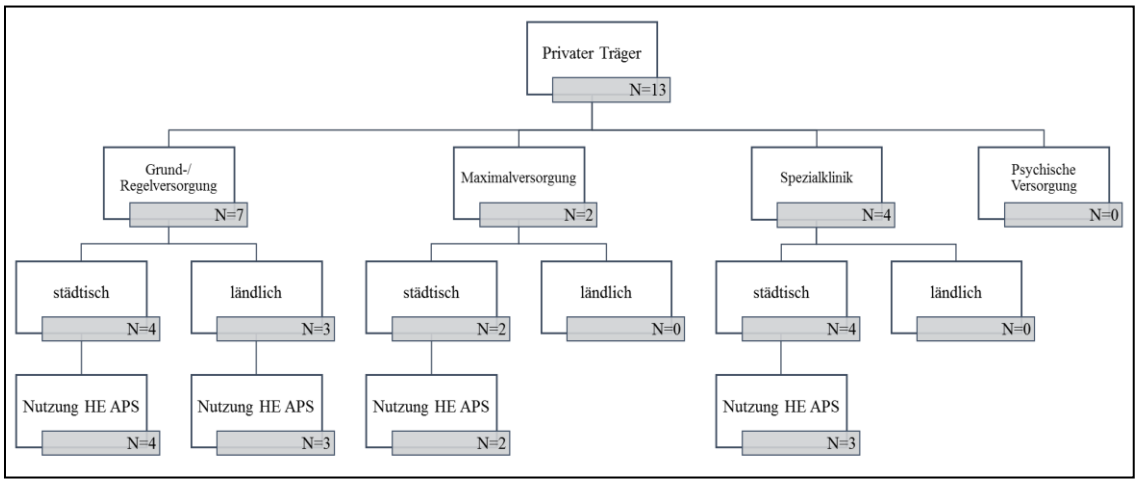


Abbildung 8: Strukturelle Kennzeichen der teilnehmenden Kliniken unter privater Trägerschaft; Angabe von Versorgungsstufe, Einzugsgebiet und Anzahl der Kliniken, die die HE des APS nutzen

Von den Studienteilnehmern befinden sich 13 Kliniken in privater Trägerschaft. Die Handlungsempfehlungen des APS nutzen zwölf Kliniken. Nur in der Kategorie Spezialklinik in städtischem Einzugsgebiet gibt ein Studienteilnehmer an, die Handlungsempfehlungen des APS nicht zu nutzen.

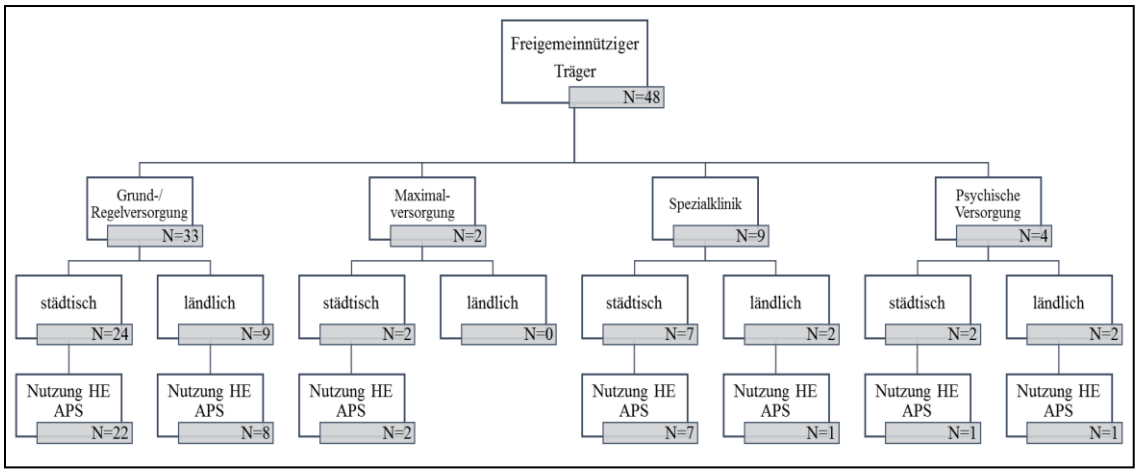


Abbildung 9: Strukturelle Kennzeichen der teilnehmenden Kliniken unter freigemeinnütziger Trägerschaft; Angabe von Versorgungsstufe, Einzugsgebiet und Anzahl der Kliniken, die die HE des APS nutzen

In der Kategorie freigemeinnütziger Trägerschaft nutzen insgesamt von 48 Kliniken 42 die Handlungsempfehlungen des APS. Von den Kliniken der Grund- und Regelversorgung im städtischen Einzugsgebiet nutzen 22 von 24 die Empfehlungen. Im ländlichen Einzugsgebiet verwenden acht von neun Kliniken die Handlungsempfehlungen des APS. Beide Kliniken der Maximalversorgung unter freigemeinnütziger Trägerschaft, die an der Befragung teilgenommen haben, nutzen die Handlungsempfehlungen. Im Bereich der Spezialkliniken zeichnet sich ein ähnliches Bild ab. Eine Spezialklinik im ländlichen Bereich verzichtet im Klinikalltag auf die Handlungsempfehlungen des APS. In der psychiatrischen Versorgung nutzt sowohl im städtischen und als auch im ländlichen Einzugsgebiet jeweils eine von zwei teilnehmenden Kliniken die Handlungsempfehlungen.

Auf Grund der geringen Anzahl an Nennungen in den Kategorien „Nicht-Nutzung APS Handlungsempfehlungen“ und „Nicht-Kennen von Handlungsempfehlungen“ ist es nicht möglich, mittels Berechnungen eines Chi^2-Tests (signifikante) Aussagen über mögliche Zusammenhänge zwischen der Nutzung und den strukturellen Eigenschaften der Kliniken zu treffen. Somit sind auch keine Regressionsberechnungen sowie die Durchführung von Moderations- bzw. Mediationsanalysen möglich.

Nachfolgend soll die Größe der teilnehmenden Kliniken anhand der Planbetten, der ärztlichen und pflegerischen Mitarbeiter und der Anzahl an Abteilungen beziffert werden. Bei den Angaben zur Größe der Kliniken muss beachtet werden, dass es sich hier teilweise nicht um einzelne Standorte, sondern vielmehr um Klinikverbünde und -konzerne handelt. Die Kliniken haben zwischen 1 und 80 Fachabteilungen. Der Mittelwert liegt bei

10,22 (Median: 7,0). Die Abbildung 10 zeigt die Verteilung der Planbetten der Studienteilnehmer.

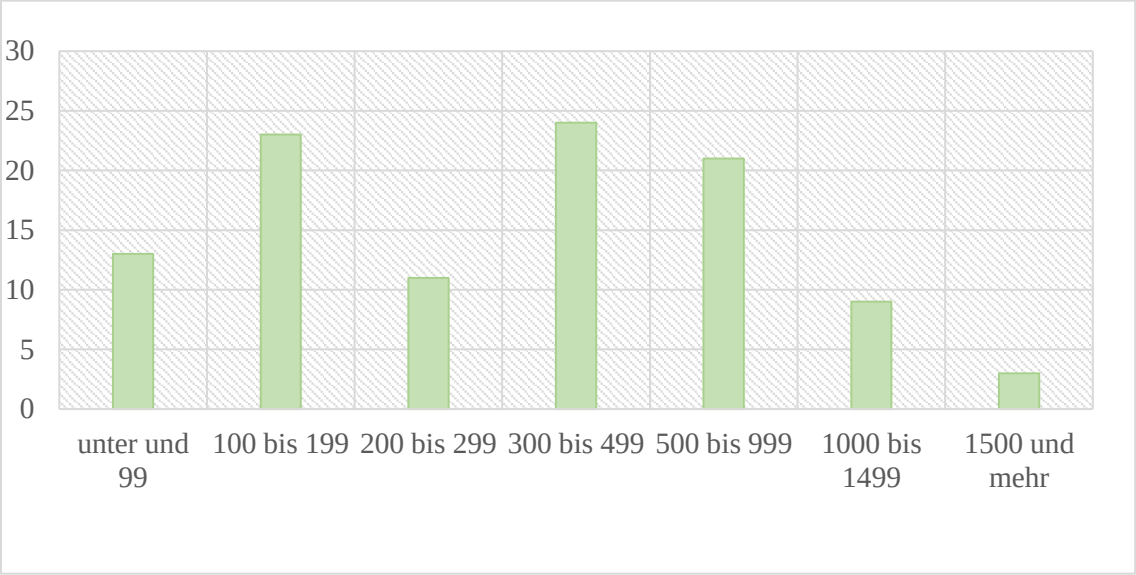


Abbildung 10: Anzahl der Planbetten der teilnehmenden Kliniken (x-Achse: Bettenanzahl, y-Achse: Anzahl der Kliniken)

Die Spannweite der Planbetten reicht von 12 bis 2100. Im Durchschnitt haben die Kliniken 448 Planbetten (n=105).

85 Studienteilnehmer (63,0 %) gaben zudem an, dass ihr Klinikum mindestens eine Intensivstation hat. 21 Teilnehmer (15,6 %) haben ihren Angaben nach keine Intensivstation. Zudem sind in den Kliniken durchschnittlich 411 (Median: 221,55) Mitarbeiter in der Pflege und 178 (Median: 80) Ärzte beschäftigt. Beim ärztlichen Personal besteht eine Spannweite von 1 bis 2000, beim pflegerischen von 1 bis 6500 Mitarbeitern.

Das Qualitätsmanagement ist bei 99 Studienteilnehmern (73,3 %) eine eigene Stabsstelle bzw. ein eigener Geschäftsbereich. In sechs Fällen (4,4 %) ist der Tätigkeitsbereich einer anderen Abteilung unter- bzw. zugeordnet. Im Durchschnitt besteht der Bereich des Qualitätsmanagements aus zwei Vollzeitstellen (Median: 1,5). Die Spannweite reicht von 0,0 bis 12,00 Vollzeitstellen. Dabei besteht ein signifikanter, positiver Zusammenhang ($r = 0{,}615$, $p > 0{,}001$) zwischen der Größe des Klinikums gemessen an der Anzahl der Planbetten und der Anzahl der Mitarbeiter im Qualitätsmanagement.

4.3 Instrumente im Qualitätsmanagement (Fragebogen Teil D)

Auf Grund der Tatsache, dass viele Instrumente des Qualitätsmanagements ebenso Instrumente sind, die zur Verbesserung der Patientensicherheit genutzt werden, und diese beiden Komponenten nicht unabhängig voneinander betrachtet werden können, ist nachfolgend in Abbildung elf die Nutzungshäufigkeit der Instrumente im Qualitätsmanagement dargestellt. Im Anhang G ist zudem eine Übersicht mit der Berechnung der Mediane der Nutzungshäufigkeit der Instrumente des Qualitätsmanagements.

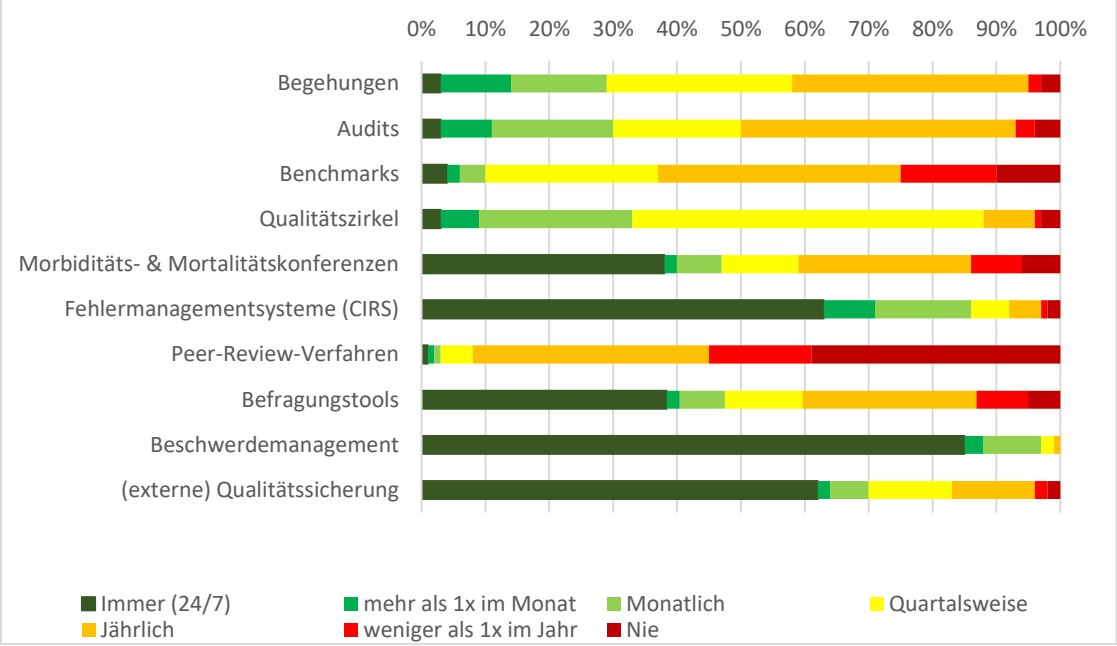


Abbildung 11: Nutzungshäufigkeit der Instrumente im Qualitätsmanagement

Instrumente, wie das Beschwerdemanagement, die externe Qualitätssicherung und Fehlermanagementsysteme, haben bei über 50 Prozent der Studienteilnehmer eine dauerhafte Nutzung. Sie laufen immer im Hintergrund passiv mit und kommen bei Meldungen aktiv zum Einsatz. Andere Instrumente, wie Begehungen, Audits, Qualitätszirkel oder Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen werden überwiegend einmal im Quartal oder einmal im Jahr verwendet. Am seltensten verwenden die Studienteilnehmer Peer-Review-Verfahren. 39 Prozent gaben an dieses Instrument nie anzuwenden. Weiterhin gab es zusätzlich noch weitere Instrumente, die im Qualitätsmanagement Anwendung finden. Diese lassen sich in die Kategorien Zertifizierungen/Audits, Analysen, Sitzungen/Besprechungen, Risiko- & Prozessmanagement, Instrumente zur Zukunftsausrichtung, Schulungen,

freiwillige Qualitätssicherung und Befragungstools einordnen, wie die Tabelle im Anhang H abbildet.

Einzelne Angaben der Kategorien „Zertifizierungen/Audits“ und „Befragungstools“ lassen sich ebenfalls in die obige Abbildung 11 zuordnen. Sie tauchen in dieser Übersicht auf, da die Studienteilnehmer sie explizit bei der Kategorie „Sonstiges“ angegeben haben. Instrumente mit besonderem Augenmerk auf die Verbesserung der Patientensicherheit sind Risikoaudits, Patientenaktenanalyse, Londoner Protokoll, Risikomanagement und Fallbesprechungen. Jedes Instrument, welches einen Beitrag für die Qualität der Versorgung leistet, wirkt sich implizit auf die Verbesserung der Patientensicherheit aus.

Neben der Nutzungshäufigkeit ist ebenfalls die Eingruppierung, der Bedeutung des Instruments für die Arbeit des Qualitätsmanagements, wichtig. Die Studienteilnehmer ordneten die oben bereits genannten Instrumente nach der Bedeutung ein. Rang eins entspricht dem wichtigsten und Rang zehn dem unwichtigsten Instrument (Abbildung 12).

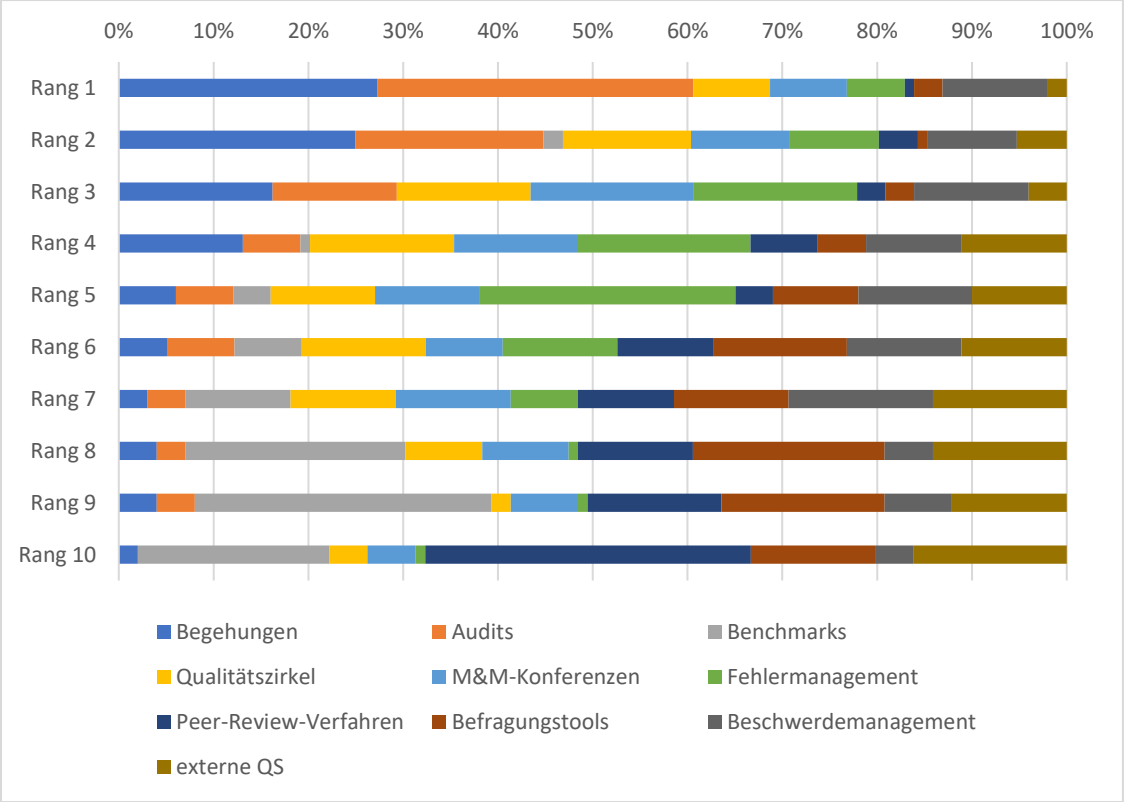


Abbildung 12: Ranking der Instrumente des Qualitätsmanagements

Am bedeutsamsten in der Arbeit des Qualitätsmanagements sind Begehungen und Audits. Ein Drittel der Studienteilnehmer sieht Audits als wichtigstes Instrument des Qualitätsmanagements. Bei Begehungen sind es 27,3 Prozent. Rang vier und fünf werden von Fehlermanagementsystemen dominiert. Am wenigsten bedeutsam sind Peer-Review-Verfahren, welche auch in der Nutzung einen geringen Stellenwert haben, und externe Qualitätssicherung sowie Benchmarks, die zur Vergleichbarkeit von Kliniken verwendet werden. Peer-Review-Verfahren sehen 34,4 Prozent der Studienteilnehmer als unwichtigstes der genannten Instrumente an. Einen ähnlichen Wert nehmen die Benchmarks ein, die zur Vergleichbarkeit von Kliniken genutzt werden.

4.4 Optimierungsvorschläge (Fragebogen Teil B)

Bezüglich der Vorschläge zur Verbesserung der Praxisrelevanz oder der Nutzbarkeit der Handlungsempfehlungen äußerten die Studienteilnehmer zum einen, dass sie keine Vorschläge hätten (ID 10-d, ID 11-d, ID 58-d, ID 60-d, ID 64-d, ID 65-d, ID 67-d, ID 71-d) und zum anderen, dass sie mit dem derzeitigen Ausarbeitungs- und Darstellungsformat zufrieden sind (ID 24-d, ID 53-d, ID 72-d, ID 80-d). *„Die Handlungsempfehlungen des APS sind praxisrelevant und gut nutzbar.“* (ID 27-d). Eine weitere Aussage mit positivem Resümee war: „*Wir finden die Handlungsempfehlungen sehr informativ. Themen werden kurz und bündig dargestellt*“ (ID 66-d). Andere Studienteilnehmer wünschen sich Veränderungen in der Darstellungsform der Handlungsempfehlungen zur Erleichterung der Anwendbarkeit. Die Tabelle 9 bietet einen ersten Überblick über die konkreten Wünsche der Studienteilnehmer, welche komprimiert in die Bereiche Praxisrelevanz und Nutzbarkeit eingeordnet sind.

Tabelle 9: Verbesserungsvorschläge zu der Praxisrelevanz und der Nutzbarkeit der Handlungsempfehlungen des APS

Praxisrelevanz	Nutzbarkeit
Empfehlungen verpflichten	Verbreitungsformat: Newsletter, Vorstellung in den Kliniken
	Inhalte konzentrieren
	Umsetzungsberichte, Praxisbeispiele
	Checklisten
	Darstellungsform: Übersichten, Bilder, Videoclips

Konkrete Handlungsanweisungen

„Mehr Übersichten, Checklisten, [Verfahrensanweisungen] […] etc. zur Verfügung stellen, um die Anwendung zu erleichtern“ (ID 30-d). Sie sollten kurz und knapp sein und nicht zu viele Seiten beinhalten. Ein Verbesserungsvorschlag betrifft das Verbreitungsformat der Empfehlungen. Es wurde der Wunsch nach einem Newsletter geäußert, da einige Handlungsempfehlungen erst durch diese Erhebung bekannt worden sind (ID 27-d). Es wird sich gewünscht, dass die Handlungsempfehlungen in verschiedenen Formaten erscheinen. Die Handlungsempfehlungen sollten in einem „*definierten Setting durchgeführt werden (Langversion, Kurzversion, Handout, Präsentation, Flyer, Poster,..). Für mich als Qualitätsmanager ist es wichtig mehrere Alternativen für QM-Schulungen, Qm-Seminare, QM-Unterricht, usw. zu haben, die ich zielgruppenspezifisch (Mitarbeiter , Patienten, Angehörige, Schüler, Studenten,…) einsetzen kann. Ein negativer Aspekt sei, dass die Empfehlungen zu bestimmten Themen, z.B. Anforderungen an ein klinisches Risikomanagement, zu theoretisch sind und dementsprechend keine Handlungsempfehlung sein“* (ID 74-d). Eine Vorstellung der Handlungsempfehlungen in den Kliniken vor Ort, schlägt ein Studienteilnehmer vor (ID 85-d). Zudem sind die Handlungsempfehlungen, laut Studienteilnehmern, teilweise zu theoretisch und würden deswegen keine richtige Empfehlung zum Handeln liefern (ID 74-d).

Die Thematik der praktischen Umsetzung wird von weiteren Studienteilnehmern genannt. Sie wünschen sich „*mehr Praxisempfehlungen zur Umsetzung*“ (ID 1-d) oder „*mehr Umsetzungsberichte in der Praxis (z.B. 4-Augen-Prinzip beim Medikamentenstellen), Beispiele für eine 'Empfehlungskonforme' Umsetzung“* (ID 7-d). Gewünscht sind Erläuterungen, wie andere Kliniken mit der Thematik umgehen und diese umsetzen (ID 45-d). Weitere Studienteilnehmer wünschen sich zur Erleichterung der Anwendung, dass mehr Übersichten, Checklisten, Verfahrensanweisungen zur Verfügung gestellt werden sollten und die Handlungsempfehlungen insgesamt knapper formuliert sein sollten (ID 6-d, ID 30-d, ID 39-d). Die visuelle Darstellung sei wichtig, dementsprechend sind viele Bilder gewünscht (ID 39-d) oder eine Untermauerung der Empfehlung durch Videoclips (ID 76-d). Ein Studienteilnehmer kritisierte allgemein die Segmentierung von Anforderungen. „*Es findet insgesamt eine zu starke Zergliederung von Anforderungen statt. Jede Fachgesellschaft, Amt, etc. entwickelt unabhängig weitere Kriterien, die erfüllt werden sollen. Ziel müsste eine zentrale Stelle sein, die besonders zum Thema Patientensicherheit den Standard festlegt“* (ID 83-d).

Bezüglich neuer Themen für weitere Handlungsempfehlungen des APS sehen einige Studienteilnehmer entweder keinen Bedarf oder sie haben keine Vorschläge (ID 10-e, ID 23-e, ID 27-e. ID 64-e, ID 66-e, ID 73-e, ID 74-e). Die weiteren Vorschläge sind in der nachfolgenden Tabelle 10 in Kategorien zusammengefasst.

Tabelle 10: Themenvorschläge für neue Handlungsempfehlungen

Kategorie	Nennungen der Studienteilnehmer
Umgang mit Patienten	• Demente & desorientierte Patienten • Deeskalation – Umgang mit Gewalt in der Klinik • Fixierung, Freiheitseinschränkende Maßnahmen
Patientenidentifikation	• Umgang mit namensgleichen Patienten • Patientenidentifikation bei Kindern mit nicht ansprechbaren Patienten (z.B. dement)
Arzneimittel	• Medikamentensicherheit, Medikation • Betäubungsmittel • BTM-Gesetz Umsetzung
Kommunikation	• Patientenaufklärung • Was gehört zu einer ärztlichen Aufklärung, welche Fragen sind für den Patienten wichtig, mit Checkliste • Kommunikation
Personal	• Statement zu Personaluntergrenzen • Umgang mit Personalmangel
Hygiene	• Krankenhaushygiene • Themen zur Hygiene (z.B. Händedesinfektion)
Pflege	• Pflegerische Themen • Pflegerische Übergabe • Delegation ärztlicher Tätigkeiten
Behandlung & Behandlungsbereiche	• Wundmanagement • Deliermanagement • Geburtshilfe • Patient Blood Management • Endoskopie – Umgang mit Histologie • Reanimation
Administrative Themen	• Überwinden des „Gaps“ zwischen Papierdokumentation und digitaler Dokumentation • Datenschutz • QM-Zentren • Pflichtfortbildungen im Krankenhaus • Gefährdungsbeurteilungen • Klinisches Risikomanagement • Katastrophenfall • Entlassmanagement
Sonstiges	• Kontextualisierung auch auf psychische Kliniken, stationäre und ambulante Versorgung (z.B. Intensivbeatmung in der Wohngemeinschaft, Fixierung etc.)

Die Studienteilnehmer haben bei ihren Themenvorschlägen zu neuen, die Patientensicherheit verbessernden, Handlungsempfehlungen genaue Vorstellungen, welche Themen für sie relevant sind. Themen, wie Hygiene oder der allgemeine Umgang mit speziellen Patientengruppen werden dabei häufig erwähnt. Ebenso sind aber auch Themen zur Kommunikation, im speziellen zur Aufklärung der Patienten, genannt worden. Ein Studienteilnehmer äußerte, dass „die *bislang bestehenden […] bereits nicht alle ohne weiteres umsetzbar [sind]. Da durch neue weitere Handlungsempfehlungen die ‚Latte weiter hoch gesetzt' würde, haben wir keinen Bedarf. Dennoch ist der Umgang mit Heimbeatmungsgeräten bei Pat. im stationären Aufenthalt ein zurzeit nicht rechtskonform lösbares Problem"* (ID 45-e). Dieser Studienteilnehmer sieht von der Entwicklung weitere Handlungsempfehlungen ab. Ein anderer wünscht sich genau dies *„zu allen Prozessen, die nachweislich besonders risikobehaftet sind. Dazu z.B. Daten der Haftpflichtversicherer nutzen?"* (ID 82-e).

Sowohl die Angaben zu Verbesserungsmöglichkeiten der Praxisrelevanz und Nutzbarkeit als auch die Angaben zu Themenvorschlägen sind im Anhang E vollständig hinterlegt.

5 Diskussion

Die Ergebnisse der Studie zur Evaluation der Handlungsempfehlungen des APS geben einen Überblick über die Bekanntheit von Handlungsempfehlungen, unabhängig von der Quelle, und deren Nutzung. Außerdem liefern die Evaluation gezielte Informationen zu den Handlungsempfehlungen des APS.

In Bezug auf die strukturellen Eigenschaften der Kliniken lassen sich Unterschiede in punkto Trägerschaft, Größe und Anzahl an Mitarbeitern zwischen der Gesamtpopulation und den teilnehmenden Kliniken erkennen. Aus den Grunddaten der Krankenhäuser aus dem Jahr 2017 vom Statistischen Bundesamt geht hervor, dass die Verteilung der Trägerschaft in der Gesamtpopulation, wie folgt aussieht: 28,8 Prozent öffentlich, 34,1 Prozent freigemeinnützig und 37,1 Prozent privat [29]. Bei den Studienteilnehmern verteilen sich 34,8 Prozent auf einen öffentlichen, 35,6 Prozent auf einen freigemeinnützigen und 9,6 Prozent auf einen privaten Träger. Die Ergebnisse zeigen, dass die öffentlichen Träger über- und die privaten unterrepräsentiert sind. Auch bei der durchschnittlichen Anzahl an Planbetten gibt es Differenzen, welche 166 beträgt. Im Durchschnitt sind in den Krankenhäuser 282 Planbetten aufgestellt [29]. Bei den Kliniken der Studienteilnehmer sind durchschnittlich 448 Betten auf den Stationen enthalten. Ein ähnliches Bild zeichnet sich bei den Zahlen zu den Mitarbeitern des pflegerischen und ärztlichen Personals ab. Nach den Daten des Statistischen Bundesamtes [29] arbeiten im Durchschnitt 97 Ärzte und 187 Pflegekräfte pro Klinik. Die Daten der Befragung zeigen, dass im Durchschnitt 178 Ärzte und 411 Pflegekräfte in den Kliniken beschäftigt sind. Die Unterschiede zwischen der Gesamtpopulation und den Teilnehmern aus der Studienpopulation lassen sich möglicherweise zum Teil durch unterschiedliche Bezugsgrößen erklären. Die empirischen Daten dieser Studie sind Angaben von Klinikkonzernen. Somit ist es möglich, dass sich die Angaben nicht auf einen, sondern auf mehrere Standorte beziehen. Die Daten des Statistischen Bundesamt hingegen beziehen sich auf einzelne Kliniken. Diese These wird durch die Angabe von 80 Fachabteilungen eines Studienteilnehmers untermauert. Das größte Krankenhaus Deutschlands setzt sich dagegen aus 17 Fachabteilungen zusammen [67], so dass sich die andere Angabe auf einen Klinikverbund mit mehreren Standorten beziehen muss.

Im allgemeinen Überblick zeigt sich in den Ergebnissen, dass viele Kliniken freiwillige Handlungsempfehlungen, die einen Beitrag zur Verbesserung der Patientensicherheit

leisten bzw. auf Problematiken aufmerksam machen und gleichzeitig Lösungsvorschläge enthalten, kennen und diese zum Teil auch nutzen. 88,9 Prozent der Stichprobe sind mit Handlungsempfehlungen und 80,7 Prozent mit den Handlungsempfehlungen des APS vertraut. Somit gibt es auch Studienteilnehmer, denen die Existenz solcher Praxishilfen nicht bekannt ist. Teilweise sind gar keine Handlungsempfehlungen bekannt und in einigen Fällen lediglich die vom APS nicht.

In der Studie „Entwicklung, Anwendung und Evaluation eines Konzeptes zur sicheren Patientenidentifikation im Krankenhaus – Wie kann der Wissenstransfer gelingen?“ von Santos et al. [68] ist die Evaluation zum Kenntnisstand zu der Handlungsempfehlung Patientenidentifikation ein Teilaspekt. 96 Prozent der Teilnehmer gaben an, die Handlungsempfehlung zu kennen [68]. Der Kenntnisstand der evaluierten Handlungsempfehlung von Santos et al. [68] ist um ca. 16 Prozent höher, als der dieser Studie bezüglich der Handlungsempfehlungen des APS, jedoch ist die Stichprobe mit 160 Ärzten bzw. Pflegern kleiner. Außerdem wurde eine andere Zielgruppe befragt. Beide Studien zeigen jedoch, dass der Kenntnisstand zu Handlungsempfehlungen des APS hoch ist und übereinstimmende Ergebnisse liefern.

Jede Klinik sollte eigenständig entscheiden, ob solche freiwilligen Angebote genutzt werden, jedoch ist es im Sinne der Patienten wichtig, dass die Existenz solcher Angebote von verschiedenen Anbietern bekannt ist. Auf Grund dessen sollten die Verbreitungswege begutachtet und gegebenenfalls ausgeweitet werden. Eine zusätzliche Möglichkeit wäre die Verbreitung über eine übergeordnete Instanz, bei der alle Handlungsempfehlungen aus Deutschland zentral verfügbar sind. In Folge der Dezentralität gehen möglicherweise Informationen verloren bzw. werden nicht beachtet. In Bezug auf das APS sollten die Verbreitungswege überdacht werden, um die Handlungsempfehlungen in allen Kliniken bekannt zu machen. Derzeitige Verbreitungswege sind Veröffentlichungen auf der APS-Homepage, Druckauflagen, Ankündigungen bei APS-Mitgliedern, Institutionen und Organisationen, Auftaktveranstaltungen, Email- und Postversand, Präsentation auf der APS-Jahrestagung, Veröffentlichung in Fachzeitschriften sowie Präsentationen auf Tagungen und Kongressen (vgl. Kapitel 2.5) [55]. Ein Ansatz zur Verbesserung der Kenntnisse ist die Durchführung einer Informationskampagne zur Existenz der Handlungsempfehlungen, Projekte und Arbeitsgruppen des APS. Eine Versendung der Handlungsempfehlungen an alle Kliniken ist möglicherweise aus datenschutzrechtlichen Gründen nicht

zulässig. Zusätzlich muss jedoch an die Motivation und die Eigeninitiative der Kliniken appelliert werden, ohne diese hat kein Verbreitungsweg Erfolg.

Von den Kliniken, die die Handlungsempfehlungen des APS kennen, nutzen diese 91,6 Prozent. Lediglich 4,2 Prozent verzichten auf die Verwendung der Empfehlungen (keine Angabe: 4,2 %). Dieser hohe Grad der Nutzung der Handlungsempfehlungen zeigt, dass diese in der stationären Versorgung relevant sind. Auf Grund der Tatsache, dass lediglich drei Studienteilnehmer Angaben zu den Gründen der Nicht-Nutzung der Handlungsempfehlungen gemacht haben, kann zu dieser Frage keine allgemeingültige Aussage getroffen werden. Außerdem ist es schwierig auf dieser Datengrundlage, einen möglichen Handlungsbedarf zu eruieren.

Die Handlungsempfehlungen des APS leisten einen großen Beitrag in Bezug auf die Verbesserung der Patientensicherheit. Dies zeigt der hohe Anteil an Studienteilnehmern, die sie im Klinikalltag freiwillig nutzen. Insgesamt 84,4 Prozent aller Studienteilnehmer, die Handlungsempfehlungen verwenden, nutzen die Handlungsempfehlungen des APS. Nur ein kleiner Anteil verzichtet trotz Kenntnis über die Handlungsempfehlungen des APS auf diese Praxishilfe. Diese werden vor allem auf Grund der Expertise der Arbeitsgruppen und der Praxisnähe geschätzt, wofür vor allem die Erstellung anhand des Leitfadens und die multidisziplinären Arbeitsgruppen verantwortlich ist (vgl. Kapitel 2.5) Die Ergebnisse decken sich mit den Resultaten von Santos et al. [68]. In ihrer Studie verwenden 96 Prozent der Teilnehmer die Handlungsempfehlungen vollständig oder zum Teil in ihrem Klinikum [68].

Die Relevanz lässt sich aber nicht allein durch die Angabe der Nutzung feststellen, sondern viel mehr durch die Angabe des Umsetzungsgrades der verwendeten Handlungsempfehlungen. Außer bei der Handlungsempfehlung „Intravenöse Applikation von Vinciristin: Einsatz von Hochrisikoarzneimitteln“ [9] liegt der Umsetzungsgrad im Median mindestens beim Wert fünf von zehn. Drei Handlungsempfehlungen, die die operativen Fächer bzw. Fehlermeldesysteme betreffen, haben im Median einen Umsetzungsgrad von zehn. Die Gründe dafür sind vielfältig. Die Handlungsempfehlung „Einrichtung und erfolgreicher Betrieb eines Berichts- und Lernsystems (CIRS)“ [9] gibt Empfehlungen zur Verwendung von Fehlermeldesystemen im Klinikalltag. Die Verwendung dieser Systeme ist gesetzlich geregelt. Im SGB V § 137 Absatz 1d [69] ist verankert, dass die „GBA Richtlinie zum einrichtungsinternen Qualitätsmanagement“ zum einen Maßnahmen zur

Verbesserung der Patientensicherheit als auch Mindeststandards für Risikomanagement- und Fehlermeldesysteme festgelegt. Ebenso hat der GBA „Anforderungen an einrichtungsübergreifende Fehlermeldesysteme, die in besonderem Maße geeignet erscheinen, Risiken und Fehlerquellen in der stationären Versorgung zu erkennen, auszuwerten und zur Vermeidung unerwünschter Ereignisse beizutragen“ [70], festgelegt. In der gleichen QM-Richtlinie des GBA ist die Verwendung von OP-Checklisten geregelt. Vorgeschrieben sind OP-Checklisten bei operativen Eingriffen mit mehr als zwei Ärzten. Sie sollen unerwünschte Ereignisse erkennen lassen und diese verhindern. Neben den Patienten- , Eingriffs- und Seitenverwechslungen sollen die Checklisten auch zur Überprüfung der Vollzähligkeit der OP-Ausrüstung und verwendeten Material eingesetzt werden [70]. Genau auf diese Thematiken zielen die beiden Handlungsempfehlungen „Eingriffsverwechslungen in der Chirurgie“ [9] und „Jeder Tupfer zählt – Vermeidung unbeabsichtigt belassener Fremdkörper im OP-Gebiet“ [9] des APS ab. Somit dienen diese Handlungsempfehlungen in diesen Fällen als Ergänzung bzw. Umsetzungshilfe für die gesetzlich vorgeschriebenen Regelungen. Des Weiteren orientieren sich die Handlungsempfehlungen des APS an der WHO-OP-Checkliste „Team-Time-Out“ [14]. Die hohen Umsetzungsgrade lassen sich zum Teil durch die gesetzlichen Regelungen erklären. Ein weiterer Aspekt, der von Relevanz sein kann, ist die mediale Aufmerksamkeit. Gerade Verwechslungen oder das Vergessen von Arbeitsmaterialen während einer OP werden durch verschiedene Medien verbreitet und sorgen in der Bevölkerung für Aufsehen. Außerdem handelt es sich bei diesen unerwünschten Ereignissen um Never Events, die häufig schwere Folgeschäden mit sich bringen (vgl. Kapitel 1.1.2). Der MDK-Bericht [30] verdeutlicht, dass diese Fehler entstehen und beispielsweise durch Checklisten verringert werden können. In Bezug auf diesen Aspekt bieten die Handlungsempfehlungen eine Unterstützung und finden bereits in der Praxis Anwendung. Die Verwendung der Team-Time-Out-Checklisten hat beispielsweise zu einer Reduzierung der stationären, perioperativen Sterblichkeitsrate von 1,5 auf 0,8 Prozent geführt. Ebenso konnten die Komplikationsraten von elf auf sieben Prozent gesenkt werden [71, 72].

Die Handlungsempfehlungen des APS nehmen zunehmend einen verbindlichen Charakter ein, wie ein Gerichtsurteil vom Dezember 2018 des Oberlandesgerichtes Stuttgart zeigt. Eine Klinik wurde zu Schmerzensgeld verurteilt, weil diese eine Nadel in einer Operationswunde vergessen hat und die Klinik auf die Verwendung einer Checkliste zur Zählung des Operationsmaterials verzichtete. Außerdem sei es laut dem Senat

verwerflich, dass diese Handlungsempfehlung nicht verpflichtend sei, denn alle Sicherheitsvorkehrungen gegen das unbeabsichtigte Zurücklassen eines Fremdkörpers im Operationsgebiet sollten vorhanden sein [73].

In der Nutzung der Handlungsempfehlungen des APS lassen sich keine Unterschiede zwischen den Trägern der Kliniken feststellen. Sowohl staatliche, freigemeinnützige als auch private Einrichtungen nutzen die Empfehlungen gleichermaßen. Es konnte ein negativer signifikanter Zusammenhang zwischen der Anzahl der Nutzung der Handlungsempfehlungen und der Größe der Klinik feststellt werden. Mit zunehmender Größe des Klinikums nimmt die Anzahl der verwendeten Handlungsempfehlungen ab. Ein möglicher Erklärungsansatz für dieses Phänomen könnte sein, dass große Konzerne durch interne Ressourcen weniger Lösungsansätze und -hilfen von außen benötigen und eigene Empfehlungen für den Gesamtkonzern verwenden.

Ähnliche Ergebnisse zum Nutzungsverhalten von Handlungsempfehlungen des APS gibt es für den ambulanten Sektor. Die Studie „Umsetzung und Nutzenbewertung von Handlungsempfehlungen zur Patientensicherheit in der ambulanten operativen Versorgung“ [74] evaluierte 2014 zwei Handlungsempfehlungen des APS. Betrachtet wurden die Handlungsempfehlungen „Vermeidung von Eingriffsverwechslungen“ [9] und die „Sichere Patientenidentifikation“ [9]. Diese Studie ergab bei 405 Teilnehmern einen Bekanntheitsrate von 86 Prozent und eine Nutzungsrate von mehr als 50 Prozent. Die Angaben der Studienteilnehmer zeigen, dass 60,0 Prozent die Handlungsempfehlung „Vermeidung von Eingriffsverwechslungen“ nutzen [74]. Die vergleichbare Handlungsempfehlung für den stationären Sektor ist die Handlungsempfehlung „Eingriffsverwechslung in der Chirurgie“ [9]. Im stationären Sektor liegt der Nutzungsanteil bei 73,1 Prozent. Die Ergebnisse der Studie von Monaca et al. [74] geben zudem differenzierte Angaben zum Umsetzungsgrad der Handlungsempfehlungen in verschiedenen Bereichen an. Es wurde erhoben, wie hoch der Umsetzungsgrad von systematischen Vorgehensweisen in der Förderung der Patientensicherheit ist. Eine hohe Relevanz haben Praxisbesprechungen, Aufgabenverteilung und Checklisten. Fehlermeldesysteme haben in der ambulanten operativen Versorgung einen Umsetzungsgrad von 18 Prozent [74]. Hier besteht ein Unterschied zwischen den Ergebnissen von Monaca et al. und den Ergebnissen dieser Befragung. Im stationären Sektor haben die Fehlermeldesysteme sowohl in der Nutzung im Qualitätsmanagement, im Stellenwert im Qualitätsmanagement als auch in der Häufigkeit der Verwendung der Handlungsempfehlungen „Einrichtung und erfolgreicher Betrieb eines

Berichts- und Lernsystems (CIRS)“ [9] eine höhere Relevanz. Der abgefragte Umsetzungsgrad für diese Handlungsempfehlung liegt, wie bereits beschrieben, im Median bei zehn. Eine mögliche Erklärung für die Diskrepanz in den beiden Studien ist die gesetzliche Grundlage. Im stationären Sektor existiert im Gegensatz zum ambulanten Sektor eine gesetzliche Richtline zur Nutzung von Fehlermeldesystemen.

In der Studie von Monaca et al.[74] wird ebenso nach den Vorteilen von Handlungsempfehlungen gefragt. Die Studienteilnehmer geben an, dass es zur Sensibilisierung und zur Verringerung von Fehlern beigetragen hat [74]. Ähnliche Angaben sind in der vorliegenden Befragung getätigt worden. Die Handlungsempfehlungen geben Orientierung und tragen allgemein zur Steigerung der Patientensicherheit bei. Weitere Analogien bestehen bezüglich der Praktikabilität und der Sinnhaftigkeit [74]. Bezüglich der Nachteile von Handlungsempfehlungen können keine Übereinstimmungen zwischen der Studie für den ambulanten operativen und dem stationären Sektor festgestellt werden. Die Evaluation im stationären Sektor fragt nicht explizit nach Nachteilen, sondern nur nach dem Grund für die Nicht-Nutzung. Des Weiteren muss berücksichtig werden, dass die beiden Studien nur bedingt vergleichbar sind. Der ambulante und der stationäre Sektor unterscheiden sich in ihren Strukturen in hohem Maße von einander. Dennoch kann der Vergleich die allgemeine positive Stimmung zu den Handlungsempfehlungen des APS im ambulanten und stationären Sektor abbilden.

In der Schweiz gibt es analog zum APS in Deutschland die Stiftung für Patientensicherheit (Patientensicherheit Schweiz). Die Stiftung entwickelt ähnlich wie die Handlungsempfehlungen des APS, Quick Alerts und Paper of the Month. Im Paper of the Month informiert die Stiftung Patientensicherheit über neue relevante wissenschaftliche Erkenntnisse zu den Themen Sicherheitskultur und Patientensicherheit. Derzeit sind 76 Paper of the Month erschienen [75]. Bei Quick-Alters handelt es sich um Verbesserungsempfehlungen und Warnhinweise, zu einzelnen relevanten, brisanten und abgrenzbaren Problemen in der Patientensicherheit. Die Themen für die Quick-Alters werden aus der CIRNET-Datenbank identifiziert [76]. Bei der CIRNET-Datenbank handelt es sich um das Fehlermeldesystem der Stiftung Patientensicherheit. Aus lokalen Fehlermeldesystemen werden dort Meldungen überregional zusammengefasst [77]. Die Quick-Alters werden mit verschiedenen Fachexperten entwickelt. Insgesamt wurden 46 Quick-Alters verfasst. Beispielhafte Themen sind die korrekte Blutentnahme aus venösen Kathetern und die Gefahr bei medizinischen Abkürzungen [76]. Die Stiftung Patientensicherheit hat eine

Studie zum Nutzen und zur Umsetzung der Quick-Alerts in der Praxis erstellt. Im Rahmen dieser Studie wurden die Schweizer Risk Manager in den Kliniken der Schweiz befragt. Als Stichprobe für die Studie wurden alle Kliniken ausgewählt. Die Teilnahmequote lag bei 39,5 Prozent (n= 116).

In der Studie von Kerker-Sperker et al. [78] wurden die Quick-Alerts bezüglich der Qualität und Nützlichkeit von den Risk Managern als überwiegend positiv bewertet. 80 Prozent der Teilnehmer geben an, dass die Quick-Alerts nützlich sind, um die Aufmerksamkeit auf die Patientensicherheit zu lenken. Ebenso geben 80 Prozent an, dass diese spezifische Hinweise zur Verbesserung der Patientensicherheit liefern, die gut umsetzbar sind [78]. Dies ist vergleichbar mit den Ergebnissen zur Nutzung der Handlungsempfehlungen des APS mit 77,5 Prozent. Allgemein werden von 91,6 Prozent der Teilnehmer Handlungsempfehlungen verwendet. In der Schweizer Studie wurde analysiert, welche Funktion die Mitarbeiter des Qualitäts- bzw. des Risikomanagements im Umgang mit den Quick-Alerts haben. Über 90 Prozent geben an, dass es ihre Aufgabe, ist die Verbesserungsempfehlungen zu lesen. 80 Prozent meinen, dass sie für die Informationsweitergabe an die verantwortlichen Personen zuständig sind. Ebenso wurde eruiert, ob von den Risk Managern erwartet würde, dass sie die Quick-Alerts auf die Relevanz für ihr Krankenhaus prüfen. Diese Frage wurde von 48 Prozent bejaht [78]. In Bezug auf die Nutzung der Handlungsempfehlungen des APS wurde nur betrachtet, ob und wie die Informationen weitergeleitet werden, jedoch nicht welche Funktion die Mitarbeiter im Qualitätsmanagement haben oder welche Erwartungen in Bezug auf die Handlungsempfehlungen an sie gestellt werden. 97,6 Prozent (83 von 85) der Studienteilnehmer geben die Informationen der Handlungsempfehlungen des APS an das pflegerische, ärztliche und therapeutische Personal weiter. Die 97,6 Prozent aus dieser Studie korrespondieren mit den 80 Prozent aus der Studie der Stiftung Patientensicherheit.

Die vorliegende Evaluation der Handlungsempfehlungen des APS gibt zudem Auskunft über Förderfaktoren und Barrieren der Nutzung der Handlungsempfehlungen. Fördernd sind die präzisen Erläuterungen der Themen, die durch die hohe Expertise der Arbeitsgruppen zustande kommt. Ebenfalls positiv werden eine praktikable Einbindung in den Klinikalltag und eine praxisnahe Aufbereitung der Themen benannt.

Eine übergeordnete Barriere, die Kliniken die Nutzung erschwert, ist die dezentrale Erstellung von Handlungsempfehlungen durch verschiedene Berufsverbände und

Institutionen. Eine zentrale Stelle, die alle für deutsche Kliniken relevante Handlungsempfehlungen verwaltet, würde die Arbeit der Mitarbeiter aus dem Qualitätsmanagement erleichtern. Wünschenswert wären interprofessionelle und interdisziplinäre Kooperationen über die Verbände und Institutionen hinaus. Ebenfalls seien die Handlungsempfehlungen teilweise zu theoretisch und enthielten keine praktische Handlungsempfehlung. Diese Meinung vertritt jedoch nur eine Minderheit der Studienteilnehmer. Zur Erläuterung der Handlungsempfehlungen und um gezielte Rückfragen stellen zu können, wäre eine persönliche Vorstellung vor Ort in den Kliniken wünschenswert. Da dieses viele strukturelle Ressourcen in Anspruch nehmen würde, wäre eine mögliche Alternative die Verwendung von Videoclips. Diese könnten zur Erläuterung und zur praxisnahen Darstellung genutzt werden. In der Handlungsempfehlung „Handeln bevor etwas passiert. Berichts- und Lernsysteme erfolgreich nutzen“ [9] für den ambulanten Sektor wird bereits auf dieses Medium zurückgegriffen. Neben der schriftlichen Handlungsempfehlung sind ein Kurzfilm und ein erklärender Film enthalten. Hierbei erklärt ein Arzt die Handlungsempfehlung und gibt praxisnahe Beispiele.

Ebenso haben die Studienteilnehmer wiederholt den Wunsch nach mehr Checklisten geäußert, da aus vorliegenden Erkenntnissen bereits bekannt ist, dass diese zur Verringerung der unerwünschten Ereignisse beitragen (vgl. Kapitel 2.3). Bei der Erstellung neuer Handlungsempfehlungen sollte hinterfragt werden, ob eine Checkliste zur Vereinfachung und Fehlervermeidung helfen kann. Hierzu ist zu erwähnen, dass sich Checklisten nur für ausgewählte Prozesse eignen und nicht in allen Fällen sinnvoll sind.

Themen für weitere Handlungsempfehlungen könnten sich zum Teil an den Herausforderungen des demographischen Wandels und dem damit verbundenen Fachkräftemangel orientieren. Der Umgang mit Personalmangel, die Delegation von ärztlichen Tätigkeiten an Mitarbeiter der Pflege und die Digitalisierung in der Dokumentation sind mögliche neue Themen. Im Fokus sollten auch spezielle Patientenzielgruppen, bei denen ein sensibler Umgang nötig ist, stehen. Beispielhaft zu nennen sind demente und desorientierte Patienten. Ein wichtiger Themenbereich für die Studienteilnehmer ist die Identifikation von Patienten. In der Handlungsempfehlung „Handlungsempfehlung zur Vermeidung von Eingriffsverwechslungen in der Chirurgie“ stellt die Patientenidentifikation im Vorfeld von operativen Eingriffen einen Teilaspekt dar. In einer Erweiterung dieser Empfehlung wurde die „Handlungsempfehlung zur sicheren Patientenidentifikation“ erarbeitet. Diese lässt sich jedoch nicht unter den Handlungsempfehlungen auf der Homepage des

APS finden, so dass sie gegebenenfalls nicht bekannt ist und dadurch der Wunsch nach Erarbeitung dieser geäußert wurde. Dieses Beispiel offenbart, dass Entwicklungspotential bezüglich der Verbreitung und der Darstellung der Handlungsempfehlungen besteht, um deren Einsatz zu verbessern und Mitarbeiter des Qualitätsmanagements oder anderen Interessierten die Auffindbarkeit zu erleichtern.

Die Stiftung Patientensicherheit in der Schweiz bietet einen Newsletter mit den Inhalten der Quick-Alerts und den Paper of the Month an. Diese Art der Informationsverbreitung wäre ein denkbarer zusätzlicher Mechanismus. Interessierte würden ohne Mitgliedschaft jederzeit über neue wichtige Inhalte informiert werden. Das Angebot könnte somit niedrigschwellig und ohne hohe Kosten angeboten werden.

Die Handlungsempfehlungen des APS werden bereits durch multidisziplinäre Mitarbeit erstellt, jedoch gibt es durch andere Fachverbände und Institutionen ebenfalls eine Vielzahl von Handlungsempfehlungen. Die Bündelung dieser Ressourcen würde das Niveau erhöhen und die Gesamtkosten minimieren. Jede Institution arbeitet derzeit für sich. Eine Zusammenarbeit aller birgt einen großen Vorteil für die Patienten in den Kliniken. Wie bereits genannt, wäre eine zentrale Stelle zur Registrierung aller in Deutschland verfügbaren Handlungsempfehlungen und anderer Werkzeuge, wie die Nutzung der CIRS-Meldungen, sinnvoll, um zum einen strukturelle Ressourcen zu schonen und zum anderen die Nutzung und Weiterhabe von Warnhinweisen oder anderen wichtigen Informationen zu erleichtern.

Das Zentrum für Qualität und Management im Gesundheitswesen (ZQ) der Ärztekammer Niedersachsen hat die Zentralisierung von Handlungsempfehlungen und anderen wichtigen Informationen bereits umgesetzt. Das ZQ führt eine Übersicht mit Tools zur Patientensicherheit, welche nach Themengebieten gegliedert sind. Quellen für die Übersicht sind neben dem APS auch die Schweizer Stiftung für Patientensicherheit und Fachverbände [79]. Auch das ärztliche Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ) führt eine Liste mit Werkzeugen zur Verbesserung der Patientensicherheit [80]. Diese Beispiele zeigen, dass es bereits Ansätze zur Zentralisierung gibt. Jedoch sind die Quellen dieser Übersicht beschränkt, so dass viele Handlungsempfehlungen von anderen Fachverbänden unerwähnt bleiben.

Die Implementierung der Quick-Alters im deutschen Gesundheitssystem könnte ein zusätzliches Werkzeug sein, um kurze Informationen, Verbesserungen oder Warnhinweise

an die Zielgruppen weiterzugeben. Genau wie in der Schweiz könnten die Informationen zu Fehlerquellen aus den Meldungen der Fehlermeldesysteme genutzt werden. In Projektform des Krankenhaus-CIRS-Netz Deutschland 2.0 (KH-CIRS-Netz-D 2.0) [81] wurde dieses bereits getestet. Es werden beispielsweite Alerts und Fälle des Monats dargelegt und es ist möglich Fälle zu lesen. Problematisch ist jedoch, dass dieses wiederum von einer anderen Institution erstellt wurde und somit die Dezentralität verstärkt.

Die Ergebnisse zu den Fragen zu den verwendeten Instrumenten im Qualitätsmanagement zeigt einen deutlichen Trend auf. Die Meldungen aus den Fehlermeldesystemen können in Bezug auf die Verbesserung, wie beispielsweise in der Schweiz durch die Quick-Alters oder in Deutschland durch das KH-CIRS-Netz-D 2.0, der Patientensicherheit genutzt werden. Im Ranking der Wichtigkeit der Instrumente im Qualitätsmanagement sieht ca. ein Drittel der Studienteilnehmer das Fehlermanagement auf den Rängen eins bis drei. Weitere 45,5 Prozent haben das Fehlermanagement mit den Rängen vier und fünf angeordnet. Sie stellen somit einen wichtigen Aspekt in der Arbeit des Qualitätsmanagements und der Patientensicherheit dar. Am bedeutsamsten sind Begehungen und Audits, welche nicht nur im Gesundheitssektor zur Beurteilung der innerbetrieblichen Sicherheit verwendet werden [82]. Peer-Review-Verfahren werden von einem Drittel auf Rang zehn der Relevanz der Instrumente des Qualitätsmanagements gesehen. Die Studienteilnehmer sehen dieses Instrument als sehr unwichtig in Bezug auf Patientensicherheit an. Die Angaben zur Nutzungshäufigkeit des Peer-Review-Verfahren sind kongruent. Bei 39 Prozent der Studienteilnehmer findet das Peer-Review-Verfahren keine Anwendung. Studien zeigen jedoch, dass dieses Instrument die Sicherheitskultur in den Kliniken fördert [83]. Die Ergebnisqualität kann durch Peer-Review-Verfahren verbessert werden und die Krankenhaussterblichkeit bei einigen Diagnosen, wie beispielsweise Herzinfarkt oder Pneumonie gesenkt werden. Die geringe Nutzung und niedrige Bewertung in der Relevanz des Peer-Review-Verfahrens widerspricht den Ergebnissen der Studienlage und den Erfahrungen. Verantwortlich für diesen Widerspruch ist möglicherweise, dass es sich dabei um ein relativ neues Instrument handelt. Erst 2008 hat sich das IQM, welches die Peer-Reviews durchführt, gegründet und hatte im Jahr 2019 ca. 480 Mitglieder [84], was bei einer Gesamtzahl von fast 2000 Kliniken in Deutschland gering ist. Zudem ist das freiwillige Verfahren, wie in Kapitel 2.3 beschrieben wurde, für die Kliniken sehr aufwändig.

Die gesetzlich vorgeschriebene externe Qualitätssicherung soll einen Beitrag zur Steigerung der Patientensicherheit leisten [45, 85]. Im Jahr 2014 beziehen sich 75 Prozent der

416 erfassten Indikatoren in der EsQs auf die Vermeidung von unerwünschten Ereignissen [86]. In der Praxis wird dieses Instrument in der Wichtigkeit im Qualitätsmanagement jedoch als schlecht bewertet, möglicherweise auf Grund des hohen Dokumentationsaufwands und der nicht direkt sichtbaren Einflüsse auf die Patientensicherheit.

In Bezug auf die Relevanz der Ergebnisse ist zu erwähnen, dass eine derartige Evaluierung der Nutzung der Handlungsempfehlungen des APS noch nicht erfolgt ist. Studien zeigen, welche Maßnahmen getroffen werden müssen, damit Fehler minimiert werden und die Sicherheit des Patienten gestärkt wird, jedoch zielen bis auf die genannten Studien keine auf die Nutzung von Handlungsempfehlungen ab. Zudem werden teilweise nur einzelne Handlungsempfehlungen evaluiert und nicht das allgemeine Nutzungsverhalten. Des Weiteren gibt es Unterschiede in den Studienpopulationen. Die Studienteilnehmer stammen aus unterschiedlichen Berufsgruppen. Dies führt zu Unterschieden im Blickwinkel und der Relevanz führt. Die Studie der Stiftung Patientensicherheit aus der Schweiz [78] befragt, identisch wie diese Studie, die Mitarbeiter des Qualitäts- bzw. Risikomanagements.

Diese Ergebnisse aus dieser Evaluation und die Studienlage zeigen, dass es auf diesem Themengebiet Anlass für weitere Forschungen gibt, um das Nutzungsverhalten, die Umsetzung und die Wirkung adäquat abbilden zu können. Zudem sollten Studien über die Häufigkeiten von unerwünschten Ereignissen anhand von Patientenakten in Deutschland durchgeführt werden, um die Ausmaße der Problematik explizit beschreiben zu können.

Limitationen

Die Evaluation der Handlungsempfehlungen des APS birgt verschiedene Limitationen. Die Studie eignet sich, um einen Überblick über die allgemeine Einstellung zu den Handlungsempfehlungen des APS und deren Nutzung zu erlangen.

Die Ergebnisse der Studie können jedoch nicht dafür genutzt werden, um strukturelle Zusammenhänge aufzuzeigen. Die Ausprägungen in den Kategorien „Nicht-Kennen“ und „Nicht-Nutzen“ von Handlungsempfehlungen sind zu gering. Eine Ausweitung der Stichprobe könnte eine Verwendung von bivariaten und multivariaten Analysemethoden ermöglichen, um somit weitere mögliche Zusammenhänge darzustellen.

Die strukturellen Differenzen zwischen allen Kliniken Deutschlands und den teilnehmenden Kliniken minimiert die externe Validität.

In Bezug auf den Fragebogen könnte die Ergänzung der Frage, warum Kliniken die Handlungsempfehlungen des APS nicht nutzen, einen weiteren Aufschluss über Optimierungspotentiale geben. Jedoch ist die Anzahl derer, die die Handlungsempfehlungen des APS nicht nutzen, gering und würde bei den vorliegenden Studienteilnehmern wenig neue Erkenntnisse liefern.

Eine zusätzliche Limitation sind die vermehrt auftretenden Missings, so dass die Aussagekraft der einzelnen Fragen gegebenenfalls ein geringeres Niveau besitzen und nicht auf die Gesamtpopulation übertragen werden können.

Zu beachten ist, dass möglicherweise ein Selection-Bias in Folge der Freiwilligkeit der Teilnahme an der Studie besteht. Es ist möglich, dass die teilnehmenden Kliniken besonders an der Thematik interessiert sind bzw. es Verbindungen in Form von Mitgliedschaften am APS gibt und die Ergebnisse nicht die realen Verhältnisse abdecken. Auf Grund der Tatsache, dass die Befragung in Kooperation mit dem APS durchgeführt worden ist, besteht zudem die Möglichkeit, dass übermäßig häufig das APS als Quelle für genutzte Handlungsempfehlungen ausgewählt wurde. Außerdem handelt es sich bei dem Thema Patientensicherheit um eine sensible Thematik, so dass es möglich ist, dass die Teilnehmer nicht unabhängig geantwortet haben, sondern nach sozialer Erwünschtheit, was zu Verzerrungen der Ergebnisse führt.

Trotz der einschränkenden Limitationen ist es möglich, eine Tendenz abzulesen und die Relevanz der Handlungsempfehlungen des APS darzustellen.

6 Fazit und Ausblick

In Bezug auf die Forschungsfrage, *inwiefern in den Akutkrankenhäusern in Deutschland eine Nutzung der Handlungsempfehlungen des Aktionsbündnisses Patientensicherheit stattfindet und welche Determinanten einen Einfluss auf das Nutzungsverhalten haben,* zeigt sich, dass die Nutzung zu einem hohen Maße in den Kliniken stattfindet und zahlreiche Gründe bestehen, warum die Kliniken die Handlungsempfehlungen nutzen.

Das primäre Outcome der Befragung, die Quantifizierung der Nutzung der Handlungsempfehlungen des APS und die Evaluierung der Determinanten für eine Nutzung, hat folgende zusammenfassende Ergebnisse und Verbesserungsmaßnahmen ergeben.

Die Studie „Evaluation der Handlungsempfehlungen des Aktionsbündnisses Patientensicherheit“ zeigt, dass Kliniken die freiwilligen Angebote nutzen, um die Sicherheit für ihre Patienten gewährleisten und erhöhen zu können. Die Tatsache, dass die Kliniken freiwillige Empfehlungen nutzen, zeigt die Relevanz der Thematik. Die Verbesserung der Patientensicherheit und die Minimierung von Fehlern ist sowohl ein zentrales Ziel auf der Mikroebene in den Kliniken, als auch auf der Makroebene der Gesundheitspolitik, wie das Patientenrechtegesetzt belegt [87].

Die Evaluation hat dennoch gezeigt, dass nicht alle Studienteilnehmer die bestehenden Hilfen kennen, obwohl es viele verschiedene internationale und nationale Einrichtungen gibt, die Handlungsempfehlungen veröffentlichen. Im Sinne der Versorgungsforschung sollen die Patienten die bestmögliche Versorgung erhalten, was gleichzeitig ein hohes Maß an Patientensicherheit impliziert. Ein hohes Niveau von Patientensicherheit ist auch ohne die Kenntnis über die Handlungsempfehlungen möglich, jedoch weisen diese auf Problematiken hin, die möglicherweise noch nicht bekannt sind oder für die noch keine adäquate Lösungsstrategie gefunden wurde. Auf Grund dessen ist es wichtig, Hilfsangebote zu kennen und diese bei Bedarf auch zu nutzen. Auf der Makro-Ebene sollte im Sinne der Patienten gezielte Informationen verbreitet werden.

Die Befragung verdeutlicht, dass die Kliniken Informationen aus verschiedenen Quellen extrahieren, wobei das APS für Handlungsempfehlungen in Deutschland die wichtigste Institution ist. Die Gründe, warum Handlungsempfehlungen im Klinikalltag keine Einbindung finden, sind auf Grund der geringen Anzahl, die die Handlungsempfehlungen nicht nutzen, gesondert zu betrachten. Dennoch ist dies ein wichtiger Ansatz, der im Sinne

der Implementierungswissenschaft und zum Abbau von Barrieren, weiter erforscht werden sollte. Kritikpunkte sind das geringe Ausmaß an Informationen zum Thema der Handlungsempfehlung, die Komplexität und die schlechte Einbindung in klinikinterne Verfahrensanweisungen.

Die Nutzung erfolgt auf Grund der hohen Qualität der Handlungsempfehlungen. Die fachliche Expertise bei der Entwicklung der Empfehlungen und Praxisnähe sind entscheidende Faktoren für die Verwendung. Die Handlungsempfehlungen werden im Klinikalltag als Orientierungshilfe für die Lenkung von Prozessen und Abläufen genutzt.

Als sekundäres Outcome zeigt das Ranking der Instrumente des Qualitätsmanagements deutlich, dass Audits und Begehungen am wichtigsten für die Arbeit des Qualitätsmanagements sind. Peer-Review-Verfahren werden als unwichtiger eingeordnet und werden im Klinikalltag selten eingesetzt. Die EsQs, an dem die Kliniken verpflichtend teilnehmen müssen, wird als nicht-wichtig eingeordnet. Dies steht im Kontrast zu den Ergebnissen aus der Literatur, die beiden Instrumenten positive Einflüsse auf die Patientensicherheit attestieren.

Die Vorschläge zur Verbesserung der Nutzerfreundlichkeit und Praktikabilität im Klinikalltag zeigen aber auch, dass noch Optimierungspotential für bestehende und neue Handlungsempfehlungen existiert. Es besteht ein Wunsch nach mehr Checklisten sowie Praxisberichten zur Umsetzung, beispielsweise aus anderen Kliniken, die die Handlungsempfehlung im Klinikalltag bereits implementiert haben. Es wird zudem erbeten, dass die Einbindung der Empfehlungen in das Kliniklayout leichter erfolgen kann. Die Vorschläge stellen teilweise Einzelmeinungen dar, dennoch sollte deren Relevanz bei der Erstellung neuer Empfehlungen bedacht werden. Viele Studienteilnehmer sind bereits mit dem Angebot des APS zufrieden und haben keine Verbesserungsvorschläge. Außerdem werden von den Mitarbeitern der Kliniken noch weitere Handlungsempfehlungen zu verschiedenen Themen gewünscht, welche nachfolgend im Ausblick erläutert werden.

Ausblick

Die vorliegende Evaluation zur Nutzungshäufigkeit der Handlungsempfehlungen des APS gibt einen ersten Überblick. Im nächsten Schritt wäre eine qualitative Forschung sinnvoll, um das Nutzungsverhalten präzise nachzufragen. Denkbare Fragen sind, wie die Implementierung konkret im Praxisalltag abläuft und welche Verbesserungen oder Anpassungen der bestehenden Handlungsempfehlungen vorgenommen werden müssten. Ein

möglicher Ansatz wäre die Verwendung von Experteninterviews. Dabei sind explizite Nachfragen und Erläuterungen möglich. Durch die qualitative Methode können Gemeinsamkeiten und Unterschiede in der Anwendung der Handlungs-empfehlungen zwischen den Kliniken eruiert werden. Zudem können Barrieren und Förderfaktoren in der Implementierung detailliert erhoben werden.

In der vorliegenden Studie wurden die Mitarbeiter des Qualitätsmanagements zu der Nutzung der Handlungsempfehlungen befragt. Dadurch war es möglich, einen Überblick über die Nutzung zu erhalten. Auf Grund der Tatsache, dass diese im Verwaltungsbereich und nicht direkt am Patienten arbeiten, ergeben sich gegebenenfalls Differenzen zu Meinungen von ärztlichen und pflegerischen Mitarbeitern. Eine Veränderung des Blickwinkels durch eine andere Zielgruppe der Stichprobe würde möglicherweise zu anderen Ergebnissen führen. Gerade bei den Fragen zu Optimierungsmaßnahmen, die die Nutzerfreundlichkeit und die Praktikabilität erfragen, sind andere Antworten denkbar. Ebenso besteht die Möglichkeit, dass Ärzte oder Pflegende Handlungsempfehlungen im Alltag verwenden von denen das Qualitätsmanagement keine Kenntnis besitzt. Analog würde eine andere Zielgruppe andere Vorschläge bezüglich neuer Themen nennen.

Ergänzend ist eine Ausweitung der Studienpopulation sinnvoll. Neben dem ambulanten Sektor, welcher bereits durch die Studie von Monaca et al. [74] abgedeckt wird, könnten ebenso Tageskliniken und Rehabilitationskliniken zu ihrer Nutzung von Handlungsempfehlungen befragt werden. Beispielsweise werden die Medikamente Vincristin und Methotrexat zur Krebsbehandlung in onkologischen Tageskliniken verwendet [88]. Der Umgang mit diesen Medikamenten wird in den Handlungsempfehlungen „Intravenöse Applikation von Vincristin sicherstellen“ [9] und „Einsatz von Hochrisikoarzneimitteln – Oral appiziertes Methotrexat“ [9] geregelt. Diese beiden Handlungsempfehlungen sollen nur als Beispiel gesehen werden, da auch andere Handlungsempfehlungen des APS besitzen in den genannten Versorgungseinrichtungen eine Relevanz besitzen.

Ein weiterer zusätzlicher Ansatz wäre eine Evaluation über die Verbesserungen der Patientensicherheit durch die Handlungsempfehlungen. Eine derartige Evaluation ist durch eine Prä-Post-Analyse möglich. Das bedeutet, dass Analysen sowohl vor als auch nach Einführung einer neuen Handlungsempfehlungen gemacht werden müssten. Mit diesem Ansatz wäre es möglich, den Nutzen der Handlungsempfehlungen für die Kliniken

offenzulegen. Ein Mixed-Methods-Ansatz, der sowohl Experteninterviews als auch quantitativen Statistiken enthält, wäre am geeignetsten.

Aus den Nennungen der Studienteilnehmer können weitere relevante Handlungsempfehlungen entwickelt werden. Beispielhafte Themen wären die Patientenidentifikation, Aufklärungsgespräche und der Umgang mit dementen Patienten.

Derzeit besteht bereits der Aufruf des APS zur Mitarbeit an neuen Arbeitsgruppen zu den Themen „Psychopharmaka-Verordnungen mit potentiell freiheitseinschränkenden Maßnahmen“ und „Sepsis“ [89].

Literaturverzeichnis

1. Schrappe M, Lessing C, Albers B, Conen D, Gerlach F, Grandt D, et al. Agenda Patientensicherheit 2007. Witten: 2007.

2. ÄZQ Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin. Definitionen und Klassifikation zur Patientensicherheit [Internet]. Berlin: [zuletzt geändert 29.08.2018, abgerufen 28.01.2019]. Verfügbar unter: https://www.aezq.de/- patientensicherheit/definition-ps.

3. Hölscher UM, Gausmann P , Haindl H, Heidecke CD , Hubner NO, Lauer W, et al. Übersichsichtsartikel: Patientensicherheit als nationales Gesundheitsziel: Status Quo und notwendige Handlungsfelder für die Gesundheitsversorgung in Deutschland. Z Evid Fortbild Qual Gesundhwes. 2014:108(1):6-14.

4. Kohn L, Corrigan J, Donaldson M. To Err is Human: Building a Safer Health System. Washington (DC): National Academy Press; 2000.

5. Valentin A CM, Guidet B, Rui Moreno R, Metnitz B, Bauer P, Metnitz P. Fehler bei der parenteralen Medikamentenverabreichung auf Intensivstation. Eine prospektive, mutlinationale Studie. Dtsch Arztebl Int. 2009:106:771-7.

6. Schrappe M. APS-Weißbuch Patientensicherheit. Sicherheit in der Gesundheitsversorgung: neu denken, gezielt verbessern. Berlin: MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft; 2018.

7. APS Aktionsbündnis Patientensicherheit. Das APS-Konzept 2020: Für mehr Patientensicherheit in Deutschland [Internet]. Berlin: 20.09.2012 [abgerufen 29.01.2019]. Verfügbar unter: https://www.aps-ev.de/konzept-2020/.

8. APS Aktionsbündnis Patientensicherheit. Kurzportrait: Das APS im Überblick [Internet]. Berlin: [abgerufen 29.01.2019]. Verfügbar unter: https://www.aps-ev.de/kurzportrait/.

9. APS Aktionsbündnis Patientensicherheit. Handlungsempfehlungen [Internet]. Berlin [abgerufen 29.01.2019]. Verfügbar unter: https://www.aps-ev.de/handlungs-empfehlungen/.

10. Council of Europe. Recommendation Rec(2006)7 of the Committee of Ministers to mem¬ber states on ma-nagement of patient safety and prevention of adverse events in health care [Internet]. Strasbourg: 2006 [abgerufen 29.01.2019]. Verfügbar unter: https://search.coe.int/cm/Pages/-result_details.aspx?ObjectID=09000016805ae8b5.

11. Koppenberg J. Patientensicherheit: Definition und Epi-demiologie von unerwünschten Ereignissen, Fehlern und Schäden. Ther Umsch. 2012:69(6):335-40.

12. Hoffmann B, Rohe J. Patientensicherheit und Fehlermanagement: Ursachen unerwünschter Ereignisse und Maßnahmen zu ihrer Vermeidung. Dtsch Arztebl Int. 2010:107:92-99.

13. WHO World Health Organization. The Conceptual Framework for the International Classifcation for Patient Safety. Version1.1., Final Technical Report. 2009.

14. World Alliance for Patient Safety. WHO surgical safety checklist and implementation manual [Internet]. Geneva: WHO World Health Organization (WHO); 2008 [abgerufen 29.01.2019]. Verfühbar unter: https://www.who.int/patientsafety/safesurgery-/ss_checklist/en/.

15. Brennan TA, Leape LL, Laird NM, Herbert L, Localio AR, Lathers AG, et al. Incicence of adverse events and negligence in hospitalized patients. Results of the Harvard Medical Practice Study I. N Engl J Med. 1991:7(6):370-376.

16. Thomas EJ, Studdert DM, Burstin HR, Orav EJ, Zeena T, Williams EJ, et al. Incidence and types of adverse events and negligent care in Utah and Colorado. Med Care. 2000:38:261-171.

17. Vincent C, Neale G, Woloshynowych M. Adverse events in Britisch hospitals: preliminary retrospective record review. BMJ. 2001:322(7285):517-519.

18. Sari AB, Sheldon TA, Cracknell A, Turnball A, Dobson Y, Grant C, Gray W, Richardson A. Extent, nature and consequences of adverse events: results of a retrospective casenote review in a large NHS hospital. Qual Saf Health Care. 2007:16:434-439.

19. Zhan C, Miller M. Excess Length of Stay, Charges, and Mortalty Attributable to medical Injuries During Hospitalization. JAMA. 2003:290:1868-1874.

20. Bühler M, Schmidt H. Wunddehinszenz [Internet]. Heidelberg: Springer-Verlag; 2017 [abgerufen am 29.01.2019]. Verfügbar unter: http://www.lexikon-orthopaedie.com/-pdx.pl?dv=0&id=01695

21. Hauck KD, Wang S, Vincent C, Smith PC. Healthy Life-Years Lost and Excess Bed-Days Due to 6 Patient Safety Incidents. Empirical Evicence From English Hospitals. Med Care. 2017:55:125-130.

22. Zsifkovitz J, Zuba M, Geißler W, Lepuschütz L, Pertl D, Kernstock E, et al. Costs of Unsafe Care and Costeffectiveness of Patient Safety Programmes. Specific Contract No 2014 61 01 under Frameworkcontract No EAHC/2013/Health/01 Lot 2,. European Union. 2016.

23. Rueden H, Gastmeiner P, Daschner F, Schumacher M. Nosokomiale Infektionen in Deutschland: Epidemiologie in den alten und neuen Bundesländern. Dtsch Med Wschr. 1996:121:1281-1287.

24. Lazarou J, Pomeranz BH, Corey PN. Incidence of Adverse Drug Reactions in Hospitalized Patients: A Meta-Analysis of Prospective Studies. JAMA. 1998:279:1200-1205.

25. Samore MH, Evans RS, Lassen A, Gould P, Lloyd J , Gardner RM, et al. Surveillance of Medical Device–Related Hazards and Adverse Events in Hospitalized Patients. JAMA. 2004:291:325-334.

26. Schrappe M. Patientensicherheit und Risikomanagement. Medizinische Klinik. 2005:100:478-485.

27. Geraedts M. Das Krankenhaus als Risikofaktor. In: Klauber J, Geraedts M, Friedrich J, Wasem J, Hg. Krankenhausreport 2014 Schwerpunkt: Patientensicherheit. Stuttgart: Schattauer; 2014.S. 3-12.

28. Schrappe M, Lessing C, Conen D, Hart D, Hoppe-Tichy T, Jonitz G et al. Agenda Patientensicherheit. Witten: 2008.

29. DESTATIS Statistisches Bundesamt. Gesundheit. Grunddaten der Krankenhäuser 2017. Fachserie 12 Reihe 6.1.1. Berlin: 2018.

30. MDS Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V. Behandlungsfehler-Begutachtung der MDK-Gemeinschaft. Jahresstatistik 2017. Essen: 2018.

31. Wachter RM. Fokus Patientensicherheit: Fehler vermeiden, Risiken managen. Berlin: ABW Wissenschaftsverlag; 2010.

32. Reason J. Understanding adverse events: human factors. Quality in Health Care 1995;4:80-89.

33. ÄZQ Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin. Fehlertheorien [Internet]. Berlin [zuletzt geändert 25.08.2015, abgerufen 29.01.2019]. verfügbar unter: https://www.aezq.de/patientensicherheit/fehlertheorie/#3.

34. Rall M. Patientensicherheit: Daten zum Thema und Wege aus der Krise. Urologe. 2012:51(11):1523-1532.

35. St. Pierre M, Hofinger G, Buerschaper C. Crisis management in acute care setting: human factors and team such in a high stakes environment. Berlin Heidelberg New York: Springer; 2008.

36. Leape LL. Error in Medicine. JAMA. 1994:272:1851-1857.

37. Bates DW, Sheik A. The Role and Importance of Cognitive Studies in Patient Safety. BMJ. 2015:24:414-416.

38. Redelmeier DA. Improving patient care. The cognitive psychologiy of misses diagnoses. Ann Intern Med. 2005:142:115-120.

39. Hoffmann B, Jonitz G. Sicherheitskultur und Berichts- und Lernsysteme. In: Klauber J, Geraedts M, Friedrich J, Wasem J, Hg. Krankenhausreport 2014: Schwerpunktthema: Patientensicherheit. Stuttgart: Schattauer GmbH; 2014.

40. Schrappe M, Pfaff H. Versorgungsforschung vor neuen Herausforderungen: Konsequenzen für Definition und Konzept. Gesundheitswesen. 2016:78:689-694.

41. Eikermann M, Pieper D, Neugebauer EA. Patientensicherheit in der Versorgungsforschung. Unfallchirurg. 2013:116(10):872-876.

42. Shekelle PG, Oritz E, Rhodes S, Morton SC, Eccles MP, Grimshaw JM, et al. Validity of the Agency for Healthcare Research and Quality clinical practice guidelines: how quickly so guidelines become outdated. JAMA. 2005:294:1461-1467.

43. Gausmann P. Patientensicherheit: viel erreicht- und noch viel zu tun. kkvd-aktuell. 2018;1:6-7.

44. GBA Gemeinsamer Bundesausschuss. Externe stationäre Qualitätssicherung [Internet]. Berlin: 2016 [zuletzt geändert 26.09.2016, abgerufen 29.01.2019]. Verfügbar unter: https://www.g-ba.de/institution/themenschwerpunkte/-qualitaetssicherung/einrichtungsuebergreifend/stationaer/.

45. Rickert K, Szencsenyi J. Der Beitrag von Qualitätsindikatoren der externen stationären Qualitätssicherung zur Patientensicherheit. In: Klauber J, Geraedts M, Friedrich J, Wasem J, Hg. Krankenhausreport 2014 Schwerpunktthema: Patientensicherheit. Stuttgart: Schattauer; 2014.

46. IQM Initiative Qualitäzsmedizin. Peer Review. Behandlungsabläufe und Strukturen der Patienten-versorgung kontinuierlich verbessern [Internet]. Berlin: 2019 [abgerufen 11.02.2019]. Verfügbar unter: https://www.initiative-qualitaetsmedizin.de/qualitats-methodik/peer-review/_/peer-review.html.

47. Eberlein-Gonska M, Rink O, Winkelmair C. Wie wir Qualität verbessern. In: Eberlein-Gonska, Martin J, Zacher J, Hg. Handbuch IQM. 2. Aufl. Berlin: MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft; 2017.

48. Bundesärztekammer. Curriculum Ärztliches Peer Review. 2. Aufl. Berlin: 2013.

49. APS Aktionsbündnis Patientensicherheit. Kodex des Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V. (APS) über die Zusammenarbeit mit Organisationen, Institutionen und Wirtschaftsunternehmen im Gesundheitswesen [Internte]. Berlin: [zuletzt geändert 10.06.2010, abgerufen 29.01.2019]. Verfügbar unter: https://www.aps-ev.de/kodex.

50. APS Aktionsbündnis Patientensicherheit. Mitgliedschaft [Internet]. Berlin: [abgerufen 29.01.2019]. Verfügbar unter: https://www.aps-ev.de/mitgliedschaft/.

51. APS Aktionsbündnis Patientensicherheit. Agenda Patienten-sicherheit: Tätigskeitsbericht. 2017. Berlin: 2017.

52. François-Kettner H. Das Aktionsbündnis Patientensicherheit in Deutschland und sein Motto: „Nicht Schuldige sondern Lösungen suchen“. Krankenhhyg up2date. 2016:11:330-332.

53. APS Aktionsbündnis Patientensicherheit. Netzwerk [Internet]. Berlin [abgerufen 29.01.2019]. Verfügbar unter: https://www.aps-ev.de/netzwerk/.

54. APS Aktionsbündnis Patientensicherheit. Infos zur Mitwirkung. Die Arbeitsgruppen des APS 2018 [Internet]. Berlin [zuletzt geändert 2018; abgerufen 29.01.2019]. Verfügbar unter: https://www.aps-ev.de/infos-zur-ag-mitwirkung/.

55. APS Aktionsbüdnis Patientensicherheit. Leitfaden für APS-Arbeitsgruppen zur Erstellung und Verbreitung von Handlungsempfehlungen. Berlin: 2015.

56. Weichbold M. Handbuch Methoden der Sozialforschung. In: Baur N, Blasius J, Hg. Wiesbaden: Springer VS; 2014. S. 299-334.

57. DeGEval Gesellschaft für Evaluation. Standards für Evaluation. Hamburg: Medienzirkus Gudrun Schwank; 2008.

58. Bundesregierung. $107 SGB V Krankenhäuser, Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen. Berlin: 2017.

59. DESTATIS Statistisches Bundesamt. Einrichtungen, Betten und Patientenbewegung [Internet]. Berlin: 2016 [zuletzt geändert 15.1.2019, abgerufen 29.01.2019]. Verfügbar unter: http://www.gbe-bund.de/oowa921-install/servlet/oowa/aw92//_XWD_FORM-PROC?TARGET=&PAGE=_XWD_2&OPINDEX=1&HANDLER=_XWD_CUBE.SETPGS&DATACUBE=_XWD_30&D.000=3738&D.923=11857.

60. Urbaniak GC, Plous S. Research Randomizer [Internet]. 1997 [zuletzt geändert 2019; abgerufen 29.01.2019]. Verfügbar unter: https://www.randomizer.org/.

61. Bundesregierung. $136b SGB V Beschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Qualitätssicherung im Krankenhaus. Berlin: 2017.

62. GBA Gemeinsamer Bundesausschuss. Referenzdatenbank. Die maschinenverwertbaren Qualitätsberichte der Krankenhäuser. Berlin: 2004 [zuletzt geändert 21.01.2019, abgerufen 29.01.2019]. Verfügbar unter: https://g-ba-qualitaetsberichte.de/#/search.

63. LimeSurvey GmbH. Professionelle Online-Umfragen mit LimeSurvey [Internet]. Hamburg [abgerufen 29.01.2019]. Verfügbar unter: https://www.limesurvey.org/de/.

64. Haas HD, Neimair SM. Stadt. Ausführliche Definition [Internet]. Wiesbaden: Springer Fachmedien [zuletzt geändert 19.02.2018, abgerufen 29.01.2019]. Verfügbar unter: https://wirtschaftslexikon.gabler.de/definition/stadt-43260/version-266591.

65. Faulbaum F, Prüfer P, Rexroth M. Was ist eine gute Frage: Die systematische Evaluation der Fragenqualität. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften; 2009.

66. Kuckartz U. Qualitative Inhaltsanalyse: Methoden, Praxis, Computerstützung. Weinheim: Juventa; 2012.

67. Gesundheitsstadt Berlin GmbH. Charité Mitte [Internet]. Berlin: 2019 [abgerufen 29.01.2019]. Verfügbar unter: https://www.gesundheit-sstadt-berlin.de/charite-mitte-917/.

68. Santos S, Lessing C, Schrappe M, Vollmar HC, Leve V, Zschocke B, et al. Entwicklung, Anwendung und Evaluation eines Konzeptes zur sicheren Patientenidentifikation im Krankenhaus - Wie kann der Wissenstransfer gelingen? Gesundheitswesen. 2017:79(6):506-513.

69. Bundesregierung. $137d SGB V. Qualitätssicherung bei der ambulanten und stationären Vorsorge oder Rehabilitation. Berlin: 2017.

70. GBA Gemeinsamer Bundesausschuss. Qualitätsmanagement-Richtlinie/QM-RL. Berlin: 2015.

71. Rentsch M, Werner J. Allgemeine Instrumente zur Optimierung der Patientensicherheit. In: Rentsch M, Khandoga A, Angele M, Werner J, Hg. Komplikationsmanagement in der Chirurgie. Berlin Heidelberg: Springer; 2015. S. 27-36.

72. Weingessel B, Haas M, Vécsei-Marlovits V. Risikomanagement – Fehlererkennung durch Team Time Out. Spektrum der Augenheilkunde. 2014:28(1):23-27.

73. OLG Stuttgart zu vergessener OP-Nadel im Unterleib: Bundesrepublik muss Schmerzensgeld zahlen [Internet]. In: Legal Tribune Online, 2018 [abegerufen am 11.02.2019]. Verfügbar unter: https://www.lto.de/persistent/a_id/32871/.

74. Monaca C, Buchmann M, Manser T. Implementation and Benefit Evaluation of Recommendations for Patient Safety in Ambulatory Surgical Care. Gesundheitswesen. 2016:78(S 01):e103-e9.

75. Patientensicherheit Schweiz. Paper of the Month [Internet]. Zürich: 2007 [zuletzt geändert 25.09.2018, abgerufen 29.01.2019]. Verfügbar unter: https://www.patientensicherheit.ch/publikationen/paper-of-the-month/.

76. Patientensicherheit Schweiz. Quick-Alert [Internet]. Zürich: 2007 [zuletzt geändert 28.11.218, abgerufen 29.01.2019]. Verfügbar unter: https://www.patientensicherheit.ch/-publikationen/quick-alert.

77. Patientensicherheit Schweiz. CIRNET [Internet]. Zürich. [abgerufen 29.01.2019]. Verfügbar unter: https://www.patienten-sicherheit.ch/cirrnet/.

78. Kerker-Specker C, Frank O, Pfeiffer Y, Schwappach D. Quick-Alerts: Nutzen und Umsetzung in der Praxis aus Sicht Schweizer Risk Manager. Schweizerische Ärztezeitung. 2014:95(33):1178-80.

79. ZQ Zentrum für Qualität und Management im Gesundheitswesen. Tools für mehr Patientensicherheit [Internet]. Hannover: Ärztekammer Niedersachen; [zuletzt geändert 16.05.2018, abgerufen 29.01.2019]. Verfügbar unter: https://www.aekn.de/fileadmin-/media/Downloadcenter/ZQ/Patientensicherheit/Tools_Patientensicherheit_5.pdf.

80. ÄZG Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin. Werkzeuge zur Verbesserung der Patientensicherheit [Internet]. Berlin [zuletzt geändert 16.11.2016, abgerufen 29.01.2019]. Verfügbar unter: https://www.aezq.de/patientensicherheit/service-ps-online/tools-patientensicherheit.

81. ÄZQ Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin. Krankenhaus-CIRS-Netz Deutschland 2.0 [Internet]. Berlin [abgerufen 29.01.2019]. Verfügbar unter: https://www.kh-cirs.de/index.html.

82. Hoffmann B, Hofinger G, Gerlach F. (Wie) ist Patientensicherheitskultur messbar? Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen. 2009:103(8):515-520.

83. Chop I, Eberlein-Gonska M. Übersichtsartikel zum Peer Review Verfahren und seine Einordnung in der Medizin. Z Evid Fortbild Qual Gesundhwes. 2012:106(8):547-552.

84. IQM Initiative Qualitätsmedizin. Initiative Qualitätsmedizin. Routinedaten, Transparenz, Peer Review – für die bestmögliche medizinische Behandlungsqualität [Internet]. Berlin [abgerufen am 11.02.2019]. Verfügbar unter: https://www.initiative-qualitaetsmedizin.de/home/.

85. BMG Bundesministerium für Gesundheit. Patientenrechte: Patientensicherheit in Deutschland stärken 2018 [Internet]. Berlin: [zuletzt geändert 10.08.2018, abgerufen 29.01.2019]. Verfügbar unter: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/-praevention/patientenrechte/verbesserung-der-patientensicherheit.html.

86. Doebler K, Geraedts M. Ausgewogenheit der Qualitätsindikatorensets der externen Qualitätssicherung nach §136 SGB V. Z Evid Fortbild Qual Gesundhwes. 201:134:9-17.

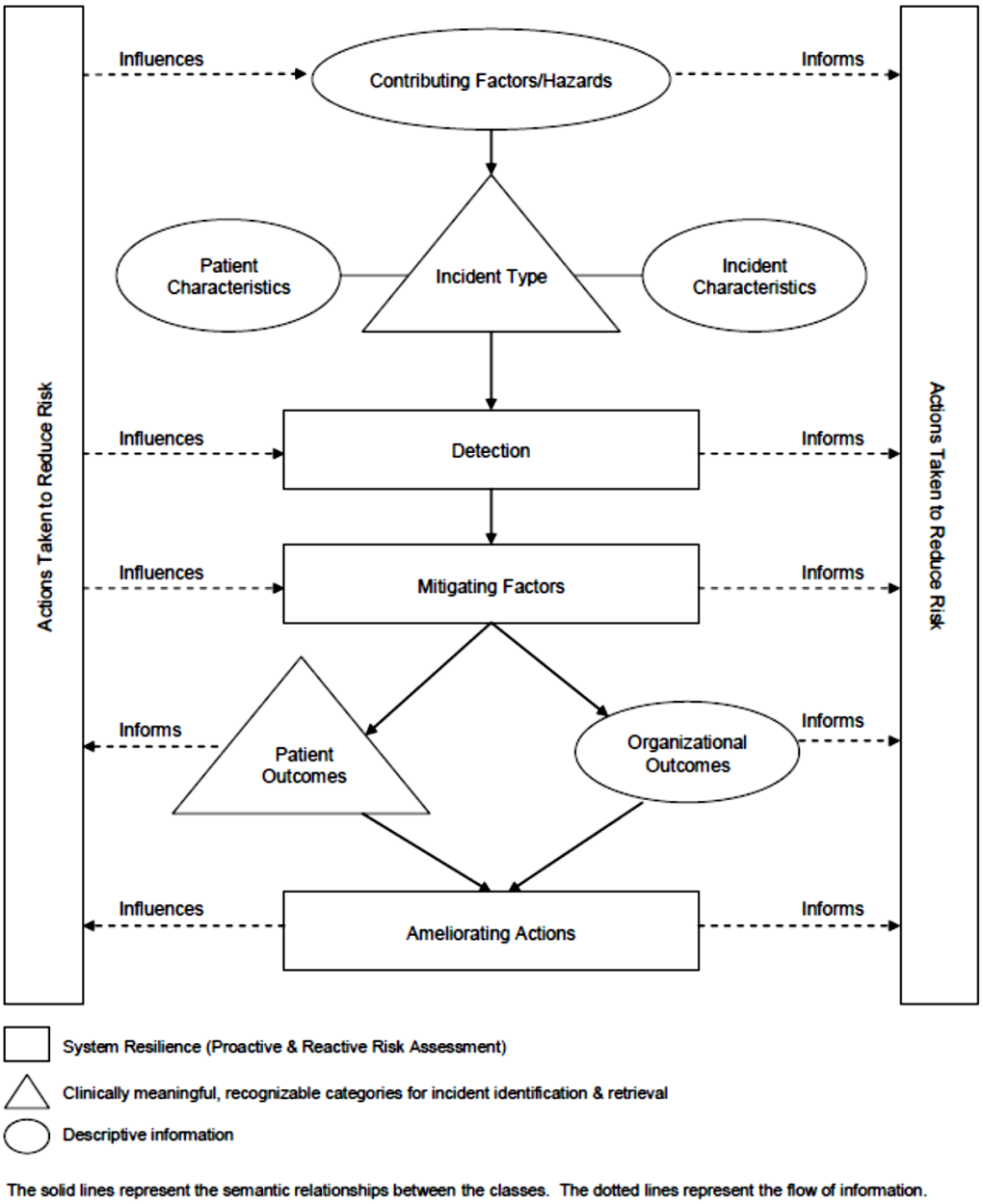
87. Bundesregierung: Gesetz zur Verbesserung der Rechte von Patientinnen und Patienten. Bonn: 2013.

88. Leitlinienprogramm Onkologie (Deutsche Krebsgesellschaft DK, AWMF). Supportive Therapie bei onkologischen PatientInnen - Langversion 1.1, 2017, AWMF Registernummer: 032/054O [Internet]. Berlin: AWMF; 2017 [abgerufen 29.01.2019]. Verfügbar unter: http://leitlinienprogrammonkologie.de/Supportive-Therapie.95.0.html.

89. APS Aktionsbündnis Patientensicherheit. Aufruf zur Mitarbeit [Internet]. Berlin: 2018 [abgerufen 29.01.2019]. Verfügbar unter: https://www.aps-ev.de/aktueller-aufruf-zur-mitarbeit/.

Anhang

Anhang A: The Conceptual Framework for the International Classification for Patient Safety [12]



The solid lines represent the semantic relationships between the classes. The dotted lines represent the flow of information.

Anhang B: Informationsschreiben

MEDIZINISCHE
FAKULTÄT
HEIDELBERG

Universitätsklinikum Heidelberg | Abteilung Allgemeinmedizin & Versorgungsforschung
Im Neuenheimer Feld 130.3 | 69120 Heidelberg

M.Sc. Versorgungsforschung und Implementierungswissenschaft im Gesundheitswesen

Prof. Dr. Michel Wensing
Studiengangsleitung

Dr. Charlotte Ullrich
Studiengangskoordination

Aline Kunz
Wissenschaftliche Mitarbeiterin

Evaluation der Handlungsempfehlungen des Aktionsbündnisses Patientensicherheit

Heidelberg, 30.08.2018

Informationsschrift für Studienteilnehmer und Studienteilnehmerinnen

Sehr geehrte Dame, sehr geehrter Herr

mit diesem Schreiben laden wir Sie ein, an der oben genannten Studie teilzunehmen. Bitte lesen Sie sich die folgenden Informationen sorgfältig durch. Sie können dann entscheiden, ob Sie teilnehmen möchten oder nicht. Lassen Sie sich ausreichend Zeit und richten Sie auftretende Rückfragen per E-Mail an die Studienmitarbeiter. Die Studie findet im Rahmen einer Masterarbeit statt. Ich bitte Sie deshalb um Ihre Teilnahme. Die Umfrage können Sie durch den Link in der Einladungsemail öffnen.

Welches Ziel verfolgt die Studie?
Durch die Studie soll herausgefunden werden, ob die Handlungsempfehlungen des Aktions-bündnisses Patientensicherheit in der Praxis genutzt werden. Ebenso soll herausgefunden werden, welche Gründe bestehen, warum Kliniken diese Handlungsempfehlungen für sinnvoll erachten und nutzen. Zusätzlich sollen auch die Faktoren ermittelt werden, aufgrund derer möglicherweise keine Nutzung erfolgt.

Wie läuft die Studie ab?
Im Rahmen der Studie werden Sie gebeten, einen Online- auszufüllen. Die Beantwortung des Fragebogens dauert circa 15 Minuten.

Habe ich einen persönlichen Nutzen?
Ein persönlicher Nutzen ergibt sich durch die Teilnahme an der Studie nicht. Jedoch tragen Sie durch die Beantwortung des Fragebogens dazu bei, dem Aktionsbündnis Patientensicherheit einen Überblick zu der Nutzung ihres Angebotes zu bieten. Durch die gewonnenen Ergebnisse werden Anpassungen an den Handlungsempfehlungen ermöglicht, wodurch Sie von einem besseren Angebot für Ihre Klinik profitieren können.

Welche Risiken sind mit der Teilnahme verbunden?
Mit Teilnahme an der Studie sind keinerlei Risiken verbunden.

Informationen zum Datenschutz.
Sowohl die Schweigeplicht als auch datenschutzrechtliche Bestimmungen werden eingehalten. Während der Befragung werden keine persönlichen Daten, mit Ausnahme von Strukturdaten der Klinik, wie Bettenzahl, Träger, Region und Lage (städtisch/ländlich), erhoben. Eine Zuordnung von Personen ist nicht möglich, da keine personenbezogenen Daten erhoben werden. Die für die Befragung wichtigen Daten werden nur zur Verwendung der anzufertigenden Masterarbeit gespeichert und ausgewertet.
Das Endergebnis der Befragung wird in aufbereiteter Form dem Aktionsbündnis Patientensicherheit zur Verfügung gestellt werden. Die Daten sind gegen unbefugten Zugriff gesichert und werden zu Zwecken der Masterarbeit verwendet. Gegebenenfalls findet anschließend eine Publikation der Ergebnisse statt. Dritte sind von der

Studienleitung
Aline Kunz
Abteilung Allgemeinmedizin und Versorgungungsforschung
Marsilius-Arkaden
Im Neuenheimer Feld 130.3
69120 Heidelberg
aline.kunz@med.uni-heidelberg.de

Studienkoordination & -durchführung
Frauke Leupold

MF HD

Verwendung ausgeschlossen, dementsprechend erfolgt keine Weitergabe von Daten. Die Daten werden nach Einreichen der Arbeit vernichtet. Ergebnisse können aufbereitet bei Bedarf ohne Einsicht in erhobene Daten zur Verfügung gestellt werden.
Im Falle einer rechtswidrigen Datenverarbeitung haben Sie das Recht, sich bei folgender Aufsichtsbehörde zu beschweren:

Der Landesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit Baden- Württemberg
Postfach 10 29 32, 70025 Stuttgart
Königstraße 10a, 70173 Stuttgart

Freiwilligkeit der Teilnahme/ Aufklärung/Einwilligung
Die Teilnahme an der Studie ist freiwillig. Die Freiwilligkeit und Einverständnis erklärt der Teilnehmer zu Beginn der Online-Befragung. Bei Nichtteilnahme entstehen für niemanden persönliche Nachteile. Die Befragung kann jederzeit ohne nachteilige Folgen abgebrochen werden. Die Aufklärung über den Inhalt der Studie erfolgt schriftlich im Vorfeld der Befragung.

Entstehen mir durch die Teilnahme Kosten? / Erhalte ich eine Bezahlung bzw. Aufwandsentschädigung?
Durch die Studienteilnahme entstehen Ihnen keinerlei Kosten. Sie erhalten allerdings auch keine Aufwandsentschädigung für die Teilnahme an der Studie.

Weitere Informationen
Für weitere Informationen sowie für Auskünfte über allgemeine Ergebnisse und den Ausgang der Studie stehen Ihnen die Studienmitarbeiterinnen gern unter folgender E-Mail-Adresse zur Verfügung: Handlungsempfehlungen.AMED@med.uni-heidelberg.de

Für Ihre Teilnahme an diesem Forschungsprojekt wären wir Ihnen dankbar!

Anhang C: Einverständniserklärung[3]

Evaluation der Handlungsempfehlungen des Aktionsbündnisses Patientensicherheit

Hinweis: Die nachfolgende Einwilligungserklärung wird im Online-Befragungstool angezeigt.

Einwilligungserklärung Online-Befragung

Die Teilnahme an der Studie erfolgt freiwillig. Bereits bei der Erhebung der Daten liegt kein Personenbezug vor und somit können die erhobenen Daten zu keinem Zeitpunkt der Person des Teilnehmers zugeordnet werden.

Ich erteile zu folgenden Punkten mein Einverständnis:

1) Ich habe die Informationen der Studie zu Art und Ablauf der Untersuchung sowie zum Datenschutz zur Kenntnis genommen und bin bereit, an der Befragung teilzunehmen.

2) Mir ist bekannt, dass die Mitarbeiter*innen des Projektes der Schweigepflicht unterliegen. Ich gestatte zudem, dass die erhobenen Daten wissenschaftlich ausgewertet werden dürfen.

3) Ich erkläre mich damit einverstanden, dass im Rahmen dieser Studie erhobene Daten auf elektronischen Datenträgern aufgezeichnet und ohne Namensnennung zur wissenschaftlichen Auswertung weitergegeben werden.

4) Ich erkläre mich bereit, zu den o.g. Bedingungen an der Studie teilzunehmen.

☐ ja ich bin einverstanden und möchte an der Studie teilnehmen.

☐nein ich bin nicht einverstanden und nehme NICHT an der Studie teil.

[3] Einwilligung wurde im Onlineportal erteilt.

Anhang D: Fragebogen[4][5]

Handlungsempfehlungen zur Verbesserung der Patientensicherheit

Sehr geehrte Damen und Herren,

Sie sind herzlich zur Teilnahme an der Befragung im Rahmen unserer Studie mit dem Thema "Handlungsempfehlungen zur Verbesserung der Patientensicherheit" eingeladen.

Die Bearbeitung des Fragebogens dauert circa 15 Minuten. Die Auswertung der Daten erfolgt anonym. Es werden keine personenbezogenen Daten gespeichert.

Ziel der Studie ist es herauszufinden, ob und inwiefern die Handlungsempfehlungen des Aktionsbündnisses Patientensicherheit in der Praxis genutzt werden. Ebenso sollen die Gründe für die Nutzung der Handlungsempfehlungen evaluiert werden. Außerdem ist von Interesse, welche Faktoren für eine Nicht-Nutzung verantwortlich sind.

Die Studie wird im Rahmen einer Masterarbeit im Studiengang "Versorgungsforschung und Implementierungswissenschaft im Gesundheitswesen" an der Ruprecht-Karls Universität Heidelberg durchgeführt. Die Befragung erfolgt in Kooperation mit dem Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V..

Bei Fragen oder Interesse an den Studienergebnissen können Sie sich gerne an uns wenden: (Handlungsempfehlungen.AMED@med.uni-heidelberg.de).

Über eine Teilnahme Ihrerseits freuen wir uns sehr.

Herzlichen Dank für Ihre Unterstützung!

Frauke Leupold (Masterstudentin) & **Aline Kunz** (Betreuerin der Masterarbeit)

In dieser Umfrage sind 29 Fragen enthalten.

Kennen Sie **externe Handlungsempfehlungen** zum Thema Patientensicherheit? *

Bitte wählen Sie nur eine der folgenden Antworten aus:

◯ Ja
◯ Nein

Externe Handlungsempfehlungen sind Handlungsempfehlungen, die von anderen Institutionen oder Personen entwickelt wurden.

[4] Layout der gedruckten Version des Fragebogens unterscheidet sich von der Online-Version

[5] Die Datensätze sind beim Autoren hinterlegt. Über diesen erfolgt der Zugriff.

Kennen Sie die Handlungsempfehlungen des Aktionsbündnisses Patientensicherheit? *

Beantworten Sie diese Frage nur, wenn folgende Bedingungen erfüllt sind:
Antwort war 'Ja' bei Frage '1 [BekanntheitExHE]' (Kennen Sie externe Handlungsempfehlungen zum Thema Patientensicherheit?)

Bitte wählen Sie nur eine der folgenden Antworten aus:

◯ Ja
◯ Nein

Woher sind Ihnen die Handlunsgempfehlungen des Aktionsbündnisses Patientensicherheit bekannt? *

Beantworten Sie diese Frage nur, wenn folgende Bedingungen erfüllt sind:
Antwort war 'Ja' bei Frage '1 [BekanntheitExHE]' (Kennen Sie externe Handlungsempfehlungen zum Thema Patientensicherheit?) *und* Antwort war 'Ja' bei Frage '2 [BekanntheitHeAPS]' (Kennen Sie die Handlungsempfehlungen des Aktionsbündnisses Patientensicherheit?)

❗ Bitte wählen Sie die zutreffenden Antworten aus:
Bitte wählen Sie alle zutreffenden Antworten aus:

☐ Pressemitteilung
☐ E-Mail/Post
☐ Newsletter
☐ Internetquelle von Fachverbänden, Institutionen
☐ Präsentation APS-Jahrestagung
☐ Artikel in Fachzeitschriften
☐ Präsentationen Workshops auf Tagungen und Kongressen
☐ Sonstiges: [ ]

Nutzen Sie **externe Handlungsempfehlungen** in Ihrem Klinikum? *

Beantworten Sie diese Frage nur, wenn folgende Bedingungen erfüllt sind:
Antwort war 'Ja' bei Frage '1 [BekanntheitExHE]' (Kennen Sie externe Handlungsempfehlungen zum Thema Patientensicherheit?)

Bitte wählen Sie nur eine der folgenden Antworten aus:

◯ Ja
◯ Nein

Warum verzichten Sie auf die Verwendung von externen Handlunsgempfehlungen? *

Beantworten Sie diese Frage nur, wenn folgende Bedingungen erfüllt sind:
Antwort war 'Nein' bei Frage '4 [ExHE]' (Nutzen Sie externe Handlungsempfehlungen in Ihrem Klinikum?)

Bitte geben Sie Ihre Antwort hier ein:

Aus welchen Quellen nutzen Sie externe Handlungsempfehlungen? *

Beantworten Sie diese Frage nur, wenn folgende Bedingungen erfüllt sind:
Antwort war 'Ja' bei Frage '4 [ExHE]' (Nutzen Sie externe Handlungsempfehlungen in Ihrem Klinikum?) *und* Antwort war 'Ja' bei Frage '1 [BekanntheitExHE]' (Kennen Sie externe Handlungsempfehlungen zum Thema Patientensicherheit?)

❗ Bitte wählen Sie die zutreffenden Antworten aus:
Bitte wählen Sie alle zutreffenden Antworten aus:

- ☐ WHO
- ☐ Internetrecherche
- ☐ Fachzeitschriften
- ☐ Aktionsbündnis Patientensicherheit
- ☐ Fachverbände
- ☐ Instutionen
- ☐ Sonstiges:

Warum nutzen Sie die Handlungsempfehlungen des Aktionsbündnisses Patientensicherheit? *

Beantworten Sie diese Frage nur, wenn folgende Bedingungen erfüllt sind:
Antwort war bei Frage '6 [DatenquelleExHE]' (Aus welchen Quellen nutzen Sie externe Handlungsempfehlungen?)

Bitte geben Sie Ihre Antwort hier ein:

Inwiefern findet eine Nutzung der Handlungsempfehlungen des Aktionsbündnisses Patientensicherheit im Klinikalltag statt? *

Beantworten Sie diese Frage nur, wenn folgende Bedingungen erfüllt sind:
Antwort war bei Frage '6 [DatenquelleExHE]' (Aus welchen Quellen nutzen Sie externe Handlungsempfehlungen?)

Bitte geben Sie Ihre Antwort hier ein:

Wie viele Handlungsempfehlungen des Aktionsbündnisses Patientensicherheit verwenden Sie in Ihrem Klinikum? *

Beantworten Sie diese Frage nur, wenn folgende Bedingungen erfüllt sind:
https://handlungsempfehlungaps.limequery.com/admin/questions/sa/editquestion/surveyid/443629/gid/14/qid/173#collapse-cat2

❗ In diesem Feld darf nur ein ganzzahliger Wert eingetragen werden.
Bitte geben Sie Ihre Antwort hier ein:

Welche Handlungsempfehlungen des Aktionsbündnisses Patientensicherheit verwenden Sie? *

Beantworten Sie diese Frage nur, wenn folgende Bedingungen erfüllt sind:
Antwort war bei Frage '6 [DatenquelleExHE]' (Aus welchen Quellen nutzen Sie externe Handlungsempfehlungen?)

❗ Kommentieren wenn eine Antwort gewählt wird
Bitte wählen Sie die zutreffenden Punkte aus und schreiben Sie einen Kommentar dazu:

- ☐ Digitalisierung & Patientensicherheit (Risikomanagement in der Patientenversorgung
- ☐ Patientensicherheit bei der Anwendung von Medizinprodukten fördern: Eindeutige Identifikation und jederzeit verfügbare Begleitinformationen gewährleisten
- ☐ Umsetzung der Einweisungsverpflichtung für Medizinprodukte (für Hersteller, Anwender, Betreiber und Gesetzgeber)
- ☐ Hilfestellung zur Umstellung von Luer-Verbindern auf neue verwechslungssichere Verbinder
- ☐ Einrichtung und erfolgreicher Betrieb eines Berichts- und Lernsystems (CIRS)
- ☐ Intravenöse Applikation von Vincristin sicherstellen: Einsatz von Hochrisikoarzneimitteln
- ☐ Anforderungen an klinische Risikomanagementsysteme im Krankenhaus
- ☐ Arzneimitteltherapiesicherheit im Krankenhaus
- ☐ Patientensicherheit durch Prävention medizinproduktassoziierter Risiken
- ☐ Vermeidung on Stürzen älterer Patienten im Krankenhaus – Fakten und Erläuterungen
- ☐ Checkliste für Klinikmitarbeiter – „Prävention von Stürzen“
- ☐ Einsatz von Hochrisikoarzneimitteln – Oral appliziertes Methotrexat
- ☐ Eingriffsverwechslungen in der Chirurgie
- ☐ Jeder Tupfer zählt – Vermeidung unbeasichtigt belassener Fremdkörper im OP-Gebiet

Bitte geben Sie im Kommentarfeld den Umsetzungsgrad der Handlungsempfehlung in Ihrem Klinikum an. Dabei können Sie Werte zwischen 0 und 10 eingeben.

0= nur Kenntnisnahme, aber keine Umsetzung;
10= vollständige Umsetzung der vorgeschlagenen Empfehlungen

Zu welchen Themen wären (weitere) Handlungsempfehlungen für Sie wichtig?

Beantworten Sie diese Frage nur, wenn folgende Bedingungen erfüllt sind:
Antwort war 'Ja' bei Frage '1 [BekanntheitExHE]' (Kennen Sie externe Handlungsempfehlungen zum Thema Patientensicherheit?)

Bitte geben Sie Ihre Antwort hier ein:

Wie viele Planbetten stehen Ihrem Klinikum zur Verfügung? *

❗ In diesem Feld darf nur ein ganzzahliger Wert eingetragen werden.
Bitte geben Sie Ihre Antwort hier ein:

Unter welchem Trägerschaft befindet sich Ihr Klinikum? *

❗ Bitte wählen Sie eine der folgenden Antworten:
Bitte wählen Sie nur eine der folgenden Antworten aus:

- ◯ öffentlich
- ◯ privat
- ◯ freigemeinnützig

In welcher Versorgungsstufe lässt sich Ihr Haus einordnen? *

❗ Bitte wählen Sie eine der folgenden Antworten:
Bitte wählen Sie nur eine der folgenden Antworten aus:

- ◯ Grund-/Regelversorgung
- ◯ Maximalversorgung
- ◯ Spezialklinik
- ◯ Psychiatrische Versorgung

In welchem strukturellen Einzugsgebiet befindet sich Ihr Klinikum? *

Bitte wählen Sie eine der folgenden Antworten:
Bitte wählen Sie nur eine der folgenden Antworten aus:

- ◯ Städtisch
- ◯ Ländlich

Das Einzugsgebiet defniert sich an der Zahl der Menschen, die in diesem Gebiet leben.

Es findet eine Unterscheidung zwischen städtisch und ländlich statt.

Städtisch: >20.000

Ländlich: <20.000

Wie viele Fachbereiche hat Ihr Klinikum?

In dieses Feld dürfen nur Zahlen eingegeben werden.
Bitte geben Sie Ihre Antwort hier ein:

[ ]

Befindet sich in Ihrem Hause (mindestens) eine Intensivstation? *

Bitte wählen Sie nur eine der folgenden Antworten aus:

- ◯ Ja
- ◯ Nein

Wie viele Mitarbeiter arbeiten in Ihrem Klinikum? *

Nur Zahlen dürfen in diese Felder eingegeben werden.
Bitte geben Sie Ihre Antwort(en) hier ein:

pflegerisches Personal	
ärztliches Personal	

Angabe bitte in Vollzeitstellen (VK). Sollten Sie die exakten Zahlen nicht kennen, geben Sie bitte ungefähre Angaben an.

Ist das Qualitätsmanagement als eigene Stabsstelle/ eigener Geschäftsbereich organisiert? *

Bitte wählen Sie nur eine der folgenden Antworten aus:

- ◯ Ja
- ◯ Nein

Wie viele Stellen stehen dem Qualitätsmanagement zur Verfügung? *

In dieses Feld dürfen nur Zahlen eingegeben werden.
Bitte geben Sie Ihre Antwort hier ein:

Angabe bitte in Vollzeitstellen (VK).

Welche Instrumente nutzen Sie im Qualitätsmanagement? *

Bitte wählen Sie die zutreffende Antwort für jeden Punkt aus:

	Nie	Weniger als 1x im Jahr	Jährlich	Quartalsweise	Monatlich	Öfter als 1x im Monat	Immer (24/7)
Begehungen	○	○	○	○	○	○	○
Audits	○	○	○	○	○	○	○
Benchmarks	○	○	○	○	○	○	○
Qualitätszirkel	○	○	○	○	○	○	○
Morbititäts- & Mortalitätskonferenzen	○	○	○	○	○	○	○
Fehlermanagementsysteme (z.B. CIRS)	○	○	○	○	○	○	○
Peer-Review-Verfahren	○	○	○	○	○	○	○
Befragungstools	○	○	○	○	○	○	○
Beschwerdemanagement	○	○	○	○	○	○	○
(externe) Qualitätssicherung	○	○	○	○	○	○	○

Die Angaben beziehen sich auf das gesamte Klinikum. Sollten Unterschiede zwischen den Abteilungen/ Fachbereichen bestehen, geben Sie bitte einen Durchschnittswert an.

Nutzen Sie noch weitere Instrumente im Qualitätsmanagement? *

Bitte wählen Sie nur eine der folgenden Antworten aus:

○ Ja
○ Nein

Welche zusätzlichen Instrumente nutzen Sie und wie häufig verwenden Sie diese? *

Beantworten Sie diese Frage nur, wenn folgende Bedingungen erfüllt sind:
Antwort war 'Ja' bei Frage '25 [Sonstige]' (Nutzen Sie noch weitere Instrumente im Qualitätsmanagement?)

Angabe der Instrumente und Häufigkeit der Nutzung

Werden Schulungen zu **sicherheitsrelevante Aspekte** (z.B. Arbeits-, Brand-, Strahlenschutz, Reanimation und Hygiene) **öfter** als gesetzlich vorgeschrieben durchgeführt? *

Bitte wählen Sie nur eine der folgenden Antworten aus:

◯ Ja
◯ Nein

Welche Schulungen führen Sie öfter als gesetzlich vorgeschieben durch und wie häufig?

Beantworten Sie diese Frage nur, wenn folgende Bedingungen erfüllt sind:
Antwort war 'Ja' bei Frage '27 [sicherheitsAspekte]' (Werden Schulungen zu sicherheitsrelevante Aspekte (z.B. Arbeits-, Brand-, Strahlenschutz, Reanimation und Hygiene) öfter als gesetzlich vorgeschrieben durchgeführt?)

Bitte geben Sie Ihre Antwort hier ein:

Angabe: **Anzahl /Jahr über** den gesetzlichen Vorgaben

Wie schätzen Sie die Wirkung der Instrumente des Qualitätsmanagements ein? *

Alle Ihre Antworten müssen unterschiedlich sein, und müssen zugeordnet sein.
Bitte nummerieren Sie jede Box in der Reihenfolge Ihrer Präferenz, beginnen mit 1 bis 10

- [ ] Begehungen
- [ ] Audits
- [ ] Benchmarks
- [ ] Qualitätszirkel
- [ ] Morbititäts- & Mortalitätskonferenzen
- [ ] Fehlermanagementsysteme (z.B. CIRS)
- [ ] Peer-Review-Verfahren
- [ ] Befragungstools
- [ ] Beschwerdemanagement
- [ ] (externe) Qualitätssicherung

Herzlichen Dank für Ihre Teilnahme!!!

Bei Fragen zu dem Projekt und den resultierenden Ergebnissen können Sie uns gerne unter folgender E-Mail-Adresse kontaktieren:

Handlungsempfehlungen.AMED@med.uni-heidelberg.de

Übermittlung Ihres ausgefüllten Fragebogens:
Vielen Dank für die Beantwortung des Fragebogens.

Anhang E: Profilmatrix

Teilnehmer ID	Fragen ID				
	a	b	c	d	e
	Gründe für Verzicht	Gründe für Nutzen	Wie findet eine Nutzung im Klinikalltag statt?	Praxisrelevanz und Nutzbarkeit verbessern	Neue Themen
1		gut erstellt, gut lesbar, gut verständlich Patientenperspektive im Fokus	wird regelmäßig genutzt z.B. im Beschwerde Management, Schulungen, Erstellen von Standards	vielleicht noch mehr Praxisempfehlungen zur Umsetzung	Fixierung von Patienten
2		Da Sie sinnvoll sind	OP-Checkliste, Tupfer etc.	Word-Fassungen um diese dann individuell anzupassen.	Datenschutz
3		Von Experten erarbeitet, praxisnah, verständlich, meist kostenlos	Empfehlungen werden ggf. direkt an die Fachabteilungen (z.B. Empfehlung an OP zur Vermeidung von Verwechslungen) oder auch Hausleitung (z.B. Einführung CIRS) weitergeleitet und nach Prüfung angepasst an die Gegebenheiten vor Ort umgesetzt.		Demenz, Wundmanagement, Statement zu Personaluntergrenzen
4		Nachvollziehbarkeit, Wirksamkeit in der Anwendung, das Rad nicht neu erfinden zu müssen	OP-, Arzneimittel- und Verwechslungssicherheit		Umgang mit Namensgleichen Patienten
5		Weil es gut elaborierte Themenfelder sind, von Fachleuten erarbeitete Empfehlungen	Die Frage verstehe ich nicht		
6		als Orientierungshilfe zur Erarbeitung von Standards, im Risikomanagement	z.T. über QM-Abteilung "Übersetzung" der Handlungsempfehlungen	knapper formulieren, Checklisten	Medikamentensicherheit, Geburtshilfe
7		best practice	Umsetzung in interne Regelungen	mehr Umsetzungsberichte in der Praxis (z.B. 4-Augen-Prinzip beim Medikamentenstellen), Beispiele für eine "Empfehlungskonforme" Umsetzung	
8		Die Empfehlungen sind als "Standard" anzusehen. Somit führt die Umsetzung auch zu mehr Rechtssicherheit.	Sie werden umgesetzt, vorher ggf. an die Rahmenbedingungen angepasst.		
9		Umfassende und sorgsam recherchierte Zusammenstellung zum jeweiligen Thema.	Die Handlungsempfehlungen fließen in die hauseigenen Verfahrensregelungen ein.	Nein	derzeit kein Bedarf

Teilnehmer ID	Fragen ID				
	a	b	c	d	e
	Gründe für Verzicht	**Gründe für Nutzen**	**Wie findet eine Nutzung im Klinikalltag statt?**	**Praxisrelevanz und Nutzbarkeit verbessern**	**Neue Themen**
10		Sehr gut recherchiert, sehr praxisnah, daher einfach zu adaptieren	Übernahme der Inhalte in Klinikums eigene VA und SOP Abgleich der Inhalte auf Korrektheit und Vollständigkeit mit eigenen Handlungsempfehlungen; Unterstützung bei der Überzeugung von Leitungspersonen (hohe Akzeptanz des APS); Schulung von Mitarbeitern	keine	Patient Blood Management (unbedingt!)
11		Praktikabel, sinnvoll	Umsetzung der Inhalte in Dokumente, Infoflyer, etc.		
12		Weil diese Handlungsempfehlungen einem breiten Konsens beruhen, aktuell und leicht verständlich sind.	Innerhalb des QM, insbesondere beim innerklinischen Risikomanagement		
13		Versicherung	ständig		
14		Weil sie einen Sinn haben! Patientensicherheit!	Es wurden einige Dinge neu eingesetzt bzw. angepasst.	Aus einigen Empfehlungen sollten Verpflichtungen werden.	
15		Sie helfen uns die Patientensicherheit zu erhöhen	Sie werden über die Abteilung Qualitätsmanagement/Risikomanagement in den Klinikalltag eingebracht		
16		Risikomanagement	Identifizierung von Risiken, Umsetzen von Maßnehmen zur Risikominimierung		
17	zu lang; teilweise zu komplex keine Möglichkeit Einbindung in die eigene Verfahrens-anweisungen (unter Verweis auf die Handlungsempfehlung des APS				Krankenhaushygiene (klinisches Risikomanagement) pflegerische Themen
18		Dient für mich als Roter Faden!	Die Handlungsempfehlungen werden als Arbeitsgrundlage in Projekt- und Arbeitsgruppen genutzt		
19		Optimierung der Abläufe zur Sicherheit der Patienten	Prüfung der Inhalte und Umsetzbarkeit Sofern noch keine Umsetzung sichergestellt, Planung und Sicherstellung der Umsetzung		
20		übersichtlich und verständlich	Richtlinie		

Teilnehmer ID	Fragen ID				
	a	b	c	d	e
	Gründe für Verzicht	Gründe für Nutzen	Wie findet eine Nutzung im Klinikalltag statt?	Praxisrelevanz und Nutzbarkeit verbessern	Neue Themen
21		um Prozesse und Abläufe sicherer zu machen	werden in internen Standards berücksichtigt		
22		- Unterstützend, um eigene Prozesse/Vorgehensweisen zu optimieren und die Patientensicherheit zu erhöhen bzw. hoch zu halten - Erfüllung des Patientenrechtegesetz	- Mitgeldende Dokumente in den betreffenden Prozessen, Arbeitsanweisungen und Standard (z.B. Risikomanagement, Fehlermeldesystem (CIRS), Sturzprävention, Arzneimitteltherapie, Eingriffsverwechslungen, Zählkontrolle), - Umsetzung der Empfehlungen	für mich so passend	derzeit keine aktuellen Themen
23		gute Broschüren, gut erklärt, nachvollziehbar	Checkliste Reden ist Gold wird bei uns eingesetzt Reden ist der beste Weg liegt aus Erstellung einer Verfahrensanweisung auf Basis der Handlungsempfehlung Patientensicherheit		
24		Gut aufbereitete Darstellungen.	Aushänge, Schulungen		
25		Gute und strukturierte Richtlinie	In Kombination mit klinikinternen Prozessen		Freiheitseinschränkende Maßnahmen
26		Die Gewährleistung der Patientensicherheit ist ein wesentlicher Teil unserer Unternehmens-/ Qualitäts- und Risikostrategie. Um dieses übergeordnete Ziel erreichen zu können, bedarf es Handlungsempfehlungen, wie die des APS, um entsprechend geeignete Maßnahmen wirksam planen und umsetzen zu können.	Die Nutzung erfolgt u. a. durch folgende etablierte Maßnahmen: - Betrieb eines klinikinternen Berichts- und Lernsystems (CIRS) - Betrieb eines klinischen Risikomanagementsystems - OP-Gebietskennzeichnung und Durchführung Team Time Out - Umsetzung von Zählkontrollen zur Vermeidung unbeabsichtigt belassener Fremdkörper im OP-Gebiet - Sturzassessment und Ableitung geeigneter Präventionsmaßnahmen - Nutzung einer Klinikarzneimittelliste sowie einer Software zur Sicherstellung der Arzneimitteltherapiesicherheit	Die Handlungsempfehlungen des APS sind praxisrelevant und gut nutzbar.	Derzeit keine.

Teil-nehmer ID	Fragen ID				
	a	b	c	d	e
	Gründe für Verzicht	Gründe für Nutzen	Wie findet eine Nutzung im Klinikalltag statt?	Praxisrelevanz und Nutzbarkeit verbessern	Neue Themen
27		Abbildung wichtiger Themenbereiche Gute Praxisnähe	Leitfaden mit guten Empfehlungen bei der Einführung und beim Betrieb	Verschiedene vorhandene Handlungsempfehlungen waren nicht bekannt und wurden erst durch diese Erhebung entdeckt: Newsletter?	Überwinden des "Gaps" zwischen Papierdokumentation und digitaler Dokumentation
28			Grundlage für die Umsetzung der schon etablierten Sicherheitschecklisten		
29		relevante Inhalte	werden in das alltägliche Arbeiten integriert		
30		Diese sind fachlich sehr fundiert, von Experten, die auch in der Praxis tätig sind, erstellt und sehr praxisnah. Außerdem sind sie nicht zu umfangreich, sondern bringen die Themen gut auf den Punkt, sodass man sich damit gut auseinander setzen kann.	Da wir Mitglied im Aktionsbündnis Patientensicherheit sind, sichten wir alle Handlungsempfehlungen und beteiligen uns stellenweise auch an der Kommentierung in der Phase der Erstellung. Je nachdem welches Thema die Handlungsempfehlung betrifft, wird diese mehr oder weniger in Form einer praktischen Anwendung genutzt. Generell werden aber alle Handlungsempfehlungen im Hinblick auf Verbesserungen im eigenen Haus durchgearbeitet. Bisher haben wir keine Handlungsempfehlung komplett für unsere Klinik übernommen	Mehr Übersichten, Checklisten, VA#S etc. zur Verfügung stellen, um die Anwendung zu erleichtern.	Patientenidentifikation, Themen zur Hygiene (z.B. Händedesinfektion)
31		Zur Orientierung	Umsetzung in SOPs		
32		sind sehr gut und anerkannt	Integration in Formulare bzw. Checklisten		
33		gut verständliche und umsetzbare Empfehlungen	Umsetzung soweit es die lokalen Gegebenheiten zulassen, bzw. Projekte zur Anpassung der Gegebenheiten		
34		Erhöhung der Patientensicherheit	Nach Schulung und Bewusstmachung findet sich ein hoher Nutzungsgrad		
35		Einfach und gut umzusetzen	OP CL, Luer		

Teilnehmer ID	Fragen ID				
	a	b	c	d	e
	Gründe für Verzicht	Gründe für Nutzen	Wie findet eine Nutzung im Klinikalltag statt?	Praxisrelevanz und Nutzbarkeit verbessern	Neue Themen
36		Sie enthalten komprimierte, themenbezogene Informationen. Sie geben gute Anregungen und helfen zur Vollständigkeit von internen Regelungen.	Nutzung bei der internen Erstellung von Verfahrensanweisungen. Hilfe bei der Umsetzung, z.B. bei der Umstellung auf verwechslungssichere Verbinder.		Pflegerische Übergabe, Delegation ärztlicher Tätigkeiten
37		für Anregungen zur Erstellung von hausinternen SOPs/ Standards in Bezug auf Patientensicherheit und klinisches Risikomanagement	fließen in hausinterne Regelungen ein teilweise als Download intern zur Nutzung für alle Mitarbeiter gespeichert		
38		weil es für die valide Quelle zum Thema Patientensicherheit ist	aus Grundlage zur Erarbeitung eigener Prozesse und Anleitungen		
39		Gut und klar strukturiert interessante und aktuelle Themen	Einbeziehung in Verfahrensanweisungen	kurz und knapp, nicht zu viele Seiten. Besonders sind die vielen Bilder!	Was gehört zu einer ärztlichen Aufklärung, welche Fragen sind für Patienten wichtig, mit Checkliste
40		Bekanntheit	Time-Out vor OP	Download der Checklisten im selbst editierbaren Format erleichtern zur Anpassung an Haus-Layouts	
41		Riskomanagement ist ein fester Bestandteil unseres QM. Anregungen aus dem APS werden gerne aufgenommen	z.B. Patientenarmbänder zur sicheren Identifikation		
42		Vorgabe für interne Anweisungen	interne Umsetzung		
43		Zur Erhöhung der Patientensicherheit. Einheitliche Anwendung von Expertenstandards.	Handlungsempfehlungen werden in Form von AA und Leitlinien umgesetzt.		
44		Professionelle Aufarbeitung von Themen des Alltags im Krankenhaus als Basis für die Entwicklung eigener Strategien.	Empfehlungen sollen zukünftig in Standards / SOP des Hauses einfließen		
45		hinreichende externe Evidence; Anregung zum "genauer hinsehen"	Orientierung, Risikoanalyse und Ableitung von Maßnahmen mit hinreichender Evidence	mehr Praxisbeispiele (z.B. 4-Augen-Prinzip beim AM-Stellen). "Wie machen‘s andere?"	Betäubungsmittel, Kommunikation

Teil-nehmer ID	Fragen ID				
	a	b	c	d	e
	Gründe für Verzicht	Gründe für Nutzen	Wie findet eine Nutzung im Klinikalltag statt?	Praxisrelevanz und Nutzbarkeit verbessern	Neue Themen
46					die bislang bestehenden sind bereits nicht alle ohne weiteres umsetzbar. Da durch neue weitere Handlungsempfehlungen die "Latte weiter hoch gesetzt" würde, haben wir keinen Bedarf. Dennoch ist der Umgang mit Heimbeatmungsgeräten bei Pat. im stationären Aufenthalt ein zurzeit nicht rechtskonform lösbares Problem.
47		Zur Verbesserung der Patientensicherheit und somit zur Verbesserung der Patientenversorgung.	Das Aktionsbündnis Patientensicherheit hat die Handlungsempfehlung Einführung von Patienten-Identifikationsarmbändern während des Krankenhausaufenthaltes. Das [Krankenhaus] kommt dieser Empfehlung nach und möchte durch die Einführung von Patienten-Identifikationsarmbändern Ihre Sicherheit verbessern. Daher empfiehlt das UKS, dass jeder Patient jeden Tag ein Patienten-Identifikationsarmband trägt.		
48		Verbesserung der Patientenversorgung	Umsetzung durch Schulungen, Übernahme in bereits vorhandene Verfahrensanweisungen, praktische Umsetzung und Überprüfung durch interne Audits		

Teilnehmer ID	Fragen ID				
	a	b	c	d	e
	Gründe für Verzicht	Gründe für Nutzen	Wie findet eine Nutzung im Klinikalltag statt?	Praxisrelevanz und Nutzbarkeit verbessern	Neue Themen
49		Die Patientensicherheit hat herausragende Bedeutung - nicht nur für die Patientensicherheit. Die Handlungsempfehlungen des Aktionsbündnisses unterstützen die Arbeit des Qualitäts- und Risikomanagements durch praktisch sinnvolle und gute umsetzbare Empfehlungen, erhöhen oft genug auch die Rechtssicherheit im Umgang mit den Patienten und bewirken mittelbar die Möglichkeit von Vorteilen gegenüber der Haftpflichtversicherung, indem der eine oder andere Haftpflichtfall durch die Prävention gar nicht erst eintrifft. Schließlich ist es ferner denkbar, dass hierdurch auch das Image des Krankenhauses profitiert.	Wir haben sehr vieles konkret umgesetzt, z.B. das Team time out und andere Regelungen zur Vermeidung der Verwechslung, wie Patientenarmband, Markierung der OP-Seite durch den Arzt, jeder Tupfer zählt etc. Außerdem hatten wir zwei erfolgreiche Risikoaudits durch die GRB im OP und in der Geburtshilfe.	ich bin sehr zufrieden	
50		Verbesserung der Patientenversorgung	Schulungen, Übernahme in bestehende Verfahrensanweisungen, Umsetzung gesetzlicher Anforderungen, Auditierung		
51		Fundierte Informationsquellen Praxisbezogene Vorlagen Unterstützung bei der Einführung von Methoden, die die Patientensicherheit erhöhen Gute Diskussionsgrundlage bei Differenzen	Sie sind Grundlage bei der Erstellung von neunen Handlungsanweisungen		
52		Sinnvolle Ergänzung und kompakte Information	Zur Überprüfung bestehender VAen, Erstellung von VAen, Argumentationsgrundlage		
53		fundierte Grundlage zur Erarbeitung von internen Leitlinien/ Standards, in der Umsetzung der Strukturen des Qualitäts-Risikomanagements	Beachtung mit Verweis in hausinternen Leitlinien/ Standards, Kommissionen, weiteren Gremien		Delirmanagement

Teilnehmer ID	Fragen ID				
	a	b	c	d	e
	Gründe für Verzicht	Gründe für Nutzen	Wie findet eine Nutzung im Klinikalltag statt?	Praxisrelevanz und Nutzbarkeit verbessern	Neue Themen
54		wissenschaftlich belegt, verständlich geschrieben, anschaulich aufbereitet	Schulung von Mitarbeitern, Argumentationshilfe z.B. ggü. der Verwaltung (Investition Patientenident-Drucker)	-	Hygiene
55	Zu wenig Information zum Thema				
56		Die Handlungsempfehlungen behandeln aktuelle Themen. Sie sind praxisnah und gut zu vermitteln	Übernahme von Abläufen in Verfahrensanweisungen und Prozessbeschreibungen; Unterlage zu Schulungen Information für Qualitäts- und Risikomanagement Hinweise für Mitarbeiter zur Internetseite APS		
57		Sie geben einen jeweils aktuellen Rahmen des "State of the Art"	In geringem Umfang, da ausschließlich Psychiatrische Behandlung stattfindet. Für diesen Bereich und vorkommende somatische Gefährdungen.	Nein	Kontextualisierung auch auf Psychiatrische Kliniken, Stationäre und ambulante Versorgung (z. B. Intensivbeatmung in der Wohngemeinschaft, Fixierungen etc.)
58		leicht verständlich	als Vorlage für Verfahrensanweisungen u. a.		
59		Erhöhung der Patientensicherheit auf Basis von VAs, Checklisten und Ähnlichem	direkte Umsetzung in der Praxis, z.B. Sicherheitscheckliste im OP	nein	Patientenaufklärung
60		Wissenschaftlich validierte, praktikable Empfehlungen, die gut in den Klinikalltag zu integrieren sind und im Hinblick auf das klinische Risikomanagement die Patientensicherheit erhöhen.	Wissenschaftlich validierte, praktikable Empfehlungen, die gut in den Klinikalltag zu integrieren sind und im Hinblick auf das klinische Risikomanagement die Patientensicherheit erhöhen.		
61		Neuste Erkenntnisse, Praxisnah	Arzneimitteltherapiesicherheit, Patientensicherheit, Einführung und Weiterentwicklung Risikomanagement, Eingriffsverwechslungen		

Teil-nehmer ID	Fragen ID				
	a	b	c	d	e
	Gründe für Verzicht	Gründe für Nutzen	Wie findet eine Nutzung im Klinikalltag statt?	Praxisrelevanz und Nutzbarkeit verbessern	Neue Themen
63		Handlungsempfehlungen sind kurz, knapp, präzise, fachlich korrekt Zeitersparnis für eigene Recherche und Erstellung von Handlungsempfehlungen	Aushändigen der Broschüren an Patienten und Angehörige = z.B. Sturzprophylaxe im Krankenhaus Im Rahmen von Innerbetriebliche Fortbildungen Als Grundlage bzw. Anlage für interne Arbeitsanweisungen	nein	
64		Patientensicherheit zu gewährleisten Risiken zu bewerten	durch Checklisten und Standards	keine	keine
65		Kurze, präzise und verständliche Informationen zu einzelnen Themen	Weitergabe von Informationen	Wir finden die Handlungsempfehlungen sehr informativ. Themen werden kurz und bündig dargestellt.	
66		um möglichen Schaden vom Patienten abzuwenden und dem Personal strukturierte, einheitliche Verfahren an die Hand zu geben	Viele Handlungsempfehlungen wurden durch die Implementierung unseres Qualitäts- und Risk-Managementsystems umgesetzt	zur Zeit keine	zur Zeit keine
67		Gut konsetierte und abgesicherte, praxisbezogene Empfehlungen.	Einbezug in interne Verfahrens- und Arbeitsanweisungen, Grundlage in der Strategiediskussion (RM, QM,...)		
68		Weil Sie kurz, aktuell und gut zu verstehen sind. Von sehr Fachkompetenten Personen und Arbeitskreisen entwickelt werden. Eine hohe Akzeptanz bei Patienten, Angehörigen und Mitarbeitern finden.	Werden in Teambesprechungen und Qualitätszirkeln vorgestellt. Unterstützung im CIRS-Auswertungsteam. Argumentationsleitfaden für Entscheidungen. Mitglied im Aktionsbündnis Patientensicherheit. Eine Pflegeexpertin ist Mitglied im AK Arzneitherapiesicherheit.		
69		Sicherheit für Patienten und Personal.	Mitarbeiter werden durch interne Schulungen mit den Handlungsempfehlungen vertraut gemacht.	Bisher konnten die Handlungsempfehlungen Problemlos umgesetzt werden.	
70		gut recherchierte und praxisbezogene Inhalte die gut umzusetzen sind und Patientensicherheit zum Ziel haben	finden sich in Verfahrensanweisungen wieder sowie im Risikomanagement	nein	Deeskalation - Umgang mit Gewalt in der Klinik Umgang mit alten desorientierten Menschen im Akutkrankenhaus (Demenz)

Teilnehmer ID	Fragen ID				
	a	b	c	d	e
	Gründe für Verzicht	Gründe für Nutzen	Wie findet eine Nutzung im Klinikalltag statt?	Praxisrelevanz und Nutzbarkeit verbessern	Neue Themen
71		- sehr gute Inhalte komprimiert und verständlich zusammengestellt - hochwertiges Layout - wird von Mitarbeitern und Patienten akzeptiert	werden im hauseigenen Intranet zur Verfügung gestellt im QM-Schulungen wird auf die Publikationen verwiesen	Veröffentlichung sollte stets in einem definierten Setting durchgeführt werden (Langversion, Kurzversion, Handout, Präsentation, Flyer, Poster, ...). Für mich als Qualitätsmanager ist es wichtig mehrere Alternativen für QM-Schulungen, QM-Seminare, QM-Unterricht, usw. zu haben, die ich zielgruppenspezifisch (Mitarbeiter, Patienten, Angehörige, Schüler, Studenten, ...) einsetzen kann.	Deeskalation/Gewalt/Aggression Demenz Reanimation Entlassmanagement …
72		zur Steigerung der Patientensicherheit	durch entsprechende verbindliche Standards		
73					?
74		Meist gut und kondensiert aufbereitete, umfassende Information zu den jeweiligen Themen	Überarbeitung von Abläufen (z.B. Beschaffungsprozess), von Verfahren im klinischen und außerklinischen Prozess, als Material für Schulung	Zu bestimmten Themen (v.a. Anforderungen an klinische Risikomanagementsysteme im Krankenhaus) aus unserer Sicht überbordende Vorschläge und zu theoretisch (eigentlich keine Handlungsempfehlung)	?
75		um z. B. Patientenverwechslungen zu verhindern	Einführung von Patientenarmbändern für stationäre Patienten		
76		Wegen der guten Inhalte	Unterschiedlicher Ausprägung	GGf. mit Videoclips untermauern	Endoskopie- Umgang mit Histologie
77		Um mich über bestimmte Themen zu informieren und Wissen zu erlangen	je nach Thema unterschiedlich	Finde die Handlungsempfehlungen sehr gut und übersichtlich	Pflichtfortbildungen im Krankenhaus, Gefährdungsbeurteilungen, BTM Gesetz Umsetzung
78		strukturiert aufgestellt	praktisch absolut anwendbar		
79		Informationen für Mitarbeiter und Patienten	Im Rahmen von Veranstaltungen z.B. Tag der Patientensicherheit oder Fortbildungen		QM und Zentren - Datenschutz - Katastrophenfall

Teilnehmer ID	Fragen ID				
	a	b	c	d	e
	Gründe für Verzicht	Gründe für Nutzen	Wie findet eine Nutzung im Klinikalltag statt?	Praxisrelevanz und Nutzbarkeit verbessern	Neue Themen
80		Für das Qualitäts- und Risikomanagement werden Ihre Handlungsempfehlungen in Arbeits- und Verfahrensanweisungen eingearbeitet. Ihre Informationen werden zur Mitarbeiterschulungen und Patienteninformation eingesetzt.	Für das Qualitäts- und Risikomanagement werden Ihre Handlungsempfehlungen in Arbeits- und Verfahrensanweisungen eingearbeitet. Ihre Informationen werden zur Mitarbeiterschulungen und Patienteninformation eingesetzt.		Umgang mit Personalmangel
81	noch nicht besprochen und bearbeitet				
82		Um bzgl. der Patientensicherheit einen möglichst hohen Standard aufrecht zu erhalten.	Die Handlungsempfehlungen sind Teil gültiger Verfahrensanweisungen, Dienstanweisungen etc, Veröffentlichungen im Intranet	Es findet insgesamt eine zu starke Zer-gliederung von An-forderungen statt. Jede Fachgesellschaft, Amt , etc. entwickelt unabhängig weitere Kriterien, die erfüllt werden sollen. Ziel müsste eine zentrale Stelle sein, die besonders zum Thema Patienten-sicherheit den Standard festlegt.	Zu allen Prozessen, die nachweislich besonders risikobehaftet sind. Dazu z.B. Daten der Haftpflichtversicherer nutzen?
83		Risikominimierung, Patientensicherheit erhöhen, Prozesse optimieren, Vorgaben aus Zertifizierungsverfahren	Prozesse, Dokumente werden entsprechen der Vorgaben angepasst und neu etabliert.		
84					Patientenidentifikation bei Kindern oder nicht-ansprechbaren Patienten (z.B. dement), Medikation
85		Zur Verbesserung der Patientensicherheit.	Umsetzung der Empfehlung, das Patienten ein Patientenidentifikationsarmband tragen.	Vorstellung der Handlungsempfehlung in den Kliniken.	
86		Gute Information.	In Verfahrensanweisungen integriert.		

Anhang F: Umsetzungsgrade der Handlungsempfehlungen

absolute & relative Häufigkeiten:

	Umsetzungsgrad											
	0	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**Missing**
Digitalisierung und Patientensicherheit (n=46)	6 (13,4 %)	2 (4,4 %)	3 (6,5 %)	5 (10,9 %)	3 (6,5 %)	**8 (17,4 %)**	4 (8,7 %)	3 (6,5 %)	6 (13,0%)	1 (2,2 %)	3 (6,5 %)	2 (4,4 %)
Patientensicherheit bei der Anwendung von Medizin-produkten fördern (n=52)	3 (5,8 %)	1 (1,9 %)	1 (1,9 %)	5 (9,6 %)	1 (1,9 %)	9 (17,3 %)	0 (0,0 %)	7 (13,5 %)	8 (15,4 %)	2 (3,9 %)	**10 (19,2 %)**	5 (9,6 %)
Umsetzung der Einweisungsverpflichtung für Medizinprodukte (n=66)	2 (3,0 %)	1 (1,5 %)	2 (3,0 %)	2 (3,0 %)	1 (1,5 %)	5 (7,6 %)	4 (6,1 %)	3 (4,6 %)	15 (22,7 %)	9 (13,6 %)	**16 (24,2 %)**	6 (9,1 %)
Umstellung von Luer-Verbinder auf verwechslungssichere Verbinder (n=44)	7 (15,9 %)	1 (2,3 %)	1 (2,3 %)	0 (0,0 %)	1 (2,3 %)	5 (11,4 %)	2 (4,6 %)	1 (2,3 %)	5 (11,4 %)	1 (2,3 %)	**15 (34,1 %)**	5 (11,4 %)
Einrichtung und erfolgreicher Betrieb eines Berichts- und Lernsystems (CIRS) (n=75)	4 (5,3 %)	1 (1,3 %)	1 (1,3 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	2 (2,7 %)	4 (5,3 %)	2 (2,7 %)	11 (14,7 %)	8 (10,7 %)	**34 (45,3 %)**	8 (10,7 %)
Intravenöse Applikation von Vincristin (n=24)	**8 (33,3 %)**	0 (0,0 %)	2 (8,3 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	3 (12,5 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	1 (4,2 %)	1 (4,2 %)	1 (4,2 %)	4 (16,7 %)
klinische Risikomanagementsysteme (n=73)	1 (1,4 %)	1 (1,4 %)	3 (4,1 %)	1 (1,4 %)	2 (2,7 %)	3 (4,1 %)	8 (11,0 %)	9 (12,3 %)	**16 (21,9 %)**	5 (6,9 %)	14 (19,2 %)	10 (13,7 %)

	Umsetzungsgrad											
	0	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**Missing**
Arzneimitteltherapiesicherheit im Krankenhaus (n=69)	2 (2,9 %)	1 (1,5 %)	0 (0,0 %)	3 (4,4 %)	1 (1,5 %)	7 (10,1 %)	5 (7,3 %)	10 (14,5 %)	**14 (20,3 %)**	8 (11,6 %)	9 (13,0 %)	9 (13,0 %)
Patientensicherheit durch Prävention medizinproduktassoziierter Risiken (n=36)	**6 (16,7 %)**	1 (2,8 %)	3 (8,3 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	4 (11,1 %)	3 (8,3 %)	4 (11,1 %)	5 (13,9 %)	5 (13,9 %)	2 (5,6 %)	3 (8,3 %)
Vermeidung von Stürzen älterer Patienten (n=62)	2 (3,2 %)	0 (0,0 %)	1 (1,6 %)	0 (0,0 %)	1 (1,6 %)	2 (3,2 %)	2 (3,2 %)	5 (8,1 %)	7 (11,3 %)	11 (17,7 %)	**22 (35,5 %)**	9 (14,5 %)
Checkliste „Prävention von Stürzen“ (n=49)	3 (6,1 %)	1 (2,0 %)	1 (2,0 %)	0 (0,0 %)	1 (2,0 %)	2 (4,1 %)	3 (6,1 %)	5 (10,2 %)	3 (6,1 %)	6 (12,2 %)	**18 (36,7 %)**	6 (12,2 %)
Oral appliziertes Methotrexat (n=25)	**6 (24,0 %)**	1 (4,0 %)	1 (4,0 %)	0 (0,0 %)	2 (8,0 %)	1 (4,0 %)	1 (4,0 %)	3 (12,0 %)	4 (16,0 %)	1 (4,0 %)	2 (8,0 %)	3 (12,0 %)
Eingriffsverwechslungen in der Chirurgie (n=68)	1 (1,5 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	1 (1,5 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	8 (11,8 %)	13 (19,1 %)	**36 (52,9 %)**	9 (13,2 %)
Vermeidung unbeabsichtigt belassener Fremdkörper im OP-Gebiet (n=59)	1 (1,7 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	1 (1,7 %)	1 (1,7 %)	7 (11,9 %)	10 (17,0 %)	**34 (57,6 %)**	5 (8,5 %)

Anhang G: Nutzungshäufigkeit der Instrumente im Qualitätsmanagement

Absolute & relative Häufigkeiten:

	Nie	< 1x im Jahr	Jährlich	Quartals-weise	Monat-lich	< 1x im Monat	Immer (24/7)
Begehungen	3 (3,0 %)	2 (2,0 %)	37 (37,0 %)	29 (29,0 %)	15 (15,0 %)	11 (11,0 %)	3 (3,0 %)
Audits	4 (4,0 %)	3 (3,0 %)	43 (43,0 %)	20 (20,0 %)	19 (19,0 %)	8 (8,0%)	3 (3,0 %)
Benchmarks	10 (10,0 %)	15 (15,0 %)	38 (38,0 %)	27 (27,0 %)	4 (4,0 %)	2 (2,0 %)	4 (4,0 %)
Qualitätszirkel	3 (3,0 %)	1 (1,0 %)	8 (8,0 %)	55 (55,0 %)	24 (24,0 %)	6 (6,0 %)	3 (3,0 %)
Morbiditäts- & Mortalitätskonfe-renzen	6 (6,0 %)	8 (8,0 %)	27 (27,0 %)	12 (12,0 %)	7 (7,0 %)	2 (2,0 %)	38 (38,0 %)
Fehlermanage-mentsysteme	2 (2,0 %)	1 (1,0 %)	5 (5,0 %)	6 (6,0 %)	15 (15,0 %)	8 (8,0 %)	63 (63,0 %)
Peer-Review-Ver-fahren	39 (39,0 %)	16 (16,0 %)	37 (37,0 %)	5 (5,0 %)	1 (1,0 %)	1 (1,0 %)	1 (1,0 %)
Befragungstools	5 (5,0 %)	8 (8,0 %)	27 (27,0 %)	12 (12,0 %)	7 (7,0 %)	2 (2,0 %)	38 (38,0 %)
Beschwerdema-nagement	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	1 (1,0 %)	2 (2,0 %)	9 (9,0 %)	3 (3,0 %)	85 (85,0 %)
EsQs	2 (2,0 %)	2 (2,0 %)	13 (13,0 %)	13 (13,0 %)	6 (6,0 %)	2 (2,0 %)	62 (62,0 %)

N= 100

Median:

Instrumente im Qualitätsmanagement	Median
Begehungen	Quartalsweise
Audits	Jährlich/Quartalsweise
Benchmarks	Jährlich
Qualitätszirkel	Quartalsweise
Morbiditäts- & Mortalitätskonferenzen	Quartalsweise
Fehlermanagementsysteme (CIRS)	Immer (24/7)
Peer-Review-Verfahren	Weniger als 1x im Jahr
Befragungstools	Quartalsweise
Beschwerdemanagement	Immer (24/7)
(externe) Qualitätssicherung	Immer (24/7)

Anhang H: Sonstige Instrumente im Qualitätsmanagement

Kategorie	Nennungen der Studienteilnehmer
Zertifizierungen/ Audits	Layered Prozess Audits Fachzertifizierungen QM-Zertifizierungen Zertifizierungsverfahren Risikoaudits Dokumentationsaudits
Analysen	Datenanalyse Patientenaktenanalysen Dokumentenchecks Risikoanalysen (FMEA/turtle) Analyse besonderer Vorkommnisse (Londoner Protokoll)
Sitzungen /Besprechungen	Projektmanagement Arbeitsgruppen in Zentren Qualitätskommission Interne Sitzungen mit PDL und HFK Fallbesprechungen Lenkungsgruppensitzungen Koordinierungssitzungen Themenbezogene Arbeitskreise
Risiko- & Prozessmanagement	Risikomanagement (klinisch/ökonomisch) Prozessmanagement Compliencemanagement Risikoprävention
Zukunftsausrichtung	Organisationsentwicklung Strategietagung Qualitätsziele Managementbewertung Selbstbewertung
Schulungen	Fortbildungen- Lehren- Ausbilden
Freiwillige Qualitätssicherung	IQM ICOSMOS ANDOK HOPE GEMIDAS QKK
Befragungstool	Einweisungs- & Mitarbeiterbefragung

Eigenständigkeitserklärung

„Bezüglich meiner Arbeit mit dem oben genannten Thema erkläre ich hiermit, dass ich

1. . die Arbeit selbstständig verfasst habe,
2. keine anderen als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel benutzt und alle wörtlich oder sinngemäß übernommenen Textstellen als solche kenntlich gemacht habe.

Heidelberg, den 14. Februar 2019

Frauke Leupold

Frauke Leupold

AKTIONSBÜNDNIS
PATIENTENSICHERHEIT

Das APS finanziert sich durch Mitgliedsbeiträge und Spenden.

Als gemeinnützige Organisation ist das APS berechtigt,
Zuwendungsbestätigungen / Spendenbescheinigungen auszustellen.

Bankverbindung
Sparkasse Köln Bonn
BLZ 37050198
Konto 1902397528
IBAN: DE95 3705 0198 1902 3975 28
BIC: COLSDE33XX

Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V.
Am Zirkus 2
10117 Berlin
Fon + 49 (0)30 3642 816 0
Fax + 49 (0)30 3642 816 11
info@aps-ev.de
www.aps-ev.de