

See discussions, stats, and author profiles for this publication at: <https://www.researchgate.net/publication/301820895>

# Patientensicherheit im Krankenhaus 2025. Eine Delphi-Studie mit Experten in der Gesundheitsversorgung (Teil 2).

Article · May 2016

CITATION

1

READS

325

3 authors, including:



**Eva Hampel**

WiDi-Kontor, Hamburg (Scientific Services)

26 PUBLICATIONS 123 CITATIONS

[SEE PROFILE](#)



**Severin Federhen**

Group Relyens

6 PUBLICATIONS 2 CITATIONS

[SEE PROFILE](#)

Dr. Eva Hampel/Dr. Peter Gausmann/Severin Federhen M.A.

# Patientensicherheit im Krankenhaus 2025

## Eine Delphi-Studie mit Experten in der Gesundheitsversorgung (Teil 2)

Das Thema Patientensicherheit – als Ergebnis von Maßnahmen in der Gesundheitsversorgung, die darauf gerichtet sind, Patienten vor vermeidbaren Schäden durch Behandlungsfehler und Unfälle zu bewahren – ist inzwischen in den meisten Kliniken angekommen und wird im Rahmen des Qualitäts- und Risikomanagements sowie der Aus-, Fort- und Weiterbildung für die Gesundheitsberufe bearbeitet. Wie geht es weiter? Wie wird sich die Patientensicherheit bzw. die Häufigkeit von Schäden aus Behandlungsfehlern in den nächsten 10 bis 15 Jahren entwickeln? Was denken die Akteurinnen und Akteure? Werden die Anstrengungen von Kliniken, Mitarbeiter/-innen, Versicherern, Ausbildern in Lehre & Praxis, Aktionsbündnis Patientensicherheit (APS) etc. für mehr Patientensicherheit greifen? Welche Folgen werden die Veränderungen in der Finanzierung von Gesundheitsleistungen (zum Beispiel DRGs) haben? Wie werden sich die organisatorischen und finanziellen Umstrukturierungen auf die klinische Versorgung und die mit ihr verbundene Patientensicherheit in den nächsten Jahren auswirken? Welchen epidemiologischen und demographischen Entwicklungen, welchen organisatorischen Herausforderungen wird man begegnen müssen? Welche förderlichen und welche hinderlichen Trends sind daraus für die Patientensicherheit abzuleiten? Ziel der hier referierten Delphi-Studie ist es, qualitative Vorhersagen für die Entwicklung der Patientensicherheit bis etwa ins Jahr 2025 zu machen. Wir haben hierzu Expertinnen und Experten aus der klinischen Gesundheitsversorgung (Qualitäts- und Risikomanagement, Pflege und ärztlicher Dienst in Praxis, Organisation und Ausbildung, Klinik-Verwaltung, Fachverbänden etc.) Statements mit Zukunftsszenarien zur Einschätzung und Bewertung vorgelegt. Die Studie wird hier in zwei Teilen vorgestellt. Im Teil 1 in Heft 4/2016 das Krankenhaus wurden Methoden und Teilnehmende dargestellt sowie die Ergebnisse für die Organisationsebene Klinik 2025 und die sich hier ergebenden Risiken. Die Ergebnisse für die Organisationsebene Mitarbeiter/-innen 2025 wurden beschrieben. Im vorliegenden Teil 2 werden die Ergebnisse für durch Mitarbeiter/-innen 2025 verursachte Risiken referiert. Es folgen Einschätzungen zum Patienten der Zukunft 2025. Welche Risiken und Entwicklungen bringt er/sie mit ein? Einschätzungen zum Stand der Risikoprävention im Jahre 2025 komplettieren die Zukunftsversion der Experten.

### D. Risiken durch und für Mitarbeiter

Zwischen Aufnahme, Befunderhebung und Bewertung, Diagnosestellung, Aufklärung, Indikation, Durchführung, Dokumentation, Übergabe, Verlegung, Entlassungsgespräch etc. gibt es unendliche Fehlermöglichkeiten: Irgendwo ist etwas unvollständig, wurde übersehen oder falsch gedeutet oder unsachgemäß ausgeführt. Dies gilt für Pflege und Therapie im Prinzip auch 2025. Mit den Statements in diesem Themenkomplex sollte erkundet werden, wie die Experten die risikobezogenen Entwicklungen bei den Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen der Klinik einschätzen, ob es bis 2025 gelingen wird, die Bedingungen für Patienten und Personal sicherer zu gestalten und damit die Häufigkeit und Schwere von Fehlern zu senken.

Die in den Statements angeführten mitarbeiterbezogenen Risiken werden von den Experten aus allen Bereichen fast durchgehend mit hoher Eintrittswahrscheinlichkeit [S4: S5]<sup>1)</sup> eingeschätzt und negativ bewertet.

Der hohe Patienten-Durchsatz und fehlende personelle Kontinuität werden als eine bedeutende Fehlerquelle in der Patientenversorgung angesehen [S4: 26]. Auch diejenigen, die eine solche Entwicklung für weniger wahrscheinlich halten [S2: S3], sehen dies eindeutig negativ. Mangelnde Sprachkenntnisse und fehlende interkulturelle Kompetenz nicht deutschsprachig aufgewachsener Mitarbeiter im ärztlichen und pflegerischen Dienst werden ein häufiges Risiko in der Patientenversorgung sein [S4: 26]; dieser Tatbestand wird negativ bewertet.

Der Zeitaufwand für (Aufklärungs-)Gespräche mit Patienten und ihren Angehörigen wird oftmals höher sein, als der für die eigentliche Intervention<sup>2)</sup> [S4: 26]. Die Bewertung für dieses Statement ist deutlich inkonsistent: Wer die Entwicklung für sehr wahrscheinlich hält (100 Prozent), hat sie manchmal genauso positiv oder negativ bewertet wie jemand, der sie für sehr unwahrscheinlich hielt. Eventuell war dieses Statement missverständlich formuliert.

Die Mitarbeiter/-innen werden Schwierigkeiten haben, ihre emotional und juristisch übernommene Verantwortung

gegenüber dem Patienten auch umzusetzen (Zeitmangel) [S4: 32]. Viele werden die marktwirtschaftliche Orientierung der Klinik als Widerspruch zu ihren grundlegenden sozialen Werten und so als Frustration ihrer Berufsmotivation erleben [S4: 30].

Die Bereitschaft der Mitarbeiter zur Mehrarbeit ist fester Bestandteil der organisatorischen Planung [S4: 21]. Die Einschätzung dieses Statements ist zwischen 20 Prozent und 80 Prozent Eintrittswahrscheinlichkeit ziemlich gleichmäßig verteilt und die Bewertungen sind inkonsistent; eventuell war das Statement uneindeutig formuliert.

Auch 2025 werden nach Ansicht der Experten die Hierarchiegrenzen in und zwischen den Berufsgruppen noch immer ein wichtiges Hindernis für eine effektive Zusammenarbeit in Fragen der Patientensicherheit sein [S3: 28].

Auch die Behauptung, die wichtigste Fehlerquelle seien mangelhafte technische Fertigkeiten einzelner Mitarbeiter bei Routineeingriffen (diese machen 80 Prozent des Tagesgeschäfts aus) wird von den meisten Befragten als eher unwahrscheinlich eingestuft [S2: 31]. Trotzdem wird die Entwicklung mehrheitlich negativ bewertet. Das Statement, die hohe Arbeitsteiligkeit in den operativen Fächern<sup>3</sup> sei eine wichtige Fehlerquelle, erhält eine mittlere Zustimmung [S3: 28]. Auch wenn diese Gefahr also weniger hoch eingeschätzt wird, wird die Entwicklung doch von den meisten negativ konnotiert.

Sehr viele Experten sehen bei der Hygiene (multiresistente Keime, nosokomiale Infektionen und fehlende Compliance in Bezug auf Standards) auch 2025 noch große Probleme [S5: 25]. Die Ursache dafür wird in fehlender Disziplin und Umsetzungsverantwortung bei den Mitarbeitern ausgemacht [S4: 31]. Beide Entwicklungen werden negativ gesehen.

Weil Fehler und entsprechende Folgeprobleme in der Einschätzung der Experten wohl nicht weniger werden, wird es auch für viele Mitarbeiter sehr belastend bleiben, wenn Patienten in ihrer Obhut Opfer von Fehlern mit bleibenden Schäden (oder Tod) geworden sind [S5: 38]. Natürlich wird diese Aussicht negativ bewertet.

Die Hälfte der Befragten befürchtet, dass das Behandlungsmanagement von Demenzkranken (Aufklärung, Pflege und Therapie, Nachsorge, Beratung von Angehörigen etc.) 2025 unzureichend in den Krankenhausprozess integriert sein wird [S4: 22]. Wer hier eine günstigere Prognose abgibt, wertet dies positiv.

Zwei Drittel der Befragten sind der Meinung, dass 2025 die Optimierung bei der personellen Besetzung, vor allem auf den peripheren Stationen, häufig zu kritischen Situationen führen wird: Ein kurzfristiger Ausfall eines Mitarbeiters sei nur mit erheblicher Anstrengung der Kollegen zu kompensieren und gefährde oftmals Patienten und Kollegen gleichermaßen [S4: 29]. Die Bewertung ist negativ.

Das Engagement der Ärzteschaft bei der Umsetzung von Patientensicherheitsmaßnahmen wird von vielen Befragten auch weiterhin geringer eingeschätzt als das der Pflegenden. Da Sicherheit aber nur miteinander hergestellt werden kann, gefährde dieses Verhalten auch die Erfolge der Pflegenden [S4: 25]. Die Bewertung ist negativ.

Das Patientenrechtegesetz von 2013 erfordert vor allem eine intensivere Kommunikation mit den Patienten. Die Experten sehen hier auch in der Zukunft große Probleme und Risiken, weil die dafür notwendigen Personal- bzw. Zeitressourcen nicht adäquat angepasst sein werden [S4: 29]. Die Bewertung dieser Aussicht ist negativ.

Zusammenfassend sehen die befragten Experten in naher Zukunft weniger Spielraum für die Mitarbeitenden, etwa bei Personalausfall oder fehlender Sprachkompetenz die Behandlungsqualität zu gewährleisten. In erster Linie schreiben sie dies einem Widerspruch zwischen Behandlungsverantwortung und Finanzierungssystem zu. Nicht zuletzt das traditionelle vorherrschende Hierarchieverständnis könnte sich nach Meinung der Experten negativ auf sinnvolle Verbesserungen der Versorgungsstrukturen, der Hygiene und der Sicherheit auswirken.

## E. Patienten der Zukunft 2025: Risiken und Entwicklungen

Der Stand unserer gesellschaftlichen und medizinischen Entwicklung hat starke Auswirkungen auf unsere demographische Zukunft: Mehr Menschen erreichen ein hohes Lebensalter. Diese Menschen erleben mehr Krankheiten (Morbidität) und sie überleben mehr Krankheiten zur gleichen Zeit (Multimorbidität).

Dementsprechend schätzen die Experten, dass 2025 die Zahl der Patientinnen und Patienten mit chronischen Erkrankungen stark zugenommen haben wird [S5: 40]. Das erschwert die Behandlung und erhöht die Risiken, darum bewerten sie diese Entwicklung negativ; einige halten hier aber auch eine persönliche Bewertung für unpassend.

Zu diesem Szenario gehört auch, dass Patienten häufiger sensorische und/oder mobile Einschränkungen (Sturzgefährdung, allgemeine Fragilität) und/oder kognitive Begrenzungen (zum Beispiel Demenz) haben werden [S5: 37]. Auch dies sind Rahmenbedingungen, die die medizinische Versorgung komplizieren und daher negativ eingeschätzt werden, von einigen auch neutral.

Patienten 2025 werden nicht nur häufiger älter und multimorbide sein, sondern sie werden insgesamt auch noch häufiger aus anderen Ethnien und Kulturen stammen und sprachliche Verständigungsprobleme haben [S5: 31]. Auch dies wird als Risiko eingestuft und vorwiegend negativ oder häufig auch neutral bewertet.

Auch werden Patienten häufiger als Nebenerkrankung MRSA, Noro-Virus und HBV und seltener Tbc, HIV und Diphtherie in die Klinik mitbringen, was eine besondere Aufmerksamkeit und oft Extramaßnahmen erfordern wird [S5: 29]. Die Entwicklung wird ebenfalls negativ oder neutral bewertet.

Die meisten Experten sind zuversichtlich, dass man sich 2025 in allen Kliniken auch auf Patienten mit demenzbedingten Einschränkungen eingestellt haben wird [S4: 32]. Wer das so sieht, begrüßt dies; wer es für nur sehr wenig wahrscheinlich hält, bedauert es.

Wie sehen die Experten Patientinnen und Patienten 2025? Ziemlich sicher sind sie sich, dass sie hohe Ansprüche an therapeutisch/pflegerische Expertise, Aufmerksamkeit und Service haben werden [S5: 40] und dass sie anspruchsvoller und selbstbewusster sein werden und mehr Beteiligung in der Behandlung einfordern werden [S5: 39]. Durch das Informationsangebot im Internet, private und internetbasierte soziale Netzwerke, Internetforen, Selbsthilfegruppen etc. werden die Patienten sehr viel über therapeutische Optionen und Klinikprofile wissen [S5: 33]. Alle drei Entwicklungen werden positiv bewertet. Negativ wird sein, dass die Patienten durch die vielfältigen Informationen verunsichert sind und Sachverhalte oft nur halb oder scheinbar verstanden haben [S4: 29]. Positiv ist, dass sie von ihren Ärzten fachliche Hilfe erhalten, die Informationen zu sortieren, zu verstehen und zu bewerten [S4: 30].

Aber das wird nur bedingt gelingen, denn durch Medienberichte und sehr unterschiedliche Vorkenntnisse sind die Patienten misstrauisch gegenüber den Behandlungsangeboten und den Behandelnden geworden [S4: 30]. Die effiziente Organisation der Krankenhausversorgung wird zur Folge haben, dass die Patienten weniger persönlichen Bezug zu Ärzten und Pflegepersonal haben und darum häufiger verunsichert und irritiert sein werden [S4: 34]. Sie leiden unter der starken Arbeitsteilung im Krankenhaus [S4: 28]. Diese Entwicklungen werden negativ eingeschätzt.

Darüber, ob sich Patienten aus Unwissenheit und/oder Angst oft unkooperativ verhalten und so ggf. zur Fehlerentstehung beitragen würden, ist man geteilter Meinung. Zehn Experten halten dies für eher unwahrscheinlich und werten das positiv, die anderen 34 Experten halten es für mindestens gut möglich [S3: S4] und entsprechend werten sie negativ. Auch über den gewichtiger werdenden Beitrag der Angehörigen – anstrengend und zeitaufwendig zum Beispiel bei Therapieentscheidungen – ist man sich relativ einig, in der Bewertung aber klar geteilter Meinung [S3: 27].

Die meisten Experten glauben, dass Patienten und Angehörige für Maßnahmen zur individuellen Risikoprävention zu gewinnen sein werden, dass sie zum Beispiel Angebote für präoperative Schulungen (Frühmobilisation, Atemtraining, Ernährung etc.) annehmen würden [S4: 31]. Sie gehen davon aus, dass entsprechende Schulungsangebote für Patienten und Angehörige hinsichtlich Verhaltensprävention, Krankheitswissen und Verhalten nach und mit einer Erkrankung (Sekundärprävention) im Jahre 2025 massiv ausgebaut sein werden [S4: 28]. Beide Aspekte sind positiv bewertet. Darüber, ob solche Schulungsmaßnahmen seitens der Patienten und Angehörigen begrüßt oder als Bevormundung und Gängelung abgelehnt werden, gehen die Meinungen und Bewertungen sehr auseinander [S2: 36].

Dass in den nächsten Jahren ein öffentlicher Diskurs über mögliche Restriktionen für Indikationen und Therapiebegrenzungen<sup>4)</sup> stattfinden wird, welcher 2025 die Kommunikation mit dem Patienten<sup>5)</sup> zu diesen Themen erleichtern könnte, wird von den meisten Befragten für wenig wahrscheinlich gehalten, wenngleich sie dies für positiv erachten würden [S2: 28].

Die meisten Experten sind jedoch davon überzeugt, dass Vorsorgevollmachten und Patiententestament 2025 etabliert sein werden und Patientenwünsche rechtzeitig und früh genug besprochen und dokumentiert werden, damit unangemessene Maßnahmen ggf. unterlassen werden können (choosing wisely/smarter medicine) [S4: 30]. Diese Entwicklung würden sie begrüßen.

Das Statement, Anspruchstellungen bzw. Klagen bei Verdacht auf Behandlungsfehler hätten im Jahre 2025 abgenommen, findet von allen vorgelegten Statements die geringste Zustimmung [S1: 31]. Die Experten gehen also von einer Steigerung der Anspruchstellungen aus. Ob diese Entwicklung nun positiv oder negativ zu bewerten ist, darüber gehen die Meinungen sehr auseinander.

Nach Meinung der Experten wird bereits in der nahen Zukunft der demographische Faktor weitere Tribute fordern, etwa mit der Zunahme multimorbider Patienten. Neben häufigeren Infektionskrankheiten und demenziellen Veränderungen werden auch die Ansprüche an gezielte Therapiekonzepte steigen. Weitere relevante Faktoren sind migrationsbedingte Einschränkungen der Sprach- und Kommunikationskompetenz, die Anforderung bzw. der Wunsch nach Einbindung in Therapieentscheidungen (informed consent), Patientenedukation etc. Durch die Reduktion der qualifizierten Kontakte (Abbau der Bezugspflege, Casemanagement) steigt das Misstrauen der Patienten in die Versorgungskompetenz, was wiederum eine Zunahme von potenziellen Anspruchstellungen begünstigt.

## F. Stand der Risikoprävention 2025

Die bis hier behandelten Themenkomplexe A bis E (siehe auch Tabelle 1 in Teil 1, das Krankenhaus 4/2016) der Delphi-Expertenbefragung zielten auf Grundlagen und Risiken der klinischen Patientenversorgung: Organisation, Personal und Patient. Abschließend und zentral für das Anliegen, eine Vorschau auf die „Patientensicherheit 2025“ zu wagen, stehen die Einschätzungen der Experten zur Entwicklung bzw. zum möglichen Stand der Risikoprävention 2025. In der Delphi-Befragung wurden dazu Erwartungen, Wünsche und Gefährdungen, wie sie in den Experteninterviews formuliert worden

— Anzeige —



**RECHTSANWÄLTE WIGGE**  
BERATUNG IM MEDIZINRECHT

**Krankenhausplanungs- und -finanzierungsrecht**  
**Sektorenübergreifende Kooperationen**  
**Arbeits- und Personalrecht**

<b>Beratungskompetenz für Krankenhäuser</b> www.ra-wigge.de	<b>MÜNSTER</b> Scharnhorststraße 40 48151 Münster TEL (0251) 53 59 5 - 0	<b>HAMBURG</b> Neuer Wall 44 20354 Hamburg TEL (040) 339 87 05 - 90
--	---	--

waren, in Szenarien umgesetzt und zur Einschätzung angeboten. Alle Entwicklungen werden von den Experten unabhängig von der Eintreffenswahrscheinlichkeit mehrheitlich positiv eingeschätzt. Darum wird im Folgenden auf die explizite Nennung positiv/negativ verzichtet.

Die meisten Experten gehen davon aus, dass Standards und Behandlungspfade, eindeutige Regeln und Verantwortlichkeiten, sichere Patientenidentifikation, Checklisten in verschiedenen Bereichen, Seitenmarkierung vor OP, die Umsetzung der gesetzlichen Aufklärungs- und Informationspflichten, aktives Hygienemanagement etc. 2025 fester Bestandteil der Arbeitsabläufe im Klinikalltag sein werden [S5: 33].

Insgesamt wird die Aufmerksamkeit hinsichtlich Risikomanagement und Maßnahmen zur Umsetzung von Patientensicherheit steigen. Führungskräfte werden aktiv für die Umsetzung sorgen und die Erlernung und Einhaltung entsprechender Maßnahmen bei den Mitarbeitern einfordern [S4: 30].

Dass Qualitätssicherung, Risiko- und Patientensicherheitsmanagement 2025 als Querschnittsthema im Denken und Handeln aller Beteiligten in der Klinik verankert sein werden, glaubt etwa die Hälfte der befragten Experten [S4: 26].

Ähnlich wahrscheinlich eingestuft wird ein technikbasiertes Szenario in der Diagnosestellung für ältere und multimorbide Patienten: Die verschiedenen Perspektiven der Spezialisten werden dann über speziell koordinierte internetbasierte Plattformen und ggf. Videokonferenzen zueinandergebracht [S4: 28].

Wenige Experten gehen davon aus, dass jede Klinik bzw. jeder Klinikverbund eine Task Force mit eigenem Budget haben wird, welche bei Bedarf auch eigenständig Maßnahmen<sup>6)</sup> für Patientensicherheit initiieren kann [S3: 24]. Die Zuversicht, dass Wissen, Haltung und Verhalten der Mitarbeiter hinsichtlich der Hygiene jeweils auf dem aktuellen Stand sein werden, ist relativ groß [S4: 36].

Etwas geringere Chance hat die Idee, dass sich 2025 ärztliche und pflegerische Kultur so weit angenähert haben werden, dass man in Sicherheitsfragen wirklich auf Augenhöhe arbeitet [S4: 27].<sup>7)</sup>

Nur mittlere Eintrittswahrscheinlichkeit erhalten die Szenarien für Notfallreanimationen. Nur etwa die Hälfte der Experten halten es für möglich, dass entsprechende Trainings dezentral auf den Stationen stattfinden [S3: 27] und es nach Reanimationen strukturierte Teambesprechungen zur Festigung und Kritik geben würde [S3: 23].

Nur wenige Experten gehen davon aus, dass in 10 bis 15 Jahren die individuelle Ergebnisqualität der einzelnen Mitarbeiter/-innen mittels Statistik und Patientenaktenanalyse überwacht und Minderleistung mit individueller Nachqualifizierung und ggf. Sanktionierung begegnet werden würde [S2: 24]. Die Bewertung (positiv/negativ) ist bei diesem Statement inkonsistent, was eventuell auf eine uneindeutige Formulierung (zwei Aspekte in einem Statement) zurückzuführen ist.

Die Mehrheit der Experten sieht bis 2025 größere Veränderungen in der Zuständigkeit für bestimmte klinische Aufgaben: Einige ärztliche Routinetätigkeiten werden von Pflegen-

den und anderen Mitarbeitern mit speziellem Qualifikationsnachweis durchgeführt werden [S5: 35].

Viele Experten gehen davon aus, dass sich die gesetzliche Verankerung von Mindestqualifikationsquoten<sup>8)</sup> für bestimmte operative Eingriffe sehr günstig auf die Fehlerrate auswirken wird [S4: 28].

Ähnlich schätzen auch viele die Chance für eine flächendeckende Realisierung sektorenübergreifender Versorgungskonzepte mit entsprechenden Qualitätsindikatoren in Deutschland<sup>9)</sup> ein [S4: 24].

Sehr verhalten bleibt die Bewertung zu einem Szenario, nach dem es infolge des Patientenrechtegesetzes von 2013 zu neuen Aufgaben in der Qualitätssicherung und im Risikomanagement gekommen wäre und dass die hierfür notwendigen Personalressourcen deutlich aufgestockt wurden [S3: 26]. (Zur Formulierung dieses Statements ist kritisch anzumerken, dass es zwei Botschaften enthielt, die wohl besser unabhängig voneinander zu bewerten gewesen wären. So kann man zum Beispiel der Meinung sein, dass es wohl neue Aufgaben geben wird, aber die Personalressourcen nicht dafür angepasst sein werden.)

Viele Experten sind hoffnungsvoll der Ansicht, dass sich in den Kliniken eine umfassende Sicherheitskultur durchsetzen wird. Zur Sicherheitskultur gehöre es „nicht nur“ direkte Fehler zu vermeiden, sondern auch zu wissen, wie und wo Fehler ihren Anfang nehmen. Dazu würden Sicherheitsaspekte selbstverständlich von allen Mitarbeitern thematisiert werden [S4: 28].

Dementsprechend auch die verbreitete Ansicht, Sicherheitskultur beginne „im Kopf“ und Risikomanagement- und Team-Training würden 2025 selbstverständlicher Bestandteil des Studentunterrichts und der allgemeinen Mitarbeiterfortbildungen sein [S4: 25].

Viele Experten sehen in der Zukunft auch deutlich erweiterte Anforderungen für Führungskräfte in der Klinik. Zur individuellen klinischen Qualifikation leitender Ärzte gehört 2025 ein Gesamtverständnis und umfassende Prozesskenntnisse für die klinischen Abläufe und Engpässe [S4: 25].

Dass die Kliniken gerade in Fragen der Qualitätssicherung und Risikominimierung auch stärker in einen strukturierten Dialog mit den Bürgern vor Ort treten würden, findet nur eine mittlere Zustimmung [S3: 25].

Ebenfalls verhalten bleibt die Einschätzung, dass 2025 das Curriculum Patientensicherheit der WHO<sup>10)</sup> in der Aus- und Weiterbildung für Studierende, Ärzte und Pflegepersonal etabliert sei [S3: 34].

Die Erwartungen der Experten, dass eine interventionsorientierte Forschung in den nächsten Jahren wichtige Beiträge zur Patientensicherheit leisten wird, sind hoch [S4: 34].

Viele gehen davon aus, dass es auf dem Gebiet der systematischen Risikoforschung Fortschritte geben wird: 2025 werden alle kritischen Abläufe identifiziert und mit Regeln und Verfahrensanweisungen spezifiziert sein und Prozesssicherheit klinikweit umgesetzt werden [S4: 27].

Hinsichtlich der praktischen Umsetzungsqualität auf der Ebene der Mitarbeiter ist man allerdings eher skeptisch:

# Fachliteratur für das Gesundheitswesen



Hermann Hoffmann  
Bernhard Kleinken (Hrsg.)  
unter Mitarbeit von Lutz Fischbach u. a.

## Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ)

Kommentar mit praktischen Hinweisen für die Abrechnung

3. Auflage. Loseblattausgabe, Gesamtwerk – 36. Lieferung (Stand: Juli 2015)  
2.698 Seiten (inklusive 2 Ordner)  
€ 209,-  
ISBN 978-3-17-018400-8

Die Vorschriften und Regelungen der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) werden in diesem Werk ausführlich und in leicht verständlicher Form kommentiert, sodass Benutzer Antworten auf ihre Abrechnungsfragen erhalten und auch bei „kniffligen“ Fragen konkrete Abrechnungshilfe gegeben wird. Die Systematik ermöglicht einen schnellen Zugriff auf die gesuchten Leistungsnummern, die Gebührenpositionen sind übersichtlich dargestellt. Durch regelmäßige Ergänzungslieferungen mit den aktuellsten Gerichtsurteilen und deren praktischer Bedeutung für den Abrechnungsalltag bleibt die Aktualität stets gewährleistet, der Kommentar wird mittlerweile in den Urteilen des Bundesgerichtshofs zitiert.

Bezugsbedingungen: Dieses Loseblattwerk wird zur Fortsetzung geliefert. Diese ist jederzeit wieder kündbar. Im Falle einer Überschneidung der Kündigung mit dem Versand einer Ergänzungslieferung wird die Kündigung nach dieser Lieferung wirksam.

Für Rückfragen wenden Sie sich bitte an unseren Vertrieb: 0711-7863 7275.

Leseproben und weitere Informationen unter [www.kohlhammer.de](http://www.kohlhammer.de)



KTQ-GmbH (Hrsg.)

## KTQ-MANUAL KTQ-Katalog Krankenhaus

Version 2015

3., vollständig überarbeitete Auflage 2016  
160 Seiten, 9 Abb., 8 Tab. Kart. € 99,-  
ISBN 978-3-17-030071-2

Das KTQ-Verfahren stellt den Einrichtungen im Gesundheitswesen eine praxisnahe Orientierung für ihr Qualitätsmanagement zur Verfügung. Das KTQ-Modell mit den sechs Kategorien bzw. Themenbereichen der Patientenorientierung, Mitarbeiterorientierung, Sicherheit - Risikomanagement, Informations- und Kommunikationswesen, Unternehmensführung und Qualitätsmanagement ist die Form, mit der im KTQ-Verfahren sämtliche Prozesse in den Einrichtungen des Gesundheitswesens dargestellt werden können. Im KTQ-Katalog für Krankenhäuser wurden die aktuellen Anforderungen der Qualitätsmanagement-Richtlinie Krankenhäuser (KQM-RL) des GBA aufgegriffen und konkretisiert.

Die KTQ-GmbH bietet Zertifizierungen für das interne Qualitätsmanagement von Einrichtungen im Gesundheitswesen an. Die Überarbeitung des Manuals betreuen für die KTQ-GmbH als Herausgeber **Gesine Dannenmaier**, Dipl.-Pflegerin (FH), **Ronald Neubauer**, Dipl.-Ökonom, und **Dr. phil. Elke Prestin**, sowie als Fachexperten/Visitoren **Nermin Cabrera Fugardo**, Dipl.-Kffr. (FH), **Dr. med. Harald Hollnberger** und **Carsten Thüsing**, Dipl.-Wirtschaftsingenieur.



Wolfgang Hellmann  
Thomas Beushausen  
Joachim Hasebrook (Hrsg.)

## Krankenhäuser zukunftssicher managen

Aufgaben definieren, Fachabteilungen stärken, Prozesse organisieren

2016. 220 Seiten, 31 Abb., 10 Tab. Kart. € 49,-  
ISBN 978-3-17-026915-6

Der demografische Wandel, der Fachkräftemangel, knappe finanzielle Ressourcen und neue Generationen mit spezifischen Wünschen stellen Krankenhäuser vor große Herausforderungen - vernachlässigte Strukturereformen haben die Situation zusätzlich verschärft. Wie die schwierigen Aufgaben zeitnah zu bewältigen sind, darüber gibt das vorliegende Buch praxisnah Informationen. Zentral werden u.a. Themen wie die Notwendigkeit strukturell-organisatorischer Veränderungen, eine kluge Arbeitszeitgestaltung, kooperative Kundenorientierung als Erfolgsfaktor, Zusammenarbeit von Geschäftsführung und Leitenden Ärzten, innovative Führungskonzepte für alle Mitarbeiter sowie sektorenübergreifende Kooperationen als Chance für die Krankenhäuser behandelt.

**Prof. Dr. habil. Wolfgang Hellmann**, Hochschule Hannover, Wissenschaftlicher Leiter des MHM®/MBA-Projekts für Leitende Krankenhausärzte. **Prof. Dr. Joachim Hasebrook**, Steinbeis Hochschule Berlin und zeb Münster. **Dr. Thomas Beushausen**, Alleinvertretender Vorstand und Ärztlicher Direktor Hannoversche Kinderheilstätte.

Nur schwache Zustimmung findet das Statement, alle Mitarbeiter seien 2025 mit den Sicherheitssystemen der Klinik sowie aller klinischen Prozesse und Prozeduren vertraut und füllten ihren Platz zuverlässig aus; notwendige Änderungen würden strukturiert kommuniziert und rechtzeitig trainiert [S3: 30].

Viele Experten sind zuversichtlich, dass sich die Anforderungen der Patientensicherheit positiv auf die Patientenorientierung auswirken wird: Ärzte würden 2025 sehr darauf achten, dass eine Indikation evidenzbasiert und kompatibel mit den Interessen des Patienten sei [S4: 33].

Kaum Zustimmung erfährt das Szenario einer grundlegenden Neuorganisation der Zusammenarbeit der klinischen Berufsgruppen: Die berufsgruppen- und funktionsorientierte Trennung der Bereiche Ärzteschaft, Pflegedienst und kaufmännische Leitung sei 2025 aufgegeben worden, weil sie sich an falschen Einzelgrößen wie OP-Leistung (DRGs), Personalstärke und Finanzvolumen etc. orientierten anstatt am Patienten-Outcome. Stattdessen gäbe es gemeinsame themenorientierte Zielvereinbarungen, zu deren Erreichung jeder einen definierten Teil beitrage. Für eine gute Ergebnisqualität würden alle Beteiligten belohnt [S2: 26].

Eine mäßige Wahrscheinlichkeit sehen die Experten für die Umsetzung der Idee, dass Mitarbeiter, die in einen schweren Fehler zum Nachteil eines Patienten involviert waren, professionelle Hilfe zur persönlichen Bewältigung erhalten würden [S3: 27].

Auch die Idee, dass indirekte personenorientierte Strategien, die auf Lebenshaltung, Achtsamkeit und Verantwortungsübernahme für sich selbst und andere abzielen, ein stabiles Risikomanagement bei Mitarbeitern und Patienten ermöglichen würden, findet nur eher mäßige Zustimmung [S3: 31]. Auch dass bis 2025 hierbei via Präventionsgesetz<sup>11)</sup> gesetzliche Hilfe zu erwarten sei, glauben eher wenige Experten [S3: 25].

Der therapeutische und pflegerische Umgang mit alten Menschen ist keine Vision, sondern eine Tatsache, die uns in der nahen Zukunft demographisch bedingt noch mehr beschäftigen wird. Dass eine altersbezogene Wirkungsforschung zu Therapien und Eingriffen bei alten/hochbetagten Menschen in den nächsten Jahren sicherheitsrelevante Fortschritte bringen wird, sehen die Experten noch nicht besonders deutlich [S3: 29].

Zusammenfassend wird nach Meinung der Experten die Risikoprävention durch eine stärkere Standardisierung vorangetrieben. Grundvoraussetzung für eine funktionierende Sicherheitskultur ist der aktive Beitrag der Führungskräfte im Sinne eines guten Vorbilds. Zur Steigerung der Prozesstreue und der Durchdringung sind Inhalte des Risikomanagements in Fort- und Weiterbildung verpflichtend zu integrieren und der Forschungsanteil hierzu insgesamt zu erhöhen. Die positive Absicherung könnte über Mindestmengen hinsichtlich Qualifikation und Personalausstattung sowie einer Belohnung für qualitativ gute Leistungen (p4p) erfolgen. Im Wettbewerb sei es ebenfalls erforderlich und wahrscheinlich, dass Kliniken stärker patientenorientiert auf evidenzbasiertes Handeln set-

zen. Demnach wäre auch eine Ausweitung der Forschung zur Umsetzung von Patientensicherheit zu erwarten und zu begrüßen.

## Fazit

Die hier vorgestellte Delphi-Studie zur Zukunft der Patientensicherheit gibt kein vollständiges Zukunftsszenario, sondern beleuchtet Einzelaspekte der klinischen Versorgung und zeigt auf allen Ebenen – organisatorisch und personell – wichtige Ansatzpunkte zur Weiterentwicklung auf.

## Anmerkungen

- 1) Siehe Erläuterungen in Tabelle 2 im Teil 1 dieses Artikels [das Krankenhaus, Heft 4/2016, Seite 288]
- 2) Wenn es zum Beispiel darum geht, eine mögliche, aber – weil sie ohne Konsequenzen bleiben würde – sinnlose Untersuchung zu unterlassen, braucht man viel mehr Zeit, dieses Gespräch zu führen, als die Untersuchung durchzuführen; auch wenn sie für den Patienten sehr risikoreich ist
- 3) Unter Umständen hat keiner im OP-Team den Patienten zuvor außerhalb des OPs gesehen und auch nicht mit ihm gesprochen
- 4) Über Rationierung und Priorisierung in der Gesundheitsversorgung
- 5) Gespräche etwa über mögliche, aber unnötige, weil im speziellen Fall folgenlose Diagnostik, können offen und sachlich geführt werden
- 6) Zum Beispiel für Zwischenfallrekonstruktionen und Präventionsmaßnahmen
- 7) Eine ähnliche Fragestellung wurde im Themenkomplex C mit Fokus auf die Mitarbeiter/-innen mit viel geringerer Chance bewertet [S2:25]
- 8) Kliniken müssen – je nach Eingriff – eine bestimmte personelle Ausstattung vorhalten
- 9) Die Gesetzgebungen und Verordnungen von 2010 förderten die Abgrenzung von ambulant/stationär/Reha und hatten sich als teuer und gefährlich erwiesen
- 10) The WHO Multi-professional Patient Safety Curriculum [http://www.who.int/patientsafety/education/curriculum/Curriculum\\_Tools/en/](http://www.who.int/patientsafety/education/curriculum/Curriculum_Tools/en/)
- 11) Am 18. Juni 2015 wurde im Deutschen Bundestag das „Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention (Präventionsgesetz – PräVG)“ verabschiedet

## Anschrift der Verfasser

Dr. Eva Hampel, WiDi-Kontor: Wissenschaftliche Dienstleistungen & Forschungsservice, Seewartenstraße 10, 20459 Hamburg/Dr. Peter Gausmann/Severin Federhen, M.A., GRB Gesellschaft für Risiko-Beratung mbH, Klingenbergstr. 4, 32758 Detmold

## Danke

Die Studie wurde finanziell gefördert von der Ecclesia Versicherungsdienst GmbH, Detmold. Sie konnte nur durchgeführt werden mit der engagierten Unterstützung der teilnehmenden Expertinnen und Experten. Ihnen gebührt großer Dank, vor allem den Personen, die bereit waren, dieses Projekt über alle drei Stationen Interview, Test/Konsolidierung und Hauptstudie zu tragen.