



Verfasser:  
Institut für Patientensicherheit (IfPS)  
Sigmund-Freud-Straße 25, Geb. 05  
53127 Bonn  
E-Mail: ifps@ukbonn.de  
Tel.: 0228 / 287-13783

Diese Studie wurde durchgeführt in Kooperation mit



## Inhaltsverzeichnis

1	Danksagung .....	2
2	Einleitung .....	3
3	Methodik.....	4
4	Ergebnisse .....	7
4.1	Stichprobe/Teilnehmer .....	7
4.2	Befragungsergebnisse.....	8
4.2.1	Strategien und Ziele des klinischen Risikomanagements (kRM) .....	8
4.2.2	Strukturen des klinischen Risikomanagements .....	19
4.2.3	Risikobeurteilung (Risikoidentifikation, -analyse, -bewertung).....	32
4.2.4	Critical Incident Reporting System (CIRS) .....	43
4.2.5	Risikobewältigung .....	54
4.2.6	Überwachung und Bericht von klinischen Risiken .....	64
4.2.7	Verbesserungsbedarf .....	67
4.2.8	Fortbildungsbedarf .....	73
4.2.9	Risikoschwerpunkte .....	78
4.2.10	Abschlussbewertung .....	79
5	Diskussion .....	83
6	Fazit und Ausblick .....	85
7	Literaturverzeichnis .....	86

## 1 Danksagung

Unser Dank gilt insbesondere allen Krankenhäusern und Rehabilitationskliniken, die an der Befragung teilgenommen haben.

Des Weiteren danken wir unseren Kooperationspartnern, dem Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V. (APS), dem AOK-Bundesverband (AOK) und der Techniker Krankenkasse/WINEG (TK/WINEG), für ihr finanzielles und inhaltliches Engagement. Für weitere finanzielle Unterstützung danken wir dem Bundesministerium für Gesundheit. Auch bedanken wir uns bei dem Gemeinsamen Bundesausschuss und der Deutschen Krankenhausgesellschaft für die ideelle Unterstützung. Ferner danken wir der Arbeitsgruppe Risikomanagement der Gesellschaft für Qualitätsmanagement in der Gesundheitsversorgung e.V. (GQMG) für ihre aktive Unterstützung bei der inhaltlichen Überarbeitung des Fragebogens.

## 2 Einleitung

Seit Inkrafttreten des Patientenrechtegesetzes im Februar 2013 und der Festlegung von Mindeststandards für das klinische Risikomanagement (kRM) durch den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) ist die Einführung von kRM für alle nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhäuser in Deutschland verpflichtend (G-BA 23.01.2014). Nach dem Anspruch des G-BA darf der Nutzen von Richtlinien und damit auch des kRM nicht als selbstverständlich vorausgesetzt werden. Vielmehr fordert der G-BA, durch geeignete Begleitforschung die Richtlinien zu evaluieren, um gegebenenfalls Verbesserungs- und Fortbildungsbedarfe aufzuzeigen (§ 92a Abs. 2 Satz 5 SGB V). An dieser Zielsetzung und Notwendigkeit besteht kein Zweifel. Allerdings stellt der G-BA keine Mittel zur Erreichung dieser Ziele zur Verfügung. Die Projektpartner TK/WINEG und AOK, APS und das Institut für Patientensicherheit (IfPS) haben daher zunächst eigenfinanziert und dann mit Unterstützung des Bundesministeriums für Gesundheit die Studie durchgeführt.

**Klinisches Risikomanagement** ist „die zielgerichtete Planung, Koordination, Ausführung und Kontrolle aller Maßnahmen, die zur Vermeidung unbeabsichtigter Krankenhausinduzierter Patientenschädigungen bzw. zur Begrenzung ihrer Auswirkungen dienen“ (Middendorf 2005). Diese Maßnahmen unterstützen die Krankenhausmitarbeiter darin, die medizinisch-pflegerisch-therapeutischen Risiken bei der Patientenversorgung zu erkennen, zu reduzieren und zu bewältigen (Manser et al. 2007).

Dieser Teil I des Abschlussberichts der deutschlandweiten Befragung zum Einführungsstand des kRM fasst die deskriptiven Ergebnisse zur Implementierung des kRM aus dem Jahr 2015 zusammen und bildet damit den Status quo ab. Zudem erlaubt die Gegenüberstellung der Krankenhaustypen die Identifikation von Spezifizierungsbedarf bzw. des Bedarfs nach spezifischen Unterstützungsmaßnahmen für eine möglichst weitreichende Umsetzung des kRM in deutschen Krankenhäusern.

Der Vergleich der Befragungsergebnisse zum Einführungsstand des kRM aus dem Jahr 2015 mit denen aus 2010 ist in Teil II des Abschlussberichts „Veränderungen der Implementierung des klinischen Risikomanagements zwischen 2010 und 2015“ dargestellt. Durch einen Vergleich im Zeitverlauf lassen sich Trends im kRM ableiten, was einen wesentlichen Input für strategische Entscheidungen über flankierende Maßnahmen zur Förderung des kRM darstellt.

Basierend auf den hier vorgestellten deskriptiven Ergebnissen, stellt Teil III des Abschlussberichts „Prädiktoren des Implementierungsgrads des klinischen Risikomanagements 2015“ vor. Dies dient der Identifikation von Schlüsselfaktoren für die erfolgreiche Umsetzung.

### 3 Methodik

Die Erhebung zum Stand des kRM in deutschen Krankenhäusern 2015 beruht auf einer schriftlichen Online-Befragung der Verantwortlichen für das kRM in deutschen Krankenhäusern und Rehabilitationskliniken im Zeitraum von März bis Juni 2015.

#### Stichprobe

Befragt wurden 2617 Krankenhäuser und Rehabilitationskliniken auf Grundlage der Daten des Statistischen Bundesamts (Stand 31.12.2013), wobei Krankenhäuser ohne Versorgungsauftrag/-vertrag ausgeschlossen wurden, da diese keine zugelassenen Krankenhäuser nach § 108 SGB V sind.

#### Online-Befragung

Die Teilnahme an der Befragung war über einen Link in Kombination mit einem einrichtungsspezifischen Zugangscode möglich, um Mehrfachantworten eines Hauses ausschließen zu können. In der ersten Befragungswelle Anfang März 2015 wurden die Vorstände der Einrichtungen identifiziert und per Email gebeten, die jeweiligen Einwahlcodes an die für das kRM verantwortliche Person weiterzuleiten. In der zweiten Befragungswelle wurden die identifizierten Risikomanager bzw. Qualitätsmanager angeschrieben. Eine Teilnahme an der Online-Befragung war bis Juni 2015 möglich.

#### Fragebogen

Der in dieser Untersuchung eingesetzte Fragebogen basiert in wesentlichen Teilen auf dem von der ETH Zürich und der Hochschule Luzern entwickelten Fragebogen (Briner et al. 2010), mit dem in der Schweiz 2007/2008 und in modifizierter Form in Deutschland 2010 Befragungen zum nationalen Entwicklungsstand des kRM durchgeführt wurden.

2010 wurde bei der Modifizierung des schweizerischen Originalfragebogens insbesondere das Skalenniveau verändert. Der Fragebogen dieser Studie basiert grundsätzlich auf dem deutschen Fragebogen. Allerdings ist das Skalenniveau nicht zielgerichtet für diese Studie, weshalb das Skalenniveau des Originalfragebogens genutzt wird. Dieses Skalenniveau beruht auf dem Transtheoretischen Modell (TTM) bezogen auf organisationale Veränderungen und ermöglicht eine Bewertung des Implementierungsgrades von kRM (Briner et al. 2010; Prochaska et al. 2001) (z.B. „noch nicht damit befasst“, „diskutiert, aber keine Umsetzungspläne“, „Umsetzung in den nächsten 12 Monaten geplant“, „unsystematisch umgesetzt“, „systematisch umgesetzt“ und zusätzlich „bewusst dagegen entschieden“), welches, wo immer möglich, angepasst wurde.

Die Anpassungen des Fragebogens an die neu geltenden Rahmenbedingungen und der Abgleich mit internationalen Normen erfolgten aufgrund von Literaturanalysen zu den aktuellen kRM-Entwicklungen und relevanten Bewertungsinstrumenten sowie in enger Zusammenarbeit mit einer kRM-Expertengruppe (AG Risikomanagement der

GQMG), die verschiedene Versionen des Fragebogens begutachtete und vorab prüfte.

So sind 2015 neue Items hinzugekommen, welche 2010 noch nicht abgefragt wurden. Mittels eines Abgleichs von internationalen Normen wurden Risikobewertungs- und Risikobewältigungsmaßnahmen (Einsatz von Verfahren zur Ereignisanalyse, Einsatz von Verfahren zur prospektiven Risikoanalyse, Einsatz dialogorientierter Verfahren, Zusammenführung von Analyseergebnissen, die auf den verschiedenen Risiko-Informationsquellen beruhen, für eine Gesamtanalyse, Einbindung von klinischem Fachpersonal zur Reduktion von Arzneimittelnebenwirkungen, Umsetzung von systematischen MRSA-Screening von Risikopatienten, konsequente Umsetzung von bundle interventions und Umsetzung von Maßnahmen zur Früherkennung von Patienten mit Komplikationen) ergänzt.

Darüber hinaus wurden durch Literaturrecherchen weitere Risikoschwerpunkte wie Notfallaufnahme, Personalkompetenz und Demenzsensitivität identifiziert.

Eine weitere Anpassung war die Teilung von Items, bei denen mehr als eine Information abgefragt wurde (Dekubitus- und Wundmanagement, interne und externe Risiko-Audits, Analyse von Daten zur Abrechnung oder externen Qualitätssicherung).

Des Weiteren wurden die Items entlang des Risikomanagementprozesses sortiert: Strategie, Strukturen und Prozesse, Risikobeurteilung (Risikoidentifikation, Risikoanalyse und Risikobewertung) mit einem Schwerpunkt zu Critical Incident Reporting, Risikobewältigungsmaßnahmen und Überwachung von klinischen Risiken. Um den Unterstützungsbedarf der Einrichtungen ermitteln zu können, wurde weiterhin nach Verbesserungspotentialen, Fortbildungsbedarf und Risikoschwerpunkten gefragt.

#### Auswertung und Ergebnisdarstellung

Die nachfolgenden Ergebnisse sind Zusammenfassungen aus den Antworten des vorgestellten Fragebogens. Es liegen also Selbstausskünfte der befragten kRM-Verantwortlichen vor. Wenn bei der Darstellung der Ergebnisse z.B. vermerkt ist „die Einrichtungen haben folgende Maßnahme systematisch umgesetzt“, dann bedeutet dies stets, dass die jeweiligen Teilnehmer angeben, diese systematisch umgesetzt zu haben.

Die Auswertung der Antworten erfolgte mittels Microsoft Office Excel 2010 und IBM SPSS 22.

Bei der graphischen oder tabellarischen Darstellung der Ergebnisse werden in Abhängigkeit von der Fragestellung die Gesamtantworten der Stichprobe dargestellt und die Verteilung nach Krankenhausart (Universitätsklinik, Allgemeinkrankenhaus, Fachkrankenhaus, Psychiatrie, Rehaklinik und Andere) angegeben. Zu beachten ist, dass bei der Filterung nach Krankenhausart über die Gruppe „Andere“ zwar berich-

tet, sie aufgrund der geringen Anzahl (n=5 bis n=6) jedoch nicht stark gewichtet und bei weiteren Gruppenvergleichen nicht diskutiert wird.

Einleitend fasst für jedes Kapitel ein kurzer Text die wesentlichen Ergebnisse zusammen. Abhängig von dem Aussagegehalt werden die Ergebnisse sowohl gegliedert nach Krankenhausart als auch nach Bettengröße (1 bis 49 Betten, 50 bis 299 Betten, 300 bis 599 Betten und ab 600 Betten) diskutiert. Da diese beiden Variablen jedoch nicht als voneinander unabhängig zu betrachten sind und die meisten Unterschiede bei der Betrachtung nach Krankenhausart deutlich werden, steht diese Betrachtungsweise im Vordergrund.

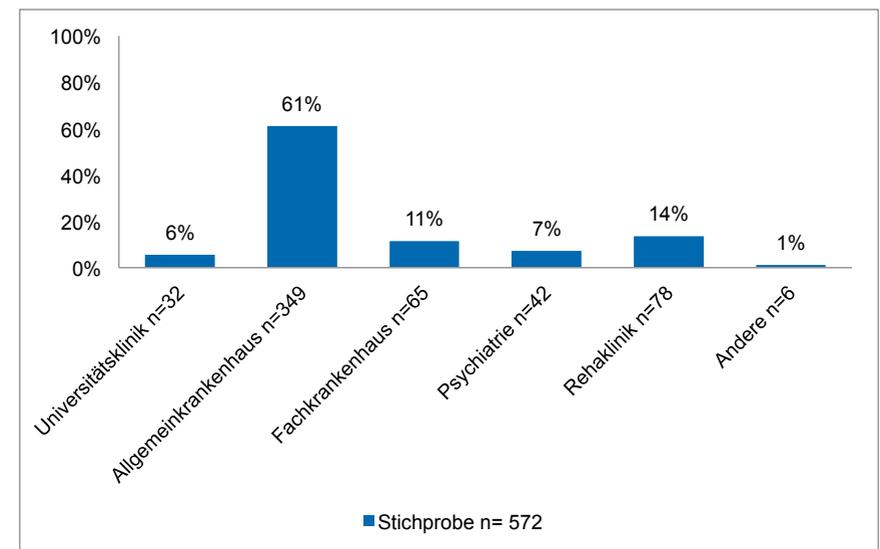
## 4 Ergebnisse

### 4.1 Stichprobe/Teilnehmer

An dieser Befragung nahmen 572 Krankenhäuser und Rehabilitationskliniken teil. Der Rücklauf in Höhe von 22 % entspricht der Verteilung der Grundgesamtheit über die Bundesländer Deutschlands und ist ca. zu je einem Drittel öffentlich (29 %), privat (38 %) und frei-gemeinnützig (32 %). Hinsichtlich der Einrichtungsgröße zeigte sich, dass 20 % der Teilnehmer Einrichtungen mit mehr als 600 Betten waren, 29 % Einrichtungen mit 300 bis 599 Betten, 48 % mit 50 bis 299 Betten und 3 % kleine Häuser mit weniger als 50 Betten.

Für eine übersichtliche Darstellung der Verteilung nach Krankenhausart siehe Abb. 4.1 a. Unter „Andere“ sind Bundeswehrkrankenhäuser und Einrichtungen zusammengefasst, die aufgrund ihrer besonderen Ausprägung nicht eindeutig den Krankenhausarten Universitätsklinik, Allgemeinkrankenhaus, Fachkrankenhaus, Psychiatrie oder Rehaklinik zugeordnet werden können.

#### 4.1 a Zusammensetzung der Stichprobe nach Krankenhausart

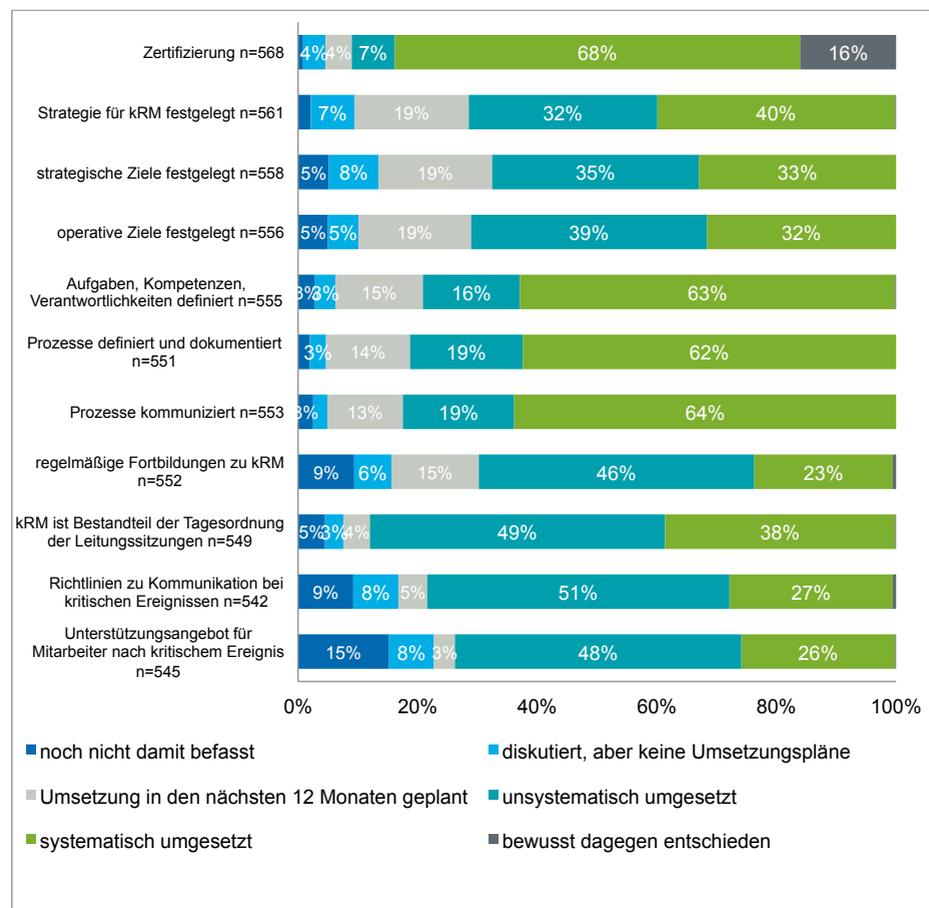


## 4.2 Befragungsergebnisse

### 4.2.1 Strategien und Ziele des klinischen Risikomanagements (kRM)

In Abbildung 4.2.1 a ist die Verteilung der Antworten zu diesem Themenkomplex über alle teilnehmenden Einrichtungen zusammengefasst dargestellt. Eventuelle Unterschiede für Einrichtungen unterschiedlicher Krankenhausart werden im nachfolgenden Text für die einzelnen Fragen des Themenkomplexes ausgeführt und in den Abbildungen 4.2.1 a bis 4.2.1 n im Einzelnen dargestellt. Unterschiede zwischen Einrichtungen unterschiedlicher Bettengröße zeigten sich nicht für alle Fragen und sind teilweise konfundiert mit der Krankenhausart. Entsprechend wird, sofern diesbezüglich Unterschiede bestehen, jeweils im Text darauf hingewiesen.

#### 4.2.1 a Strategien und Ziele des kRM – Gesamtübersicht



Aus der Befragung ging hervor, dass ein Großteil der teilnehmenden Einrichtungen zertifiziert war, wobei 68 % der Antwortenden angaben diese Zertifizierung innerhalb des Hauses systematisch umgesetzt zu haben, 7 % hingegen gaben an, dies unsystematisch umgesetzt zu haben, was darauf hinweisen könnte, dass noch nicht alle vorgesehenen Abteilungen an den Zertifizierungsprozess angeschlossen waren. Wenige Häuser gaben an, dass die Umsetzung in den nächsten 12 Monaten geplant sei (4 %). Diskutiert aber keine Umsetzungspläne hatten 4 %, noch nicht damit befassten sich 1 % der Häuser. Dem gegenüber standen 16 %, die sich bewusst gegen eine Zertifizierung entschieden.

Eine verbindliche, schriftlich festgelegte Strategie für das kRM hatten knapp zwei Drittel der teilnehmenden Häuser. Bei Betrachtung der Verteilung über Krankenhausarten, ergab sich folgendes Bild: 88 % aller teilnehmenden Rehakliniken, 71 % der Psychiatrien, 71 % der Allgemeinkrankenhäuser, 64 % der Fachkrankenhäuser und 55 % der Universitätsklinika setzten eine verbindliche, schriftlich festgelegte Strategie um (systematisch und unsystematisch). Nur wenige Häuser gaben an, sich noch nicht mit der Implementierung einer schriftlichen Strategie beschäftigt zu haben (s. Abb. 4.2.1 c).

Ähnlich war es auch, wenn die strategischen Ziele für das kRM betrachtet wurden: 79 % aller teilnehmenden Rehakliniken legten diese verbindlich und schriftlich fest. Ebenso verhielt es sich bei den weiteren Teilnehmern. So setzten 69 % der Allgemeinkrankenhäuser, 63 % der Fachkrankenhäuser, 58 % der Universitätsklinika sowie 57 % der Psychiatrien verbindliche, schriftlich festgelegte strategische Ziele um (s. Abb. 4.2.1 d).

Verbindliche, schriftlich festgelegte operative Ziele setzten 83 % der teilnehmenden Rehakliniken, 72 % der Allgemeinkrankenhäuser, 66 % der Fachkrankenhäuser, 65 % der Universitätsklinika sowie 60 % der Psychiatrien systematisch bzw. unsystematisch um (s. Abb. 4.2.1 e).

Regelmäßige Fortbildungen zum kRM boten 69 % der teilnehmenden Einrichtungen an (s. Abb. 4.2.1 a). Gegliedert nach Krankenhausart führten 82 % der Rehakliniken, 70 % der Psychiatrien, 69 % der Allgemeinkrankenhäuser, 65 % der Universitätsklinika und 61 % der Fachkrankenhäuser Fortbildungen zum kRM regelmäßig durch (s. Abb. 4.2.1 j). Detaillierte Angaben zu den Zielgruppen der Fortbildungen sind Tabelle 4.2.1 k zu entnehmen.

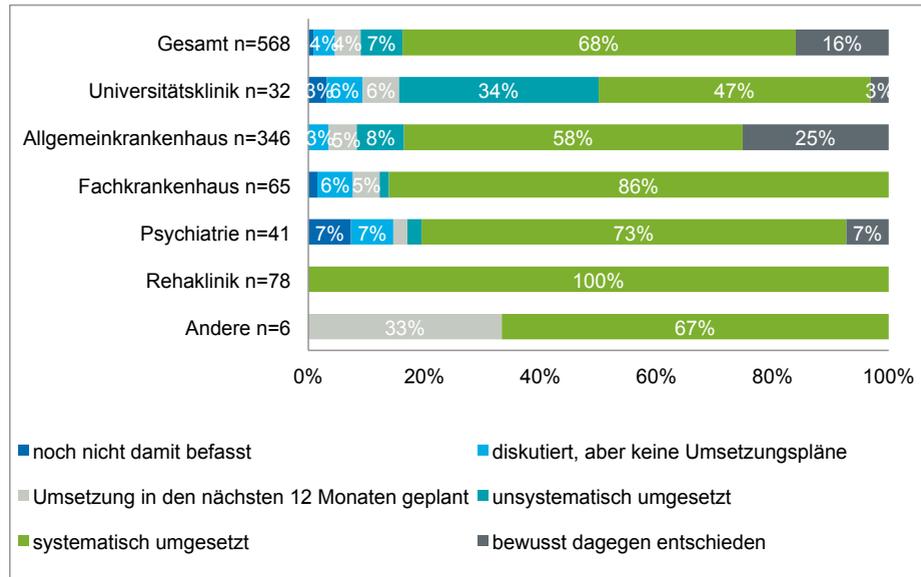
KRM und Fragen der Patientensicherheit als fester Bestandteil der Tagesordnung für die Sitzungen der Einrichtungsleitung waren bereits bei 88 % der Krankenhäuser und Rehakliniken umgesetzt (s. Abb. 4.2.1 a). Klassifiziert nach Krankenhausart zeigten sich bei den meisten Gruppen keine Unterschiede (über 80 % gaben an, dass kRM regelmäßig Thema bei Einrichtungsleitungssitzungen sei) (s. Abb. 4.2.1 l).

Hinsichtlich der Implementierung von Richtlinien, die sicherstellen, dass Patienten offen und proaktiv über kritische Ereignisse oder Fehler während ihrer Behandlung informiert werden, zeigte sich, dass 78 % der teilnehmenden Einrichtungen solche Richtlinien umsetzten (s. Abb. 4.2.1 a.). Strukturiert nach Krankenhausart zeigte sich, dass 86 % der Universitätsklinika die Richtlinien umsetzten, 80 % der Allgemeinkrankenhäuser, 79 % der Rehakliniken, 72 % der Fachkrankenhäuser und 66 % der Psychiatrien (s. Abb. 4.2.1 m).

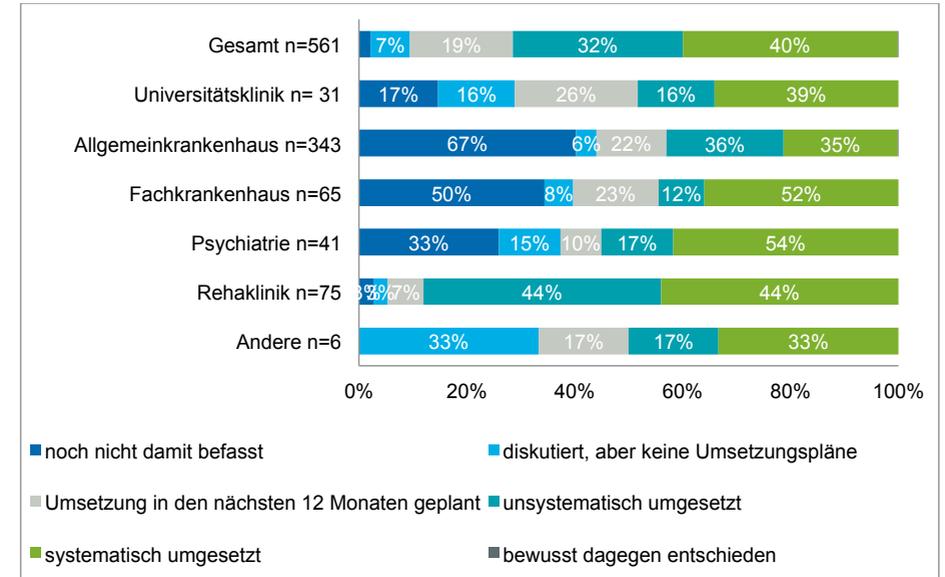
Ein Unterstützungsangebot für alle involvierten Mitarbeiter nach einem kritischen Ereignis oder Fehler im Behandlungsverlauf setzten nur 26 % der teilnehmenden Häuser systematisch um und weitere 48 % unsystematisch. Deutliche Unterschiede ergaben sich für die Krankenhausart. 71 % der teilnehmenden Psychiatrien setzten solche Angebote bereits systematisch um und weitere 18 % unsystematisch. Damit lagen sie in diesem Aspekt deutlich vor anderen Krankenhausarten (s. Abb. 4.2.1 n).

Die nachfolgenden Abbildungen 4.2.1 b bis 4.2.1 n stellen die einzelnen Fragen des Themenkomplexes gegliedert nach den unterschiedlichen Krankenhausarten dar.

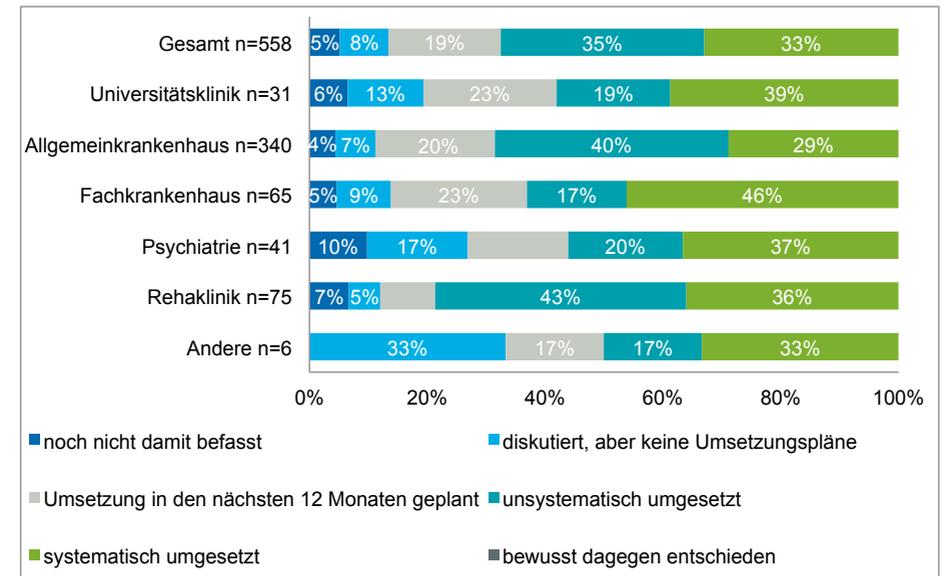
#### 4.2.1 b Ist Ihr Haus zertifiziert?



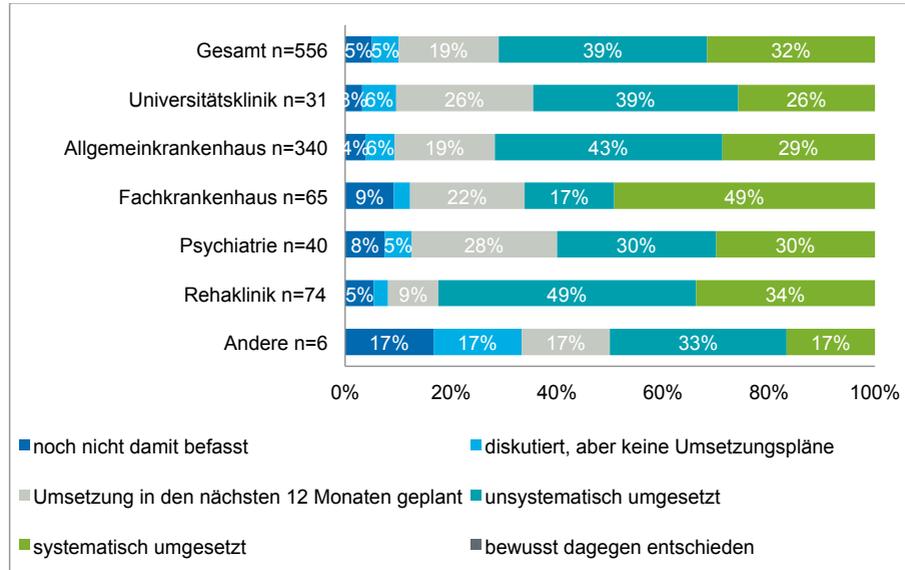
#### 4.2.1 c Gibt es für Ihre Einrichtung eine verbindliche, schriftlich festgelegte Strategie für das kRM?



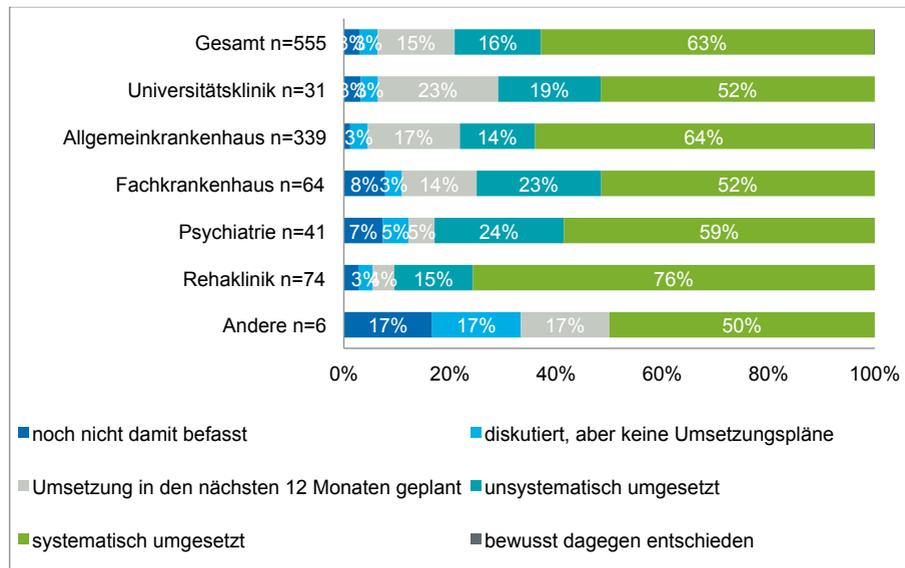
#### 4.2.1 d Gibt es für Ihr Haus verbindliche, schriftlich festgelegte strategische Ziele für das kRM?



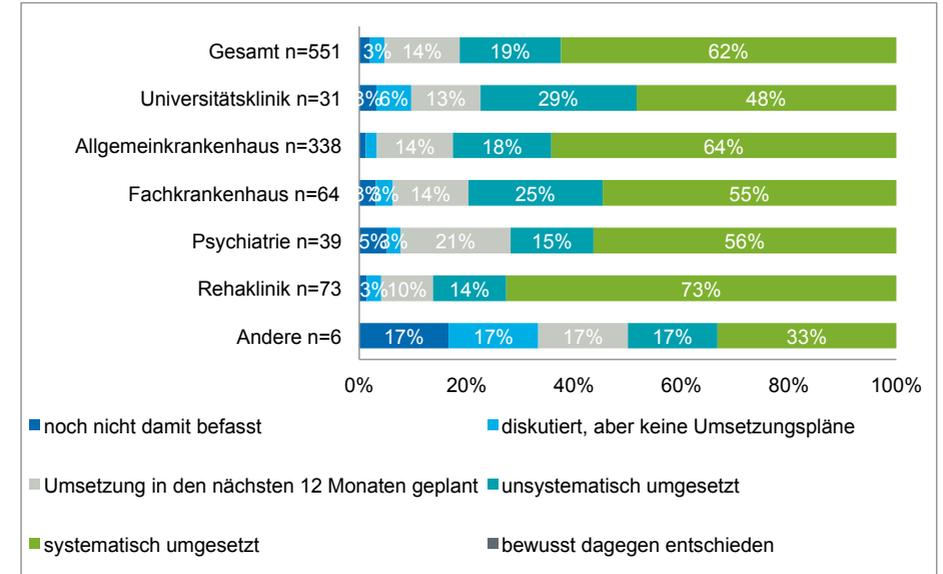
**4.2.1 e** Gibt es für das kRM in Ihrem Haus verbindliche, schriftlich festgelegte operative Ziele?



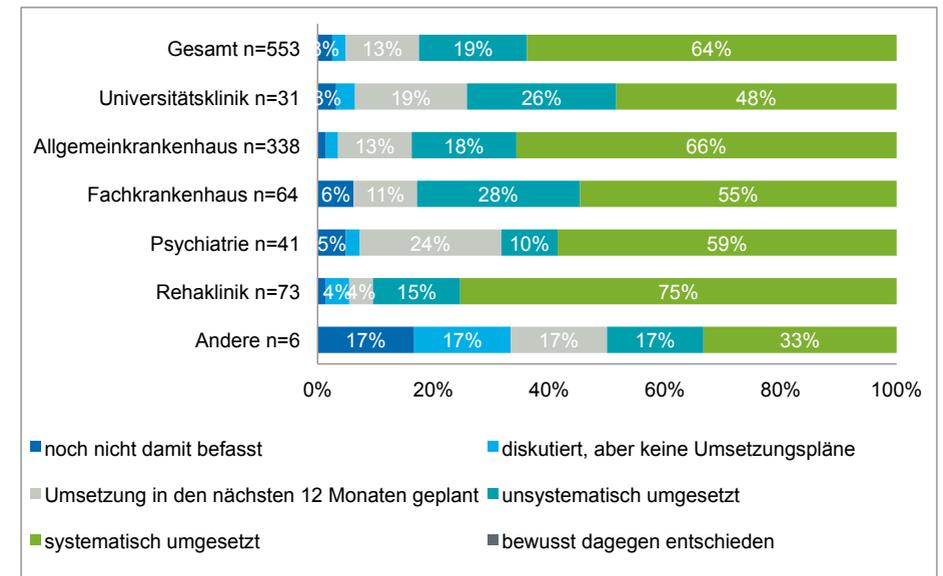
**4.2.1 f** Sind Aufgaben, Kompetenzen und Verantwortlichkeiten im kRM in Ihrer Einrichtung klar definiert, dokumentiert und Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern verbindlich zugeordnet?



**4.2.1 g** Sind die Prozesse des kRM (Verfahrensweisungen, Abläufe etc.) definiert und dokumentiert?



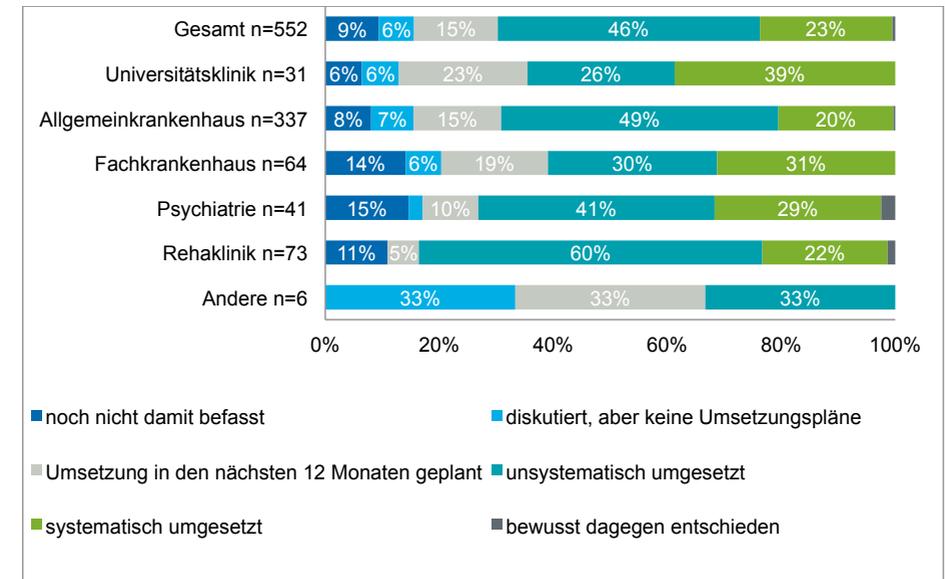
**4.2.1 h** Sind die Prozesse des kRM (Verfahrensweisungen, Abläufe, Zuständigkeiten etc.) den involvierten Mitarbeitern kommuniziert?



**4.2.1 i Wenn die Kommunikation der Prozesse des kRM bereits umgesetzt ist, geben Sie bitte an, für welche Mitarbeitergruppen dies zutrifft. (Mehrfachantworten möglich; max. neun)**

	Universitätsklinik n=25	Allgemein- kranken- haus n=288	Fachkran- kenhaus n=53	Psychiat- rie n=29	Rehakli- nik n=66	Andere n=3	Gesamt n=464
Ärztlicher Dienst	24	277	49	27	65	2	444
Pflege- dienst	23	276	51	28	62	3	443
Psycholo- gischer Dienst	12	80	25	25	23	1	166
Therapeu- tischer Dienst	15	143	42	26	35	3	264
Verwal- tungsmit- arbeiter	17	233	44	23	57	3	377
Transport- dienst	13	92	23	16	17	2	163
Reini- gungs- dienst	12	84	29	14	23	2	164
Techni- scher Dienst	16	133	39	1	26	2	234
Andere	3	21	8	3	10	0	45

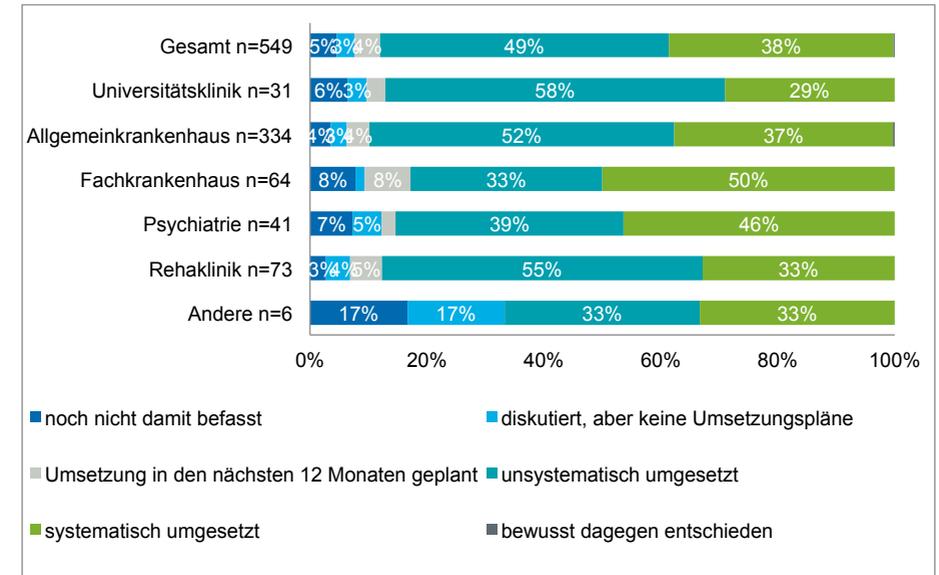
**4.2.1 j Werden regelmäßig Fortbildungen zum kRM angeboten?**



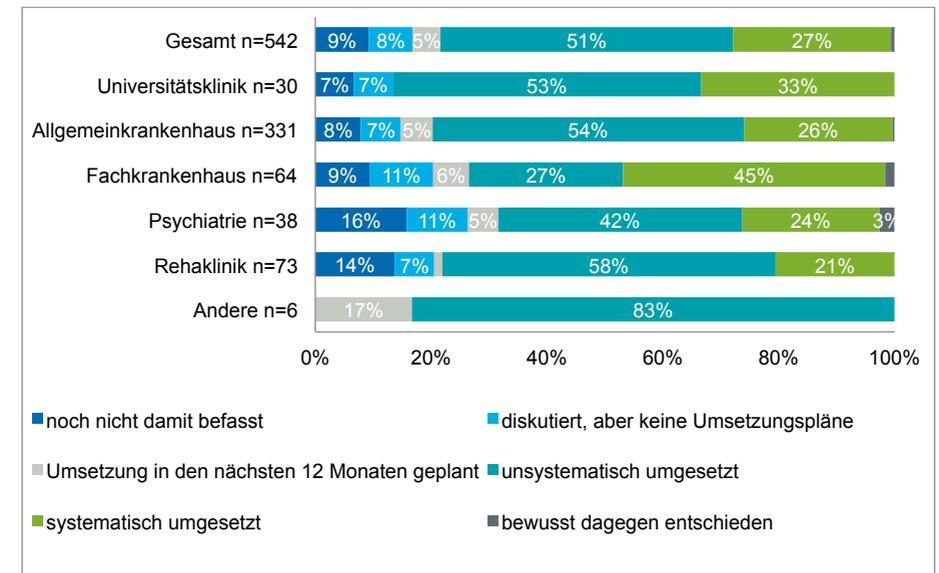
**4.2.1 k** Wenn regelmäßig Fortbildungen für kRM angeboten werden, geben Sie bitte an, für welche Mitarbeitergruppen dies zutrifft. (Mehrfachantworten möglich; max. 9)

	Universitätsklinik n=21	Allgemein- kranken- haus n=235	Fach- kranken- haus n=41	Psychiat- rie n=30	Reha- klinik n=60	Andere n=2	Gesamt n=389
Ärztlicher Dienst	19	223	34	25	57	1	359
Pflegedienst	19	223	37	25	55	2	361
Psychologischer Dienst	10	138	16	25	42	1	232
Therapeutischer Dienst	11	182	29	25	53	1	301
Verwaltungsmitarbeiter	13	165	30	19	48	2	277
Transportdienst	7	133	17	10	41	0	208
Reinigungsdienst	7	130	18	11	44	0	210
Technischer Dienst	9	155	26	15	47	0	252
Andere	6	17	4	5	6	0	38

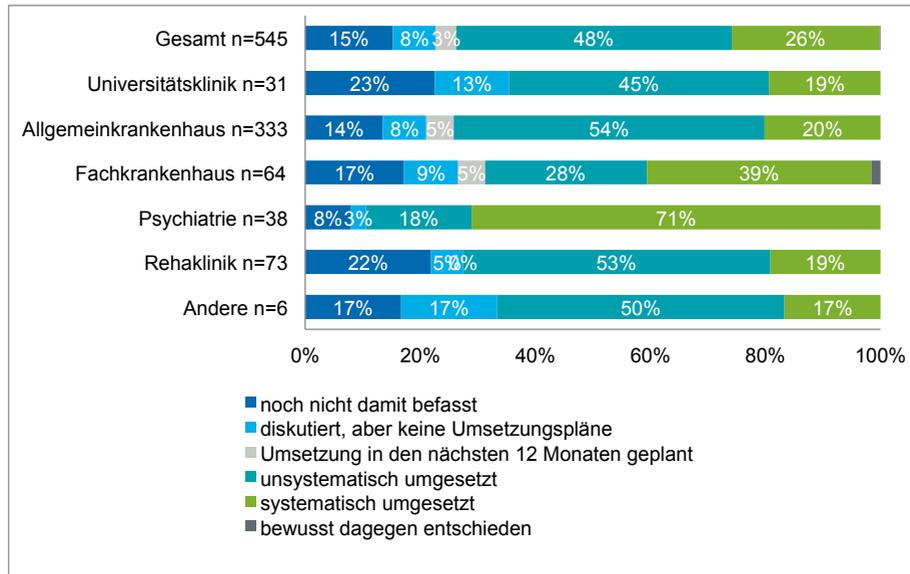
**4.2.1 l** Sind kRM und Fragen der Patientensicherheit fester Bestandteil der Tagesordnung für die Sitzungen der Einrichtungsleitung?



**4.2.1 m** Werden die Richtlinien, die sicherstellen, dass Patienten offen und proaktiv über kritische Ereignisse oder Fehler während ihrer Behandlung informiert werden, konsequent umgesetzt?



**4.2.1 n Gibt es ein Unterstützungsangebot für alle involvierten Mitarbeiter nach einem kritischen Ereignis oder Fehler im Behandlungsverlauf (z.B. systematisches Debriefing oder psychologische Unterstützung)?**



**4.2.2 Strukturen des klinischen Risikomanagements (kRM)**

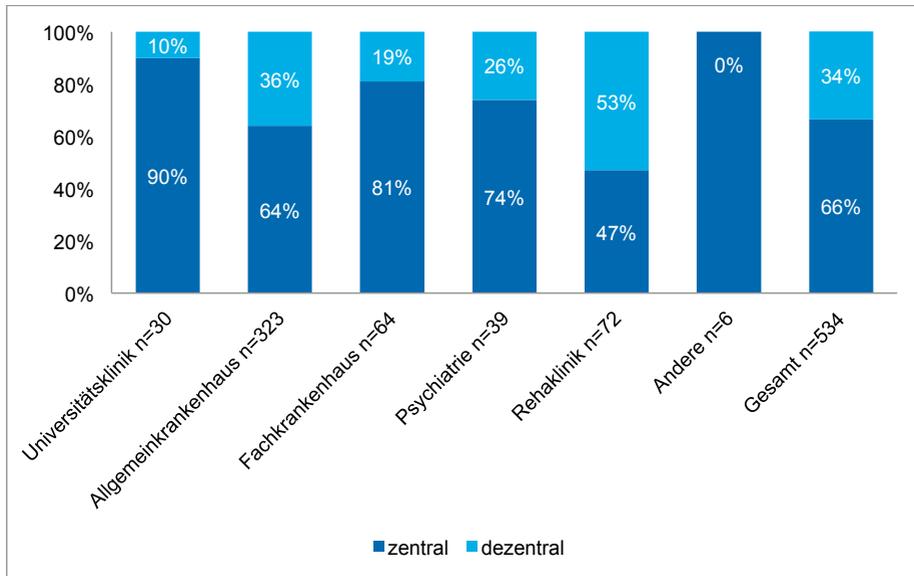
**4.2.2 a Wie viele Personen arbeiten momentan im kRM in Ihrer Einrichtung?**

Krankenhausart	n	Mittelwert	Standardabweichung
Universitätsklinik	28	4,04	4,15
Allgemeinkrankenhaus	288	5,89	6,69
Fachkrankenhaus	52	4,48	5,82
Psychiatrie	32	4,41	6,97
Rehaklinik	62	4,81	4,68
Andere	5	3,60	3,13
<b>Gesamt</b>	<b>467</b>	<b>5,35</b>	<b>6,24</b>

In Tabelle 4.2.2 a ist die Anzahl der Personen, die zur Zeit der Befragung im kRM der teilnehmenden Häuser der jeweiligen Krankenhausart arbeiteten, dargestellt. Dementsprechend zeigten sich folgende Verteilungen: Im Gesamtdurchschnitt arbeiteten fünf Personen im kRM bei einer Standardabweichung von 6. Gegliedert nach Krankenhausarten gab es keine deutlichen Unterschiede. Hierbei ist nicht berücksichtigt, mit wie viel Stellenprozent die Personen beschäftigt waren (Anmerkung: Dies wurde erfragt, aber nicht in ausreichender Qualität ausgefüllt, um eine sinnvolle Analyse gewährleisten zu können.).

Im Hinblick auf die Bettengrößeklasse zeigte sich eine ähnliche Verteilung, wobei hier der Mitarbeiterdurchschnitt im kRM unabhängig von der Größe der Einrichtung eher bei 5 bis 6 Personen lag. Die Standardabweichungen schwankten dabei zwischen 5 (50 bis 299 Betten) und 9 (ab 600 Betten).

#### 4.2.2 b Wie ist das kRM in Ihrer Einrichtung organisiert?



Ein zentral organisiertes kRM zu haben, gaben rund 66 % der Teilnehmer an, rund 34 % gaben an, ein dezentral organisiertes kRM zu haben. Wie aus Abbildung 4.2.2 b hervorgeht, war das kRM zentral bei 90 % der Universitätskliniken, 81 % der Fachkrankenhäuser, 74 % der Psychiatrien und 64 % der Allgemeinkrankenhäuser organisiert. Ein dezentral organisiertes kRM zu haben, gaben rund 53 % der Rehakliniken an.

Betrachtet nach der Bettengröße der Häuser zeigte sich im Trend, dass die größeren Häuser häufiger ein zentral geführtes kRM hatten als kleinere Häuser (zentrales kRM: 74 % ab 600 Betten, 72 % 300 bis 599 Betten, 63 % 50 bis 299 Betten und 42 % kleine Häuser mit weniger als 50 Betten).

Folgende vier Fragen wurden nur Einrichtungen gestellt, welche angaben, ein zentral organisiertes kRM zu haben (Abbildungen 4.2.2 c bis 4.2.2 f).

#### 4.2.2 c An welchem Risikomanagementsystem orientiert sich Ihr zentrales Risikomanagement? (Mehrfachantworten möglich; max. fünf)

Krankenhausart	DIN EN ISO 31000	DIN EN ISO 15224	ONR 49000	Keine Orientierung an vorhandenem System	Keines der genannten
Universitätsklinik n=27	9	3	13	6	4
Allgemeinkrankenhaus n=206	40	41	61	62	34
Fachkrankenhaus n=52	8	9	4	21	15
Psychiatrie n=29	4	1	3	15	6
Rehaklinik n=32	2	7	3	13	9
Andere n=5	0	1	0	2	2
<b>Gesamt n=351</b>	<b>63</b>	<b>62</b>	<b>84</b>	<b>119</b>	<b>70</b>

Für diese Frage lagen Antworten von 351 der 355 Einrichtungen vor, die angaben, ein zentral geführtes kRM zu haben. 119 Häuser gaben an, sich an keinem vorhandenen Risikomanagementsystem zu orientieren. 84 Mal wurde angegeben sich an der ONR 49000, 62 Mal an der DIN EN ISO 15224 und 63 Mal an der DIN EN ISO 31000 zu orientieren. Des Weiteren wurde 70 Mal angegeben, sich an keinem der genannten Risikomanagementsysteme zu orientieren (s. Tabelle 4.2.2 c).

**4.2.2 d Wie ist das zentrale kRM-Team organisatorisch in Ihrer Einrichtung eingegliedert? (Mehrfachantworten möglich; max. fünf)**

Krankenhausart	Eine Stabstelle der Leitung	Der Leitung direkt unterstellt	Mitglied der Leitung	Anderem Fachbereich unterstellt	Andere Einbindung in die Organisation
Universitätsklinik n=27	15	5	3	6	6
Allgemeinkrankenhaus n=206	130	50	32	33	26
Fachkrankenhaus n=52	26	16	15	6	5
Psychiatrie n=29	18	3	2	1	5
Rehaklinik n=32	19	11	11	2	6
Andere n=5	3	1	0	0	1
<b>Gesamt n=351</b>	<b>211</b>	<b>86</b>	<b>63</b>	<b>48</b>	<b>49</b>

Am häufigsten wurde angegeben, das zentrale kRM sei eine Stabstelle der Leitung (211 Nennungen). 86 Mal ist das zentrale kRM der Leitung direkt unterstellt und 63 Mal Mitglied der Leitung. Zu beachten ist hierbei, dass es sich nicht um Ausschlüsse handelte, somit könnte das zentrale kRM sowohl eine Stabstelle der Leitung sein als auch der Leitung direkt unterstellt sein. 48 Mal wurde angegeben, dass das kRM einem anderen Fachbereich (Ärztliche Direktion, Pflegedirektion, Kaufmännische Leitung etc.) unterstellt wäre. Auch war eine andere Einbindung in die Organisation möglich (49 Nennungen) (s. Tabelle 4.2.2 d).

**4.2.2 e Welche beruflichen Hintergründe sowie Aus- und Weiterbildungen bringen Sie persönlich und ggf. die Mitglieder des zentralen kRM-Teams in die Arbeit ein? (Mehrfachantworten möglich; max. elf)**

	Universitätsklinik n=27	Allgemeinkrankenhaus n=206	Fachkrankenhaus n=52	Psychiatrie n=29	Rehaklinik n=32	Andere n=5	Gesamt n=351
Approbation	18	66	18	10	9	2	123
Facharzt	20	82	22	9	12	1	146
Examierte Pflegekraft	22	125	27	16	11	2	203
Medizinisch-technische Ausbildung	3	9	7	3	2	0	30
Medizinisch-therapeutische Ausbildung	1	10	5	4	9	1	30
Studium der Pflegewissenschaft	12	42	11	5	4	2	76
Betriebswirtschaftliche Aus-/Weiterbildung	16	98	24	14	11	3	166
Psychologische Aus-/Weiterbildung	4	12	4	8	5	0	33
Weiterbildung im kRM	22	105	19	11	9	1	167
Weiterbildung im Qualitätsmanagement	26	178	41	22	30	0	297
Andere	7	57	14	5	10	2	95

Aus Tabelle 4.2.2 e geht hervor, aus welchen Professionen sich das zentrale kRM-Team zusammensetzte, bzw. welche Aus- und Weiterbildungen die kRM Verantwortlichen hatten. Am häufigsten waren MedizinerInnen vertreten (wobei hier zwischen ausgebildeten FachärztInnen (146 Nennungen) und MedizinerInnen ohne Facharztweiterbildung (Approbation; 123 Nennungen) unterschieden wurde) und Pflegekräfte (203 Nennungen). Darüber hinaus zeigte sich, dass viele Mitarbeiter eine Weiterbildung im Qualitätsmanagement (297 Nennungen) oder im Risikomanagement (167 Nennungen) absolviert hatten oder auch eine betriebswirtschaftliche Aus- oder Weiterbildung (166 Nennungen) hatten. Weniger häufig wurde angegeben, dass die Mitarbeiter im zentralen kRM einen akademischen Pflegehintergrund (76 Nennungen)

und noch seltener eine medizinisch-technische Ausbildung (30 Nennungen), eine medizinisch-therapeutische Ausbildung (30 Nennungen) oder eine psychologische Aus- oder Weiterbildung (33 Nennungen) hatten. Bezogen auf Unterschiede zwischen den Krankenhausarten zeigte sich, dass Allgemeinkrankenhäuser einen besonders großen Anteil Mitarbeiter im zentralen kRM-Team mit einer Weiterbildung im Qualitätsmanagement aufwiesen. Die verbleibenden Krankenhausarten zeigten durchweg ähnliche Verteilungen.

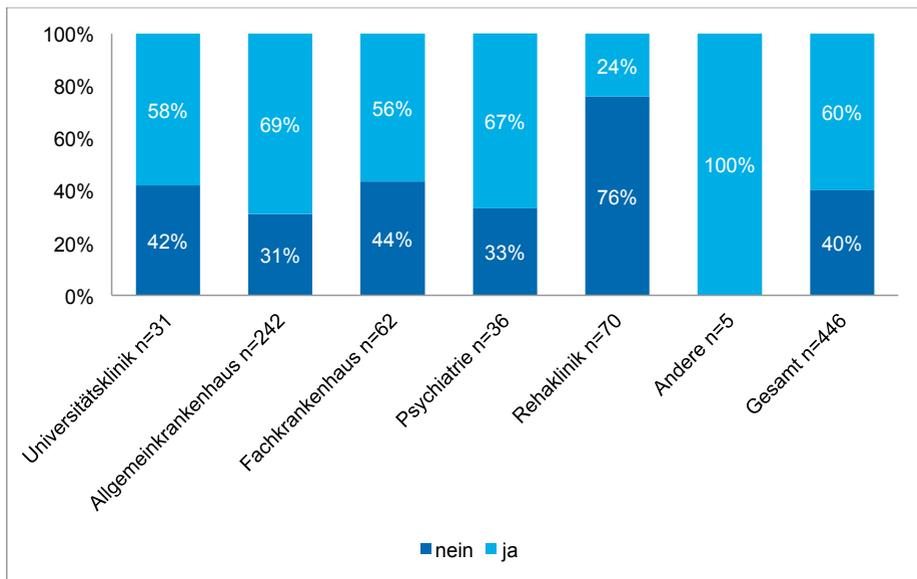
**4.2.2 f Welche Kompetenzen planen Sie in den nächsten Monaten in Ihrem zentralen kRM-Team zu verstärken oder neu zu integrieren? (Mehrfachantworten möglich; max. elf)**

	Universitätsklinik n=27	Allgemein- kranken- haus n=206	Fach- kranken- haus n=52	Psychiatrie n=29	Reha- klinik n=32	Andere n=5	Gesamt n=351
Approbation	3	3	0	0	1	1	8
Facharzt	5	14	5	0	4	1	29
Examierte Pflegekraft	2	14	3	0	4	1	24
Medizinisch-technische Ausbildung	1	2	0	0	1	0	4
Medizinisch-therapeutische Ausbildung	0	3	0	1	3	0	7
Studium der Pflegewissenschaft	1	7	0	0	0	0	8
Betriebswirtschaftliche Aus-/Weiterbildung	0	1	1	1	1	0	4
Psychologische Aus-/Weiterbildung	1	2	2	0	2	1	8
Weiterbildung im kRM	14	81	18	8	8	3	132
Weiterbildung im Qualitätsmanagement	11	28	8	3	1	1	52
Andere	1	11	1	0	2	0	15
Keine Erweiterung geplant	10	92	26	19	16	2	165

186 Einrichtungen planten ihr zentrales kRM-Team in den nächsten Monaten um weitere Kompetenzen zu verstärken. Dabei zeigte sich, dass ein hoher Bedarf an Weiterbildungen im kRM (132 Nennungen) und Qualitätsmanagement (52 Nennungen) gesehen wird. Weiter verfolgten sie das Ziel, Fachärzte (29 Nennungen) und examinierte Pflegefachkräfte (24 Nennungen) vermehrt ins zentrale kRM Team zu integrieren (s. Tabelle 4.2.2 f). Bei Betrachtung nach Krankenhausarten, ergab sich, dass vor allem Allgemeinkrankenhäuser durch eine Weiterbildung im kRM Verbesserung planten. Mit einem mittleren Anteil möchten Universitätsklinika und Fachkrankenhäuser die Weiterbildung im kRM erhöhen. Psychiatrien und Rehakliniken ver-

folgten dies weniger. 165 Einrichtungen hatten bislang nicht geplant ihr zentrales kRM-Team in den nächsten Monaten zu verstärken.

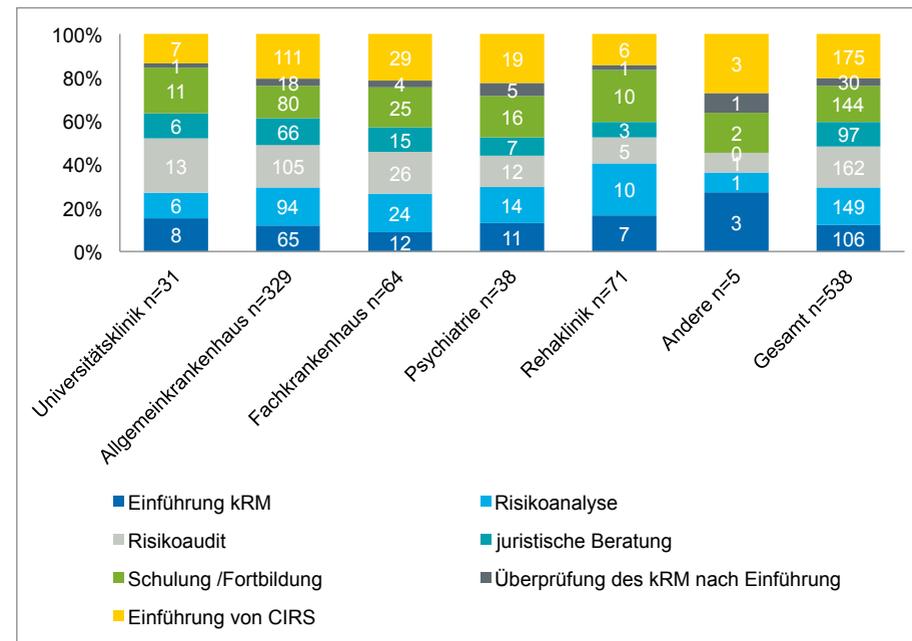
#### 4.2.2 g Hat sich Ihre Einrichtung in den letzten 5 Jahren in Bezug auf kRM jenseits von reiner Fortbildung professionelle Beratung und Unterstützung geholt?



Wird der Frage nachgegangen, ob sich die Einrichtungen in den letzten 5 Jahren in Bezug auf kRM jenseits reiner Fortbildung professionelle Beratung und Unterstützung geholt hätten, ergab sich nach einer Betrachtung der Krankenhausarten ein etwas uneinheitliches Bild (s. Abb. 4.2.2 g). Die meisten Einrichtungen gaben an, in den letzten 5 Jahren in Bezug auf kRM professionelle Beratung und Unterstützung eingeholt zu haben (60 %). Jedoch alle Universitätskliniken gaben an, sich professionelle Unterstützung eingeholt zu haben. Dem gegenüber standen die Rehakliniken, die diese Aussage mit 76 % verneinten (s. Abb. 4.2.2 g).

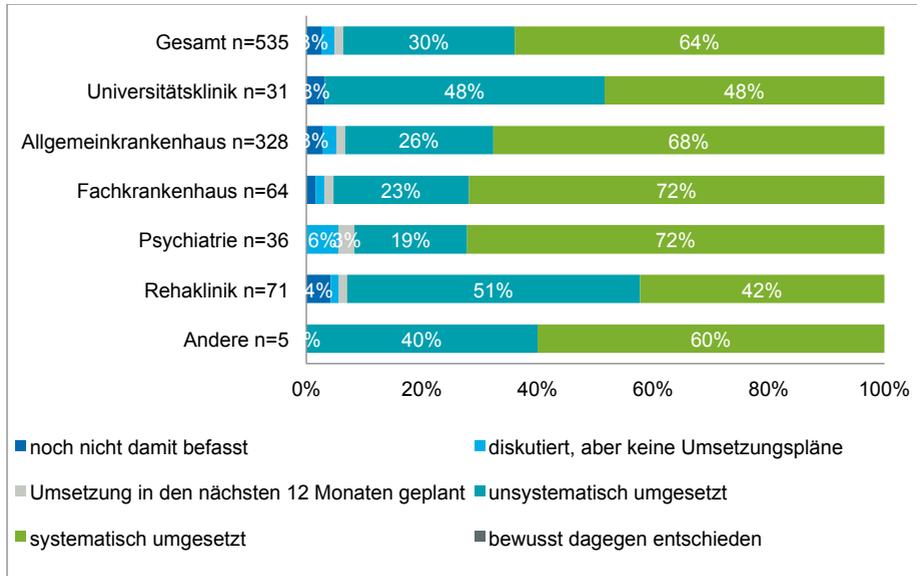
Bei Betrachtung nach der Bettenanzahl der Häuser, ergab sich, dass die größeren Häuser ab 300 Betten zu 65-71 % angaben, externe Beratung eingeholt zu haben. Mittlere bis kleinere Häuser gaben zu 54 % bzw. 42 % an, externe Unterstützung in Anspruch genommen zu haben.

#### 4.2.2 h Wobei haben Sie Unterstützung und Beratung durch externe Institutionen/Berater erhalten? (Mehrfachantworten möglich; max. sieben)



Hinsichtlich der Frage, bei welchen Themen die Einrichtungen externe Unterstützung und Beratung erhielten, nahmen sie diese am meisten bei der Einführung von CIRS (175 Nennungen) und am wenigsten bei der Überprüfung des kRM nach Einführung (30 Nennungen) in Anspruch (s. Abb. 4.2.2 h). Juristische Beratung holten sich 97 Einrichtungen ein und bei der Einführung von kRM holten sich 106 Einrichtungen Unterstützung ein. Bei den weiteren Themen wie Schulung/Fortbildung, Risikoaudit und Risikoanalyse verteilte es sich fast gleich (zwischen 144 und 162 Nennungen). Betrachtet nach verschiedenen Krankenhausarten ergaben sich keine auffälligen Unterschiede.

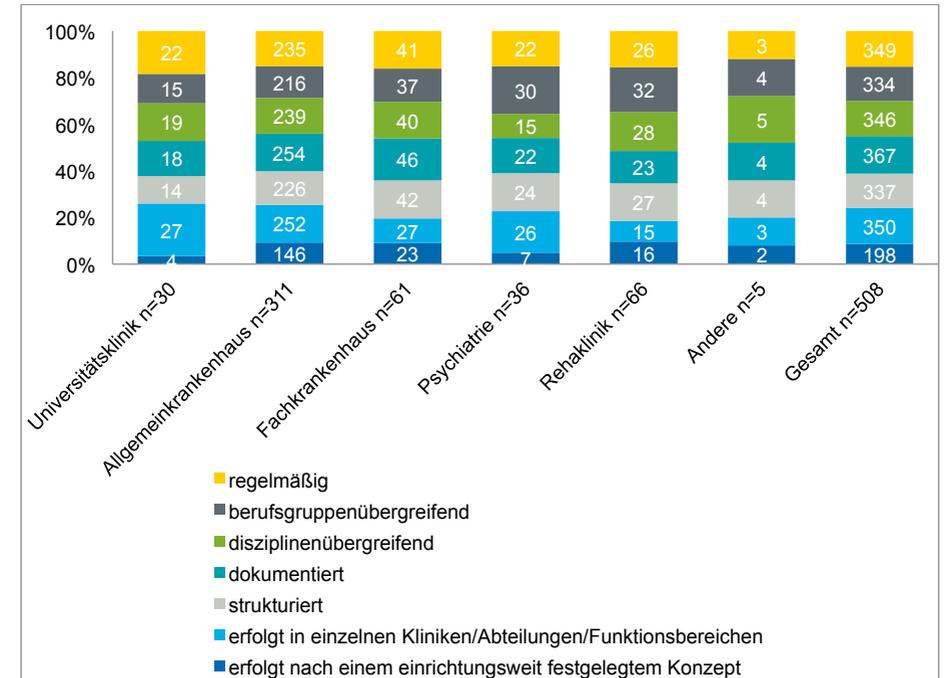
#### 4.2.2 i Gibt es in Ihrer Einrichtung Fallkonferenzen



Hinsichtlich der Durchführung von Fallkonferenzen (s. Abb. 4.2.2 i) zeigte sich unabhängig von der Krankenhausart ein hoher Verbreitungsgrad (Universitätsklinik 96 % bis Psychiatrie 91 %). Allerdings offenbarten sich deutliche Unterschiede zwischen den Krankenhausarten hinsichtlich des Grads an systematischer Umsetzung (72 % bis 42 %; resp. 51 % bis 19 % unsystematisch). Konkret war zu erkennen, dass Universitätsklinik und Rehakliniken, etwas häufiger angaben, Fallkonferenzen unsystematisch umgesetzt zu haben.

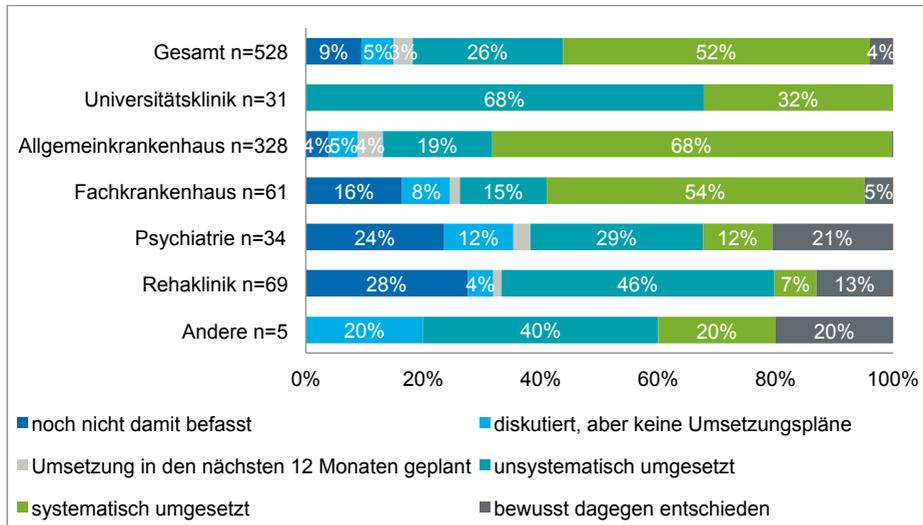
Hinsichtlich der Bettengrößenklassen zeigte sich, dass kleine Einrichtungen (1 bis 49 Betten) weniger häufig angaben, Fallkonferenzen durchzuführen (systematisch 43 % und unsystematisch 29 %).

#### 4.2.2 j Wenn Sie bereits Fallkonferenzen umgesetzt haben, wie finden solche statt? (Mehrfachantworten möglich; max. sieben)



Bei der Gestaltung der Fallkonferenzen ergab sich für alle Krankenhausarten ein recht einheitliches Bild, wobei die Durchführung von Fallkonferenzen nach einem einrichtungswest festgelegtem Konzept vergleichsweise wenig verbreitet war (198 von 507 Einrichtungen) und insbesondere in den Universitätsklinik und Allgemeinkrankenhäusern eine Durchführung in einzelnen Kliniken/Abteilungen/Funktionsbereichen Präferenz fand (s. Abb. 4.2.2 j).

#### 4.2.2 k Gibt es in Ihrer Einrichtung M&M-Konferenzen?

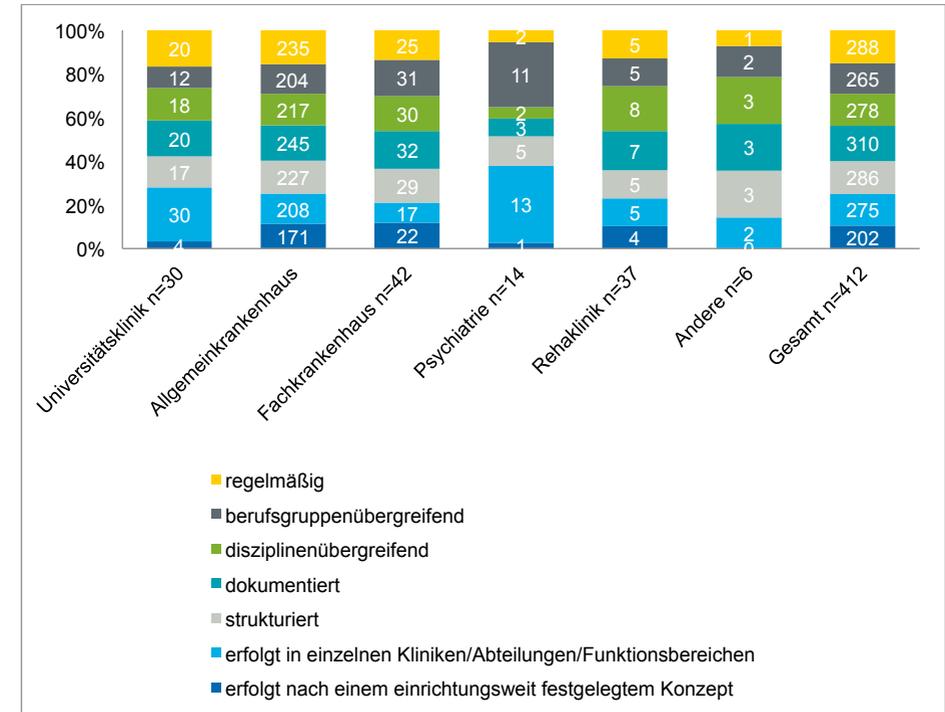


Bezüglich der Frage, ob Institutionen M&M-Konferenzen durchführten, bejahten 78 % der Teilnehmer dies (52 % systematisch bzw. 26 % unsystematisch umgesetzt) (s. Abb. 4.2.2 k).

Strukturiert nach Krankenhausart ergab sich ein uneinheitliches Bild. Die Universitätsklinika setzten M&M-Konferenzen zu 32 % systematisch bzw. zu 68 % unsystematisch um. Allgemeinkrankenhäuser und Fachkrankenhäuser zeigten ähnliche Verteilungen nach dem Umsetzungsgrad mit 68 % bzw. 54 % systematisch und 19 % bzw. 15 % unsystematisch. Psychiatrien entschieden sich mit 21 % und Rehakliniken mit 13 % bewusst gegen die Durchführung von M&M-Konferenzen.

Hinsichtlich der Anzahl an Betten zeigte sich, dass kleine Einrichtungen (1 bis 49 Betten) weniger häufig angaben, M&M-Konferenzen durchzuführen (systematisch 21 % und unsystematisch 14 %) als größere Häuser.

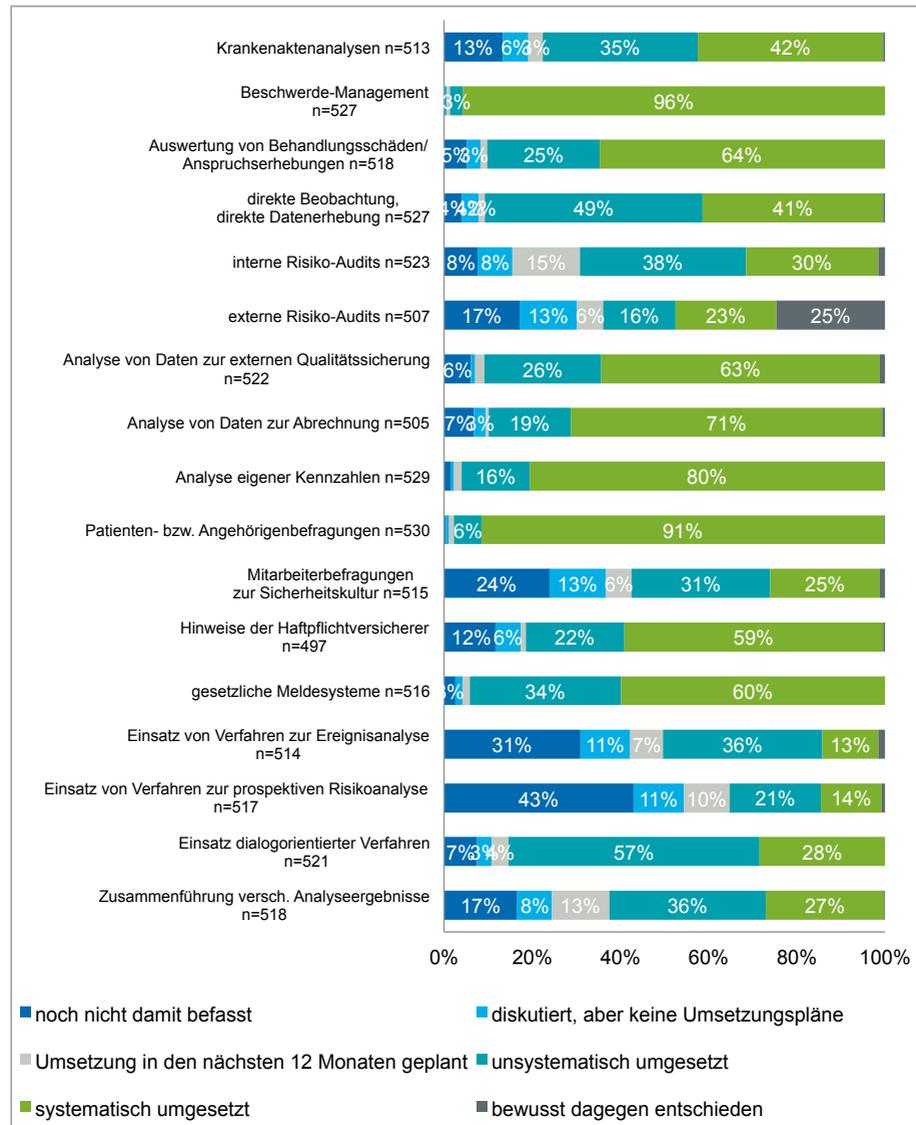
#### 4.2.2 l Wenn Sie bereits M&M-Konferenzen umgesetzt haben, wie finden solche statt? (Mehrfachantworten möglich; max. sieben)



Über alle Krankenhausarten betrachtet gab es deutliche Unterschiede hinsichtlich der Gestaltung von Morbiditäts-&Mortalitäts-Konferenzen (M&M-Konferenzen). Insbesondere Universitätsklinika und Psychiatrien verwiesen darauf, M&M-Konferenzen dezentral durchzuführen. Auch mehr als Dreiviertel der Psychiatrien gaben an, ihre M&M-Konferenzen berufsgruppenübergreifend zu gestalten (s. Abb. 4.2.2 l).

## 4.2.3 Risikobeurteilung (Risikoidentifikation, -analyse, -bewertung)

### 4.2.3 a Risikobeurteilung - Gesamtüberblick



Abbildungen 4.2.3 a bis 4.2.3 r geben einen Überblick über Verfahren zur Risikobeurteilung in deutschen Krankenhäusern und Rehakliniken:

Beschwerdemanagement, Analyse eigener Kennzahlen und Befragungen von Patienten bzw. Angehörigen waren fast flächendeckend umgesetzt (99 %, 96 % bzw. 97 %), jedoch in unterschiedlichem Maße (systematisch umgesetzt zwischen 80 % und 96 %) (s. Abb. 4.2.3 a). Dabei zeigte sich bei den Rehakliniken mit 100 % der höchste Umsetzungsgrad im Bereich Beschwerdemanagement (s. Abb. 4.2.3 c).

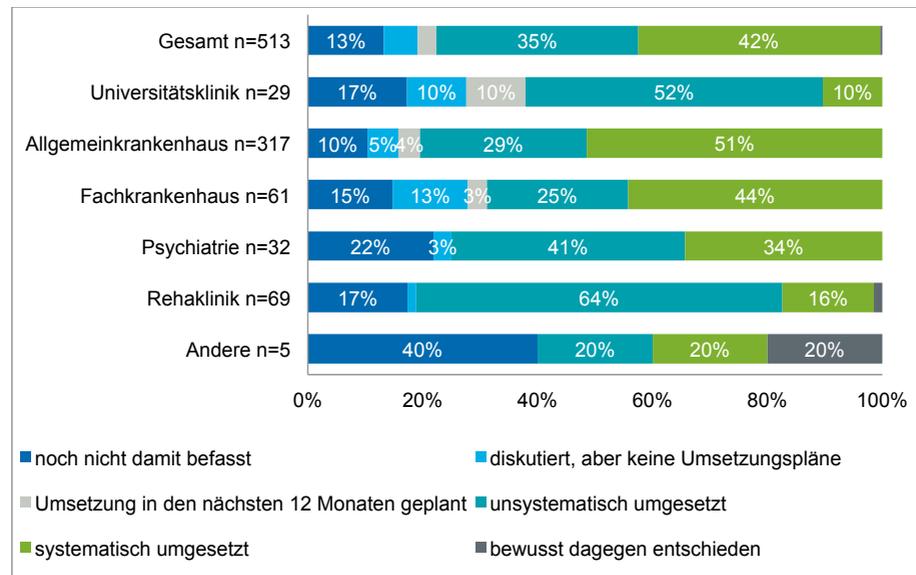
Ebenfalls weit verbreitet waren Auswertung von Behandlungsschäden, direkte Beobachtungen klinischer Abläufe, Analyse von Daten zur externen Qualitätssicherung sowie zur Abrechnung und gesetzliche Meldesysteme (zwischen 89 % und 94 %), allerdings waren diese Verfahren weniger systematisch umgesetzt (systematisch 60 % bis 71 %) (s. Abb. 4.2.3 a). Eine Betrachtung nach Krankenhausart ergab, dass Fachkrankenhäuser direkte Beobachtungen zu 73 % systematisch umgesetzten (s. Abb. 4.2.3 e) und ebenfalls 79 % Fachkrankenhäuser bzw. 76 % Psychiatrien Daten der externen Qualitätssicherung systematisch zur Risikobeurteilung nutzten (s. Abb. 4.2.3 h). Auffällig hierbei war, dass 6 % der Psychiatrien sich bewusst gegen die Nutzung dieser Daten zur Risikobeurteilung entschieden, während sich 94 % dafür entschieden (76 % systematisch und 18 % unsystematisch) (s. Abb. 4.2.3 h).

Am wenigsten weit verbreitet waren Verfahren zur Ereignisanalyse oder zur prospektiven Risikoanalyse. So wurden diese zu 13 % bis 14 % systematisch (unsystematisch 21 % bis 36 %) umgesetzt (s. Abb. 4.2.3 a). Mit Verfahren zur Ereignisanalyse befassten sich ca. 50 % der Fachkrankenhäuser und Psychiatrien noch nicht (s. Abb. 4.2.3 o). Des Weiteren setzten sich 57 % der teilnehmenden Rehakliniken noch nicht mit dem Einsatz von Verfahren zur prospektiven Risikoanalyse auseinander (s. Abb. 4.2.3 p).

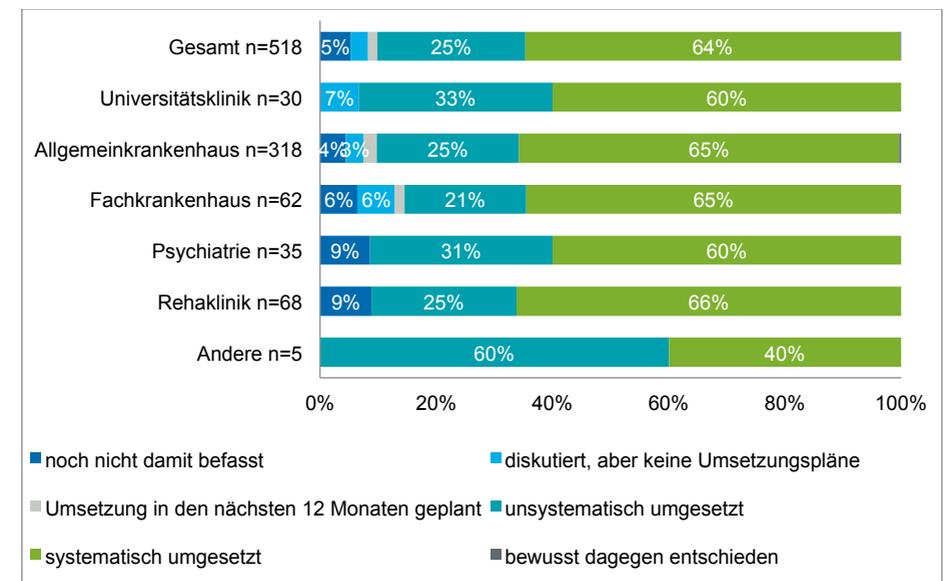
Bewusst lehnten 42 % der Rehakliniken die Durchführung externer Risikoaudits als Verfahren zur Risikobeurteilung ab (s. Abb. 4.2.3 g).

Die nachfolgenden Abbildungen 4.2.3 b bis 4.2.3 r stellen die einzelnen Fragen des Themenkomplexes nach dem Umsetzungsgrad einzelner Verfahren zur Risikobeurteilung, gegliedert nach den unterschiedlichen Krankenhausarten, dar.

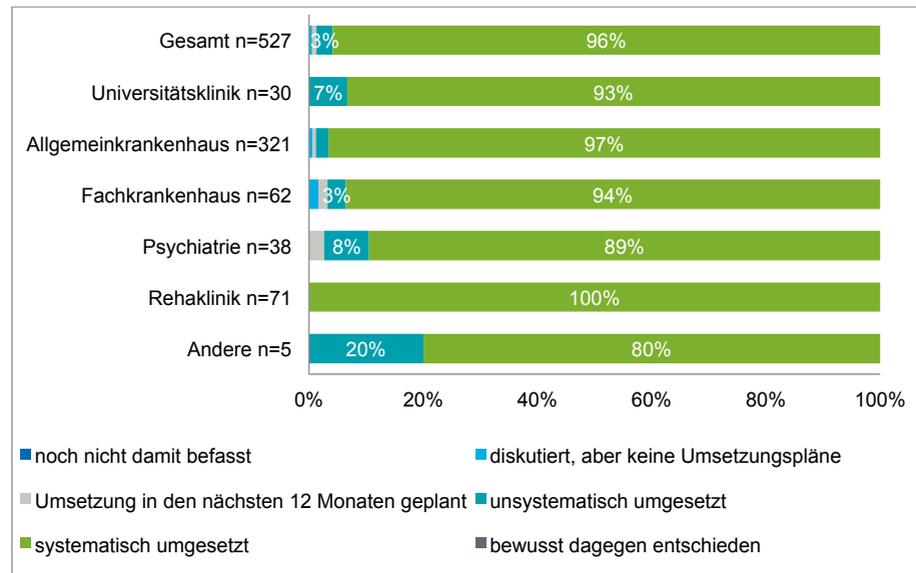
#### 4.2.3 b Krankenaktenanalysen



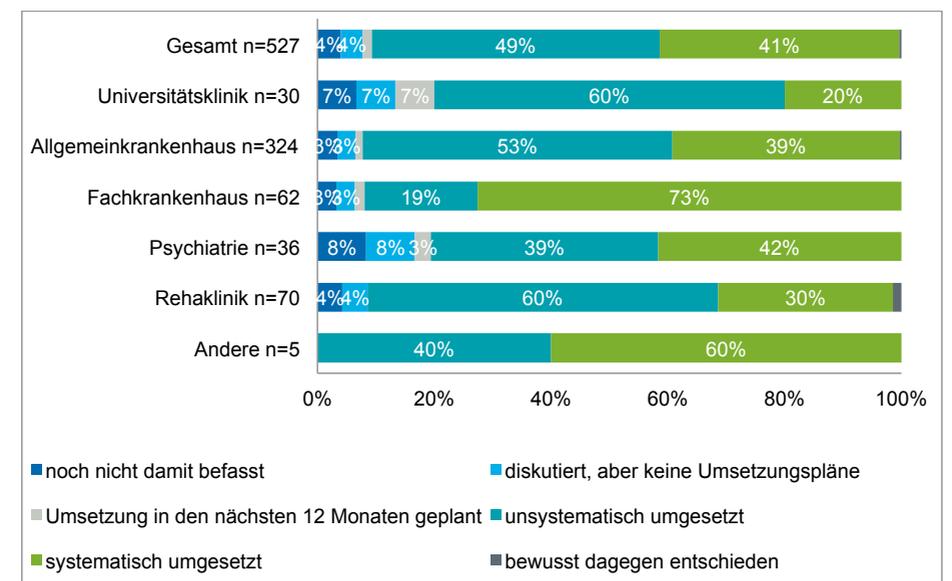
#### 4.2.3 d Auswertung von Behandlungsschäden und/oder Anspruchserhebungen



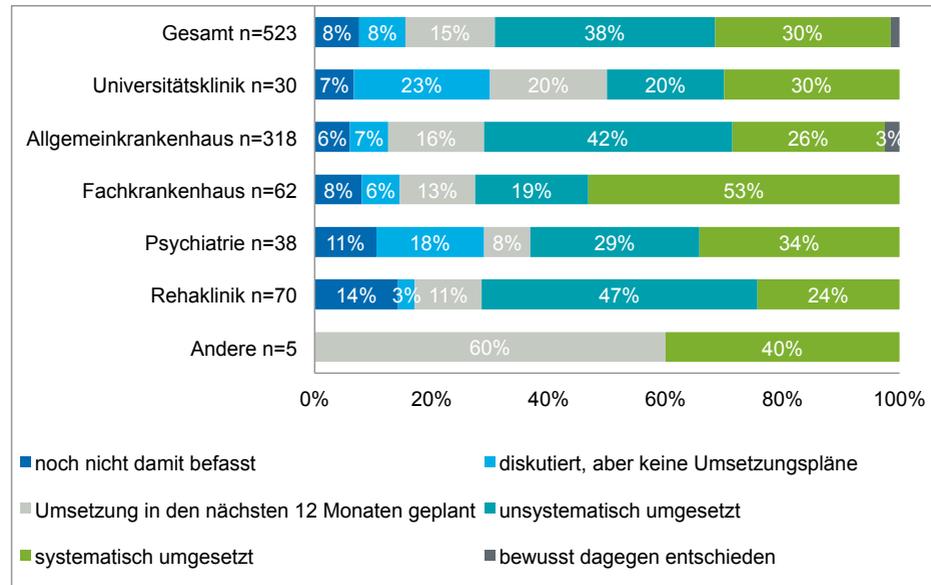
#### 4.2.3 c Beschwerde-Management (Patienten, Angehörige und/oder Zuweiser)



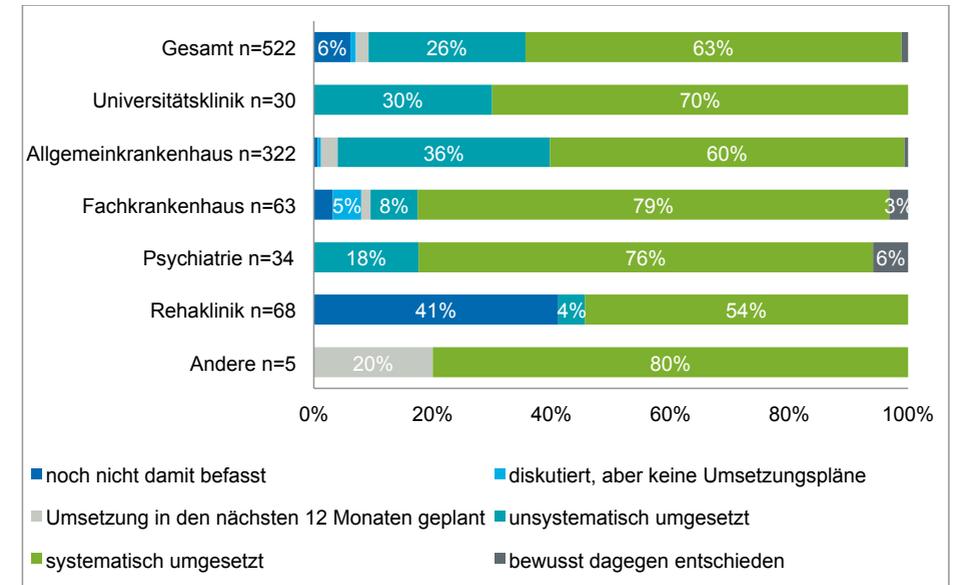
#### 4.2.3 e Direkte Beobachtung klinischer Abläufe, direkte Datenerhebung (z.B. Beobachtung des Händedesinfektionsverhaltens oder stichprobenartige Erhebung der Fehler beim Stellen der Arzneimittel)



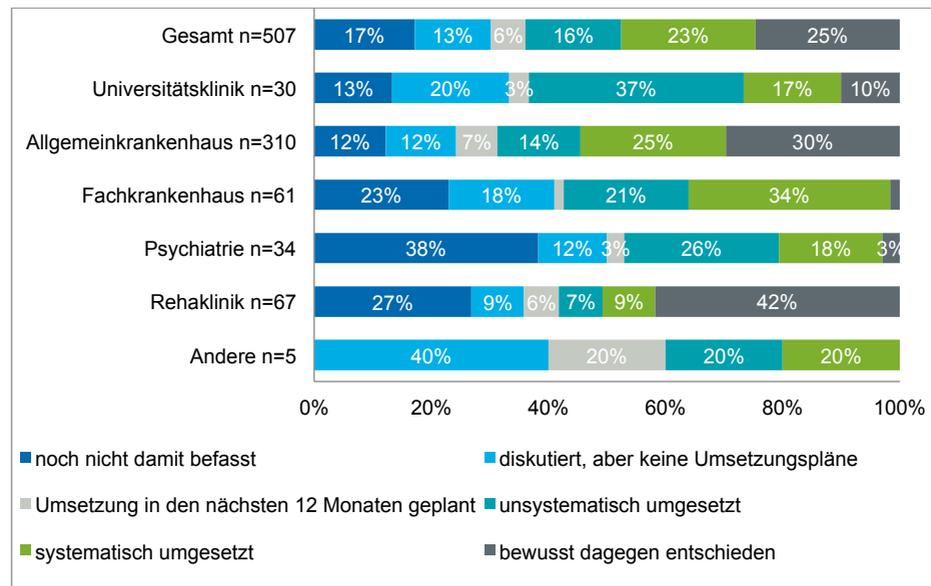
#### 4.2.3 f Interne Risiko-Audits



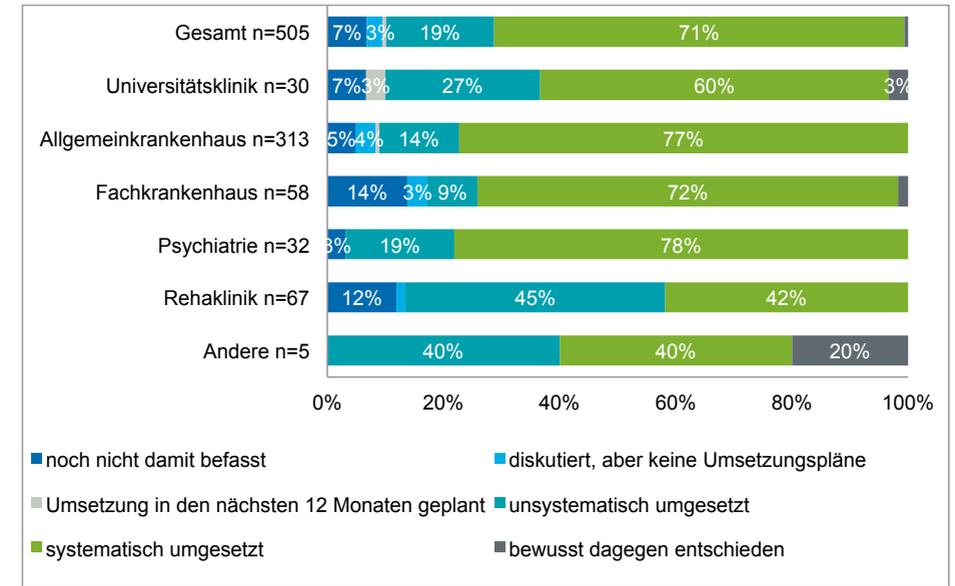
#### 4.2.3 h Analyse von Daten zur externen Qualitätssicherung



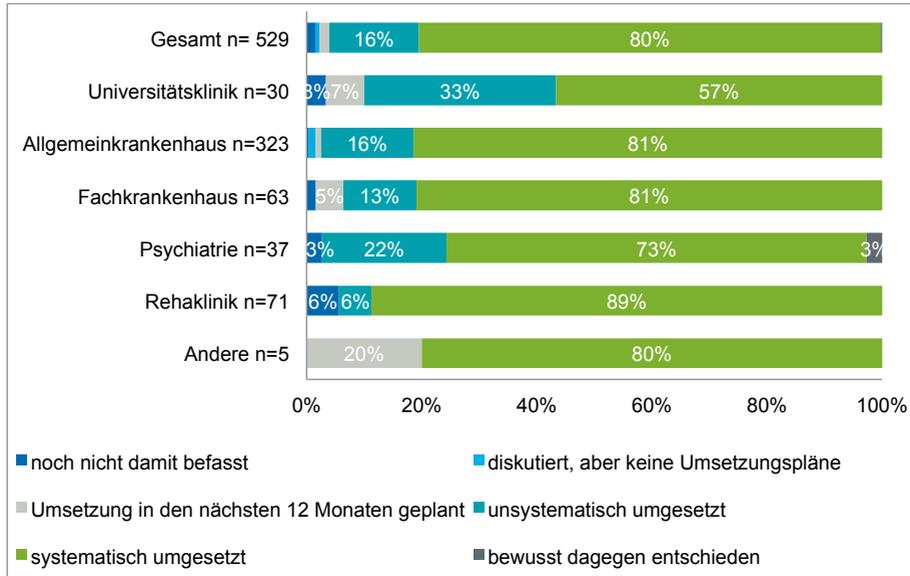
#### 4.2.3 g Externe Risiko-Audits



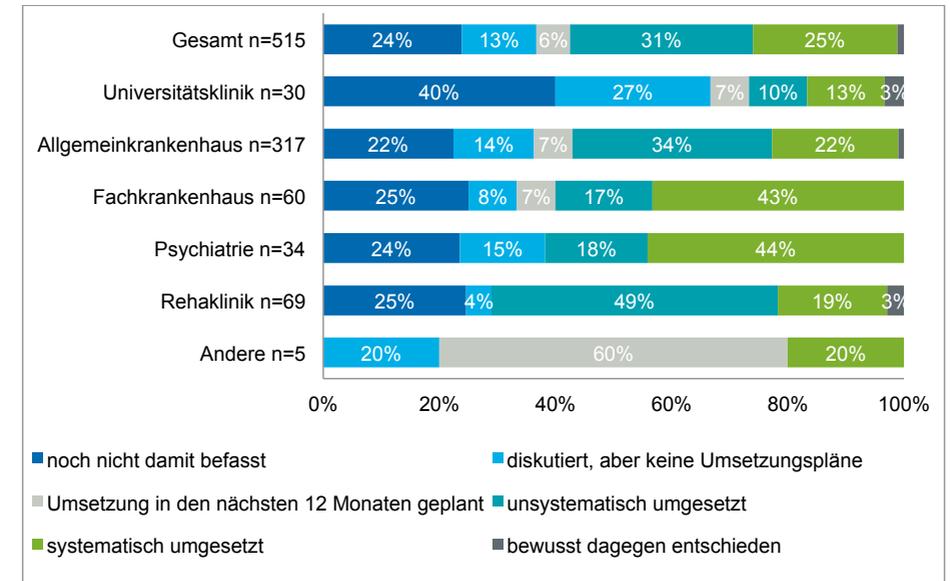
#### 4.2.3 i Analyse von Daten zur Abrechnung



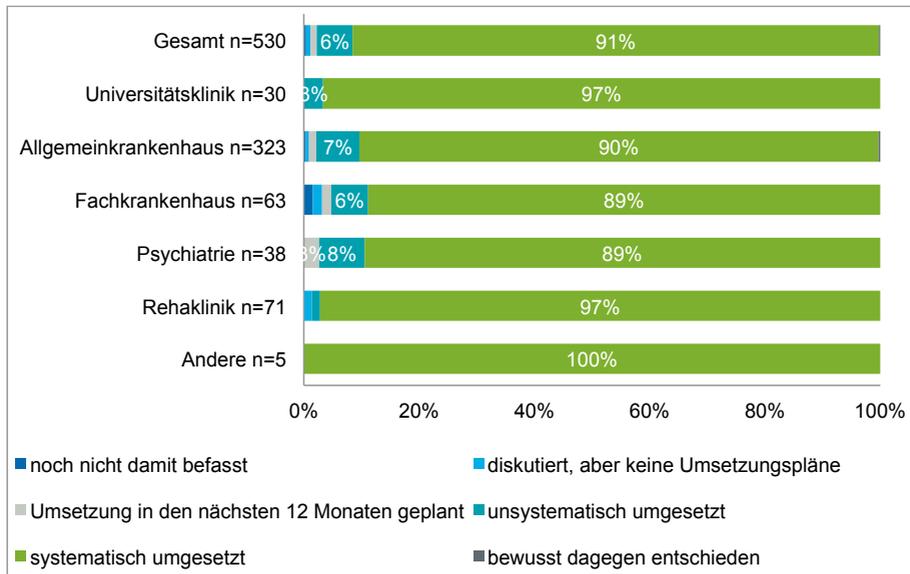
#### 4.2.3 j Analyse eigener Kennzahlen (z.B. Sturzraten oder eigene Komplikationsstatistiken)



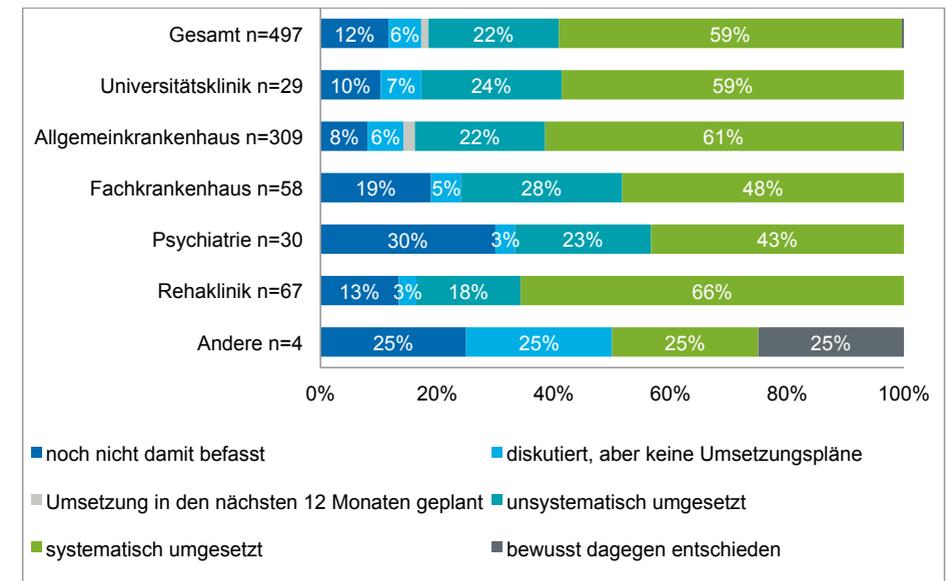
#### 4.2.3 l (Schriftliche) Mitarbeiterbefragungen zur Sicherheitskultur



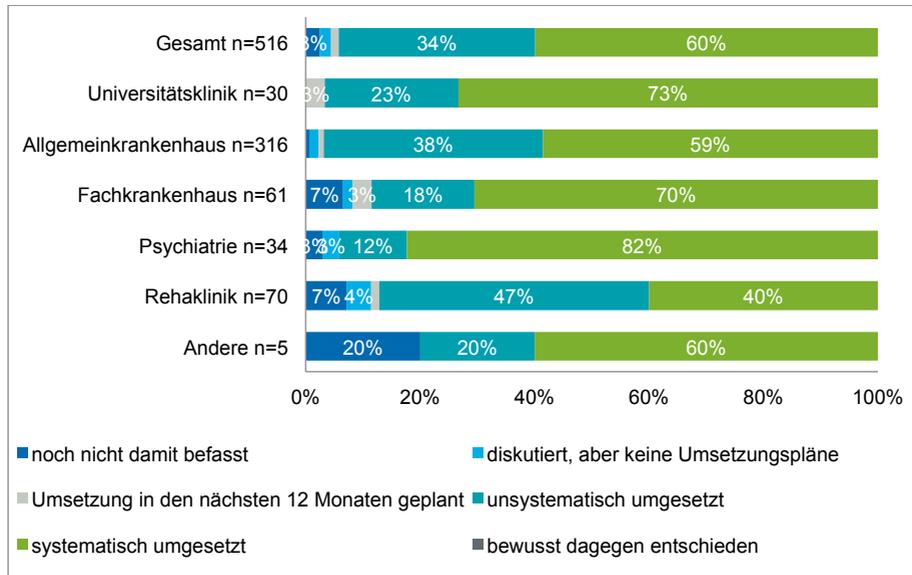
#### 4.2.3 k Patienten- bzw. Angehörigenbefragungen



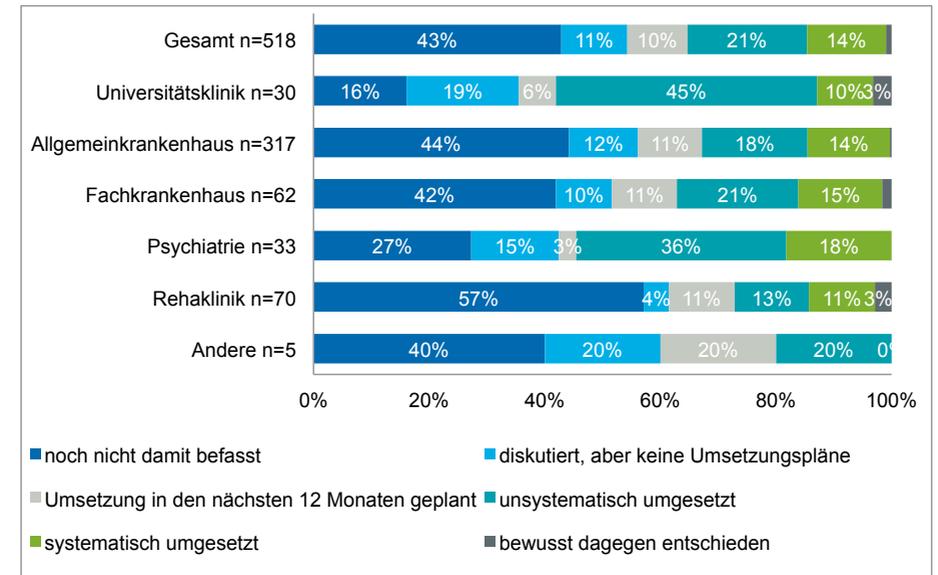
#### 4.2.3 m Hinweise der Haftpflichtversicherer oder deren Vermittler



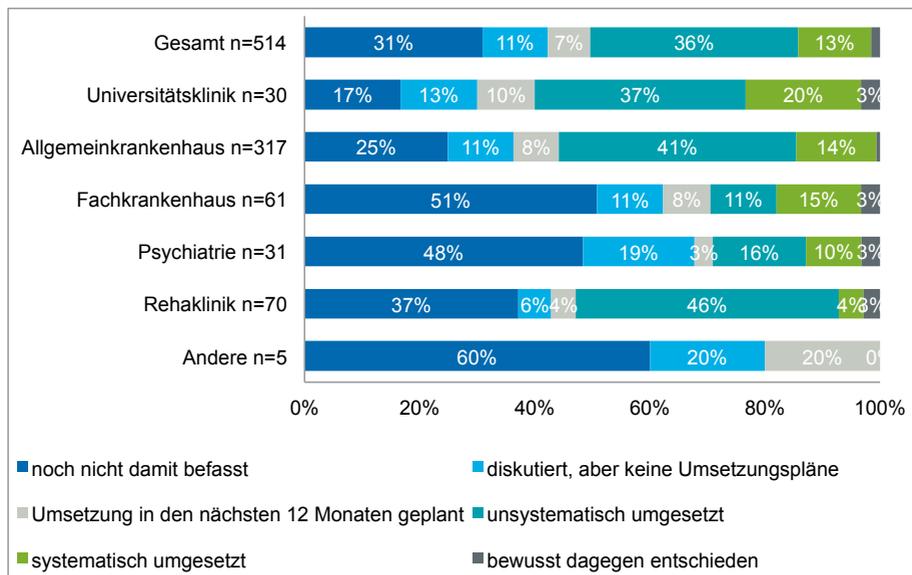
#### 4.2.3 n Gesetzliche Meldesysteme



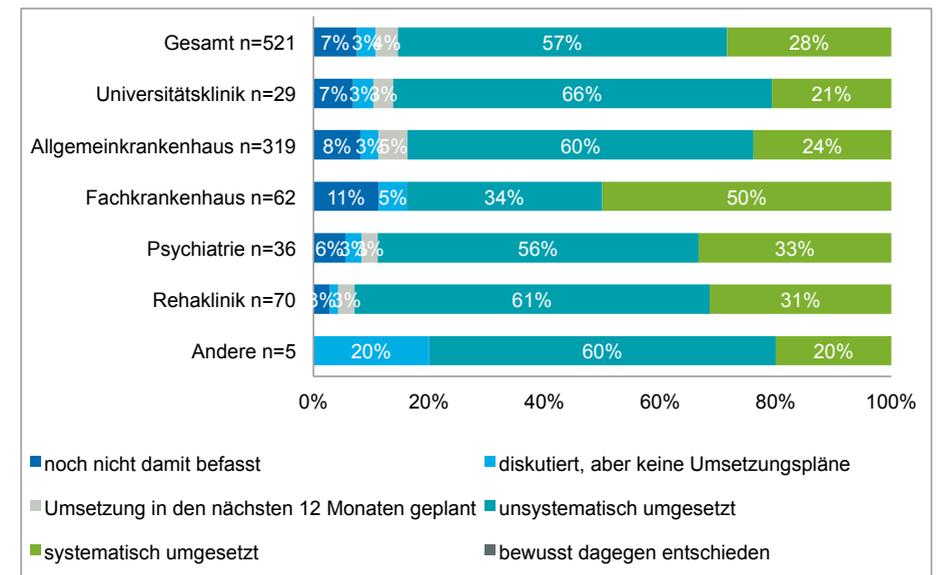
#### 4.2.3 p Einsatz von Verfahren zur prospektiven Risikoanalyse (z.B. Prozessrisikoanalyse oder FMEA)



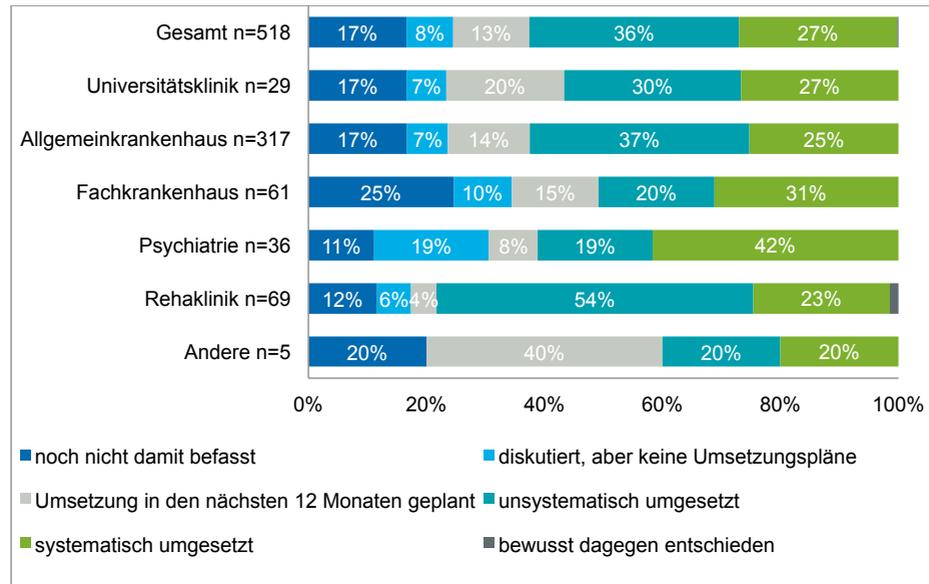
#### 4.2.3 o Einsatz von Verfahren zur Ereignisanalyse (z.B. Root Cause Analysis, London Protokoll usw.)



#### 4.2.3 q Einsatz dialogorientierter Verfahren (z.B. Thematisierung in Abteilungs- oder Klinikbesprechungen)



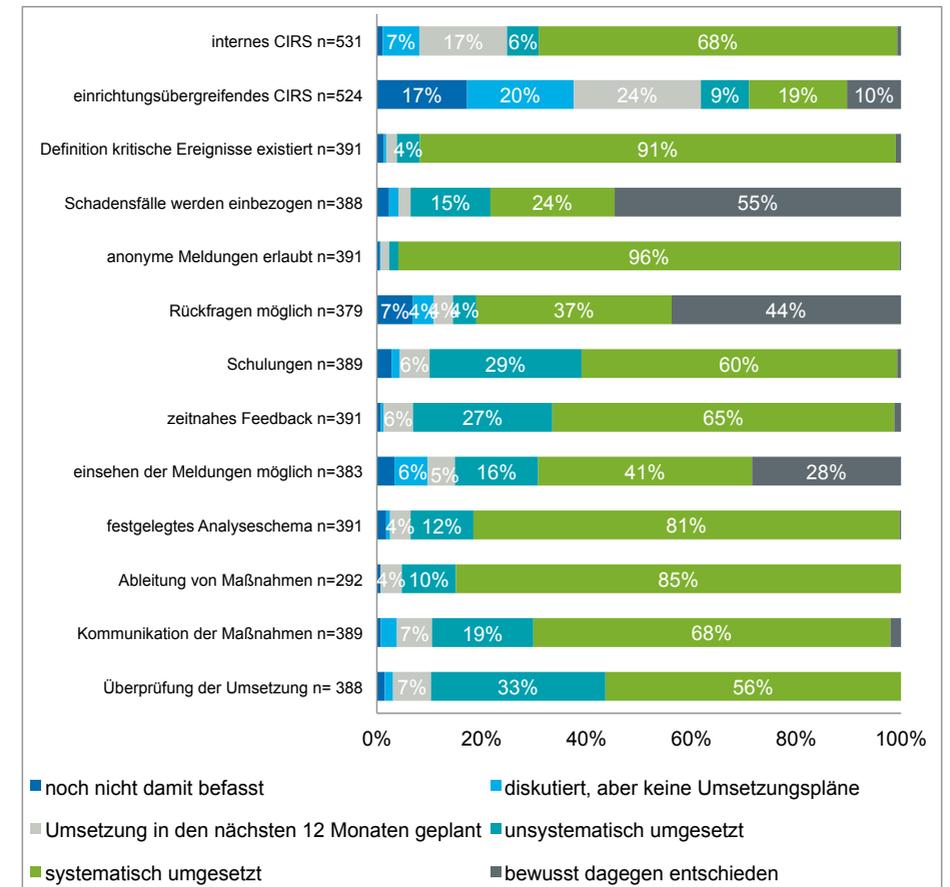
#### 4.2.3 r Analyseergebnisse, die auf den verschiedenen Risikoinformationsquellen beruhen, werden für das Krankenhaus an einer Stelle für eine Gesamtanalyse der klinischen Risiken zusammengeführt



#### 4.2.4 Critical Incident Reporting System (CIRS)

In Abbildung 4.2.4 a ist die Verteilung der Antworten zu diesem Themenkomplex über alle teilnehmenden Einrichtungen zusammengefasst dargestellt. Je nach Frage variiert die Anzahl der antwortenden Einrichtungen, was teilweise auf eine vorangestellte Filterfrage zurückzuführen ist.

##### 4.2.4 a Critical Incident Reporting System - Gesamtüberblick



Über ein CIRS verfügten 395 der teilnehmenden Einrichtungen (systematisch umgesetzt 68 %, unsystematisch umgesetzt 6 %). Dabei gaben Allgemein-, Fachkrankenhäuser und Universitätsklinika zu 75 % bis 77 % an, CIRS bereits systematisch (unsystematisch 4 % bis 13 %) umgesetzt zu haben. Psychiatrien verfügten zu 66 % über ein systematisch umgesetztes CIRS (unsystematisch 5 %). Lediglich 40 % (systematisch umgesetzt 32 %, unsystematisch umgesetzt 8 %) der Rehakliniken gaben an, ein Incident Reporting System zu haben (s. Abb. 4.2.4 b). Gegliedert nach Bettengröße der Einrichtung, setzten größere Häuser CIRS häufiger systematisch um als kleinere Häuser.

An einem einrichtungsübergreifenden CIRS beteiligten sich 28 % der Einrichtungen (systematisch umgesetzt 19 %, unsystematisch umgesetzt 9 %) und 24 % planten sich innerhalb der nächsten 12 Monate an einem externen CIRS zu beteiligen (s. Abb. 4.2.4 c).

Bei den weiteren Ausführungen (Abbildungen 4.2.4 d bis 4.2.4 o) fanden nur Einrichtungen Berücksichtigung, welche angaben, bereits über ein CIRS zu verfügen, dieses also unsystematisch oder systematisch umsetzten. Dadurch sank die Stichprobengröße deutlich.

Strukturiert nach der Krankenhausart existierten Definitionen von zu meldenden kritischen Ereignissen fast flächendeckend (89 % bis 97 %). Einige Häuser entschieden sich bewusst gegen eine Definition, so 4 % der Universitätsklinika und Psychiatrien sowie 2 % der Fachkrankenhäuser (s. Abb. 4.2.4 e).

Hinsichtlich der Frage, ob Schadensfälle mit ins CIRS einbezogen würden, fielen die Antworten sehr unterschiedlich aus. Betrachtet nach Krankenhausart entschieden sich 7 % bis 70 % bewusst gegen den Einbezug von Schadensfällen, wohingegen 83 % bis 26 % diese mit einschlossen, wenn auch mit unterschiedlichem Umsetzungsgrad (s. Abb. 4.2.4 f). Insbesondere Einrichtungen mit mehr als 600 Betten (systematisch umgesetzt 69 %) und mit weniger als 40 Betten (systematisch umgesetzt 50 %) bezogen Schadensfälle mit in ihr CIRS ein.

Anonyme CIRS-Meldungen erlaubten die teilnehmenden Einrichtungen fast durchgängig, wie aus der Abbildung 4.2.4 g hervorgeht. Im Unterschied dazu war den Analyseteams jedoch fast nur hälftig möglich, dem anonym Meldenden Rückfragen zu stellen (s. Abb. 4.2.4 h).

Die meisten Häuser gaben an, Schulungen zu CIRS durchzuführen, jedoch unterschiedlich im Umsetzungsgrad, so waren bei 17 % bis 33 % Schulungen unsystematisch und bei 58 % bis 65 % Schulungen systematisch umgesetzt (s. Abb. 4.2.4 i).

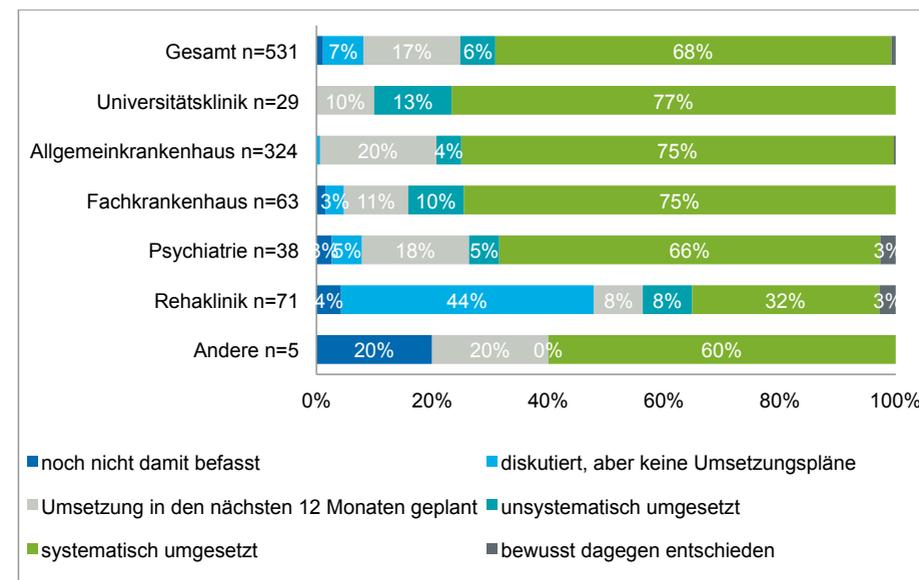
Eine systematische Analyse der CIRS-Meldungen nach einem festgelegten Schema war bei 83 % bis 97 % der Einrichtungen implementiert (systematisch umgesetzt 66 % bis 83 %, unsystematisch umgesetzt 8 % bis 19 %) (s. Abb. 4.2.4 l). Aus den Er-

kennnissen dieser Analysen leiteten fast alle Teilnehmer Maßnahmen ab (95 %) (s. Abb. 4.2.4 m). Die Umsetzung der Maßnahmen überprüften - bis auf die Universitätsklinika und Psychiatrien - mehr als 92 % (systematisch umgesetzt 54 % bis 74 %, unsystematisch umgesetzt 19 % bis 38 %) (s. Abb. 4.2.4 o).

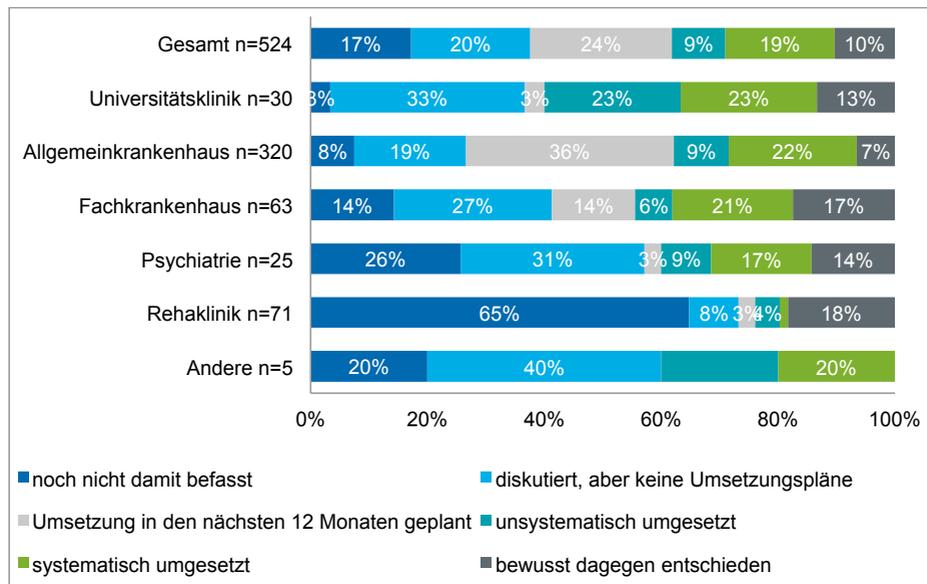
Rückmeldung erhielten Meldende in den meisten Häusern zeitnah. So gaben 44 % bis 81 % an, Feedback systematisch umgesetzt zu haben und 12 % bis 30 % unsystematisch (s. Abb. 4.2.4 j). Bezogen auf die Frage, ob alle Mitarbeiter CIRS-Meldungen einsehen könnten, antworteten insbesondere die Universitätsklinika abweichend von den anderen Krankenhausarten. 56 % der Universitätsklinika gaben an, sich bewusst gegen die Kommunikation von CIRS-Meldungen an alle Mitarbeiter entschieden zu haben, 19 % setzten dies systematisch und 4 % unsystematisch um. Hingegen merkten die anderen Krankenhausarten zu 21 % bis 27 % an, bewusst nicht alle Mitarbeiter CIRS-Meldungen einsehen zu lassen, 40 % bis 54 % setzten dies systematisch und 8 % bis 20 % unsystematisch um (s. Abb. 4.2.4 k). Ähnlich verhielt es sich bei der Frage, ob aus CIRS-Analysen abgeleitete Fragen allen Mitarbeitern kommuniziert würden (s. Abb. 4.2.4 n).

Die Abbildungen 4.2.4 b bis 4.2.4 o stellen die Angaben der Häuser mit CIRS gegliedert nach Krankenhausart dar.

#### 4.2.4 b Verfügen Sie in Ihrem Haus über ein CIRS?



**4.2.4 c Beteiligen Sie sich an einem einrichtungsübergreifenden CIRS (Krankenhaus-CIRS-Netz Deutschland, CIRS-NRW, CIRSmedical Anästhesiologie)?**



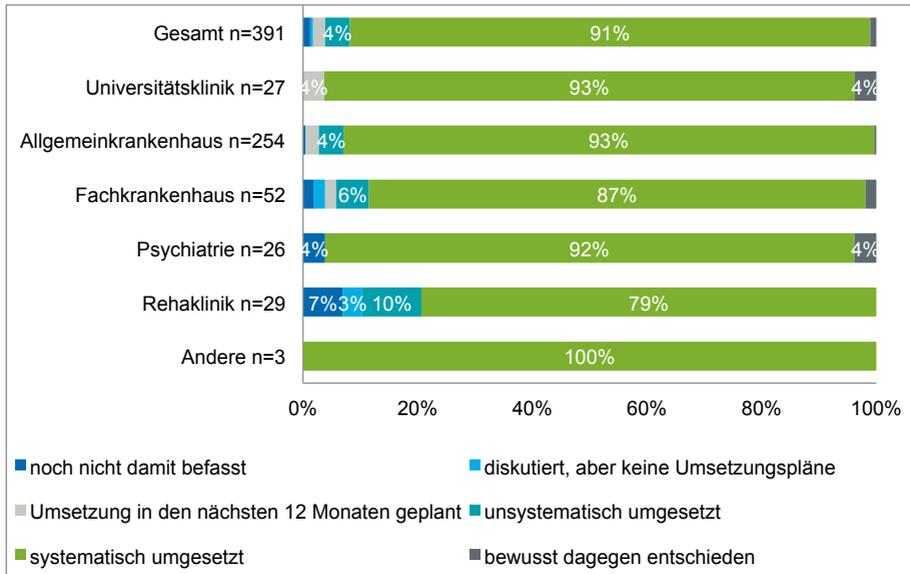
Bei den nachfolgenden Auswertungen wurden nur die Einrichtungen berücksichtigt, welche angaben, ein internes CIRS systematisch oder unsystematisch umzusetzen.

**4.2.4 d Wie viel Prozent der Abteilungen/Kliniken/Funktionsbereiche in Ihrem Haus beteiligen sich am CIRS?**

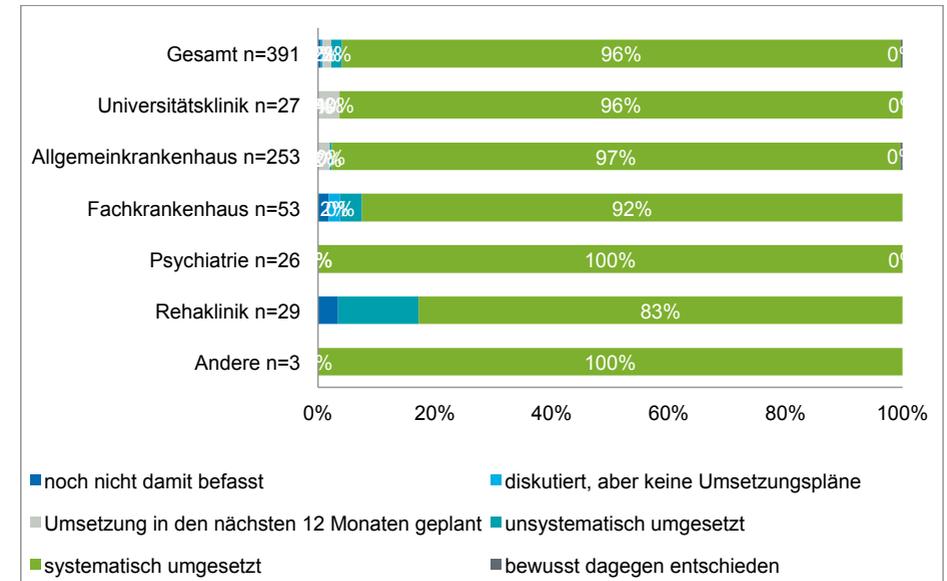
Krankenhausart	n	Mittelwert	Standardabweichung
Universitätsklinik	26	57,42	33,68
Allgemeinkrankenhaus	268	85,80	26,99
Fachkrankenhaus	47	80,91	26,61
Psychiatrie	28	82,71	31,75
Rehaklinik	24	81,88	25,74
Andere	1	100	0
<b>Gesamt</b>	<b>394</b>	<b>82,92</b>	<b>28,43</b>

Aus Tabelle 4.2.4 d geht hervor, dass - ausgenommen der Universitätsklinik - sich zwischen 80 % und 86 % der Abteilungen/Kliniken/Funktionsbereiche der Einrichtungen am CIRS beteiligten (Standardabweichung 26 % bis 31 %). Bei den Universitätsklinik lag der Durchdringungsgrad bei 57 % mit einer Standardabweichung von 34 %. Mit Fokus auf die Bettenanzahl der Häuser nimmt der Durchdringungsgrad mit der Größe der Einrichtung ab.

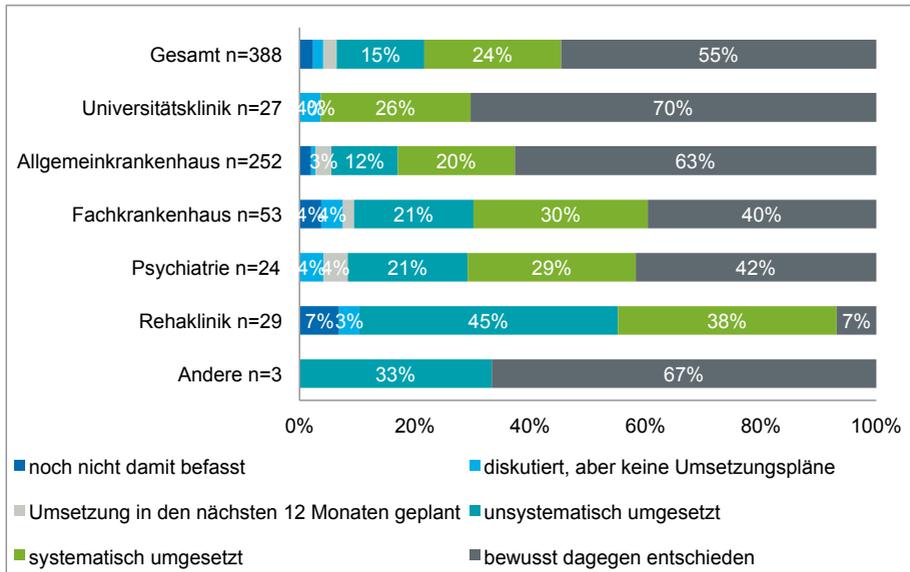
**4.2.4 e Eine Definition von zu meldenden kritischen Ereignissen („Was soll berichtet werden“) existiert.**



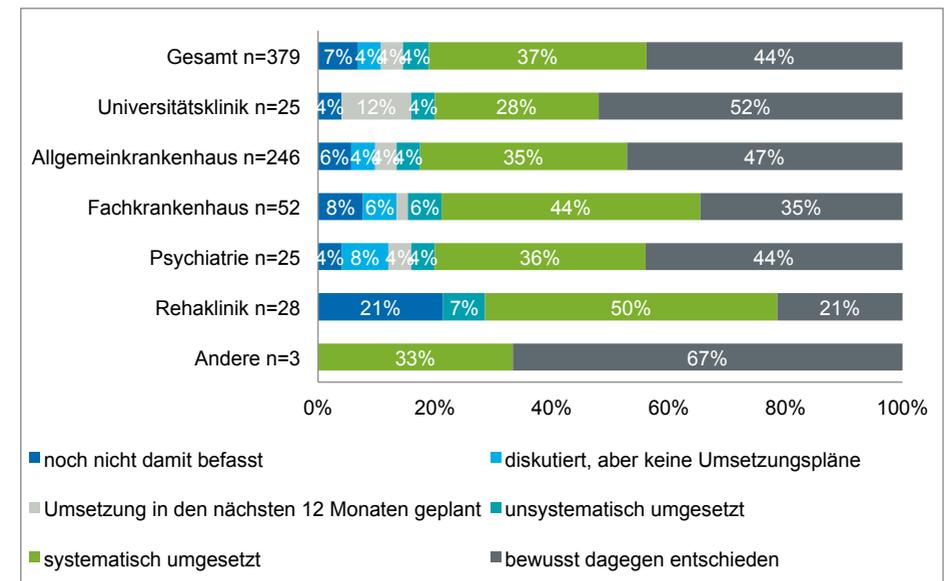
**4.2.4 g Das CIRS erlaubt anonyme Meldungen.**



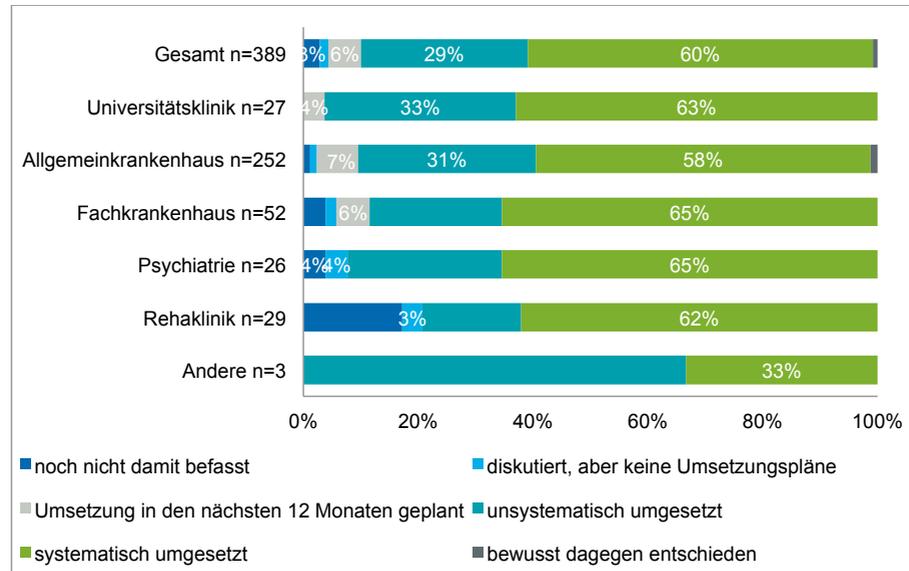
**4.2.4 f Schadensfälle werden ins CIRS einbezogen.**



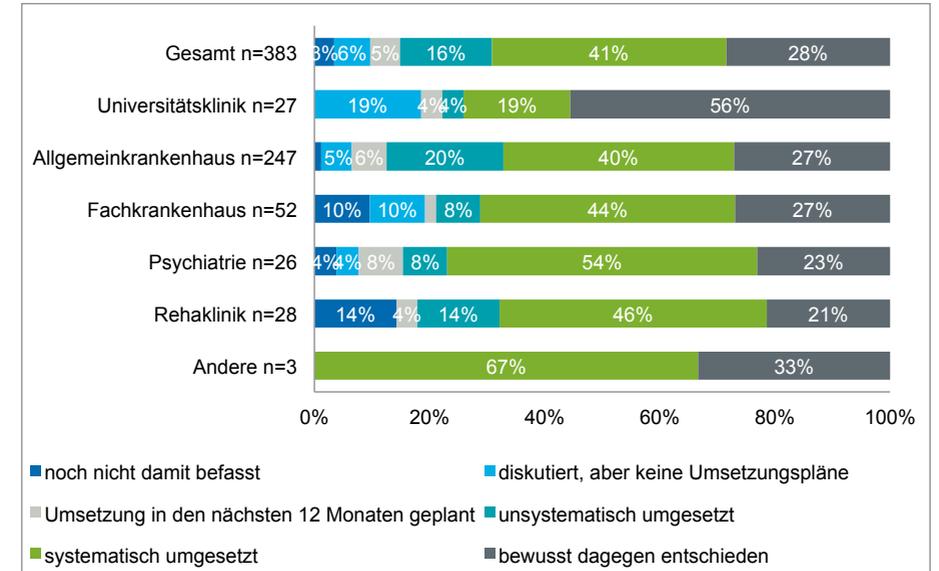
**4.2.4 h Das CIRS erlaubt Rückfragen des Analyseteams an den anonymen Berichtenden.**



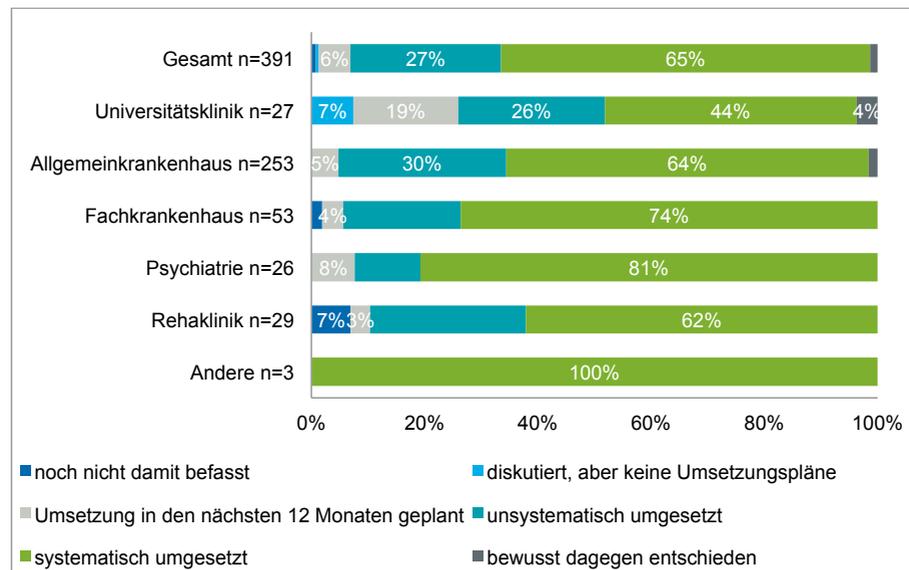
#### 4.2.4 i Schulungen zum CIRS finden statt.



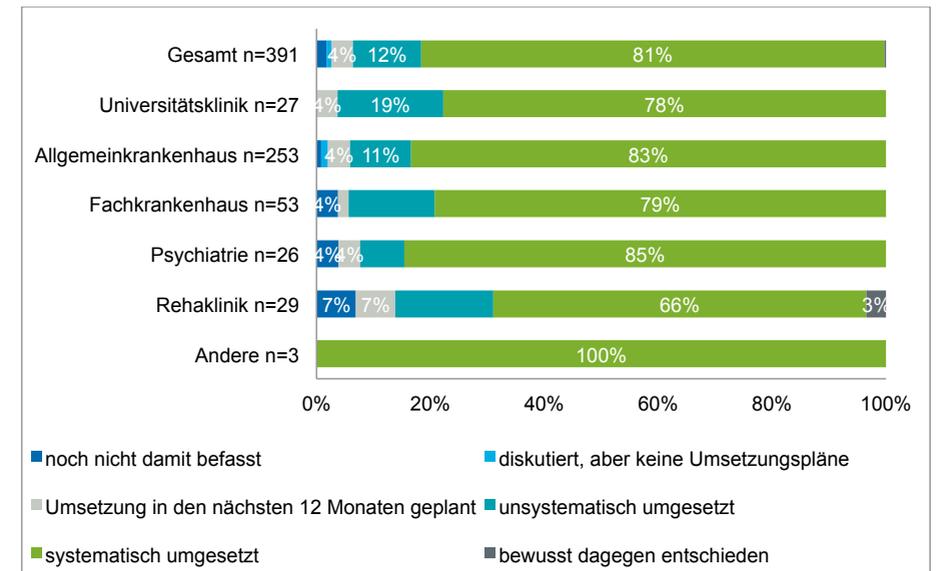
#### 4.2.4 k CIRS-Meldungen können von allen Mitarbeitern eingesehen werden.



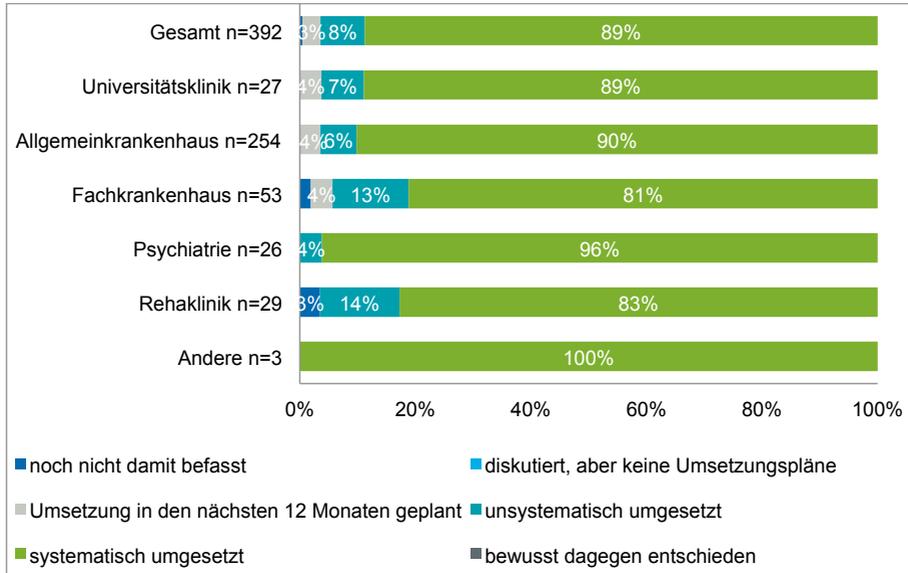
#### 4.2.4 j Meldende erhalten ein zeitnahes Feedback zu ihrem Bericht (direkt, falls Meldender bekannt, oder bei Anonymität der Meldenden indirekt z.B. durch Veröffentlichung eines Fallkommentars).



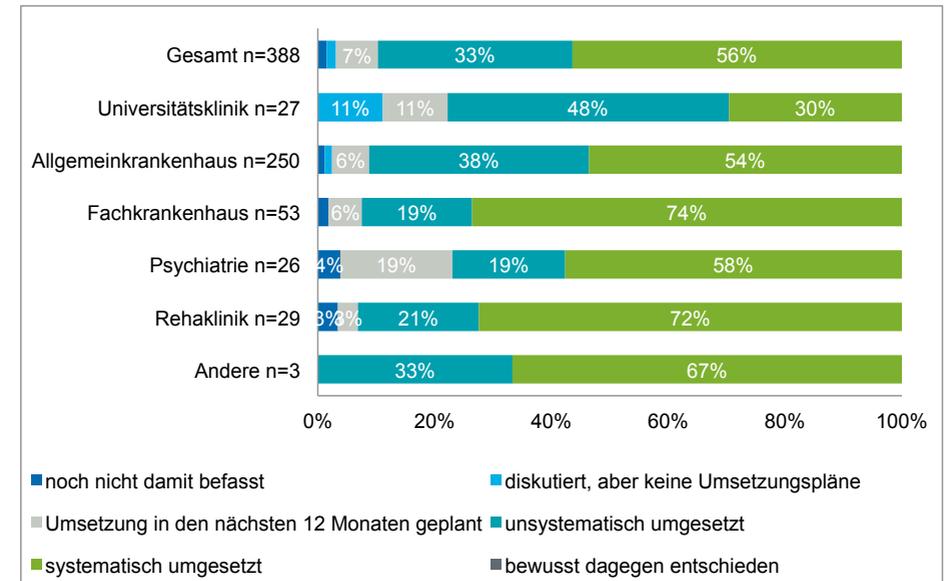
#### 4.2.4 l CIRS-Meldungen werden nach einem festgelegten Schema systematisch analysiert.



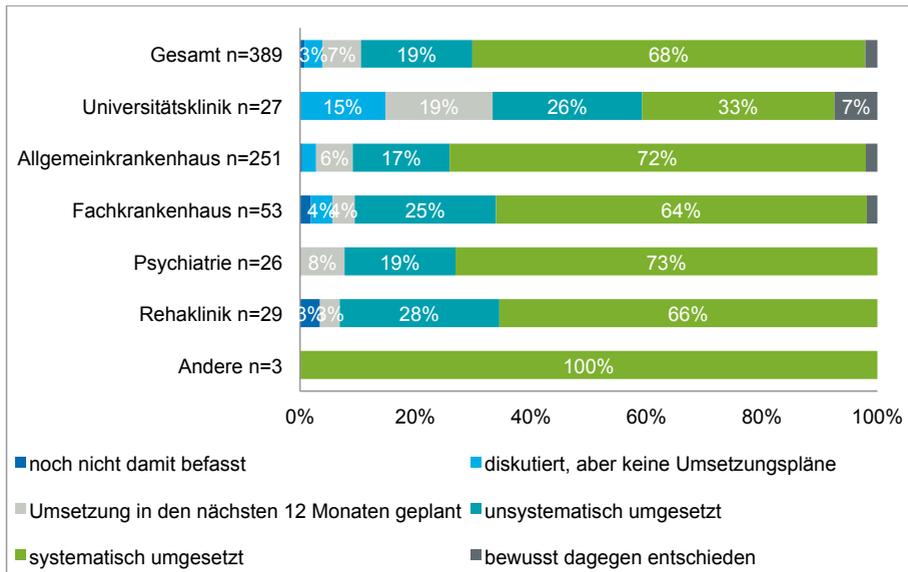
**4.2.4 m Aus den Erkenntnissen der CIRS-Analysen werden Maßnahmen abgeleitet.**



**4.2.4 o Die Umsetzung der Maßnahmen wird überprüft.**

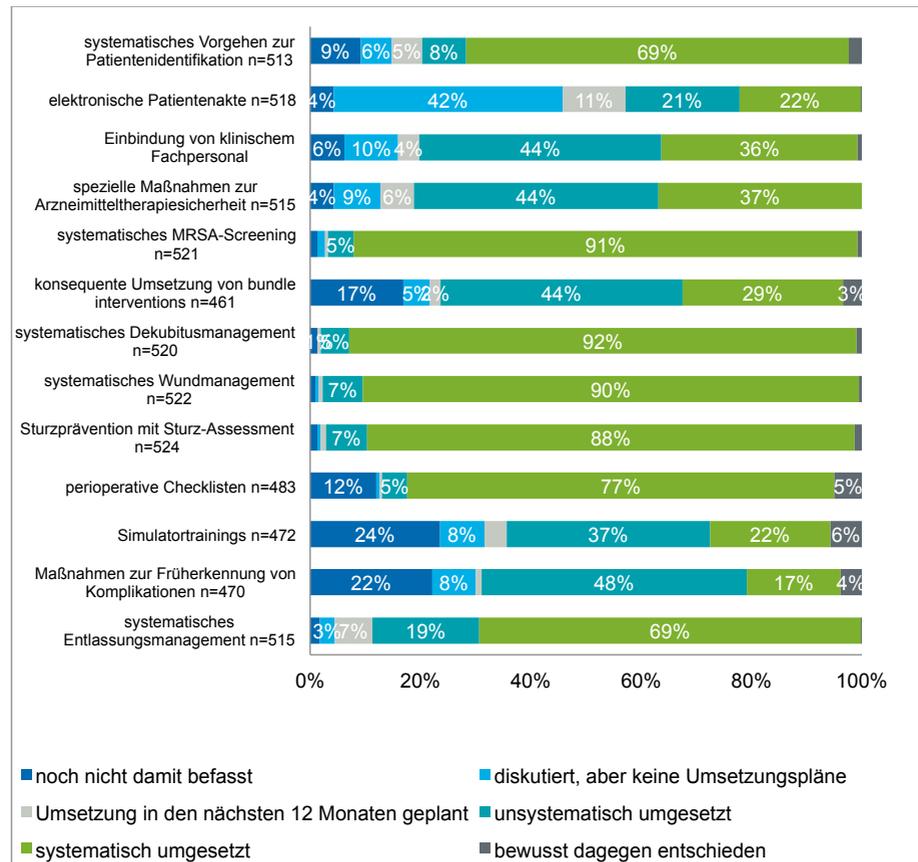


**4.2.4 n Die aus CIRS-Analyse abgeleiteten Maßnahmen werden allen Mitarbeitern kommuniziert.**



## 4.2.5 Risikobewältigung

### 4.2.5 a Risikobewältigung - Gesamtüberblick



Zur Risikobewältigung nutzten die Einrichtungen verschiedene Verfahren, deren Umsetzungsgrad im Folgenden näher betrachtet wird.

Bei der Umsetzung eines systematischen Vorgehens zur Patientenidentifikation war, gegliedert nach Krankenhausart, ein uneinheitlicher Umsetzungsgrad zu erkennen: Universitätsklinika, Allgemeinkrankenhäuser und Fachkrankenhäuser setzten mit 69 % bis 83 % ein Vorgehen zur Patientenidentifikation bereits systematisch um. Psychiatrien entschieden sich mit 27 % bewusst gegen die Umsetzung eines systematischen Vorgehens zur Patientenidentifikation. Des Weiteren befassten sich 51 % der Rehakliniken noch nicht mit diesem Vorgehen (s. Abb. 4.2.5 b). Bei einer Betrachtung nach der Bettenanzahl der Häuser wurde sichtbar, dass sich mit 12 % bis 23 % mehr kleinere (1 bis 49 Betten) und mittlere Häuser (50 bis 299 Betten) bisher noch nicht mit der Umsetzung eines systematischen Vorgehens zur Patientenidentifikation befassten als größere Häuser (3 % bis 4 %).

Die Nutzung einer elektronischen Patientenakte zur Risikobewältigung war in den teilnehmenden Einrichtungen insgesamt weniger verbreitet. Der Grad der Umsetzung war je nach Krankenhausart sehr unterschiedlich. Eine besondere Stellung nahmen die Psychiatrien ein, die mit 69 % die Nutzung einer elektronischen Patientenakte schon systematisch umsetzten (s. Abb. 4.2.5 c).

Die Einbindung von klinischem Fachpersonal zur Reduktion von Arzneimittelnebenwirkungen war in den teilnehmenden Einrichtungen zu 80 % umgesetzt, wenngleich sich ein deutlicher Unterschied im Umsetzungsgrad offenbarte (36 % systematisch umgesetzt, 44 % unsystematisch umgesetzt) (s. Abb. 4.2.5 a). Mit Fokus auf den Umsetzungsgrad zeigte sich, dass Rehakliniken und Allgemeinkrankenhäuser mit je knapp 50 % Fachpersonal zur Reduktion von Arzneimittelnebenwirkungen häufig eher unsystematisch einsetzten (s. Abb. 4.2.5 d). Bei einer Betrachtung nach Bettengrößensklassen ließen sich wenige Unterschiede ausmachen. Jedoch haben sich 8 % der Einrichtungen mit bis zu 49 Betten bewusst gegen die Implementierung entschieden.

Ein MRSA-Screening von Risikopatienten war in den teilnehmenden Einrichtungen weit verbreitet. So gaben die teilnehmenden Krankenhausarten an, dass ein MRSA-Screening zwischen 67 % und 97 % systematisch umgesetzt war (s. Abb. 4.2.5 f).

Wenige Einrichtungen bestätigten eine konsequente Umsetzung von „bundle interventions“ (14 % bis 50 %). Ebenso wenig befasste sich ca. die Hälfte der teilnehmenden Psychiatrien mit dieser Thematik (s. Abb. 4.2.5 g).

Dekubitusmanagement, Wundmanagement und Sturz-Assessment war bei rund 90 % der teilnehmenden Einrichtungen systematisch umgesetzt (s. Abb. 4.2.5 h-j).

Bei dem Einsatz von perioperativen Checklisten war bei dem Umsetzungsgrad, gegliedert nach Krankenhausart, ein gemischtes Bild zu erkennen: Universitätsklinika,

Allgemeinkrankenhäuser und Fachkrankenhäuser setzten bereits in einem hohen Maße Checklisten systematisch ein (63 % bis 95 %). Anders verhielt es sich bei Psychiatrien und Rehakliniken, die sich zu 53 % bzw. 16 % bewusst gegen den Einsatz von Checklisten entschieden. Zudem befassten sich 74 % der Rehakliniken noch nicht mit dieser Thematik (s. Abb. 4.2.5 k).

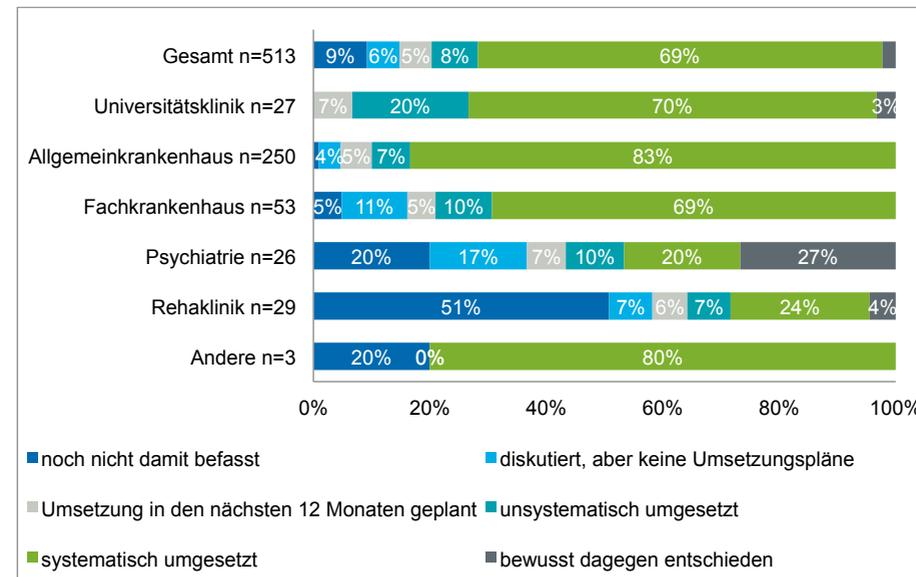
Die Durchführung von Simulatortrainings war in den teilnehmenden Einrichtungen, insbesondere in den Psychiatrien, Rehakliniken und Fachkrankenhäusern, weniger verbreitet. So haben nur 17 % der teilnehmenden Rehakliniken die Durchführung von Simulatortrainings umgesetzt. 62 % der Rehakliniken haben sich noch nicht mit der Thematik befasst. Universitätsklinika und Allgemeinkrankenhäuser setzten Simulatortrainings meist unsystematisch um (48 % bzw. 54 %, systematisch 18 % bzw. 23 %). 38 % der teilnehmenden Psychiatrien trafen eine bewusste Entscheidung gegen die Implementierung von Simulatortrainings (s. Abb. 4.2.5 l).

Bei der Umsetzung von Maßnahmen zur Früherkennung von Patienten mit Komplikationen ergab sich ebenfalls ein gemischtes Bild. Während dieses Verfahren zur Risikobewältigung in Universitätsklinika, Allgemeinkrankenhäusern und Rehakliniken weit verbreitet war (systematisch umgesetzt 11 % bis 16 %, unsystematisch umgesetzt 51 % bis 63 %), war es in den Fachkrankenhäusern und Psychiatrien wenig verbreitet (systematisch umgesetzt ca. 30 %, unsystematisch umgesetzt 12 % bis 13 %) (s. Abb. 4.2.5 m).

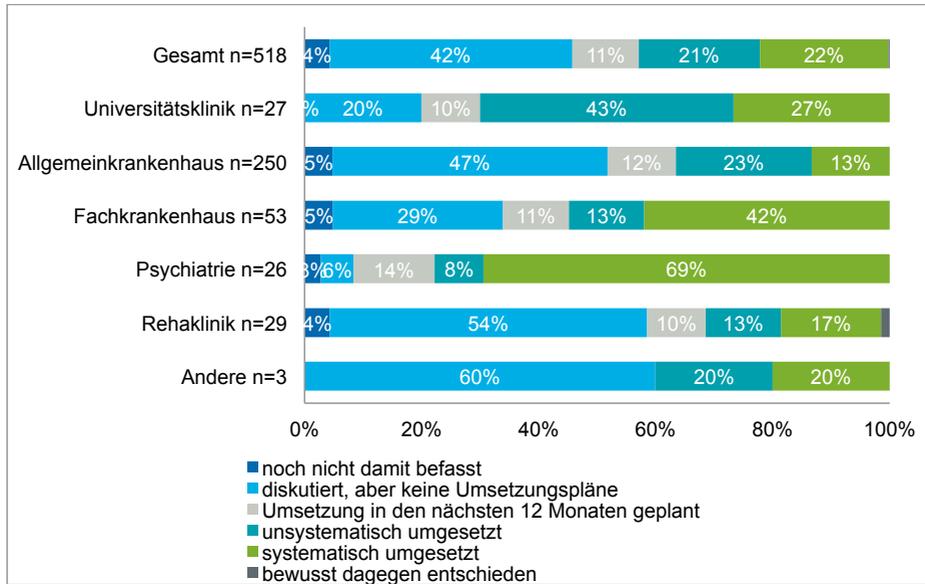
Ein systematisches Entlassungsmanagement war in der Breite etabliert. Alle teilnehmenden Einrichtungen setzten ein Entlassungsmanagement mit 53 % bis 84 % systematisch um (s. Abb. 4.2.5 n).

Die nachfolgenden Abbildungen 4.2.5 b bis 4.2.5 n stellen die einzelnen Fragen des Themenkomplexes gegliedert nach den unterschiedlichen Krankenhausarten dar.

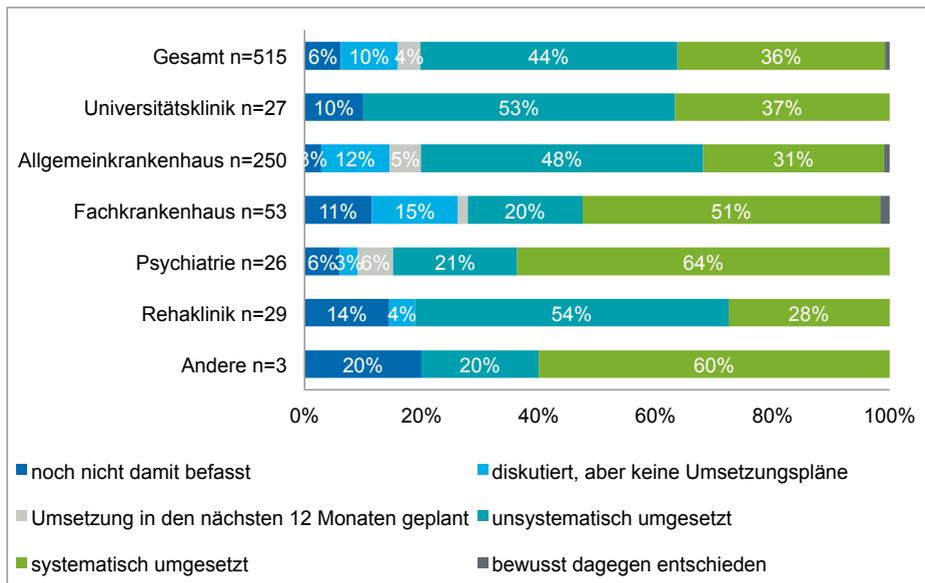
#### 4.2.5 b Umsetzung eines systematischen Vorgehens zur Patientenidentifikation.



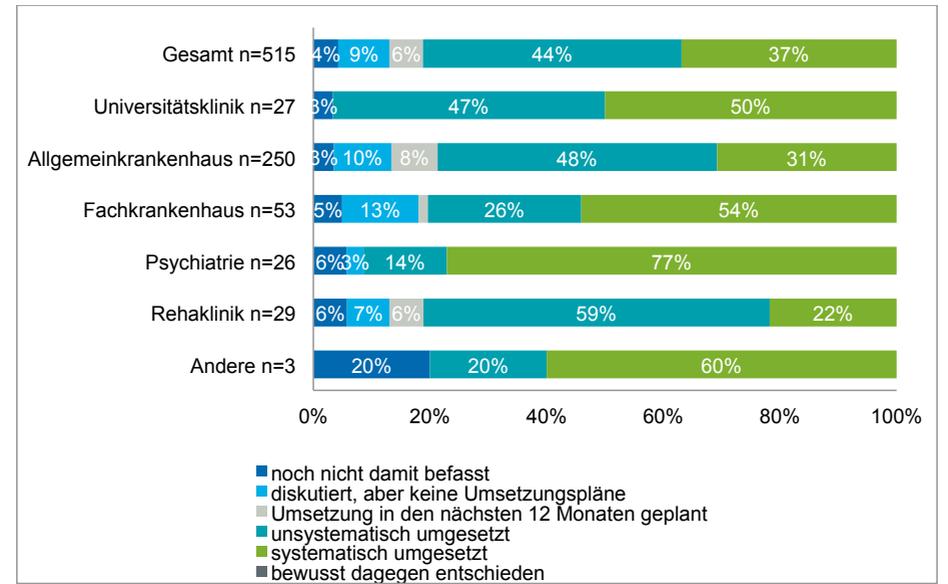
**4.2.5 c Nutzung einer elektronischen Patientenakte (Lesbarkeit, Prozesssicherheit).**



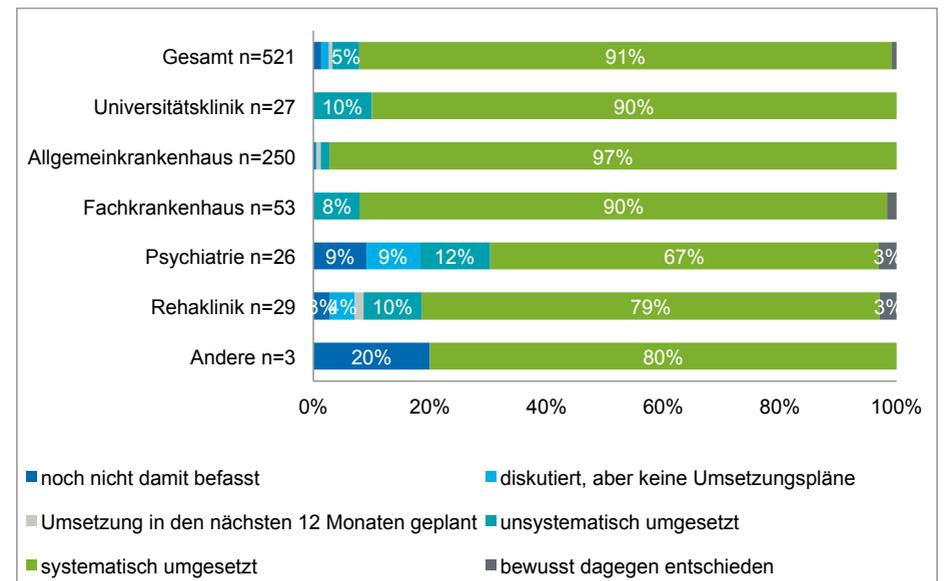
**4.2.5 d Einbindung von klinischem Fachpersonal (Apotheker, Pharmazeuten, Pharmakologen) zur Reduktion von Arzneimittelnebenwirkungen.**



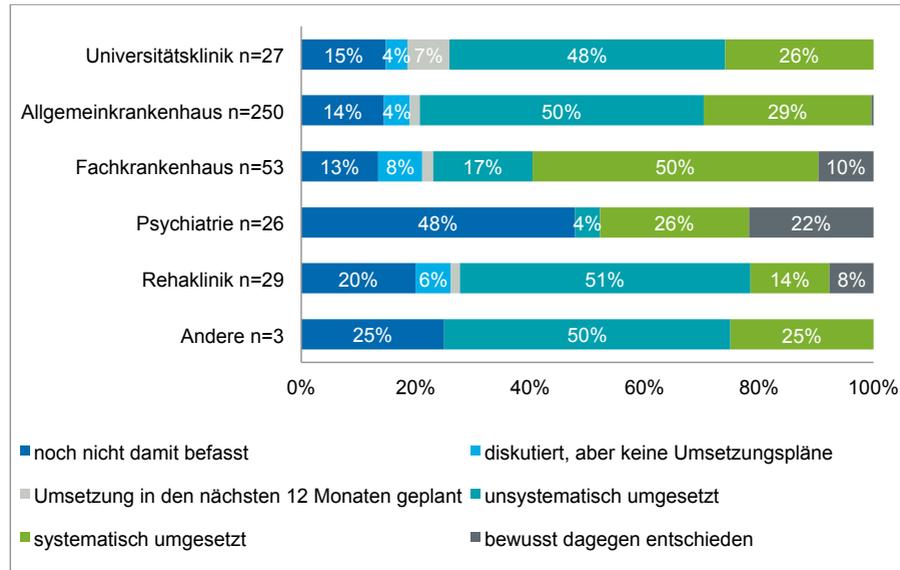
**4.2.5 e Ausführung spezieller Maßnahmen zur Erhöhung der Arzneimitteltherapiesicherheit.**



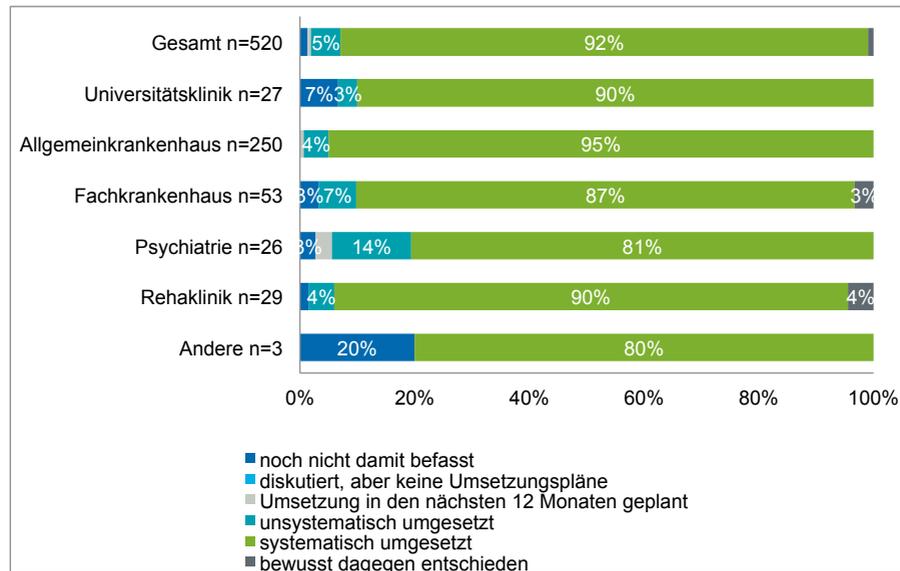
**4.2.5 f Umsetzung von systematischen MRSA-Screening von Risikopatienten.**



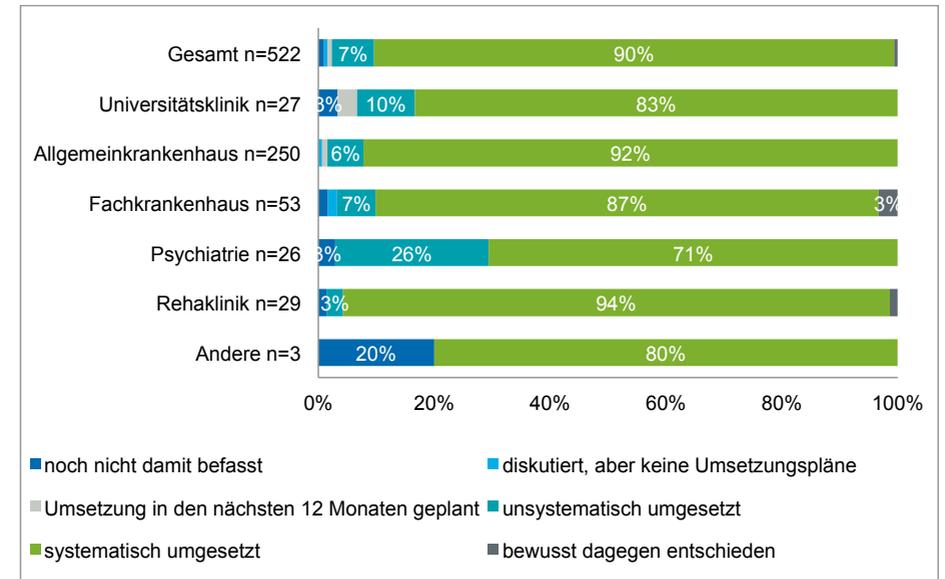
**4.2.5 g Konsequente Umsetzung von bundle interventions** (z.B. zur Prävention von zentralvenösen Katheterinfektionen, zur Reduktion unnötig verwendeter Urinkatheter, zur Prävention beatmungsassoziiertes Pneumonien).



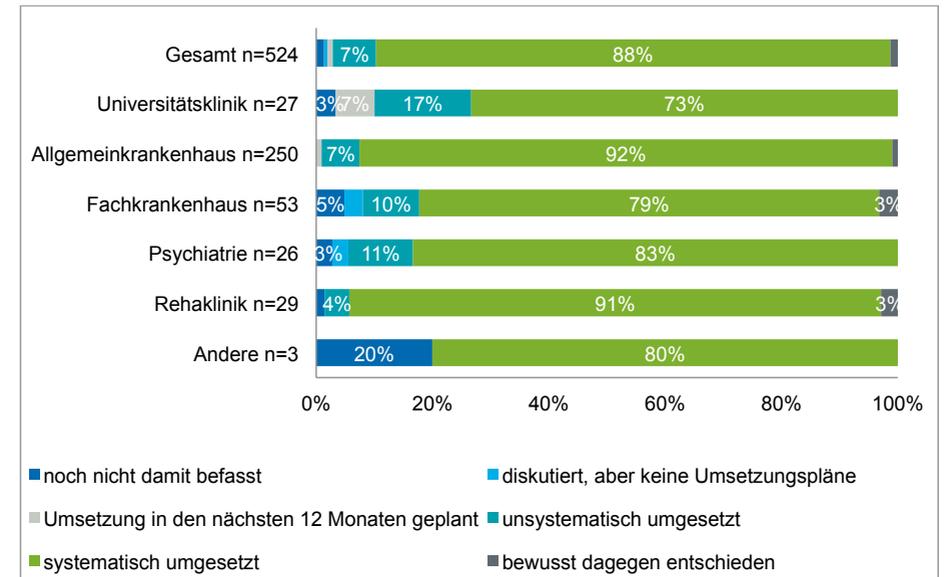
**4.2.5 h Einsatz von systematischem Dekubitusmanagement.**



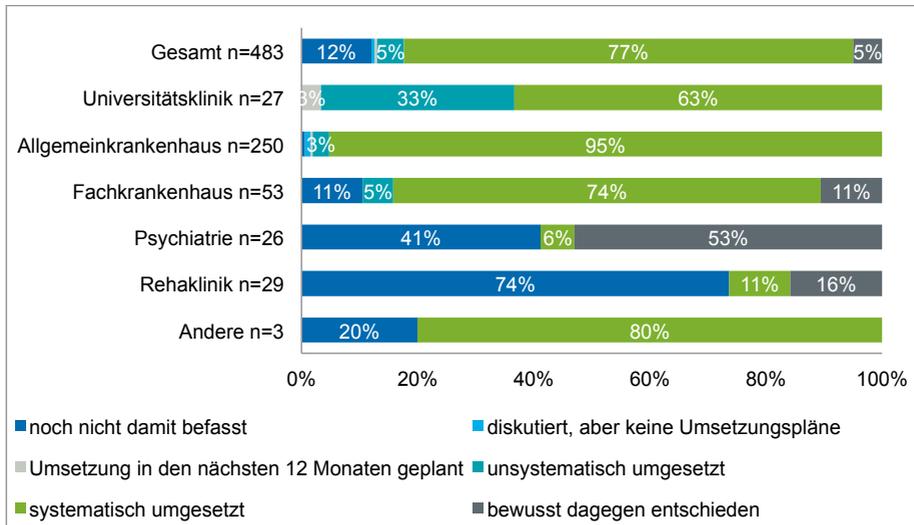
**4.2.5 i Einsatz von systematischem Wundmanagement.**



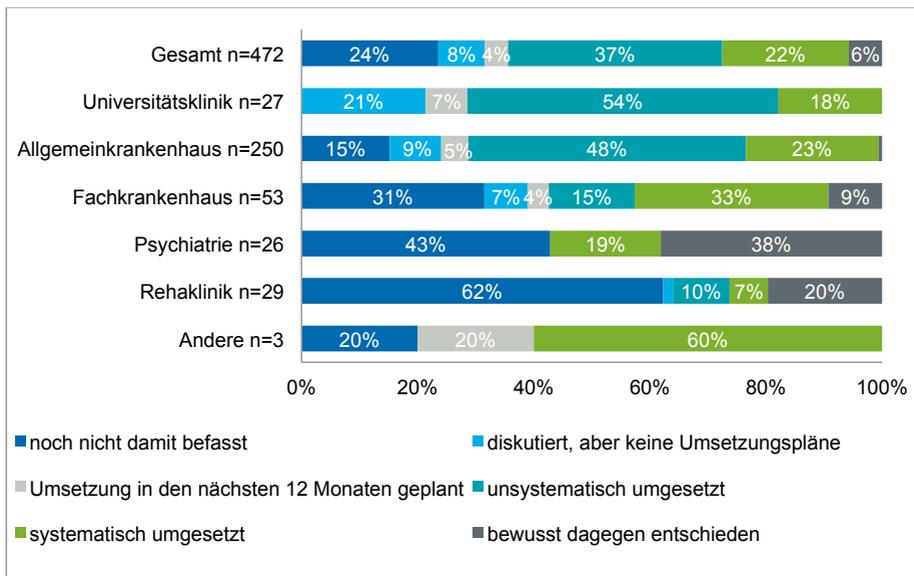
**4.2.5 j Sturzprävention mit Sturz-Assessment bei Risikopatienten.**



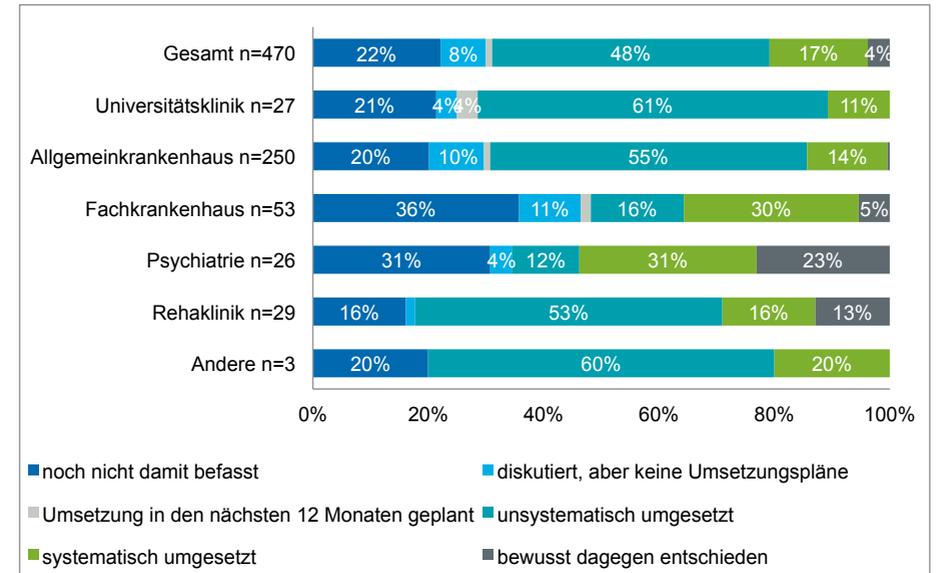
#### 4.2.5 k Einsatz von perioperativen (prä-, intra- und post-) Checklisten.



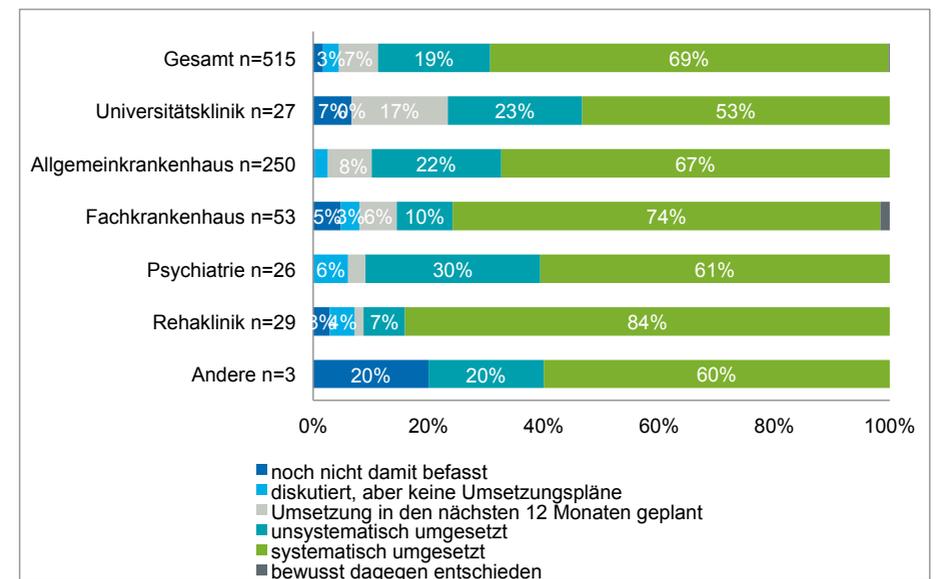
#### 4.2.5 l Durchführung von Simulatortrainings (z.B. für schwierige Operationen und Notfälle).



#### 4.2.5 m Umsetzung von Maßnahmen zur Früherkennung von Patienten mit Komplikationen (z.B. "rapid response").

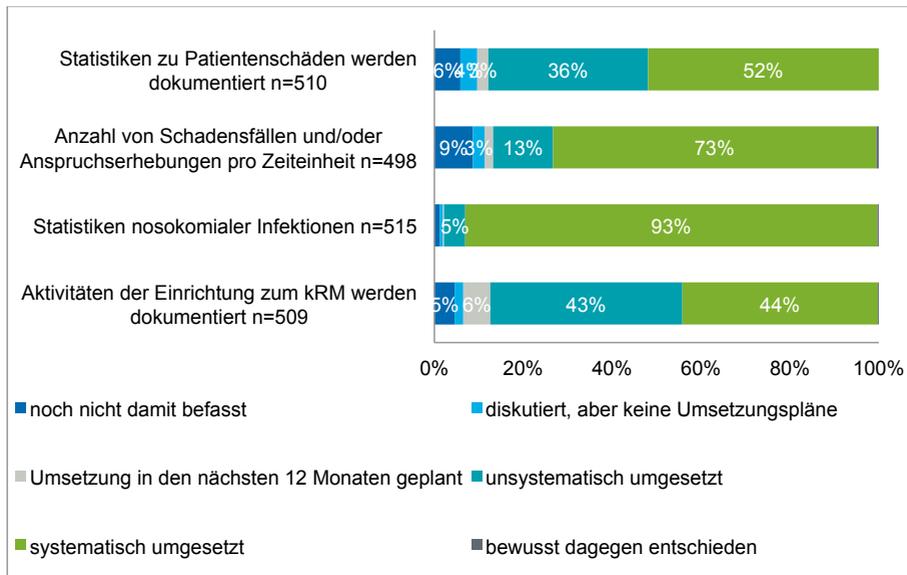


#### 4.2.5 n Anwendung von systematischem Entlassungsmanagement.



## 4.2.6 Überwachung und Bericht von klinischen Risiken

### 4.2.6 a Überwachung und Bericht von klinischen Risiken - Gesamtüberblick

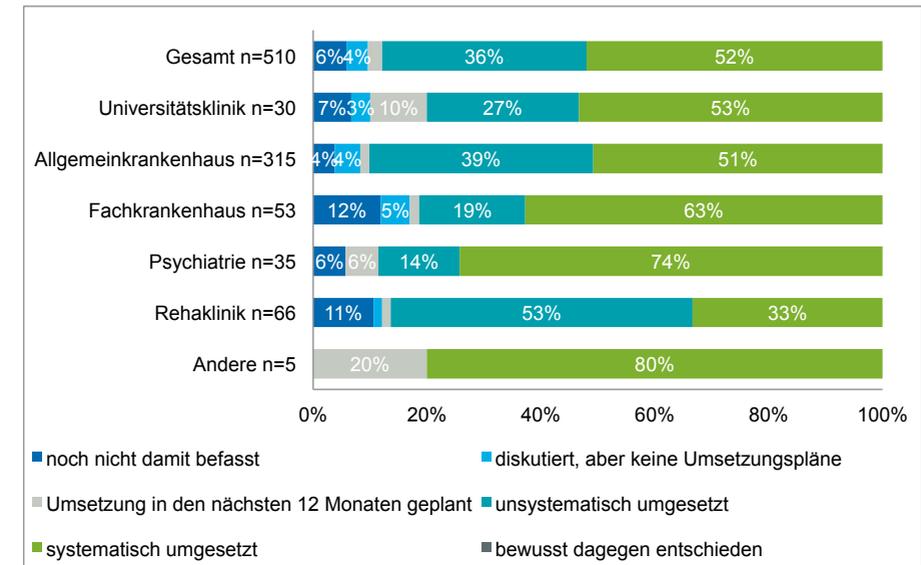


Hinsichtlich des Themenkomplexes, wie die Einrichtungen klinische Risiken überwachen, erfassen und kommunizieren, gaben die meisten Einrichtungen an, Statistiken zu nosokomialen Infektionen zu führen, Statistiken zu Patientenschäden sowie die Aktivitäten des kRM zu dokumentieren, außerdem die Anzahl von Schadensfällen oder Anspruchserhebungen pro Zeiteinheit festzuhalten (s. Abb. 4.2.6 a und 4.2.6 b bis 4.2.6 e). Hinsichtlich des Umsetzungsgrades zeigten sich jedoch deutliche Unterschiede, vor allem bei der Dokumentation über die Aktivitäten des kRM, zu der 44 % angaben, sie systematisch umzusetzen, aber 43 % eine unsystematische Umsetzung konstatierten (s. Abb. 4.2.6 d).

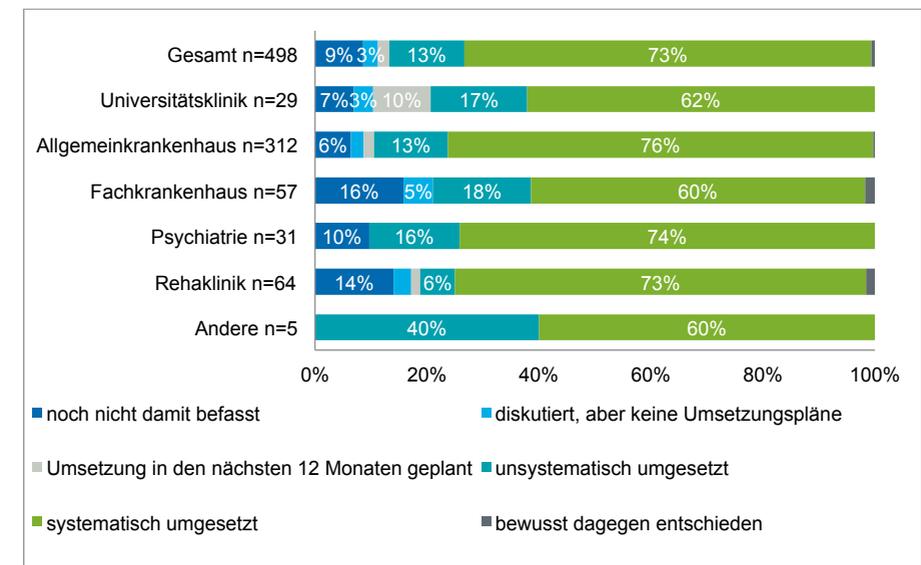
Bei Betrachtung nach Bettengrößen zeigte sich, dass kleinere Einrichtungen die o.g. Merkmale weniger häufig systematisch umsetzen als größere Einrichtungen. Statistiken zu nosokomialen Infektionen bilden kleine Einrichtungen (1 bis 49 Betten) zu 70 % systematisch ab, größere Einrichtungen hingegen bis zu 90 %.

Die nachfolgenden Abbildungen 4.2.6 b bis 4.2.6 e stellen die einzelnen Fragen des Themenkomplexes gegliedert nach den unterschiedlichen Krankenhausarten dar.

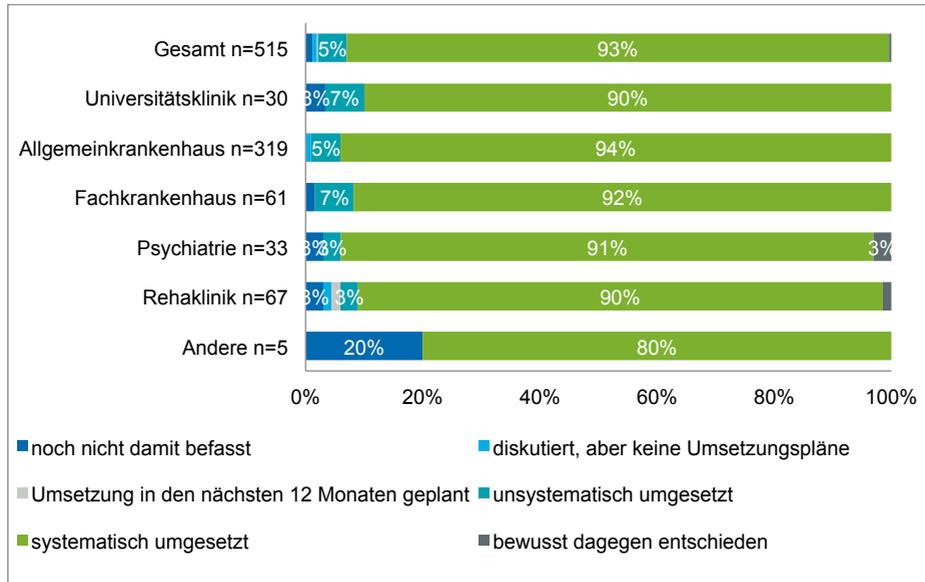
### 4.2.6 b Statistiken zu Patientenschäden werden dokumentiert



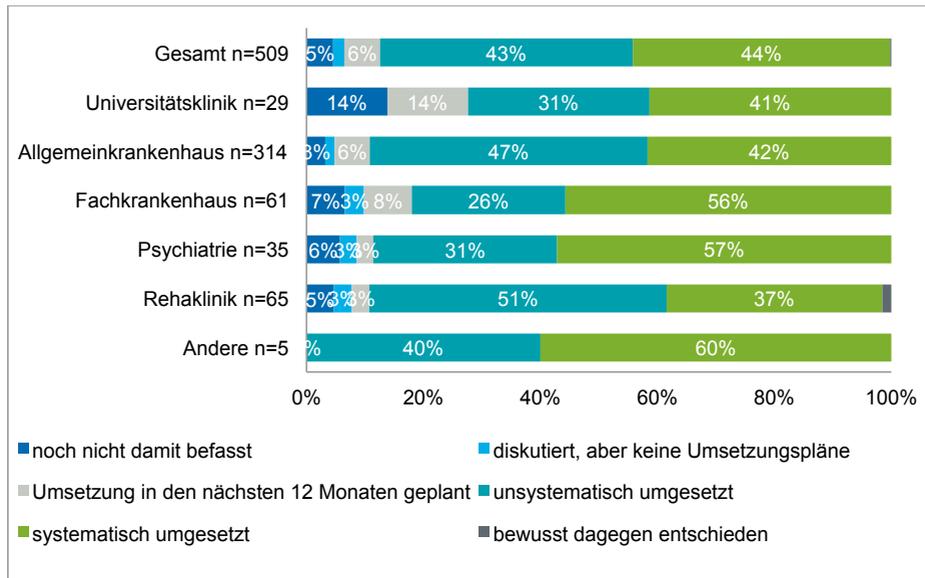
### 4.2.6 c Anzahl von Schadensfällen und/oder Anspruchserhebungen pro Zeiteinheit



#### 4.2.6 d Statistiken nosokomialer Infektionen

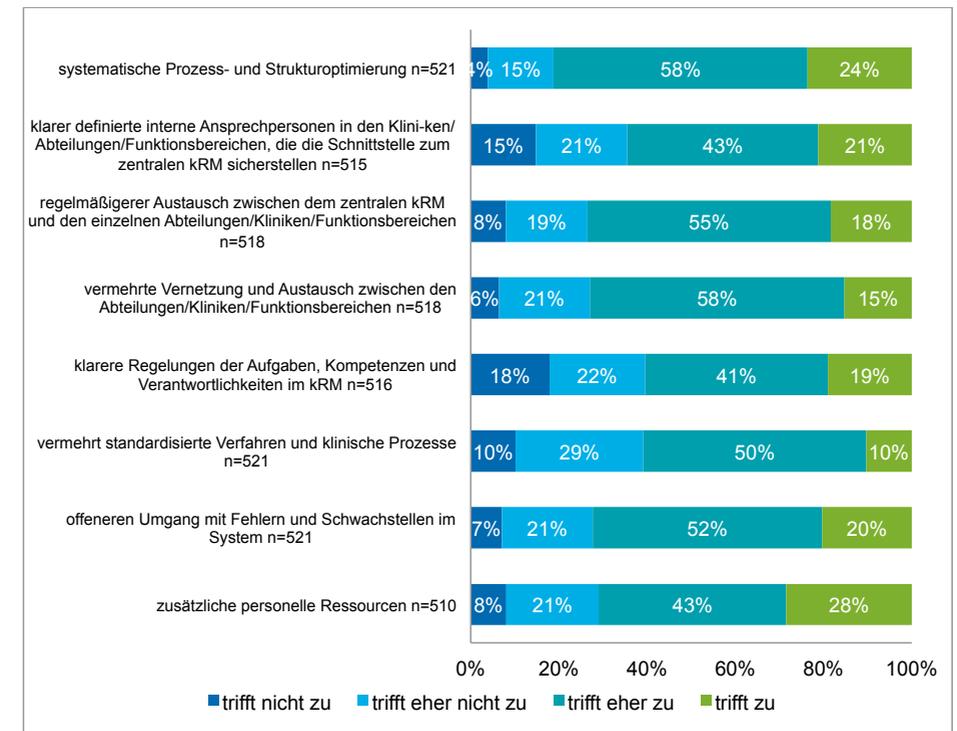


#### 4.2.6 e Die Aktivitäten der Einrichtung zum kRM werden dokumentiert



#### 4.2.7 Verbesserungsbedarf

##### 4.2.7 a Verbesserungsbedarf – Gesamtüberblick



Bis auf wenige Ausnahmen sahen die Einrichtungen unabhängig ihrer Art und Bettengröße in allen abgefragten Bereichen bis zu 72 % („trifft eher zu“ und „trifft zu“ zusammengefasst) Verbesserungsbedarf (s. Abb. 4.2.7 a).

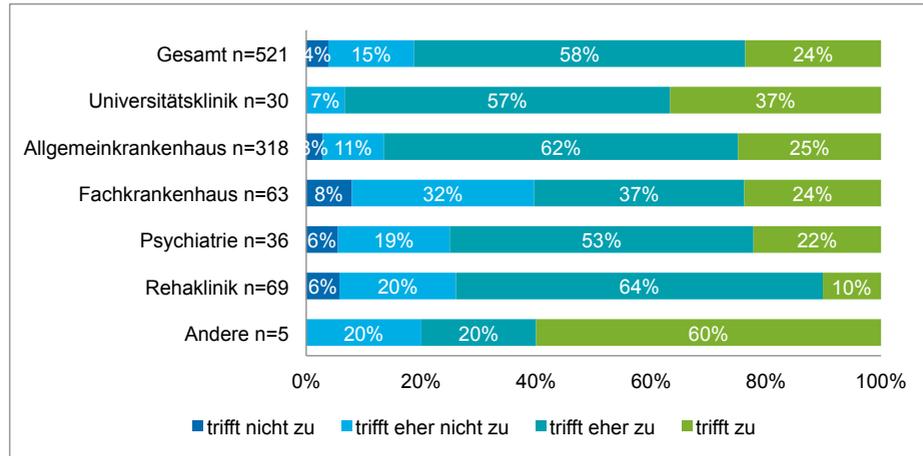
Etwas abweichend urteilten die Befragten der Fachkrankenhäuser und Psychiatrien. Im Vergleich zu allen anderen Krankenhausarten sahen sie in allen acht erhobenen Bereichen durchschnittlich 10 % weniger Verbesserungsbedarf.

Bei Betrachtung nach Bettengrößenklassen zeigte sich, dass kleinere Einrichtungen auch ungefähr 10 % weniger Verbesserungsbedarf als größere Einrichtungen sahen. Allerdings sollte hier darauf hingewiesen werden, dass die kleineren Einrichtungen mit 17 bis 16 Teilnehmern einen sehr geringen Gesamtanteil (n=572) ausmachten. Es zeichnete sich zudem ein leichter Trend dahingehend ab, dass mit steigender Bettenzahl ein größerer Handlungsbedarf einherging.

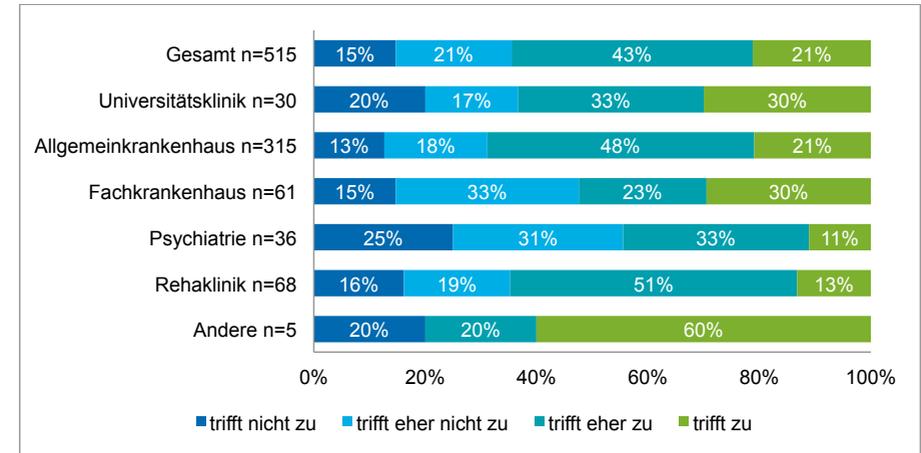
Stellt man einzelne Verbesserungspotentiale gegenüber, so fällt auf, dass in den Bereichen „systematische Prozess- und Strukturoptimierung“, „zusätzliche personelle Ressourcen“ und „in einem offenen Umgang mit Fehlern und Schwachstellen im System“ ein stärkerer Verbesserungsbedarf bestand als bei den restlichen Merkmalen (s. Abb. 4.2.7 b - 4.2.7 i).

Die nachfolgenden Abbildungen 4.2.7 a bis 4.2.7 i stellen die einzelnen Fragen des Themenkomplexes gegliedert nach den unterschiedlichen Krankenhausarten dar.

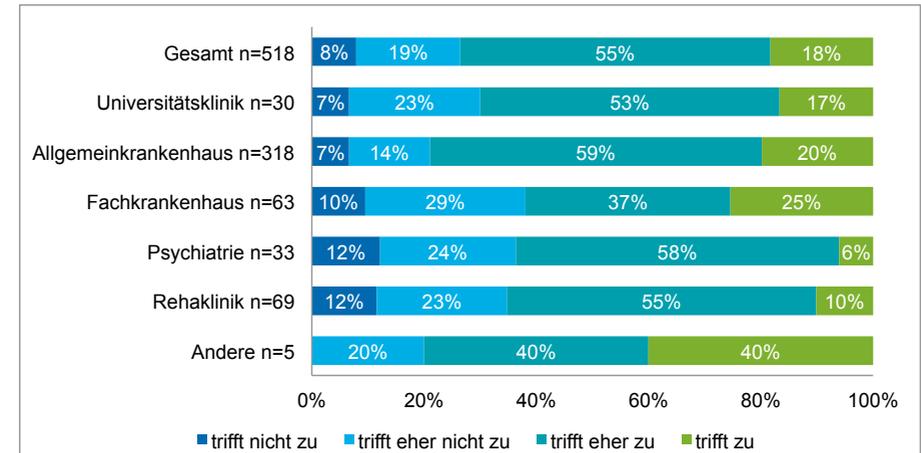
#### 4.2.7 b Systematische Prozess- und Strukturoptimierung



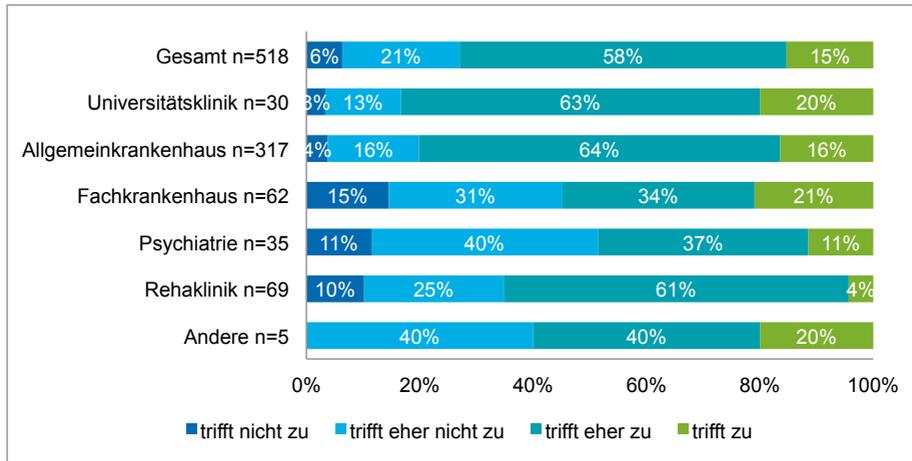
#### 4.2.7 c Klarer definierte interne Ansprechpersonen in den Kliniken/Abteilungen/Funktionsbereichen, die die Schnittstelle zum zentralen kRM sicherstellen



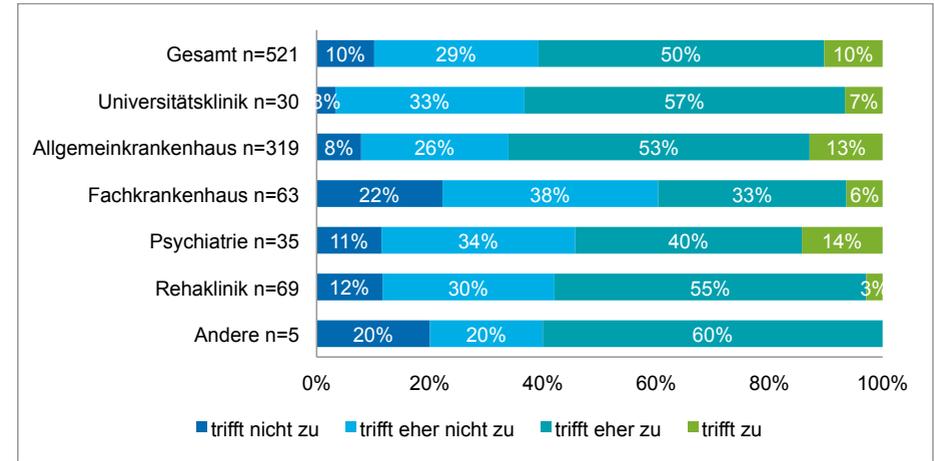
#### 4.2.7 d Einen regelmäßigeren Austausch zwischen dem zentralen kRM und den einzelnen Abteilungen/Kliniken/Funktionsbereichen



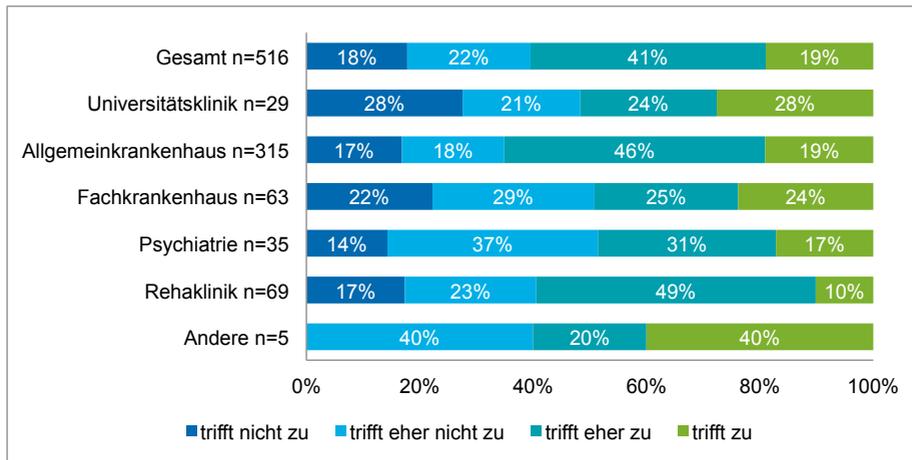
**4.2.7 e Vermehrte Vernetzung und Austausch zwischen den Abteilungen/  
Kliniken/Funktionsbereichen**



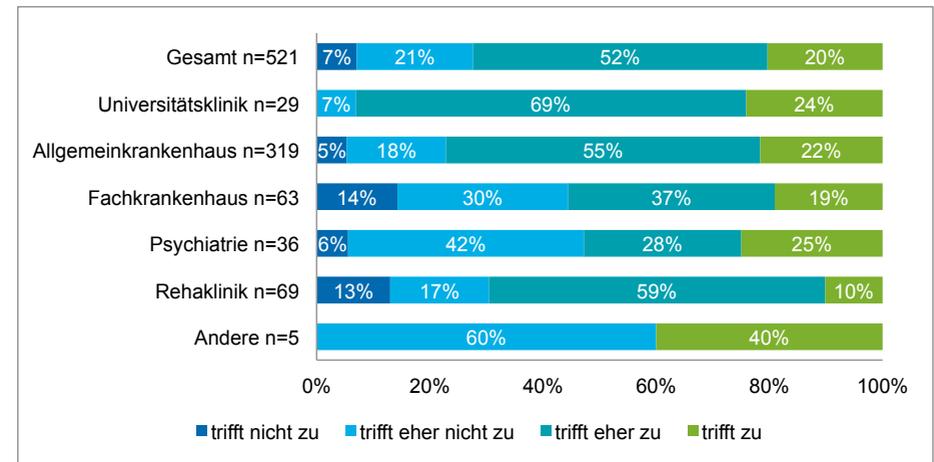
**4.2.7 g Vermehrt standardisierte Verfahren und klinische Prozesse (z.B.  
Behandlungspfade, Checklisten)**



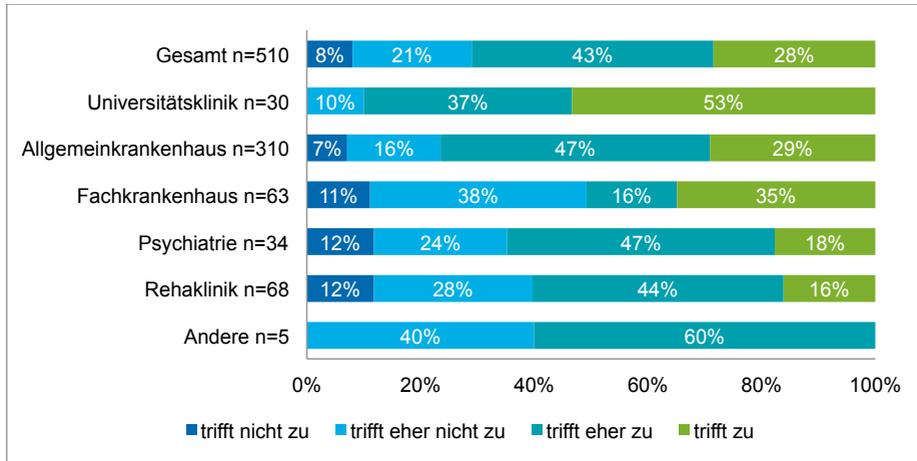
**4.2.7 f Klarere Regelungen der Aufgaben, Kompetenzen und Verantwortlichkeiten im kRM (Organisations- und Führungsstrukturen)**



**4.2.7 h Einen offeneren Umgang mit Fehlern und Schwachstellen im System**

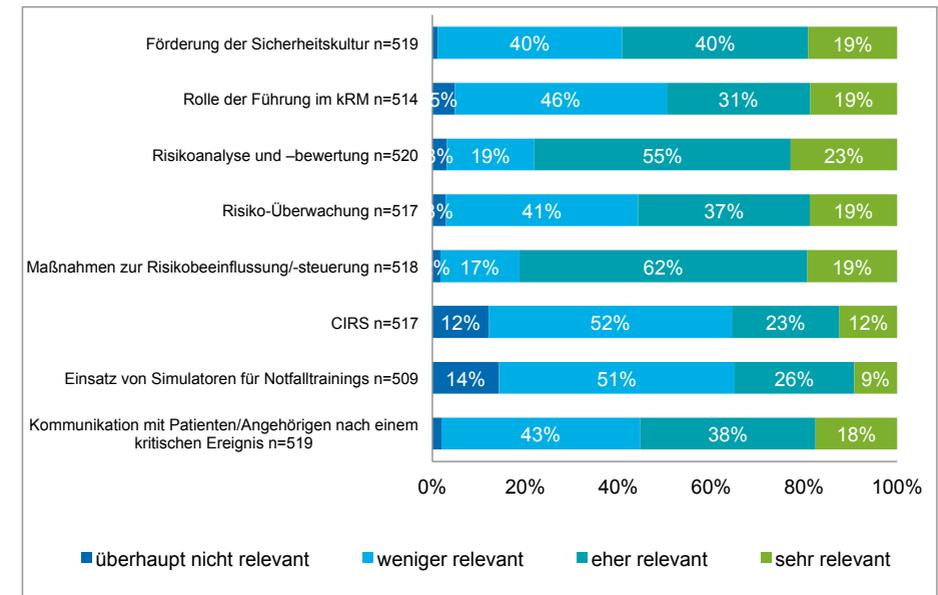


#### 4.2.7 i Zusätzliche personelle Ressourcen



#### 4.2.8 Fortbildungsbedarf

##### 4.2.8 a Fortbildungsbedarf - Gesamtüberblick



In Bezug auf kRM stellte sich für die Einrichtungen der Fortbildungsbedarf wie folgt dar:

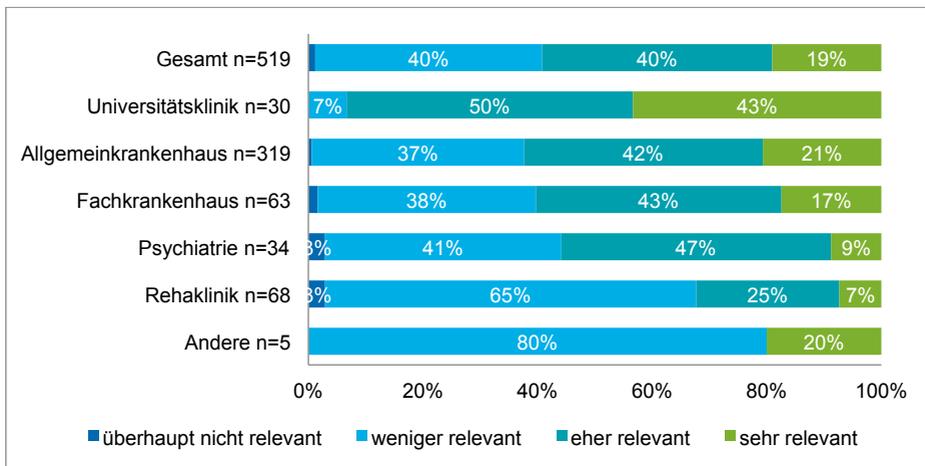
Den meisten Fortbildungsbedarf sahen die teilnehmenden Einrichtungen bei „Risikoanalyse und -bewertung“ sowie „Maßnahmen zur Risikobeeinflussung bzw. -steuerung“ (sehr relevant 19 % bis 23 %, eher relevant 62 % bis 55 %) (s. Abb. 4.2.8 a). Gerade bezogen auf den Fortbildungsbedarf zu Risikoanalyse und -bewertung stufen Universitätsklinika und Häuser ab 600 Betten die Relevanz als höher ein als die anderen Einrichtungen (s. Abb. 4.2.8 d).

Als weniger relevant wurden Fortbildungen für CIRS und Simulatortrainings bewertet (überhaupt nicht relevant 12 % bis 14 %, weniger relevant 51 % bis 52 %) (s. Abb. 4.2.8 a). Bei Betrachtung nach Krankenhausart fiel auf, dass insbesondere Rehakliniken mit 82 % (überhaupt nicht relevant 10 %, weniger relevant 72 %) am wenigsten Fortbildungsbedarf bei CIRS sahen (s. Abb. 4.2.8 g). Des Weiteren sahen Rehakliniken und Psychiatrien mit 89 % (überhaupt nicht relevant 28 %, weniger relevant 61 %) bzw. 97 % (überhaupt nicht relevant 61 %, weniger relevant 36 %) nahezu keinen Fortbildungsbedarf zum Einsatz von Simulatoren bei Notfalltrainings (s. Abb. 4.2.8 h).

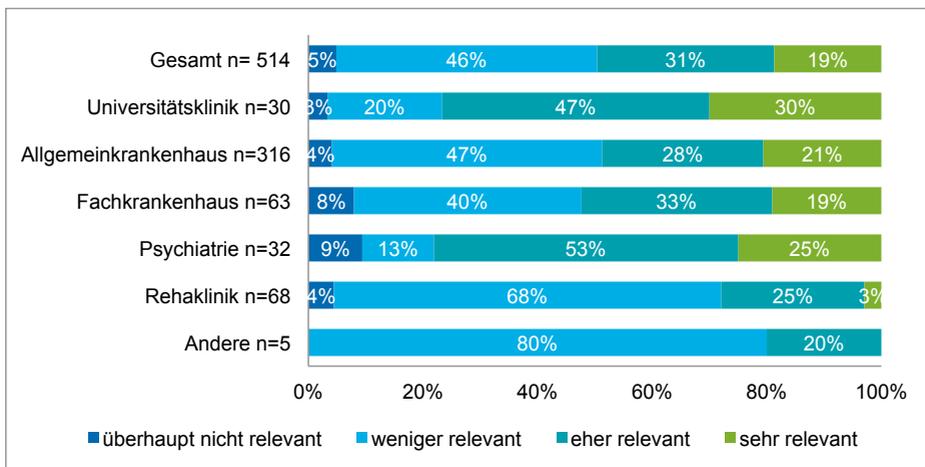
Bei Betrachtung nach Bettengrößenklassen war augenfällig, dass je größer die Einrichtung war, desto mehr Bedarf nach Entwicklung der Sicherheitskultur bestand.

Die nachfolgenden Abbildungen 4.2.8 b bis 4.2.8 i stellen die einzelnen Fragen des Themenkomplexes gegliedert nach den unterschiedlichen Krankenhausarten dar.

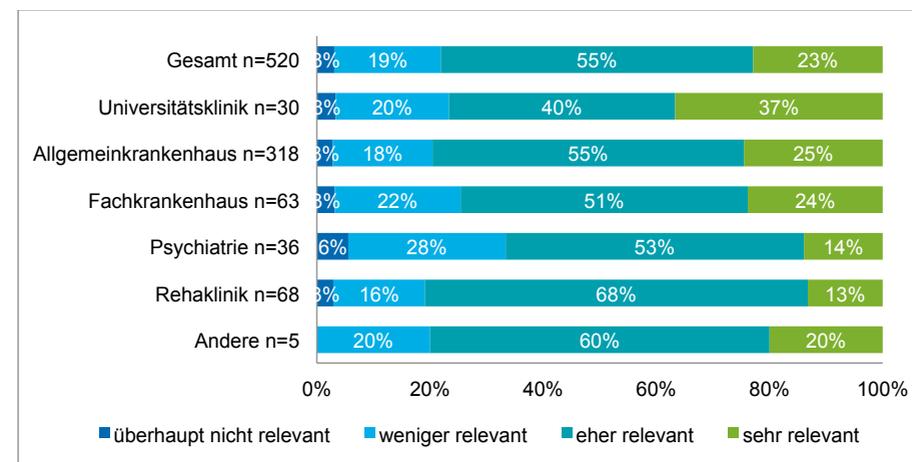
#### 4.2.8 b Förderung der Sicherheitskultur



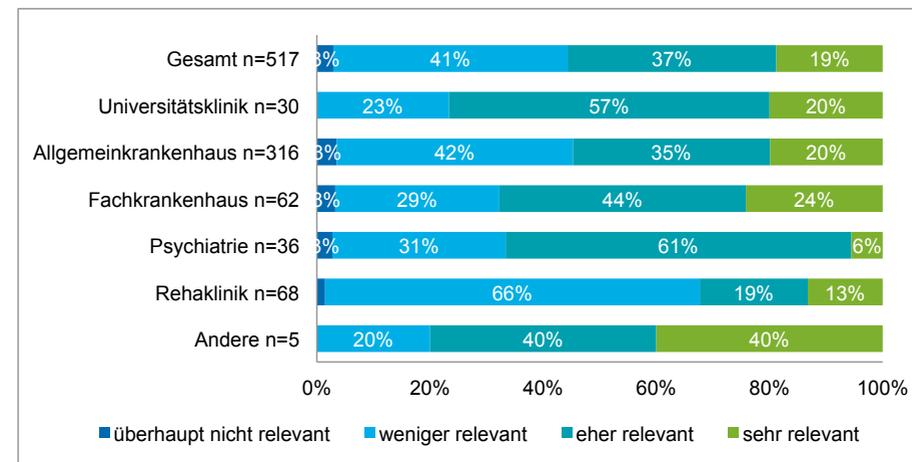
#### 4.2.8 c Rolle der Führung im kRM



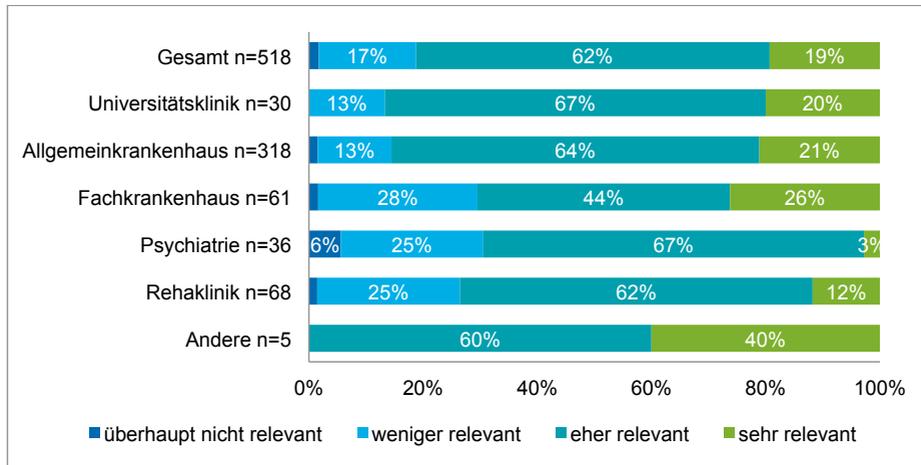
#### 4.2.8 d Risikoanalyse und -bewertung



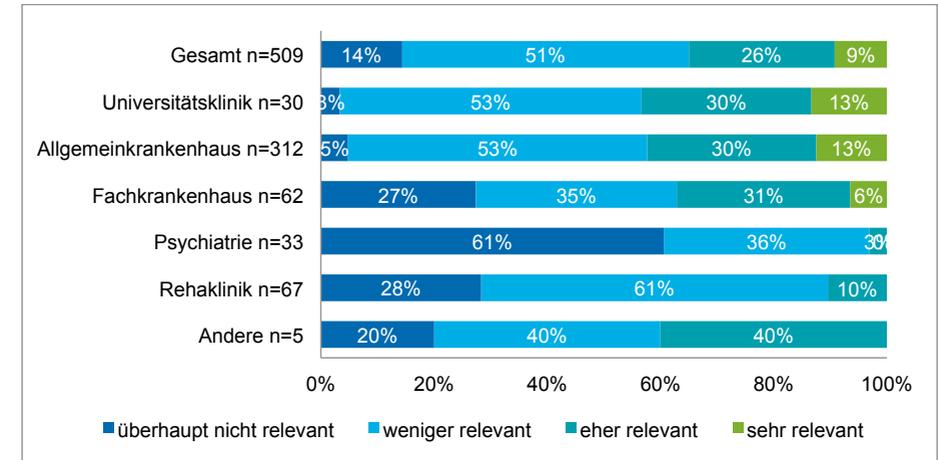
#### 4.2.8 e Risiko-Überwachung



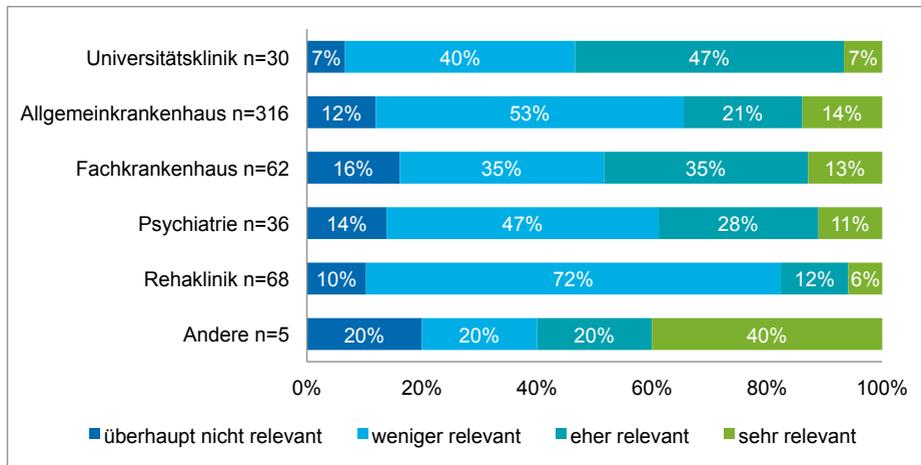
#### 4.2.8 f Maßnahmen zur Risikobeeinflussung/-steuerung



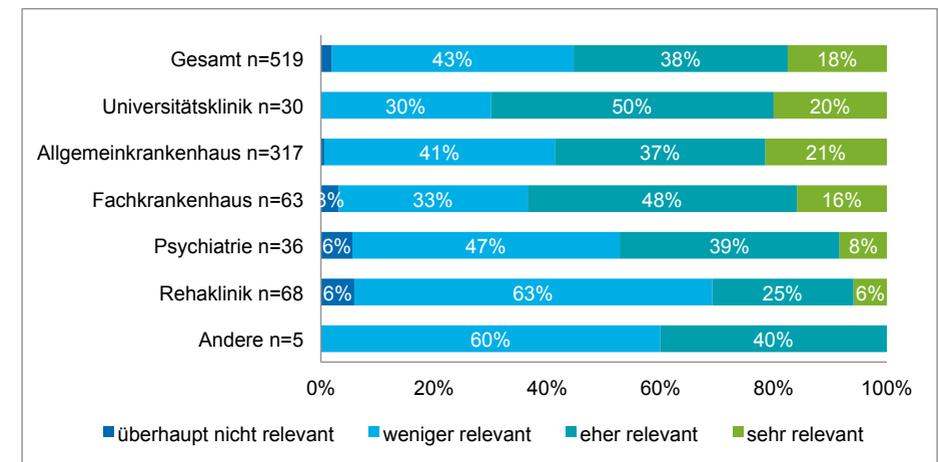
#### 4.2.8 h Einsatz von Simulatoren für Notfalltrainings (OP, Notfall etc.)



#### 4.2.8 g CIRS



#### 4.2.8 i Kommunikation mit Patienten/Angehörigen nach einem kritischen Ereignis



#### 4.2.9 Risikoschwerpunkte

Schnittstellen, Arzneimitteltherapie sowie Diagnostik/Therapie sahen die befragten Einrichtungen als die drei obersten Risikoschwerpunkte (s. Abb. 4.2.9 a).

##### 4.2.9 a Wo vermuten Sie nach Ihren Erkenntnissen die wichtigsten klinischen Risikoschwerpunkte in Ihrer Einrichtung? (Bitte geben Sie eine Rangfolge an.)

Rang	2015
1	Schnittstellen
2	Arzneimitteltherapie
3	Diagnostik/Therapie
4	Notfallaufnahme
5	nosokomiale Infektionen/Hygiene
6	Personalkompetenz
7	Stürze
8	Verwechslung von Patienten, Proben, Befunden
9	Medizintechnik, Geräte
10	Demenzsensitivität
11	Sonstiges

#### 4.2.10 Abschlussbewertung

In dem Kapitel wurde zum einen danach gefragt, ob die Einführung von kRM Auswirkungen auf die Prämienkonstellation des Haftpflichtversicherers hätten. Bei Betrachtung aller Rückmeldungen gaben ca. die Hälfte der teilnehmenden Häuser an, die Einführung hätte keine Auswirkungen, 17 % bejahten Auswirkungen und ein Drittel wollte keine Angaben dazu machen. Gegliedert nach Krankenhausarten stechen besonders Universitätsklinika hervor, die zu 53 % die Auswirkungen auf die Prämienkonstellation bestätigten und die Rehakliniken, die zu 70 % die Frage verneinten (s. Abb. 4.2.10 a). Größere Häuser gaben häufiger an, dass kRM Auswirkungen auf die Prämienkonstellation hätte als kleinere.

Zum zweiten wurde nach einem systematischen Ansatz im Umgang mit Patienten mit kognitiven Einschränkungen gefragt. Auch hier zeigte sich strukturiert nach Krankenhausart ein unterschiedliches Antwortbild. Psychiatrien und Rehakliniken gaben zu 88 % an, einen solchen Ansatz bereits zu verfolgen. Hinsichtlich des Umsetzungsgrads zeigten sich jedoch Unterschiede. Systematisch realisierten 67 % (unsystematisch umgesetzt 21 %) der Psychiatrien den Umgang mit kognitiv eingeschränkten Menschen, bei den Rehakliniken handelten 34 % systematisch (54 % unsystematisch). Bei Betrachtung nach Bettengröße stellte sich heraus, dass kleinere Häuser eher angaben, einen systematischen Ansatz zu verfolgen als größere Häuser (s. Abb. 4.2.10 b).

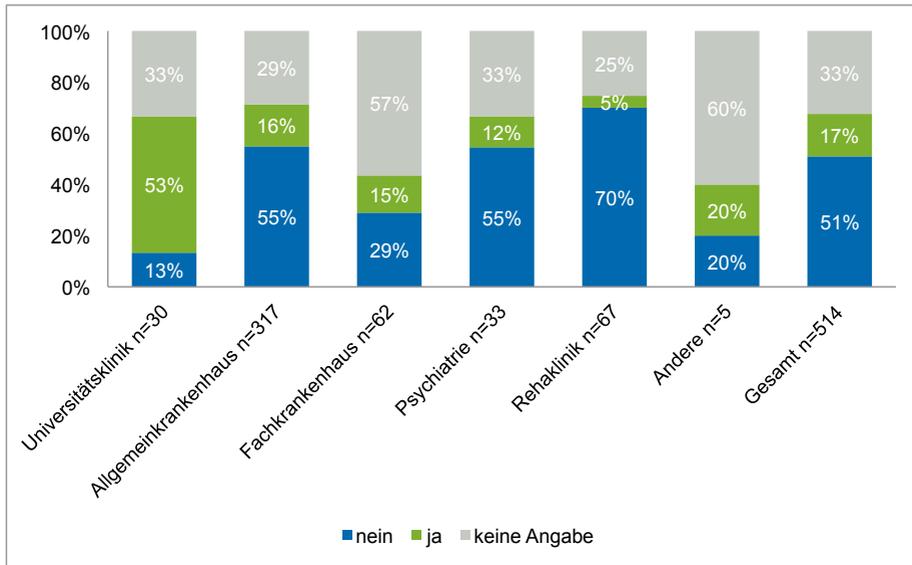
Zuletzt wurde nach der Selbsteinschätzung der Häuser in Bezug auf kRM gefragt. Hinsichtlich der Frage, wie die eigene Einrichtung in Bezug auf die Einführung von kRM im Vergleich zu anderen Häusern des gleichen Typs/Versorgungsschwerpunktes heute stünde, setzte sich etwas mehr als die Hälfte aller Einrichtungen (55 %) mit dem Durchschnitt gleich. Etwas über dem Durchschnitt schätzte sich ein Drittel (33 %) der Teilnehmer ein.

Differenzierter nach der Krankenhausart betrachtet, ordneten sich Psychiatrien häufig über dem Durchschnitt (50 %) ein, Allgemeinkrankenhäuser und Rehakliniken sahen sich zu circa einem Drittel (60 % bzw. 68 %) dem Durchschnitt gleich. Universitätsklinika und Fachkrankenhäuser distanzieren sich von den anderen Teilnehmern deutlicher: etwas über dem Durchschnitt ordneten sich 47 % bzw. 43 % (weit über dem Durchschnitt 5 %) ein, genauso wie der Durchschnitt sahen sich 37 % bzw. 35 % und unterdurchschnittlich schätzen sich jeweils 17 % ein (s. Abb. 4.2.10 c).

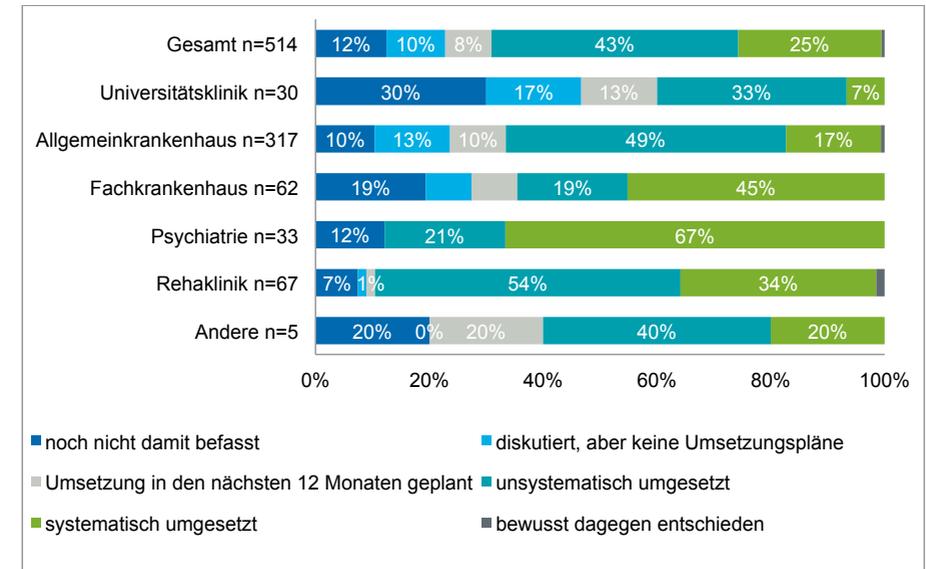
Bei der Auswertung nach Bettengröße zeigte sich, je größer die Einrichtung, desto eher lag die Einschätzung im Durchschnitt bzw. etwas über dem Durchschnitt.

Die nachfolgenden Abbildungen 4.2.10 a bis 4.2.10 d stellen die einzelnen Fragen des Themenkomplexes gegliedert nach den unterschiedlichen Krankenhausarten dar.

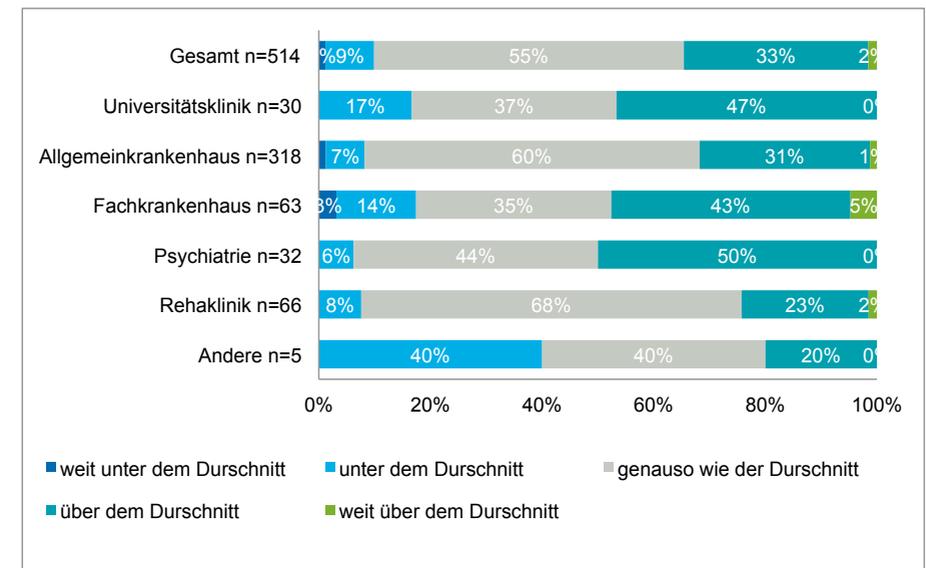
**4.2.10 a Hat die Einführung des kRM Auswirkungen auf die Prämienkonstellation Ihres Haftpflichtversicherers?**



**4.2.10 b Verfolgen Sie einen systematischen Ansatz im Umgang mit Patienten mit kognitiven Einschränkungen?**



**4.2.10 c Was glauben Sie, wo Ihre Einrichtung in Bezug auf die Einführung von kRM im Vergleich zu anderen Häusern Ihres Typs/Versorgungsschwerpunktes heute steht?**



Hinsichtlich der Frage, wo sich die Einrichtungen in Bezug auf ihre eigene Idealvorstellung für das kRM sähen, lagen alle Einrichtungen unabhängig von Krankenhausart und Bettengrößenklasse im mittleren Bereich (47 % bis 60 %). Auffällig waren hier aber insbesondere die großen Standardabweichungen, die sich zwischen 16 % und 23 % bewegten (s. Abb. 4.2.10 d).

**4.2.10 d Wo glauben Sie, steht heute Ihre Einrichtung in Bezug auf Ihre eigene Idealvorstellung für das kRM? (Angabe in Prozent von 0-100)**

Krankenhausart	n	Mittelwert	Standardabweichung
Universitätsklinik	23	49,26	23,19
Allgemeinkrankenhaus	263	46,86	16,65
Fachkrankenhaus	52	57,75	20,92
Psychiatrie	27	60,00	17,13
Rehaklinik	58	52,74	16,39
Andere	3	60,00	22,91
<b>Gesamt</b>	<b>426</b>	<b>50,04</b>	<b>18,14</b>

## 5 Diskussion

Diese Studie zeigt den Entwicklungsstand des kRM in deutschen Krankenhäusern und Rehabilitationskliniken 2015 auf. Insgesamt konnten deutliche Unterschiede im Umsetzungsgrad der erhobenen kRM-Maßnahmen festgestellt werden. Allgemein kann festgehalten werden, dass kRM-Maßnahmen, die einen höheren Umsetzungsgrad aufweisen, entweder bereits seit einem gewissen Zeitraum in der Diskussion um Qualitätsmanagement und Patientensicherheit eine Rolle spielen oder weniger komplex und bezogen auf einen einzelnen spezifischen Prozess sind. Im Gegensatz dazu beziehen sich kRM-Maßnahmen, die einen geringeren Umsetzungsgrad aufweisen, häufig auf neue Themen zu Patientensicherheit, obgleich die kRM-Maßnahmen selbst in einigen klinischen Fachdisziplinen bereits bekannte Maßnahmen (so z.B. Methoden zur Früherkennung von Komplikationen) sind. Andere weniger weit verbreitete Maßnahmen sind solche mit umfangreichem Einbezug von unterschiedlichen Bereichen, Professionen und Disziplinen sowie von Schnittstellen entlang des gesamten Behandlungsprozesses. Des Weiteren zeigen sich Unterschiede beim Optimierungsbedarf in Bezug auf die zielgerichtete Unterstützung und Spezifikation der Anforderungen und Maßnahmen des kRM nach Krankenhausarten, insbesondere bei Rehabilitationskliniken und Psychiatrien (Briner und Manser 2013). Dies drückt sich auch dadurch aus, dass sich gerade Rehabilitationskliniken und Psychiatrien häufig bewusst gegen die Einfügung einer Maßnahme entschieden haben, weil möglicherweise die Anforderungen nicht zugeschnitten sind auf die Bedürfnisse solcher Einrichtungen (z.B. Einführung von intraoperativen Checklisten).

Unter der Annahme, dass die kRM-Strategie den Rahmen für alle Risikomanagementaktivitäten schafft (Aktionsbündnis Patientensicherheit 2016), wird der weitere Entwicklungsbedarf insbesondere darin sichtbar, dass je nach Krankenhausart nur 33 % bis 54 % angaben, eine verbindliche, schriftlich festgelegte Strategie für kRM systematisch umgesetzt zu haben. Da die Strategie für kRM die gesamte Einrichtung betrifft und insbesondere auch die Einrichtungsleitung (Botje et al. 2014), zeigt sich weiterer Nachholbedarf zur Förderung der Strategieentwicklung darin, dass nur 38 % der Einrichtungen angaben, kRM und Fragen der Patientensicherheit seien Bestandteil der Tagesordnung in Sitzungen der Einrichtungsleitung. Weiterhin gilt es die systematische Kommunikation zwischen dem zentralen kRM und einzelnen Kliniken/Abteilungen sowie zwischen den unterschiedlichen Kliniken und Abteilungen zu fördern. Während Kommunikation zwischen Einheiten regelmäßig als ein Bereich für Weiterentwicklung in der Organisationswissenschaft identifiziert wird, ist es absolut wichtig, den Einfluss auf Arbeitsroutine und soziale Struktur bei Einführung von kRM-Maßnahmen zu berücksichtigen (May 2013).

Bezogen auf die Risikobeurteilung ist hervorzuheben, dass nur 13 % der Einrichtungen angaben, systematisch Verfahren zur Ereignisanalyse anzuwenden, während ein hoher Anteil der Einrichtungen mit etabliertem lokalen CIRS eine systematische Analyse der CIRS-Berichte bestätigten. Zusammen mit dem sehr geringen Umset-

zungsgrad von Verfahren zur prospektiven Risikoanalyse, weist dies auf einen Mangel in der Zusammenführung unterschiedlicher kRM-Maßnahmen hin. Das wirft die Frage auf, ob die beiden am höchsten bewerteten Items der Risikobeurteilung (Beschwerde-Management und Patienten- bzw. Angehörigenbefragungen) wirklich zur Beurteilung von Risiken genutzt werden oder eher der Qualitätsberichtserstattung dienen. Der Bedarf an strukturierter Zusammenführung von Maßnahmen zur Risikoidentifikation, -analyse und -bewertung wird dadurch weiter unterstützt, dass obwohl bereits ein breites Spektrum an Risikoinformationsquellen genutzt wird, die Erkenntnisse jedoch nicht an einer Stelle zusammengeführt werden (27 % systematisch umgesetzt).

Aufgrund der gesetzlichen Anforderungen an ein kRM sind die Einführung und Teilnahme an einem lokalen CIRS für alle Krankenhäuser und Rehabilitationskliniken verpflichtend. Die Krankenhäuser und Rehabilitationskliniken sollen sich zudem an einem einrichtungsübergreifenden CIRS beteiligen. Die Befragungsergebnisse spiegeln eine deutliche Präferenz lokaler CIRS wider. Allerdings gibt es auch eine hohe Quote an Einrichtungen, die die Einführung eines einrichtungsübergreifenden CIRS nicht erwägen oder sich bereits dagegen entschieden haben. Dass dies insbesondere für Rehabilitationskliniken zutrifft, ist nicht verwunderlich, da es bislang kein einrichtungsübergreifendes CIRS mit Fokus für den tertiären Sektor gibt. Fast alle Einrichtungen, welche sich einem einrichtungsübergreifenden CIRS angeschlossen haben, hatten auch ein lokales CIRS.

#### **Limitationen**

Zwar scheint die Rücklaufquote von 22 % etwas niedrig zu sein, jedoch ist sie vergleichbar mit anderen freiwilligen Befragungen im Gesundheitswesen. Wie bei allen Befragungen mit freiwilliger Teilnahme ist auch hier ein Selektionsbias zu vermuten, so dass davon auszugehen ist, dass sich bei dieser Befragung eher Einrichtungen beteiligt haben, die sich bereits mit dem Thema kRM befassen. Die Daten beruhen auf einer Selbsteinschätzung der Antwortenden, wobei es sich bei den Verantwortlichen für kRM um institutionelle Repräsentanten handelt. Von der Richtigkeit der Daten kann ausgegangen werden, da für die Teilnehmer der Anreiz eines einrichtungsspezifischen Berichts bestand, aus dem der eigene Entwicklungsstand im Vergleich zu allen Teilnehmern und Einrichtungen des gleichen Krankenhaustyps hervorgeht. Eine positive Antwortverzerrung ist eher unwahrscheinlich, da einige teilnehmende kRM-Verantwortliche die Befragungsauswertung als interne Diskussions- und Entscheidungsgrundlage mit der Einrichtungsleitung genutzt haben.

## **6 Fazit und Ausblick**

Diese Studie gibt einen Überblick über den Entwicklungsstand von kRM in deutschen Krankenhäusern und Rehabilitationskliniken in 2015 und zeigt die Unterschiede zwischen den verschiedenen Krankenhausarten auf. Es werden Bereiche ermittelt, in denen es noch einer Weiterentwicklung bedarf. Das in der Befragung eingesetzte Instrument zum Monitoring des kRM hat in der Praxis mehrheitlich positive Resonanz und eine Sensibilisierung für Fragen des kRM ausgelöst. Derartige Befragungen sollen in Zukunft in regelmäßigen Abständen wiederholt werden. Dies ist eine wichtige Maßnahme, um das Bewusstsein für ein vorausschauendes, systematisches Risikomanagement zu fördern und die kontinuierlichen Weiterentwicklung gezielt zu unterstützen. Voraussetzungen dafür sind aber eine zielgruppenspezifische Modifikation zum Beispiel für Rehabilitationskliniken und Psychiatrien sowie die kontinuierliche Anpassung des Fragebogens an dynamische Entwicklungen und zum Vorschein kommende Risiken. Diese Befragung liefert die Baseline zur Evaluierung der Auswirkungen von politischen Entscheidungen und Regelungen auf die Entwicklung vom kRM im stationären Sektor.

## 7 Literaturverzeichnis

Aktionsbündnis Patientensicherheit (2016): Anforderungen an klinische Risikomanagementsysteme im Krankenhaus. Hg. v. Aktionsbündnis Patientensicherheit. Berlin. Online verfügbar unter [http://www.aps-ev.de/fileadmin/fuerRedakteur/PDFs/Handlungsempfehlungen/HE\\_Risikomanagement.pdf](http://www.aps-ev.de/fileadmin/fuerRedakteur/PDFs/Handlungsempfehlungen/HE_Risikomanagement.pdf), zuletzt geprüft am 01.06.2016.

Botje, Daan; Klazinga, N.S.; Suñol, R.; Groene, O.; Pfaff, H.; Mannion, R. et al. (2014): Is having quality as an item on the executive board agenda associated with the implementation of quality management systems in European hospitals: a quantitative analysis. In: *International Journal for Quality in Health Care* 26 (suppl 1), S. 92–99.

Briner, Matthias; Kessler, Oliver; Pfeiffer, Yvonne; Wehner, Theo; Manser, Tanja (2010): Assessing hospitals' clinical risk management: Development of a monitoring instrument. In: *BMC Health Serv Res* 10 (1), S. 337.

Briner, Matthias; Manser, Tanja (2013): Clinical risk management in mental health: a qualitative study of main risks and related organizational management practices. In: *BMC Health Serv Res* 13 (1), S. 44.

G-BA (23.01.2014): Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Vereinbarung des Gemeinsamen Bundesausschusses gemäß § 137 Abs. 1 Satz 3 Nr. 1 SGB V über die grundsätzlichen Anforderungen an ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement für nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser: Umsetzung des § 137 Absatz 1d Satz 1 SGB V. Fundstelle: [https://www.g-ba.de/downloads/39-261-1919/2014-01-23\\_KQM-rl\\_137-1D\\_BAnz.pdf](https://www.g-ba.de/downloads/39-261-1919/2014-01-23_KQM-rl_137-1D_BAnz.pdf). Online verfügbar unter [https://www.g-ba.de/downloads/39-261-1919/2014-01-23\\_KQM-rl\\_137-1D\\_BAnz.pdf](https://www.g-ba.de/downloads/39-261-1919/2014-01-23_KQM-rl_137-1D_BAnz.pdf), zuletzt geprüft am 23.06.2016.

Manser, Tanja; Kessler, Oliver; Briner, Matthias; Pfeiffer, Yvonne; Wehner, Theo (2007): Klinisches Risikomanagement in Schweizer Spitälern. In: *Schweizerische Ärztezeitung* (88), S. 51–52.

May, Carl (2013): Towards a general theory of implementation. In: *Implementation science* : IS 8, S. 1–14.

Middendorf, Conrad (2005): Klinisches Risikomanagement. Implikationen, Methoden und Gestaltungsempfehlungen für das Management klinischer Risiken in Krankenhäusern. Münster: Lit (2).

Prochaska, Janice M.; Prochaska, James O.; Levesque, Deborah A. (2001): A Trans-theoretical Approach to Changing Organizations. In: *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research* 28 (4), S. 247–261.

## Impressum

### Herausgeber:

Institut für Patientensicherheit (IfPS)  
Sigmund-Freud-Straße 25, Geb. 05  
53127 Bonn

Tel.: 0228 / 287-13783  
E-Mail: [ifps@ukbonn.de](mailto:ifps@ukbonn.de)  
Web: [www.ifpsbonn.de](http://www.ifpsbonn.de)

### Bonner Beiträge zur Patientensicherheit

#### Beitrag 3

Web: [www.ifpsbonn.de/publikationen/beitraege](http://www.ifpsbonn.de/publikationen/beitraege)  
ISSN der Printausgabe: 2365-3248  
ISSN der Internetausgabe: 2365-3256

### Autoren:

Fiona McDermott, Janina Frings, Gregory Heuser, Tanja Manser

### Druck:

Eigendruck

Bonn, Dezember 2016

Alle Rechte, insbesondere das Recht zur Vervielfältigung und Verbreitung sowie der Übersetzung, vorbehalten. Kein Teil des Werkes darf in irgendeiner Form ohne schriftliche Genehmigung des Herausgebers reproduziert werden. Der Herausgeber hat das Recht, Teile des Werkes oder das Gesamtwerk elektronisch zu publizieren.

