



Nicht, was die Dinge ...

... wirklich sind, sondern was sie für uns in unserer Auffassung sind, macht uns glücklich oder unglücklich.

Arthur Schopenhauer,  
1788-1860

# Patientensicherheit zwischen Evidenz und Wahrnehmung

## Objektive und subjektive Sicherheit im Krankenhaus

Erfreulicherweise findet das Thema Patientensicherheit seit einigen Jahren stärkere Beachtung bei Angehörigen der Gesundheitsberufe, innerhalb der Gesellschaft und in der politischen Diskussion und Gesetzgebung. Allen voran die Patienten selbst und patientenorientierte Organisationen wie das Aktionsbündnis Patientensicherheit haben maßgeblich dazu beigetragen, dass Qualitätsmängel oder sogar kritische Ereignisse und Behandlungsfehler auch im hochentwickelten deutschen Gesundheitssystem als relevantes und systematisches Problem erkannt werden. Der dringend notwendige Kulturwandel im deutschen Gesundheitswesen weg von einer individualisierten Schuldkultur hin zu einer konstruktiven Fehler- oder Sicherheitskultur ist damit angestoßen, aber bei Weitem noch nicht abgeschlossen.

Nils Löber

**D**ie Erkenntnis um Defizite in der Gesundheitsversorgung und die Bereitschaft, diesen Defiziten mit sinnvollen und wirkungsvollen Veränderungen zu begegnen, zeigen sich in den steigenden Bemühungen vieler Krankenhäuser, Maßnahmen zur Förderung der Patientensicherheit zu entwickeln, zu implementieren und darüber zu berichten. Auch die positive Wirkung von Patientensicherheitsmaßnahmen in der Öffentlichkeit und ihre Funktion als Marketinginstrument haben dazu beigetragen, das früher häufig ignorierte Thema defizitärer Leistungserstellung bzw. die Vermeidung selbiger aus dem Schatten in den stra-

tegischen Fokus von Krankenhäusern zu heben. Externe, z.B. vergütungsrelevante, Anreize zur Förderung patientensicherheitserhöhender Maßnahmen seitens der Krankenversicherungen erleichtern Qualitäts- und Risikomanagern darüber hinaus die Argumentation für Investitionen in die Patientensicherheit gegenüber den Krankenhausleitungen.

### Unterschiede zwischen objektiver und subjektiver Behandlungssicherheit

Die relative Neuheit von Konzepten und Maßnahmen zur Förderung der Patientensicherheit und die allgemeine Problematik,

Sicherheit zu „messen“, zeigt sich sowohl in der deutschsprachigen als auch internationalen Literatur zur Patientensicherheit: Forschungsansätze nutzen vermehrt Interventionsstudien, um zu belegen, dass eine spezifische Intervention (mit erhoffter positiver Wirkung auf die Patientensicherheit) die Unsicherheit (z.B. ausgedrückt durch die Anzahl auftretender unerwünschter Ereignisse) vermindert. Die monokausale Zuordnung der Unsicherheitsreduktion zur konkreten Intervention erweist sich dabei häufig als schwierig. Anders ausgedrückt: Nur wenige Maßnahmen zur Förderung der Patientensicherheit konnten diese auch wirklich nachweislich verbessern; zu zahlreichen anderen Interventionen ist die empirische Evidenz diesbezüglich entweder nicht gegeben oder fragwürdig. Die Anwendung der von der WHO entwickelten und verbreiteten Checkliste zur Vermeidung von Eingriffsverwechslungen hat z.B. in den Niederlanden die OP-bedingte Komplikationsrate (hier: Mortalität) nachweislich um 50% reduziert<sup>1</sup>; elektronische Programme und Datenbanken zur Entscheidungsunterstützung beispielsweise können unerwünschte Arzneimittelinteraktionen voraussagen<sup>2</sup>. Armbänder zur Patientenidentifikation hingegen, denen man intuitiv ebenso eine sicherheitssteigernde Wirkung durch Verringerung von Patientenverwechslungen zuschreiben würde, konnten die Patientensicherheit empirisch noch nicht uneingeschränkt nachweisbar erhöhen<sup>3,4</sup>. Aufgrund fehlender systematischer Melderegister für medizinische Schadensfälle in Deutschland und der beschriebenen Messproblematik von Patientensicherheit ist auch die Datenlage hierzulande unklar: „Wir wissen nicht, wie viele Fehler wir wirklich reduzieren“, konstatierte die Vorsitzende des Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V. Hedwig Francois-Kettner anlässlich des Zehn-Jahres-Jubiläums des Vereins im Frühjahr 2015 in Berlin.

Trotzdem wissen Krankenhäuser, die sich aktiv mit Maßnahmen zur Erhöhung der Patientensicherheit beschäftigen, dass die objektive Behandlungssicherheit und die patientenseitig wahrgenommene Si-

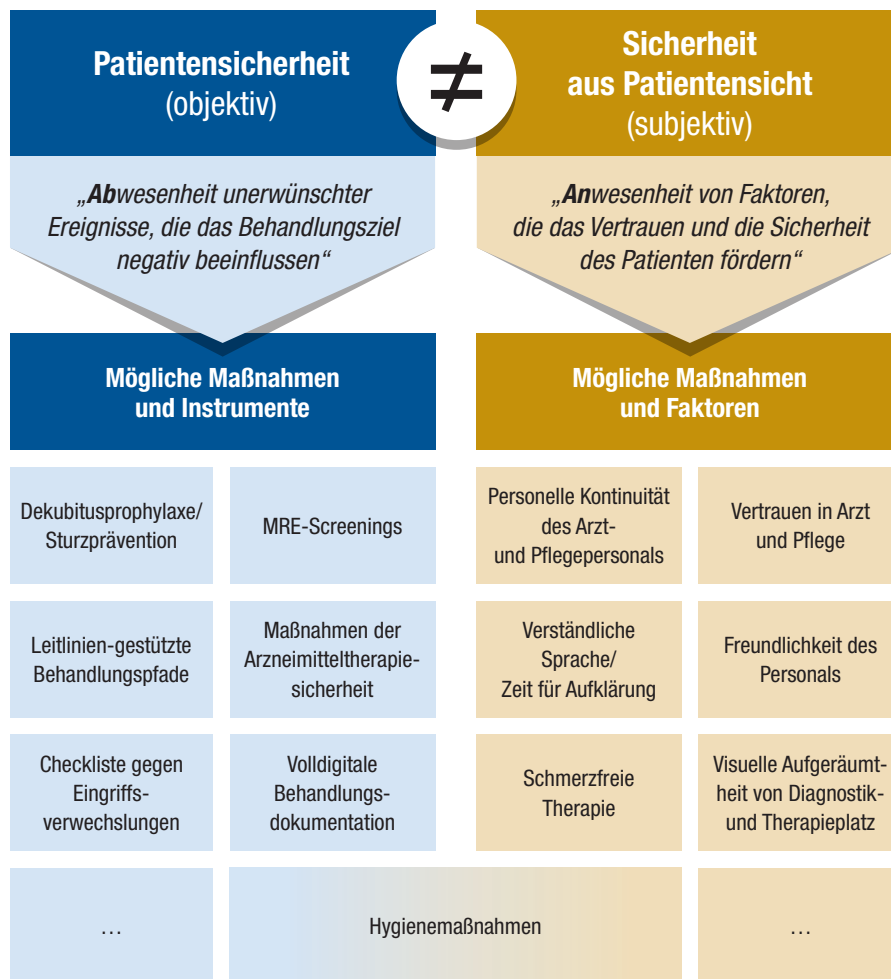


Abbildung 1: Maßnahmen und Elemente subjektiver und objektiver Behandlungssicherheit im Krankenhaus.  
Quelle: Eigene Darstellung

cherheit selten deckungsgleich sind. Denn jenseits der empirischen und objektiven Güte vermeintlich patientensicherheitsfördernder Maßnahmen hat der Patient einen ganz eigenen Blick auf Sicherheit und Risiken im Krankenhaus und beurteilt seine Sicherheit oder Unsicherheit naturgemäß sehr subjektiv<sup>5</sup>. Dabei spielen Kategorien und Aspekte (wie z.B. Freundlichkeit des Personals oder Farb- und Lichtgestaltung im Patientenzimmer) häufig eine zweifelhafte Rolle: Sie können zwar eine psychologisch positive und heilungunterstützende Wirkung haben, müssen jedoch nicht zwangsläufig auch objektiv die Behandlungssicherheit verbessern (oder

entsprechende Studien und Ergebnisse stehen noch aus). Darüber hinaus zeigt sich eine mehr oder weniger große Diskrepanz zwischen den teils komplexen und erklärungsbedürftigen evidenzgestützten Maßnahmen der Patientensicherheit und solchen Aspekten der Leistungserstellung im Krankenhaus, die der Patient subjektiv als vertrauens- und sicherheitsfördernd empfindet. Abbildung 1 zeigt beispielhaft Aspekte beider (objektiver und subjektiver) Sicherheitssphären im klinischen Kontext, wobei einzelne Aspekte gleichzeitig sowohl subjektiv als auch objektiv relevant und förderlich für die Patientensicherheit sein können.

## Konsequenzen für das Krankenhausmanagement: Intelligente Investition in effektive Maßnahmen der (subjektiven und objektiven) Behandlungssicherheit im Krankenhaus

Die fehlende Deckungsgleichheit zwischen objektiver und subjektiver Sicherheit führt zu einem Konflikt auf strategischer Ebene des Krankenhausmanagements, der sich gut als Frage umschreiben lässt: Ist die Investition in Maßnahmen, die objektiv die Patientensicherheit fördern, aber vom Patienten nicht als solche wahrgenommen werden, sinnvoller als die Förderung von Elementen, die zwar subjektiv das Empfinden des Patienten bezüglich Sicherheit verbessern, jedoch nicht zwangsläufig einen nachgewiesenen sicherheitsfördernden Effekt haben?

Die Auflösung dieses Konflikts gelingt dann, wenn ein gesundes Verständnis für beide Perspektiven der Patientensicherheit entwickelt wird: Einerseits die verbesserte Aufklärung des Patienten auch

über komplexe Maßnahmen und Prozessschritte, die wissenschaftlich nachweislich der Patientensicherheit dienen und andererseits die Wahrnehmung der Gefühle des hilfeschuchenden Patienten in einer menschlich und räumlich eher funktional und technisch geprägten Krankenhausumgebung. Dabei ist die Integration des Patienten ein entscheidender Erfolgsfaktor für die Steigerung der objektiven und auch subjektiven Behandlungssicherheit im Krankenhaus. Hierfür müssen Patienten aktiv darüber informiert werden,

- welche Maßnahmen der Patientensicherheit etabliert sind und
- welche Beteiligungsmöglichkeiten des Patienten für eine Verbesserung seiner Sicherheit

bestehen. In der Folge steigen, zumindest bei einigen Patientengruppen, das persönliche Involvement und die Sensibilisierung für Risiken und Sicherheitsaspekte bei der Krankenhausbehandlung. Diese erhöhte Sensibilisierung kann – bei vorheriger Kommunikation sinnvoller und umsetzbarer Partizipationsmöglichkeiten – auch den Aktivierungs- und „Wach-

heitsgrad“ des Patienten bezüglich seiner individuellen Behandlungssicherheit erhöhen. Unterstellt man einen generellen Heilungswunsch des Patienten, wird deshalb vermutlich in der Folge auch seine Compliance und Adhärenz bei spezifischen Therapiemaßnahmen und eben auch Maßnahmen der Patientensicherheit steigen. Der möglicherweise subjektiv und/oder objektiv höhere Behandlungserfolg führt tendenziell zu einer höheren Patientenzufriedenheit, die mit den vielfach in der Literatur beschriebenen vor-ökonomisch und ökonomisch relevanten Phänomenen der positiven Weiterempfehlung und des Wiederbesuchs (bei elektiven Eingriffen) einhergehen kann.

Neben den unterstellten positiven patientenseitigen Effekten (Abbildung 2, Kästen in ocker) können weitere, krankenhauserne und mitarbeiterbezogene Effekte angenommen werden (Abbildung 2, hellblaue Kästen). So führt eine erhöhte Patientenadhärenz zu sicherheitsfördernden Maßnahmen mitunter auch zu mehr Handlungssicherheit für die eigenen Krankenhausmitarbeiter (beispielsweise wenn ein Patient den Arzt darauf hinweist, vor einem Verbandswechsel die Hände zu desinfizieren). Aus einem erhöhten Therapieerfolg wiederum erwächst eine höhere Zufriedenheit von Mitarbeitern, die tendenziell auch mit positiven Motivations- und Bindungseffekten einhergeht. Auch die Krankenversicherungen profitieren in dieser Wirkungskette von einer verbesserten Aufklärung des Patienten bezüglich möglicher Behandlungsrisiken und Möglichkeiten zu ihrer Reduktion. Schlussendlich können auch Angehörige in die Informationskette mit eingebunden werden (z.B. Informationen zur Mithilfe/Supervision bei der sicheren Arzneimittelgabe im häuslichen Kontext) und so ebenfalls eine aktive Unterstützung zur Behandlung ihrer kranken Mitmenschen leisten. Der hierfür erforderliche „kommunikative Spagat“ erfordert eine sensible Verknüpfung von sachlichen und emotional aktivierenden Kommunikationsaspekten mit Sicherheitsthemen im Krankenhaus.

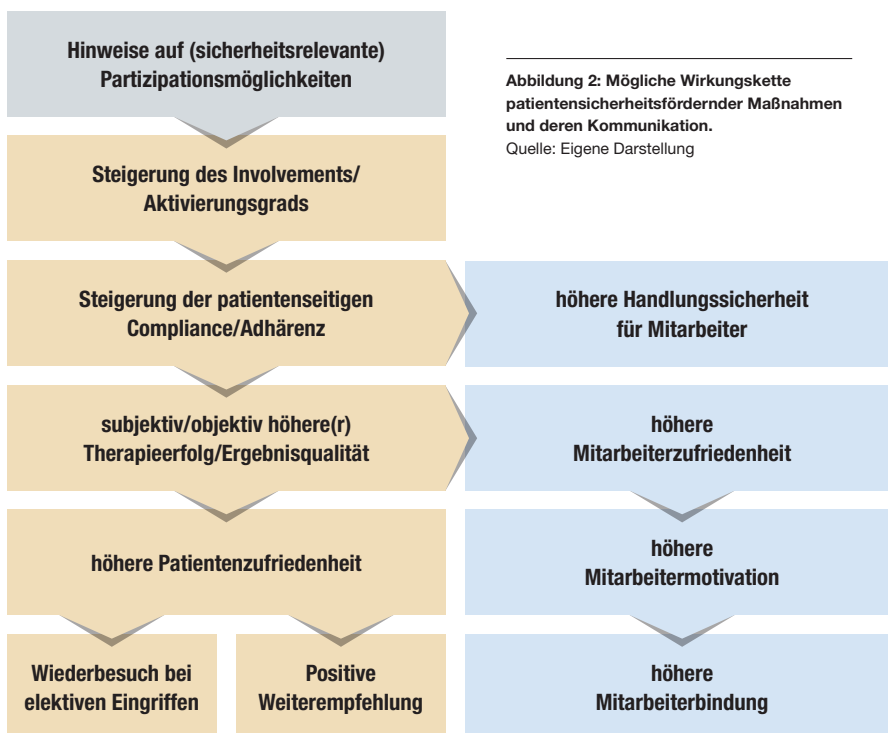


Abbildung 2: Mögliche Wirkungskette patientensicherheitsfördernder Maßnahmen und deren Kommunikation.  
Quelle: Eigene Darstellung

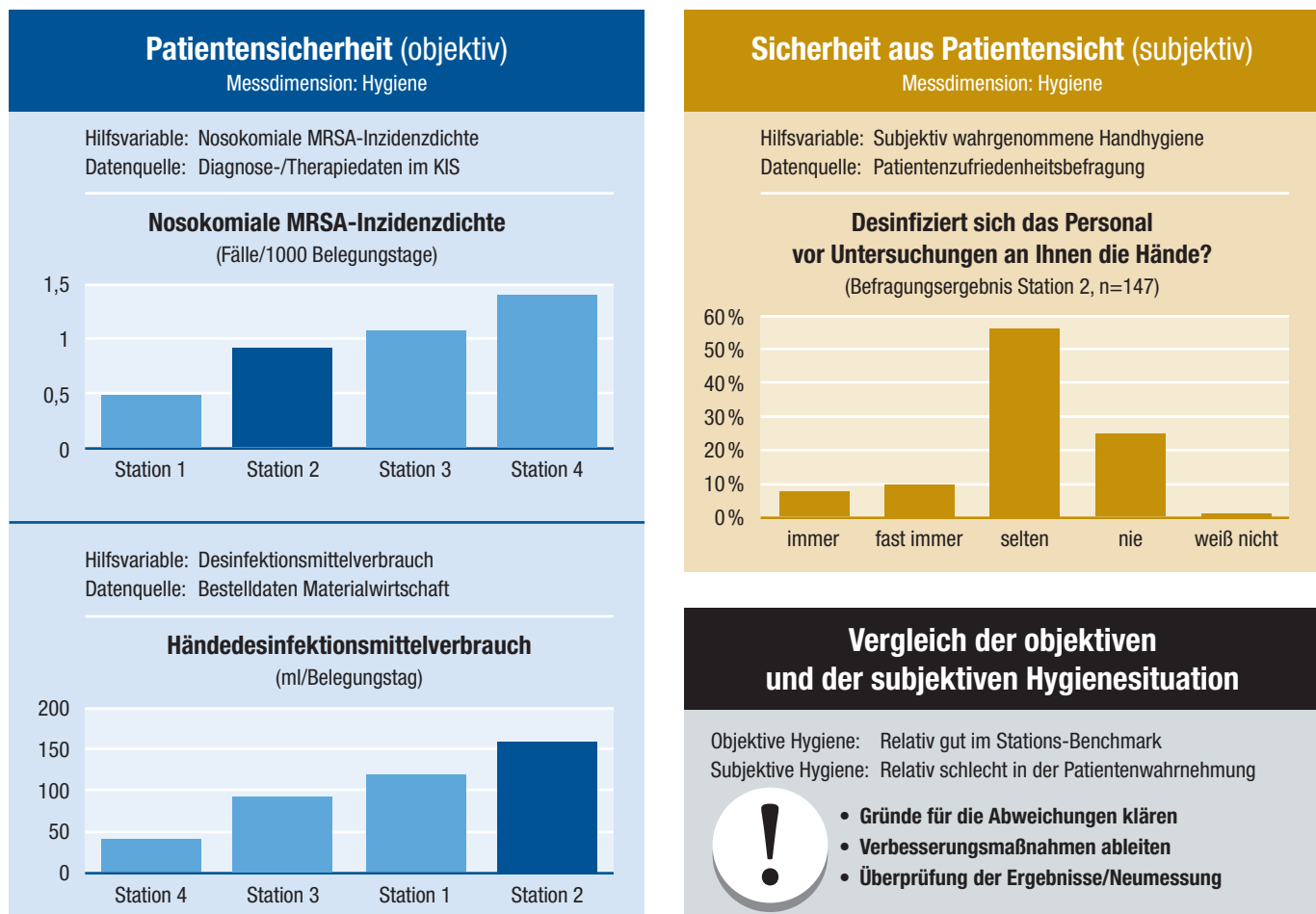


Abbildung 3: Messparameter für objektive und subjektive Dimensionen der Patientensicherheit (Beispiel Hygiene). Quelle: Eigene Darstellung

Weitere operative und taktische Maßnahmen können die Effektivität von Patientensicherheitsprogrammen zusätzlich steigern.

### Tipps für die Praxis

■ Laden Sie die objektiven und bereits existierenden Instrumente und Rituale der Patientensicherheit mit den emotionalen Aspekten auf, die dem Patienten wichtig sind und die seine subjektive Sicherheit und sein Vertrauen erhöhen. Stellen Sie z.B. sicher, dass der Chirurg den Patienten vor der Narkose auch physisch gesehen und mit ihm gesprochen hat. Dabei können auch sachliche Sicherheitsaspekte im

Rahmen des Aufklärungsgesprächs auf eine empathische und freundliche Weise kommuniziert werden. Dies erhöht die wahrgenommene personelle Kontinuität im Arzt-Patientenverhältnis; gleichzeitig kann der Operateur auf eine menschlich freundliche und erklärende Art im Rahmen eines solchen prä-operativen Patientenkontakts/Rituals auch objektiv sicherheitsfördernde Elemente wie die Markierung des Eingriffsorts oder die Überprüfung der Patientenidentität vornehmen.

■ Erhöhen Sie die Sichtbarkeit der objektiven Patientensicherheitsmaßnahmen für den Patienten, sodass diese mit der Zeit auch im subjektiven „Sicherheitsrelevanz-

set“ des Patienten verankert werden und der Patient sich selbst zum aufgeklärten Mitwirkenden seiner eigenen Behandlungssicherheit entwickelt. Schon heute übernehmen über lange Zeit chronisch Kranke Teile ihres Therapieregimes selbst und diskutieren mit Ärzten auf Augenhöhe über Status der Erkrankung etc. Diese Form des aufgeklärten Patienten ist gerade in Bezug auf mögliche (Sicherheits-)Risiken einer Krankenhausbehandlung wünschens- und unterstützenswert.

■ Prüfen Sie die Einführung von Maßnahmen und Elementen zur Förderung der subjektiv relevanten Sicherheits- und Vertrauensaspekte (auch ohne den bis

dato nachgewiesenen positiven Kausalzusammenhang zur Patientensicherheit oder zum Behandlungserfolg). Neue Forschungsschwerpunkte wie „Healing Architecture“ und Forschungsprojekte wie die „Intensivstation der Zukunft“ an der Charité Berlin widmen sich diesen Fragestellungen.

■ Machen Sie bereits aktive und erfolgreich installierte und objektiv relevante Patientensicherheitsaspekte des Hauses sichtbar, auch wenn sie (noch) nicht in das subjektive Sicherheitsrelevanzset übergegangen sind. Achten Sie auf ein dem Patienten gerechtes Abstraktionsniveau (z.B. die Veröffentlichung von Risikoinformationen/Ergebnissen von Risikoaudits, spezielle Web-Portale/Subseiten/Broschüren zum Thema Patientensicherheit, inkl. Hinweise zu Patientenbeteiligungsmöglichkeiten bei sicherheitsrelevanten Therapieschritten oder Informationsfilme).

■ Messen Sie mit vertretbarem Aufwand die subjektiv empfundene Sicherheit der Patienten und korrelieren/kombinieren Sie die Ergebnisse mit anderen relevanten und vorhandenen Daten aus der Krankenversorgung, um eine bestmögliche 360-Grad-Sicht auf die Risikoexposition des Krankenhauses zu erhalten.

Das in Abbildung 3 (s. Seite 7) skizzierte Praxisbeispiel der Hygiene zeigt, wie die Messung und Korrelation einzelner objektiver und subjektiver Sicherheitsdimensionen bzw. entsprechender Hilfsparameter möglich ist. Es verdeutlicht zudem die eingangs aufgeworfenen Wahrnehmungsunterschiede zwischen objektiver und subjektiver Sicherheitssphäre.

In dem Beispiel wurden die Gründe für die Diskrepanz zwischen objektiver und subjektiver Lage schnell erkannt und Maßnahmen zur Verbesserung der patientenseitig wahrgenommenen Hygienesituation ergriffen: Auf der betreffenden Station waren die Händedesinfektionsspender mehrheitlich außerhalb der Patientenzimmer montiert; der Prozess der

Händedesinfektion war für liegende Patienten im Zimmer daher häufig nicht einsehbar. Nach Umhängen einzelner Spender (in die Zimmer), zusätzlicher Installation weiterer Spender auf den Patientenzimmern und Sensibilisierung des betroffenen Krankenhauspersonals (hinsichtlich einer Verhaltensänderung: Händedesinfektion wenn möglich und medizinisch vertretbar vor den Augen des Patienten im Patientenzimmer!) verbesserte sich die subjektiv wahrgenommene Händehygiene laut erneut durchgeführter Patientenzufriedenheitsbefragung deutlich.

### Fazit

Die nachhaltige Verbesserung der Patientensicherheit ist komplex und wissenschaftlich schwer messbar. Ebenso herausfordernd sind die verständliche Kommunikation und Aufarbeitung von Patientensicherheitsthemen, um deren Relevanz für die zentralen Anspruchsgruppen des Krankenhauses (Patienten, Mitarbeiter und Kostenträger) transparent zu machen. Dabei wird schnell deutlich, dass Patienten sehr unterschiedlich auf die Konfrontation mit Risiken oder Gefahren der Krankenhausbehandlung reagieren und einen eigenen Blick auf ihre Behandlungssicherheit haben, der häufig nicht mit der objektiven Sicherheitssituation und Risikolage im Krankenhaus übereinstimmt.

Dringend erforderlich ist daher ein Perspektivenwechsel der Patientensicherheitspolitik: Weg von einer rein Experten-dominierten Sicht auf die Patientensicherheit hin zu einem patientenorientierten Sicher-

heitsbegriff im Krankenhaus, der neben objektiven und belegten Sicherheitsmaßnahmen auch solche Aspekte umfasst, die die gefühlte Sicherheit des Patienten und sein Vertrauen in die Gesundheitseinrichtung verbessern. Ein solches ganzheitliches und vor allem partnerschaftliches Verständnis für Sicherheit im Krankenhaus setzt voraus, dass Krankenhausmanager auch die vermeintliche Laienperspektive von Kranken ernst nehmen und aktiv nach Beteiligungsmöglichkeiten des Patienten für eine Verbesserung seiner Sicherheit im Behandlungsprozess suchen und diese dann auch umsetzen. ■

### Literatur:

- Haynes A B, Weiser T G, Berry W R, Lipsitz S R, Breizat A-H S, Dellinger E P et al (2009): A surgical safety checklist to reduce morbidity and mortality in a global population. *New England Journal of Medicine*, 360 (5): 491-499.
- Bertsche T, Pfaff J, Schiller P, Kaltschmidt J, Pruszydlo M G, Stremmel W et al (2010): Prevention of adverse drug reactions in intensive care patients by personal intervention based on an electronic clinical decision support system. *Intensive Care Med*, 36 (4): 665-672.
- Thomas P, Evans C (2004): An identity crisis? Aspects of patient misidentification. *Clinical Risk*, 10 (1): 18-22.
- Tase T H, Lourenção D C d A, Bianchini S M, Tronchin D M R (2013): Identificação do paciente nas organizações de saúde: uma reflexão emergente. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 34 (3):196-200.
- Gausmann P, Goepfert A, Zinn W (2008): Patienten haben ihren eigenen Blick auf Risiken. *KU Gesundheitsmanagement*, 77 (6): 56-58.



DR. RER. POL. NILS LÖBER, DIPL.-KFM. (UNIV.)

Charité - Universitätsmedizin Berlin  
Stabsstelle Klinisches Qualitäts- und Risikomanagement  
nils.loeber@charite.de