

„Patient Empowerment“

Wie viel können Patienten zu einer verbesserten Compliance des Personals beitragen?

Christiane Reichardt, Petra Gastmeier

Patienten-Empowerment hat das Ziel, die Stellung des Patienten durch Information, Mitwirkung und Mitentscheidung zu verbessern. Einer Implementierung in der Praxis stehen jedoch vermutlich auf beiden Seiten nach wie vor hohe Barrieren entgegen.

Allgemeine Grundsätze

Als „Patienten-Empowerment“ bezeichnet man eine relativ neue Bewegung, um die Stellung des Patienten durch Information, Mitwirkung und Mitentscheidung zu verbessern. Dieses Konzept wurde in den vergangenen Jahren vor allem bei der Behandlung chronischer Erkrankungen umgesetzt. Neuerdings wird die aktive Einbeziehung des Patienten im Rahmen von Patientensicherheitsinitiativen stärker in den Vordergrund gerückt. Die WHO (WHO-Dokument „World Alliance of Patient Safety“) definiert Patienten-Empowerment als integralen Bestandteil von Programmen zur Verbesserung der Patientensicherheit [1].

Das Konzept der Patientenbeteiligung ist nicht klar definiert. Verschiedene Termini werden hierbei verwendet:

- Patientenkooperation,
- Einbeziehung von Patienten,
- Partnerschaft, Patienten-Empowerment oder
- patientenbezogene Versorgung.

Patient-Empowerment umfasst viele Bereiche wie:

- Partizipation bei Entscheidungen,
- Befähigung zur Selbstmedikation und Messung,
- Patientenfortbildung,
- Zielsetzung etc. [2].

Grundvoraussetzung für diese Bewegung ist eine neue Definition der Rolle der Patienten. Historisch gesehen haben Patienten und Mitarbeiter im Gesundheitswesen eine paternalistische Beziehung [2], in der der Patient eher ein Zuschauer in seinem eigenen Heilungsprozess ist (s. Infobox „Hintergrundinformation“).

Hintergrundinformation

Historisches Verhältnis zwischen medizinischem Personal und Patient

Das Verhältnis ist gekennzeichnet durch folgende Bekundungen:

- Nur Experten sind in der Lage zu diagnostizieren und zu behandeln.
- Alle Entscheidungen basieren ausschließlich auf dem Wissen der Mitarbeiter.
- Der Mitarbeiter ist der Führer der Patienteninteressen unter dem Prinzip der Wohltätigkeit.
- Der Patient ist der passive Empfänger der Pflege und Versorgung.

Im heutigen Verständnis der Patientenversorgung ist der Patient die Schlüsselfigur. In der Partizipation an Entscheidungen übt der Patient ein fundamentales Menschenrecht aus.

Diese neue Rolle des Patienten ist inzwischen in vielen grundlegenden offiziellen Dokumenten hinterlegt wie z. B. im Gesetz zur Verbesserung der Rechte von

Patientinnen und Patienten der Bundesregierung aus dem Jahr 2013.

Im Bereich der Infektionsprävention, speziell bei der Händehygiene, wird im Rahmen einer multimodalen Intervention eine Einbeziehung der Patienten mit dem Ziel, die Compliance der Mitarbeiter bei der Händedesinfektion zu erhöhen, gefordert (WHO-Dokument „Clean Care Is Safer Care“ aus dem Jahr 2009 [3]). Untersuchungen zur Wirksamkeit solcher Maßnahmen kommen bisher zu unterschiedlichen Ergebnissen.

Grundvoraussetzungen für ein erfolgreiches Patienten-Empowerment

Von Seiten des Patienten wie auch von Seiten des Personals müssen bestimmte Voraussetzungen gegeben sein, um zu einer erfolgreichen Patientenbeteiligung zu gelangen.

McGuckin und Mitarbeiter haben in einem Review 4 fundamentale Komponenten identifiziert [4]:

Patientenpartizipation

Der Patient versteht das Konzept und akzeptiert seine Chance, in den Heilungsprozess einzugreifen und damit auch Verantwortung zu übernehmen. Dieser Faktor ist in hohem Maße vom sozioökonomischen Hintergrund und Bildungsgrad des Patienten abhängig.

Patientenwissen

Dem Patienten wird ausreichend Information und Wissen zur Verfügung gestellt, um ihn in die Lage zu versetzen, aktiv an Entscheidungen teilzunehmen.

Fähigkeiten des Patienten

Diese beinhalten Selbsteffizienz und Gesundheitsbewusstsein bzw. ausreichendes Wissen. Die Fähigkeiten des Patienten versetzen ihn in die Lage, den Prozess zu verstehen. Damit wird die Einstellung des Patienten in Bezug auf seinen Einfluss auf Outcome und auf sein eigenes Verhalten positiv beeinflusst.

Unterstützende Kultur

Eine Kultur, die offen die Partizipation des Patienten unterstützt, erleichtert die Kommunikation und Interaktion auf beiden Seiten.

Inwieweit wollen Patienten einbezogen werden?

Bei weitem nicht alle Patienten können sich mit der neuen aktiven Rolle identifizieren.

Verschiedene Untersuchungen zur Einbeziehung von Patienten bei medizinischen Entscheidungen haben gezeigt, dass die Bereitschaft der Patienten zur aktiven Entscheidung in Abhängigkeit von der Art der Entscheidung zwischen 20% und 86% liegen kann [5,6]. Darüber hinaus ist diese Bereitschaft entscheidend vom Bildungsstand des Patienten sowie vom Wissen um die aktuelle Erkrankung abhängig [7,8].

Longtin und Mitarbeiter [2] haben in einer Übersicht zusammengetragen, wie viele weitere Faktoren Patient-Empowerment beeinflussen können (s. Übersicht).

Übersicht

Faktoren, die von Seiten des Patienten eine Patientenpartizipation beeinflussen

- Akzeptanz der neuen Patientenrolle
- Grad der Gesundheitskompetenz des Patienten und sein Wissen
- medizinische Expertise, die eine Entscheidung erfordert
- Art der Entscheidung
- Ausmaß der Entscheidung
- Grunderkrankung und Komorbidität
- Alter
- Geschlecht
- sozioökonomischer Hintergrund
- Bildungsgrad des Patienten
- Nutzung alternativer Medizin

Je mehr medizinische Expertise eine Entscheidung erfordert, umso weniger fühlen sich Patienten in der Lage, eine aktive Rolle in der Entscheidung zu übernehmen [9]. Der Wissensstand die eigene Erkrankung betreffend ist ein weiterer Faktor. Patienten, die sich umfassend informiert fühlen, sehen sich auch eher in

der Lage, Entscheidungen gemeinsam mit dem Therapeuten zu treffen [10].

Die meisten Patienten wollen bei gravierenden, ihr Leben beeinflussenden Eingriffen (Mastektomie versus Chemotherapie, Koronarbypass) mitentscheiden im Gegensatz zu Entscheidungen kleineren Ausmaßes (z. B. über Bettruhe) [11]. Patienten mit schweren Grunderkrankungen und mehreren Komorbiditäten verhalten sich eher passiv, ebenso wie ältere Patienten [12, 13]. Inwieweit das Geschlecht eine Rolle spielt, ist bisher nicht eindeutig zu beantworten.

Ein weiterer entscheidender Faktor ist der sozioökonomische Hintergrund des Patienten sowie der Bildungsgrad. Eine Untersuchung fand heraus, dass im Arzt-Patienten-Verhältnis seitens des Arztes Gespräche in Abhängigkeit vom Bildungsstand des Patienten von vornherein unterschiedlich geführt werden [15]: Bei Patienten mit geringerem Bildungsgrad wird das Gespräch weniger auf Kooperation und Information ausgerichtet, sondern von vorn herein direktiv geführt.

Welche Faktoren beim Personal bestimmen ein erfolgreiches Patienten-Empowerment?

Der Umgang mit Patienten, die ein hohes Maß an Information und Kooperation erwarten, ist nicht für alle Mitarbeiter selbstverständlich. Auch seitens der Mitarbeiter müssen bestimmte Voraussetzungen gegeben sein. Longtin et al. [2] haben auch hier eine Übersicht über die möglichen Widerstände auf Seiten des Personals zusammengestellt (s. Übersicht).

Übersicht

Mögliche Ursachen für Widerstände seitens des Personals, die eine erfolgreiche Patientenpartizipation verhindern

- Wunsch, die Kontrolle zu behalten
- Zeitaufwand zur Patientenaufklärung
- Art der Erkrankung
- persönliche Ansichten und Einstellungen
- Fachrichtung
- ethnische Herkunft
- unzureichendes Training im Patienten-Empowerment

Die persönlichen Ansichten, Einstellungen und daraus resultierend das Verhalten der Mitarbeiter haben einen entscheidenden Einfluss auf die Einbeziehung der Patienten.

Eine der wichtigsten Barrieren ist die gefühlte Aufgabe der traditionellen Rolle und damit von Kontrolle und „Macht“.

Eine Untersuchung hat gezeigt, dass Mitarbeiter in der Regel nicht willens sind, ihre Kontrolle und Macht zur Entscheidung aufzugeben [10]. Sie üben eine nahezu absolute Kontrolle aus und halten die Patienten für nicht in der Lage, medizinische Entscheidungen zu treffen.

Neben Angst vor Kontroll- und Machtverlust spielt der Mangel an Zeit eine wichtige Rolle ([16, 17]. Inwieweit eine erfolgreiche Patientenbeteiligung mehr Zeit beansprucht, ist zum jetzigen Zeitpunkt nicht eindeutig zu beantworten.

Der Umfang, inwieweit eine Patientenbeteiligung zugelassen wird, variiert offensichtlich je nach Art der Erkrankung und Fachrichtung. Er ist ausgeprägter bei psychosozialen im Vergleich mit körperlichen Beschwerden. Der Patient wird deutlich weniger einbezogen, wenn es um diagnostische und therapeutische Maßnahmen geht [18]. Bezüglich des Einflusses der Fachrichtung haben Allgemeinmediziner in der Regel einen integrativeren Ansatz als Fachspezialisten [19, 20]. Die persönliche Einstellung spielt ebenfalls eine nicht unerhebliche Rolle. So waren Gynäkologen eher bereit, eine gewünschte Sectio caesarea durchzuführen, wenn sie prinzipiell der Meinung waren, dass Frauen ein Recht haben, eine solche Maßnahme zu fordern [21].

Der Umgang des Personals mit Patienten-Empowerment kann unter Umständen durch Schulung nachhaltig verbessert werden [20, 22].

Nicht alle Faktoren sind von Patienten oder von Mitarbeitern abhängig. „Patienten-Empowerment“ ist ein sehr komplexes Thema und reflektiert durchaus soziale und gesellschaftliche Normen und Strukturen. Nur in einer Kultur, in der eine aktive Mitarbeit des Patienten offen beworben wird, kann diese erfolgreich umgesetzt werden.

Patienten-Empowerment in der Händehygiene

In vielen Kampagnen zur Verbesserung der Händehygiene werden die Patienten mit einbezogen. Im Rahmen einer sogenannten multimodalen Interventionsstrategie ist das Patienten-Empowerment ein wichtiges Element (WHO 2009). Die meisten sehen dabei den Patienten in der Rolle des aktiven „Erinnerers“ und fordern ihn auf, das Personal direkt darauf anzusprechen, ob sie eine Händedesinfektion durchgeführt haben.

Ottum und Mitarbeiter [23] haben 200 Patienten befragt, die ein Risiko für eine nosokomiale Infektion hatten (Device, chirurgischer Eingriff, Gabe von Antibiotika). Im direkten Interview gaben 90,5% der Befragten an, dass man das Personal an die Händehygiene erinnern sollte, wenn sie diese vergessen haben. Nur 64% fühlen sich wohl dabei, eine Pflegekraft anzusprechen, und nur 54% fühlen sich wohl dabei, einen Arzt an die Händedesinfektion zu erinnern. Bisher nur 14% der befragten Patienten hatten bereits einen Mitarbeiter erinnert.

In einer anderen Untersuchung von Longtin et al. [24] fühlen sich nur 24% der Patienten wohl, einen Mitarbeiter direkt anzusprechen. Die Autoren konnten aber auch zeigen, dass sich diese Zahlen verdoppeln, wenn Patienten direkt von den Mitarbeitern dazu eingeladen werden, sie zu erinnern. Interessanterweise glauben in dieser Umfrage nur 29% der Patienten daran, dass sie mit dieser Maßnahme einen Beitrag zur Vermeidung nosokomialer Infektionen leisten können.

Wu und Mitarbeiter kommen zu ähnlichen Ergebnissen bei der Befragung von 303 Patienten und 556 Angehörigen [25]. Hier waren 77% der Befragten der Meinung, dass man das Personal erinnern sollte. Dies selbst zu tun waren ca. 50% bereit, vor allem dann, wenn die Patienten und Angehörigen das Gefühl hatten, dass solche Erinnerungshilfen durch das Personal geschätzt würden (dann waren ca. 75% bereit). Mitarbeiter im Gesundheitswesen und Patienten, die bereits eine Krankenhausinfektion durchgemacht haben, sind eher dazu bereit.

Longtin und Mitarbeiter [24] haben darüber hinaus Patienten befragt, warum sie lieber nicht aktiv an das Personal herantreten würden (s. Übersicht).

In einer anderen Untersuchung wurden 277 Mitarbeiter befragt (44% Ärzte und 56% Pflegepersonal) [26]. Nur 3% der Mitarbeiter wurden bis zu diesem Zeit-

Übersicht

Gründe, warum Patienten das Personal nicht direkt auf eine Händedesinfektion ansprechen würden (absteigend nach genannter Häufigkeit)

- die Meinung, dies sei nicht die Aufgabe des Patienten
- das Gefühl, die Situation sei peinlich und unangenehm
- das Gefühl, man sei unhöflich, respektlos, unehrlich
- der Glaube, dass das Personal die Erfordernisse kennt oder kennen müsste
- Angst vor Repressalien
- das Gefühl, nicht zu wissen, wann man einschreiten sollte bzw. wann eine Indikation für eine Händedesinfektion entsteht
- der Glaube, dass man dem medizinischen Personal trauen kann
- Patienten möchten die Arbeit der Mitarbeiter nicht beurteilen
- das Gefühl, eine solche Intervention ist zu gewagt
- andere Gründe

punkt von Patienten bezüglich Händehygiene angesprochen. 74% waren der Meinung, dass Patienten einen Beitrag zur Infektionsprävention leisten können, aber 29% waren gegen eine Erinnerung zur Händedesinfektion durch die Patienten. 27% gaben an, dass dies nicht die Aufgabe von Patienten sei, 37% würden keinen Anstecker tragen, der die Patienten auffordert, das Personal an Händehygiene zu erinnern. 26% befanden, dass die Einladung der Patienten zur Erinnerung zu viel Zeit in Anspruch nehmen würde, 17% gaben an, dass es sie verärgern würde, von Patienten erinnert zu werden, und 27% würden sich dadurch erniedrigt oder beschämt fühlen. Wenn die Mitarbeiter bei einer nicht erfolgten Händedesinfektion darauf hingewiesen würden, würden sich 44% schuldig fühlen, und 43% würden sich schämen, dabei „ertappt“ zu werden. 46% hätten Bedenken, dass die Patienten wütend reagieren könnten, und 26% meinten, dass sie unbeholfen oder linkisch erscheinen. Nicht zuletzt hatten 18% Angst, dass eine nicht erfolgte Händedesinfektion rechtliche Konsequenzen nach sich ziehen könnte.

Ein modifiziertes Konzept wurde von Lent und Mitarbeitern untersucht [27]. Hier wurde eine Kampagne unter dem Motto „Partners in Your Care“ (Partner in Ihrer Versorgung) gestartet, in der die Patienten aufgefordert wurden, den Mitarbeitern für ihre Händedesinfektion zu danken. In einer ersten Phase wurden alle aufgenommenen neuen Patienten mit Materialien versorgt, in denen sie aufgefordert wurden, die Mitarbei-

ter an die Händedesinfektion zu erinnern. 193 Patienten wurden im Verlauf ihres Aufenthaltes befragt. Nur 3% hatten einen Mitarbeiter zur Händedesinfektion aufgefordert, 8% unternahmen nichts, obwohl eine indizierte Händedesinfektion unterblieben war. 90% der Patienten gaben an, keine Aufforderung machen zu müssen, da alle Mitarbeiter ihre Hände desinfiziert hätten. Compliance-Beobachtungen im gleichen Zeitraum hatten jedoch nur eine Compliance bei Ärzten von 28% ergeben.

In einer zweiten Phase wurde den Patienten eine modifizierte Information ausgehändigt. Sie wurden nun aufgefordert, dem Personal für die Händedesinfektion zu danken oder ein Schild mit einer Danksagung auf dem Nachtschrank aufzustellen. 38 Patienten wurden in der zweiten Phase interviewt. Nun berichteten 45% der Patienten, dass sie Mitarbeiter auf die Händedesinfektion angesprochen hatten, während 6% nicht intervenierten, obwohl offensichtlich keine Händedesinfektion erfolgte. 20 Patienten wurden während der Visite beobachtet. Obwohl 60% im Vorfeld durchaus der Meinung gewesen waren, sie würden auch Ärzte ansprechen, hat dies kein Patient während der Visite auch tatsächlich getan. Allerdings hatten alle 12 Patienten das zur Verfügung gestellte Schild mit der Danksagung auf ihrem Nachttisch aufgestellt.

Auf den beiden Stationen, auf denen das Projekt durchgeführt wurde, wurden 30 Pflegekräfte interviewt. Nur 2 berichteten, dass sie im untersuchten Zeitraum von Patienten auf die Händedesinfektion angesprochen worden waren. In beiden Fällen wurde ihnen für die Händedesinfektion gedankt.

Die Infobox „Übersicht“ listet die Faktoren auf, die eine positive Kultur hinsichtlich eines Patienten-Empowerment im Rahmen einer Händehygienekampagne fördern [28].

Können Patienten das Verhalten von Mitarbeitern beeinflussen?

Inwieweit Patienten das Verhalten von Mitarbeitern hinsichtlich Händehygiene tatsächlich beeinflussen und welchen Effekt dies auf die Prävention von nosokomialen Infektionen hat, kann zum jetzigen Zeitpunkt nicht beantwortet werden. Es gibt Untersuchungen zur Beeinflussung der Arzt-Patient-Interaktion im ambulanten Bereich. So haben z.B. Patienten, die ein Rezept aktiv einfordern, eine 3×größere Chance, dieses auch

Übersicht

Faktoren, die eine positive Kultur hinsichtlich eines Patienten-Empowerment im Rahmen einer Händehygienekampagne fördern (modifiziert nach [28])

- Patienten-Empowerment sollte in ein multimodales Interventionsprogramm eingebettet sein.
- Literaturrecherche hinsichtlich Bereitschaft der Patienten zur Partizipation sowie zu häufigen Barrieren. Welche Programme haben gut funktioniert?
- Literaturrecherche zur Rolle des Personals sowie zu häufigen Barrieren. Was zeichnet erfolgreiche Kampagnen aus?
- Analyse der möglichen Barrieren bzw. Erfolgsfaktoren in der eigenen Einrichtung.
- Identifizierung von Bereichen mit positiven Erfahrungen und Rollenvorbildern.
- Einbeziehung der Geschäftsführung, um ein Klima der Wertschätzung der Patientenpartizipation zu schaffen.

zu erhalten, bzw. eine 4×größere Chance, auf Verlangen zu einem Spezialisten überwiesen zu werden [19].

Kampagne „HAND in HAND“ der AKTION Saubere Hände

Im Verlauf der Kampagne wurde gemeinsam mit den Partnern und Patientenvertretern immer wieder diskutiert, inwieweit Patienten und Angehörige in das Interventionsprogramm mit einbezogen werden sollen und wenn ja, wie. Die Erfahrungen nationaler Kampagnen, wie z.B. in England, sind sehr unterschiedlich.

Die WHO hat für ihren Händehygienetag am 05.05.2013 die Einbeziehung von Patienten als Thema vorgeschlagen, sodass die AKTION Saubere Hände (ASH) in ihrem 6. Jahr eine kleine Kampagne zur Patientenpartizipation entwickelt hat. Unter dem Motto „HAND in HAND“ verfolgt sie damit das von Lent und Mitarbeitern [27] vorgestellte Modell der Kampagne „Partner in Your Care“. Das bedeutet, die Grundlage der Kampagne ist die Zusammenarbeit aller – Patienten, Angehörige und Personal – am Genesungsprozess der Patienten. Im Zentrum befinden sich die 5 „Superhelden“ der Händedesinfektion, welche stellvertretend für die Mitarbeiter einer Einrichtung stehen (Abb. 1). Diese „kümmern“ sich um die Patienten und Angehörigen und fordern diese auf, ihren Händen zu vertrauen. Ziel ist es, ein vertrauensvolles Verhältnis zu



Abb. 1 Aufsteller der AKTION Saubere Hände (ASH).

unterstützen mit dem Gedanken, dass alle an einem guten Ergebnis für unsere Patienten interessiert sind und hier eine Zusammenarbeit besteht. Die Patienten werden nicht explizit dazu aufgefordert, die Mitarbeiter „zu kontrollieren“ bzw. auf Versäumnisse hinzuweisen. Der Patient hat im Gegenzug die Möglichkeit, mit einem Aufsteller (Abb. 1) zu signalisieren, dass er den Mitarbeitern und deren Händen vertraut. Damit setzt dieses Programm auf eine positive Signalwirkung seitens der Patienten *und* Mitarbeiter.

Zusammenfassung

Es ist schwer abzuschätzen, inwieweit das Konzept des Patienten-Empowerment in deutschen Gesundheitseinrichtungen etabliert ist. Es ist aber mit hoher Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass auf beiden Sei-

ten nach wie vor hohe Barrieren bestehen, die einem gelebten Konzept entgegenstehen. Es bedarf weiterhin neuer Konzepte, wie eine Patientensicherheitskultur mit Patientenpartizipation in den Einrichtungen dauerhaft zu implementieren ist.

Patienten und Angehörige befinden sich im Krankheitsfall in einer emotionalen Ausnahmesituation, und die Untersuchungen machen die gefühlte direkte Abhängigkeit vom Krankenhauspersonal verbunden mit Unsicherheiten und Ängsten sehr deutlich. Das Personal wiederum sieht sich bei permanentem Zeitdruck und Überforderung nicht in der Lage, die erforderlichen Grundvoraussetzungen (Informationsvermittlung, Klima der offenen Kommunikation) zu schaffen. Eine Autorengruppe zitiert die Aussage eines Mitarbeiters: „Patienten wissen gar nicht was hier so los ist, medizinisch gesehen. Auf diese Weise behalten wir die Kontrolle, und das macht unsere Arbeit einfacher.“ [10].

Es bedarf der Unterstützung für Patienten und Mitarbeiter, um zu einer Akzeptanz der jeweiligen neuen Rollen zu gelangen. Inwieweit dies durch Fortbildungen allein zu erreichen ist, bleibt unklar.

Kampagnen zur Patientenpartizipation scheinen in solchen Einrichtungen von beiden Seiten akzeptiert und erfolgreich umgesetzt zu werden, in denen bereits eine Kultur der Patientensicherheit, der Interaktion und offenen Kommunikation besteht. Es wird sich zeigen, inwieweit die Kampagne „HAND in HAND“ in der jeweiligen Einrichtung das Verhalten von Mitarbeitern beeinflusst.

Interessenskonflikt: Die Autorinnen geben an, dass kein Interessenskonflikt besteht.

Über die Autorinnen

Christiane Reichardt



Dr. med. Jahrgang 1969. 1989–1996 Studium der Humanmedizin in Leipzig. 2004 Promotion. 1997–1998 AiP in der 2. Klinik für Innere Medizin, Klinikum „Sankt Georg“ Leipzig. 1998–1999 Dozentin für Mikrobiologie und Innere Medizin, EURO-

Schulen, Bitterfeld/Wolfen. 1999–2001 Assistenzärztin am Institut für Medizinische Mikrobiologie und Infektionsepidemiologie, Universität Leipzig. 2001–2003 Epidemiologisches Labor des Grady Memorial Hospitals, Emory University School of Medicine, Atlanta, Georgia, USA. 2005 wissenschaftliche Mitarbeiterin am Institut für Hygiene und Umweltmedizin, Universitätsmedizin Berlin. 2006–2008 wissenschaftliche Mitarbeiterin am Institut für Klinische Mikrobiologie und Hygiene der Medizinischen Hochschule Hannover. Seit 2008 Wissenschaftliche Mitarbeiterin am Institut für Hygiene und Umweltmedizin der Charité – Universitätsmedizin Berlin.

Petra Gastmeier



Prof. Dr. med., Jahrgang 1957. 1976–1983 Studium der Humanmedizin in Halle und Berlin. 1985 Promotion. 1988 Fachärztin für Hygiene und Umweltmedizin. 1993–2000 Wissenschaftliche Mitarbeiterin/Oberärztin am Institut für Hygiene und Umwelt-

medizin an der Freien Universität Berlin. 1999 Habilitation. 2001–2007 Leiterin Krankenhaushygiene im Institut für Medizinische Mikrobiologie und Krankenhaushygiene der Medizinischen Hochschule Hannover (C3-Schwerpunktprofessur). Seit 2007 W3-Professur für Hygiene, Institut für Hygiene und Umweltmedizin der Charité – Universitätsmedizin Berlin.

Korrespondenzadresse

Dr. med. Christiane Reichardt
Institut für Hygiene und Umweltmedizin
Universitätsmedizin Berlin, Charité
Hindenburgdamm 27
12203 Berlin
Tel. 030/8445 3680
Fax: 030/8445 3682
E-Mail: christiane.reichardt@charite.de

Literatur

- 1 World Health Organization – WHO. World Alliance for Patient Safety. Global Patient Safety Challenge 2005–2006: Clean Care is Safer Care. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2005: 1–25 [http://www.who.int/patientsafety/events/05/GPSC_Launch_ENGLISH_FINAL.pdf]
- 2 Longtin Y, Sax H, Leape LL et al. Patient participation: current knowledge and applicability to patient safety. *Mayo Clin Proc* 2010; 85 : 53–62
- 3 World Health Organization – WHO. World Alliance for Patient Safety. Global Patient Safety Challenge 2005–2006: Clean Care is Safer Care. Guide to implementation of the WHO multimodal hand hygiene improvement strategy (revised Aug 2009) Geneva, Switzerland: 2009: [http://whqlibdoc.who.int/hq/2009/WHO_IER_PSP_2009.02_eng.pdf]
- 4 McGuckin M, Storr J, Longtin Y et al. Patient empowerment and multimodal hand hygiene promotion: a win-win strategy. *Am J Med Qual* 2011; 26 : 10–17
- 5 Guadagnoli E, Ward P. Patient participation in decision-making. *Soc SciMed* 1998; 47: 329–339
- 6 Little P, Everitt H, Williamson I et al. Preferences of patients for patient centred approach to consultation in primary care: observational study. *BMJ* 2001; 322: 468–472
- 7 Coulter A, Ellins J. Patient-Focused Interventions: A Review of the Evidence. London, England: The Health Foundation and Picker Institute Europe; 2006: 7–20
- 8 Katz MG, Jacobson TA, Veledar E et al. Patient literacy and question-asking behavior during the medical encounter: a mixed-methods analysis. *J Gen Intern Med* 2007; 22: 782–786 [Epub 2007 Apr 12]
- 9 Thompson SC, Pitts JS, Schwankovsky L. Preferences for involvement in medical decision-making: situational and demographic influences. *Patient Educ Couns* 1993; 22: 133–140
- 10 Henderson S. Power imbalance between nurses and patients: a potential inhibitor of partnership in care. *J Clin Nurs* 2003; 12: 501–508
- 11 Mansell D, Poses RM, Kazis L et al. Clinical factors that influence patients' desire for participation in decisions about illness. *ArchIntern Med* 2000; 160: 2991–2996
- 12 Levinson W, Kao A, Kuby A et al. Not all patients want to participate in decision making: a national study of public preferences. *J GenIntern Med* 2005; 20: 531–535
- 13 Arora NK, McHorney CA. Patient preferences for medical decision making: who really wants to participate? *Med Care* 2000; 38: 335–341
- 14 Ende J, Kazis L, Ash A et al. Measuring patients' desire for autonomy: decision making and information-seeking preferences among medical patients. *J Gen Intern Med* 1989; 4: 23–30
- 15 Willems S, De Maesschalck S, Deveugele M et al. Socio-economic status of the patient and doctor-patient communication: does it make a difference? *Patient Educ Couns* 2005; 56: 139–146
- 16 Ford S, Schofield T, Hope T. Barriers to the evidence-based patient choice (EBPC) consultation. *Patient Educ Couns* 2002; 47: 179–185

- 17 Stevenson FA. General practitioners' views on shared decision making: a qualitative analysis. *Patient Educ Couns* 2003; 50: 291–293
- 18 van den Brink-Muinen A, van Dulmen SM, de Haes HC et al. Has patients' involvement in the decision-making process changed over time? *Health Expect* 2006; 9: 333–342
- 19 Kravitz RL, Bell RA, Azari R et al. Direct observation of requests for clinical services in office practice: what do patients want and do they get it? *Arch Intern Med* 2003; 163: 1673–1681
- 20 Kaplan SH, Greenfield S, Gandek B et al. Characteristics of physicians with participatory decision-making styles. *Ann Intern Med* 1996; 124: 497–504
- 21 Bettes BA, Coleman VH, Zinberg S et al. Cesarean delivery on maternal request: obstetrician-gynecologists' knowledge, perception, and practice patterns. *Obstet Gynecol* 2007; 109: 57–66
- 22 Maguire P, Fairbairn S, Fletcher C. Consultation skills of young doctors: benefits of feedback training in interviewing as students persist [published correction appears in *Br Med J (Clin Res Ed)* 1986; 293 (6538): 26]. *Br Med J (Clin Res Ed)* 1986; 292: 1573–1576
- 23 Ottum A, Sethi AK, Jacobs EA et al. Do patients feel comfortable asking healthcare workers to wash their hands? *Infect Control Hosp Epidemiol* 2012; 33: 1282–1284
- 24 Longtin Y, Sax H, Allegranzi B et al. Patients' beliefs and perceptions of their participation to increase healthcare worker compliance with hand hygiene. *Infect Control Hosp Epidemiol* 2009; 30: 830–839
- 25 Wu KS, Lee SS, Chen JK et al. Hand hygiene among patients: attitudes, perceptions, and willingness to participate. *Am J Infect Control* 2013; 41: 327–331
- 26 Longtin Y, Farquet N, Gayet-Ageron A et al. Caregivers' perceptions of patients as reminders to improve hand hygiene. *Arch Intern Med* 2012; 172: 1516–1517
- 27 Lent V, Eckstein EC, Cameron AS et al. Evaluation of patient participation in a patient empowerment initiative to improve hand hygiene practices in a Veterans Affairs medical center. *Am J Infect Control* 2009; 37: 117–120
- 28 McGuckin M, Govednik J et al. Patient empowerment and hand hygiene 1997–2012. *Infect Control Hosp Epidemiol* 2013; 38: 191–199