

FRAG MICH!

Fehlerprävention in der Arztpraxis – gemeinsam für mehr Sicherheit

Abschlussbericht

für das

Bundesministerium für Gesundheit

Hamburg, 30.12.2020

Aufsichtsrat:

Dr. Manfred Richter-Reichhelm (Vorsitzender)
Jochen Herdrich
Prof. Dr. Gerd Glaeske
Prof. Dr. Ilona Kickbusch
Prof. Dr. Heike Köckler
Dr. Renée Buck

Vorstand:

Dr. h. c. Helmut Hildebrandt (Vorsitzender)
Dr. Oliver Gröne
OptiMedis AG
Burchardstraße 17
20095 Hamburg
Tel.: +49 40 22621149-0
Fax: +49 40 22621149-14

Bankverbindung:

Dt. Apotheker- und Ärztebank e.G.
IBAN: DE81 3006 0601 0005 7330 49
BIC (Swift Code) DAAEDEDXXX
HRB 87604 Amtsgericht Hamburg
USt.-ID-Nr. DE227566961

Förderkennzeichen: ZMVI1-2519-PAT001

Laufzeit: 01.07.2019 – 30.09.2020

Fördersumme: 175.815,00€

Projektleitung: Dr. Katja Stahl, Dr. Oliver Gröne

Projektmitarbeitende: Anna Reisinger (BSc), Philip Lewin (BSc), Britta Horwege (MA), Indra Rojahn (BA),
Sophie Wang (MSc)

Kontaktdaten: OptiMedis AG
Burchardstr. 17
20095 Hamburg
k.stahl@optimedis.de, o.groene@optimedis.de
++49 (0)40 22621149-0

Datum: 30.12.2020

Danksagung

Unser Dank gilt allen Expertinnen und Experten des Delphi-Surveys, den Teams der Arztpraxen und allen Patientinnen und Patienten, die sich an der Testung des Fragebogens beteiligt haben. Ohne sie wäre dieses Projekt nicht möglich gewesen. Außerdem danken wir Frau Dr. Beate Müller, die uns mit wertvollen Hinweisen an den Erfahrungen mit der Durchführung des CIRSforte-Projekts teilhaben ließ.

Interessenkonflikte

Die Autorinnen und Autoren erklären, dass keine Interessenkonflikte vorliegen.

Inhalt

Danksagung	2
Interessenkonflikte	2
Abbildungsverzeichnis.....	5
Tabellenverzeichnis	5
Abkürzungsverzeichnis.....	6
Zusammenfassung	7
1. Einleitung.....	8
1.1. Ausgangslage	8
1.2. Ziele des Projekts.....	9
1.3. Projektaufbau, Strukturen und Verantwortlichkeiten.....	9
2. Methodisches Vorgehen	10
2.1. Operationalisierung der Ziele und Messung der Zielerreichung.....	10
2.2. Projekt-Kick-Off.....	11
2.3. Phase 1: Fragebogenentwicklung	12
2.3.1. Scoping Review.....	12
2.3.2. Delphi-Befragung mit Expertinnen und Experten.....	12
2.3.3. Kognitive Interviews mit Patientinnen und Patienten.....	13
2.4. Phase 2: Datenerhebung	14
2.4.1. Design	14
2.4.2. Stichprobe.....	15
2.4.3. Einschlusskriterien	15
2.4.4. Datenanalyse.....	15
3. Durchführung, Arbeits- und Zeitplan.....	17
4. Ergebnisse	19
4.1. Phase 1: Fragebogenentwicklung	19
4.1.1. Literaturrecherche.....	19
4.1.2. Delphibefragung	19
4.1.3. Kognitive Interviews.....	20
4.1.4. Pilotfragebogen.....	22
4.2. Phase 2: Datenerhebung	23
4.2.1. Patientenbefragung.....	23

4.2.2. Psychometrische Eigenschaften des Fragebogens.....	26
4.2.3. Patientenerfahrungen	32
4.3. Phase 3: Ergebnisverwertung	39
5. Diskussion und Gesamtbeurteilung.....	44
6. Gender Mainstreaming Aspekte.....	47
7. Verbreitung und Öffentlichkeitsarbeit der Projektergebnisse.....	47
8. Verwertung der Projektergebnisse	48
Handlungsempfehlungen.....	48
Implikationen für weitere Forschung.....	49
9. Publikationsverzeichnis	50
10. Literatur.....	51
Anhang 1.....	I
Fragebogen Delphi-Befragung.....	I
Teil 1: Dimensionen der Patientensicherheit aus Patientensicht (abgeleitet aus der Literaturrecherche)..	I
Ergebnisse Teil 1 Dimensionen	III
Ergebnisse Teil 2 Delphi-Befragung Runden 1-3 Einzelfragen zu Erfahrungen mit Aspekten, die die Patientensicherheit beeinflussen	III
Anhang 2	X
Verständlichkeitsprüfung.....	X
Anhang 3	XV
Patienteninformation.....	XV
Fragebogen	XVIII
Zusatzblatt	XXIV
Anhang 4	XXV
Psychometrische Prüfung.....	XXV
Anhang 5	XXVII
Patientenerfahrungen	XXVII

Abbildungsverzeichnis

Abb. 1 Projektphasen.....	11
Abb. 2 Rekrutierte Praxen im Zeitverlauf.....	18
Abb. 3 Anzahl ausgegebener und rückgelaufener Fragebögen je Praxis.....	25
Abb. 4 Mittelwertsunterschiede zwischen den teilnehmenden Praxen, Faktor Information & Aufklärung	30
Abb. 5 Mittelwertsunterschiede zwischen den teilnehmenden Praxen, Faktor Rapport & Partizipation	31
Abb. 6 Mittelwertsunterschiede zwischen den teilnehmenden Praxen, Faktor Medikationssicherheit.....	31
Abb. 7 Patientenerfahrungen mit Faktoren, die das Auftreten sicherheitsrelevanter Ereignisse begünstigen.....	33
Abb. 8 Erlebter Fehler und daraus resultierender Schaden.....	38
Abb. 9 Abbildung: Feedback-Report (Beta-Version).....	40
Abb. 10 Beispiel Designkriterium Linien/Balkengrafiken	41

Tabellenverzeichnis

Tab. 1 Ziele, Teilziele und Indikatoren der Zielerreichung.....	10
Tab. 2 Arbeits- und Zeitplan.....	17
Tab. 3 Aus der Literatur identifizierte Dimensionen der Patientensicherheit aus Patientensicht	19
Tab. 4 Demografische Merkmale der Interviewteilnehmenden.....	21
Tab. 5 Dimensionen und Fragen	22
Tab. 6 Merkmale der Patientinnen und Patienten	23
Tab. 7 Merkmale der Praxen.....	24
Tab. 8 Rücklaufquoten nach Ausfüllmodus.....	25
Tab. 9 Faktoren und zugehörige Items.....	27
Tab. 10 Skalenskennwerte, Trennschärfe und interne Konsistenz	28
Tab. 11 Unterschiede in den Skalenmittelwerten in Abhängigkeit von Patienten- und Praxismerkmalen	29
Tab. 12 Erleben sicherheitsrelevanter Aspekte in Abhängigkeit von erlebtem Fehler.....	37
Tab. 13 Empfehlung für Audit- und Feedback-Reports	39
Tab. 14 Eingereichte sowie in Vorbereitung oder Planung befindliche Veröffentlichungen	47
Tab. 15 Ergebnisse und Handlungsempfehlungen.....	48

Abkürzungsverzeichnis

APS	Aktionsbündnis Patientensicherheit
ÄZQ	Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
KVWL	Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe
OECD	Organisation for Economic Co-operation and Development
PROM	Patient-reported outcome measure
PREM	Patient-reported experience measure
PSE	sicherheitsrelevantes Ereignis (patient safety event)

Zusammenfassung

Hintergrund: Die Einbindung von Patientinnen und Patienten in die Fehlerprävention kann einen wichtigen Beitrag zur systematischen Identifikation von sicherheitsrelevanten Problemen leisten. Für den deutschsprachigen Raum fehlen bisher für den routinemäßigen Einsatz geeignete Instrumente zur Messung von Patientensicherheit aus Patientensicht in der ambulanten Versorgung. Darüber hinaus gibt es Hinweise, dass die Leistungserbringenden bereit sind, Patientenrückmeldungen zur Verbesserung der Patientensicherheit zu nutzen, aber unsicher sind, wie sie dies effektiv tun können.

Ziele: 1. Entwicklung eines frei verfügbaren Fragebogens zur Messung von Patientenerfahrungen zum Auftreten sicherheitsrelevanter Ereignisse in der ambulanten Versorgung sowie von Faktoren, die zu diesem Auftreten beitragen, 2. Gewinnung erster Erkenntnisse zum aktuellen Stand zu diesem Thema zur Ableitung politischer Desiderate, 3. Entwicklung eines Feedbackmechanismus, der es erlaubt, in zukünftigen Projekten die Ergebnisse automatisiert und anwenderfreundlich in die Praxis zurück zu spiegeln.

Methode: Die Generierung der Items erfolgte durch einen Scoping Review, die Konsentierung in einem Expertenpanel mittels dreistufigem Delphi-Verfahren sowie einer Prüfung der Verständlichkeit durch kognitive Interviews. Die Datenerhebung erfolgte als Mixed-Mode-Patientenbefragung (paper&pencil, online, on-site, extern) in Haus- und Facharztpraxen. Die Güte des Fragebogens wurde mithilfe psychometrischer Verfahren geprüft. Die Entwicklung des Feedbackmechanismus erfolgte auf Basis von internationalen Empfehlungen zur Gestaltung von Audit und Feedback und mittels User-Design- und Best-Practice-Workshops.

Ergebnisse: Der finale Fragebogen umfasst 22 Items in fünf Dimensionen. Für die Patientenbefragung konnten 22 Praxen gewonnen werden. Die Rücklaufquote betrug 71,1% (n=3042). Der Fragebogen weist gute psychometrische Gütekriterien auf und ist in der Lage, zwischen einzelnen Praxen zu differenzieren. Zwischen 70 und 96% der Befragten berichten, dass sie den jeweiligen sicherheitsrelevanten Versorgungsaspekt ‚Immer‘ oder ‚Oft‘ erleben, allerdings gaben nur 30 bis 86% an, dass sie ihn ‚Immer‘ als erfüllt erfahren. Insgesamt haben 2,9% in den letzten 12 Monaten einen Fehler erlebt, von diesen gaben 53,6% an, dadurch einen Schaden erlitten zu haben. Insgesamt 3% der Befragten waren sich nicht sicher, ob es sich bei der von ihnen erlebten Situation um einen Fehler gehandelt hat und 12,4% gaben an, dies nicht beurteilen zu können. Die praxisindividuellen Ergebnisberichte wurden von den teilnehmenden Praxisteams in ihrer finalen Version als gut verständlich bewertet. Die Notwendigkeit der Standardisierung der Bewertung der Patientenerfahrung zur Patientensicherheit auf nationaler Ebene sowie die Verpflichtung zur periodischen Erhebung wurde einerseits gesehen, andererseits wurde auf das Risiko hingewiesen, dass ein zu viel an Regulation und Kontrolle sich kontraproduktiv auf die Einstellung der Ärztinnen und Ärzte auswirken könnte.

Schlussfolgerung: Eine sichere Versorgung kann nur durch eine Kombination aus verschiedenen Ansätzen zur Messung und Verbesserung von Patientensicherheit gelingen, einen wichtigen Baustein stellen dabei Patientenrückmeldungen dar. Mit dem FRAG-MICH-Instrument liegt nun ein Fragebogen mit guten psychometrischen Eigenschaften vor. Er ist geeignet, im Routineeinsatz Faktoren zu messen, die zum Auftreten von sicherheitsrelevanten Ereignissen in der ambulanten Versorgung beitragen, und kann dank seiner Kürze um z.B. praxisspezifische PROMs ergänzt werden. Darüber hinaus liegt ein Template für die anwenderfreundliche Rückspiegelung der Ergebnisse in die Praxis vor. Zur Frage der geeigneten Messung der Häufigkeit von sicherheitsrelevanten Ereignissen aus Patientensicht besteht weiterer Forschungsbedarf.

1. Einleitung

1.1. Ausgangslage

Die ambulante Versorgung ist für die Mehrzahl der Patientinnen und Patienten der erste und auch der häufigste Kontakt mit dem Gesundheitswesen. Sowohl die wissenschaftliche als auch die öffentliche Diskussion zum Thema Patientensicherheit fokussierte lange Zeit stark auf den Bereich der stationären Versorgung, nicht zuletzt, weil die Risiken in diesem Bereich im Vergleich zur ambulanten Versorgung als höher und der Handlungsbedarf als größer eingeschätzt wurden. Entsprechend ist die Studienlage zur Prävalenz sicherheitsrelevanter Ereignisse in der ambulanten Versorgung weniger umfangreich, die verfügbaren Studien weisen jedoch darauf hin, dass diese Ereignisse in etwa 2%-10% der ambulanten Konsultationen auftreten (1–3). Auf die deutsche Versorgungssituation übertragen bedeutet dies ein Auftreten von 5 bis 200 kritischen Ereignissen pro 100.000 Konsultationen bzw. von 1 bis 2 kritischen Ereignissen in 2 Wochen bei einer Praxis mit 100 Kontakten am Tag. Selbst ein Fehler, der nur einmal in 10 Jahren in einer Praxis auftritt, betrifft bei ca. 100.000 vertragsärztlichen Praxen rund 10.000 Patientinnen und Patienten pro Jahr (4). In einer aktuellen Untersuchung wurde eine repräsentative Bevölkerungsstichprobe von Erwachsenen über 40 Jahren zum Auftreten von sicherheitsrelevanten Problemen in der ambulanten Versorgung in Deutschland befragt. Danach haben 14% der Patientinnen und Patienten über 40 Jahre innerhalb der letzten 12 Monate mindestens ein sicherheitsrelevantes Problem erlebt (5).

Sicherheitsrelevante Themenbereiche betreffen in der ambulanten Versorgung insbesondere die Arzneimitteltherapiesicherheit (6), die Diagnosestellung (7) sowie die Kommunikation im Praxisteam und mit den Patientinnen und Patienten (3).

Basierend auf Erfahrungen aus dem stationären Bereich setzt sich auch für den ambulanten Bereich zunehmend die Erkenntnis durch, dass die Einbindung von Patientinnen und Patienten in die Fehlerprävention einen wichtigen Beitrag zur systematischen Aufdeckung von sicherheitsrelevanten Problemen leisten kann (8,9). In verschiedenen Untersuchungen hat sich gezeigt, dass Patientinnen und Patienten in der Lage sind, Faktoren zu identifizieren, die mit einem Auftreten sicherheitsrelevanter Ereignisse korrelieren (9–11). Ebenso sind ihre Angaben zuverlässig (12,13) und stellen darüber hinaus Informationen dar, die aus anderen Quellen nicht oder nur schwer zu erlangen sind (14,15).

Die derzeit verfügbaren Instrumente zur Messung sicherheitsrelevanter Aspekte der ambulanten Versorgung beziehen sich zumeist auf spezifische Bereiche, wie z.B. die Arzneimitteltherapiesicherheit, oder messen diese anhand von Rückmeldungen der Leistungserbringer (16,17). Für den englischsprachigen Raum wurden ganz aktuell zwei Instrumente zur Erhebung der für die Fehlerprävention wesentlichen Faktoren aus Patientensicht entwickelt (18,19). Für den deutschsprachigen Raum fehlen bisher entsprechende Instrumente. Darüber hinaus gibt es Hinweise, dass die Leistungserbringenden bereit sind, Patientenrückmeldungen zur Verbesserung der Patientensicherheit zu nutzen, aber unsicher sind, wie sie dies effektiv tun können (20).

1.2. Ziele des Projekts

Mit dem Projekt wurden drei Ziele verfolgt:

1. Die Entwicklung eines frei verfügbaren Fragebogens zur Messung der Patientenerfahrungen zum Auftreten von sicherheitsrelevanten Ereignissen in der ambulanten Versorgung sowie von Faktoren, die zu diesem Auftreten beitragen.
2. Gewinnung von ersten Erkenntnissen über den aktuellen Stand der Patientensicht auf die Patientensicherheit in der ambulanten Versorgung durch den Einsatz des Instruments im Rahmen einer Patientenbefragung sowie darauf aufbauend die Ermöglichung der Ableitung politischer Desiderate.
3. Entwicklung eines Feedbackmechanismus, der es erlaubt, in zukünftigen Projekten die Ergebnisse automatisiert und anwenderfreundlich in die Praxis zurück zu spiegeln (Ergebnisverwertung) und so die Einbindung der Patientenperspektive in die Fehlerprävention zu unterstützen.

1.3. Projektaufbau, Strukturen und Verantwortlichkeiten

Der Aufbau des Projekts sowie die zeitliche Struktur sind in den Abschnitten 2 und 0 dargestellt. Verantwortlich für die Projektleitung waren Dr. Katja Stahl und Dr. Oliver Gröne. Die Projektleitung wurde durch zwei Kooperationspartner, die Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe (KVWL), vertreten durch Andreas Kintrup (Geschäftsbereich-Leitung Versorgungsqualität) und das Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V. (APS), vertreten durch Hardy Müller (ehem. Geschäftsführer), unterstützt. Die Unterstützung erstreckte sich insbesondere auf die fachliche Beratung, die Gewinnung der Expertinnen und Experten für die Delphi-Befragung im Rahmen der Fragebogenentwicklung, auf die Gewinnung von Arztpraxen für die Patientenbefragung sowie die Außen-darstellung des Projekts. Fachlich beraten wurde die Projektleitung darüber hinaus vom Ärztlichen Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ), vertreten durch Dr. Christian Thomeczek.

2. Methodisches Vorgehen

2.1. Operationalisierung der Ziele und Messung der Zielerreichung

Zur Operationalisierung der drei übergeordneten Ziele der Fragebogenentwicklung, der Erhebung eines Status Quo der Patientensicht auf die Patientensicherheit in der ambulanten Versorgung sowie der Entwicklung eines Feedbackmechanismus wurden Teilziele definiert und Indikatoren benannt, anhand derer die Zielerreichung gemessen wurde. Diese sind in Tab. 1 dargestellt.

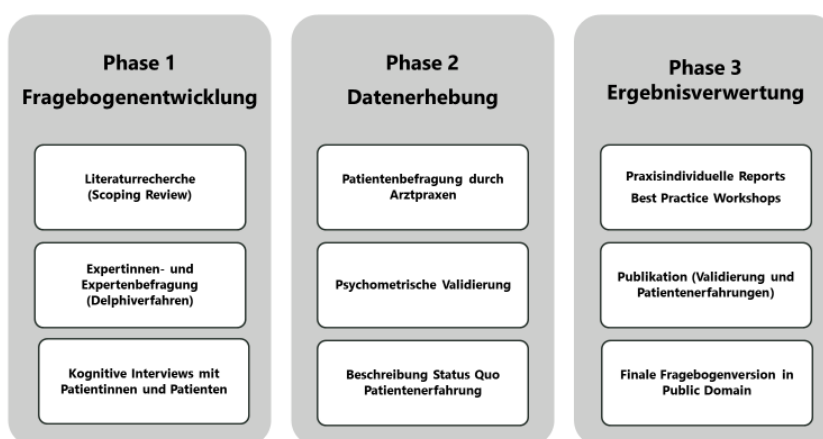
Tab. 1 Ziele, Teilziele und Indikatoren der Zielerreichung

	Zielbeschreibung	Messung der Zielerreichung
Übergeordnetes Ziel 1	Entwicklung eines validierten Instruments zur Messung der Patientenerfahrung mit sicherheitsrelevanten Aspekten in der ambulanten Gesundheitsversorgung	Fragebogen liegt dem BMG als pdf vor Kennzahlen der psychometrischen Validierung liegen dem BMG vor (Abschlussbericht)
Teilziel 1.1	Konsentierung der relevanten Items zur Messung der Patientensicherheit aus Patientensicht	Schriftliche Teilnahmeerklärung von 10 Personen aus Wissenschaft, Risikomanagement, Praxis und Patientenvertretung liegen vor Ergebnisse der Delphi-Befragung liegen vor (Abschlussbericht)
Teilziel 1.2	Sicherstellung der Augenscheinvalidität der Pilotversion des Fragebogens	Angebotsbestätigung des Dienstleisters zur Rekrutierung von brutto 14 für netto 12 Interviewees liegt vor Auswertung der kognitiven Interviews liegt vor (Abschlussbericht)
Übergeordnetes Ziel 2	Gewinnung erster Erkenntnisse zu den Patientenerfahrungen mit Patientensicherheit in der ambulanten Versorgung in Deutschland	Zentrale Befragungsergebnisse liegen vor (Abschlussbericht)
Teilziel 2.1	Rekrutierung von 50 Arztpraxen	Schriftliche Teilnahmeerklärungen von 50 Arztpraxen liegen vor
Teilziel 2.2	Erfolgreiche Durchführung der Patientenbefragung	Versandbestätigung des Dienstleisters über die Ausgabe von je 250 konfektionierten Fragebogensets an insgesamt 50 Arztpraxen liegt vor Eingangsbestätigung über Befragungsmaterial liegt vor Regelmäßige Rückmeldungen der Praxen zur Ausgabe der Fragebögen sind dokumentiert Regelmäßige Rückmeldungen des Dienstleisters zur Datenerfassung zum Fragebogeneingang sind dokumentiert

Übergeordnetes Ziel 3	Erprobung eines Feedbackmechanismus um Ergebnisse in zukünftigen Projekten automatisiert und anwenderfreundlich in die Praxis zurück zu spiegeln und so die Einbindung der Patientenperspektive in die Fehlerprävention zu unterstützen	Report des User Design Workshops liegt vor (Abschlussbericht)
Teilziel 3.1	Automatisierte Erstellung und Dissemination von Ergebnisberichten für die teilnehmenden Praxen	Rückmeldungen der teilnehmenden Praxen über Anwenderfreundlichkeit des Zugangs zu den Befragungsergebnissen liegen vor (Abschlussbericht)

Die Instrumentenentwicklung, Datenerhebung und Konzeptionierung des Feedbackmechanismus erfolgten in einem mehrschrittigen Verfahren. Ein zentrales Anliegen war die Einbindung relevanter Stakeholder aus dem Bereich der Patientensicherheit, der Wissenschaft, der Leistungserbringenden sowie der Patientinnen und Patienten in den Entwicklungsprozess, um die Erfassung der relevanten Inhalte sicherzustellen. So sollte eine möglichst hohe Akzeptanz für das Instrument geschaffen und die Weiterverwertung in zukünftigen Projekten gestärkt werden. Darüber hinaus wurde das Instrument so konzipiert, dass es grundsätzlich zur Erfassung der Erfahrung aller Patientinnen und Patienten, die die ambulante haus- und fachärztliche Versorgung in Deutschland in Anspruch nehmen, genutzt werden kann. In Anlehnung an die Projektziele wurde die Durchführung in drei Phasen gegliedert (Abb. 1).

Abb. 1 Projektphasen



2.2. Projekt-Kick-Off

Am 11.06.2019 erfolgte ein Projekt-Kickoff-Meeting mit Vertretern des APS, der KVWL sowie des ÄZQ. Ziel war es, die geplanten Projektphasen sowie den Zeitablauf vorzustellen und sich mit den Projektpartnern über die Inhalte und Verantwortlichkeiten im Einzelnen abzustimmen. Die Teilnehmenden begrüßten die Planungen

und betonten nochmals die aus ihrer Sicht große Bedeutung des Vorhabens. Im Zuge der inhaltlichen Diskussion wurden drei wesentliche Änderungen vorgeschlagen und in die Planungen aufgenommen.

1. Änderung des Befragungsdesigns von einer rein postkonsultatorischen, postalischen Befragung hin zu einem Mixed-Mode-Verfahren mit Online-Fragebogen und Papierfragebogen sowie verschiedenen Optionen für den Zeitpunkt bzw. Ort des Ausfüllens, um die Rücklaufquote zu maximieren.
2. In Folge der Diskussionen wurde im Nachgang zum Meeting der Empfehlung nach einem ‚griffigeren‘ Projektnamen nachgegangen und schließlich in Abstimmung mit den Projektpartnern von „PatientenErfahrung mit PatientenSicherheit in der ambulanten Versorgung (Primary Care) – PEPS-PC“ in „FRAG MICH! Fehlerprävention in der Arztpraxis – Gemeinsam für mehr Sicherheit“ geändert.
3. Zur Stärkung der Öffentlichkeitswirkung wurde zusätzlich zu den eingeplanten Aktivitäten beschlossen, eine Projekt-Webseite einzurichten, in die im Projektverlauf auch die Onlinebefragung integriert wurde.

Die im Förderantrag nicht eingeplanten Aufwände für den Internetauftritt des Projekts sowie Onlinebefragung wurden aus Boardmitteln der OptiMedis AG finanziert.

Das ÄZQ zog sich aufgrund von internen Umstrukturierungen aus der ursprünglich geplanten Rolle des Kooperationspartners zurück, signalisierte jedoch die Bereitschaft, weiterhin fachlich beratend zur Verfügung zu stehen.

2.3. Phase 1: Fragebogenentwicklung

2.3.1. Scoping Review

In der ersten Phase wurde zunächst eine Literaturrecherche zu den relevanten Dimensionen und bestehenden Instrumenten zur Patientensicherheit aus Patientensicht in der ambulanten Versorgung in Medline sowie in den Bibliografien einzuschließender Studien durchgeführt. Auf Basis dieses Scoping Reviews wurde ein Fragenpool zu den in der Literatur benannten relevanten Dimensionen (wie z.B. Kommunikation, Partizipation, Diagnosestellung, Arzneimitteltherapiesicherheit, Schnittstellen, etc.) zusammengestellt.

2.3.2. Delphi-Befragung mit Expertinnen und Experten

Der Dimensions- und Fragenpool wurde im Rahmen einer Delphibefragung überprüft und konsentiert. In drei Befragungswellen wurde elf Personen mit Expertise im Bereich der Patientensicherheit in der ambulanten Versorgung aus dem Bereich der Wissenschaft sowie aus den Reihen der Leistungserbringenden und Patientinnen und Patienten in einem Delphi-Verfahren per email befragt. Die Teilnehmenden wurden gebeten, die Dimensionen und Einzelfragen hinsichtlich ihrer Sicherheitsrelevanz sowie ihrer Eignung zur Aufnahme in den Fragebogen zu bewerten. Die Bewertung der Eignung sollte sich an der Zielstellung des Projekts bemessen:

- › Der Fragebogen soll Aufschluss darüber geben, welche Erfahrungen Patientinnen und Patienten mit sicherheitsrelevanten Ereignissen machen.
- › Der Fragebogen soll Aufschluss darüber geben, wie Patientinnen und Patienten Aspekte der Versorgung erleben, die zum Auftreten von sicherheitsrelevanten Ereignissen beitragen.
- › Der Fragebogen soll in haus- und fachärztlichen Praxen in Deutschland zum Einsatz kommen.

- › Der Fragebogen soll eine gewisse Länge (ca. 20-25 Fragen) nicht überschreiten, um eine möglichst hohe Teilnahmequote zu begünstigen und die Eignung für den Routineeinsatz zu gewährleisten.
- › Die Rückmeldungen der Patientinnen und Patienten sollen den Akteuren im Gesundheitswesen sowie der (Fach)Öffentlichkeit Hinweise zum Status Quo der Patientensicherheit aus Patientensicht in der ambulanten Versorgung geben.
- › Über die Rückmeldungen der Patientinnen und Patienten sollen die Praxisteams Hinweise auf möglichen Handlungsbedarf in ihren Praxen erhalten, die so konkret sein sollen, dass sich darauf aufbauend Verbesserungsmaßnahmen ableiten lassen.

Zu diesem Zweck erhielten die Delphi-Teilnehmenden per mail eine Datei mit den entsprechenden Dimensionen und Items, in der sie ihre Bewertungen vornahmen. Die Delphibefragung erstreckte sich über drei Runden, in der zweiten und dritten Runde wurden die Ergebnisse der jeweils vorangegangenen Runde integriert, um diese bei der erneuten Bewertung berücksichtigen zu können.

In der ersten Runde wurden sowohl die Dimension als auch die Einzelfragen hinsichtlich Sicherheitsrelevanz und Aufnahme in den Fragebogen bewertet. Es konnten darüber hinaus Formulierungsänderungen sowohl für den Fragetext als auch die Antwortvorgaben vorgeschlagen werden, die dann in der jeweils nächsten Runde zur Bewertung gestellt wurden. In der dritten und letzten Runde wurden nur noch die Einzelfragen hinsichtlich der Eignung zur Aufnahme in den Fragebogen bewertet. Dafür wurden alle Fragen zur Auswahl gestellt, von denen in Runde 2 mindestens die Hälfte der Teilnehmenden eine Aufnahme befürwortet hatte.

2.3.3. *Kognitive Interviews mit Patientinnen und Patienten*

Im Anschluss an die Delphibefragung erfolgte eine Überprüfung der Augenscheinvalidität des resultierenden Instruments in Form kognitiver Interviews mit Patientinnen und Patienten. Kognitive Interviews dienen dem Einblick in die kognitiven Prozesse, die beim Beantworten von Fragen stattfinden. Ziel ist es, Hinweise auf mögliche Probleme bei der Beantwortung durch Frageformulierung oder Antwortvorgaben zu erhalten und diese zu beseitigen. Im Zuge dieser Interviews beantworten die Teilnehmenden die einzelnen Fragebogenitems und verbalisieren dabei ihre Gedanken beim Ausfüllen (Think aloud). Nach Beantwortung jedes Items werden von der interviewenden Person vorab in einem Leitfaden zusammengestellte Nachfragen zum Verständnis der Frage, zur Wahl der Antwortkategorie, zum Vorwissen und/oder zur Bewertung der Verlässlichkeit der Antwort gestellt. So wird sichergestellt, dass die Fragen von den Befragten wie intendiert verstanden und damit valide Daten erhoben werden (21). Bei der Auswahl von Teilnehmenden für kognitive Interviews wird empfohlen, auf eine ausgewogene Bandbreite demografischer Merkmale sowie auf einen Bezug der Teilnehmenden zum Thema des Fragebogens zu achten (22). Die zwölf Testpatientinnen und -patienten wurden so ausgewählt, dass sie eine ausgewogene Mischung hinsichtlich Alter, Geschlecht, Bildungsstand und Chronizität der Erkrankung unter Berücksichtigung der Merkmale von Patientinnen und Patienten, die ambulante ärztliche Leistungen in Anspruch nehmen, bestmöglich abbildeten. Darüber hinaus wurde darauf geachtet, dass der letzte Besuch in einer Arztpraxis nicht länger als drei Monate zurück lag und dass die Teilnehmenden über ausreichend Deutschkenntnisse verfügten, um den Fragebogen ausfüllen zu können. Die Interviewergebnisse bildeten die Basis, um den Pilot-Fragebogen zu finalisieren.

2.4. Phase 2: Datenerhebung

2.4.1. Design

Die Patientenbefragung wurde als Mixed-Mode-Design mit Online-Fragebogen und Papierfragebogen sowie verschiedenen Optionen für den Zeitpunkt bzw. Ort des Ausfüllens konzipiert. Patientinnen und Patienten konnten den Fragebogen entweder in einer Papierversion oder in einer Onlineversion auf Smartphone, Tablet oder Computer ausfüllen. Sie konnten entscheiden, ob sie den Fragebogen direkt in der Praxis oder zuhause ausfüllten. Die Patientinnen und Patienten wurden in der Praxis über die Studie informiert und um ihre Teilnahme gebeten, mit dem Hinweis, dass die Teilnahme an der Befragung freiwillig ist. Erklärten sie sich zur Teilnahme bereit, erhielten sie den Fragebogen zusammen mit einem Informationsschreiben (Anhang 3) und einem Rückumschlag ausgehändigt. Das Anschreiben enthielt zusätzlich die URL der Projekt-Webseite, über die auf die Befragung zugegriffen werden konnte, sowie einen Zugangscode, den sie bei Zugriff auf den Online-Fragebogen eingeben mussten. In der Praxis ausgefüllte Papierfragebögen wurden in dem beigefügten verschließbaren, blickdichten Rückumschlag von den Teilnehmenden in eine Sammelbox geworfen. Diese Box wurde Wartezimmer der Praxis aufgestellt. Wurde der Papierfragebogen zuhause ausgefüllt, wurde er im zur Verfügung gestellten, an die Datenerfassungsstelle adressierten Rückumschlag von den Patientinnen und Patienten selbst in die Post gegeben.

Zur Sicherstellung, dass bei mehrfacher Konsultation im Befragungszeitraum eine Patientin bzw. ein Patient den Fragebogen nicht erneut erhält, wurde vor Ausgabe des Fragebogens erfragt, ob ein solcher Bogen bereits ausgehändigt wurde, ein schriftlicher Vermerk in der Patientenakte erfolgt nicht. Zur Sicherstellung, dass Teilnehmende den Fragebogen nicht sowohl in der Papier- als auch der Onlineversion ausfüllen, entsprach der Zugangscode der Fragebogenkennung, sodass doppelte Fragebogenkennungen im zu analysierenden Datensatz erkannt und gelöscht werden konnten.

Auf Nachfassaktionen wurde in der geplanten Studie verzichtet, um den Arbeitsaufwand für die Praxen so gering wie möglich zu halten, was als eine wichtige Voraussetzung für deren Teilnahmebereitschaft gilt (23). Darüber hinaus erhielten die teilnehmenden Praxen eine Aufwandsentschädigung von 200 € je Praxis. Die Fragebögen wurden in konfektionierten Fragebogensets mit Anschreiben und Rückumschlag an die Praxen geliefert. Sie wurden dort konsekutiv an die Patientinnen und Patienten ausgegeben.

Für eine Analyse des Non-Response-Bias wurde an jedes Fragebogenset zusätzlich ein Bogen angeheftet, auf dem ohne weitere Angaben zur Person ausschließlich Geschlecht, Altersgruppe und Bildungsabschluss des Teilnehmenden vermerkt werden sollte (Anhang 3). Die Bögen enthielten eine Kennung der Praxis, nicht aber die Nummer des Fragebogens. Diese Bögen wurden in der Praxis gesammelt und nach Befragungsende an das Projektteam weitergeleitet.

Die Gewinnung der Arztpraxen erfolgte durch Ansprache der Praxen über die elektronischen Informationskanäle, Veranstaltungen und Partnerinnen und Partner der KVWL, über die elektronischen Informationskanäle und das umfangreiche Netzwerk der OptiMedis AG sowie über die projekteigene Webseite. Von der zunächst geplanten Beschränkung der Befragung auf die Region Westfalen-Lippe wurde im Verlauf der Rekrutierung der Arztpraxen abgesehen (s. hierzu auch Abschnitt 3).

2.4.2. Stichprobe

Um eine ausreichende Fallzahl für die psychometrische Testung des Instruments sowie die zeitgleiche Ableitung erster Erkenntnisse und politischer Desiderate zu erzielen, sollten 50 Praxen für die Befragung gewonnen werden (je 25 hausärztliche und 25 fachärztliche Praxen). Um eine ausreichende Fallzahl als Basis für Verbesserungsmaßnahmen zu erzielen, sollten Rückmeldungen von etwa 10% der Patientinnen und Patienten einer Praxis vorliegen, mindestens jedoch 50 gültige Fragebögen (24). Die Angaben zu den Rücklaufquoten werden für das geplante Vorgehen in der Literatur zwischen 18 und 45% angegeben (25,26). Für die vorliegende Studie wurde eine durchschnittliche Rücklaufquote von 25% angenommen.

Im angestrebten Befragungszeitraum von sechs Wochen werden in den Praxen durchschnittlich 800 Patientinnen und Patienten gesehen. Bei einer angenommenen Streuung der Variablen von 70%, einem Stichprobenfehler von 10% sowie einem Vertrauensniveau von 95% ergibt sich für diese Grundgesamtheit eine Stichprobengröße von 74 PatientInnen pro Praxis. Um diesen Wert bei einer Rücklaufquote von 25% zu erreichen mussten pro Praxis 250 Fragebögen ausgegeben werden (auszugebende Fragebögen gesamt: 12.500, Anzahl rückgelaufener Fragebögen gesamt: 3.125).

2.4.3. Einschlusskriterien

Teilnehmen konnten alle Patientinnen und Patienten mit einem Mindestalter von 18 Jahren, die über ausreichend Deutschkenntnisse verfügten, um den Fragebogen ausfüllen zu können.

2.4.4. Datenanalyse

Die erhobenen Daten wurden einer psychometrischen Analyse unterzogen. Hierfür wurde nach Prüfung der Häufigkeitsverteilung eine multiple Imputation der fehlenden Werte mittels vollständiger konditionaler Spezifikation durchgeführt, um einen übermäßigen Datenverlust zu vermeiden. Zur Prüfung der Dimensionalität wurde eine exploratorische Faktorenanalyse durchgeführt. Die Skalentauglichkeit der ermittelten Faktoren wurde mittels Reliabilitätsanalyse unter Berücksichtigung der Trennschärfen und der internen Konsistenz (Cronbach's Alpha) geprüft. Die Konstruktvalidität wurde zusätzlich über den Zusammenhang der Skalenwerte mit externen Kriterien analysiert. So finden sich in der Literatur Hinweise, dass Merkmale der Patienten wie die subjektive Einschätzung des eigenen Gesundheitszustands (27,28), das Alter (29) sowie das Geschlecht (30) das Antwortverhalten von ambulanten Patientinnen und Patienten beeinflussen kann. Darüber hinaus wurde angenommen, dass die Themen Kommunikation und Interaktion bei der Hausärztin bzw. beim Hausarzt aufgrund der in der Regel bereits länger bestehenden Beziehung positiver erlebt werden als bei fachärztlicher Versorgung (28,29). Schließlich wurde die Differenzierungsfähigkeit auf der Ebene der einzelnen Praxen untersucht.

Zusätzlich zur psychometrischen Prüfung wurden die erhobenen Daten einer bivariaten Analyse zur Beziehung zwischen den Patientenerfahrungen und demografischen sowie strukturellen Merkmalen unterzogen, die erste Erkenntnisse über die Patientenerfahrungen mit Patientensicherheit in der ambulanten Versorgung in Deutschland liefern sollten.

Auf einen vorgeschalteten Pre-Test mit kleinerer Stichprobe zur ausschließlichen psychometrischen Überprüfung des Fragebogens wurde verzichtet. Ein solcher Pre-Test soll vermeiden, dass mit einem neuen Instrument Daten erhoben werden, die nur eingeschränkt belastbar wären, wenn sich aus der psychometrischen Überprüfung die Notwendigkeit einer grundlegenden Überarbeitung des Fragebogens ergäbe. Dieses Risiko wurde für das zu entwickelnde Instrument als sehr gering eingeschätzt, da bereits internationale valide Instrumente verfügbar sind, an denen sich die Entwicklung des deutschsprachigen Instruments orientieren konnte (18,19). Des Weiteren wurde mit der geplanten Durchführung und Ausgestaltung der Delphibefragung sowie der Überprüfung der Augenscheinvalidität durch kognitive Interviews mit Patientinnen und Patienten zwei wesentliche Schritte zur Fehlerminimierung in den Entwicklungsprozess inkludiert (21). Und schließlich verfügte das Projektteam über umfangreiche Vorerfahrung in der Entwicklung und Formulierung von Fragen zur Erfassung von Patientenerfahrungen mit der Qualität relevanter Versorgungsaspekte.

3. Durchführung, Arbeits- und Zeitplan

Der Ausbruch der Corona-Pandemie und die damit einhergehenden Beschränkungen zwischen März und Mai 2020 führten dazu, dass für die Patientenbefragung in den Praxen weniger Ressourcen zur Verfügung standen, deutlich weniger Patientinnen und Patienten die Praxen aufsuchten bzw. einige der teilnehmenden Praxen z.T. vorübergehend geschlossen wurden. Vor diesem Hintergrund wurde die geplante Laufzeit der Patientenbefragung um zwei Monate verlängert. Durch die verlängerte Datenerhebung verlagerten sich sämtliche weiteren Schritte ebenfalls nach hinten. Durch die Verlängerung des Bewilligungszeitraums um drei Monate konnten, mit Ausnahme von Meilenstein 4 (Gewinnung von 50 teilnehmenden Arztpraxen), alle Meilensteine erreicht und der Abschlussbericht fristgerecht zum 31.12.2020 vorgelegt werden (Tab. 2).

Tab. 2 Arbeits- und Zeitplan

	Quartal					
	3	4	1	2	3	4
	im Jahr 2019			im Jahr 2020		
Fragebogenentwicklung (Literaturrecherche, Delphi-Befragung, kognitive Interviews)						
Pilotbefragung (Rekrutierung Arztpraxen, Befragung von Patientinnen und Patienten, psychometrische Prüfung Fragebogen, Ergebnisbericht)						
Ergebnisverwertung (praxisindividuelle Reports, Best Practice Workshop, Publikation)						
Meilensteine (M)						
M1: Rekrutierung von 10 Expertinnen und Experten für Delphi-Befragung abgeschlossen	X ✓					
M2: Kognitive Interviews abgeschlossen		X ✓				
M3: Pilotfragebogen liegt vor			X ✓			
M4: Rekrutierung von 50 Arztpraxen abgeschlossen			X (✓)			
M5: Pilotbefragung (je 250 Patientinnen und Patienten aus 50 Praxen) abgeschlossen				X	✓	
M6: Finaler Fragebogen und Ergebnisbericht liegen vor				X		✓
M7: Best-Practice-Workshop durchgeführt					X	✓
M8: Publikationen eingereicht					X	✓

Zeitplanung: grau: Projektlaufzeit, grün = Planung Bearbeitungszeit, blau: Verlängerung der Bearbeitungszeit

Meilensteine:

X = Plan

✓ = Erreicht

(✓) = Teilweise erreicht

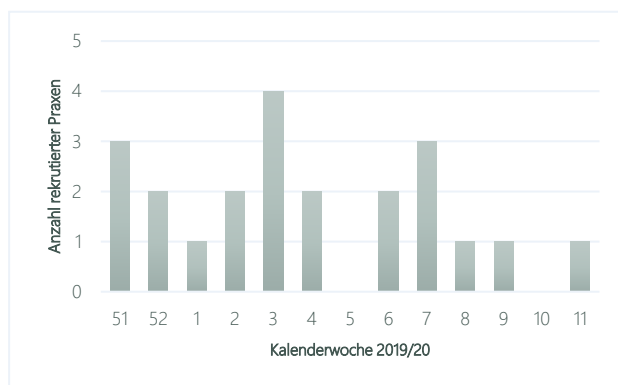
Rekrutierung der Arztpraxen

Die Rekrutierung der teilnehmenden Praxen erfolgte über verschiedene Kanäle:

- › Newsletter der KVWL
- › Informations- und Weiterbildungsveranstaltungen des Geschäftsbereichs Versorgungsqualität der KVWL (alle Veranstaltungen zwischen August 2019 und Februar 2020)
- › Stellvertreterversammlungen der KVWL
- › Gezieltes Anschreiben der KVWL von insgesamt 620 Personen
- › Veranstaltungen des APS (z.B. CIRSforte Symposium)
- › CIRSforte-Newsletter
- › Direkte Kontaktierung von Praxen über Ärztenetze aus dem Netzwerk der OptiMedis AG
- › Alle Kommunikationskanäle der OptiMedis AG (Newsletter, soziale Medien)
- › Projektwebseite
- › Schneeballsystem (über die bereits teilnehmenden Arztpraxen)

Trotz dieser umfangreichen Rekrutierungsanstrengungen seitens aller am Projekt beteiligten Partnerinnen und Partner sowie einer Ausweitung des Rekrutierungszeitraums bis Ende März konnte die Zielgröße von 50 teilnehmenden Arztpraxen nicht erreicht werden. Insgesamt wurden 22 Praxen (10 hausärztliche, 12 fachärztliche Praxen) für die Befragung gewonnen (Abb. 2).

Abb. 2 Rekrutierte Praxen im Zeitverlauf



In den wenigen Fällen, in denen eine Ablehnung der Teilnahme begründet wurde, wurden fehlende zeitliche und personelle Ressourcen genannt, die Teilnahme an anderen Projekten, aber auch Bedenken hinsichtlich des Nutzens und der Verlässlichkeit von Patientenrückmeldungen zu sicherheitsrelevanten Ereignissen. Die Sorge vor einer Veröffentlichung der Ergebnisse sowie eine Reduktion des Fehlerverständnisses auf medizinische Behandlungsfehler wurden ebenfalls ersichtlich.

Die teilnehmenden Praxen hingegen zeigten eine hohe Motivation und bewarben das Projekt selbst in ihrem Umfeld. Die Teilnahmebereitschaft der Patientinnen und Patienten war ebenfalls sehr hoch, sodass die erwartete Rücklaufquote deutlich übertroffen wurde und das Ziel von 3125 gültigen Fragebögen mit 3042 auswertbaren Fragebogen als erreicht gelten kann.

4. Ergebnisse

4.1. Phase 1: Fragebogenentwicklung

4.1.1. Literaturrecherche

Über die Literaturrecherche zum Forschungsstand zu den Dimensionen und bestehenden Instrumenten zur Patientensicherheit aus Patientensicht im ambulanten Bereich wurden 19 relevante Publikationen identifiziert. Aus diesen konnten fünf aus Patientensicht sicherheitsrelevante Dimensionen (Tab. 3) sowie 75 Einzelfragen extrahiert werden.

Tab. 3 Aus der Literatur identifizierte Dimensionen der Patientensicherheit aus Patientensicht

Dimension	Beschreibung
Zugang zur Versorgung	Umfasst die Leichtigkeit/Schwierigkeit der Terminvereinbarung sowie Aspekte, die die Bereitschaft beeinflussen, den Vorgang der Terminvereinbarung zu initiieren
Kommunikation zwischen Patientinnen bzw. Patienten und den sie behandelnden Fachkräften	Umfasst sowohl die Vermittlung von Information als auch die Art und Weise, in der kommuniziert wird, um die drei wesentlichen Ziele bestmöglich zu erreichen: 1. Einholen und Vermitteln von den für eine korrekte Diagnose und geeignete Therapie erforderlichen Informationen 2. Aufbau einer therapeutischen Beziehung 3. Unterstützung und Förderung der gemeinsame Entscheidungsfindung
Patientenaktivierung	In Anlehnung an Ricci-Cabello et al. (19) beschreibt diese Dimension wie proaktiv sich Patientinnen und Patienten an der Verwirklichung ihrer sicheren Versorgung beteiligen
Koordination der Versorgung	Umfasst die Kommunikation und den Informationsfluss zwischen den Behandelnden, um sicherzustellen, dass Patientenpräferenzen in der Versorgung berücksichtigt werden und versorgungsrelevante Informationen über Behandlerinnen bzw. Behandler und Sektoren hinweg rechtzeitig und vollständig verfügbar sind.
Erfahrung mit sicherheitsrelevanten Ereignissen	Umfasst Erfahrungen mit Zwischenfällen, Prozessen, Vorgehensweisen oder Ergebnissen, die das Risiko für das Eintreten eines unerwünschten Ereignisses erhöhen oder tatsächlich in ein solches münden.

4.1.2. Delphibefragung

Für die Delphi-Befragung konnten elf Expertinnen und Experten gewonnen werden. Bei den Teilnehmenden handelte es sich um fünf Personen mit Expertise im Bereich der Patientensicherheit im ambulanten Bereich aus dem Bereich der Wissenschaft, vier Patientinnen und Patienten sowie zwei Ärzte. Die Befragung fand im Zeitraum von August bis November 2019 statt. An Runde 1 nahmen alle 11 Expertinnen und Experten teil. An Runde 2 nahmen noch 10 Personen teil, eine Patientenvertreterin musste ihre Teilnahme aus persönlichen Gründen zurückziehen. In Runde 3 musste ein weiterer Experte aus dem Bereich der Wissenschaft auf Grund fehlender zeitlicher Ressourcen seine Teilnahme absagen, sodass sich für die letzte Runde noch Rückmeldungen von neun Expertinnen und Experten einbezogen werden konnten.

Ziel der Delphi-Befragung war die Konsentierung von Dimensionen und Items für einen Fragebogen zur Messung von Patientenerfahrungen zum Auftreten von sicherheitsrelevanten Ereignissen (PSE, patient safety events) in der ambulanten Versorgung sowie von Faktoren, die zu diesem Auftreten beitragen. Ein PSE war

dabei definiert als Zwischenfall, Prozess, Vorgehensweise oder Ergebnis, das das Risiko für das Eintreten eines unerwünschten Ereignisses erhöht oder tatsächlich in ein solches mündet, und auch das Versagen von Präventionsmaßnahmen mit einschließt (31,32).

Von den im Rahmen der Literaturrecherche identifizierten 50 Items zu Aspekten, die zum Auftreten von PSE beitragen, wurden letztlich 17 in den Fragebogen aufgenommen. Als Ergebnis der Literaturrecherche wurden zum Erleben konkreter Fehler und möglicher Folgen zunächst drei Fragen mit insgesamt 25 Unterfragen zur Diskussion gestellt: eine Frage zu aufgetretenen Fehlern mit der Nennung von 11 Beispielsituationen (Diagnose, im Zusammenhang mit Medikamenten, bei Spritzen/Impfungen, etc.), eine Frage zu resultierenden Schäden (Schmerzen, körperliche Gesundheit, seelische Gesundheit, etc.) sowie eine Frage zur Dauer der Erholung von den schädlichen Folgen. Dieser Fragenblock wurde letztendlich deutlich verkürzt. Hintergrund für die Kürzung waren die Diskussionsbeiträge der Expertinnen und Experten, die Fragebogenlänge sowie die Überlegung, dass die schriftliche Befragungsform, die keine Rückfragen seitens der Patienten zulässt, für diese detaillierte Form der Abfrage nicht die geeignete Methode darstellt. Aufgrund unterschiedlicher Fehlerarten in Abhängigkeit von der Fachdisziplin wäre eine Liste mit Beispielen entweder praxisspezifisch zu erstellen (und stünde damit im Gegensatz zum Ziel der Anwendbarkeit des Fragebogens in allen Praxen unabhängig von der Fachdisziplin) oder wäre sehr umfangreich. In der gewählten verkürzten Form können keine Häufigkeiten zur Fehlerart gewonnen werden, aber dennoch Hinweise, ob eine Häufung auftritt, der dann ggf. weiter nachgegangen werden sollte. Eine aggregierte Darstellung der Dimensionen, Einzelfragen sowie der Ergebnisse der Delphibefragung findet sich in Anhang 1. Nach Abschluss der Delphibefragung lag ein Fragebogen mit insgesamt 21 Fragen zu den Dimensionen Zugang zur Versorgung (2 Items), Kommunikation zwischen Patientinnen und Patienten und den behandelnden Fachkräften (11), Prävention von Medikationsfehlern (3 Items), zur Koordination der Versorgung (2 Items) sowie zur Erfahrung mit dem Auftreten von sicherheitsrelevanten Ereignissen (3 Items) sowie 5 Fragen zur Person.

4.1.3. *Kognitive Interviews*

Im Anschluss an die Delphibefragung erfolgte eine Überprüfung der Augenscheinvalidität des resultierenden Instruments in Form kognitiver Interviews mit Patientinnen und Patienten. Kognitive Interviews dienen dem Einblick in die kognitiven Prozesse, die beim Beantworten von Fragen stattfinden. Ziel ist es, Hinweise auf mögliche Probleme bei der Beantwortung durch Frageformulierung oder Antwortvorgaben zu erhalten und diese zu beseitigen.

Es wurden zehn Interviews mit insgesamt 14 Patientinnen und Patienten, deren letzter Arztbesuch zwischen zwei und 10 Wochen zurück lag, durchgeführt. Die demografischen Merkmale der Interviewteilnehmenden finden sich in (Tab. 4). Die Interviews wurden mittels Audio-Aufnahme aufgezeichnet, transkribiert und dauerten zwischen 48 und 88 Minuten (Median: 75 Minuten).

Tab. 4 Demografische Merkmale der Interviewteilnehmenden

Merkmal	Jahre bzw. Anzahl
Alter	24 – 71 Jahre (Median: 47 Jahre)
Geschlecht	
Weiblich	7
Männlich	7
Höchster Bildungsabschluss	
Mittlere Reife	9
Abitur	2
Universität	3
Anlass des Arztbesuchs	
Akute Beschwerden	9
Chronische Erkrankung	5
Art der Praxis	
Hausärztliche Praxis	4
Fachärztliche Praxis (Orthopädie, HNO, Kardiologie, Urologie, Pneumologie, Dermatologie)	10

Die Interviewteilnehmenden bewerteten den Fragebogen insgesamt positiv. Sie nahmen ihn als gut verständlich, umfassend, leicht auszufüllen und klar strukturiert wahr. Die Länge wurde als angemessen beurteilt. Ein Patient mit neurologischen Störungen (Doppeltsehen, Konzentrationsprobleme) gab an, beim Ausfüllen des Fragebogens keine Probleme gehabt zu haben.

Die Mehrzahl der insgesamt 25 Fragen wurde von den Teilnehmenden so verstanden wie sie intendiert waren. Bei insgesamt fünf Fragen wurden auf Basis der Rückmeldungen aus den kognitiven Interviews Änderungen vorgenommen.

Die Frage nach der Aufklärung über Vor- und Nachteile einer Behandlung bzw. mehrerer Behandlungsoptionen wurde in zwei Fragen gesplittet, da sich in den Interviews herausstellte, dass keine bzw. keiner der Interviewteilnehmenden bisher die Situation erlebt hatte, das für ein Beschwerde- oder Krankheitsbild ärztlicherseits proaktiv mehrere Therapie-Optionen angesprochen wurden. Wenn, dann geschah dies auf Nachfrage der Patientin bzw. des Patienten. Daher wurde entschieden, die Aufklärung über Behandlungsalternativen getrennt von der Aufklärung über die in Frage stehende Behandlung zu erfassen. Bei drei weiteren Fragen wurden kleinere Änderungen in der Formulierung vorgenommen. Bei einer Frage wurde eine zusätzliche trifft-nicht-zu-Antwortoption eingefügt.

Bei dem Fragenblock zur ärztlichen Behandlung wurde initial ein Hinweis aufgenommen, wie vorgegangen werden soll, wenn die Behandlung in einer Praxis von wechselnden Ärztinnen bzw. Ärzten durchgeführt wird. Schließlich wurde der einführende Text zu den Erfahrungen mit Fehlern prägnanter formuliert, um die Lesbarkeit zu erleichtern und die Frage nach der Erfahrung mit aufgetretenen Fehlern zu unterstützen.

Der Interviewleitfaden sowie die detaillierten Ergebnisse der Änderungen aufgrund der kognitiven Interviews sowie die finale Fragebogenversion finden sich in Anhang 2 und 3.

4.1.4. Pilotfragebogen

Der Pilotfragebogen umfasst 22 Fragen zu den Dimensionen Zugang zur Versorgung, Kommunikation zwischen Patientinnen und Patienten und den behandelnden Fachkräften, Medikationssicherheit, Koordination der Versorgung und zur Erfahrung mit dem Auftreten von sicherheitsrelevanten Ereignissen sowie 5 Fragen zur Person (Tab. 5 und Anhang 3).

Tab. 5 Dimensionen und Fragen

Dimension	Anzahl Fragen
Zugang zur Versorgung	2
Kommunikation zwischen Patientinnen bzw. Patienten und behandelnden Fachkräften	12
Medikationssicherheit	3
Koordination der Versorgung	2
Erfahrungen mit sicherheitsrelevanten Ereignissen	3
Fragen zur Person	5

Der Fokus des Fragebogens liegt auf Faktoren, die zum Auftreten von PSE beitragen, die (nur) aus Patientensicht berichtet werden können. Hierzu gehören insbesondere verschiedene Aspekte der Verständlichkeit, Rechtzeitigkeit und Vollständigkeit von Information, der Kommunikation, der Interaktion und der Partizipation (einschließlich der Information und Aufklärung zur Medikation). Ein Verständnis sowie die Reflektion, wie sich diese begünstigenden Faktoren aus Patientensicht darstellen, sind wichtige Voraussetzungen, um zielgerichtete Ansatzpunkte für die Fehlerprävention zu identifizieren und umzusetzen (33). Der Themenbereich Zugang zur Versorgung wird über zwei Fragen erfasst, ebenso die Dimension Koordination der Versorgung an den intra- und intersektoralen Schnittstellen. Insbesondere letztere spielt im Zusammenhang mit dem Auftreten von sicherheitsrelevanten Ereignissen eine wichtige Rolle (34). Eine detailliertere Abfrage der verschiedenen Facetten des Themas hätte mit Blick auf das heterogene Spektrum der ambulanten Versorgungslandschaft in Deutschland eine deutlich höhere Anzahl von Fragen erforderlich gemacht. Dies kollidiert mit der Anforderung an ein generisches, für den Routineeinsatz sowohl in haus- als auch fachärztlichen Praxen geeignetes Instrument, sodass hier die Entscheidung zugunsten zweier generischer Fragen getroffen wurde.

Dem Abschnitt zur Erfassung von Erfahrungen mit dem Auftreten sicherheitsrelevanter Ereignisse ist ein einleitender Text mit Beispielen zur Erläuterung des Fehlerbegriffs vorangestellt. Es konnte nicht davon ausgegangen werden, dass die Befragten mit der offiziellen Patientensicherheitsterminologie vertraut sind und den Begriff des (vermeidbaren) Fehlers entsprechend interpretieren. Diese Annahme hatte sich in den kognitiven Interviews zur Verständlichkeitsprüfung des Fragebogens bestätigt, in denen die Mehrzahl der Interviewees mit dem Begriff ‚Fehler‘ zunächst ausschließlich gravierende Fehler, die zu einem (gesundheitlichen) Schaden führen, assoziierten. Die aus diesem Grund einführend aufgeführten Beispiele für vermeidbare Fehler wurden in den Interviews durchweg als hilfreich zum Verständnis der Fragen in diesem Abschnitt begrüßt.

4.2. Phase 2: Datenerhebung

4.2.1. Patientenbefragung

Patientenmerkmale

Die Merkmale der Patientinnen und Patienten sind in Tab. 6 dargestellt. Die Altersverteilung entspricht in etwa der Verteilung der Teilnehmenden der Bevölkerungsbefragungen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zu Inanspruchnahme und Zugang zu ambulanter haus- und fachärztlicher Versorgung (35). Die Befragten waren zu zwei Drittel weiblich, ebenfalls zwei Drittel verfügten über eine Hochschulreife oder eine abgeschlossene Ausbildung als höchsten Bildungsabschluss. Mehr als die Hälfte hatte eine Erkrankung, die länger als drei Monate bestand, und 18% schätzten den eigenen Gesundheitszustand als mittelmäßig oder schlecht ein.

Tab. 6 Merkmale der Patientinnen und Patienten

	n	%
Alter		
Bis 35 Jahre	651	22,6
36-50 Jahre	695	24,1
51-64 Jahre	851	28,0
Älter als 65 Jahre	687	22,6
Geschlecht		
Weiblich	1927	66,3
Männlich	965	33,2
Divers	16	0,6
Höchster Bildungsabschluss		
Universität/Fachhochschule	544	18,8
Abgeschlossene Ausbildung	1122	38,9
Abitur	249	8,6
Mittlere Reife	415	14,4
Volks-/Hauptschule	454	15,7
Kein Schulabschluss	103	
Erkrankungsdauer > 3 Monate		
Ja	1631	56,5
Nein	1257	43,5
Subjektiver Gesundheitszustand		
Ausgezeichnet	239	8,2
Sehr gut	650	22,3
Gut	1205	41,4
Mittelmäßig	677	23,2
Schlecht	141	4,8

Differenz der Summen zu 3042: keine Angabe

Praxismerkmale

Insgesamt konnten 22 Praxen zur Teilnahme an der Patientenbefragung gewonnen werden. Bei neun der Praxen handelte es sich um hausärztliche Praxen, bei den verbleibenden 13 um fachärztliche Praxen. Die Fachrichtungen sowie die jeweiligen Anteile der Patientinnen und Patienten an der Gesamtstichprobe sind in Tab. 7 dargestellt. Ein Drittel der Patientenrückmeldungen bezieht sich auf die hausärztliche Versorgung, zwei Drittel auf die Behandlung in einer Facharztpraxis.

Tab. 7 Merkmale der Praxen

	Anzahl Praxen	Anzahl (%) Patientinnen und Patienten
Hausärztliche Praxis	9	1015 (33,4)
Fachärztliche Praxis, davon	13	2027 (66,6)
Frauenheilkunde & Geburtshilfe	3	654 (21,5)
HNO	2	472 (15,5)
Chirurgie	2	356 (11,7)
Kardiologie	2	210 (6,9)
Innere Medizin und Diabetologie	1	140 (4,6)
Neurologie, Psychotherapie & Psychotherapie	1	135 (4,4)
Ophtalmologie	1	45 (1,5)
Gastroenterologie und Onkologie	1	15 (0,5)

Befragungsdauer

Die Befragungsdauer war ursprünglich auf 10 Wochen ausgelegt, bedingt durch die Beschränkungen im Zuge der Corona-Pandemie zwischen März und Mai 2020 wurde die Befragung schließlich nach 18 Wochen geschlossen. Die mittlere Dauer der Befragung in den einzelnen Praxen lag bei 8,5 Wochen (1,3 bis 14,6 Wochen). Im Schnitt gaben die Praxen 21 Fragebögen pro Woche aus (2 bis 194 Fragebögen).

Rücklaufquoten

Von den insgesamt 4.276 Patienten, denen ein Fragebogen ausgehändigt wurde, haben sich 3.042 an der Befragung beteiligt. Das entspricht einer Beteiligungsquote von 71,1%. Die überwiegende Mehrzahl der Fragebögen (96,1 %) wurden als Papierfragebogen ausgefüllt, das Angebot der Online-Befragung wurde von 3,9% der teilnehmenden Patientinnen und Patienten genutzt (Tab. 8).

Tab. 8 Rücklaufquoten nach Ausfüllmodus

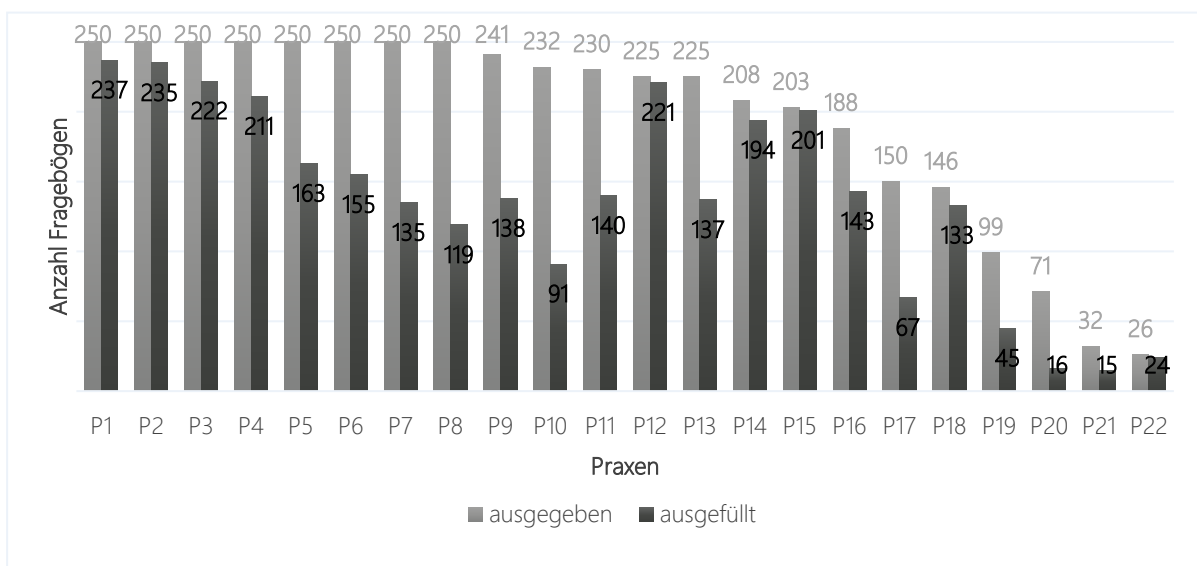
	Anzahl Fragebögen		Rücklaufquote	
	gesamt	Range ¹	gesamt	Range ²
Ausgegebene Fragebögen	4.276	26 - 250		
Ausgefüllte Fragebögen	3.042	15 - 237	71,1 %	22,5 - 99 %
Davon ausgefüllt ...				
... als Papierfragebogen	2.924	12 - 237	96,1 %	28 - 100 %
... als Onlinefragebogen	118	0 - 58	3,9 %	0 - 42 %
... in der Praxis	2535	0 - 235	77,4 %	0 - 100%
... zuhause	669	0 - 112	22,0%	58 - 100%
... ohne Angabe zum Ausfüllort	20	1 - 6	0,7 %	

¹ Spannweite der Anzahl ausgegebener/ausgefüllter Fragebögen in den teilnehmenden Praxen

² Spannweite der Rücklaufquoten in den teilnehmenden Praxen

Durch den Ausbruch des Coronavirus Sars-CoV-2 kam die Befragung in den Praxen ab Mitte März zunehmend zum Erliegen, da Patientinnen und Patienten nur noch in akuten Notfällen in die Praxis einbestellt wurden und der Aufenthalt in der Praxis so kurz wie möglich gehalten wurde. Dies war der Hauptgrund, warum die angestrebte Zahl von 250 auszugebenden Fragebögen trotz der Verlängerung des Befragungszeitraums nicht in allen Praxen erreicht wurde. Die Zahl der ausgegebenen und rückgelaufenen Fragebögen je Praxis ist in Abb. 3 dargestellt.

Abb. 3 Anzahl ausgegebener und rückgelaufener Fragebögen je Praxis



Nonresponder

Zu jedem Fragebogen sollte ein separates Zusatzblatt mit Angaben zu Geschlecht, Alter und Bildungsabschluss ausgefüllt und von der Praxis an das Projektteam zurückgegeben werden (Anhang 3). Dies ist nicht bei allen Fragebögen geschehen, insgesamt lag für 3915 der 4276 ausgegebenen Fragebögen ein Zusatzblatt vor. Somit kann eine Aussage über 71% (873 von 1234) der Nonresponder getroffen werden. Diese sind im Schnitt älter (56 Jahre vs. 51 Jahre, $p < 0,001$) und verfügen häufiger über einen hohen Bildungsabschluss (28% vs. 19%, $p < 0,001$). Beim Geschlecht zeigte sich kein Unterschied zwischen denjenigen, die den erhaltenen Fragebogen ausgefüllt haben, und jenen, die ihn nicht ausgefüllt haben.

4.2.2. Psychometrische Eigenschaften des Fragebogens

Akzeptanz

Der Anteil fehlender Werte lag im Median bei 4,2% (Interquartilsabstand: 3,4 bis 4,7%, IQR: 1,3%). Die höchsten Missinganteile waren bei Frage 16 nach dem rechtzeitigen Vorliegen von Untersuchungsergebnissen (9,5%) sowie Frage 15.2 nach der Erläuterung von Medikamenten-Nebenwirkungen, die eine erneute Konsultation erforderlich machen (7,5%). Damit liegt die Item-Non-response in einem niedrigen bis moderatem Bereich (36) und im Bereich bzw. unterhalb der Größenordnung, wie sie in anderen Patientenbefragungen zu beobachten ist (19,27,37,38). Eine Häufung fehlender Werte mit steigender Fragenummer konnte nicht beobachtet werden. Beides deutet, wie auch die hohe Beteiligungsquote, auf eine gute Praktikabilität sowie eine hohe Akzeptanz des Fragebogens hin.

Bei insgesamt zehn der 22 Items bestand die Möglichkeit, eine dem Inhalt der Frage angepasste Trifft-nicht-zu-Antwortmöglichkeit zu wählen (vgl. Fragebogen Anhang 3). Mit dem Fragebogen sollte ein Kernset von Fragen verfügbar sein, das für den Einsatz in ambulanten Arztpraxen unabhängig von der Fachrichtung geeignet ist. Fragen, die nur auf einen kleinen Teil der Patientinnen und Patienten zutreffen, wären daher für ein solches Kernset nur eingeschränkt geeignet. Diese Trifft-nicht-zu-Skalen wurden im Mittel über alle Befragungsteilnehmenden von 10% in Anspruch genommen, in hausärztlichen Praxen lag der Anteil mit durchschnittlich 8% etwas niedriger als in den fachärztlichen Praxen (11%). Diese Anteile liegen deutlich unter denen in der Literatur als noch als akzeptabel beschriebenen 20% (39), weswegen diese Items für die weitere Analyse zunächst beibehalten wurden.

Um einen Datenverlust aufgrund fehlender Werte zu vermeiden wurde eine Multiple Imputation mittels vollständiger konditionaler Spezifikation durchgeführt. Die Anzahl der maximalen Iterationen betrug 20 und die Anzahl der Imputationen 5.

Deckeneffekte sind bei allen Items in einem Bereich zu beobachten, der auch für andere Instrumente zur Messung von PREMs bekannt ist (40,41). Sie liegen im Mittel bei 55% (15-78%).

Faktorenanalyse

Zur Prüfung der strukturellen Validität wurde eine Hauptachsenanalyse mit schiefwinkliger Rotation (Promax) durchgeführt. Die Ermittlung der Anzahl zu extrahierender Faktoren erfolgte mithilfe des Screeplots sowie des

Minimum-Average-Partial-Tests. Die endgültige Lösung wurde durch die sukzessive Herausnahme schlecht passender Items (Kommunalität $<0,4$, Doppel- oder Mehrfachladungen $>0,4$, Measure of Sample Adequacy-Wert $<0,6$) erstellt (42,43). Der Kaiser-Meyer-Olkin-Koeffizient als Maß für die Dateneignung betrug 0,94, was als sehr guter Wert gilt (42), der Bartlett-Test war hochsignifikant ($\chi^2 = 21320,16$, $df=91$, $p<0,001$).

Insgesamt wurden sieben Items aufgrund zu geringer Kommunalitäten von der weiteren Analyse ausgeschlossen, womit zunächst 15 Items in die Faktorenanalyse aufgenommen wurden. Ein weiteres Item wurde wegen einer Doppelladung $>0,4$ ausgeschlossen, sodass in der finalen Lösung 14 Items verblieben. Eine Liste der Items einschließlich der Gründe für ihre Herausnahme findet sich in Anhang 4.

In der endgültigen Lösung wurden drei Faktoren extrahiert, die 64 % der Gesamtvarianz erklären und damit eine Größenordnung, die deutlich über den geforderten 50 % liegt (44). Die Mustermatrix einschließlich der Kommunalitäten findet sich in Anhang 4. In den extrahierten Faktoren bilden sich die Themen Information & Aufklärung (Faktor 1), Rapport & Partizipation (Faktor 2) und Medikationssicherheit (Faktor 3) ab (Tab. 9), die jeweils in der Delphi-Befragung von den Expertinnen und Experten als relevant identifiziert wurden.

Tab. 9 Faktoren und zugehörige Items

Faktor 1 Information & Aufklärung
03 Erklärt Ihre Ärztin/ Ihr Arzt Ihnen die Dinge so, dass Sie sie verstehen?
04 Erhalten Sie von Ihrer Ärztin/ Ihrem Arzt ausreichend Informationen, um Ihre Beschwerden bzw. die Behandlung zu verstehen?
05 Erklärt Ihre Ärztin/ Ihr Arzt Ihnen die Vor- und Nachteile der geplanten Behandlung?
07 Gibt Ihre Ärztin/ Ihr Arzt Ihnen ausreichend Gelegenheit, Ihre Fragen zu Ihren Beschwerden bzw. Ihrer Behandlung zu stellen?
08 Haben Sie den Eindruck, dass Ihre Schilderungen ernst genommen werden?
06 Erklärt Ihre Ärztin/ Ihr Arzt Ihnen verschiedene Behandlungsmöglichkeiten sowie deren Vor- und Nachteile?
Faktor 2 Rapport & Partizipation
11 Werden Sie ermutigt, über Ihre persönlichen Sorgen zu sprechen, die Sie im Zusammenhang mit Ihren Beschwerden, Ihrer Erkrankung oder Ihrer Behandlung haben?
10 Haben Sie das Gefühl, dass Sie Ihrer Ärztin/Ihrem Arzt auch sehr persönliche oder unangenehme Dinge zu Ihren Beschwerden, Ihrer Erkrankung oder Ihrer Behandlung erzählen zu können?
09 Stellt Ihre Ärztin/ Ihr Arzt sicher, dass Sie die Erklärungen verstanden haben (z.B. indem Sie die Möglichkeit bekommen, die Information in Ihren eigenen Worten noch einmal zu wiederholen)?
13 Werden Ihre Vorstellungen bei der Planung Ihrer Behandlung berücksichtigt?
Faktor 3 Medikationssicherheit
15_3 Wenn Ihnen ein neues Medikament verschrieben wird, erklärt Ihre Ärztin/ Ihr Arzt Ihnen verständlich wie Sie das Medikament einnehmen sollen (Dosierung, Häufigkeit, Uhrzeit, vor bzw. nach dem Essen, usw.)?
15_1 Wenn Ihnen ein neues Medikament verschrieben wird, erklärt Ihre Ärztin/ Ihr Arzt Ihnen verständlich zu welchem Zweck Sie es nehmen sollen?
15_2 Wenn Ihnen ein neues Medikament verschrieben wird, erklärt Ihre Ärztin/ Ihr Arzt Ihnen verständlich bei welchen Nebenwirkungen Sie Bescheid geben sollen, damit die Einnahme ggf. verändert werden kann?
17 Fragt Ihre Ärztin/ Ihr Arzt, welche Medikamente oder Behandlungen Sie von anderen Ärzt*innen verordnet bekommen haben?

Die im Zuge der Delphi-Befragung ebenfalls als relevant ermittelten Dimensionen Zugang zur Versorgung, Koordination der Versorgung sowie Erfahrung mit PSE bildeten sich über die Faktorenanalyse methodisch bedingt nicht ab. Koordination und Zugang wurden über jeweils ein bzw. zwei Einzelitems operationalisiert, die Dimension Erfahrung mit sicherheitsrelevanten Ereignissen über zwei Items mit dichotomer und damit für eine Faktorenanalyse ungeeigneten Antwortstruktur. Sie wurden aus inhaltlichen Gründen in der finalen Version des Fragebogens beibehalten.

Reliabilität

Als Gütekriterium für die interne Konsistenz wurde ein Cronbach Alpha-Wert von $\geq 0,7$ definiert. Items mit einer geringen Korrelation zum Gesamtscore ($r_{is} < 0,4$) sowie Items, deren Herausnahme den Cronbach Alpha-Wert erhöhte, wurden als nicht skalentauglich betrachtet (43,45). Die Skalenmittelwerte sowie die linksschiefe Verteilung beider Skalen zeigen, dass positive Bewertungen insgesamt häufiger vorgenommen wurden als negative. Dieses Phänomen ist für Patientenbefragungen in der Literatur gut dokumentiert (27,38). Die Trennschärfe lässt darauf schließen, wie gut ein Einzelitem zwischen Befragten mit unterschiedlichen Merkmalsausprägungen differenziert. Die Trennschärfeanalyse weist für beide Skalen gute Werte aus, die mittleren Trennschärfe liegen bei 0,7 bzw. 0,5. Cronbach Alpha als Maß der internen Konsistenz ist mit 0,88 bzw. 0,73 als gut bzw. zufriedenstellend zu bewerten. Insgesamt weisen die Ergebnisse auf eine gute Skalentauglichkeit hin (Tab. 10 Skalenkennwerte, Trennschärfe und interne Konsistenz (Tab. 10)).

Tab. 10 Skalenkennwerte, Trennschärfe und interne Konsistenz

Faktor	Mittelwert ¹	SD	Schiefe	Trennschärfe		Cronbach Alpha	Items (n)
				mittlere	range		
Information & Aufklärung	1,39	0,53	1,85	0,7	0,6-0,8	0,88	6
Rapport & Partizipation	1,67	0,70	1,30	0,6	0,6-0,7	0,81	4
Medikationssicherheit	1,54	0,66	1,59	0,5	0,4-0,6	0,73	4

¹Itemskala 1 – 5, wobei 1 die positivste Einschätzung darstellt

Konstruktvalidität

Die Inhaltsvalidität des Fragebogens wurde im Rahmen der ersten Phase des Projekts geprüft (vgl. Abschnitt 4.1), die strukturelle Validität über die oben dargestellte Faktorenanalyse. In einem weiteren Schritt wurde der Zusammenhang zwischen den Skalenwerten und externen Kriterien analysiert, die in der Literatur als prädiktiv für das Antwortverhalten beschrieben werden. Unterschiede in den Dimensionen Information & Aufklärung, Interaktion & Einbindung und Medikationssicherheit in Abhängigkeit von der subjektiven Einschätzung des eigenen Gesundheitszustands, des Alters, des Bildungsabschlusses, des Geschlechts sowie der inhaltlichen Ausrichtung der Praxis sind in Tab. 11 dargestellt.

Tab. 11 Unterschiede in den Skalenmittelwerten in Abhängigkeit von Patienten- und Praxismerkmalen

	Faktor 1				Faktor 2				Faktor 3			
	Information & Aufklärung				Rapport & Partizipation				Medikationssicherheit			
	n	MW ^a (SD)	t	p	n	MW ^a (SD)	t	p	n	MW ^a (SD)	t	p
Subjektiver Gesundheitszustand												
Gut	2076	1,37 (0,50)	-4,0	<0,001	2071	1,63 (0,67)	-4,5	<0,001	1992	1,55 (0,73)	-2,66	0,008
Schlecht	811	1,46 (0,58)			809	1,78 (0,81)			801	1,64 (0,81)		
Alter												
≤ 60 Jahre	1939	1,41 (0,53)	4,19	<0,001	1937	1,70 (0,71)	3,0	0,003	1877	1,60 (0,75)	2,75	0,006
> 60 Jahre	920	1,33 (0,47)			915	1,61 (0,72)			889	1,52 (0,77)		
Geschlecht												
Weiblich	1910	1,37 (0,49)	-2,6	0,01	1903	1,65 (0,70)	-2,3	0,02	1839	1,60 (0,77)	2,63	0,008
Männlich	958	1,42 (0,56)			957	1,72 (0,74)			936	1,52 (0,71)		
Praxis												
Hausarztpraxis	1003	1,32 (0,43)	-5,5	<0,001	1001	1,55 (0,64)	-7,2	<0,001	979	1,43 (0,62)	-7,87	<0,001
Facharztpraxis	1974	1,42 (0,56)			1963	1,74 (0,74)			1900	1,65 (0,81)		

^aMögliche Skalenwerte: 1 bis 5, wobei 1 die positivste und 5 die negativste Einschätzung darstellte

^bn.s.: nicht signifikant

Die Analyse zeigt, dass die Skalen in der Lage sind, zwischen Subgruppen von Patientinnen und Patienten zu differenzieren. So finden sich kritische Rückmeldungen zu allen drei Dimensionen signifikant häufiger bei Patientinnen und Patienten, die ihre eigene Gesundheit insgesamt als beeinträchtigt wahrnehmen verglichen mit jenen, die ihren Gesundheitszustand als gut beurteilen. Dies deckt sich mit Ergebnissen aus anderen Erhebungen (27,28). Es ist denkbar, dass bei einem als eingeschränkt eingeschätzten Gesundheitszustand der Bedarf nach verständlicher Information und zugewandter, individueller Interaktion höher ist. In der Literatur wird darüber hinaus diskutiert, dass der eigene Gesundheitszustand bis zu einem gewissen Grad der erlebten Versorgung zugeschrieben wird (30). Ebenfalls in Übereinstimmung mit der Literatur berichten jüngere im Vergleich zu älteren Patientinnen und Patienten signifikant häufiger über suboptimale Erfahrungen. Diskutiert wird in diesem Zusammenhang, dass ältere Menschen die Versorgung tatsächlich positiver erleben, aber auch die Möglichkeit eines altersabhängig unterschiedlichen Antwortverhaltens aufgrund anderer Erwartungen und Präferenzen sowie schließlich die Option, dass Ärztinnen und Ärzte altersabhängig unterschiedlich kommunizieren (46,47).

Mit Blick auf das Geschlecht zeigt sich in der vorliegenden Analyse, dass Patientinnen signifikant seltener über negative Erfahrungen im Bereich Information & Aufklärung und Rapport & Partizipation berichten als Patienten, im Bereich der Medikationssicherheit verhält es sich umgekehrt. Dies steht im Widerspruch zu einigen Arbeiten, in denen das Geschlecht nicht mit dem Erleben der Versorgung korreliert (28,48), insgesamt stellt sich die Literatur zum Einfluss des Geschlechts auf die Patientenerfahrung jedoch heterogen dar (30).

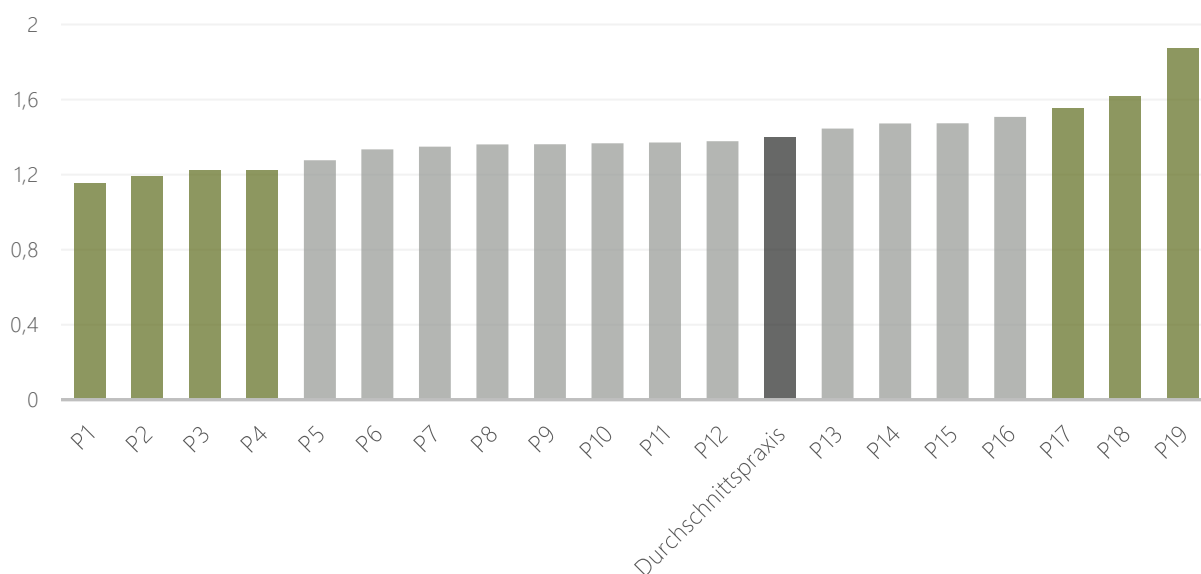
Schließlich wurde angenommen, dass die verschiedenen über den Fragebogen abgefragten Versorgungsdimensionen in hausärztlichen Praxen positiver wahrgenommen werden, da es sich bei dem Verhältnis zwischen Patientinnen und Patienten und der betreuenden Ärztin bzw. dem betreuenden Arzt eine auf Dauer und Betreuungskontinuität angelegte Beziehung handelt, die durch eine größere Vertrautheit gekennzeichnet sein

kann (49). Diese Aspekte haben sich in verschiedenen Untersuchungen als wichtig für eine positive Patientenerfahrung erwiesen (28,29). Auch in der vorliegenden Analyse werden alle drei Dimensionen von in hausärztlichen Praxen versorgten Patientinnen und Patienten positiver erlebt.

Fragebogen als Instrument der internen und externen Qualitätssicherung

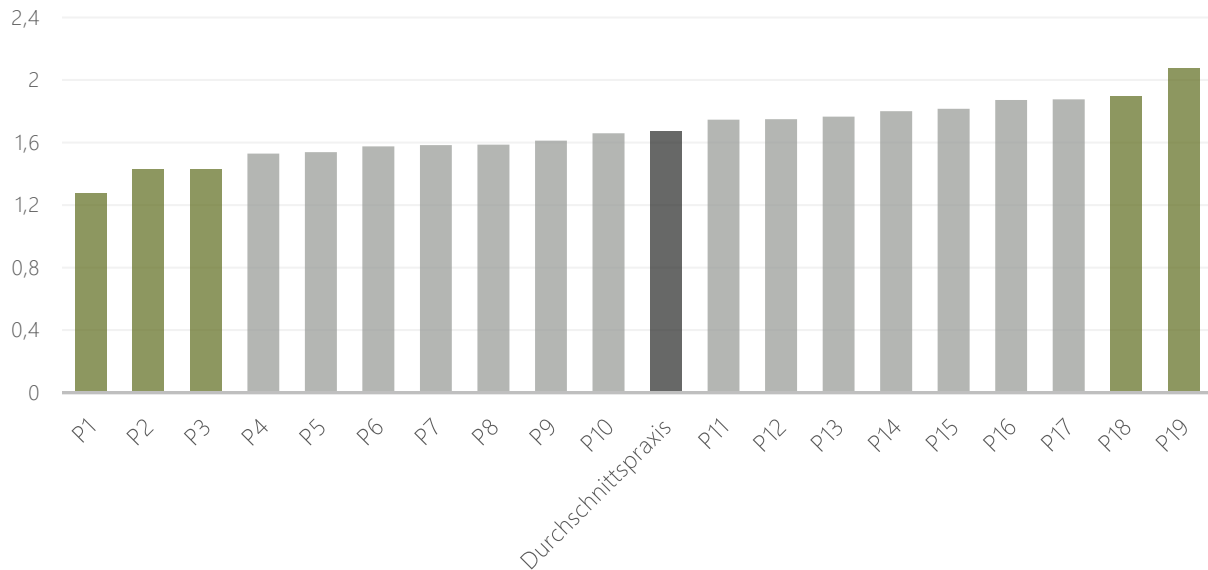
Neben der Erfassung der Patientensicherheit aus Patientenperspektive sollte der Fragebogen den Praxisteams Hinweise auf möglichen Handlungsbedarf in ihren Praxen geben, die so konkret sein sollen, dass sich darauf aufbauend Verbesserungsmaßnahmen ableiten lassen. Eine wichtige Orientierung zur Einordnung der eigenen Ergebnisse ist ein Benchmark. Um einen solchen Benchmark realisieren zu können, müssen die Skalen und Items eines Instruments in der Lage sein, zwischen einzelnen Praxen zu differenzieren. Vor diesem Hintergrund wurde für den vorliegenden Fragebogen geprüft, inwiefern sich die Skalenmittelwerte der einzelnen Praxen von den jeweiligen Mittelwerten über alle Praxen unterscheiden. In die Analyse aufgenommen wurden nur Praxen, für die mehr als 25 gültige Fragebögen vorlagen ($n=19$). Beim Faktor Information & Aufklärung wiesen vier von 19 Praxen (21%) positivere Rückmeldungen als der Durchschnitt auf, 2 (11%) lagen darunter. Beim Faktor Rapport & Partizipation erhielten drei von 19 Praxen (16%) positivere Rückmeldungen als der Durchschnitt, zwei Praxen (11%) negativere und beim Faktor Medikationssicherheit eine (5%) bzw. 3 Praxen (16%) (Abb. 4, Abb. 5 und Abb. 6).

Abb. 4 Mittelwertsunterschiede zwischen den teilnehmenden Praxen, Faktor Information & Aufklärung



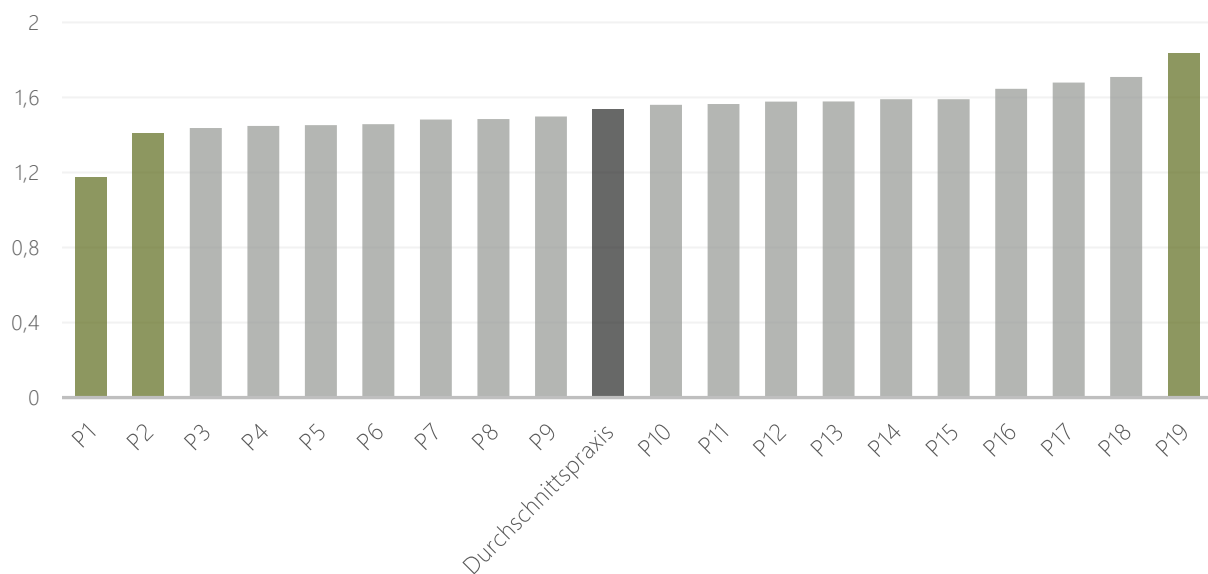
Skala 1-5 (1=positivste Erfahrung, 5=negativste Erfahrung); grüne Balken: $p < 0,05$

Abb. 5 Mittelwertsunterschiede zwischen den teilnehmenden Praxen, Faktor Rapport & Partizipation



Skala 1-5 (1=positivste Erfahrung, 5=negativste Erfahrung); grüne Balken: $p < 0,05$

Abb. 6 Mittelwertsunterschiede zwischen den teilnehmenden Praxen, Faktor Medikationssicherheit



Skala 1-5 (1=positivste Erfahrung, 5=negativste Erfahrung); grüne Balken: $p < 0,05$

4.2.3. Patientenerfahrungen

Faktoren, die das Auftreten von sicherheitsrelevanten Ereignissen begünstigen

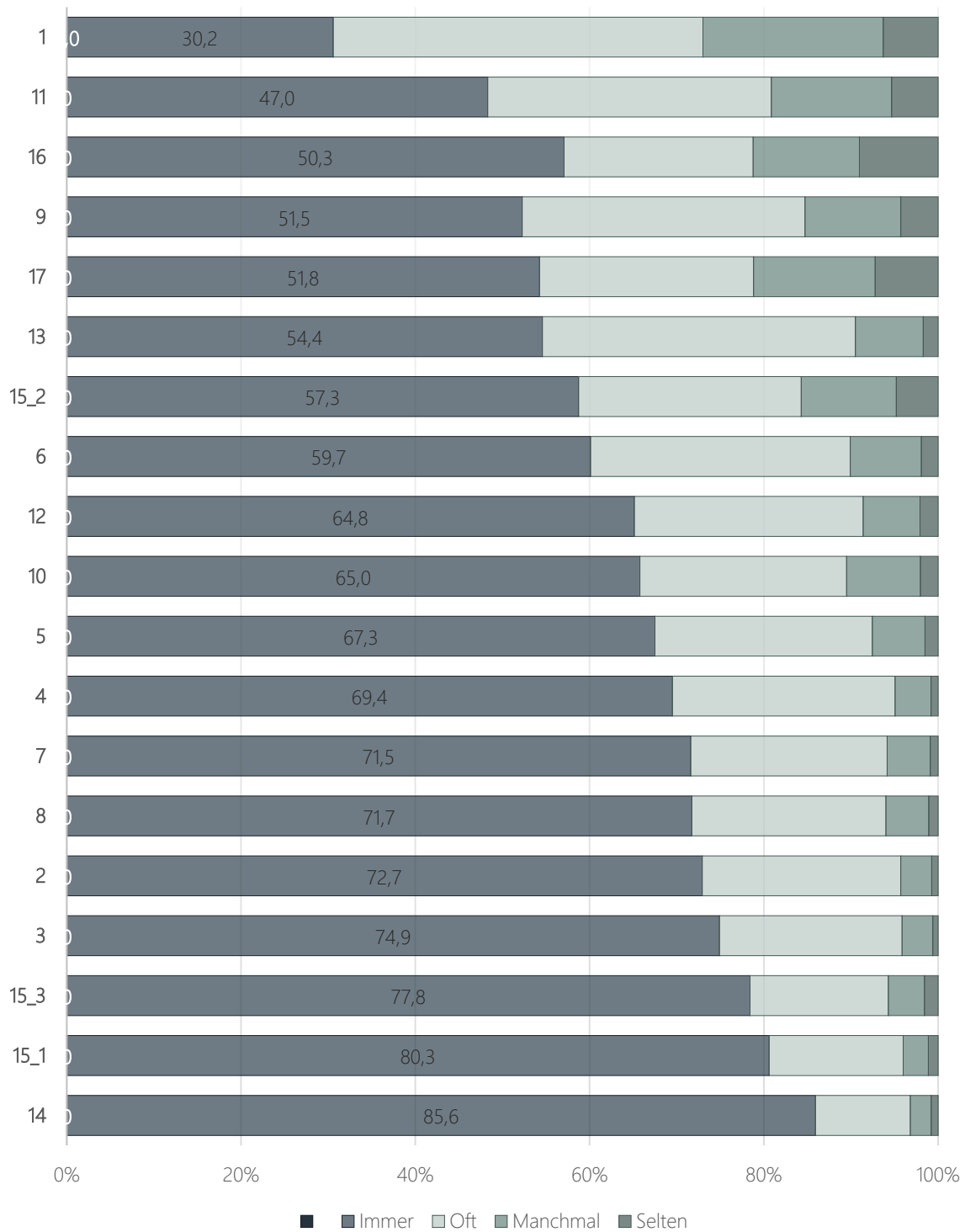
Im ersten Teil des Fragebogens wird die Häufigkeit von Patientenerfahrungen mit Faktoren, die das Auftreten von PSE begünstigen, erfasst. Zu diesen Faktoren gehören die Themen Information und Aufklärung, Rapport und Partizipation, Medikationssicherheit, der Zugang zur sowie die Koordination der Versorgung. Die Fragen sind so formuliert, dass die Antwortvorgabe ‚Immer‘ die positivste Erfahrung widerspiegelt, die Antwortvorgabe ‚Nie‘ die negativste.

Insgesamt zeigen die Ergebnisse, dass die Patientinnen und Patienten gute Erfahrungen mit sicherheitsrelevanten Versorgungsaspekten machen. Zwischen 70 und 96% der Befragten berichten, dass sie den jeweiligen Versorgungsaspekt ‚Immer‘ oder ‚Oft‘ erleben, für die Hälfte der Fragen lag dieser Anteil bei 90% und höher. Dies deckt sich weitgehend mit den Ergebnissen einer vergleichbaren Befragung zur Patientensicherheit aus Patientensicht (25) sowie anderen Messungen von Patientenerfahrungen in der ambulanten Versorgung (48,50). Diskutiert wird in diesem Zusammenhang, dass Patientinnen und Patienten per se ein hohes Maß an Vertrauen in die Fachkompetenz des ärztlichen Berufsstands mitbringen. Dieses Vertrauen fußt dabei nicht nur auf der klinischen Kompetenz durch die medizinische Ausbildung und einzuhaltenden Qualitätsstandards, sondern auch auf der Art und Weise, wie diese im Umgang mit den Patientinnen und Patienten dargebracht wird (51). Als weitere mögliche Gründe gelten z.B. die Tendenz des Menschen zur Behebung kognitiv dissozanter Wahrnehmungen durch Senkung des Anspruchsniveaus, Antworttendenzen im Sinne sozialer Erwünschtheit, Dankbarkeitseffekte, die soziale Nähe oder Distanz zum Arzt, Angst vor dem Selbsteingeständnis, schlecht behandelt worden zu sein, oder die Angst vor persönlichen Nachteilen bei Kritik sowie demografische Faktoren (52).

Es lässt sich diskutieren, inwieweit insbesondere im Kontext der Patientensicherheit eine Versorgungssituation anzustreben ist, in der diese sicherheitsrelevanten Versorgungsaspekte immer als erfüllt angesehen werden. Betrachtet man den Anteil der Patientinnen und Patienten, die dies bejahen, dann sind dies zwischen 30% und 86%, für die Hälfte der Fragen lag der Anteil bei oder unter 65% (Abb. 7).

Zu den sicherheitsrelevanten Versorgungsaspekten, bei denen Patientinnen und Patienten am häufigsten über Probleme berichten, zählen der Zugang zur Versorgung, Aspekte der internen Praxisorganisation, der Koordination mit anderen Leistungserbringenden sowie Themen aus dem Bereich der Interaktion zwischen Ärztin bzw. Arzt und Patientin bzw. Patient, die Verhaltensweisen oder Handlungen erfordern, die nicht den traditionellen Rollenbildern entsprechen. Dieses Ergebnis ist weitgehend unabhängig davon, ob die Ergebnisse aus der Perspektive der optimalen Versorgungssituation betrachtet werden oder ob der Anteil der Befragten, die mit ‚Immer‘ oder ‚Oft‘ geantwortet haben, herangezogen wird.

Abb. 7 Patientenerfahrungen mit Faktoren, die das Auftreten sicherheitsrelevanter Ereignisse begünstigen^{1,2}



¹ Anteil gültiger Antworten

² s. Anhang 5 für die vollständige Quantifizierung der Häufigkeitsverteilung

* Frage verfügt über eine trifft-nicht-zu-Skala

** Antwortskala: Sehr leicht / Leicht / Weder leicht noch schwer / Schwer / Sehr schwer

Information und Aufklärung

Die besten Erfahrungen machen Patientinnen und Patienten mit der verständlichen Erklärung von Sachverhalten durch die Ärztin bzw. den Arzt sowie der Erklärung des Zwecks und der Einnahme von Medikamenten. Gleichwohl sagt auch hier bereits ein Viertel (25%), dass die Erklärung nicht immer verständlich ist, und ein Fünftel, dass sie bei der Verschreibung neuer Medikamente nicht immer verständlich über Zweck und Einnahme aufgeklärt werden (20 bzw. 21%). Über Nebenwirkungen dieser Medikamente, die an die Ärztin bzw. den Arzt zurückgespiegelt werden sollen, um die Einnahme ggf. zu verändern, werden hingegen 43% nicht immer verständlich aufgeklärt.

Insgesamt 28% haben während der Konsultation nicht immer ausreichend Gelegenheit, Fragen zu ihren Beschwerden oder ihrer Behandlung zu stellen und ebenfalls 28% haben nicht immer das Gefühl, dass ihre Schilderungen von der Ärztin oder dem Arzt ernst genommen werden. Etwa je ein Drittel der Patientinnen und Patienten berichtet, dass die erhaltenen Informationen nicht immer ausreichen, um ihre Beschwerden bzw. die Behandlung zu verstehen, und die Aufklärung über Vor- und Nachteile der geplanten Behandlung nicht immer erfolgte (31 bzw. 33%). Insgesamt berichten 40% der Befragten, für die dies relevant gewesen wäre, dass sie nicht immer über die Vor- und Nachteile von Behandlungsalternativen aufgeklärt werden (insgesamt 6% gaben an, nicht sicher gewesen zu sein, ob es in ihrem Fall weitere Behandlungsoptionen gab). Tendenziell werden diese Versorgungsaspekte von jüngeren Patientinnen und Patienten, von denjenigen, die ihren Gesundheitszustand als eingeschränkt einschätzen sowie von den in fachärztlichen Praxen behandelten Patientinnen und Patienten negativer erlebt. Unterschiede in den Berichten in Abhängigkeit von Geschlecht, Bildungsabschluss, Dauer der Erkrankung sowie dem Ort des Ausfüllens des Fragebogens waren weniger eindeutig (vgl. Anhang 5).

Partizipation

Die verständliche Vermittlung von Informationen gilt als ein wichtiger Baustein einer sicheren Versorgung. Patienten, die die Informationen zu ihrer Erkrankung und Behandlung verstanden haben, sind besser in der Lage, sachdienliche Angaben zu ihren Beschwerden zu machen, und so zu einer Verringerung des Risikos für z.B. diagnostische Fehler beizutragen und zeigen eine bessere Therapietreue mit in der Folge häufiger guten Behandlungsergebnissen (53–55). Dies gilt umso mehr in der ambulanten Versorgung, in der die direkten Kontakte oft nur kurz sind und/oder in größeren zeitlichen Abständen stattfinden. In diesem Kontext spielt es eine sehr viel größere Rolle, dass Patientinnen und Patienten in der Lage sind, Eigenverantwortung für und Selbstmanagement ihrer eigenen Gesundheit zu übernehmen. Eine wichtige Voraussetzung hierfür ist, sie in ihre Behandlung zu involvieren und sicher zu stellen, dass sie die Informationen zu ihren Beschwerden, ihrer Erkrankung und Behandlung verstanden haben (56). Dies geht über die reine Informationsvermittlung und Aufklärung hinaus und erfordert Verhaltensweisen und Handlungen, wie sie im Rahmen von Konzepten wie des Shared-Decision-Making (57) oder Patient Empowerment (58) zu finden sind, die über die traditionelle Arzt-Patient-Interaktion hinaus gehen.

In der vorliegenden Studie berichtet ein gutes Drittel (35%) der Patientinnen und Patienten, dass sie nicht immer das Gefühl haben, Ihrer Ärztin bzw. Ihrem Arzt sehr persönliche oder unangenehme Dinge zu ihren Beschwerden, ihrer Erkrankung oder ihrer Behandlung erzählen zu können. Mehr als die Hälfte (53%) wird

nicht immer ermutigt, über Sorgen im Zusammenhang mit den Beschwerden, der Erkrankung oder Behandlung zu sprechen. Bei insgesamt 46% der Befragten werden persönliche Vorstellungen bei der Planung der Behandlung nicht immer berücksichtigt und bei 53% stellt die Ärztin bzw. der Arzt nicht immer sicher, dass die gegebenen Erklärungen auch verstanden wurden. Diese Ergebnisse zeigen, dass diese stärker partizipativ ausgerichteten und auch im Zusammenhang mit der Fehlerprävention relevanten Handlungen (59) noch nicht zur ‚Routine‘ gehören. Persönliche Sorgen, Bedenken aber auch Präferenzen zu äußern, muss ärztlicherseits proaktiv gefördert werden, dies von sich aus zu tun, davor scheuen Patientinnen und Patienten nach wie vor eher zurück. Dies geschieht nicht zuletzt aus Sorge davor, als undankbar, zu anspruchsvoll oder hypochondrisch wahrgenommen zu werden. Um dies zu vermeiden, werden Behandlungstermine hinausgezögert oder gar nicht erst in Anspruch genommen bzw. während des Termins nur selektiv über Beschwerdebild, Behandlungstreue, Lebensstil und -situation sowie Sorgen und Bedenken berichtet (51). Können nicht alle wichtigen Informationen zum Beschwerdebild zur Sprache kommen, kann dies ernsthaftere Folgen haben als dies möglicherweise bisher angenommen wird. So zeigte sich in der Studie von Geraedts et al., dass dies zusammen mit unzureichenden körperlichen Untersuchungen bei einem Drittel der Befragten zu persistierenden Beschwerden und bei einem Sechstel zu einer Hospitalisierung geführt hat (5). Tendenziell berichten jüngere Patientinnen und Patienten, diejenigen, die ihren Gesundheitszustand als eingeschränkt einschätzen, die in fachärztlichen Praxen behandelten Patientinnen und Patienten sowie diejenigen, die den Fragebogen nicht in der Praxis ausgefüllt haben, über negativere Erfahrungen mit diesen partizipativen Aspekten. Unterschiede in den Berichten in Abhängigkeit von Geschlecht, Bildungsabschluss oder Dauer der waren weniger eindeutig (vgl. Anhang 5).

Koordination der Versorgung

Mangelnde Abstimmung und Koordination zwischen den verschiedenen am Behandlungsprozess beteiligten Personen und Institutionen sind als Risiko für die Patientensicherheit hinlänglich bekannt (34). Eine Sekundärdatenanalyse eines OECD-Surveys zeigte, dass die fehlende Verfügbarkeit medizinischer Unterlagen, widersprüchliche Informationen unterschiedlicher Fachkräfte sowie vermeidbare Doppeluntersuchungen den Hauptrisikofaktor für durch Patientinnen und Patienten berichtete Medikationsfehler darstellen (60). In der vorliegenden Untersuchung berichten knapp die Hälfte der Patientinnen und Patienten (48%), die von mehreren Ärztinnen und Ärzten versorgt werden, dass medikamentöse oder andere Verordnungen durch andere Behandlerinnen oder Behandler nicht immer abgefragt werden. Die medizinische Vorgeschichte wird, sofern erforderlich, bei einem guten Drittel (35%) nicht immer berücksichtigt. Bei der Hälfte der Patientinnen und Patienten (50%) liegen Untersuchungsergebnisse, die zur Abklärung von Beschwerden oder zur Planung der Behandlung erforderlich wären, nicht immer vor. In diesem Zusammenhang wird bereits seit einigen Jahren die elektronische Patientenakte als ein Tool zur Unterstützung und Verbesserung des Informationsflusses diskutiert (61). Diese Versorgungsaspekte werden tendenziell von jüngeren Patientinnen und Patienten, von denjenigen, die ihren Gesundheitszustand als eingeschränkt einschätzen, die über einen höheren Bildungsabschluss verfügen und von den in fachärztlichen Praxen behandelten Patientinnen und Patienten negativer erlebt. Weniger eindeutig sind diese Unterschiede mit Blick auf Geschlecht, Dauer der Erkrankung sowie den Ort des Ausfüllens des Fragebogens (vgl. Anhang 5).

Mit Blick auf den Zugang der Versorgung berichten nur 30% der Befragten, dass es sehr leicht ist, bei einem dringenden Anliegen einen Termin zu bekommen, für 42% ist es leicht. Patientinnen und Patienten, die ihren Gesundheitszustand als eingeschränkt beurteilen, diejenigen mit einem höheren Bildungsabschluss, die einen Termin bei einer Fachärztin oder einem Facharzt benötigen sowie diejenigen, die den Fragebogen zuhause ausgefüllt haben, berichten häufiger, dass es schwierig ist, einen Termin zu bekommen (Anhang 5).

Erfahrung mit Auftreten von sicherheitsrelevanten Ereignissen

Im zweiten Abschnitt des Fragebogens wurden die Patientinnen und Patienten um eine Angabe zu ihrer Erfahrung mit dem Auftreten von vermeidbaren Fehlern in ihrer Behandlung während der letzten 12 Monate gebeten.

Häufigkeit des Erlebens von Fehlern

Von 3042 Befragten haben 2910 eine Angabe zur Frage nach dem Auftreten von sicherheitsrelevanten Ereignissen gemacht. Von diesen bejahten 2,9% (84), dass in den letzten 12 Monaten in ihrer Behandlung ein Fehler aufgetreten ist, 3% (88) waren sich nicht sicher und 12,4% (361) gaben an, dies nicht beurteilen zu können (Abb. 8). Der Anteil, die angaben, einen Fehler erlebt zu haben, liegt deutlich unter den von Geraedts et al. in einer aktuellen in Deutschland durchgeführten Studie beschriebenen 16%. Dies dürfte bis zu einem gewissen Grad auf methodisch bedingte Unterschiede zurückzuführen sein. In der genannten Studie wurde eine Bevölkerungsstichprobe von mindestens 40jährigen Erwachsenen telefonisch befragt, einem Design, bei dem grundsätzlich die Möglichkeit zur Klärung von Verständnisfragen und Unsicherheiten besteht. Darüber hinaus wurde das Auftreten sicherheitsrelevanter Ereignisse sehr konkret anhand einer umfangreichen Liste von Beispielen, gegliedert nach sieben verschiedenen Kategorien medizinischer Behandlung, erhoben (5). In einer englischen Studie wurde eine Bevölkerungsstichprobe über 14jährigen Personen in persönlichen Interviews zunächst über eine allgemeine Frage nach dem Auftreten von Problemen oder Fehlern in Primary Care Settings in den letzten 12 Monaten befragt. Wurde diese verneint, wurde anhand einer Liste von Beispielen gezielter nachgefasst. Die Häufigkeit des Auftretens sicherheitsrelevanter Ereignisse lag in dieser Studie bei 7,9% (4,9% als Antwort auf die allgemein gestellte, weitere 2,7% auf die nachfassende Frage). Insgesamt 30% der genannten Ereignisse hatten sich in anderen Primary Care Settings als Arztpraxen ereignet (62). In einer weiteren englischen Studie wurden zeigte sich bei einer schriftlichen Befragung ambulant behandelter Patientinnen und Patienten eine Häufigkeit von 45%. Ähnlich wie bei Geraedts et al. konnten die Befragten hierfür aus einer Liste von nach Kategorien geordneten Beispielen wählen. Die entsprechende Frage war bewusst neutral formuliert („[...] do you believe you had any problems related to ...“). Nach Angaben der Autorinnen und Autoren war dieses Ergebnis insbesondere durch die hohe Rate an zugangsbedingten Problemen bedingt (Terminvergabe) (25). In einer US-amerikanischen Erhebung wurden ambulant behandelten Patientinnen und Patienten schriftlich danach befragt, ob sie in den letzten 12 Monaten einen Fehler („mistake“) im Zuge der Diagnosestellung oder der Behandlung erlebt hatten. Insgesamt gaben 12,5% an, eine falsche Behandlung erhalten zu haben, 13,4% hatten einen diagnostischen Fehler erlebt (63). In allen genannten Studien hatten die Befragten die Möglichkeit, einer eventuellen Unsicherheit über eine Antwortvorgabe „Weiß nicht“ oder einer vergleichbaren Formulierung Ausdruck zu geben, der Anteil der Patientinnen und Patienten, die diese Möglichkeit in wählten, wird jedoch in keiner der Studien berichtet.

Patientinnen und Patienten, die einen Fehler erlebt haben, berichten über signifikant negativere Erfahrungen mit Faktoren, die das Auftreten von sicherheitsrelevanten Ereignissen begünstigen (Tab. 12), ein Ergebnis, das auch in anderen Studien beobachtet wurde (59).

Tab. 12 Erleben sicherheitsrelevanter Aspekte in Abhängigkeit von erlebtem Fehler^a

	Aufklärung & Information				Rapport & Partizipation				Medikationssicherheit			
	n	MW (SD)	t	P	n	MW (SD)	t	p	n	MW (SD)	t	p
Fehler erlebt												
Ja	82	1,74 (0,86)	4,6	<0,001	81	2,01 (1,00)	3,78	<0,001	82	1,77 (0,90)	2,82	0,006
Nein	2349	1,30 (0,42)			2345	1,58 (0,64)			2291	1,49 (0,67)		

^a Student's t-test

MW: Mittelwert

SD: Standardabweichung

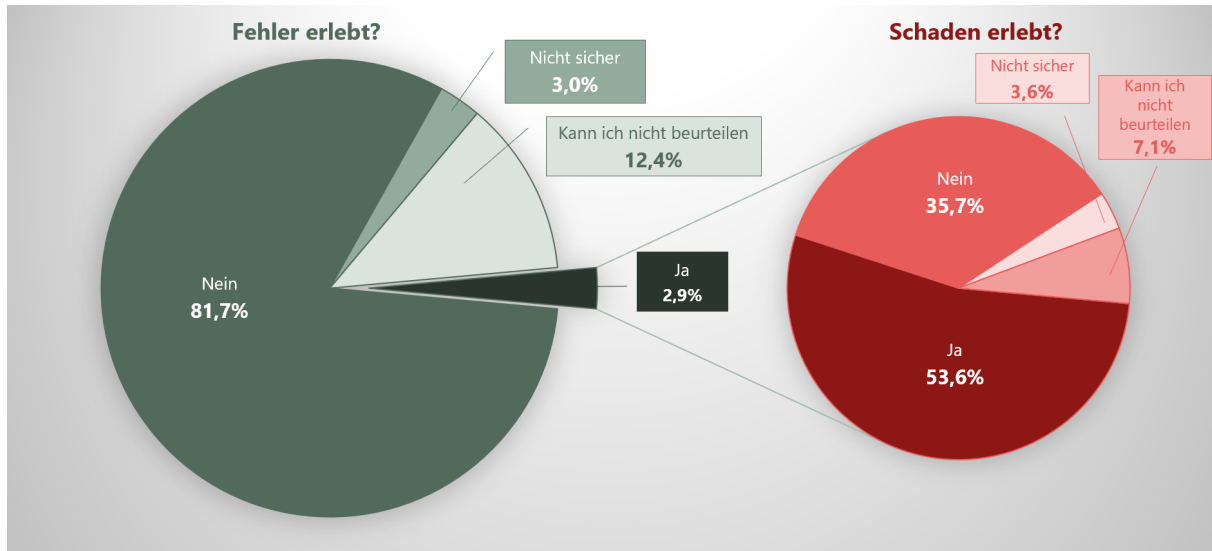
Knapp zwei Drittel der Fehler (64%) wurden von Patientinnen und Patienten berichtet, die in fachärztlichen Praxen behandelt wurden, dabei muss allerdings berücksichtigt werden, dass die zwei Drittel der in der vorliegenden Untersuchung Befragten über ihre Behandlung bei einer Fachärztin oder einem Facharzt berichteten. In der repräsentativen Bevölkerungsumfrage von Geraedts et al. gaben 56% der Befragten an, dass der erlebte Fehler im Zusammenhang mit einer fachärztlichen Behandlung stand (5). Weitere Unterschiede in der Häufigkeit der Fehlerberichte zeigten sich im Zusammenhang mit einem höheren Bildungsabschluss sowie bei Ausfüllen des Fragebogens außerhalb der Praxis, jedoch ist die Aussagekraft dieses Ergebnisses angesichts des geringen Anteils von Patientinnen und Patienten mit erlebtem Fehler unter Vorbehalt zu betrachten.

Aus Fehlern resultierender Schaden

Von den 84 Patientinnen und Patienten, die einen Fehler erlebt hatten, gaben 45 (53,6%) an, dadurch einen Schaden erlitten zu haben, 3 (3,6%) waren sich dessen nicht sicher, 6 (7,1%) gaben an, dies nicht beurteilen zu können. Die verbleibenden 28 (35,7%) hatten keinen Schaden durch den Fehler erfahren (Abb. 8). Damit liegt der Anteil von Fehlern, die aus Patientensicht einen Schaden nach sich gezogen haben, unter dem in der deutschen Bevölkerungsbefragung berichteten 75% (5) und auch unter dem der schriftlichen Befragung von ambulanten Patientinnen und Patienten von Ricci-Cabello et al., in der 61% über einen Schaden in Folge eines erlebten Fehlers berichteten (25). In beiden Studien stand den Befragten eine Liste von Beispielen möglicher Schäden zur Verfügung, aus denen sie auswählen konnten. In der US-amerikanischen Studie von Kistler et al. wurden die Befragten gebeten, den erlebten Schaden auf einer fünfstufigen Skala von ‚Kein Schaden‘ bis ‚Schwerer Schaden‘ einzuordnen. Über einen beträchtlichen oder schweren Schaden berichteten 42% derer mit einem diagnostischen Fehler und 46% derer mit einem Behandlungsfehler. Keinen Schaden erlebt zu haben sagten lediglich 11% bzw. 8% (63). Diese substanziellen Anteile deuten darauf hin, dass das Konzept des Schadens aus Patientensicht über den in Fachkreisen üblichen biomedizinischen Fokus auf funktionale Schäden hinausgeht (64) und eine Diskussion über die Relevanz und Prävention insbesondere auch emotionaler und psychologischer Folgen weit intensiver geführt werden muss, als dies bisher der Fall ist.

Der Anteil der Patientinnen und Patienten, die angegeben hatten, einen Schaden aufgrund des Fehlers erlitten zu haben, lag in den fachärztlichen Praxen bei 57%, in den hausärztlichen bei 48%.

Abb. 8 Erlebter Fehler und daraus resultierender Schaden



Art der erlebten Fehler und Schäden

Patientinnen und Patienten, die einen Fehler erlebt hatten, wurden gebeten, den Fehler zu beschreiben. Von dieser Option machten 61 Befragte Gebrauch. Soweit dies möglich war, wurde eine Einordnung in Anlehnung an die Taxonomie von Makeham et al. (3) vorgenommen, die Zuordnung muss aber unter dem Vorbehalt der sehr kurzen gehaltenen Beschreibungen betrachtet werden.

Gut die Hälfte der erlebten Fehler (45 von 84 (54%)) konnten anhand eines Freitextes weiter analysiert werden. Von diesen wurden 41 als sicherheitsrelevantes Ereignis eingestuft, in 4 Fällen war die Beschreibung zu kurz, um eine Einschätzung vornehmen zu können. Für 15 der 449 Fälle (3%), in denen die Befragten angegeben hatten, nicht sicher zu sein oder nicht beurteilen zu können, ob sie einen Fehler erlebt hätten, lag ebenfalls ein Freitext vor. Von diesen wurden 7 als sicherheitsrelevantes Ereignis eingestuft, bei weiteren 7 war der Text für eine Kategorisierung zu kurz und bei einem handelte es sich nicht um ein sicherheitsrelevantes Ereignis. Vergleichbar zu den Ergebnissen aus anderen Untersuchungen handelte es sich bei der Mehrzahl der Fehler um Prozessfehler (67%), bei dem verbleibenden Drittel um Fehler im Zusammenhang mit den Fachkenntnissen und Fertigkeiten der Behandelnden. Am häufigsten beschrieben die Befragten Fehler im Bereich der Medikation (28%), der Diagnosestellung (22%), der Praxisadministration (14%) sowie der Kommunikation (14%).

Nach der Art des Schadens wurde nicht direkt gefragt. Gleichwohl weisen ein Drittel der Fehlerbeschreibungen auf einen Schaden hin, dabei werden v.a. mittlere und schwere Schäden von den Patientinnen und Patienten selbst als Schaden eingestuft, für leichtere Schäden ist dies eher nicht der Fall.

Umgang mit Fehlern

Die Frage danach, ob Patientinnen und Patienten eine Entschuldigung erhalten, wenn in der Praxis ein Fehler passiert, wurde nicht ausschließlich von denjenigen beantwortet, die angegeben hatten, selbst einen Fehler erlebt zu haben. Insgesamt berichten gut zwei Drittel der Patientinnen und Patienten (67,8%), immer eine Entschuldigung zu erhalten, jede bzw. jeder sechste (15,2%) erlebt dies oft, die verbleibenden 17% manchmal, selten oder nie.

4.3. Phase 3: Ergebnisverwertung

Praxisindividuelle Reports

Neben der Entwicklung und Validierung des Fragebogens war es ein weiteres Ziel des Projekts, einen Feedbackmechanismus zu entwickeln, der zum einen durch die zeitnahe Rückspiegelung der Ergebnisse an die teilnehmenden Praxen einen Anreiz zur Mitwirkung bieten sollten. Zum anderen sollten durch die Pilotierung dieses Portals aber auch Informationen gesammelt werden, wie zukünftig ein automatisiertes und anwenderfreundliches Feedback so gestaltet werden kann, dass es Handlungsanreize vermittelt und so Praxen hilft, die Einbindung der Patientenperspektive in die Fehlerprävention zu unterstützen.

Hierzu wurde zunächst die wissenschaftliche Literatur zu Audit- und Feedback-Mechanismen unter besonderer Berücksichtigung sogenannter „Nudging Strategien“ gesichtet (65). Aus der Perspektive verhaltensökonomischer Forschung sind es dabei besonders die Standardeinstellungen und sozialen Vergleiche in einem Audit- und Feedback-Tool, die Anreize zur Verhaltensänderung geben.

Weiterhin wurden die Empfehlungen eines Expertenpanels zur Gestaltung von Audit und Feedback berücksichtigt, die 15 spezifische Empfehlungen beinhalten (66). Diese Empfehlungen beziehen sich auf die Art der gewünschten Aktion, auf die Art der Daten, die zurückgespiegelt werden, sowie auf die Visualisierung der Ergebnisse (Tab. 13).

Tab. 13 Empfehlung für Audit- und Feedback-Reports

Nature of the desired action
1. Recommend actions that are consistent with established goals and priorities
2. Recommend actions that can improve and are under the recipient's control
3. Recommend specific actions
Nature of the data available for feedback
4. Provide multiple instances of feedback
5. Provide feedback as soon as possible and at a frequency informed by the number of new patient cases
6. Provide individual rather than general data
7. Choose comparators that reinforce desired behavior change
Feedback display
8. Closely link the visual display and summary message
9. Provide feedback in more than 1 way
10. Minimize extraneous cognitive load for feedback recipients
11. Address barriers to feedback use
12. Provide short, actionable messages followed by optional detail
13. Address credibility of the information
14. Prevent defensive reactions to feedback
15. Construct feedback through social interaction

Auf der Basis der Empfehlungen wurde dann im Projektteam (OG, SW, PL, AR, KS) ein erster Entwurf des Feedbackreports skizziert. Diese Skizze wurden in einem Webinterface programmiert und der Betaentwurf erneut im Projektteam diskutiert (Abb. 9).

Abb. 9 Abbildung: Feedback-Report (Beta-Version)

FRAG MICH!

Fehlerprävention in der
Arztpraxis – gemeinsam
für mehr Sicherheit.

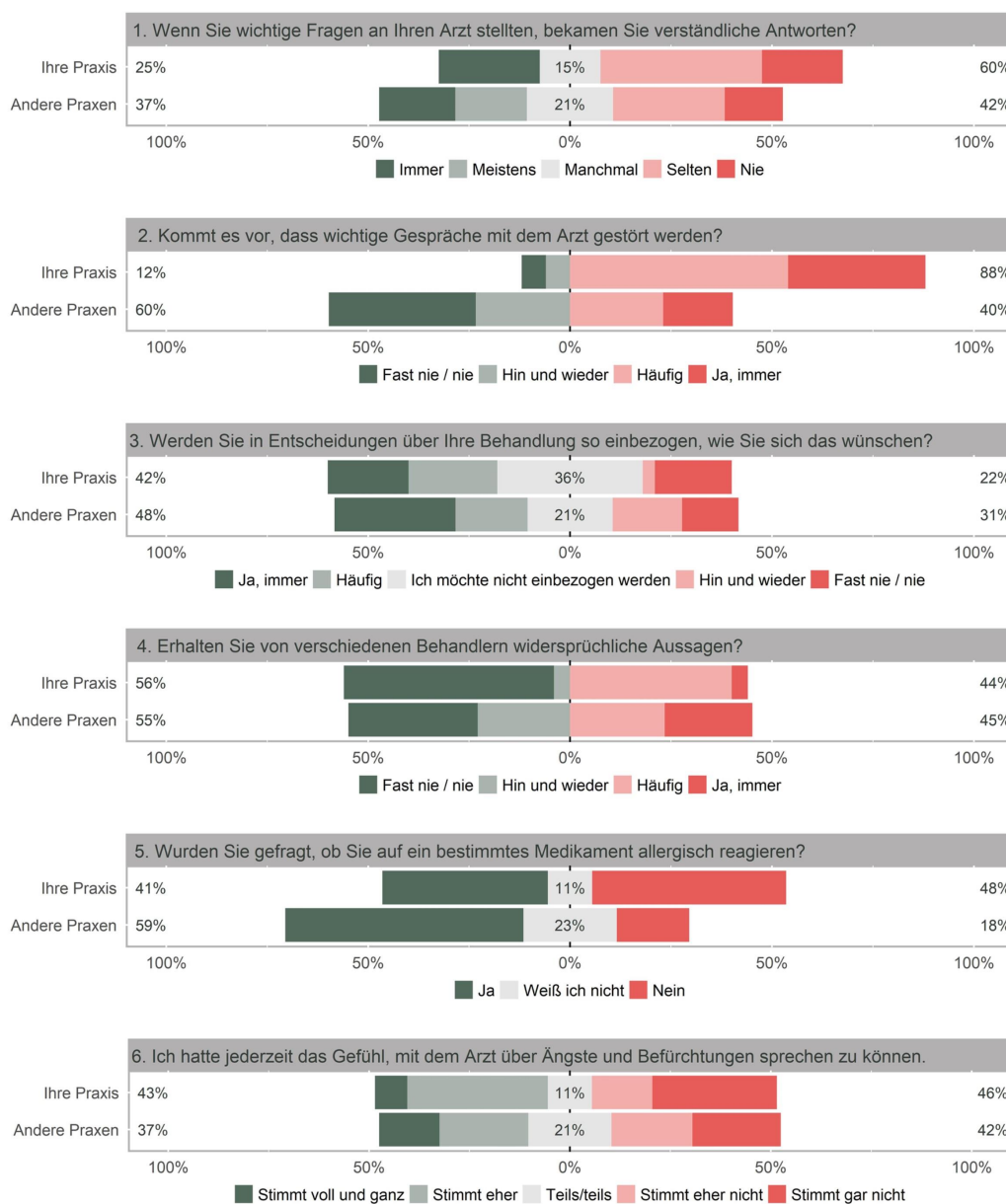


DAS PROJEKT TEILNAHME ERGEBNISSE NEWS FÜR PATIENTEN



Willkommen Praxis Dr. Jane Doe ([abmelden](#)).

An dieser Stelle finden Sie die Ergebnisse der FRAG MICH-Patientenbefragung für Ihre Praxis sowie aggregierte Ergebnisse aller Anderen teilnehmenden Praxen.



User-Design-Workshops

Internationales Panel

User Design Workshops wurden geplant, um von unabhängigen Expertinnen und Experten Rückmeldung zu erhalten, und die Bedarfe der tatsächlichen Nutzer von Feedbackreports besser zu berücksichtigen. Hierzu wurde zunächst ein internationales Expertenpanel gebeten, zu den Entwürfen Stellung zu nehmen. Anschließend wurde ein User-Design-Workshop mit den an der FRAG-MICH-Patientenbefragung beteiligten Praxen durchgeführt.

Das internationale Panel fand am 23.6.2020 mit folgenden Teilnehmerinnen und Teilnehmern statt: Prof. Noah Ivers (Toronto), Prof. Milena Vainiere und Prof. Sabina Derosis (Scuola Superiore Sant'Anna, Pisa), Prof. Rosa Sunol (Avedis Donabedian Institute, Barcelona), Prof. Jose Maria Valderas (Exeter) und Prof. Max Geraedts (Marburg). In Vorbereitung für den Workshop erhielten die Teilnehmenden einen Probezugang zu Testdaten, um sich mit den Entwürfen vertraut zu machen. Im Rahmen des Workshops wurden in einer Präsentation die wesentlichen Designkriterien vorgestellt und anschließend im Panel diskutiert. Diskutiert wurden insbesondere Aspekte der Visualisierung, der Vergleichsgruppendarstellung, der kognitiven Anforderung bei der Interpretation der Daten sowie der Darstellungsweise mit Blick auf die Lesrichtung und der Farbwahl (Abb. 10).

Abb. 10 Beispiel Designkriterium Linien/Balkengrafiken



Basierend auf der Paneldiskussion wurden u.a. folgende Anpassungen in den Berichten vorgenommen, die teilweise bereits während des Workshops skizziert wurden:

- › Entfernung der Markierung zum 50%-Perzentil (Reduktion der kognitiven Last)
- › Entfernung der zweiten Vergleichsgruppe und Einarbeitung der Option, alle Vergleichspraxen auf Click darzustellen
- › Linksbündige Gruppierung der grünen Kategorien
- › Inklusion einer schriftlichen textbasierten Zusammenfassung, z.B. "61% of patients in your practice found ... appointments were easy or very easy to make. In the best quartile, it was 90%."
- › Verbesserung in der Visualisierung

Diskussion der Ergebnisse mit den beteiligten Praxen

Teilnehmende Praxen wurden angeschrieben und auf den geplanten User-Design-Workshop hingewiesen. Mit den Interessenbekundungen fand eine Terminplanung statt und der Workshop wurde auf den 16.9.2020 terminiert. Die Praxen wurden darauf hingewiesen, dass es an diesem Termin nicht um die Vorstellung ihrer individuellen Ergebnisse ginge, sondern dass es das Ziel war, die Konzeption des Online-Tools zu diskutieren, auf dessen Basis die Praxen ihre Ergebnisberichte erhalten würden. Der Aufbau des Workshops war ähnlich dem des internationalen Panels: es wurden die Projekthintergründe dargestellt, Designkriterien vorgestellt und im Anschluss wurden die interaktiven Reports in real time mit Testdaten präsentiert.

Die Teilnehmenden zeigten sich im Allgemeinen sehr zufrieden mit dem Tool und äußerten Vorschläge, wie Fachtermini (z.B. Quartile) besser dargestellt bzw. definiert werden könnten. Weiterhin stand die Gesamtnavigation des Tools im Vordergrund, ein Aspekt, der bei der internationalen Gruppe weniger Berücksichtigung fand. Das Thema der kognitiven Last (Aufwand, die Visualisierung schnell zu erfassen) sowie die Gesamtzahl der Indikatoren waren vorrangiges Thema. Es wurde vorgeschlagen, bei periodischer Datenerfassung nicht jeweils den gesamten Survey zu erfassen, sondern nur ausgewählte Skalen. Dadurch würde auch die „Datenermüdung“ verhindert, denn periodisch durchgeführte Surveys könnten jeweils unterschiedliche Akzente setzen.

Übersendung der Zugangscodes

Am 13.10.2020 erhielten alle teilnehmende Praxen per E-Mail Zugangscodes zu ihren eigenen Daten, die auf der nun final entwickelten Online-Plattform hinterlegt waren.

Best Practice Workshop

Am 04.12.2020 organisierten wir ein Abschluss-Webinar und Best-Practice Workshop zur Studie und gaben den teilnehmenden Praxen und Projektpartnerinnen und -partnern somit Einblicke in die Ergebnisse und mögliche Verbesserungs- und Interventionsmöglichkeiten. Eine Praxispartnerin erklärte sich im Vorfeld bereit, die Daten ihrer Praxis zu zeigen und mit den Teilnehmenden mögliche Implikationen zu erörtern. Neben Mitgliedern von Praxisteams nahmen auch das APS und der Generalbeauftragte für Patientensicherheit der Techniker Krankenkasse teil.

Die Teilnehmer bewerteten die Projektergebnisse sehr positiv, insbesondere

- › die hohe Rücklaufquote, die in der Mitte der ersten COVID-19 Welle erreicht wurde,
- › der konzise und psychometrisch gut validierte Fragebogen sowie
- › die Schnelligkeit der Rückmeldung an die Praxen durch das automatisierte, online-basierte Feedback-Tool.

Diskussionen schlossen sich mehrheitlich an die Frage der weiteren Umsetzung des nun zur Verfügung stehenden Instruments an. Die Teilnehmenden sahen auf der einen Seite die Notwendigkeit, eine Bewertung der Patientenerfahrung zur Patientensicherheit auf nationaler Ebene zu standardisieren und die periodische Datenerhebung verpflichtend zu machen. Auf der anderen Seite wiesen die Mitglieder der Praxisteams darauf hin, dass ein zu viel an Regulation und Kontrolle sich kontraproduktiv auf die Einstellung und Teilnahmebereitschaft der Ärztinnen und Ärzte in den Praxen auswirken könnte.

Auch der Arbeitsaufwand für die Datenerhebung wurde thematisiert. Wenn es in Deutschland eine verpflichtende Erhebung gäbe, so dürfte der Arbeitsaufwand keinesfalls zu Lasten der Praxen ausfallen. Das Projektteam verwies darauf, dass in anderen Ländern Erhebungen dieser Art stattfinden, ohne dass die Praxen notwendigerweise in Rekrutierung oder Fragebogenadministration direkt eingebunden wären.

Schließlich zeigte die Diskussion, dass in den Praxen weiterhin Sensibilisierungsbedarf für den Nutzen solcher Erhebungen besteht, der auch methodologische Aspekte berücksichtigen muss, wie z.B. die Differenzierung zwischen Zufriedenheitserhebungen und der Messung von Erfahrungen, der Relevanz subjektiver Berichte allgemein sowie ihrer Assoziation mit sicherheitsrelevanten Ereignissen im Speziellen.

Das Projektteam sieht auf der Basis der Diskussionen den Bedarf, Aspekte der Patientensicherheit weiter durch Patientinnen und Patienten im ambulanten Bereich bewerten zu lassen. Patientinnen und Patienten können durch ihre Erfahrungen konstruktive Vorschläge zur Verbesserung der Patientensicherheit leisten. Gleichzeitig können diese Ergebnisse zeitnah an die beteiligten Praxen zurückgespiegelt werden. In Verbindung mit Reflexionsmöglichkeiten zur Ergebnisdarstellung (Qualitätszirkel, Webinare) können somit wichtige Impulse zur Patientensicherheit geleistet werden.

5. Diskussion und Gesamtbeurteilung

Das erste Ziel war die Entwicklung eines validierten Instruments zur Messung der Patientenerfahrung mit sicherheitsrelevanten Aspekten in der ambulanten Gesundheitsversorgung. Mit Abschluss des Projekts liegt ein validiertes Instrument vor, das für einen regelhaften Einsatz sowohl in der haus- als auch der fachärztlichen Versorgung geeignet ist. Damit steht ein wichtiger Baustein für die Analyse und Prävention von sicherheitsrelevanten Ereignissen in der ambulanten Versorgung zur Verfügung. Der solide Entwicklungsprozess unter Einbindung relevanter Stakeholder aus den Reihen der Wissenschaft, der Praxis sowie der Patientinnen und Patienten konnte wie geplant durchgeführt werden. Das resultierende Instrument weist gute psychometrische Gütekriterien auf. Die hohe Beteiligung der Patientinnen und Patienten an der Befragung sowie die mehrheitlich vollständig ausgefüllten Fragebögen zeigen darüber hinaus eine gute Akzeptanz bei der zu befragenden Zielgruppe. Die Kürze des Fragebogens erlaubt bei Bedarf die Einbindung weiterer Fragen zu (praxis)spezifischen Fragestellungen, wodurch die Relevanz der Messung im individuellen Fall zusätzlich gesteigert werden kann.

Der inhaltliche Fokus des Fragebogens liegt auf der Messung von Faktoren, die zur Prävention von sicherheitsrelevanten Ereignissen beitragen. Hierzu gehören verschiedene Aspekte der Verständlichkeit, Rechtzeitigkeit und Vollständigkeit von Information, der Kommunikation, der Interaktion und der Partizipation (einschließlich der Information und Aufklärung zur Medikation), der Zugang zu sowie die Koordination der Versorgung. Dies sind diejenigen Themenbereiche, die maßgeblich zur Fehlern in der ambulanten Versorgung beitragen (34). Gleichzeitig sind es diejenigen, zu denen Patientinnen und Patienten besonders gut in der Lage sind, Auskunft zu geben, da sie als einzige den häufig fragmentierten Versorgungsprozess mit oft kurzen und zeitlich länger auseinanderliegenden Kontaktpunkten im gesamten Verlauf erleben (59). Zu erfahren, wie sich das Erleben dieser ‚kleineren‘, häufigeren Ereignisse aus Patientensicht darstellt und dies zur Weiterentwicklung der Versorgungsprozesse zu nutzen, kann im Zusammenspiel mit anderen Instrumenten zu einem Arbeitsumfeld führen, in dem weniger Fehler passieren (11).

Vor dem Hintergrund des Ziels der Eignung des Fragebogens für den regelhaften Einsatz unabhängig von der Fachdisziplin erfolgte die Messung erlebter Fehler und daraus resultierenden Schäden jeweils über eine allgemeine Frage (vgl. Abschnitt 4.1.2). Der Anteil der Patientinnen und Patienten, die über einen Fehler berichten, liegt in der vorliegenden Studie mit 2,9% zum Teil deutlich unter dem aus anderen Befragungen berichteten Ergebnissen. Dies deutet darauf hin, dass die Häufigkeit der berichteten Fehler von der Art der Frage abhängt. Eine allgemein formulierte Frage (mit oder ohne orientierenden Hinweistext) scheint weniger sensitiv zu sein als eine Frage, in der das Erleben konkreter Fehlersituationen anhand einer Auswahlliste mit Fehlerbeispielen erhoben wird. Des Weiteren scheint der für das Konzept des Fehlers gewählte Begriff eine Rolle zu spielen (vgl. Abschnitt 4.2.3).

Soll die Sensitivität der Messung erlebter Fehler mit dem vorliegenden Fragebogen erhöht werden, wäre eine zusätzliche Frage mit konkreten Beispielen denkbar. Denn mit einer aktuell publizierten epidemiologischen Untersuchung zum Erleben von sicherheitsrelevanten Ereignissen in der ambulanten Versorgung in Deutschland (5) liegt erstmals eine Datenbasis vor, auf deren Grundlage sich eine datenbasierte Auswahlliste der häufigsten Fehlersituationen in einem vertretbaren Umfang erstellen ließe.

Das zweite Ziel war die Gewinnung erster Erkenntnisse zu den Patientenerfahrungen mit Patientensicherheit in der ambulanten Versorgung in Deutschland. Hierfür wurden Rückmeldungen von 3125 Patientinnen und Patienten angestrebt. Um dies zu erreichen sollten 50 Praxen zur Projektteilnahme gewonnen werden. Während letzteres mit 22 teilnehmenden Praxen nicht realisiert werden konnte, kann das primäre Ziel einer ausreichend großen Stichprobe dank der hohen Beteiligung mit 3042 gültigen Fragebögen als erreicht gelten. Es zeigt darüber hinaus, dass Patientinnen und Patienten ein hohes Interesse daran haben, Rückmeldung zu sicherheitsrelevanten Aspekten ihrer Versorgung zu geben.

Auf den ersten Blick zeigen die Befragungsergebnisse, dass Patientinnen und Patienten überwiegend über gute Erfahrungen mit Faktoren machen, die sicherheitsrelevante Ereignisse begünstigen. Dennoch berichten je nach sicherheitsrelevantem Versorgungsaspekt zwischen 30% und 86%, dass dieser nicht immer gegeben ist. Am häufigsten lässt sich dies beobachten bei dem Thema Zugang zur Versorgung, bei Aspekten der internen Praxisorganisation, der Koordination mit anderen Leistungserbringenden sowie bei Themen aus dem Bereich der Interaktion zwischen Ärztin bzw. Arzt und Patientin bzw. Patient, die Verhaltensweisen oder Handlungen erfordern, die nicht den traditionellen Rollenbildern entsprechen und die Bereiche Partizipation und Empowerment berühren. Dies deckt sich mit den Ergebnissen anderer Studien (67) und bestätigt, dass hier nach wie vor Handlungsbedarf für Strategien besteht, um diese Themen noch besser in der täglichen Versorgungspraxis zu verankern.

Die Patientenbefragung war als Mixed-Mode-Design mit Online-Fragebogen und Papierfragebogen sowie verschiedenen Optionen für den Zeitpunkt bzw. Ort des Ausfüllens konzipiert (in der Praxis / zuhause). Die Ergebnisse zeigen, dass die Mehrzahl der Patientinnen und Patienten von der Option der Teilnahme in der Praxis Gebrauch gemacht hat und dass bei einem Aushändigen eines Papierfragebogens eine alternativ angebotene Online-Variante kaum genutzt wird.

Das dritte Ziel war die Entwicklung eines Feedbackmechanismus, der es erlaubt, Befragungsergebnisse bei einer regelhaften Befragung automatisiert und anwenderfreundlich in die Praxis zurück zu spiegeln. Durch den agilen Entwicklungsprozess von a) Design, b) Berücksichtigung der Empfehlungen in der internationalen Literatur zu Audit- und Feedbacksystemen, c) Reflexion hinsichtlich verhaltensökonomischer Aspekte und d) Anpassung nach den User-Design-Workshops mit Ärztinnen und Ärzten und internationalen Expertinnen und Experten konnte ein Feedbackmechanismus entwickelt werden, der eine klare Visualisierung der Ergebnisse bei geringen kognitiven Anforderungen kombiniert. Der Prozess zeigte auch, dass der Aufwand der Entwicklung eines Feedbacktools nicht unterschätzt werden darf und dass die Pilotierung mit späteren Nutzerinnen und Nutzern zentral für die Akzeptanz des Tools sind. Im Kontext einer größeren, national standardisierten Befragung zur Patientensicherheit sollten weitere Parameter in das Tool integriert werden, die aufgrund der aktuellen Stichprobe nicht realisiert werden konnten. Zum Beispiel wäre es dann sinnvoll, auch eine Spezifikation nach Fachdisziplin, Art und Größe der Praxis, Einzugsgebiet (städtisches vs. ländliches Umfeld, etc.) zu ermöglichen, um Praxen möglichst realistische Vergleichswerte bieten zu können.

Limitationen

Bei der Interpretation der Ergebnisse ist zu berücksichtigen, dass es sich bei den teilnehmenden Praxen um eine selbstselektierte Stichprobe handelt. Es ist davon auszugehen, dass es sich dabei um Praxen handelt, die bereits ein großes Interesse an dem und hohes Engagement für das Thema zeigen. Darüber hinaus ist die

Anzahl der teilnehmenden Praxen mit 9 hausärztlichen und 13 fachärztlichen Praxen zu gering, um ein Abbild der Situation der ambulanten Versorgung in Deutschland darstellen zu können.

Die Altersstruktur der Befragungsteilnehmenden kommt dem der ambulanten Patientinnen und Patienten in Deutschland nahe, allerdings zeigt sich auch hier eine aus schriftlichen Befragungen bekannte Einschränkung der Unterrepräsentation männlicher Patienten sowie solcher mit mangelnden Deutschkenntnissen. Insbesondere letzteres kann zu einer Unterschätzung der Häufigkeit sicherheitsrelevanter Ereignisse bzw. beitragender Situationen geführt haben, da Sprachbarrieren als Risikofaktor für eine sichere Versorgung bekannt sind (68).

6. Gender Mainstreaming Aspekte

Um die Perspektive von Frauen und Männern in diesem Projekt gleichermaßen zu berücksichtigen, wurde in Projektphase 1 sowohl bei der Auswahl der Expertinnen und Experten (4 Frauen, 7 Männer) als auch bei der Rekrutierung der Patientinnen und Patienten (7 Frauen, 7 Männer) auf eine möglichst gleichmäßige Repräsentation der Geschlechter geachtet. In Projektphase 2 war im Zuge der Patientenbefragung eine konsekutive Ausgabe der Fragebögen vorgegeben, sodass davon ausgegangen werden kann, dass keine Fokussierung auf ein bestimmtes Geschlecht stattgefunden hat. Das Geschlecht selbst wurde im Fragebogen unter Berücksichtigung der aktuellen (Trans)Gender-Diskussion erhoben (69). Im Rahmen der Auswertung wurden geschlechtsspezifische Einflüsse auf das Antwortverhalten sowie die Erfahrung mit dem Auftreten von Fehlern dort, wo es inhaltlich sinnvoll und methodisch möglich war, geprüft (vgl. Abschnitt 4.2).

7. Verbreitung und Öffentlichkeitsarbeit der Projektergebnisse

Tab. 14 Eingereichte sowie in Vorbereitung oder Planung befindliche Veröffentlichungen

Publikation	Status
FRAG-MICH-Abschlussbericht und Kurzbericht	Eingereicht, Veröffentlichung erfolgt durch das BMG auf der ministeriumseigenen Homepage
Publikation zur Validierung des Fragebogens Stahl K, Reisinger A, Groene O. Patient experience with patient safety in primary care: development and validation of the ASK-ME-questionnaire.	Eingereicht als Open-Access-Publikation bei BMJ Quality and Safety am 22.12.2020
Publikation der Befragungsergebnisse	In Vorbereitung zur Einreichung bei PlosONE
Masterarbeit zur Validierung des Fragebogens Reisinger A 2020 Validierung eines Fragebogens zur Erfassung der Patientenperspektive auf die Patientensicherheit in der ambulanten Versorgung. Unveröffentlichte Masterarbeit. Universität Bremen	Eingereicht
Vorstellung der Projektergebnisse auf der Jahrestagung 2021 des Aktionsbündnis Patientensicherheit	In Planung

8. Verwertung der Projektergebnisse

Die Ergebnisse des Projekts sollen die Einbindung der Patientenperspektive in die Fehlerprävention in der ambulanten Versorgung stärken. Eine sichere Versorgung kann nur durch eine Kombination aus verschiedenen Ansätzen zur Messung und Verbesserung gelingen (34), einen wichtigen Baustein stellen dabei Patientenrückmeldungen dar. Mit dem FRAG-MICH-Instrument liegt nun ein Fragebogen mit guten psychometrischen Eigenschaften vor. Er ist geeignet, im Routineeinsatz Faktoren zu messen, die zum Auftreten von sicherheitsrelevanten Ereignissen in der ambulanten Versorgung beitragen, und kann dank seiner Kürze um z.B. praxisspezifische PROMs ergänzt werden. Darüber hinaus liegt ein Template für die anwenderfreundliche Rückspiegelung der Ergebnisse in die Praxis vor.

Handlungsempfehlungen

Aus den Ergebnissen der vorliegenden Studie ergeben sich aus unserer Sicht die in Tab. 15 dargestellten Handlungsempfehlungen.

Tab. 15 Ergebnisse und Handlungsempfehlungen

Ergebnis	Empfehlung
Es liegt ein frei verfügbarer Fragebogen mit guten psychometrischen Eigenschaften vor.	Vorhandensein des Instruments bei den relevanten Stakeholdern publik machen.
Faktoren, die zum Auftreten von sicherheitsrelevanten Ereignissen beitragen, und die nur von Patientinnen und Patienten selbst berichtet werden können, werden mithilfe des Fragebogens identifiziert.	Die routinemäßige Erhebung von Faktoren, die zum Auftreten sicherheitsrelevanter Ereignisse in der ambulanten Versorgung beitragen, sollte in die Qualitätsmanagement-Anforderungen für vertragsärztliche Praxen aufgenommen werden (ggf. kann im Gegenzug die Patientenzufriedenheitsbefragung entfallen).
Patientenbefragungen liefern wichtige Erkenntnisse für Fehlermanagementsysteme.	Die Patientenbefragung sollte in den CIRSforte-Prozess (www.cirsforte.de) integriert werden. Im ersten Schritt kann dies eine Aufnahme der Befragung in das Implementierungshandbuch zur Einführung von Berichts- und Lernsystemen in der vertragsärztlichen Versorgung (www.cirsforte.de/implementierungshandbuch.html) sein.
Die Patientenbefragung muss für Praxen mit dem kleinstmöglichen Arbeitsaufwand zu realisieren sein.	Weiterentwicklung des Befragungsprozesses als reine Online-Befragung (z.B. über Tablets zum Ausfüllen des Fragebogens in der Praxis sowie einer webbasierten Plattform / App für das Ausfüllen an einem anderen Ort) mit automatisierte Auswertung unter Nutzung des in der vorliegenden Studie entwickelten Berichtstemplates.
Einsprachigkeit des Fragebogens stellt eine Hürde für Patientinnen und Patienten mit geringen Deutschkenntnissen dar.	Übersetzung des Fragebogens in weitere Sprachen.
Ein automatisiertes, nutzerfreundliches Reporting-Tool für die zeitnahe Rückspiegelung der Ergebnisse an die Praxen liegt vor.	Das Tools sollte im Kontext einer größeren, national standardisierten Befragung um weitere (Praxis-)Parameter ergänzt werden. Qualitätsverbessernde Maßnahmen sollten in Longitudinalstudien zur Patientensicherheit verhaltensökonomisch bewertet werden.

Implikationen für weitere Forschung

Aus den Ergebnissen der vorliegenden Studie ergibt sich aus unserer Sicht weiterer Forschungsbedarf

- › zum Verständnis des Fehlerbegriffs aus Sicht der Patientinnen und Patienten sowie der Fachkräfte:
 - › Wie stellt sich der Fehlerbegriff für sie im Vergleich zu den Begrifflichkeiten der Patientensicherheitsterminologie dar und welche Konsequenzen ergeben sich daraus für die entsprechenden Messinstrumente? Welche Rahmenbedingungen sind aus ihrer Sicht erforderlich, damit eine Herstellung von Sicherheit sowohl von Leistungserbringenden als auch von Patientinnen und Patienten als gemeinsamer Akt verstanden wird?
 - › Mit der BMG-geförderten Studie „Jede Praxis (er)zählt“ (<http://www.allgemeinmedizin.uni-frankfurt.de/forschung3/jpz.html>), deren Ergebnisse für Anfang 2021 erwartet werden, wird das Fehlerverständnis aus Sicht von Ärztinnen und Ärzten bestimmter Fachgruppen aktuell erhoben. Auf dieser Arbeit kann aufgebaut werden sowie eine vergleichbare Untersuchung mit Patientinnen und Patienten initiiert werden.
- › zu den Gelingensfaktoren und Barrieren für eine erfolgreiche Integration von Patientenbefragungen zur Patientensicherheit in Prozesse eines strukturierten Fehlermanagements in der ambulanten Versorgung.
 - › Hierzu sollte eine Machbarkeitsstudie initiiert werden, in der untersucht wird, welche systemischen, strukturellen, organisatorischen und individuellen Faktoren eine solche Integration begünstigen bzw. erschweren. International existieren hier bereits Beispiele, die eine Orientierung bieten können (69,70).

9. Publikationsverzeichnis

Stahl K, Gröne O 2020 FRAG MICH! Fehlerprävention in der Arztpraxis – gemeinsam für mehr Sicherheit. Abschlussbericht. Langfassung.

Stahl K, Gröne O 2020 FRAG MICH! Fehlerprävention in der Arztpraxis – gemeinsam für mehr Sicherheit. Abschlussbericht. Kurzbericht.

Reisinger A 2020 Validierung eines Fragebogens zur Erfassung der Patientenperspektive auf die Patientensicherheit in der ambulanten Versorgung. Unveröffentlichte Masterarbeit. Universität Bremen

Stahl K, Reisinger A, Gröne O. Patient experience with patient safety in primary care: development and validation of the ASK-ME-questionnaire. (under review)

10. Literatur

1. Health Foundation. Evidence Scan: Does improving safety culture affect patient outcomes? London: The Health Foundation; 2011.
2. Sandars J, Esmail A. The frequency and nature of medical error in primary care: understanding the diversity across studies. *Fam Pract.* 2003 Jun;20(3):231–6.
3. Makeham MB, Stromer S, Bridges-Webb C, Mira M, Saltman DC, Cooper C, et al. Patient safety events reported in general practice: a taxonomy. *Qual Saf Health Care.* 2008 Feb;17(1):53–7.
4. Müller B. Stärkung der Patientensicherheit in der ambulanten Versorgung. Vortrag presented at: Jahrestagung Aktionsbündnis Patientensicherheit; 2017 May 5; Berlin.
5. Geraedts M, Krause S, Schneider M, Ortwein A, Leinert J, de Cruppé W. Patient safety in ambulatory care from the patient's perspective: a retrospective, representative telephone survey. *BMJ Open.* 2020 Feb 16;10(2):e034617.
6. Avery AJ, Ghaleb M, Barber N, Dean Franklin B, Armstrong SJ, Serumaga B, et al. The prevalence and nature of prescribing and monitoring errors in English general practice: a retrospective case note review. *Br J Gen Pract.* 2013 Aug;63(613):e543–53.
7. Singh H, Meyer AND, Thomas EJ. The frequency of diagnostic errors in outpatient care: estimations from three large observational studies involving US adult populations. *BMJ Qual Saf.* 2014 Sep;23(9):727–31.
8. Weingart SN, Pagovich O, Sands DZ, Li JM, Aronson MD, Davis RB, et al. What can hospitalized patients tell us about adverse events? Learning from patient-reported incidents. *J Gen Intern Med.* 2005 Sep;20(9):830–6.
9. Lawton R, O'Hara JK, Sheard L, Reynolds C, Cocks K, Armitage G, et al. Can staff and patient perspectives on hospital safety predict harm-free care? An analysis of staff and patient survey data and routinely collected outcomes. *BMJ Qual Saf.* 2015 Jun;24(6):369–76.
10. Schwappach DLB. Engaging patients as vigilant partners in safety: a systematic review. *Med Care Res Rev MCRR.* 2010 Apr;67(2):119–48.
11. O'Hara JK, Reynolds C, Moore S, Armitage G, Sheard L, Marsh C, et al. What can patients tell us about the quality and safety of hospital care? Findings from a UK multicentre survey study. *BMJ Qual Saf.* 2018;27(9):673–82.
12. King A, Daniels J, Lim J, Cochrane DD, Taylor A, Ansermino JM. Time to listen: a review of methods to solicit patient reports of adverse events. *Qual Saf Health Care.* 2010 Apr;19(2):148–57.
13. Bjertnaes O, Deilkås ET, Skudal KE, Iversen HH, Bjerkan AM. The association between patient-reported incidents in hospitals and estimated rates of patient harm. *Int J Qual Health Care J Int Soc Qual Health Care.* 2015 Feb;27(1):26–30.
14. Ward JK, Armitage G. Can patients report patient safety incidents in a hospital setting? A systematic review. *BMJ Qual Saf.* 2012 Aug;21(8):685–99.
15. Levtzion-Korach O, Frankel A, Alcalai H, Keohane C, Orav J, Graydon-Baker E, et al. Integrating incident data from five reporting systems to assess patient safety: making sense of the elephant. *Jt Comm J Qual Patient Saf.* 2010 Sep;36(9):402–10.
16. Ricci-Cabello I, Gonçalves DC, Rojas-García A, Valderas JM. Measuring experiences and outcomes of patient safety in primary care: a systematic review of available instruments. *Fam Pract.* 2015 Feb;32(1):106–19.
17. Spencer R, Campbell SM. Tools for primary care patient safety: a narrative review. *BMC Fam Pract.* 2014 Oct 26;15:166.
18. Hernan AL, Giles SJ, O'Hara JK, Fuller J, Johnson JK, Dunbar JA. Developing a primary care patient measure of safety (PC PMOS): a modified Delphi process and face validity testing. *BMJ Qual Saf.* 2016 Apr;25(4):273–80.
19. Ricci-Cabello I, Avery AJ, Reeves D, Kadam UT, Valderas JM. Measuring Patient Safety in Primary Care: The Development and Validation of the 'Patient Reported Experiences and Outcomes of Safety in Primary Care' (PREOS-PC). *Ann Fam Med.* 2016;14(3):253–61.
20. Edwards A, Evans R, White P, Elwyn G. Experiencing patient-experience surveys: a qualitative study of the accounts of GPs. *Br J Gen Pract J R Coll Gen Pract.* 2011 Apr;61(585):157–66.
21. Tourangeau R. Cognitive sciences and survey methods. In: Jabine TB, Straf ML, Tanur JM, Tourangeau R, editors. *Cognitive aspects of survey methodology: Building a bridge between disciplines.* Washington, DC: National Academy Press; 1984. p. 73–100.

22. Beatty PC, Willis GB. Research Synthesis: The Practice of Cognitive Interviewing. *Public Opin Q.* 2007 Jan 1;71(2):287–311.
23. Dierks M-L, Bitzer EM, Schwartz FW. PatientInnenbefragung in der Arztpraxis. Praktikabilität, Akzeptanz und Relevanz aus der Sicht von niedergelassenen Ärzten. *ZaeFQ.* 2000;94:389–95.
24. KVBW. Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg: Qualitätsmanagement/Information und Anmeldung Patientenbefragung [Internet]. 2016 [cited 2020 Aug 17]. Available from: <https://www.kvbawue.de/praxis/unternehmen-praxis/qualitaetsmanagement/>
25. Ricci-Cabello I, Marsden KS, Avery AJ, Bell BG, Kadam UT, Reeves D, et al. Patients' evaluations of patient safety in English general practices: a cross-sectional study. *Br J Gen Pract J R Coll Gen Pract.* 2017 Jul;67(660):e474–82.
26. Goetz K, Szecsenyi J, Laux G, Joos S, Beyer M, Miksch A. How chronically ill patients evaluate their care: results of an evaluation study of the family doctor-centred health care model. *Z Für Evidenz Fortbild Qual Im Gesundheitswesen.* 2013 Jan 1;107(6):379–85.
27. Garratt A, Bjaertnes O, Krogstad U, Gulbrandsen P. The OutPatient Experiences Questionnaire (OPEQ): data quality, reliability, and validity in patients attending 52 Norwegian hospitals. *Qual Saf Health Care.* 2005 Dec;14(6):433–7.
28. Sánchez-Piedra CA, Prado-Galbarro FJ, García-Pérez S, Santamera AS. Factors associated with patient satisfaction with primary care in Europe: results from the EUprimecare project. *Qual Prim Care.* 2014;22(3):147–55.
29. Lautamatti E, Sumanen M, Raivio R, Mattila KJ. Continuity of care is associated with satisfaction with local health care services. *BMC Fam Pract.* 2020 Sep 4;21(1):181.
30. Crow R, Gage H, Hampson S, Hart J, Kimber A, Storey L, et al. The measurement of satisfaction with healthcare: implications for practice from a systematic review of the literature. *Health Technol Assess Winch Engl.* 2002;6(32):1–244.
31. Schrappe M. APS-Weißbuch Patientensicherheit: Sicherheit in der Gesundheitsversorgung: neu denken, gezielt verbessern. Aktionsbündnis Patientensicherheit, editor. Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft; 2018. 585 p.
32. World Health Organization. The Conceptual Framework for the International Classification for Patient Safety (ICPS) [Internet]. Genf: WHO; 2009 [cited 2020 Dec 2]. Available from: <http://www.who.int/patientsafety/implementation/taxonomy/ICPS-report/en/>
33. Hernan AL, Kloot K, Giles SJ, Beks H, McNamara K, Binder MJ, et al. Investigating the feasibility of a patient feedback tool to improve safety in Australian primary care: a study protocol. *BMJ Open.* 2019 05;9(5):e027327.
34. Slawomirski L, Auraaen A, Klazinga N. The Economics of Patient Safety in Primary and Ambulatory Care. Flying blind. OECD; 2018.
35. Tille F, Gibis B, Balke K, Kuhlmei A, Schnitzer S. Soziodemografische und gesundheitsbezogene Merkmale der Inanspruchnahme und des Zugangs zu haus- und fachärztlicher Versorgung – Ergebnisse einer deutschlandweiten Bevölkerungsbefragung von 2006 bis 2016. *Z Für Evidenz Fortbild Qual Im Gesundheitswesen.* 2017 Oct 1;126:52–65.
36. Schnell R, Hill PB, Esser E. Methoden der empirischen Sozialforschung von Rainer Schnell. 11. Auflage. München: De Gruyter Oldenbourg; 2013.
37. Stahl K, Steinkamp G, Ullrich G, Schulz W, van Koningsbruggen-Rietschel S, Heuer H-E, et al. Patient experience in cystic fibrosis care: Development of a disease-specific questionnaire. *Chronic Illn.* 2015 Jun;11(2):108–25.
38. Köhn S, Oedekoven M, Bernert S, Spyra K. ANQ-Zufriedenheitsmessungen in der Akutsomatik, Psychiatrie und Rehabilitation. [Internet]. 2018 [cited 2020 Oct 30]. Available from: https://www.anq.ch/wp-content/uploads/2017/12/ANQ_Patientenzufriedenheit_Abschlussbericht_Testverfahren.pdf
39. Valentine N, Prasad A, Rice N, Robone S, Chatterji S. Health systems responsiveness: a measure of the acceptability of health-care processes and systems from the user's perspective. In: Smith PC, Mossialos E, Papanicolas I, Leatherman S, editors. *Performance Measurement for Health System Improvement*. Cambridge: Cambridge University Press; 2009. p. 138–86.
40. Sjetne IS, Bjertnaes OA, Olsen RV, Iversen HH, Bukholm G. The Generic Short Patient Experiences Questionnaire (GS-PEQ): identification of core items from a survey in Norway. *BMC Health Serv Res.* 2011 Apr 21;11:88.
41. Zenger M, Schaefer R, van der Feltz-Cornelis C, Brähler E, Häuser W. Validation of the Patient-Doctor-Relationship Questionnaire (PDRQ-9) in a representative cross-sectional German population survey. *PloS One.* 2014;9(3):e91964.

42. Bühner M. Einführung in die Test- und Fragebogenkonstruktion. 2nd, aktualisierte und erweiterte ed. München: Pearson Studium; 2006.
43. Bortz J. Statistik für Sozialwissenschaftler. 5. vollst. überarbeitete. Berlin: Springer Verlag; 1999.
44. Gärtner FR, Bomhof-Roordink H, Smith IP, Scholl I, Stiggelbout AM, Pieterse AH. The quality of instruments to assess the process of shared decision making: A systematic review. *PloS One*. 2018;13(2):e0191747.
45. Moosbrugger H, Kelava A. Qualitätsanforderungen an einen psychologischen Test (Testgütekriterien). In: Moosbrugger H, Kelava A, editors. *Testtheorie und Fragebogenkonstruktion*. Heidelberg: Springer Verlag; 2008.
46. Kontopantelis E, Roland M, Reeves D. Patient experience of access to primary care: identification of predictors in a national patient survey. *BMC Fam Pract*. 2010 Aug 28;11:61.
47. DeVoe JE, Wallace LS, Fryer GE. Patient Age Influences Perceptions About Health Care Communication. *Fam Med*. 2009 Feb;41(2):126–33.
48. van den Hombergh P, van Doorn-Klomborg A, Campbell S, Wensing M, Braspenning J. Patient experiences with family medicine: a longitudinal study after the Dutch health care reforms in 2006. *BMC Fam Pract*. 2016 25;17(1):118.
49. Jansen P. Kommunikation in der Hausarztpraxis im Wandel des Gesundheitswesens. In: Langer T, Schnell M W, editors. *Grundlagen der Arzt-Patient-Interaktion Handlungsanleitungen für die Praxis*. Kulmbach: ML Verlag; 2020. p. 13–29.
50. Aller M-B, Vargas I, Garcia-Subirats I, Coderch J, Colomé L, Llopart JR, et al. A tool for assessing continuity of care across care levels: an extended psychometric validation of the CCAENA questionnaire. *Int J Integr Care*. 2013;13:e050.
51. Rhodes P, Campbell S, Sanders C. Trust, temporality and systems: how do patients understand patient safety in primary care? A qualitative study. *Health Expect Int J Public Particip Health Care Health Policy*. 2016 Apr;19(2):253–63.
52. Coulter A, Fitzpatrick R, Cornwell J. The Point of Care Measures of patients' experience in hospital: purpose, methods and uses [Internet]. London: King's Fund; 2009. Available from: https://www.kingsfund.org.uk/sites/default/files/Point-of-Care-Measures-of-patients-experience-in-hospital-Kings-Fund-July-2009_0.pdf
53. Ha JF, Longnecker N. Doctor-Patient Communication: A Review. *Ochsner J*. 2010;10(1):38–43.
54. Zolnieriek KBH, Dimatteo MR. Physician communication and patient adherence to treatment: a meta-analysis. *Med Care*. 2009 Aug;47(8):826–34.
55. Lovell BL, Lee RT, Brotheridge CM. Interpersonal factors affecting communication in clinical consultations: Canadian physicians' perspectives. *Int J Health Care Qual Assur*. 2012;25(6):467–82.
56. Agency for Healthcare Research and Quality. Ambulatory Care Safety [Internet]. PSNet Patient Safety Network. 2019 [cited 2020 Nov 23]. Available from: <http://psnet.ahrq.gov/primer/ambulatory-care-safety>
57. Edwards A, Elwyn G, editors. *Evidence-based patient choice. Inevitable or impossible?* Oxford: Oxford University Press; 2001.
58. Cerezo PG, Juvé-Udina M-E, Delgado-Hito P. Concepts and measures of patient empowerment: a comprehensive review. *Rev Esc Enferm U P*. 2016 Aug;50(4):667–74.
59. Lang S, Velasco Garrido M, Heintze C. Patients' views of adverse events in primary and ambulatory care: a systematic review to assess methods and the content of what patients consider to be adverse events. *BMC Fam Pract*. 2016 Jan 27;17:6.
60. Schwappach DLB. Risk factors for patient-reported medical errors in eleven countries. *Health Expect Int J Public Particip Health Care Health Policy*. 2014 Jun;17(3):321–31.
61. Nguyen L, Bellucci E, Nguyen LT. Electronic health records implementation: an evaluation of information system impact and contingency factors. *Int J Med Inf*. 2014 Nov;83(11):779–96.
62. Stocks SJ, Donnelly A, Esmail A, Beresford J, Luty S, Deacon R, et al. Frequency and nature of potentially harmful preventable problems in primary care from the patient's perspective with clinician review: a population-level survey in Great Britain. *BMJ Open*. 2018 13;8(6):e020952.
63. Kistler CE, Walter LC, Mitchell CM, Sloane PD. Patient perceptions of mistakes in ambulatory care. *Arch Intern Med*. 2010 Sep 13;170(16):1480–7.
64. Rhodes P, McDonald R, Campbell S, Daker-White G, Sanders C. Sensemaking and the co-production of safety: a qualitative study of primary medical care patients. *Social Health Illn*. 2016 Feb;38(2):270–85.
65. Wang SY, Groene O. The effectiveness of behavioral economics-informed interventions on physician behavioral change: A systematic literature review. *PloS One*. 2020;15(6):e0234149.

66. Brehaut JC, Colquhoun HL, Eva KW, Carroll K, Sales A, Michie S, et al. Practice Feedback Interventions: 15 Suggestions for Optimizing Effectiveness. *Ann Intern Med.* 2016 Mar 15;164(6):435–41.
67. Elwyn G, Scholl I, Tietbohl C, Mann M, Edwards AGK, Clay C, et al. ‘Many miles to go ...’: a systematic review of the implementation of patient decision support interventions into routine clinical practice. *BMC Med Inform Decis Mak.* 2013;13 Suppl 2:S14.
68. Chaneliere M, Koehler D, Morlan T, Berra J, Colin C, Dupie I, et al. Factors contributing to patient safety incidents in primary care: a descriptive analysis of patient safety incidents in a French study using CADYA (categorization of errors in primary care). *BMC Fam Pract.* 2018 Jul 19;19(1):121.
69. Döring N. Zur Operationalisierung von Geschlecht im Fragebogen: Probleme und Lösungsansätze aus Sicht von Mess-, Umfrage-, Gender- und Queer-Theorie. *Gend - Z Für Geschlecht Kult Ges.* 2013;5(2):94–113.

Anhang 1

Fragebogen Delphi-Befragung

Teil 1: Dimensionen der Patientensicherheit aus Patientensicht (abgeleitet aus der Literaturrecherche)

- Bitte bewerten Sie für jede Dimension folgende Aussage:
Der Faktor erfasst ein sicherheitsrelevantes Ereignis bzw. einen Faktor, der zum Auftreten von sicherheitsrelevanten Ereignissen beiträgt.
Ja / Nein / Bin mir nicht sicher
- Bitte nehmen Sie für jede Dimension zu folgender Aussage Stellung:
Die Dimension sollte im Fragebogen über geeignete Fragen abgedeckt werden.
Ja, unbedingt / Eher ja / Eher nein / Nein / Bin mir nicht sicher

Faktoren, die das Auftreten sicherheitsrelevanter Ereignisse beeinflussen bzw. Erfahrung mit sicherheitsrelevanten Ereignissen (letzte Dimension)	Beschreibung	Inhaltliche Einzelaspekte
Zugang zur Versorgung	Umfasst zum einen die Leichtigkeit/Schwierigkeit der Terminvereinbarung, zum anderen auch Aspekte, die die Bereitschaft beeinflussen, den Vorgang der Terminvereinbarung überhaupt zu initiieren (z.B. Umgangston und Verhalten der Praxismitarbeitenden bei der Terminvereinbarung)	Terminvereinbarung Praxismitarbeitende Kosten
Kommunikation zwischen Patientinnen/Patienten und Behandlerinnen/Behandlern	Kommunikation gilt als die häufigste 'Intervention' in der Medizin. Die Dimension umfasst sowohl die Vermittlung von Information als auch die Art und Weise, in der kommuniziert wird, um die drei wesentlichen Ziele bestmöglich zu erreichen: 1. die für eine korrekte Diagnose und geeignete Therapie erforderlichen Informationen einzuholen und zu vermitteln 2. eine therapeutische Beziehung aufzubauen 3. die gemeinsame Entscheidungsfindung zu unterstützen und zu fördern	verständlich ausreichend zuhören Zeit vertrauen Berücksichtigung der individuellen Situation Einbindung Prävention von Medikationsfehlern
Patientenaktivierung	In Anlehnung an Ricci-Cabello 2016 (s. Tabellenblatt Quellen) beschreibt diese Dimension wie proaktiv sich PatientInnen an der Verwirklichung ihrer sicheren Versorgung beteiligen	Ansprechen von sicherheitsrelevanten Bedenken

	(im weiter gefassten Kontext bezeichnet Patientenaktivierung eigentlich das Ausmaß, in dem ein Patient aktiv an der Gestaltung seiner Behandlung beteiligt ist sowie das Wissen, die Fähigkeiten und das Vertrauen einer Person, die eigenen Gesundheit(sversorgung) zu fördern und gestalten)	
Koordination der Versorgung	Umfasst die Kommunikation und den Informationsfluss zwischen den Behandlern (sektorenintern und sektorenübergreifend), um einen effektiven, effizienten und sicheren Patientenversorgung zu gewährleisten. Mit Blick auf PatientInnen stellt eine gute Koordination sicher, dass Patientenpräferenzen in der Versorgung berücksichtigt werden und versorgungsrelevante Informationen über Behandler und Sektoren hinweg rechtzeitig und vollständig verfügbar sind.	im Bilde sein Informationsfluss, praxisintern Informationsfluss, praxisübergreifend
Sicherheitsrelevante Ereignisse	Zwischenfall, Prozess, Vorgehensweise oder Ergebnis, das das Risiko für das Eintreten eines Unerwünschten Ereignisses (UE) erhöht oder tatsächlich in ein UE mündet, und auch das Versagen von Präventionsmaßnahmen mit einschließt. Ein UE ist ein unbeabsichtigtes negatives Ergebnis, das eher auf die Behandlung zurückgeht als auf die bestehende Erkrankung. Es kann vermeidbar oder unvermeidbar sein, kann schädliche Folgen für PatientInnen haben oder nicht. Einem UE muss nicht automatisch ein Fehler, eine Nachlässigkeit oder schlechte Versorgungsqualität vorangehen	Erfahrung Schädliche Folgen Schädliche Folgen können sich manifestieren in Form von körperlichen oder seelischen Leiden, physischer oder psychischer Morbidität, Bedarf nach zusätzlicher Behandlung, permanenter Behinderung oder sogar Tod, die ohne das sicherheitsrelevante Ereignis nicht aufgetreten wären. Dauer der Erholung von den Folgen

Ergebnisse Teil 1 Dimensionen

Dimension	Bewertung	Soll im Fragebogen abgedeckt werden					Bewertung	Sicherheitsrelevant		
		Ja, unbedingt	Eher ja	Eher nein	Nein	Nicht sicher		Ja	Nein	Nicht sicher
Zugang zur Versorgung	Runde 1						Runde 1			
Kommunikation zwischen Patient*innen und Behandlern	Runde 1						Runde 1			
Patientenaktivierung	Runde 1						Runde 1			
Koordination der Versorgung	Runde 1						Runde 1			
Erfahrung von sicherheitsrelevanten Ereignissen	Runde 1						Runde 1			

Ergebnisse Teil 2 Delphi-Befragung Runden 1-3 Einzelfragen zu Erfahrungen mit Aspekten, die die Patientensicherheit beeinflussen

Fragetext, Antwortvorgaben (grau hinterlegt: in Fragebogen aufgenommen)	Bewertung	Aufnahme in den Fragebogen					Bewertung	Sicherheitsrelevant		
		Ja, unbedingt	Eher ja	Eher nein	Nein	Nicht sicher ¹		Ja	Nein	Nicht sicher
Wie leicht ist es, bei einem dringenden Anliegen einen Termin so schnell zu bekommen, wie Sie es möchten? <i>Sehr leicht / Leicht / weder leicht noch schwer / schwer / sehr schwer</i>	Runde 1						Runde 1			
	Runde 2						Runde 2			
	Runde 3									
Wie leicht ist es, bei einem weniger dringlichen oder planbaren Anliegen (z.B. Vorsorgeuntersuchungen, Gesundheitscheckup, Kontrolluntersuchungen) einen Termin so schnell zu bekommen, wie Sie es benötigen? <i>Sehr leicht / Leicht / weder leicht noch schwer / schwer / sehr schwer</i>	Runde 1						Runde 1			
	Runde 2						Runde 2			
	Runde 3	Keine Aufnahme in Runde 3								
Wie leicht ist es, einen Termin zu bekommen, der mit Ihren alltäglichen Verpflichtungen vereinbar ist? <i>Sehr leicht / Leicht / weder leicht noch schwer / schwer / sehr schwer</i>	Runde 1						Runde 1			
	Runde 2						Runde 2			
	Runde 3	Keine Aufnahme in Runde 3								
Ist die Arztpraxis bei Fragen telefonisch oder per email gut erreichbar? <i>Immer / Oft / Manchmal / Selten / Nie</i>	Runde 1						Runde 1			
	Runde 2						Runde 2			
	Runde 3	Keine Aufnahme in Runde 3								

[illegible]

Erklärt Ihre Ärztin/ Ihr Arzt Ihnen die Vor- und Nachteile der Behandlung bzw. von verschiedenen Behandlungsmöglichkeiten? <i>Immer / Oft / Manchmal / Selten / Nie</i>	Runde 1		Runde 1	
	Runde 2		Runde 2	
	Runde 3			
Hört Ihre Ärztin/ Ihr Arzt Ihnen aufmerksam zu? <i>Immer / Oft / Manchmal / Selten / Nie</i>	Runde 1		Runde 1	
	Runde 2		Runde 2	
	Runde 3			
Kommt es vor, dass Gespräche mit Ihrer Ärztin/ Ihrem Arzt gestört werden? <i>Immer / Oft / Manchmal / Selten / Nie</i>	Runde 1		Runde 1	
	Runde 2		Runde 2	
	Runde 3	Keine Aufnahme in Runde 3		
Haben Sie den Eindruck, dass Ihre Schilderungen ernst genommen werden? <i>Immer / Oft / Manchmal / Selten / Nie</i>	Runde 1		Runde 1	
	Runde 2		Runde 2	
	Runde 3			
Haben Sie das Gefühl, dass Sie Ihrer Ärztin/ Ihrem Arzt auch sehr persönliche oder unangenehme Dinge zu Ihren Beschwerden, Ihrer Erkrankung bzw. Ihrer Behandlung erzählen zu können? <i>Immer / Oft / Manchmal / Selten / Nie</i>	Runde 1		Runde 1	
	Runde 2		Runde 2	
	Runde 3			
Nimmt Ihre Ärztin/ Ihr Arzt sich genügend Zeit? <i>Immer / Oft / Manchmal / Selten / Nie</i>	Runde 1		Runde 1	
	Runde 2		Runde 2	
	Runde 3	Keine Aufnahme in Runde 3		
Kommt es vor, dass Ihre Ärztin/ Ihr Arzt nicht ausreichend auf Ihre Fragen eingeht? <i>Immer / Oft / Manchmal / Selten / Nie</i>	Runde 1		Runde 1	
	Runde 2		Runde 2	
	Runde 3	Keine Aufnahme in Runde 3		
Ermutigt Ihr Arzt Sie, über Ihre persönlichen Sorgen im Zusammenhang mit Ihren Beschwerden, Ihrer Erkrankung bzw. Ihrer Behandlung zu sprechen? <i>Immer / Oft / Manchmal / Selten / Nie</i>	Runde 1		Runde 1	
	Runde 2		Runde 2	
	Runde 3			
Wird Ihre gesamte medizinische Vorgeschichte bei der Behandlung berücksichtigt soweit dies erforderlich ist? <i>Immer / Oft / Manchmal / Selten / Nie / Kann ich nicht beurteilen</i>	Runde 1		Runde 1	
	Runde 2		Runde 2	
	Runde 3			
Wird Ihre persönliche Lebenssituation bei der Behandlung berücksichtigt? <i>Immer / Oft / Manchmal / Selten / Nie / Nicht erforderlich</i>	Runde 1		Runde 1	
	Runde 2		Runde 2	
	Runde 3			

Gibt Ihnen Ihre Ärztin/ Ihr Arzt ausreichend Gelegenheit, sich an den Entscheidungen über Ihre Behandlung so zu beteiligen, wie Sie sich dies wünschen? <i>Immer / Oft / Manchmal / Selten / Nie / Ich möchte mich nicht beteiligen</i>	Runde 1		Runde 1	
	Runde 2		Runde 2	
	Runde 3	Keine Aufnahme in Runde 3		
Werden Ihre Vorstellungen und Wünsche bei Ihrer Behandlung berücksichtigt? <i>Immer / Oft / Manchmal / Selten / Nie / Nicht erforderlich</i>	Runde 1		Runde 1	
	Runde 2		Runde 2	
	Runde 3	Keine Aufnahme in Runde 3		
Nimmt Ihre Ärztin/ Ihr Arzt Ihre Vorstellungen und Wünsche bei Entscheidungen zu Ihrer Behandlung ernst? <i>Immer / Oft / Manchmal / Selten / Nie / Nicht erforderlich</i>	Runde 1		Runde 1	
	Runde 2		Runde 2	
	Runde 3	Keine Aufnahme in Runde 3		
Wenn Sie ein neues Medikament verschrieben bekommen, wird Ihnen verständlich erklärt, zu welchem Zweck Sie es nehmen sollen? <i>Immer / Oft / Manchmal / Selten / Nie / Nicht erforderlich / Ich bekomme keine Medikamente</i>	Runde 1		Runde 1	
	Runde 2		Runde 2	
	Runde 3	Keine Aufnahme in Runde 3		
Wenn Sie ein neues Medikament verschrieben bekommen, wird Ihnen verständlich erklärt, welche Nebenwirkungen auftreten können? <i>Immer / Oft / Manchmal / Selten / Nie / Nicht erforderlich / Ich bekomme keine Medikamente</i>	Runde 1		Runde 1	
	Runde 2		Runde 2	
	Runde 3	Keine Aufnahme in Runde 3		
Wenn Sie ein neues Medikament verschrieben bekommen, wird Ihnen verständlich erklärt, bei welchen Nebenwirkungen Sie Bescheid geben sollen, damit die Einnahme ggf. verändert werden kann? <i>Immer / Oft / Manchmal / Selten / Nie / Nicht erforderlich / Ich bekomme keine Medikamente</i>	Runde 1		Runde 1	
	Runde 2		Runde 2	
	Runde 3	Keine Aufnahme in Runde 3		
Wenn Sie ein neues Medikament verschrieben bekommen, wird Ihnen verständlich erklärt, wie Sie das Medikament einnehmen sollen (Dosierung, Häufigkeit, Uhrzeit, vor bzw. nach dem Essen, usw.)? <i>Immer / Oft / Manchmal / Selten / Nie / Nicht erforderlich / Ich bekomme keine Medikamente</i>	Runde 1		Runde 1	
	Runde 2		Runde 2	
	Runde 3	Keine Aufnahme in Runde 3		

Wenn Sie ein neues Medikament verschrieben bekommen, prüft Ihre Ärztin/ Ihr Arzt, welche anderen Medikamente Sie einnehmen und ob sie sich miteinander vertragen? <i>Immer / Oft / Manchmal / Selten / Nie / Nicht erforderlich / Ich bekomme keine Medikamente / Kann ich nicht beurteilen</i>	Runde 1		Runde 1	
	Runde 2		Runde 2	
	Runde 3			
Wenn Sie Zweifel hinsichtlich Ihrer Behandlung haben, sprechen Sie Ihre Ärztin/ Ihren Arzt oder jemanden vom Praxisteam darauf an? <i>Immer / Oft / Manchmal / Selten / Nie</i>	Runde 1		Runde 1	
	Runde 2		Runde 2	
	Runde 3			
Wenn Sie sich in der Praxis über etwas bei Ihrer Behandlung ärgern oder einen Verbesserungsvorschlag haben, geben Sie dem Praxisteam dazu eine Rückmeldung? <i>Immer / Oft / Manchmal / Selten / Nie</i>	Runde 1		Runde 1	
	Runde 2		Runde 2	
		Keine Aufnahme in Runde 3		
Können Sie sich nach dem Termin zuhause noch an die Dinge erinnern, die Ihr Arzt mit Ihnen besprochen hat? <i>Immer / Oft / Manchmal / Selten / Nie</i>	Runde 1		Runde 1	
	Runde 2		Runde 2	
	Runde 3			
Halten Sie sich immer an das, was die Ärztin/ der Arzt Ihnen zur Behandlung Ihrer Beschwerden geraten oder verordnet hat? <i>Immer / Oft / Manchmal / Selten / Nie</i>	Runde 1		Runde 1	
	Runde 2		Runde 2	
		Keine Aufnahme in Runde 3		
Haben Sie den Eindruck, dass Ihre Ärztin/ Ihr Arzt ausreichend über Ihre medizinische Vorgeschichte informiert ist? <i>Immer / Oft / Manchmal / Selten / Nie</i>	Runde 1		Runde 1	
	Runde 2		Runde 2	
		Keine Aufnahme in Runde 3		
Kommt es vor, dass Ihre Ärztin/ Ihr Arzt die Ergebnisse von durchgeführten Untersuchungen nicht zur Hand hat, die aber zur Abklärung Ihrer Beschwerden oder zur Planung Ihrer Behandlung erforderlich wären (Blutuntersuchungen, Röntgenbilder, usw.) <i>Immer / Oft / Manchmal / Selten / Nie</i>	Runde 1		Runde 1	
	Runde 2		Runde 2	
	Runde 3			
Kommt es vor, dass Sie Dinge erneut berichten oder erklären müssen, die eigentlich in Ihrer Krankenakte stehen sollten? <i>Immer / Oft / Manchmal / Selten / Nie</i>	Runde 1		Runde 1	
	Runde 2		Runde 2	
		Keine Aufnahme in Runde 3		

Wenn Untersuchungen oder Tests durchgeführt werden, deren Ergebnisse nicht sofort vorliegen, werden Sie zeitnah über die Ergebnisse informiert? <i>Immer / Oft / Manchmal / Selten / Nie</i>	Runde 1		Runde 1	
	Runde 2		Runde 2	
	Runde 3			
Kommt es vor, dass Sie Dinge erneut berichten oder erklären müssen, die eigentlich in Ihrer Krankenakte stehen sollten? <i>Immer / Oft / Manchmal / Selten / Nie</i>	Runde 1		Runde 1	
	Runde 2		Runde 2	
		Keine Aufnahme in Runde 3		
Wenn Untersuchungen oder Tests durchgeführt werden, deren Ergebnisse nicht sofort vorliegen, werden Sie zeitnah über die Ergebnisse informiert? <i>Immer / Oft / Manchmal / Selten / Nie</i>	Runde 1		Runde 1	
	Runde 2		Runde 2	
	Runde 3			
Kommt es vor, dass Ihre Ärztin/ Ihr Arzt Untersuchungen nochmals veranlasst oder durchführt, obwohl sie bereits von jemand anderem durchgeführt wurden (z.B. weil er keinen Zugriff auf die Ergebnisse hat)? <i>Immer / Oft / Manchmal / Selten / Nie</i>	Runde 1		Runde 1	
	Runde 2		Runde 2	
		Keine Aufnahme in Runde 3		
Kommt es vor, dass Sie von den verschiedenen Mitgliedern des Praxisteam widersprüchliche Informationen zu Ihrer Betreuung und Behandlung erhalten? <i>Immer / Oft / Manchmal / Selten / Nie</i>	Runde 1		Runde 1	
	Runde 2		Runde 2	
	Runde 3			
Fragt Ihre Ärztin/ Ihr Arzt, welche Medikamente oder Behandlungen Sie von anderen Ärzt*innen verordnet bekommen haben? <i>Immer / Oft / Manchmal / Selten / Nie / Ich habe keine anderen Ärzte</i>	Runde 1	Aufnahme erst in Runde 2 als Ergebnis aus Runde 1	Runde 1	Aufnahme erst in Runde 2 als Ergebnis aus Runde 1
	Runde 2		Runde 2	
	Runde 3			
Liegen Ihrer Ärztin/ Ihrem Arzt wichtige Informationen aus anderen Behandlungen (z.B. bei anderen Ärzt*innen, aus dem Krankenhaus, usw.) rechtzeitig zu Ihrem Behandlungstermin vor? <i>Immer / Oft / Manchmal / Selten / Nie</i>	Runde 1		Runde 1	
	Runde 2		Runde 2	
		Keine Aufnahme in Runde 3		
Kommt es vor, dass Ihre Ärztin/ Ihr Arzt die von anderen Ärzt*innen oder vom Krankenhaus empfohlene Behandlung ändert? <i>Immer / Oft / Manchmal / Selten / Nie</i>	Runde 1		Runde 1	
	Runde 2		Runde 2	
		Keine Aufnahme in Runde 3		

Kommt es vor, dass die Empfehlungen oder Verordnungen Ihrer Ärztin/ Ihres Arztes im Widerspruch zu denen stehen, die Sie von anderen Ärzt*innen oder anderen Behandlern (Physiotherapie, Ergotherapie, Ernährungsberatung, Pflegedienst, etc.) bekommen? <i>Immer / Oft / Manchmal / Selten / Nie</i>	Runde 1		Runde 1	
	Runde 2		Runde 2	
	Keine Aufnahme in Runde 3			
Tauscht sich Ihre Ärztin/ Ihr Arzt mit Ihren anderen behandelnden Ärzt*innen über Ihre Behandlung aus? <i>Immer / Oft / Manchmal / Selten / Nie / Kann ich nicht beurteilen</i>	Runde 1		Runde 1	
	Runde 2		Runde 2	
	Keine Aufnahme in Runde 3			
Können Ihre Angehörigen oder andere Begleitpersonen bei Ihrem Gespräch mit der Ärztin/ dem Arzt immer dabei sein, wenn Sie dies wünschen? <i>Immer / Oft / Manchmal / Selten / Nie / Möchte ich nicht, ist nicht nötig</i>	Runde 1		Runde 1	
	Runde 2		Runde 2	
	Runde 3			
Einleitender Text zum nächsten Fragenblock				
Das wichtigste Ziel Ihrer Arztpraxis ist es, Sie als Patient bestmöglich zu betreuen und zu behandeln. Doch wo Menschen arbeiten, können immer Fehler passieren, sosehr die Beteiligten auch bemüht sind, sie zu vermeiden.				
In der folgenden Auflistung finden Sie einige Beispiele für solche (vermeidbaren) Fehler: *Untersuchungsergebnisse wurden verwechselt oder waren nicht mehr auffindbar *Sie haben ein Medikament erhalten, dass Sie wegen einer anderen Erkrankung oder eines Ihrer anderen Medikamente eigentlich nicht nehmen sollten *Sie haben ein Medikament in einer falschen Dosierung verschrieben bekommen *Es gab Kommunikationsprobleme, die dazu geführt haben, dass Sie die Diagnose oder Behandlung missverstanden haben *eine Untersuchung oder Behandlung wurde fehlerhaft durchgeführt *die Diagnosestellung wurde nicht korrekt oder verspätet gestellt *eine Überweisung zu einem Facharzt ist nicht oder zu spät erfolgt				
Wir möchten nun von Ihnen wissen, ob Sie schon einmal einen solchen oder anderen Fehler bei Ihrer Behandlung erlebt haben, sofern Sie dies beurteilen können.				
Bitte denken Sie an Ihre Behandlung in dieser Praxis in den letzten 12 Monaten. Soweit Sie es sagen können, ist in dieser Zeit bei Ihrer Behandlung ein Fehler aufgetreten? <i>Ja / Nein / Bin mir nicht sicher / Kann ich nicht beurteilen</i> Bitte beschreiben Sie kurz die Art des Fehlers:	Runde 1		Runde 1	
	Runde 2		Runde 2	
	Runde 3			
Haben Sie durch diesen Fehler gesundheitliche Schäden erlitten (z.B. Schmerzen, körperliche oder seelische Beeinträchtigungen)? <i>Ja / Nein / Bin mir nicht sicher / Kann ich nicht beurteilen</i>	Runde 1		Runde 1	
	Runde 2		Runde 2	
	Runde 3			
Wenn in der Praxis ein Fehler passiert, erhalten Sie dann eine Entschuldigung? <i>Immer / Oft / Manchmal / Selten / Nie / Habe bisher keinen Fehler erlebt</i>	Runde 1		Runde 1	
	Runde 2		Runde 2	
	Runde 3			

¹ Antwortoption ‚Bin mit nicht sicher‘ wurde nur in Runde 1 und 2 angeboten.

Anhang 2

Verständlichkeitsprüfung

Zwischenüberschrift / Frage	Interviewergebnisse	Frage final
Terminvergabe	Damit bei der Beantwortung kein ‚Mittelwert‘ über verschiedene Arztpraxen gebildet wird, sollte verdeutlicht werden, dass es um die Erfahrungen in der Praxis geht, in der der Fragebogen ausgehändigt wurde, z.B. in den Zwischenüberschriften (um Einzelfragen nicht zu lang werden zu lassen)	Terminvergabe in dieser Praxis
Wie leicht ist es, bei einem dringenden Anliegen einen Termin so schnell zu bekommen, wie Sie es möchten? <i>Sehr leicht / Leicht / Weder leicht noch schwer / Schwer / Sehr schwer</i>	Dringendes Anliegen wurde mehrheitlich als akutes Geschehen, das keinen zeitlichen Aufschub duldet (starke Beschwerden/Schmerzen, Unfall, etc.), verstanden	unverändert
Mitarbeiter*innen an der Anmeldung		Mitarbeiter*innen an der Anmeldung in dieser Praxis
Werden Sie von den Mitarbeiter*innen an der Anmeldung so behandelt, wie Sie es sich wünschen? <i>Immer / Oft / Manchmal / Selten / Nie</i>		unverändert
Ärztliche Behandlung	Es sollte einen Verfahrenshinweis geben, wie geantwortet werden soll, wenn es mehrere Ärzt*innen in einer Praxis gibt und Patient*innen nicht immer von der gleichen Person behandelt werden.	Ärztliche Behandlung in dieser Praxis Wenn Sie von wechselnden Ärzt*innen in dieser Praxis behandelt werden, beantworten Sie die folgenden Fragen bitte für diejenige Person, von der Sie am häufigsten behandelt werden
Erklärt Ihre Ärztin/ Ihr Arzt Ihnen die Dinge so, dass Sie sie verstehen? <i>Immer / Oft / Manchmal / Selten / Nie</i>	Der Begriff „Dinge“ wurde von allen auf den Anlass des Arztbesuchs bezogen (Beschwerden/Behandlung)	unverändert
Erhalten Sie von Ihrer Ärztin/ Ihrem Arzt ausreichend Informationen, um Ihre Beschwerden bzw. die Behandlung zu verstehen? <i>Immer / Oft / Manchmal / Selten / Nie</i>	Die Differenzierung zwischen Beschwerden und Behandlung innerhalb einer Frage erschwerte die Beantwortung der Frage nicht; es wurde von allen ein ‚Mittelwert‘ über die Erfahrung gebildet (z.B. die Erfahrung „ausreichend Information zu Beschwerden, unzureichend Information über die Behandlung“ führte zur Auswahl der Antwortkategorie „manchmal“)	unverändert

Erklärt Ihre Ärztin/ Ihr Arzt Ihnen die Vor- und Nachteile der Behandlung bzw. von verschiedenen Behandlungsmöglichkeiten? <i>Immer / Oft / Manchmal / Selten / Nie</i>	Keiner der Interviewteilnehmenden hatte bisher die Situation erlebt, das für ein Beschwerde-/Krankheitsbild proaktiv mehrere Therapie-Optionen angesprochen wurden, wenn dann erfolgte es auf Nachfrage. Die Vor- und Nachteile der angebotenen Behandlungsoption wurden in einigen Fällen erläutert, in anderen nicht. Die Dopplung (Vor- und Nachteile einer Option, Vor- und Nachteile verschiedener Optionen) erschwert angesichts der vorliegenden Erfahrungen (es werden selten mehrere Optionen angeboten) die Auswahl einer Antwort. Besser wäre es, die Frage zu splitten	Erklärt Ihre Ärztin/ Ihr Arzt Ihnen die Vor- und Nachteile der geplanten Behandlung? <i>Immer / Oft / Manchmal / Selten / Nie</i> Erklärt Ihre Ärztin/ Ihr Arzt Ihnen verschiedene Behandlungsmöglichkeiten sowie deren Vor- und Nachteile? <i>Immer / Oft / Manchmal / Selten / Nie / Nicht sicher, ob es in meinem Fall verschiedene Möglichkeiten gibt</i>
Gibt Ihre Ärztin/ Ihr Arzt Ihnen ausreichend Gelegenheit, Ihre Fragen zu Ihren Beschwerden bzw. Ihrer Behandlung zu stellen? <i>Immer / Oft / Manchmal / Selten / Nie</i>		unverändert
Haben Sie den Eindruck, dass Ihre Schilderungen ernst genommen werden? <i>Immer / Oft / Manchmal / Selten / Nie</i>		unverändert
Stellt Ihre Ärztin/ Ihr Arzt sicher, dass Sie die Erklärungen verstanden haben (z.B. indem Sie gebeten werden, die Information in Ihren eigenen Worten noch einmal zu wiederholen)? <i>Immer / Oft / Manchmal / Selten / Nie</i>	Die Option zur Darstellung in eigenen Worten zu bekommen, hielt die Mehrzahl der Interviewees für sinnvoll und wünschenswert. Die Formulierung des Beispiels rief allerdings bei einigen das Gefühl einer „Prüfungssituation wie in der Schule“ hervor, was als bevormundend empfunden wurde. Die Umformulierung wurde als positiv wahrgenommen.	Stellt Ihre Ärztin/ Ihr Arzt sicher, dass Sie die Erklärungen verstanden haben (z.B. indem Sie die Möglichkeit bekommen, die Information in Ihren eigenen Worten noch einmal zu wiederholen)? <i>Immer / Oft / Manchmal / Selten / Nie</i>
Haben Sie das Gefühl, dass Sie Ihrer Ärztin/ Ihrem Arzt auch sehr persönliche oder unangenehme Dinge zu Ihren Beschwerden, Ihrer Erkrankung bzw. Ihrer Behandlung erzählen zu können? <i>Immer / Oft / Manchmal / Selten / Nie</i>	Länge der Frage wurde als unproblematisch wahrgenommen.	unverändert
Ermutigt Ihre Ärztin/ Ihr Arzt Sie, über Ihre persönlichen Sorgen im Zusammenhang mit Ihren Beschwerden, Ihrer Erkrankung bzw. Ihrer Behandlung zu sprechen? <i>Immer / Oft / Manchmal / Selten / Nie</i>	Länge der Frage wurde als unproblematisch wahrgenommen, die Abgrenzung zur vorherigen Frage war für alle deutlich.	unverändert

Wird Ihre gesamte medizinische Vorgeschichte bei der Behandlung berücksichtigt soweit dies erforderlich ist? <i>Immer / Oft / Manchmal / Selten / Nie / Kann ich nicht beurteilen</i>	Der Begriff der ‚medizinischen Vorgeschichte‘ war für alle klar.	unverändert
Werden Ihre Vorstellungen und Wünsche bei Ihrer Behandlung berücksichtigt? <i>Immer / Oft / Manchmal / Selten / Nie / Ist nicht erforderlich</i>	Der Begriff „Wünsche“ im Zusammenhang mit einem Arztbesuch irritierte fast alle Interviewees. Man hat den ‚Wunsch‘ geheilt zu werden/Linderung zu erfahren. Der Begriff „Vorstellungen“ wurde auf die eigenen Präferenzen im Zusammenhang mit der Behandlungsplanung bezogen.	Werden Ihre Vorstellungen bei der Planung Ihrer Behandlung berücksichtigt? <i>Immer / Oft / Manchmal / Selten / Nie / Ist nicht erforderlich</i>
Können Ihre Angehörigen oder andere Begleitpersonen bei Ihrem Gespräch mit der Ärztin/ dem Arzt immer dabei sein, wenn Sie dies wünschen? <i>Immer / Oft / Manchmal / Selten / Nie / möchte ich nicht/ist nicht nötig</i>	Es fehlt eine Antwortoption, dass man noch nicht in dieser Situation war.	Können Ihre Angehörigen oder andere Begleitpersonen bei Ihrem Gespräch mit der Ärztin/ dem Arzt immer dabei sein, wenn Sie dies wünschen? <i>Immer / Oft / Manchmal / Selten / Nie / nicht nötig/war noch nicht in der Situation</i>
Ihre Medikamente		unverändert
Wenn Sie ein neues Medikament verschrieben bekommen, wird Ihnen verständlich erklärt ...	Bei der Beantwortung der drei Unterfragen (Zweck, Nebenwirkungen, Einnahme) wurde deutlich, dass die Mehrzahl der Interviewees bei der Beantwortung auch die in der Apotheke erhaltenen Erklärungen einbezogen. So wurde ‚Immer‘ oder ‚Oft‘ auch dann gewählt, wenn die Ärztin bzw. der Arzt unzureichend informierte, dies aber dann durch die Apothekerin bzw. den Apotheker nachgeholt wurde.	Wenn Sie ein neues Medikament verschrieben bekommen, erklärt Ihre Ärztin/ Ihr Arzt Ihnen verständlich ...
... zu welchem Zweck Sie es nehmen sollen? <i>Immer / Oft / Manchmal / Selten / Nie / ist nicht erforderlich/ich bekomme keine Medikamente</i>		unverändert
... bei welchen Nebenwirkungen Sie Bescheid geben sollen, damit die Einnahme ggf. verändert werden kann? <i>Immer / Oft / Manchmal / Selten / Nie / ist nicht erforderlich/ich bekomme keine Medikamente</i>		unverändert

... wie Sie das Medikament einnehmen sollen (Dosierung, Häufigkeit, Uhrzeit, vor bzw. nach dem Essen, usw.)? <i>Immer / Oft / Manchmal / Selten / Nie / ist nicht erforderlich/ich bekomme keine Medikamente</i>		unverändert
Zusammenarbeit mit anderen Ärzt*innen		Zusammenarbeit mit Ärzt*innen aus anderen Praxen, Labors, Krankenhäusern, o.ä.
Kommt es vor, dass Ihre Ärztin/ Ihr Arzt die Ergebnisse von durchgeführten Untersuchungen nicht zur Hand hat, die aber zur Abklärung Ihrer Beschwerden oder zur Planung Ihrer Behandlung erforderlich wären (Blutuntersuchungen, Röntgenbilder, usw.) <i>Immer / Oft / Manchmal / Selten / Nie</i>	Aufgrund der Länge des Satzes wurde von zwei Interviewees das Wort ‚nicht‘ überlesen, eine Hervorhebung wurde als wünschenswert empfunden. Von einigen wurde die Frage aufgrund ihrer Länge zweimal gelesen, das Verständnis stellte jedoch mehrheitlich kein Problem dar.	Kommt es vor, dass Ihre Ärztin/ Ihr Arzt die Ergebnisse von durchgeführten Untersuchungen <i>nicht</i> zur Hand hat, die aber zur Abklärung Ihrer Beschwerden oder zur Planung Ihrer Behandlung erforderlich wären (Blutuntersuchungen, Röntgenbilder, usw.) <i>Immer / Oft / Manchmal / Selten / Nie</i>
Fragt Ihre Ärztin/ Ihr Arzt, welche Medikamente oder Behandlungen Sie von anderen Ärzt*innen verordnet bekommen haben? <i>Immer / Oft / Manchmal / Selten / Nie / Ich habe keine anderen Ärzt*innen</i>		unverändert
Einführungstext für die abschließenden drei Fragen zu Erfahrungen mit Fehlern:		
Erfahrungen mit Fehlern Das wichtigste Ziel Ihrer Arztpraxis ist es, Sie als Patient*in bestmöglich zu behandeln. Doch dort wo Menschen arbeiten, können immer Fehler passieren, sosehr die Beteiligten auch bemüht sind, sie zu vermeiden. In der folgenden Auflistung finden Sie einige Beispiele für solche (vermeidbaren) Fehler: • Untersuchungsergebnisse wurden verwechselt oder waren nicht mehr auffindbar • Sie haben ein Medikament erhalten, dass Sie wegen einer anderen Erkrankung oder eines Ihrer anderen Medikamente eigentlich nicht nehmen sollten • Sie haben ein Medikament in einer falschen Dosierung verschrieben bekommen	Der Text wurde von einigen als lang empfunden, sodass er von diesen Interviewees nur quer gelesen wurde. Sie wünschten sich eine etwas prägnantere Formulierung und bessere optische Hervorhebung der Beispiele. Die meisten Interviewees assoziierten mit dem Begriff ‚Fehler‘ zunächst nur gravierende Fehler, die zu (gesundheitlichen) einem Schaden führen. Vor diesem Hintergrund wurden die Beispiele von allen als sehr hilfreich, von einigen als ‚unverzichtbar‘ für die Beantwortung der folgenden drei Fragen empfunden.	Erfahrungen mit (vermeidbaren) Fehlern Das wichtigste Ziel Ihrer Arztpraxis ist es, Sie als Patient*in bestmöglich zu behandeln. Doch dort wo Menschen arbeiten, können immer Dinge passieren, die nicht passieren sollten, sosehr die Beteiligten auch bemüht sind, sie zu vermeiden. Beispiele für solche (vermeidbaren) Fehler wären: • Untersuchungsergebnisse wurden verwechselt oder waren nicht mehr auffindbar, • die Erklärung / Information hat Ihnen nicht geholfen, Ihre Diagnose oder Behandlung zu verstehen, • Medikament erhalten, das nicht zu Ihren anderen Medikamenten passt,

• Es gab Kommunikationsprobleme, die dazu geführt haben, dass Sie die Diagnose oder Behandlung missverstanden haben • eine Untersuchung oder Behandlung wurde fehlerhaft durchgeführt • die Diagnosestellung wurde nicht korrekt oder verspätet gestellt • eine Überweisung zu einem Facharzt ist nicht oder zu spät erfolgt Wir möchten nun von Ihnen wissen, ob Sie schon einmal einen solchen oder anderen Fehler bei Ihrer Behandlung erlebt haben, sofern Sie dies beurteilen können.		• Medikament in falscher Dosierung verschrieben bekommen, • Untersuchung oder Behandlung wurde fehlerhaft durchgeführt, • Diagnose wurde nicht korrekt oder verspätet gestellt, • Überweisung zu einer Fachärztin/einem Facharzt, Physiotherapeut*innen oder anderen Fachkräften ist nicht oder zu spät erfolgt. Wir möchten nun von Ihnen wissen, ob Sie schon einmal ein solches oder anderes Problem bei Ihrer Behandlung erlebt haben, sofern Sie dies beurteilen können.
Bitte denken Sie an Ihre Behandlung in dieser Praxis in den letzten 12 Monaten. Soweit Sie es sagen können, ist in dieser Zeit bei Ihrer Behandlung ein Fehler aufgetreten? <i>Ja / Nein / Bin nicht sicher/ Kann ich nicht beurteilen</i> Bitte beschreiben Sie kurz die Art des Fehlers:		unverändert
Haben Sie durch diesen Fehler gesundheitliche Schäden erlitten (z.B. Schmerzen, körperliche oder seelische Beeinträchtigungen)? <i>Ja / Nein / Bin nicht sicher/ Kann ich nicht beurteilen</i>		unverändert
Wenn in der Praxis ein Fehler passiert, erhalten Sie dann eine Entschuldigung? <i>Immer / Oft / Manchmal / Selten / Nie / Keinen Fehler erlebt</i>		unverändert

Anhang 3

Patienteninformation



Liebe Patientin, lieber Patient,

Sie werden in unserer Praxis behandelt. Wir sind ständig bemüht, die Betreuung zu verbessern und auch auf Ihre ganz persönlichen Bedürfnisse, Wünsche und Belange einzugehen. Dabei liegt uns auch Ihre Sicherheit besonders am Herzen. Dies stellt hohe Anforderungen an uns als Praxisteam. Alle müssen reibungslos zusammenarbeiten, damit Sie bestmöglich versorgt sind und Sie sich bei uns in der Praxis gut aufgehoben und sicher fühlen. Wie uns das gelingt, können letztlich nur Sie beurteilen.

Wir möchten daher gerne von unseren Patient*innen wissen, welche Erfahrungen sie mit der Betreuung in unserer Praxis machen. Hierbei interessieren uns insbesondere die Aspekte, die für eine sichere Versorgung wichtig sind. Selbst wenn Sie eigentlich zufrieden sind – es gibt immer etwas, was sich noch verbessern lässt. Ihr ehrliches Urteil ist uns daher sehr wichtig, ganz besonders, wenn Sie etwas Kritisches zu berichten oder Vorschläge für Verbesserungen haben.

Diese Befragung ist Teil des Projekts „FRAG MICH! Fehlerprävention in der Arztpraxis – gemeinsam für mehr Sicherheit“ (www.frag-mich.org), das vom Bundesministerium für Gesundheit gefördert wird. Das Projekt wird durchgeführt von der Firma OptiMedis und unterstützt durch das Aktionsbündnis Patientensicherheit und die Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe. Sie wird nicht nur in unserer, sondern auch in anderen Arztpraxen durchgeführt.

Die **Teilnahme** an der Befragung ist selbstverständlich **freiwillig und anonym**. Sie können Ihre Entscheidung für eine Teilnahme auch jederzeit wieder rückgängig machen. Es entstehen Ihnen keinerlei Nachteile, wenn Sie nicht teilnehmen möchten. Aber natürlich würden wir uns sehr über Ihre Unterstützung freuen! Das Ausfüllen dauert etwa 5 bis 10 Minuten. Wenn Sie sich eine Teilnahme vorstellen können, sehen Sie sich die Rückseite dieses Informationsblattes an, dort zeigen wir Ihnen, wie Sie uns unterstützen können.



Teilnahme an der Befragung

Sie haben 3 Möglichkeiten zur Auswahl:

①

Sie füllen den **beiliegenden Papierfragebogen** bei uns **in der Praxis** aus, stecken ihn in den beiliegenden Briefumschlag und werfen ihn in die **Sammelbox im Wartezimmer**.

ODER

②

Sie füllen den **beiliegenden Papierfragebogen zuhause** aus, stecken ihn in den beiliegenden Briefumschlag und werfen ihn *ohne* Briefmarke in den nächsten **Briefkasten**.

ODER

③

Sie füllen den **Fragebogen online** auf Ihrem Smartphone, Tablet oder Computer aus. Dazu gehen Sie auf die Webseite **www.frag-mich.org**, klicken auf „Patientenbefragung“, geben diesen Zugangscode ein: **«Zugangscode»**

Ist die Befragung anonym?

Ja, denn der Fragebogen enthält keine personenbezogene Kennung, Ihre Angaben können nicht auf Ihre Person zurückgeführt werden. Damit dies so bleibt, empfehlen wir Ihnen, bei Angaben in Freitextfeldern auf identifizierende Angaben zu verzichten. Der Code auf dem Fragebogen und der Zugangscode identifizieren lediglich die Arztpraxis. Dies ist erforderlich, weil die Befragung auch in anderen Arztpraxen durchgeführt wird, die am Ende alle einen eigenen Ergebnisbericht erhalten. Ihre Angaben werden streng vertraulich ausgewertet und nicht an Dritte weitergegeben. Die Fragebögen verbleiben bei der Auswertungsstelle und werden nach Abschluss der Befragung vernichtet.

Was passiert mit Ihren Antworten?

Der Papier-Fragebogen geht zur Datenerfassung an einen externen Dienstleister, anschließend gehen die Daten zur Auswertung an das Projektteam der Studie. Der Online-Fragebogen geht direkt an das Projektteam. Wir erhalten die Rückmeldungen aller ‚unserer‘ befragten Patient*innen nur in zusammengefasster Form, d.h. **wir können nicht sehen, welche Antworten von Ihnen kommen**. Wir hoffen, dass wir Ihnen dadurch eine ehrliche Rückmeldung erleichtern.

Haben Sie noch Fragen?

Wenden Sie sich gerne an die Person in der Praxis, von der Sie den Fragebogen erhalten haben, oder kontaktieren Sie das Projektteam von OptiMedis unter **info@frag-mich.org**.

Jeder Fragebogen ist uns wichtig. Wir versichern Ihnen, dass Ihre Angaben sehr ernst genommen werden. Wir möchten uns daher bereits jetzt für Ihre Teilnahme bedanken!

Ihr Praxisteam & das Projektteam von OptiMedis



Information Datenschutz



Information nach Art. 13 DSGVO zur Erhebung, Verarbeitung und Nutzung Ihrer Daten

Im Rahmen des Projekts „FRAG MICH! Fehlerprävention in der Arztpraxis – gemeinsam für mehr Sicherheit“ werden Ihre Angaben stets vertraulich behandelt. Da eine Personenbeziehbarkeit nicht vollständig auszuschließen ist, informieren wir Sie hier über die Verarbeitung der Daten. Die geltenden gesetzlichen Bestimmungen zum Umgang mit Ihren personenbezogenen Daten werden von dem Verantwortlichen OptiMedis AG, Burchardstraße 17, 20095 Hamburg gewährt und werden durch den Datenschutzbeauftragten der OptiMedis AG überwacht (Kontaktdaten s.u.).

Ihre Daten werden zum Zwecke der Messung von Patientenerfahrungen mit patientensicherheitsrelevanten Versorgungsaspekten im Sinne des Projektziels erhoben und gespeichert. Bei den Daten handelt es sich um im Wesentlichen um Angaben zu

- › Ihren Erfahrungen mit der Behandlung in der Arztpraxis,
- › Ihren Erfahrungen mit eventuellen Fehlern in der Arztpraxis,
- › Ihrer subjektiven Gesundheitseinschätzung.

Auch werden ohne Abfrage von Namen das Geburtsjahr, das Geschlecht, der Bildungsabschluss und Angaben zum Vorliegen einer chronischen Erkrankung erfasst. Die Erhebung erfolgt unter dem Grundsatz der Datensparsamkeit mit dem Ziel der Anonymität. Empfänger Ihrer Daten sind die Mitglieder des Projektteams und ggf. von uns beauftragte Dienstleister. Eine Übermittlung der Daten in ein Drittland ist nicht beabsichtigt. Die Daten werden für die Aufgabenwahrnehmung im Rahmen der Studie gespeichert und anschließend gelöscht.

Sie haben folgende Rechte:

- Das Recht auf Auskunft über verarbeitete Daten (Art. 15 DS-GVO)
- Das Recht auf Berichtigung unrichtiger Daten (Art. 16 DS-GVO)
- Das Recht auf Löschung Ihrer Daten (Art. 17 DS-GVO)
- Das Recht auf Einschränkung der Verarbeitung Ihrer Daten (§ 18 DS-GVO)
- Das Widerspruchsrecht (Art. 21 DS-GVO)

Weitere Informationen darüber, welche personenbezogenen Daten im Rahmen der Studie erhoben und verarbeitet werden sind auf der Website unter www.frag-mich.org/datenschutz einsehbar. Alle Mitarbeiter des Projektteams sowie die Mitarbeiter der Dienstleister sind dem Datengeheimnis verpflichtet. Die Einhaltung der Regelungen zum Datenschutz wird regelmäßig durch die Datenschutzbeauftragten der beteiligten Institutionen überprüft. Für Fragen und weitere Informationen steht der Datenschutzbeauftragte der OptiMedis AG, Dr. Volker Wodianka, erreichbar unter v.wodianka@schlutiuss-privacy.de oder telefonisch unter: +49 (0)40 334 01-0, gerne zur Verfügung. Sie haben das Beschwerderecht bei der zuständigen Aufsichtsbehörde.

Fragebogen

Patientenfragebogen Patientensicherheit aus Patientenperspektive

Hier Barcode mit Praxis-ID und
fortlaufender Fragebogensnummer

Liebe Patientin, lieber Patient,

bitte beachten Sie beim Ausfüllen des Fragebogens Folgendes:

Lesen Sie zu jeder Frage erst alle Antwortmöglichkeiten. Kreuzen Sie dann diejenige Antwort an, die Ihre Erfahrungen am besten beschreibt. Wenn nicht anderes angegeben, setzen Sie *pro Frage nur ein Kreuz*.

Ihre Antworten werden nur in zusammengefasster Form in dem Ergebnisbericht an die Arztpraxis wiedergegeben. D.h. die **Praxis erfährt nur**, was alle Patient*innen zusammengefasst auf eine Frage geantwortet haben, **nicht jedoch, was jede Person einzeln geantwortet hat**.

Die **Antworten auf die offenen Fragen**, auf die Sie in Ihren eigenen Worten antworten können, werden im Ergebnisbericht an die Arztpraxis **wörtlich** wiedergegeben.

Die **Teilnahme** an der Befragung **ist** selbstverständlich **freiwillig!**

Auch wenn Sie sich doch noch gegen eine Teilnahme entscheiden, entstehen Ihnen dadurch keinerlei Nachteile.

Wenn Sie den Fragebogen ausgefüllt haben:

- ▶ stecken Sie ihn in den beiliegenden Umschlag, verschließen den Umschlag und geben ihn entweder
 - ▷ in die Sammelbox, die im Wartezimmer der Arztpraxis aufgestellt ist
- oder
 - ▷ *ohne Absenderangabe und ohne Briefmarke* in den Briefkasten – Porto zahlt der Empfänger.

Haben Sie noch Fragen?

Wenden Sie sich gerne an die Person, von der Sie den Fragebogen bekommen haben,
oder

schreiben an das Projektteam unter info@frag-mich.org oder
OptiMedis AG, Projekt FRAG MICH!, Burchardstr. 17, 20095 Hamburg.



Patientenfragebogen



KVWL



Terminvergabe in dieser Praxis

1. **Wie leicht ist es, bei einem dringenden Anliegen einen Termin so schnell zu bekommen, wie Sie es möchten?**

Sehr leicht Leicht Weder leicht noch schwer Schwer Sehr schwer

☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

Mitarbeiter*innen an der Anmeldung in dieser Praxis

2. **Werden Sie von den Mitarbeiter*innen an der Anmeldung so behandelt, wie Sie es sich wünschen?**

Immer Oft Manchmal Selten Nie

☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

Ärztliche Behandlung in dieser Praxis

Wenn Sie von wechselnden Ärzt*innen in dieser Praxis behandelt werden, beantworten Sie die folgenden Fragen bitte für diejenige Person, von der Sie am häufigsten behandelt werden.

3. **Erklärt Ihre Ärztin/ Ihr Arzt Ihnen die Dinge so, dass Sie sie verstehen?**

Immer Oft Manchmal Selten Nie

☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

4. **Erhalten Sie von Ihrer Ärztin/ Ihrem Arzt ausreichend Informationen, um Ihre Beschwerden bzw. die Behandlung zu verstehen?**

Immer Oft Manchmal Selten Nie

☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

5. **Erklärt Ihre Ärztin/ Ihr Arzt Ihnen die Vor- und Nachteile der geplanten Behandlung?**

Immer Oft Manchmal Selten Nie

☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

6. **Erklärt Ihre Ärztin/ Ihr Arzt Ihnen verschiedene Behandlungsmöglichkeiten sowie deren Vor- und Nachteile?**

Immer Oft Manchmal Selten Nie Nicht sicher, ob es in meinem Fall verschiedene Möglichkeiten gibt

☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6



Patientenfragebogen



7. Gibt Ihre Ärztin/ Ihr Arzt Ihnen ausreichend Gelegenheit, Ihre Fragen zu Ihren Beschwerden bzw. Ihrer Behandlung zu stellen?	Immer	Oft	Manchmal	Selten	Nie	
	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	
8. Haben Sie den Eindruck, dass Ihre Schilderungen ernst genommen werden?	Immer	Oft	Manchmal	Selten	Nie	
	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	
9. Stellt Ihre Ärztin/ Ihr Arzt sicher, dass Sie die Erklärungen verstanden haben (z.B. indem Sie die Möglichkeit bekommen, die Information in Ihren eigenen Worten noch einmal zu wiederholen)?	Immer	Oft	Manchmal	Selten	Nie	
	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	
10. Haben Sie das Gefühl, dass Sie Ihrer Ärztin/ Ihrem Arzt auch sehr persönliche oder unangenehme Dinge zu Ihren Beschwerden, Ihrer Erkrankung oder Ihrer Behandlung erzählen zu können?	Immer	Oft	Manchmal	Selten	Nie	
	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	
11. Werden Sie ermutigt, über Ihre persönlichen Sorgen zu sprechen, die Sie im Zusammenhang mit Ihren Beschwerden, Ihrer Erkrankung oder Ihrer Behandlung haben?	Immer	Oft	Manchmal	Selten	Nie	
	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	
12. Berücksichtigt Ihre Ärztin/ Ihr Arzt Ihre gesamte medizinische Vorgeschichte bei der Behandlung soweit dies nötig ist?	Immer	Oft	Manchmal	Selten	Nie	Kann ich nicht beurteilen
	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 6
13. Werden Ihre Vorstellungen bei der Planung Ihrer Behandlung berücksichtigt?	Immer	Oft	Manchmal	Selten	Nie	Nicht nötig
	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 6
14. Können Ihre Angehörigen oder andere Begleitpersonen bei Ihrem Gespräch mit der Ärztin/ dem Arzt dabei sein, wenn Sie dies wünschen?	Immer	Oft	Manchmal	Selten	Nie	Nicht nötig / war noch nicht in der Situation
	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 6



Patientenfragebogen



Ihre Medikamente

15. Wenn Ihnen ein neues Medikament verschrieben wird, erklärt Ihre Ärztin/ Ihr Arzt Ihnen verständlich ...

	Immer	Oft	Manchmal	Selten	Nie	Nicht nötig / bekomme keine Medi- kamente
1. ... zu welchem Zweck Sie es nehmen sollen?	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 6
2. ... bei welchen Nebenwirkungen Sie Bescheid geben sollen, damit die Einnahme ggf. verändert werden kann?	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 6
3. ... wie Sie das Medikament einnehmen sollen (Dosierung, Häufigkeit, Uhrzeit, vor bzw. nach dem Essen, usw.)?	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 6

Zusammenarbeit mit Ärzt*innen aus anderen Praxen, Labors, Krankenhäusern, o.ä.16. Kommt es vor, dass Ergebnisse von durchgeführten Untersuchungen **nicht** vorliegen, obwohl sie zur Abklärung Ihrer Beschwerden oder zur Planung Ihrer Behandlung erforderlich wären (Blutuntersuchungen, Röntgenbilder, usw.)?

Immer	Oft	Manchmal	Selten	Nie
☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5

17. Fragt Ihre Ärztin/ Ihr Arzt, welche Medikamente oder Behandlungen Sie von anderen Ärzt*innen verordnet bekommen haben?

Immer	Oft	Manchmal	Selten	Nie	Habe keine anderen <u>Ärzt*innen</u>
☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 6



Patientenfragebogen



Erfahrungen mit (vermeidbaren) Fehlern

Das wichtigste Ziel Ihrer Arztpraxis ist es, Sie als Patient*in bestmöglich zu behandeln. Doch dort wo Menschen arbeiten, können immer Dinge passieren, die nicht passieren sollten, sosehr die Beteiligten auch bemüht sind, sie zu vermeiden.

Beispiele für solche (vermeidbaren) Fehler wären:

- Untersuchungsergebnisse wurden verwechselt oder waren nicht mehr auffindbar,
- die Erklärung und Information hat Ihnen nicht geholfen, Ihre Diagnose oder Behandlung zu verstehen,
- Medikament erhalten, dass nicht zu Ihren anderen Medikamenten passt,
- Medikament in falscher Dosierung verschrieben bekommen,
- Untersuchung oder Behandlung wurde fehlerhaft durchgeführt,
- Diagnose wurde nicht korrekt oder verspätet gestellt,
- Überweisung zu einer Fachärztin/ einem Facharzt ist nicht oder zu spät erfolgt.

Wir möchten nun von Ihnen wissen, ob Sie schon einmal ein solches oder anderes Problem bei Ihrer Behandlung erlebt haben, sofern Sie dies beurteilen können.

Denken Sie bei den nächsten Fragen an Ihre Behandlung in dieser Praxis in den letzten 12 Monaten:

18. Soweit Sie es sagen können, ist in dieser Zeit bei Ihrer Behandlung ein Fehler aufgetreten?

Ja Nein Bin nicht sicher Kann ich nicht beurteilen

☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4

Bitte beschreiben Sie kurz die Art des Fehlers:

.....

.....

19. Haben Sie durch diesen Fehler gesundheitliche Schäden erlitten (z.B. Schmerzen, körperliche oder seelische Beeinträchtigungen)?

Ja Nein Bin nicht sicher Kann ich nicht beurteilen

☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4

20. Wenn in der Praxis ein Fehler passiert, erhalten Sie dann eine Entschuldigung?

Immer Oft Manchmal Selten Nie Keinen Fehler erlebt

☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6



Patientenfragebogen



Angaben zur Person

21. **Wie würden Sie im Allgemeinen Ihren Gesundheitszustand beurteilen?**

Ausgezeichnet
☐ 1

Sehr gut
☐ 2

Gut
☐ 3

Mittelmäßig
☐ 4

Schlecht
☐ 5

22. **Haben Sie eine Erkrankung/Beschwerden, die bereits seit mehr als 6 Monaten besteht/bestehen?**

Ja
☐ 1

Nein
☐ 2

23. **Sie sind ...**

Weiblich
☐ 1

Männlich
☐ 2

Divers
☐ 3

24. **In welchem Jahr sind Sie geboren?**

--	--	--	--

25. **Welches ist Ihr höchster Schulabschluss?**

Universität/
Fachhochschule
☐ 1

Abgeschlossene
Ausbildung
☐ 2

Abitur
☐ 3

Mittlere Reife
☐ 4

Volks-/Hauptschule
☐ 5

Kein Schulabschluss
☐ 6

Vielen Dank für Ihre Unterstützung!

Zusatzblatt



Zusatzblatt zum Fragebogen «Zugangscodes»



Dieses Blatt bitte

- abtrennen
- ausfüllen
- in der Praxis sammeln
- nach Abschluss der Befragung senden an:
OptiMedis, Projekt FRAG MICH!, Burchardstr. 17, 20095 Hamburg

Zur Person, an die der Fragebogen ausgegeben wurde:

Geschlecht	Geburtsjahr	Höchster Bildungsabschluss	
Weiblich ☐	— — — — —	Universität / Fachhochschule	☐
Männlich ☐		Abgeschlossene Ausbildung	☐
Divers ☐		Abitur	☐
		Mittlere Reife	☐
		Volks-/Hauptschule	☐
		Kein Schulabschluss	☐

Wofür werden diese Angaben verwendet?

Nicht alle Fragebögen, die ausgegeben werden, werden auch tatsächlich ausgefüllt. Für die Interpretation der Befragungsergebnisse ist es wichtig zu wissen, wie sich die Gruppe der Teilnehmenden von denen unterscheidet, die sich nach Ausgabe des Fragebogens doch noch gegen eine Teilnahme entscheiden (Non-response-Bias).

Mit den Angaben auf diesem Bogen werden Alter Geschlecht der Patientengruppe festgehalten, an die Fragebögen ausgegeben wurden. Ein Beispiel: Es werden Fragebögen an 125 Frauen und 125 Männer ausgegeben. Von diesen kommen 100 Fragebögen zurück, davon wurden 30 von Männern ausgefüllt und 70 von Frauen. D.h. es haben mehr Frauen an der Befragung teilgenommen (Geschlechterverhältnis bei der Ausgabe: 50% Frauen, 50% Männer; Geschlechterverhältnis bei der Teilnahme: 70% Frauen, 30% Männer). Da bekannt ist, dass Frauen anders antworten als Männer, müsste diese Überrepräsentation der Frauen bei der Interpretation berücksichtigt werden.

Anhang 4

Psychometrische Prüfung

Aus der Faktorenanalyse ausgeschlossene Items

	Grund für den Ausschluss	Anmerkung
01 Wie leicht ist es, bei einem dringenden Anliegen einen Termin so schnell zu bekommen, wie Sie es möchten?	Kommunalität < 0,4	Einzelitem zur Dimension Zugang zur Versorgung
02 Werden Sie von den Mitarbeiter*innen an der Anmeldung so behandelt, wie Sie es sich wünschen?	Kommunalität < 0,4	Einzelitem zur Interaktion mit nicht-ärztlichen Mitarbeitenden
14 Können Ihre Angehörigen oder andere Begleitpersonen bei Ihrem Gespräch mit der Ärztin/ dem Arzt dabei sein, wenn Sie dies wünschen?	Kommunalität < 0,4	Einzelitem zur Einbindung von Angehörigen, Item mit dem höchsten Anteil Trifft-nicht-zu-Antworten (26%)
16 Kommt es vor, dass Ergebnisse von durchgeführten Untersuchungen nicht vorliegen, obwohl sie zur Abklärung Ihrer Beschwerden oder zur Planung Ihrer Behandlung erforderlich wären (Blutuntersuchungen, Röntgenbilder, usw.)?	Kommunalität < 0,4	Einzelitem
18 Soweit Sie es sagen können, ist in dieser Zeit bei Ihrer Behandlung ein Fehler aufgetreten?	Kommunalität < 0,4	Dichotomes Item
19 Haben Sie durch diesen Fehler gesundheitliche Schäden erlitten (z.B. Schmerzen, körperliche oder seelische Beeinträchtigungen)?	Kommunalität < 0,4	Dichotomes Item, gefilterte Frage
20 Wenn in der Praxis ein Fehler passiert, erhalten Sie dann eine Entschuldigung?	Kommunalität < 0,4	Gefilterte Frage, Antworten einer Subgruppe
12 Berücksichtigt Ihre Ärztin/ Ihr Arzt Ihre gesamte medizinische Vorgeschichte bei der Behandlung soweit dies nötig ist?	Doppelladung > 0,4	Berührt sowohl die Dimension Kommunikation als auch Medikation

Mustermatrix (nur Faktorladungen >0,4) und Kommunalitäten

	Faktor 1	Faktor 2	Faktor 3	Komm.
03 Erklärt Ihre Ärztin/ Ihr Arzt Ihnen die Dinge so, dass Sie sie verstehen?	0,91			0,6
04 Erhalten Sie von Ihrer Ärztin/ Ihrem Arzt ausreichend Informationen, um Ihre Beschwerden bzw. die Behandlung zu verstehen?	0,85			0,6
05 Erklärt Ihre Ärztin/ Ihr Arzt Ihnen die Vor- und Nachteile der geplanten Behandlung?	0,58			0,6
07 Gibt Ihre Ärztin/ Ihr Arzt Ihnen ausreichend Gelegenheit, Ihre Fragen zu Ihren Beschwerden bzw. Ihrer Behandlung zu stellen?	0,58			0,5
08 Haben Sie den Eindruck, dass Ihre Schilderungen ernst genommen werden?	0,56			0,5
06 Erklärt Ihre Ärztin/ Ihr Arzt Ihnen verschiedene Behandlungsmöglichkeiten sowie deren Vor- und Nachteile?	0,49			0,6
11 Werden Sie ermutigt, über Ihre persönlichen Sorgen zu sprechen, die Sie im Zusammenhang mit Ihren Beschwerden, Ihrer Erkrankung oder Ihrer Behandlung haben?		0,79		0,4
10 Haben Sie das Gefühl, dass Sie Ihrer Ärztin/Ihrem Arzt auch sehr persönliche oder unangenehme Dinge zu Ihren Beschwerden, Ihrer Erkrankung oder Ihrer Behandlung erzählen zu können?		0,55		0,5
09 Stellt Ihre Ärztin/ Ihr Arzt sicher, dass Sie die Erklärungen verstanden haben (z.B. indem Sie die Möglichkeit bekommen, die Information in Ihren eigenen Worten noch einmal zu wiederholen)?		0,54		0,5
13 Werden Ihre Vorstellungen bei der Planung Ihrer Behandlung berücksichtigt?		0,44		0,5
15_3 Wenn Ihnen ein neues Medikament verschrieben wird, erklärt Ihre Ärztin/ Ihr Arzt Ihnen verständlich wie Sie das Medikament einnehmen sollen (Dosierung, Häufigkeit, Uhrzeit, vor bzw. nach dem Essen, usw.)?			0,75	0,4
15_1 Wenn Ihnen ein neues Medikament verschrieben wird, erklärt Ihre Ärztin/ Ihr Arzt Ihnen verständlich zu welchem Zweck Sie es nehmen sollen?			0,65	0,5
15_2 Wenn Ihnen ein neues Medikament verschrieben wird, erklärt Ihre Ärztin/ Ihr Arzt Ihnen verständlich bei welchen Nebenwirkungen Sie Bescheid geben sollen, damit die Einnahme ggf. verändert werden kann?			0,64	0,7
17 Fragt Ihre Ärztin/ Ihr Arzt, welche Medikamente oder Behandlungen Sie von anderen Ärzt*innen verordnet bekommen haben?			0,31	0,4

Anhang 5

Patientenerfahrungen

Tabelle mit allen Zahlen zu Abb. 8 (Häufigkeitsverteilung gültige Antworten)

	Immer (% (n))	Oft (% (n))	Manchmal (% (n))	Selten (% (n))	Nie (% (n))
14 Können Ihre Angehörigen oder andere Begleitpersonen bei Ihrem Gespräch mit der Ärztin/ dem Arzt dabei sein, wenn Sie dies wünschen?	85,6 (1825)	10,8 (231)	2,4 (51)	0,8 (17)	0,4 (9)
15_1 Wenn Ihnen ein neues Medikament verschrieben wird, erklärt Ihre Ärztin/ Ihr Arzt Ihnen verständlich zu welchem Zweck Sie es nehmen sollen?	80,3 (2086)	15,3 (398)	2,9 (75)	1,1 (29)	0,3 (9)
15_3 Wenn Ihnen ein neues Medikament verschrieben wird, erklärt Ihre Ärztin/ Ihr Arzt Ihnen verständlich wie Sie das Medikament einnehmen sollen (Dosierung, Häufigkeit, Uhrzeit, vor bzw. nach dem Essen, usw.)?	77,8 (2006)	15,8 (406)	4,1 (106)	1,6 (40)	0,7 (19)
3 Erklärt Ihre Ärztin/ Ihr Arzt Ihnen die Dinge so, dass Sie sie verstehen?	74,9 (2209)	20,9 (618)	3,5 (104)	0,6 (18)	0,1 (2)
2 Werden Sie von den Mitarbeitenden an der Anmeldung so behandelt, wie Sie es sich wünschen?	72,7 (2161)	22,7 (675)	3,5 (105)	0,7 (22)	0,3 (9)
8 Haben Sie den Eindruck, dass Ihre Schilderungen ernst genommen werden?	71,7 (2119)	22,3 (658)	4,9 (145)	1,1 (32)	0,1 (2)
7 Gibt Ihre Ärztin/ Ihr Arzt Ihnen ausreichend Gelegenheit, Ihre Fragen zu Ihren Beschwerden bzw. Ihrer Behandlung zu stellen?	71,5 (2116)	22,5 (666)	4,9 (146)	0,9 (27)	0,2 (5)
4 Erhalten Sie von Ihrer Ärztin/ Ihrem Arzt ausreichend Informationen, um Ihre Beschwerden bzw. die Behandlung zu verstehen?	69,4 (2054)	25,5 (755)	4,1 (122)	0,8 (24)	0,1 (3)
5 Erklärt Ihre Ärztin/ Ihr Arzt Ihnen die Vor- und Nachteile der geplanten Behandlung?	67,3 (1976)	24,8 (730)	6,0 (177)	1,5 (44)	0,4 (11)
10 Haben Sie das Gefühl, dass Sie Ihrer Ärztin/Ihrem Arzt auch sehr persönliche oder unangenehme Dinge zu Ihren Beschwerden, Ihrer Erkrankung oder Ihrer Behandlung erzählen zu können?	65,0 (1910)	23,5 (689)	8,4 (246)	2,0 (59)	1,2 (34)
12 Berücksichtigt Ihre Ärztin/ Ihr Arzt Ihre gesamte medizinische Vorgeschichte bei der Behandlung soweit dies nötig ist?	64,8 (1726)	26,1 (696)	6,5 (173)	2,1 (55)	0,5 (14)
6 Erklärt Ihre Ärztin/ Ihr Arzt Ihnen verschiedene Behandlungsmöglichkeiten sowie deren Vor- und Nachteile?	59,7 (1620)	29,6 (803)	8,1 (220)	1,9 (52)	0,7 (18)
15_2 Wenn Ihnen ein neues Medikament verschrieben wird, erklärt Ihre Ärztin/ Ihr Arzt Ihnen verständlich bei welchen Nebenwirkungen Sie Bescheid geben sollen, damit die Einnahme ggf. verändert werden kann?	57,3 (1454)	24,9 (632)	10,6 (270)	4,7 (119)	2,4 (61)
13 Werden Ihre Vorstellungen bei der Planung Ihrer Behandlung berücksichtigt?	54,4 (1430)	35,8 (941)	7,8 (204)	1,7 (45)	0,4 (10)
17 Fragt Ihre Ärztin/ Ihr Arzt, welche Medikamente oder Behandlungen Sie von anderen Ärztinnen/Ärzten verordnet bekommen haben?	51,8 (1352)	23,4 (612)	13,3 (348)	6,9 (180)	4,6 (120)
9 Stellt Ihre Ärztin/ Ihr Arzt sicher, dass Sie die Erklärungen verstanden haben (z.B. indem Sie die Möglichkeit bekommen, die Information in Ihren eigenen Worten noch einmal zu wiederholen)?	51,5 (1509)	32,0 (937)	10,8 (317)	4,2 (124)	1,4 (42)
16 Kommt es vor, dass Ergebnisse von durchgeführten Untersuchungen nicht vorliegen, obwohl sie zur Abklärung Ihrer Beschwerden oder zur Planung Ihrer Behandlung erforderlich wären (Blutuntersuchungen, Röntgenbilder, usw.)?	50,3 (1384)	19,1 (526)	10,8 (296)	8,0 (219)	11,9 (328)
11 Werden Sie ermutigt, über Ihre persönlichen Sorgen zu sprechen, die Sie im Zusammenhang mit Ihren Beschwerden, Ihrer Erkrankung oder Ihrer Behandlung haben?	47,0 (1365)	31,7 (920)	13,4 (390)	5,2 (151)	2,7 (77)
1 Wie leicht ist es, bei einem dringenden Anliegen einen Termin so schnell zu bekommen, wie Sie es möchten?	30,2 (879)	41,9 (1219)	20,4 (595)	6,2 (181)	1,3 (37)

Unterschiede nach demografischen und strukturellen Merkmalen¹

Frage		Alter		Geschlecht	Bildungsabschluss	Dauer der Erkrankung	Subjektive Gesundheit	Praxisart (haus-/ fachärztlich)	Ausfüllort Fragebogen
03 Erklärt Ihre Ärztin/ Ihr Arzt Ihnen die Dinge so, dass Sie sie verstehen?	H	21,64	U	871790,5	793070,5	953246,5	786698,5	918857	746093
	df	3	z	-1,76	-0,73	-2,43	-2,76	-3,25	-1,26
	p	<0,001	p	0,07	0,47	0,02	0,006	0,001	0,21
04 Erhalten Sie von Ihrer Ärztin/ Ihrem Arzt ausreichend Informationen, um Ihre Beschwerden bzw. die Behandlung zu verstehen?	H	23,44	U	864753	788614,5	959417,5	775502,5	920541	766775,5
	df	3	z	-2,38	-1,12	-2,26	-3,40	-3,28	-0,21
	p	<0,001	p	0,02	0,26	0,02	0,001	0,001	0,83
05 Erklärt Ihre Ärztin/ Ihr Arzt Ihnen die Vor- und Nachteile der geplanten Behandlung?	H	31,80	U	857639	762885	963589,5	796434,5	774404	745900
	df	3	z	-2,23	-2,19	-1,41	-1,64	-3,31	-1,09
	p	<0,001	p	0,03	0,03	0,16	0,10	0,04	0,27
07 Gibt Ihre Ärztin/ Ihr Arzt Ihnen ausreichend Gelegenheit, Ihre Fragen zu Ihren Beschwerden bzw. Ihrer Behandlung zu stellen?	H	11,44	U	878088	804380,5	965256	789787,5	867735,5	754413,5
	df	3	z	-1,81	-0,34	-2,15	-2,85	-6,44	-1,12
	p	0,01	p	0,07	0,74	0,03	0,004	<0,001	0,27
08 Haben Sie den Eindruck, dass Ihre Schilderungen ernst genommen werden?	H	18,56	U	895699	789577	974729	783492,5	927634,5	750002,5
	df	3	z	-0,53	-1,16	-1,43	-3,16	-2,89	-1,27
	p	<0,001	p	0,59	0,25	0,15	0,002	0,004	0,21
06 Erklärt Ihre Ärztin/ Ihr Arzt Ihnen verschiedene Behandlungsmöglichkeiten sowie deren Vor- und Nachteile?	H	24,51	U	742942,5	634062	846834	652627	774404	585598
	df	3	z	-1,66	-3,01	-0,15	-2,83	-3,31	-3,48
	p	<0,001	p	0,10	0,003	0,88	0,005	0,001	0,001
11 Werden Sie ermutigt, über Ihre persönlichen Sorgen zu sprechen, die Sie im Zusammenhang mit Ihren Beschwerden, Ihrer Erkrankung oder Ihrer Behandlung haben?	H	10,33	U	819905	730601	953157	736175,5	797611,5	679719,5
	df	3	z	-3,04	-3,06	-0,68	-3,92	-7,49	-3,65
	p	0,02	p	0,002	0,002	0,49	<0,001	<0,001	<0,001
10 Haben Sie das Gefühl, dass Sie Ihrer Ärztin/Ihrem Arzt auch sehr persönliche oder unangenehme Dinge zu Ihren Beschwerden, Ihrer Erkrankung oder Ihrer Behandlung erzählen zu können?	H	16,83	U	899100	811358	984204	812569,5	927473	741740
	df	3	z	-1,70	-1,11	-2,16	-2,52	-5,15	-3,67
	p	0,001	p	0,09	0,27	0,03	0,01	<0,001	<0,001
09 Stellt Ihre Ärztin/ Ihr Arzt sicher, dass Sie die Erklärungen verstanden haben (z.B. indem Sie die Möglichkeit bekommen, die Information in Ihren eigenen Worten noch einmal zu wiederholen)?	H	30,43	U	875854	731612	981144,5	768282	867952	715907,5
	df	3	z	-0,92	-3,49	-0,06	-2,81	-4,71	-2,23
	p	<0,001	p	0,36	<0,001	0,95	0,005	<0,001	0,03
13 Werden Ihre Vorstellungen bei der Planung Ihrer Behandlung berücksichtigt?	H	4,32	U	694045	618716,5	762377,5	602373,5	752947,5	583701
	df	3	z	-1,896	-1,18	-2,07	-4,31	-2,29	-1,28
	p	0,23	p	0,06	0,24	0,12	<0,001	0,02	0,20
15_3 Wenn Ihnen ein neues Medikament verschrieben wird, erklärt Ihre Ärztin/ Ihr Arzt Ihnen verständlich wie Sie das Medikament einnehmen sollen (Dosierung, Häufigkeit, Uhrzeit, vor bzw. nach dem Essen, usw.)?	H	1,46	U	695184,5	591266	748728,5	613980	707545	562021
	df	3	z	-0,60	-0,75	-0,04	-2,92	-4,75	-2,94
	p	0,69	p	0,55	0,46	0,97	0,004	<0,001	0,003
15_1 Wenn Ihnen ein neues Medikament verschrieben wird, erklärt Ihre Ärztin/ Ihr Arzt Ihnen verständlich zu welchem Zweck Sie es nehmen sollen?	H	6,72	U	689646	601864	735546	639237	707146,5	598928
	df	3	z	-1,97	-0,40	-1,82	-1,60	-5,72	-0,81
	p	0,08	p	0,05	0,69	0,07	0,11	<0,001	0,42

Unterschiede nach demografischen und strukturellen Merkmalen (Forts.)¹

Frage		Alter			Geschlecht	Bildungsabschluss	Dauer der Erkrankung	Subjektive Gesundheit	Praxisart (haus-/ fachärztlich)	Ausfüllort Fragebogen
15_2 Wenn Ihnen ein neues Medikament verschrieben wird, erklärt Ihre Ärztin/ Ihr Arzt Ihnen verständlich bei welchen Nebenwirkungen Sie Bescheid geben sollen, damit die Einnahme ggf. verändert werden kann?	H	31,42	U		675642	538031,5	719395,5	592307	682713	575477,5
	df	3	z		-0,40	-3,10	-0,31	-2,58	-4,02	-0,37
	p	<0,001	p		0,69	0,002	0,76	0,01	<0,001	0,71
17 Fragt Ihre Ärztin/ Ihr Arzt, welche Medikamente oder Behandlungen Sie von anderen Ärzt*innen verordnet bekommen haben?	H	17,13	U		633119	570761	741383	666926,5	651027,5	544806
	df	3	z		-4,85	-3,13	-1,57	-0,08	-5,55	-4,19
	p	0,001	p		<0,001	0,002	0,12	0,94	<0,001	<0,001
01 Wie leicht ist es, bei einem dringenden Anliegen einen Termin so schnell zu bekommen, wie Sie es möchten?	H	5,22	U		850375	735284	943556,5	719732	582177	704479
	df	3	z		-1,54	-2,53	-1,17	-4,83	-18,30	-2,29
	p	0,16	p		0,12	0,01	0,24	<0,001	<0,001	0,02
02 Werden Sie von den Mitarbeitenden an der Anmeldung so behandelt, wie Sie es sich wünschen?	H	11,00	U		882338,5	808848,5	984637,5	790516	885610,5	763623
	df	3	z		-1,72	-0,24	-1,19	-2,98	-5,93	-0,84
	p	0,01	p		0,09	0,81	0,23	0,003	<0,001	0,40
12 Berücksichtigt Ihre Ärztin/ Ihr Arzt Ihre gesamte medizinische Vorgeschichte bei der Behandlung soweit dies nötig ist?	H	14,80	U		740689	605372	777337,5	652145,5	740888,5	617319
	df	3	z		-0,39	-2,85	-2,10	-2,06	-4,41	-0,37
	p	0,002	p		0,69	0,004	0,04	0,04	<0,001	0,72
14 Können Ihre Angehörigen oder andere Begleitpersonen bei Ihrem Gespräch mit der Ärztin/ dem Arzt dabei sein, wenn Sie dies wünschen?	H	9,34	U		455005	382208	483452	438636,5	481770	391090,5
	df	3	z		-2,52	-0,56	-4,93	-0,02	-4,95	-0,22
	p	0,03	p		0,01	0,58	<0,001	0,98	<0,001	0,83
16 Kommt es vor, dass Ergebnisse von durchgeführten Untersuchungen nicht vorliegen, obwohl sie zur Abklärung Ihrer Beschwerden/zur Planung Ihrer Behandlung erforderlich wären (Blutuntersuchungen, Röntgenbilder, usw.)?	H	51,45	U		715079,5	569205	835878,5	659661,5	854050,5	641394,5
	df	3	z		-4,85	-7,98	-1,59	-4,11	-0,62	-2,41
	p	<0,001	p		<0,001	<0,001	0,11	<0,001	0,53	0,02
18 Soweit Sie es sagen können, ist in dieser Zeit bei Ihrer Behandlung ein Fehler aufgetreten?	H	2,79	U		620924	548093,5	684408	560098,5	686520	516953
	df	3	z		-0,64	-2,73	-0,68	-0,15	-0,14	-2,19
	p	0,43	p		0,52	0,006	0,49	0,88	0,89	0,03
19 Haben Sie durch diesen Fehler gesundheitliche Schäden erlitten (z.B. Schmerzen, körperliche oder seelische Beeinträchtigungen)?	H	3,44	U		4884	4071	4843,5	4466,5	5324	4074
	df	3	z		-0,16	-1,76	-0,42	-0,91	-1,31	-1,91
	p	0,33	p		0,92	0,09	0,68	0,36	0,19	0,06
20 Wenn in der Praxis ein Fehler passiert, erhalten Sie dann eine Entschuldigung?	H	1,15	U		48396,5	41242	54202,5	38667	51578,5	44230,5
	df	3	z		-1,22	-0,83	-0,09	-3,72	-4,21	-0,67
	p	0,77	p		0,22	0,41	0,92	<0,001	<0,001	0,50

¹ Analyse der Mittelwertsunterschiede mittels Kruskal-Wallis-Test (Alter) und Mann-Whitney-U-Test (Geschlecht, Bildungsabschluss, Dauer der Erkrankung, subjektive Gesundheit, Praxisart, Ausfüllort)