Yannick Blum MSc
Larissa Brust MSc
Prof. Dr. phil. Matthias Weigl

Patientenbeiräte als strategische Partner für Patientensicherheit – partizipative Entwicklung praxisnaher Handlungsempfehlungen aus dem PEPS-Projekt

Zusammenfassung

Patientensicherheit ist ein zentrales Ziel moderner Gesundheitssysteme, dennoch treten weiterhin viele vermeidbare Ereignisse auf. Ein wenig genutzter Ansatz ist die Einbindung von Patientenbeiräten (PBR) auf organisationaler Ebene, die durch Erfahrung und Außensicht wichtige Impulse für Sicherheitsprozesse liefern. In vier Teilstudien des PEPS-Projekts wurden Bedarfe erhoben, internationale Ansätze gesichtet, ein Schulungsprogramm („Partners for Patient Safety", P4PS) entwickelt und dessen Akzeptanz sowie Machbarkeit evaluiert. Die Ergebnisse zeigen: PBR werden meist informativ oder konsultativ eingebunden, benötigen jedoch Kompetenzen in Patientensicherheit, Kommunikation und Qualitätsmanagement. Das P4PS-Programm zeigt Machbarkeit und Wirksamkeit auf, sodass Schulungen die Rolle der Patientenvertretenden transformieren können – von reiner Erfahrung hin zur multikompetenten Beratung, die Lebenswelt und Systemlogik verbindet. Auf Basis der Ergebnisse und eines partizipativen Strategiedialogs wurden gemeinsam mit Projektteilnehmenden praxisnahe Handlungsempfehlungen für Gesundheitseinrichtungen, PBR und Systemakteure entwickelt. Zentrale Forderung ist die verbindliche Integration von PBR in sicherheitsrelevante Prozesse, unterstützt durch Ressourcen, klare Rollen und gemeinsame Fortbildungen. So kann Patientenbeteiligung von symbolischer zu strategischer Partnerschaft weiterentwickelt werden.

Schlüsselwörter

Gesundheitliche Bildung, Handlungsempfehlungen, Patientenbeiräte, Patientenbeteiligung, Patientensicherheit

Crossref/doi

http://doi.org/10.24945/MVF.01.26.1866-0533.2800

Patientensicherheit ist eines der zentralen Qualitätsziele aller Gesundheitssysteme. Trotz umfangreicher Maßnahmen treten weiterhin viele vermeidbare unerwünschte Ereignisse auf (Kumah, 2025; Slawomirski et al., 2017; World Health Organization, 2021). Auch in Deutschland ist ein relevanter Anteil der stationären Patient:innen von vermeidbaren Ereignissen betroffen (Friebel et al., 2021; Schrappe, 2019). Daher sind die Ansätze zur Verbesserung der Patientensicherheit kontinuierlich weiterzuentwickeln und um innovative, strategische Perspektiven zu ergänzen – insbesondere in Kooperation aller Akteure der Gesundheitsversorgung (Brust et al., 2024). Ein bislang weitgehend unterschätzter Hebel liegt in der Einbindung von Patient:innen und ihrer Vertretungen auf organisationaler Ebene. Während die Beteiligung in unmittelbaren Versorgungsschritten bereits als wirksam anerkannt ist (Berger et al., 2014), werden die Möglichkeiten organisationaler Partizipationsformate wie Patientenbeiräte (PBR) für Sicherheitsprozesse nur unzureichend untersucht und genutzt (Ocloo & Matthews, 2016). PBR vereinen gesammelte Erfahrungen mit systemischer Außensicht und können blinde Flecken, Kommunikationsbarrieren und Akzeptanzprobleme in Sicherheitsmaßnahmen aufdecken (Coulter & Oldham, 2016; Engler et al., 2024). In Deutschland schaffen gesetzliche Vorgaben und Zertifizierungsanforderungen eine Grundlage für Patientenbeteiligung (SGB V, § 140f/g) (Bundesministerium der Justiz, o.J.). Dennoch bleibt die praktische Einbindung von PBR hierzulande oft unzureichend: Gesundheitseinrichtungen wissen nicht immer, wie sie PBR effektiv einbinden; Patientenvertretende verfügen teils nicht über fundiertes Wissen zu Sicherheitskonzepten, partizipativer Mitwirkung oder kommunikativen Methoden (Davis et al., 2007; Koch et al., 2024; Newman et al., 2021).

>> Internationale Vorbilder zeigen, dass gezielte Schulungen für Patientenvertretende und klinisches Personal diese Partnerschaft stärken und strukturelle Dialogformate etablieren können (Abelson et al., 2024; Cox et al., 2022; Greenhalgh et al., 2019; Romme et al., 2024). Für Deutschland fehlte es bislang jedoch sowohl an einer systematischen Bedarfserhebung als auch an evaluierten, auf den hiesigen Kontext zugeschnittenen Angeboten.

Vor diesem Hintergrund zielte unser Forschungsprojekt darauf ab, die Einbindung von PBR zur Förderung der Patientensicherheit in deutschen Gesundheitseinrichtungen zu stärken. Dazu wurden Bedarfe erhoben, internationale Publikationen gesichtet und ein multimodales Schulungsprogramm entwickelt und pilotiert. Unser Fokus in dieser Publikation liegt jedoch auf der Synthese der Erkenntnisse und der Ableitung praxisnaher Handlungsempfehlungen, um den Transfer in die Versorgungspraxis zu fördern.

Methodik

Das Projekt PEPS-3 (Implementierung der Einbeziehung von Patient:innen zur strategischen Förderung von Patientensicherheit: Eine Evaluation zur Machbarkeit am Beispiel von Patientenbeiräten klinischer Einrichtungen in Deutschland) wurde in mehreren, aufeinander aufbauenden Teilstudien durchgeführt, die folgend verkürzt vorgestellt werden (siehe Abbildung 1). Das Projekt umfasste Patientenbeiräte und Vertretende onkologischer Gesundheitseinrichtungen in Deutschland (Abb. 1).

Teilstudie 1: Bedarfs- und Bedürfnisanalyse

Ein modifiziertes Delphi-Verfahren wurde eingesetzt, um fachlichen Konsens zu entsprechenden Bedarfen von PBR und Gesundheitseinrichtungen zu Patientensicherheit zu erreichen (Brust et al., 2025; Levitt et al., 2018; Nasa et al., 2021; Spranger et al., 2022). Zunächst wurden qualitative Online-Interviews zu Aufga-

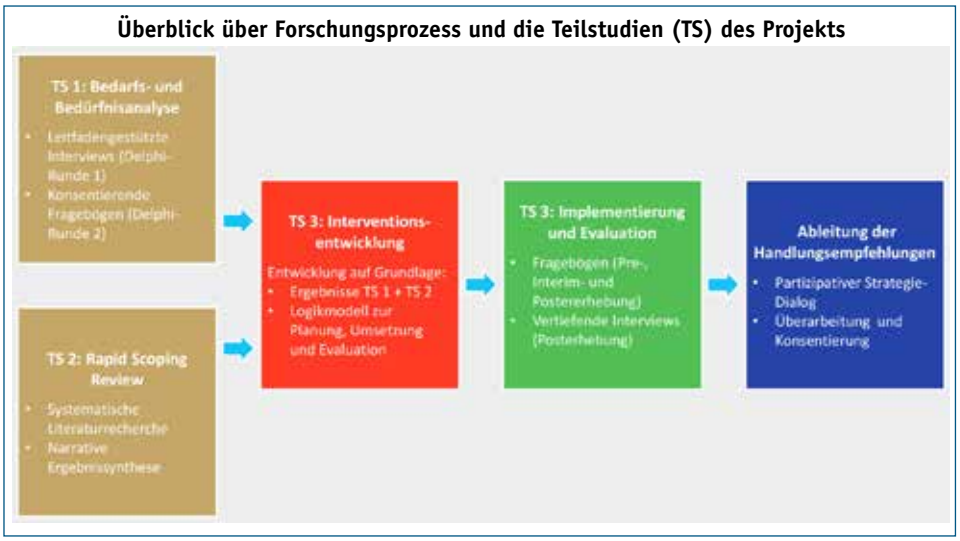


Abb. 1: Überblick über Forschungsprozess und die Teilstudien (TS) des Projekts. Eigene Darstellung.

ben, Rollen, Wissen, Einflussfaktoren und gewünschten Bildungsformaten durchgeführt. In der zweiten Befragungsrunde wurden sie zusammengefasst, um Konsens zu Inhalten, Kompetenzen und Einbindung zu erzielen.

Teilstudie 2: Rapid Scoping Literature Review

Parallel wurde eine Literaturübersicht erstellt, um exemplarische, internationale Lehransätze und Materialien für PBR-Qualifikation zu Patientensicherheit zu identifizieren (Rramani Dervishi et al., 2025). Relevante Informationen zu Zielgruppe, Inhalt, Format, Setting und Lernergebnissen wurden extrahiert und die methodische Qualität bewertet (Hong et al., 2018; Pace et al., 2012).

Teilstudie 3: Partizipative Entwicklung des Schulungsprogramms

Aufbauend auf die Teilstudien 1 und 2 wurde ein Schulungsprogramm entwickelt (Blum et al., 2025). Dessen Ausrichtung wurde mithilfe des Logikmodells (Goeschel et al., 2012; W. K. Kellogg Foundation, 2004) definiert und es wurden Lernziele zu Patientensicherheit, PBR-Einbindung und Kommunikation entlang etablierter Taxonomien operationalisiert (Bloom et al., 1956; Krathwohl, 2002). Zielgruppe waren Mitglieder bestehender oder im Aufbau befindlicher PBR sowie Mitarbeitende und Führungskräfte von Gesundheitseinrichtungen.

Teilstudie 4: Mixed-Methods-Evaluation zu Akzeptanz und Effektivität

Die Evaluation nutzte ein quasi-experimentelles, exploratives Mixed-Methods-Design (Brust et al., 2025; Creswell, 2015; Creswell et al., 2011). Quantitative Online-Fragebögen erfassten Machbarkeit, Akzeptanz, Umsetzung und Kompetenzen (Kien et al., 2021; Weiner et al., 2017). Halbstrukturierte Interviews nach Abschluss ermöglichten eine vertiefte Interpretation der Ergebnisse und die Identifikation fördernder sowie hemmender Faktoren für Implementierung und Optimierung des Programms.

Ableitung der Handlungsempfehlungen

Die finale Ableitung der Handlungsempfehlungen für eine verstärkte organisationale Einbindung von Patient:innen und ihrer Vertretenden in patientensicherheitsrelevante Versorgungsprozesse hatte das Ziel, den Transfer unserer Ergebnisse in die Praxis und die Voraussetzungen zur verbesserten Einbindung von PBR zu fördern (Zscheppang et al., 2025).

Dafür wurde ein partizipativer Ansatz in Form eines Strategiedialogs gewählt, der Mitwirkende aus unterschiedlichen Einrichtungen einbezog und somit institutionell variierende Perspektiven und Kontextfaktoren berücksichtigte. Hierzu wurden drei Mitwirkende rekrutiert: ein PBR-Mitglied, ein Mitglied einer Gesundheitseinrichtung sowie eine externe Patientenvertreterin, die vorab beratend im Projekt tätig war.

In Vorbereitung auf den Dialog erhielten die Mitwirkenden eine laienverständliche Zusammenfassung zentraler Projektergebnisse für eine gemeinsame Informationsbasis. Ergänzend wurden zentrale Leitfragen und Vorüberlegungen bereitgestellt, um Reflexion und Diskussion zu erleichtern und gezielt auf die Ableitung praxisrelevanter Empfehlungen auszurichten. Außerdem wurden weiterführende Fragestellungen zur Verfügung gestellt, welche den eigentlichen Dialog strukturieren sollten. Die bereitgestellten Leitfragen und Vorüberlegungen sind in Tabelle 1 dargestellt.

Die Leitfragen und Vorüberlegungen fokussierten unter anderem die Ziele der Handlungsempfehlungen, welche Adressaten und Akteure einbezogen werden sollten und welche Ergebnisse und Erfahrungen berücksichtigt werden müssen. Weiterführende Fragestellungen behandelten zum Beispiel, wie Empfehlungen verständlich und praxisnah gestaltet werden können, welche Barrieren in der Implementation zu beachten sind und ob unbeabsichtigte Ausschlüsse von Themen oder Zielgruppen bestehen.

Der Austausch mit den Teilnehmer:innen erfolgte in Form eines einstündigen virtuellen Meetings über die Videokonferenzplattform Zoom. Es wurden alle geäußerten Perspektiven und Einschätzungen zu Umsetzbarkeit, Relevanz und Priorisierung potenzieller Handlungsempfehlungen diskutiert und dokumentiert. Die Teilnehmenden waren aktiv in die Gewichtung und Ausgestaltung der Empfehlungen eingebunden. Dies entspricht im Stufenmodell der Partizipation der Mitbestimmung und Partnerschaft (Arnstein, 1969; Wright et al., 2007). Damit hatten sie einen maßgeblichen Einfluss auf die Formulierung der Inhalte und konnten die Ausrichtung der Handlungsempfehlungen wesentlich mitgestalten.

Die dokumentierten Äußerungen wurden durch das Forschungsteam systematisiert und in ausformulierte Empfehlungen überführt. Anschließend erfolgte die Einbeziehung der externen Patientenvertreterin. Diese überprüfte die Empfehlungen und gab Hinweise für Veränderungen und Überarbeitungen. Letztlich wurde diese Version

Leitfragen und Vorüberlegungen des Projektteams	
Leitfragen	**Vorüberlegungen**
Was soll durch die Handlungsempfehlungen erreicht werden?	• Unterstützung von Gesundheitseinrichtungen bei dem systematischen Aufbau sowie der strukturierten Entwicklung und Implementierung von PBR zur Einbindung in Versorgungsprozesse • Unterstützung von Gesundheitseinrichtungen und PBR bei der zielgerichteten Weiterentwicklung von PBR und deren Einbindung in Qualitäts- und Sicherheitsmaßnahmen - Klärung von Erwartungen, Zielen, Funktionen und Rollen sowie Kommunikationsprozessen - Arten und Umsetzung der Einbindung - Implementierung konsistenter Aus- und Fortbildungsmöglichkeiten
Wer soll die Empfehlungen mitgestalten und warum?	• Vertretende der PBR (Patientenperspektive) & Gesundheitseinrichtungen (Klinikperspektive) • Externe Patientenvertreterin (externe Perspektive; Überprüfung auf Laienverständlichkeit) • Forschungsteam (wissenschaftliche Perspektive; Gesamtüberblick)
Welche Ergebnisse und Informationen sollen berücksichtigt werden?	• Vorrangig Ergebnisse der Bedarfs- und Bedürfnisanalyse (TS 1) und der Evaluation (TS 4) - Dokument mit Kurzzusammenfassungen der Ergebnisse • Eigene Erfahrungen und Kenntnisse der Mitwirkenden
Für wen sind die Empfehlungen gedacht? Wer sind die Adressaten?	• (Universitäts-) Kliniken in Deutschland - Personal mit Führungs- oder Leitungsfunktion, z. B. Direktorium, Qualitäts- und Risikomanagement, Pflegedienstleitung, Ärztliche Leitung - Personal mit koordinierender Funktion, z. B. Schnittstellen zwischen PBR und Klinik • Potenzielle und aktive Mitglieder aus PBR, z. B. im Sinne der Patienten-/ Selbsthilfevertretung • Systemebene (z. B. Gesellschaften, Verbände, Akkreditierungs-/Zertifizierungsstellen, Institutionen zur Qualitätssicherung)

Tab. 1: Leitfragen und Vorüberlegungen des Projektteams zur Entwicklung der Handlungsempfehlungen zur Förderung der organisationalen Patienteneinbindung in sicherheitskritische Versorgungsprozesse. PBR – Patientenbeirat, TS – Teilstudie. Eigene Darstellung.

der Handlungsempfehlungen für eine abschließende Korrektur und Konsentierung an die Teilnehmenden weitergeleitet. Nach Rücksprache über etwaige Änderungen konnten die finalen Handlungsempfehlungen erstellt werden.

Ethische Aspekte und Teilnahme

Die Gesamtstudie wurde vorab registriert (DRKS; ID: DRKS00034733) und von der Ethikkommission der Medizinischen Fakultät der Universität Bonn genehmigt (Ref.-Nr: 2024-236-BO). Vor der Teilnahme wurden alle Teilnehmenden umfassend informiert und gaben ihr Einverständnis. Die Datenerhebung und -verarbeitung erfolgte in Übereinstimmung mit der Deklaration von Helsinki, der Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) sowie dem Bundesdatenschutzgesetz (BDSG).

Ergebnisse

Zentrale Erkenntnisse

Die Teilstudien (TS) lieferten ein umfassendes Bild der Situation, der Bedarfe und praktikabler Ansätze zur Stärkung von PBR im Bereich Patientensicherheit:

Die Bedarfsanalyse (TS 1) zeigte eine aktuelle Diskrepanz zwischen Potenzial und tatsächlicher Praxis von PBR. Die Zusammenarbeit mit den Einrichtungen wurde überwiegend als respektvoll erlebt, das Mitbestimmungsrecht der PBR jedoch als begrenzt eingeschätzt. Die Einbindung beschränkte sich meist auf Information oder Konsultation, echte Mitentscheidung war selten. Patientensicherheit war für viele ein neues Thema, für das mehr Aufmerksamkeit gewünscht wurde. Zentrale Kompetenzbedarfe lagen in Grundlagenwissen zu Patientensicherheit, Kenntnissen des Qualitäts- und Risikomanagements sowie in kommunikativen Fähigkeiten. Hindernisse waren unklare Rollen, begrenzte Ressourcen und fehlender Einblick in sicherheitsrelevante Prozesse (Brust et al., 2025).

Das Review (TS 2) identifizierte internationale Schulungsprogramme und Materialien wie Leitfäden, Toolkits und E-Learnings. Diese deckten vor allem Grundlagen der Patientensicherheit, Kommunikation und die Rolle von Patientenvertretenden ab. Trotz oft geringer methodischer Qualität und seltener Evaluation boten sie wertvolle Impulse für Inhalte und Ansätze (Rramani Dervishi et al., 2025).

Das partizipativ entwickelte ‚Partners for Patient Safety'-Programm (P4PS; TS 3) kombiniert ein E-Learning-Modul mit einem praxisorientierten Workshop. Das E-Learning bereitet auf die Grundlagen der Patientensicherheit, Kommunikationsmodelle und die Rolle von PBR vor. Im Workshop wird das Gelernte praktisch angewendet, es werden Barrieren analysiert und Ziele zur Stärkung der PBR-Einbindung definiert (Blum et al., 2025).

Das P4PS-Programm ist unter diesem Link frei zugänglich:
https://t1p.de/f91ta

Die Umsetzung und Evaluation (TS 4) zeigte hohe Akzeptanz und gute Durchführbarkeit. Erfolgsbedingungen waren Unterstützung durch die Leitung, zeitliche Ressourcen und moderierte Workshops. Barrieren bestanden in zeitlichen Einschränkungen, begrenzten digitalen Kompetenzen und geringer Teilnahme von Mitarbeitenden. Die vorläufige Effektivitätsanalyse zeigte eine deutliche Verbesserung der selbsteingeschätzten Kompetenzen der Teilnehmenden in allen relevanten Bereichen der Patientensicherheit und der Einbindung von PBR (Brust et al., 2025).

Handlungsempfehlungen für die Praxis zur Patienteneinbindung in Patientensicherheit

Es wurden drei primäre Adressaten der Handlungsempfehlungen identifiziert: 1) leitende Personen in Gesundheitseinrichtungen, 2) Mitglieder der PBR sowie 3) relevante Akteure im deutschen Gesundheitssystem. Die Empfehlungen wurden zum besseren Verständnis und Zugänglichkeit in einseitige Flyer zusammengefasst, die im Folgenden kurz einzeln vorgestellt werden.

Adressat 1: Gesundheitseinrichtungen

Die Empfehlungen betonen die Notwendigkeit einer struktu-

rellen Verankerung der PBR. Deren Einbindung soll nicht additiv, sondern integral in Prozesse wie Qualitäts- und Risikomanagement, Beschwerdeverfahren oder Sicherheitsaudits erfolgen. Die konsequente Integration des PBR zur Förderung der Sicherheitskultur der Einrichtungen wird hervorgehoben, mitsamt verbesserter Zugänge und Kommunikationsstrukturen. Dazu gehört die Benennung fester Ansprechpersonen, die Sensibilisierung des Personals für die Rekrutierung potenzieller Mitglieder sowie die Bereitstellung interner Informationen (z. B. aus CIRS oder Beschwerdemanagement). Eine proaktive Öffentlichkeitsarbeit, etwa durch Newsletter oder Informationsveranstaltungen, für Sichtbarkeit und Akzeptanz des PBR wird betont.

Die Bereitstellung von Ressourcen wird als weiterer kritischer Erfolgsfaktor eingestuft. Dazu zählen finanzielle Aufwandsentschädigungen, Budgets für Fortbildungen sowie eine digitale Infrastruktur. Die Definition klarer Rollen und Mitwirkungsvereinbarungen zur Förderung der verbindlichen Zusammenarbeit wird hervorgehoben. Darüber hinaus wird die gemeinsame Fortbildung von PBR-Mitgliedern und Klinikpersonal empfohlen, um eine gemeinsame Sprache und Ziele zu entwickeln (Abb. 2).

Adressat 2: Patientenbeiräte

Die Empfehlungen für PBR-Mitglieder fokussieren die Entwicklung von Kompetenzen, Strukturen und Praktiken, die eine effektive Mitwirkung ermöglichen. Zentral ist die Klarheit über Rollen und Verantwortlichkeiten. Dazu gehört die Auseinandersetzung mit innerklinischen Abläufen und Patientenrechten, aber auch die regelmäßige Reflexion der eigenen Funktion innerhalb des Beirats und gegenüber der Klinik. Außerdem werden eine klare Zieldefinition und transparente Kommunikation der Erwartungen zur Stärkung der Beteiligung benannt.

Ein weiterer Schwerpunkt liegt auf der Sichtbarkeit und Rekrutierung des Beirats. Um dessen Repräsentativität und Legitimität zu erhöhen, sollten diese gezielt divers besetzt werden. Dazu bedarf es niedrigschwelliger Zugänge, einer guten Außendarstellung sowie strukturierter Einführungsmaterialien für neue Mitglieder. Die Befähigung dieser durch Schulungen wurde als entscheidend benannt, um auch Kompetenzen zu Patientensicherheit und Qualitätsmanagement aufzubauen. Ergänzend wird die aktive Beteiligung in innerklinischen Prozessen wie Audits oder Sicherheitsrunden empfohlen, verbunden mit einer Kultur der offenen und respektvollen Kommunikation. Schließlich wurde die Vernetzung mit anderen PBR zum Erfahrungsaustausch und zur gegenseitigen Unterstützung hervorgehoben (Abb. 3).

Adressat 3: Weitere Akteure im Gesundheitssystem

Auf systemischer Ebene richten sich die Empfehlungen an Akteure wie Politik, Institutionen zur Qualitätssicherung, Zertifizie-



Abb. 2: Einbindung von Patientenbeiräten – Empfehlungen für Klinikleitungen. Eigene Darstellung.



Abb. 3: Aufbau und Arbeit von Patientenbeiräten – Empfehlungen für Mitglieder von Patientenbeiräten. Eigene Darstellung.

rungsstellen und Fachgesellschaften. Die Empfehlungen umfassen die Schaffung verbindlicher Rahmenbedingungen für die flächendeckende Etablierung von PBR. Dazu zählen die Integration von Partizipationskriterien in Förderrichtlinien, Zertifizierungsverfahren und Qualitätsstandards sowie die Entwicklung rechtlicher Grundlagen. Zur Kompetenzförderung wurde die Unterstützung und Anerkennung von Schulungsprogrammen, die Bereitstellung zielgruppengerechter Materialien und die Berücksichtigung von Personen mit geringen digitalen Kompetenzen betont. Empfohlen werden außerdem der Einbezug von Multiplikator:innen und die Etablierung von bundesweiten Netzwerken zur Dissemination, zum Wissenstransfer und zum Best-Practice-Austausch (Abb. 4).

Diskussion

Unser Ziel war, die strategische Einbindung von PBR zur Förderung der Patientensicherheit in deutschen Gesundheitseinrichtungen zu stärken und darauf aufbauend praxisnahe Handlungsempfehlungen zu entwickeln. Die zentralen Ergebnisse der Teilstudien zeigen erstens eine erhebliche Diskrepanz zwischen dem potenziellen Nutzen und der gelebten Praxis der PBR-Einbindung, die sich oft auf Information und Konsultation beschränkt (Brust et al., 2025; Rramani Dervishi et al., 2025). Zweitens konnte ein bisher ungedeckter Bedarf an spezifischen Kompetenzen im Bereich



Abb. 4: Einbindung von Patientenbeiräten – Empfehlungen für Systemakteure. Eigene Darstellung.

Patientensicherheit und Kommunikation bei PBR-Mitgliedern sowie ein Mangel an Wissen zur effektiven Einbindung aufseiten der PBR und Einrichtungen gezeigt werden (Brust et al., 2025). Drittens demonstriert die Entwicklung und Evaluation unseres P4PS-Programms, dass solche Interventionen machbar, hoch akzeptiert und wirksam sind sowie die selbsteingeschätzten Kompetenzen der Beteiligten signifikant verbessern (Blum et al., 2025; Brust et al., 2025). Viertens konnten in einem partizipativen Prozess konsentierte, adressatenspezifische Handlungsempfehlungen für Gesundheitseinrichtungen, PBR und Systemakteure abgeleitet werden, die einen ganzheitlichen Ansatz für eine gelingende Partnerschaft zwischen Gesundheitseinrichtungen und Patientenvertretenden in dem Handlungsfeld Patientensicherheit bilden.

Zentrale Empfehlung ist die strukturelle und verbindliche Integration von PBR in sicherheitsrelevante Gremien und Prozesse, um eine von individuellen Engagements unabhängige, nachhaltige Mitwirkung zu sichern. Dies steht im Einklang mit internationalen Forderungen nach einer über die reine Konsultation hinausgehenden Einbindung Betroffener in maßgebliche Entscheidungsprozesse (Mertens et al., 2025; Narbutas et al., 2017). Die informierte Einbindung in sicherheitsrelevante Informationen (z. B. anonymisierte CIRS-Meldungen) ist essenziell, um die Rolle der PBR zu stärken und ihnen eine aktive Funktion bei der Qualitätsförderung zu ermöglichen (Plamper & Meinhardt, 2008; Westerink et al., 2023). Die Bereitstellung von Ressourcen (Zeit, Geld, Infrastruktur) adressiert eine der fundamentalsten Barrieren und geht über die Frage angemessener Wertschätzung hinaus. Sie hilft die Diversität der Perspektiven in den Gremien zu gewährleisten und den Anschein einer rein symbolischen Einbindung zu verringern (Brust et al., 2025; Cepeda et al., 2025; Westerink et al., 2023). Die Empfehlungen für PBR-Mitglieder selbst, insbesondere der Erwerb von patientensicherheitsspezifischem Wissen und kommunikativen Kompetenzen, unterstreichen die Notwendigkeit einer gegenseitigen Unterstützung. Die Kompetenzzuwächse durch das P4PS-Programm zeigen, dass gezielte Schulungen wirksam sind und dass sich die Rolle der Patientenvertretenden ändern kann – von alleiniger, eigener Erfahrung hin zur multikompetenten Beratung, die sowohl die Lebenswelt der Patient:innen als auch die Systemlogik der Gesundheitseinrichtungen versteht und vermittelt (Engler et al., 2024; Romme et al., 2024).

Unsere Entwicklung evidenzbasierter Handlungsempfehlungen und eines erprobten Schulungsprogramms markiert einen ersten, wichtigen Schritt. Die entscheidende Herausforderung ist die nachhaltige Implementierung der Empfehlungen. Eine dauerhafte Verstetigung erfordert Integration in bestehende Strukturen und Finanzierung. Ein Ansatz könnte die Etablierung von „Train-the-Trainer"-Programmen, in denen engagierte Mitglieder von PBR oder qualifizierte Mitarbeitende der Einrichtungen zu Moderator:innen und Multiplikator:innen ausgebildet werden (Jesus et al., 2025; Romme et al., 2024). Parallel dazu sollten die Inhalte von Schulungsprogrammen wie dem P4PS-Programm in die Curricula bestehender Patientenakademien sowie in die Fort- und Weiterbildung von PBR-Koordinator:innen der Gesundheitseinrichtungen integriert werden. Durch strukturelle und finanzielle Verankerungen können eine nachhaltige Verstetigung und Dissemination erfolgen.

Um die Wirksamkeit der Maßnahmen fundiert beurteilen zu

können, bedarf es zudem weiterer Forschung, wie beispielsweise längerfristiger Wirksamkeitsstudien, welche die Auswirkungen einer gestärkten Patientenbeteiligung auf Patientensicherheitsindikatoren und -kennzahlen untersuchen. Weiterer methodischer Forschungsbedarf besteht in der Entwicklung und Validierung zur Messung des spezifischen Einflusses von Patient:innen und PBR auf die Patientensicherheit, um deren Beitrag von anderen Qualitätsinitiativen isolieren und deren Mehrwert evidenzbasiert beziffern zu können (Oldfield et al., 2019; Sharma et al., 2017). Ergänzend gilt es, den Einfluss auf weiche, aber ebenso bedeutsame Faktoren wie die Sicherheitskultur, Partizipation und das Vertrauen der Patient:innen in die Einrichtung zu erfassen. Schließlich ist die Übertragbarkeit und Anpassung der Konzepte auf andere Versorgungssektoren (ambulanter Bereich, Rehabilitation, Langzeitpflege) und nicht-onkologische Fachbereiche kritisch zu prüfen.

Für die Versorgungspraxis bieten die Handlungsempfehlungen Orientierung und einen konkreten Fahrplan. Gesundheitseinrichtungen können die Empfehlungen als Chance begreifen, die eigene Sicherheitskultur durch die wertvolle Perspektive ihrer Patient:innen fundamental zu stärken. PBR sollten Unklarheiten über eigene Rollen und Aufgaben überwinden und aktiv ihre eigene Arbeit strukturieren und kommunizieren. Schließlich sind übergeordnete Systemakteure aufgefordert, die Vorschläge in regulativen Anforderungen zu verankern, um deren breitere und verbindliche Umsetzung zu befördern.

Fazit

Die hier vorgelegten Handlungsempfehlungen zeigen auf, dass die erfolgreiche Einbindung von PBR in die Patientensicherheit kein altruistisches Zugeständnis, sondern eine strategische Investition in eine patientenorientierte sowie robustere und lernende Gesundheitsversorgung ist. Ihre Umsetzung erfordert den mutigen Schritt von einer oft noch praktizierten symbolischen Einbindung hin zu einer echten, ressourcenunterstützten, konstruktiven Partnerschaft. <<

Autorenerklärung

Die Autor:innen erklären, dass keine Interessenskonflikte vorliegen.

Stellungnahme der Ethikkommission

Das vorliegende Projekt erhielt ein positives Votum durch die Ethikkommission der Medizinischen Fakultät der Rheinischen Friedrich-Wilhelms-Universität Bonn (Aktenzeichen: 2024-236-BO; Votum vom 30.07.2024).

Studienregistrierung

Das Projekt wurde im Deutschen Register für Klinische Studien (DRKS; ID: DRKS00034733) vorregistriert.

Förderung

Das vorliegende Projekt wurde durch das Bundesministerium für Gesundheit finanziell gefördert (Förderkennzeichen: ZMII2-2524PAT001).

Danksagung

Die Autor:innen danken allen teilnehmenden Patientenbeiräten und Gesundheitseinrichtungen für ihre wertvolle Unterstützung. Besonderer Dank gilt zudem Frau Karin Arndt, Frau Loes Broekmate und Frau Friederike Stölzel für ihre engagierte Mitarbeit.

Patient and family advisory councils as strategic partners for patient safety – Participatory development of practical recommendations for action from the PEPS project

Patient safety is a key objective of modern healthcare systems, yet many preventable incidents continue to occur. One approach that is rarely used is the engagement of patient and family advisory councils (PFACs) at the organizational level, which can provide important impetus for safety processes thanks to their experience and external perspective. In four consecutive studies of the PEPS project, needs were assessed, international approaches were reviewed, an educational program ("Partners for Patient Safety," P4PS) was developed, and its acceptance and feasibility were evaluated. The results show that PFACs are usually engaged in an informative or consultative capacity, but need skills in patient safety, communication, and quality management. The P4PS-Program demonstrates feasibility and preliminary effectiveness, showing that training can transform the role of patient representation – from experience-based input to structured, multi-competency consultation informed by both lived experience and system-level perspectives. Based on the results and a participatory strategy dialogue, practical recommendations for action were developed together with project participants for healthcare facilities, PFACs, and system actors. The central demand is the actual integration of PFACs into safety-relevant processes, supported by resources, clear roles, and joint training. In this way, patient engagement can be developed from a symbolic to a strategic partnership.

Keywords

Health education, Recommendations for action, Patient advisory councils, Patient engagement, Patient Safety

Zitationshinweis

Blum, Y., Brust, L., Weigl, M.: „Patientenbeiräte als strategische Partner für Patientensicherheit – partizipative Entwicklung praxisnaher Handlungsempfehlungen aus dem PEPS-Projekt", in: „Monitor Versorgungsforschung" (01/26), S. 65–72. http://doi.org/10.24945/MVF.01.26.1866-0533.2800



Yannick Blum MSc ORCID: 0009-0007-0826-187X
studierte an der Hochschule Niederrhein Angewandte Therapiewissenschaften (BSc) und an der Hochschule Bochum Physiotherapiewissenschaften (MSc). Aktuell arbeitet er als wissenschaftlicher Mitarbeiter am Institut für Patientensicherheit des Universitätsklinikums der Universität Bonn.
Kontakt: Yannick.Blum@ukbonn.de



Larissa Brust MSc ORCID: 0009-0008-6290-8512
studierte an der Hochschule Bochum Physiotherapie (BSc) und Physiotherapiewissenschaften (MSc). Derzeit arbeitet sie als wissenschaftliche Mitarbeiterin und Doktorandin im Fach Versorgungsforschung am Institut für Patientensicherheit des Universitätsklinikums der Universität Bonn.
Kontakt: Larissa.Brust@ukbonn.de



Prof. Dr. phil. Matthias Weigl ORCID: 0000-0003-2408-1725
studierte an der Universität Leipzig Psychologie, promovierte an der TU München und habilitierte an der LMU München. Er ist Professor für Patientensicherheit am Universitätsklinikum der Universität Bonn.
Kontakt: Matthias.Weigl@ukbonn.de

Literatur

Abelson, J., Tripp, L., Abdelhalim, R., Hives, L., Kristy, B., Smith, M., Tenhagen, L., Wingham-Smith, L., & the Engagement Capable OHT Working Group. (2024). Building Engagement-Capable Environments for Health System Transformation: Development and Early Implementation of a Capability Framework for Patient, Family and Caregiver Engagement in Ontario Health Teams. Health Expectations, 27(6), e70083. https://doi.org/10.1111/hex.70083

Arnstein, S. R. (1969). A Ladder Of Citizen Participation. Journal of the American Institute of Planners, 35(4), 216–224. https://doi.org/10.1080/01944366908977225

Berger, Z., Flickinger, T. E., Pfoh, E., Martinez, K. A., & Dy, S. M. (2014). Promoting engagement by patients and families to reduce adverse events in acute care settings: A systematic review. BMJ Quality & Safety, 23(7), 548–555. https://doi.org/10.1136/bmjqs-2012-001769

Bloom, B. S., Engelhart, M. D., Furst, E. J., Hill, W. H., & Krathwohl, D. R. (1956). Taxonomy of educational objectives: The classification of educational goals. Handbook 1: Cognitive domain. Longman New York.

Blum, Y., Brust, L., Weigl, M., & Rramani Dervishi, Q. (2025). A Blended Educational Program to Promote Dialogue on Patient Safety Between Patient and Family Advisory Councils and Health Care Organizations: Codevelopment Study. JMIR Formative Research, 9, e79286. doi: 10.2196/79286.

Brust L, Blum Y, Rramani Dervishi Q, et al. (2025). Feasibility and preliminary effectiveness of an intervention on patient engagement in patient safety: a prospective, mixed-methods evaluation in patient and family advisory councils (PFACs). BMJ Open, 15, e109333. doi: 10.1136/bmjopen-2025-109333

Brust, L., Blum, Y., & Weigl, M. (2025). Promoting Patient Safety Through Patient Engagement at the Organisational Level: A Delphi-Based Needs Assessment Among Patient and Family Advisory Councils. Health Expectations, 28(3), e70319. https://doi.org/10.1111/hex.70319

Brust, L., Koch, A., & Weigl, M. (2024). Safety first? Sicherheitsrelevante Ereignisse aus Patientenperspektive: Qualitative Analyse der Erfahrungen von Patient:innen und Einschätzungen von Expert:innen. Prävention und Gesundheitsförderung. https://doi.org/10.1007/s11553-024-01147-7

Bundesministerium der Justiz. (o.J.). § 140f Sozialgesetzbuch Fünftes Buch – Gesetzliche Krankenversicherung (SGB V).

Cepeda, E., Reguero, M., Abón, V., & Puyol, M. (2025). Enhancing patient engagement in cancer research: A focus on patient-centric approaches to scientific discovery. Molecular Oncology, 19(6), 1549–1552. https://doi.org/10.1002/1878-0261.70004

Coulter, A., & Oldham, J. (2016). Person-centred care: What is it and how do we get there? Future Hospital Journal, 3(2), 114–116. https://doi.org/10.7861/futurehosp.3-2-114

Cox, R., Molineux, M., Kendall, M., Tanner, B., & Miller, E. (2022). Co-produced capability framework for successful patient and staff partnerships in healthcare quality improvement: Results of a scoping review. BMJ Quality & Safety, 31(2), 134–146. https://doi.org/10.1136/bmjqs-2020-012729

Creswell, J. W. (2015). A concise introduction to mixed methods research. SAGE.

Creswell, J. W., Klassen, A. C., Plano Clark, V. L., & Smith, K. C. (2011). Best practices for mixed methods research in the health sciences. Bethesda (Maryland): National Institutes of Health, 2013, 541–545.

Davis, R. E., Jacklin, R., Sevdalis, N., & Vincent, C. A. (2007). Patient involvement in patient safety: What factors influence patient participation and engagement? Health Expectations, 10(3), 259–267. https://doi.org/10.1111/j.1369-7625.2007.00450.x

Engler, J., Engler, F., Gerber, M., Brosse, F., Voigt, K., & Mergenthal, K. (2024). Establishing a standing patient advisory board in family practice research: A qualitative evaluation from patients' and researchers' perspectives. Health Expectations, 27(3), e14094. https://doi.org/10.1111/hex.14094

Friebel, R., Henschke, C., & Maynou, L. (2021). Comparing the dangers of a stay in English and German hospitals for high-need patients. Health Services Research, 56(S3), 1405–1417. https://doi.org/10.1111/1475-6773.1371

Goeschel, C. A., Weiss, W. M., & Pronovost, P. J. (2012). Using a logic model to design and evaluate quality and patient safety improvement programs. International Journal for Quality in Health Care, 24(4), 330–337. https://doi.org/10.1093/intqhc/mzs029

Greenhalgh, T., Hinton, L., Finlay, T., Macfarlane, A., Fahy, N., Clyde, B., & Chant, A. (2019). Frameworks for supporting patient and public involvement in research: Systematic review and co-design pilot. Health Expectations: An International Journal of Public Participation in Health Care and Health Policy, 22(4), 785–801. https://doi.org/10.1111/hex.12888

Hong, Q. N., Fàbregues, S., Bartlett, G., Boardman, F., Cargo, M., Dagenais, P., Gagnon, M.-P., Griffiths, F., Nicolau, B., O'Cathain, A., Rousseau, M.-C., Vedel, I., & Pluye, P. (2018). The Mixed Methods Appraisal Tool (MMAT) version 2018 for information professionals and researchers. Education for Information, 34(4), 285–291. https://doi.org/10.3233/EFI-180221

Jesus, T. S., Zhang, M., Lee, D., Stern, B. Z., Struhar, J., Heinemann, A. W., Jordan, N., & Deutsch, A. (2025). Improving Patient Experience With Provider Communication: Systematic Review of Interventions, Implementation Strategies, and Their Effectiveness. Medical Care, 63(8), 545–554. https://doi.org/10.1097/MLR.0000000000002158

Kien, C., Griebler, U., Schultes, M.-T., Thaler, K. J., & Stamm, T. (2021). Psychometric Testing of the German Versions of Three Implementation Outcome Measures. Global Implementation Research and Applications, 1(3), 183–194. https://doi.org/10.1007/s43477-021-00019-y

Koch, A., Brust, L., & Weigl, M. (2024). Barriers and Facilitators of Patient Engagement Activities to Improve Patient Safety in Healthcare Organizations: A Delphi-Based Expert Survey. Risk Management and Healthcare Policy, 17, 3217–3226. https://doi.org/10.2147/RMHP.S489522

Krathwohl, D. R. (2002). A Revision of Bloom's Taxonomy: An Overview. Theory Into Practice, 41(4), 212–218.

Kumah, A. (2025). Poor quality care in healthcare settings: An overlooked epidemic. Frontiers in Public Health, 13, 1504172. https://doi.org/10.3389/fpubh.2025.1504172

Levitt, H. M., Bamberg, M., Creswell, J. W., Frost, D. M., Josselson, R., & Suárez-Orozco, C. (2018). Journal article reporting standards for qualitative primary, qualitative meta-analytic, and mixed methods research in psychology: The APA Publications and Communications Board task force report. American Psychologist, 73(1), 26–46. https://doi.org/10.1037/amp0000151

Mertens, L., Wildiers, H., Van Veenendaal, H., Oueslati, R., Kasmi, T., Bekkering, G., Hannes, K., Delvaux, N., Vermandere, M., Van Bostraeten, P., Jaeken, J., & Aertgeerts, B. (2025). From Burden to Empowerment. Patient-Reported Influencing Factors on Participation in Shared Decision Making in Oncology, a Meta-Study. Psycho-Oncology, 34(7), e70218. https://doi.org/10.1002/pon.70218

Narbutas, Š., York, K., Stein, B. D., Magsanoc-Alikpala, K., Majima, Y., Kalo, Z., Almasi, T., & Inotai, A. (2017). Overview on Patient Centricity in Cancer Care. Frontiers in Pharmacology, 8, 698. https://doi.org/10.3389/fphar.2017.00698

Nasa, P., Jain, R., & Juneja, D. (2021). Delphi methodology in healthcare research: How to decide its appropriateness. World Journal of Methodology, 11(4), 116–129. https://doi.org/10.5662/wjm.v11.i4.116

Newman, B., Joseph, K., Chauhan, A., Seale, H., Li, J., Manias, E., Walton, M., Mears, S., Jones, B., & Harrison, R. (2021). Do patient engagement interventions work for all patients? A systematic review and realist synthesis of interventions to enhance patient safety. Health Expectations, 24(6), 1905–1923. https://doi.org/10.1111/hex.13343

Ocloo, J., & Matthews, R. (2016). From tokenism to empowerment: Progressing patient and public involvement in healthcare improvement. BMJ Quality & Safety, 25(8), 626–632. https://doi.org/10.1136/bmjqs-2015-004839

Oldfield, B. J., Harrison, M. A., Genao, I., Greene, A. T., Pappas, M. E., Glover, J. G., & Rosenthal, M. S. (2019). Patient, Family, and Community Advisory Councils in Health Care and Research: A Systematic Review. Journal of General Internal Medicine, 34(7), 1292–1303. https://doi.org/10.1007/s11606-018-4565-9

Pace, R., Pluye, P., Bartlett, G., Macaulay, A. C., Salsberg, J., Jagosh, J., & Seller, R. (2012). Testing the reliability and efficiency of the pilot Mixed Methods Appraisal Tool (MMAT) for systematic mixed studies review. International Journal of Nursing Studies, 49(1), 47–53. https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2011.07.002

Plamper, E., & Meinhardt, M. (2008). Patientenvertreterbeteiligung an Entscheidungen über Versorgungsleistungen in Deutschland: Die Perspektive der Patientenvertreter im Gemeinsamen Bundesausschuss und der Bundesgeschäftsstelle für Qualitätssicherung. Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz, 51(1), 81–88. https://doi.org/10.1007/s00103-008-0422-z

Romme, S., Hermans, M., Bosveld, M. H., Plak, A., Sehlbach, C., & Van Bokhoven, M. A. (2024). How patients and informal caregivers can be trained to effectively contribute to improved quality of healthcare services: Action research on the development of the Dutch Patient As a Person Academy. BMJ Open, 14(12), e079712. https://doi.org/10.1136/bmjopen-2023-079712

Rramani Dervishi, Q., Blum, Y., Brust, L., & Weigl, M. (2025). Engaging patient and family advisory councils (PFACs) in patient safety in healthcare organizations: A rapid scoping review. Under Review.

Schrappe, M. (2019). APS-Weißbuch Patientensicherheit: Sicherheit in der Gesundheitsversorgung: neu denken, gezielt verbessern. Hrsg. vom Aktionsbündnis Patientensicherheit (APS). Gefördert durch den Verband der Ersatzkassen (vdek). Mit Geleitworten von Jens Spahn, Donald M. Berwick und Mike Durkin (1st ed). Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.

Sharma, A. E., Knox, M., Mleczko, V. L., & Olayiwola, J. N. (2017). The impact of patient advisors on healthcare outcomes: A systematic review. BMC Health Services Research, 17(1), 693. https://doi.org/10.1186/s12913-017-2630-4

Slawomirski, L., Auraaen, A., & Klazinga, N. S. (2017, Juni 25). The economics of patient safety. OECD. https://www.oecd.org/en/publications/the-economics-of-patient-safety_5a9858cd-en.html

Spranger, J., Homberg, A., Sonnberger, M., & Niederberger, M. (2022). Reporting guidelines for Delphi techniques in health sciences: A methodological review. Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen, 172, 1–11. https://doi.org/10.1016/j.zefq.2022.04.025

Weiner, B. J., Lewis, C. C., Stanick, C., Powell, B. J., Dorsey, C. N., Clary, A. S., Boynton, M. H., & Halko, H. (2017). Psychometric assessment of three newly developed implementation outcome measures. Implementation Science, 12(1), 108. https://doi.org/10.1186/s13012-017-0635-3

Westerink, H. J., Oirbans, T., Garvelink, M. M., Van Uden-Kraan, C. F., Zouitni, O., Bart, H. A. J., Van Der Wees, P. J., & Van Der Nat, P. B. (2023). Barriers and facilitators of meaningful patient participation at the collective level in healthcare organizations: A systematic review. Health Policy, 138, 104946. https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2023.104946

W.K. Kellogg Foundation. (2004). Logic model development. Using Logic Models to Bring Together Planning, Evaluation, and Action. WK Kellogg Foundation.

World Health Organization. (2021). Global patient safety action plan 2021-2030: Towards eliminating avoidable harm in health care. World Health Organization.

Wright, M., Block, M., & von Unger, H. (2007). Stufen der Partizipation in der Gesundheitsförderung. Info_Dienst für Gesundheitsförderung, 7(3), 4–5.

Zscheppang, A., Falge, C., Betscher, S., Köster-Eiserfunke, A., Fiedler, J., Czernik, C., Hoevener, C., & Kuehne, A. (2025). Partizipation und Ko-Kreation in der Implementierungsforschung. Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz, 68(7), 728–737. https://doi.org/10.1007/s00103-025-04085-7