

KHaSiMiR 21 – Krankenhausstudie zur Sicherheit durch Management innerklinischer Risiken 2021-22

Bericht 1 Ergebnisse der Befragung zur Implementierung des klinischen Risikomanagements



31.10.2022

**Institut für Patientensicherheit
Universitätsklinikum Bonn**
Venusberg-Campus 1, Gebäude 02
53127 Bonn

Ansprechpartner: Dr. Nikoloz Gambashidze
Email: Nikoloz.Gambashidze@ukbonn.de
Tel: 0228 287 13948

Projektleitung: Dr. Martina Schmiedhofer
Aktionsbündnis Patientensicherheit (APS)
Email: schmiedhofer@aps-ev.de

Dr. Nikoloz Gambashidze,
unter Mitarbeit von Dr. Karl Blum, Hannah Rösner B. Sc.,
Dr. Martina Schmiedhofer, Prof. Dr. Reinhard Strametz, Prof. Dr. Matthias Weigl

Gefördert durch:



aufgrund eines Beschlusses
des Deutschen Bundestages

Inhaltsverzeichnis

1. Danksagung	4
2. Einleitung	5
3. Methoden	6
4. Ergebnisse	11
4.1. Die Stichprobe	11
4.2. Zertifizierung	14
4.3. Strategien und Ziele des klinischen Risikomanagements (kRM)	15
4.4. Strukturen des klinischen Risikomanagements (kRM)	23
4.5. Risikobeurteilung (Risikoidentifikation, -analyse und -bewertung)	29
4.6. Critical Incident Reporting System (CIRS)	37
4.7. Risikobewältigung	47
4.8. Überwachung und Bericht von klinischen Risiken	60
4.9. Entlassmanagement	67
4.10. Patientensicherheit	74
4.11. Sicherheitskultur	83
4.12. Verbesserungs- und Fortbildungsbedarf	86
4.13. Abschlussbewertung	99
5. Zusammenfassung	101
Literaturverzeichnis	104
Anhang 1: der Fragebogen	106

1. Danksagung

Wir möchten uns bei allen Teilnehmenden, Vertreter:innen von Krankenhäusern und Rehabilitationskliniken bedanken, die sich die Zeit genommen haben, um die Online-Umfrage auszufüllen. Ohne ihr Engagement wäre dieser Projektbericht nicht möglich gewesen.

Das Projekt wurde von Bundesministerium für Gesundheit finanziert und unter Leitung des Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V. gemeinsam mit den Projektpartner:innen Deutsches Krankenhaus Institut (DKI), Institut für Patientensicherheit des Universitätsklinikums Bonn (IfPS) und dem Wiesbaden Institute for Healthcare Economics and Patient Safety der Hochschule RheinMain (HSRM) durchgeführt.

Zum Projekt wurde ein Expert:innenbeirat gebildet, zur Beratung des Projektteams bezüglich der Interpretation und Gewichtung der Befragungsergebnisse sowie deren Präsentation. Dieser Beirat bestand aus Wissenschaftler:innen und Praktiker:innen aus dem klinischen Risikomanagement und der Patientensicherheit, Vertreter:innen der Krankenkassen, der Deutschen Krankenhausgesellschaft und aus ehrenamtlich tätigen Patientenfürsprecher:innen und Patientenvertreter:innen. Wir bedanken uns sehr für die aktive Zusammenarbeit und Unterstützung des KHaSiMiR-Projekts sowie für die konstruktiven Kommentare und Empfehlungen zu den vorläufigen Ergebnissen, die wir mit den Beiratsmitgliedern besprochen haben. Bedanken möchten wir uns des Weiteren bei den ausgewählten Praktiker:innen und Expert:innen des klinischen Risikomanagements, die am Pretest des Befragungsinstruments teilgenommen haben, für ihre zahlreichen und hilfreichen Verbesserungsvorschläge zum Instrument.

Mitglieder des Expert:innenbeirates:

Dr. Eike Eymers	Stab Medizin des AOK Bundesverbandes, Berlin
Reinhold Frank	Leitung Qualitäts- und Organisationsentwicklung Kliniken Südostbayern
Prof. Dr. Max Geraedts	Institut für Versorgungsforschung und Klinische Epidemiologie Marburg
Dr. Norbert Loskamp	Medizinischer Leiter im PKV-Verband, Berlin
Hans-Jürgen Mahnkopf	Patientenfürsprecher, DRK-Krankenhaus Clementinenhaus Hannover
Prof. Dr. Tanja Manser	Direktorin der Hochschule für Angewandte Psychologie, Fachhochschule Nordwestschweiz, Olten
Cordula Mühr	Sprecherin der Patientenvertretung im G-BA Unterausschuss Qualitätssicherung, Berlin
Hardy Müller	Beauftragter für Patientensicherheit der Techniker Krankenkasse Hamburg
Robert Rilck	Klinisches Risikomanagement Universitätsklinikum Freiburg
Antonia Schwarz	Patientenfürsprecherin Charité-Universitätsmedizin Berlin, Campus Benjamin Franklin

2. Einleitung

Das klinische Risikomanagement (kRM) in Gesundheitseinrichtungen ist eine wichtige Voraussetzung für die strukturierte und systematische Verbesserung der Patientensicherheit und der Gesamtqualität der Versorgung. Es kann definiert werden als "die Gesamtheit der Strategien, Strukturen, Prozesse, Methoden, Instrumente und Aktivitäten in Prävention, Diagnostik, Therapie und Pflege, die die Mitarbeitenden aller Ebenen, Funktionen und Berufsgruppen unterstützen, Risiken bei der Patient:innenversorgung zu erkennen, zu analysieren, zu beurteilen und zu bewältigen, um damit die Sicherheit der Patienten, der an deren Versorgung Beteiligten und der Organisation zu erhöhen" (Aktionsbündnis Patientensicherheit 2016). Gemäß der QM-Richtlinie des G-BA¹ sind Krankenhäuser seit 2014 verpflichtet, kRM zu implementieren und zu betreiben. Mit sektorenübergreifenden Vorgaben zum Qualitätsmanagement löste der G-BA 2016 sektorspezifische Anforderungen durch identische Regeln für die Etablierung einrichtungsinternen Managements ab. Im ambulanten und im stationären Sektoren müssen Qualitätsziele bei Festlegung von Verantwortlichkeiten gesetzt und ein Risiko- und Fehlermanagement eingeführt werden. Die Umsetzung wird im ambulanten Sektor durch die Kassenärztlichen Vereinigungen überprüft, während die Krankenhäuser jährlich in Qualitätsberichten Auskunft über die Umsetzung des Qualitätsmanagements geben. Dieser Bericht umfasst nur das Risikomanagement von stationären Einrichtungen.

Die Ergebnisse weisen darauf hin, dass in der Realität die Details der Implementierung und der Einsatz der verschiedenen Instrumente zwischen den einzelnen Einrichtungen stark variieren. Darüber hinaus führen Gesundheitseinrichtungen neue Methoden und Systematiken ein und versuchen, die Umsetzung der vorhandenen Instrumente zu verbessern. Aus diesen Gründen wird empfohlen, den aktuellen Stand der Umsetzung und Anwendung von kRM in regelmäßigen Abständen durch nationale Erhebungen zu erfassen (Manser et al. 2016).

Im vorliegenden ersten Teil des Berichts möchten wir die deskriptiven Ergebnisse der im Jahr 2022 durchgeführten Umfrage zur Umsetzung von kRM in deutschen Krankenhäusern und Rehabilitationskliniken vorstellen. Da diese unterschiedliche Patient:innengruppen in heterogenen Organisationsstrukturen versorgen, sind die Ergebnisse nach Organisationsform und Größe getrennt dargestellt.

Diese Studie baut auf früheren Erhebungen zur Implementierung von kRM in Deutschland auf, die 2010 und 2015 durch das IfPS mit Unterstützung verschiedener Kooperationspartner durchgeführt wurden. Eines der Ziele dieser aktuellen Befragung war, die Daten aus früheren Erhebungen neben den aktuellen Ergebnissen zu präsentieren und die Tendenzen im Zeitverlauf zu bewerten – auch, wie sich die berichtete Umsetzung und Nutzung von kRM in Deutschland verändert. Der Fragebogen der aktuellen Studie basiert daher aus

¹ Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) 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 (Online verfügbar unter https://www.g-ba.de/downloads/39-261-1919/2014-01-23_KQM-RL_137-1d_BAnz.pdf, zuletzt geprüft am 14.09.2022).

Vergleichszwecken auf vielen Fragen, die auch in früheren Studien enthalten waren. Die vergleichende Auswertung wird in einem separaten Bericht dargestellt.

Seit der letzten Erhebung im Jahr 2015 hat es in der klinischen Praxis und in der Implementierung der Sicherheitskultur Weiterentwicklungen gegeben, die für die Patient:innensicherheit und das klinische Risikomanagement relevant sind. Daher wurde der Fragebogen um die Themen Patientenbeteiligung, Entlassmanagement, 'Second Victim' und Sicherheitskultur erweitert. Zudem wurden ausgewählte Indikatoren aus dem Globalen Aktionsplan für Patientensicherheit 2021-2030 der WHO (World Health Organization 2021) und aus den OECD-Indikatoren für Patient:innensicherheit mit erhoben. Wir erwarten, dass diese Themen mit der Zeit an Relevanz und Aufmerksamkeit in der deutschen Gesundheitsversorgung gewinnen werden. Die aktuelle Erhebung kann als Referenz für künftige Studien zu diesen Themen dienen. Darüber hinaus wäre eine zeitnahe Erfassung der Umsetzung und Anwendung des kRM in vertragsärztlichen Praxen wünschenswert.

3. Methoden

Grundgesamtheit

Grundgesamtheit der Online-Befragung waren alle Krankenhäuser und Rehabilitationseinrichtungen in Deutschland nach Maßgabe der folgenden Ein- und Ausschlusskriterien:

Die Grundgesamtheit der Krankenhäuser bildeten zum einen die nach § 108 SGB V zugelassenen Allgemeinkrankenhäuser in Deutschland ab 50 Betten, also alle Universitätskliniken, Plankrankenhäuser und Krankenhäuser mit einem Versorgungsvertrag ab dieser Größe. Die Krankenhäuser unter 50 Betten wurden nicht in die Erhebung einbezogen, da es sich vielfach um Kliniken mit einem besonderen Leistungsspektrum oder einer besonderen Struktur handelt (z.B. zahlreiche Privatkliniken, kleine Fach- und Belegkliniken, Kliniken ohne Versorgungsauftrag/-vertrag). Durch die Nicht-Einbeziehung dieser Häuser, auf die bundesweit lediglich ca. 1% der Betten, der Patient:innen und des Krankenhauspersonals entfallen, wird eine homogenere Gruppe der kleineren Krankenhäuser in der Grund- und Regelversorgung geschaffen. Auf der anderen Seite sind unabhängig von der Bettenzahl alle Krankenhäuser mit ausschließlich psychiatrischen, psychotherapeutischen oder psychiatrischen, psychotherapeutischen und neurologischen und/oder geriatrischen Betten einbezogen worden (nachfolgend: Psychiatrien). Aktuell sind in die so definierte Grundgesamtheit 1.703 Häuser einbezogen.²

² Quelle: DKI-Krankenhausdatenbank, die maßgeblich auf dem Krankenhausverzeichnis des Statistischen Bundesamtes (2020), den Qualitätsberichten der Krankenhäuser sowie den regelmäßigen Aktualisierungen über die Krankenhausbefragungen des DKI basiert.

Über die Krankenhäuser hinaus wurden alle Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen nach § 107 Abs. 2 SGB V einbezogen, für die ein Versorgungsvertrag nach § 111 SGB V besteht. Das sind aktuell 1.003 Einrichtungen.³

Insgesamt umfasste die Grundgesamtheit der Online-Befragung somit 2.706 Krankenhäuser und Rehabilitationseinrichtungen. Für diese Grundgesamtheit wurde eine Vollerhebung durchgeführt. Den Teilnehmer:innen wurde dabei die Möglichkeit eingeräumt, einen Fragebogen ggf. auch für mehrere Standorte ihrer Einrichtung zu beantworten.

Ablauf der Befragung

Die Befragung war als reine Online-Befragung konzipiert, d. h. sie sollte nach Möglichkeit über die Befragungssoftware (Tivian) beantwortet werden.⁴ In Einzelnen lief die Befragung wie folgt ab:

Die Einladung zur Befragung erfolgte postalisch per Brief an die Geschäftsführung der einbezogenen Einrichtungen. Eine Teilnahme sollte also nur mit Kenntnis und Zustimmung der oberen Führungsebene erfolgen. Den Adressaten war es freigestellt, den Bogen persönlich zu beantworten oder beantworten zu lassen, etwa durch ihr Qualitäts- oder Risikomanagement. Den Befragungsunterlagen war eine Teilnahmeempfehlung des Aktionsbündnis Patientensicherheit beigefügt. Die Deutsche Krankenhausgesellschaft hat parallel in einem Rundschreiben ebenfalls eine Teilnahme empfohlen.

Im Brief an die Geschäftsführungen waren ein Link zur Umfrage auf die Homepage des DKI sowie ein krankenhausindividueller Einwahlcode aufgeführt, über den die Teilnehmer:innen sich einloggen konnten. Über einen weiteren Link zur DKI-Homepage konnte der komplette Fragebogen zur Information vorab eingesehen werden.

Die Befragung zum klinischen Risikomanagement wurde in zwei Tranchen (Ersterhebung und Nachfassaktion bei den Non-Respondern) von Mitte März bis Mitte Mai 2022 durchgeführt. Nach Ende der Befragung wurden die Daten aus der Befragungssoftware in eine SPSS-Datei überspielt und um Strukturdaten aus der DKI-Krankenhausdatenbank ergänzt, z.B. Bundesland und Siedlungstyp, Einrichtungsart und Einrichtungsträger. Diese Informationen mussten daher nicht eigens erhoben werden. Die entsprechend bearbeitete Datei bildete die Datengrundlage für die Auswertungen im Projekt.

Fragebogen

Bei der Entwicklung des Fragebogens für diese Umfrage haben wir auf Instrumente zurückgegriffen, die 2015 und 2010 in deutschlandweiten Umfragen zum kRM verwendet wurden (Lauterberg 2012; McDermott et al. 2016). Ursprünglich basierten diese Instrumente auf der Studie, die 2007-2008 in der Schweiz an der ETH Zürich und der Hochschule Luzern durchgeführt wurde (Briner et al. 2010).

³ Quelle: Statistisches Bundesamt (2020): Verzeichnis der Krankenhäuser und Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen in Deutschland.

⁴ In Einzelfällen und auf ausdrücklichen Wunsch konnten die Teilnehmer beim DKI einen Papierfragebogen anfordern.

Zusätzlich zu den Inhalten aus früheren Versionen haben wir den Fragebogen um neue Fragen erweitert, die aktuelle Entwicklungen und zukünftige Herausforderungen im Bereich kRM und Patientensicherheit widerspiegeln. Die Erweiterung des Fragebogens war durch den Zeitaufwand limitiert, der für die Teilnehmer:innen mit zusätzlichen Fragen verbunden gewesen wäre.

Das endgültige Befragungsinstrument bestand aus den folgenden 13 Abschnitten:

Abschnitte des Fragebogens	Erfolgte Änderung ggü. Vorversion(en)
1. Allgemeine Angaben	Aktualisierte Fragen aus der 2015 Erhebung
2. Strategien und Ziele des klinischen Risikomanagements (kRM)	
3. Strukturen des klinischen Risikomanagements (kRM)	
4. Risikobeurteilung (Risikoidentifikation, -analyse und -bewertung)	
5. Critical Incident Reporting System (CIRS)	
6. Risikobewältigung	Aktualisierte Fragen aus der 2015 Erhebung, erweitert um den Abschnitt über das Second Victim-Phänomen
7. Überwachung und Bericht von klinischen Risiken	Fragen aus der 2015 Erhebung, erweitert um verschiedene OECD-Indikatoren zur Patientensicherheit
8. Entlassungsmanagement	Neuer Abschnitt
9. Patientensicherheit	Neuer Abschnitt. Enthält Inhalte aus dem Globalen Aktionsplan für Patientensicherheit 2021-2030 der WHO
10. Sicherheitskultur	Neuer Abschnitt. Enthält zwei Skalen aus dem Hospital Survey on Patient Safety Culture (AHRQ)(Gambashidze et al. 2017)
11. Verbesserungsbedarf	Aktualisierte Fragen aus der 2015 Erhebung
12. Fortbildungsbedarf	
13. Abschlussbewertung	

Vor der Erhebung führte das DKI einen Pretest des Erhebungsinstruments mit zehn ausgewählten Expert:innen und Praktiker:innen aus dem Bereich des Risikomanagements durch. Ziel war, die Verständlichkeit, den thematischen Bezug wie auch die Handhabbarkeit der Vorversion von ausgewählten Fachleuten des kRM qualitativ bewerten zu lassen. Auf Basis der erhaltenen Rückmeldungen und Vorschläge wurde der Fragebogen im Projektteam aktualisiert und für die Umfrage finalisiert.

Für die meisten Abschnitte aus der vorherigen Version haben wir die Skala verwendet, die auf dem transtheoretischen Modell der organisatorischen Veränderung basiert (Briner et al. 2010). Wir haben die Antwortkategorie "Bewusst dagegen entschieden" um "oder nicht relevant für die Einrichtung" erweitert, da für einige Teilnehmer:innen, z.B. aus Rehabilitationskliniken, einige der Items nicht relevant bzw. nicht zutreffend sind.

Die aktualisierte Skala, die in der aktuellen Umfrage verwendet wurde, umfasst folgende Antwortkategorien:

Bewusst dagegen entschieden oder nicht relevant für die Einrichtung	Noch nicht damit befasst	Diskutiert, bisher keine Umsetzungspläne	Umsetzung in den nächsten 12 Monaten geplant	Unsystematisch umgesetzt	Systematisch umgesetzt
--	--------------------------	--	--	--------------------------	------------------------

Für andere Abschnitte haben wir eine einfachere vierstufige Likert-Skala verwendet, die nach Ansicht der Teilnehmer:innen des Pretests angemessener und leichter zu beantworten war.

Nein und nicht geplant	Nein, aber konkret geplant	Teilweise umgesetzt	Vollständig oder weitgehend umgesetzt
------------------------	----------------------------	---------------------	---------------------------------------

Bei einzelnen Fragen wurden andere Antwortkategorien verwendet (z.B. nutzen die Items zur Sicherheitskultur die Likert-5-Skala für Zustimmung oder Häufigkeit). Der größte Teil der Umfrage verwendete jedoch die beiden oben genannten Skalen.

Auswertung und Ergebnisdarstellung

Der aktuelle Bericht präsentiert die Ergebnisse deskriptiv in Abbildungen und Tabellen. Jedem Abschnitt ist eine Einleitung mit einer Beschreibung der wichtigsten Ergebnisse vorangestellt. Kommentare oder Erläuterungen zur Datenverarbeitung oder -bereinigung ergänzen die Datenübersicht zur besseren Nachvollziehbarkeit der Interpretation.

Wir haben sieben Teilgruppen nach dem Einrichtungstyp und der Einrichtungsgröße gebildet, für die die Ergebnisse jeweils getrennt dargestellt werden:

Teilgruppe	Abkürzung in Abbildungen
1. Alle Allgemeinkrankenhäuser, einschließlich Universitätskliniken (umfasst Teilgruppen 2 bis 5)	Alle AKH
2. Allgemeinkrankenhäuser ab 50 bis 299 Betten	AKH 50-299 Betten
3. Allgemeinkrankenhäuser ab 300 bis 599 Betten	AKH 300-599 Betten
4. Allgemeinkrankenhäuser ab 600 Betten (ohne Universitätskliniken)	AKH ≥600 Betten
5. Universitätskliniken	Uni-Kliniken
6. Psychiatrische Kliniken	Psychiatrien
7. Rehabilitationseinrichtungen	Reha-Einrichtungen

Die Teilgruppe „Alle AKH“ stellt die kumulierten Daten für Allgemeinkrankenhäuser aller Bettengrößen, einschließlich Universitätskliniken dar (also Teilgruppen 2 bis 5). Die anderen Teilgruppen überschneiden sich nicht, z.B. sind Universitätskliniken nicht in der Gruppe der Allgemeinkrankenhäuser mit mehr als 600 Betten enthalten.

Bei der Beantwortung gibt es bei allen Items fehlende Werte, weil einzelne Teilnehmer:innen Fragen offen gelassen haben. In den Auswertungen finden, sofern nicht ausdrücklich anders erwähnt, nur die gültigen Werte je Frage Berücksichtigung. Fehlende Werte sind von der Auswertung ausgeschlossen. Deswegen weichen die gültigen Antworten (N) für jede einzelne Frage von der Anzahl der Teilnehmer:innen je Teilgruppe bzw. der Stichprobe insgesamt ab. Die Ergebnisse werden hauptsächlich als Prozentwerte der gültigen Antworten dargestellt. Die Gesamtzahl der gültigen Antworten wird nach jeder Frage (z.B. "Wird die Wirksamkeit von kRM in Ihrer Einrichtung evaluiert?" N=615) oder nach der Teilgruppe (z.B. "Uni-Kliniken", N=18) angegeben.

Der Bericht besteht aus ca. 170 Einzelfragen, von denen die meisten für die sieben Teilgruppen getrennt dargestellt werden. In der Vorbereitung der Auswertung haben wir verschiedene Möglichkeiten diskutiert, um die Darstellung und Interpretation der Daten zu erleichtern. So haben wir zum Beispiel die Elemente in den Diagrammen von oben nach unten nach dem Anteil der positiven Antworten geordnet, so dass relativ gut umgesetzte Ansätze oder Punkte des kRM ganz oben stehen, während die Themen mit Umsetzungsbedarf in den Diagrammen weiter unten erscheinen. Um die Lesbarkeit der Einzelwerte in den Abbildungen zu erleichtern und die Verständlichkeit der Abbildungen insgesamt zu fördern, werden Werte unter 4% nicht in den Diagrammen angegeben.

Einige der numerischen Angaben aus der Befragung, wie z. B. die Anzahl der Personen, die im kRM arbeiten, werden in Tabellenform dargestellt. Die Tabellen geben Auskunft über die Anzahl der gültigen Fälle (N), den Mittelwert, die Standardabweichung des Mittelwerts sowie den Median und den Modus. Für viele der Variablen, die nicht normalverteilt sind, können Median und Modus zusätzliche wertvolle Informationen liefern. Beispielsweise kann der Mittelwert=12 für Rehabilitationskliniken zeigen, dass im Durchschnitt 12 Personen mit kRM beschäftigt sind, aber der Median=3 bedeutet, dass in mindestens 50% der Fälle drei oder weniger Personen mit kRM beschäftigt sind. Der Parameter Modus=1 zeigt an, dass es in den meisten Fällen nur eine Person ist.

4. Ergebnisse

4.1. Die Stichprobe

Die Online-Befragung zum klinischen Risikomanagement in stationären Einrichtungen war als Vollerhebung der Grundgesamtheit von Krankenhäusern und Rehabilitationseinrichtungen gemäß den o. g. Ein- und Ausschlusskriterien angelegt; insgesamt wurden 2.706 Einrichtungen einbezogen (vgl. Kap. 3). 615 Teilnehmer:innen haben den Online-Fragebogen – ganz oder teilweise – beantwortet. Bezogen auf die gesamte Teilnehmezahl entspricht das einem Rücklauf von 22,7%. Bei der Bewertung der Rücklaufquote ist zu berücksichtigen, dass die Teilnehmer:innen im Schnitt für 1,65 Standorte geantwortet haben. Gewichtet mit der durchschnittlichen Standortzahl liegt der Rücklauf daher bei 1.015 Einrichtungen bzw. die entsprechend korrigierte Rücklaufquote bei 37,5%.

Allerdings gibt es beim Rücklauf deutliche Unterschiede in Abhängigkeit von der Einrichtungsart. Gewichtet nach der Standortzahl haben 847 Krankenhäuser an der Befragung teilgenommen. Bei 1.703 Häusern in der Grundgesamtheit entspricht dies einer Rücklaufquote von 49,7%. Bei den Rehabilitationseinrichtungen lag die mit Standorten gewichtete Teilnehmerzahl bei 168 Einrichtungen. Bezogen auf die 1.003 Rehabilitationseinrichtungen in der Grundgesamtheit macht das eine Rücklaufquote von 16,7%. Auch ohne Berücksichtigung von Mehrfachstandorten sind nach der Einrichtungsart Allgemeinkrankenhäuser in der Stichprobe überrepräsentiert und Rehabilitationseinrichtungen unterrepräsentiert, während die Psychiatrien in etwa proportional zur Grundgesamtheit vertreten sind. Unter den Allgemeinkrankenhäusern sind die kleineren Häuser unter 300 Betten unterrepräsentiert und die größeren Häuser bzw. die Universitätskliniken überrepräsentiert (vgl. Tab. 4.1.2). Durch die Auswertungen nach den jeweiligen Teilgruppen werden die Unterschiede in den Rücklaufquoten nach Einrichtungsart, Krankenhaustyp und -größe jedoch kontrolliert.

Nach Bundesländern gibt es, von Ausnahmen abgesehen, bei den Rücklaufquoten nur geringe Unterschiede in der Verteilung zwischen Grundgesamtheit und Stichprobe. Nach Trägerschaft sind Einrichtungen privater Träger und nach dem Siedlungsstrukturtyp Einrichtungen in ländlichen Regionen in der Stichprobe unterrepräsentiert. Bei Berücksichtigung von Mehrfachstandorten werden diese Unterschiede teilweise kontrolliert, etwa, weil kleinere Standorte eines Trägers eher in ländlichen Regionen liegen oder private Trägergruppen für eine größere Anzahl von Einrichtungen geantwortet haben.

4.1.1. Teilnehmer:innen nach Bundesländern

	Anteil in Grundgesamtheit (N=2706) %	Anteil in Stichprobe (N=615) %
Baden-Württemberg	13,2	9,4
Bayern	19,0	19,7
Berlin	2,0	2,8
Brandenburg	3,2	2,3
Bremen	0,6	1,0
Hamburg	1,1	1,5
Hessen	8,2	9,3
Mecklenburg-Vorpommern	3,4	1,6
Niedersachsen	9,9	11,5
Nordrhein-Westfalen	19,1	23,1
Rheinland-Pfalz	5,0	6,7
Saarland	1,3	1,0
Sachsen	4,1	3,9
Sachsen-Anhalt	2,7	1,8
Schleswig-Holstein	4,2	2,6
Thüringen	3,0	2,0
Insgesamt	100	100

4.1.2. Teilnehmer:innen nach Einrichtungsart (Teilgruppen)

	Anteil in Grundgesamtheit (N=2700) %	Anteil in Stichprobe (N=615) %
AKH 50-299 Betten	34,0	26,5
AKH 300-599 Betten	12,9	21,3
AKH ≥600 Betten	3,9	14,5
Uni-Kliniken	1,4	2,9
Psychiatrien	10,6	12,2
Reha-Einrichtungen	37,1	22,6
Total	100	100

Anmerkung: AKH – Allgemeinkrankenhäuser; Reha-Einrichtungen – Rehabilitationseinrichtungen

4.1.3. Teilnehmer:innen nach Trägerart⁵

	Anteil in Grundgesamtheit (N=2706) %	Anteil in Stichprobe (N=615) %
Öffentlich	27,7	37,7
Freigemeinnützig	34,7	39,2
Privat	36,3	17,2
Keine eindeutige Zuordnung	1,3	5,9
Total	100	100

4.1.4. Teilnehmer:innen nach Siedlungsstrukturtyp

	Anteil in Grundgesamtheit (N=2706) %	Anteil in Stichprobe (N=615) %
Kreisfreie Großstädte	20,8	28,9
Städtische Kreise	35,9	35,6
Ländliche Kreise mit Verdichtungsansätzen	22,0	18,2
Dünn besiedelte ländliche Kreise	21,2	17,2
Total	100	100

4.1.5. Anteil berichteter Einzelstandorte („Für wie viele Standorte füllen Sie diesen Fragebogen aus?“)

	N	Ein Standort %	Zwei Standorte %	Drei oder mehr Standorte %
AKH 50-299 Betten	158	89,2	8,2	2,5
AKH 300-599 Betten	129	74,4	14,7	10,9
AKH ≥600 Betten	88	31,8	26,1	42,0
Uni-Kliniken	18	66,7	27,8	5,6
Psychiatrien	74	48,6	17,6	33,8
Reha-Einrichtungen	137	85,4	10,2	4,4

Anmerkung: AKH – Allgemeinkrankenhäuser; Reha-Einrichtungen – Rehabilitationseinrichtungen

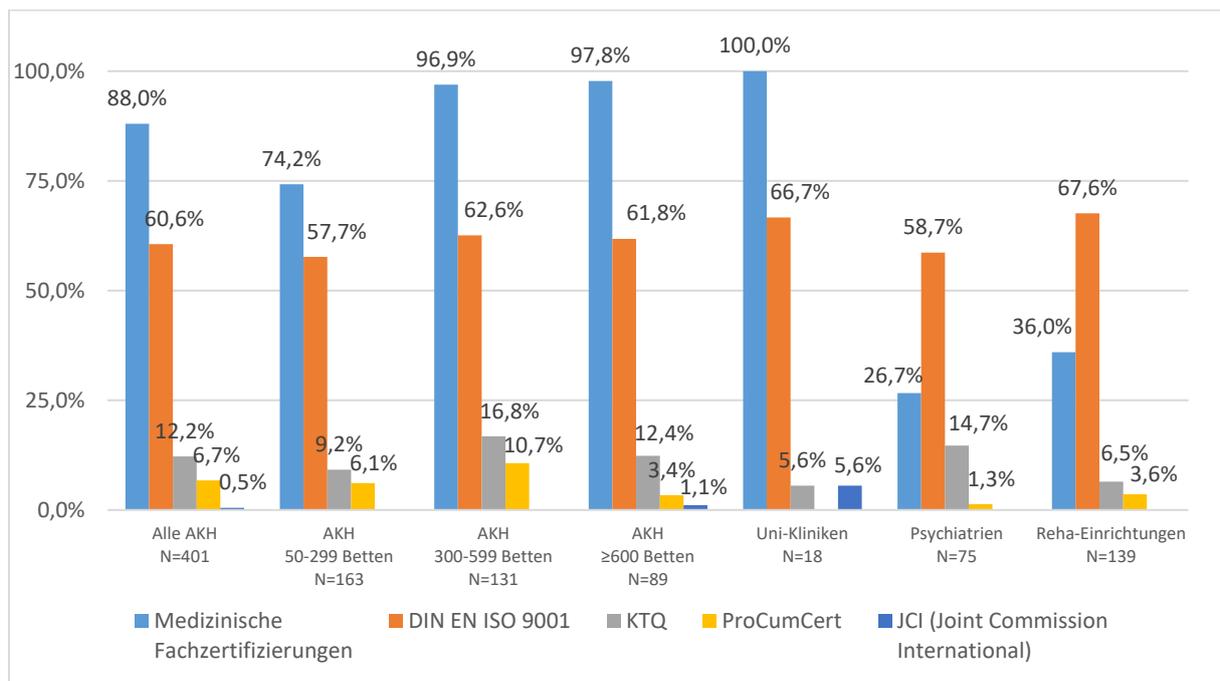
⁵ Teilweise ist eine exakte Zuordnung der Trägerart zu den Einrichtungen nicht möglich, vor allem aufgrund verschiedener Trägerarten eines Hauses (z. B. kommunale und private Anteilseigner).

4.2. Zertifizierung

Die meisten der teilnehmenden Krankenhäuser und Rehabilitationskliniken gaben an, über eine oder mehrere Zertifizierungen zu verfügen (Abbildung 4.2.1). Für die verschiedenen Krankenhaustypen sind unterschiedliche Zertifizierungen relevant bzw. erforderlich. Etwa 74% der kleinen Krankenhäuser (<300 Betten) und fast alle übrigen Allgemeinkrankenhäuser gaben an, über zumindest eine Zertifizierung, einschließlich medizinischer Fachzertifizierungen, zu verfügen, z. B. zertifiziertes Brustzentrum oder zertifizierte Stroke Unit. Die Hälfte bis zwei Drittel aller Teilgruppen ist nach DIN EN ISO zertifiziert. Andere Zertifizierungen wurden seltener genannt.

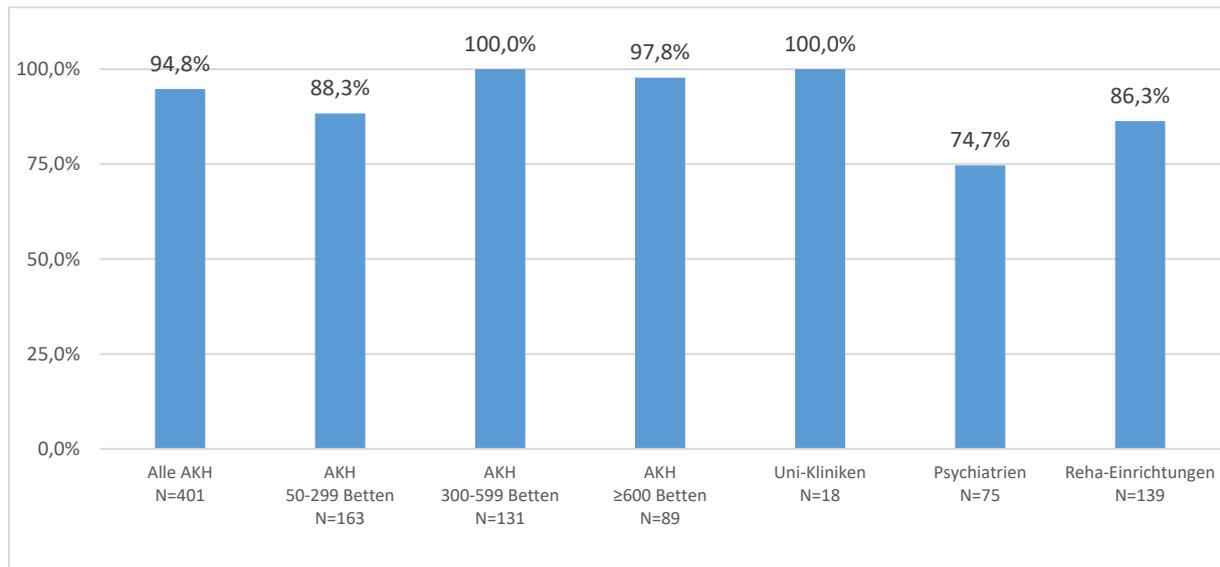
Die Frage nach Zertifizierungen war mit "Ja" oder "Nein" zu beantworten. Viele Teilnehmer:innen kreuzten nur "Ja" an bzw. ließen Fragen aus, anstatt "Nein" anzugeben. Bei einer Darstellung der gültigen Antworten wären die Ergebnisse daher stark verzerrt. Daher geben wir in diesem Abschnitt den Anteil der positiven Antworten an der gesamten Teilgruppe an.

4.2.1. Verfügt Ihre Einrichtung über die folgenden Zertifizierungen?



Anmerkung: AKH – Allgemeinkrankenhäuser; Reha-Einrichtungen – Rehabilitationseinrichtungen; In dieser Darstellung wird die Gesamtgröße der Teilgruppe als 100% verwendet.

4.2.2. Anteil der Befragten mit „wenigstens einer Zertifizierung“



Anmerkung: AKH – Allgemeinkrankenhäuser; Reha-Einrichtungen – Rehabilitationseinrichtungen

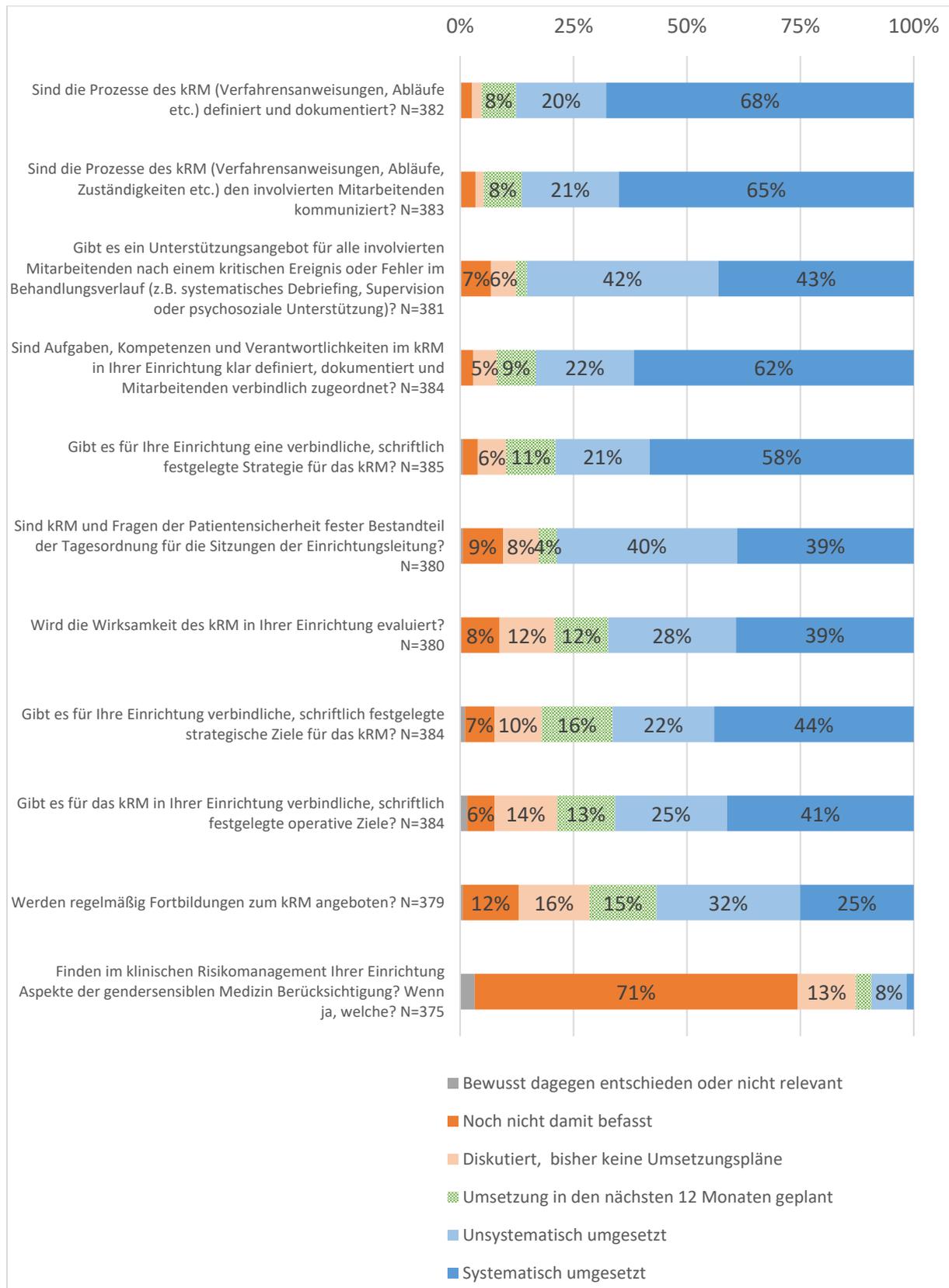
4.3. Strategien und Ziele des klinischen Risikomanagements (kRM)

Die elf Fragen aus diesem Abschnitt sind in den folgenden Abbildungen erst für alle Allgemeinkrankenhäuser inklusive Universitätskliniken und danach für jede der Teilgruppen getrennt dargestellt (4.3.1-4.3.7). Die meisten Punkte aus den Strategien und Zielen des kRM wurden von mindestens 50% der Teilnehmer:innen aus allen Teilgruppen umgesetzt. In Universitätskliniken wurden von den elf Fragen bis auf die zur gendersensiblen Medizin alle zu mehr als 75% mit „umgesetzt“ beantwortet.

In allen sechs Teilgruppen sind nach eigenen Angaben bei >75% der Teilnehmer:innen die Themen des kRM und der Patientensicherheit fester Bestandteil der Tagesordnung für die Sitzungen der Einrichtungsleitungen. Die Aufgaben, Kompetenzen und Verantwortlichkeiten im kRM sind klar definiert, dokumentiert, Mitarbeitenden verbindlich zugeordnet (>75%) und den involvierten Mitarbeitenden kommuniziert (>75%). Außerdem haben die meisten Teilnehmer:innen (>75%) Unterstützungssysteme für Mitarbeiter:innen im Falle eines unerwünschten Ereignisses oder eines Fehlers eingeführt (>75%).

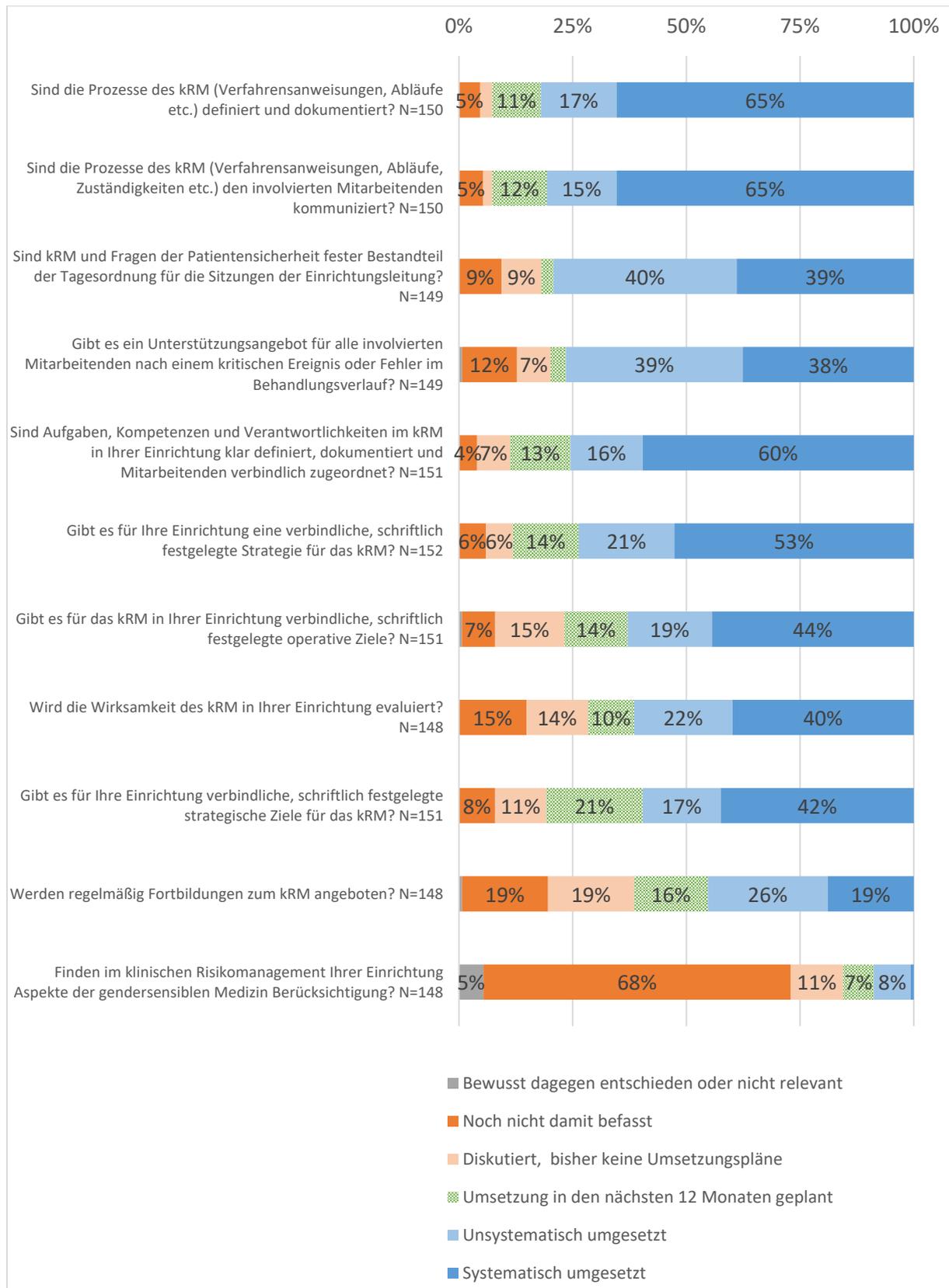
Die zwei Fragen mit der geringsten Zustimmungsquote waren das Angebot regelmäßiger Schulungen im kRM (Umsetzungsquote von ca. 50%) und die Berücksichtigung von Aspekten der geschlechtersensiblen Medizin im kRM. Die durchschnittliche Umsetzungsquote lag bei <10% in Allgemeinkrankenhäusern und Universitätskliniken, bei 15% in Rehabilitationskliniken und in psychiatrischen Kliniken höher bei 28%.

4.3.1. Aussagen zu Strategien und Zielen des kRM.
Alle Allgemeinkrankenhäuser



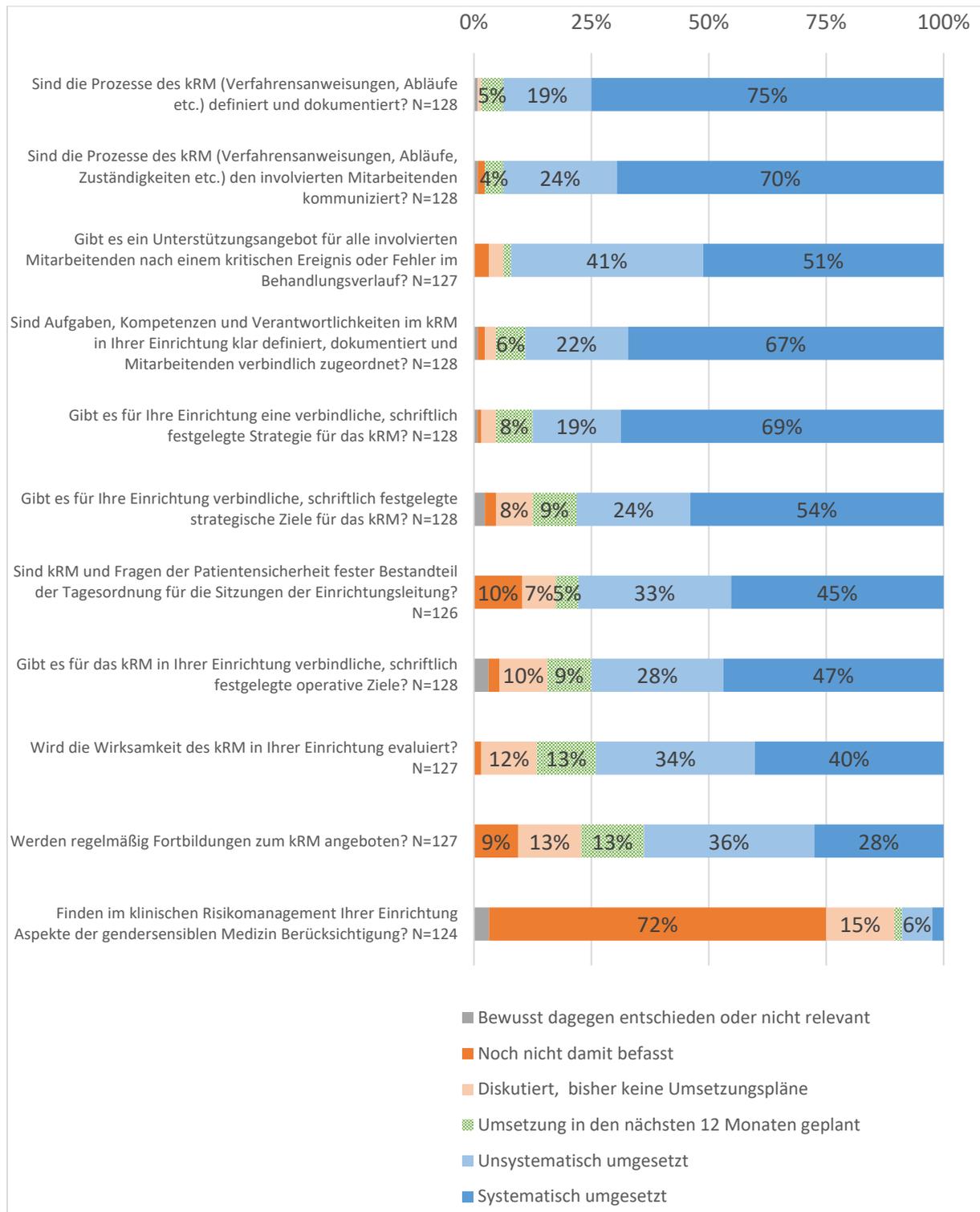
Anmerkung: Werte unter 4% werden nicht angezeigt.

4.3.2. Aussagen zu Strategien und Zielen des kRM.
Allgemeinkrankenhäuser (AKH) 50-299 Betten



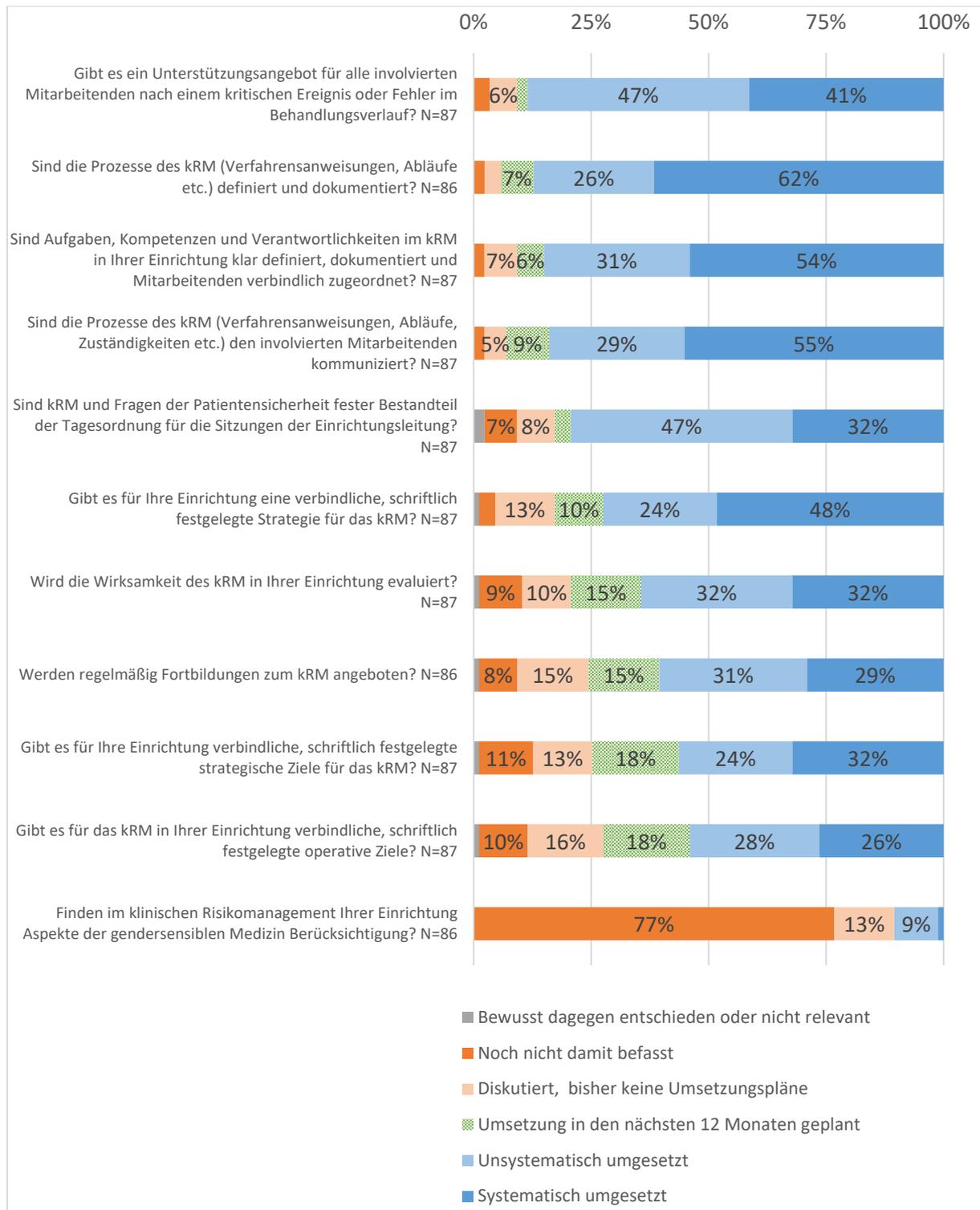
Anmerkung: Werte unter 4% werden nicht angezeigt.

4.3.3. Aussagen zu Strategien und Zielen des kRM.
Allgemeinkrankenhäuser (AKH) 300-599 Betten



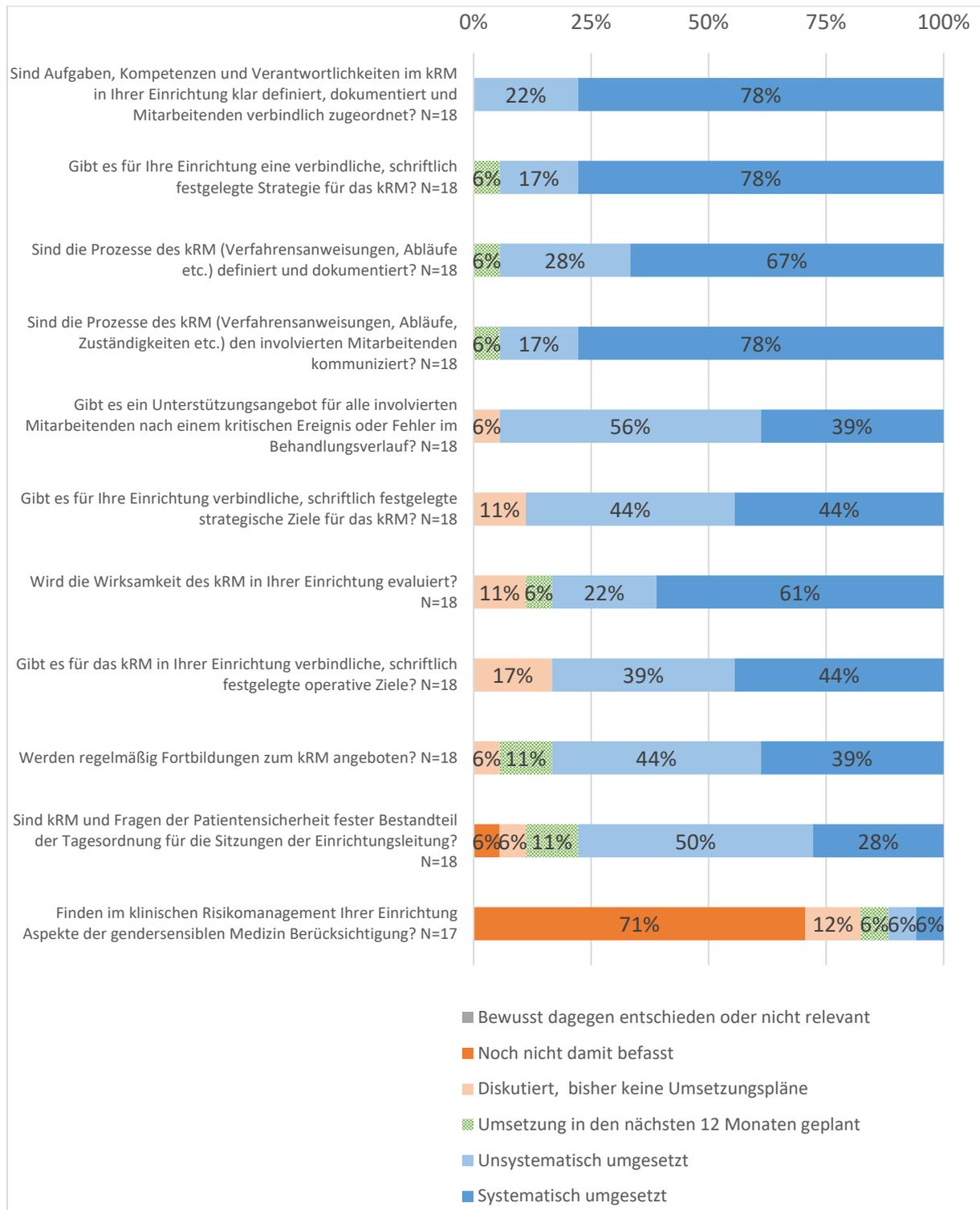
Anmerkung: Werte unter 4% werden nicht angezeigt.

4.3.4. Aussagen zu Strategien und Zielen des kRM.
Allgemeinkrankenhäuser (AKH) ≥600 Betten

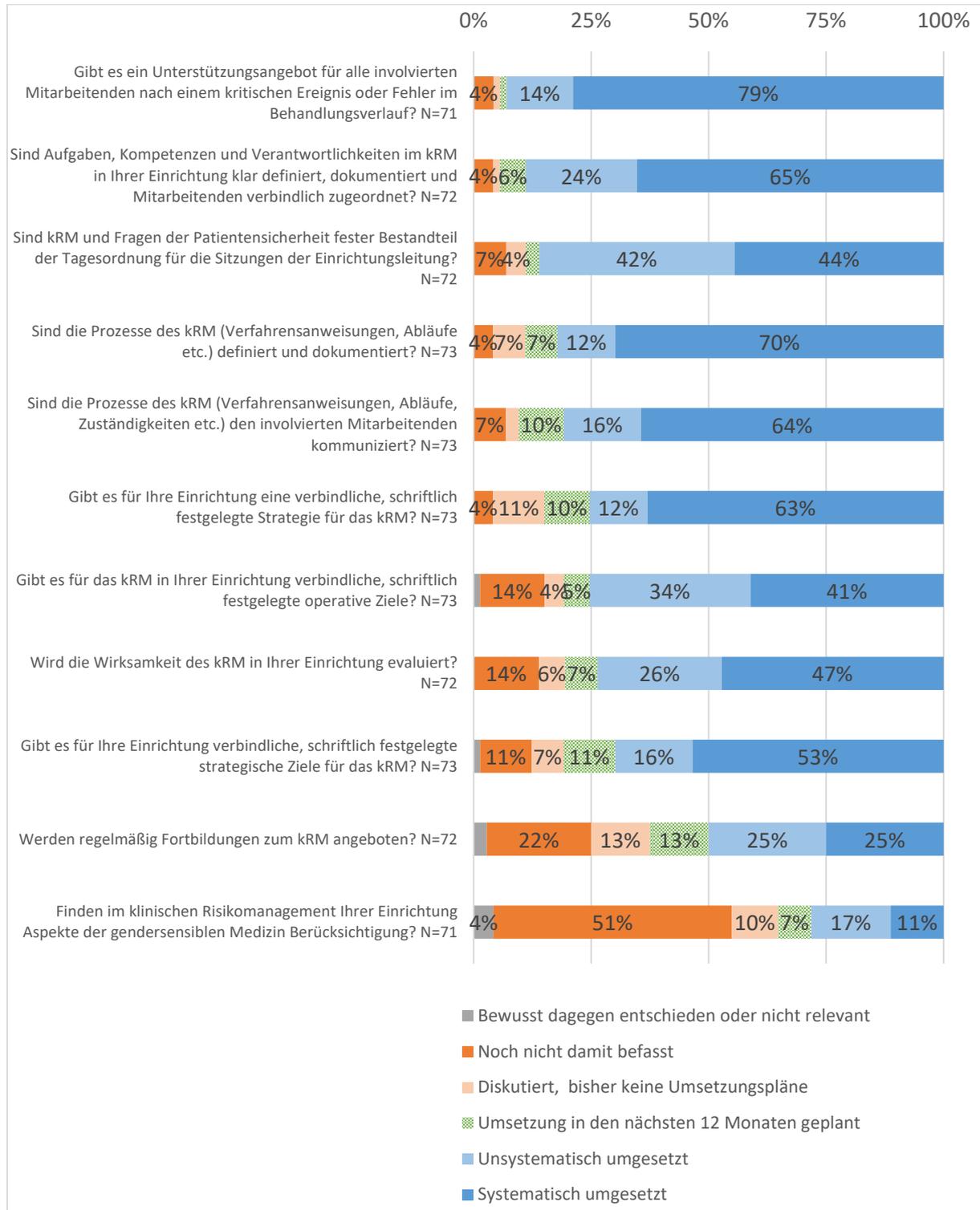


Anmerkung: Werte unter 4% werden nicht angezeigt.

4.3.5. Aussagen zu Strategien und Zielen des kRM.
Universitätskliniken

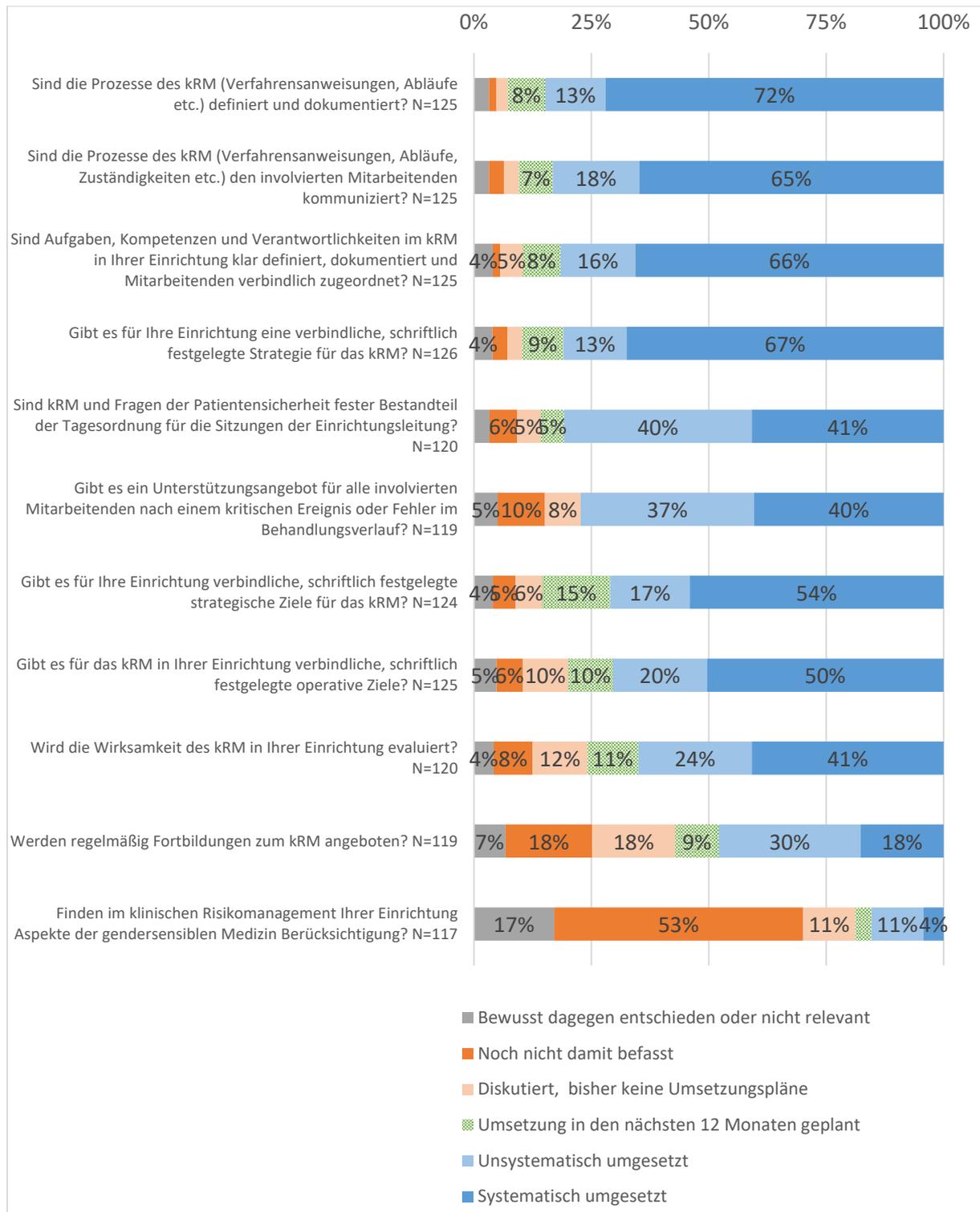


4.3.6. Aussagen zu Strategien und Zielen des kRM.
Psychiatrien



Anmerkung: Werte unter 4% werden nicht angezeigt.

4.3.7. Aussagen zu Strategien und Zielen des kRM.
Rehabilitationseinrichtungen



Anmerkung: Werte unter 4% werden nicht angezeigt.

4.4. Strukturen des klinischen Risikomanagements (kRM)

In diesem Abschnitt wurden die Informationen über die Strukturen des kRM und dessen Organisation in den teilnehmenden Krankenhäusern und Rehabilitationskliniken direkt abgefragt. Wie in Tabelle 4.4.1. dargestellt, sind in allen Teilgruppen, bis auf die Universitätskliniken, durchschnittlich 2-4 Personen in der Organisation des kRM beschäftigt. In den Universitätskliniken liegt der Mittelwert bei ca. 10 (jeweils in ‚Köpfen‘ erfragt). Diese Durchschnittszahlen sind jedoch verzerrt, wie der Median von 2-3 zeigt. Dieser weist darauf hin, dass bei mindestens 50% der Teilnehmer:innen nur 2-3 Personen oder noch weniger im kRM beschäftigt sind. Der Modus von 1 oder 2 zeigt an, dass am häufigsten nur eine oder zwei Personen im kRM tätig sind – selbst in großen Allgemeinkrankenhäusern. Der Fragebogen umfasste auch die Frage nach den Vollzeitäquivalenten im kRM. Diese Ergebnisse können aufgrund vieler fehlender Werte und unplausibel großer Varianzen nicht in aussagekräftiger Form dargestellt werden.

Hinsichtlich der Organisation des kRM (Tabelle 4.4.2.) ist für alle Gruppen mit Ausnahme der Universitätskliniken die zentrale Verortung die häufigste Form (>60%). Die meisten Universitätskliniken (77,8%) gaben an, sowohl zentrales als auch dezentrales kRM eingeführt zu haben. Nur bei wenigen Teilnehmer:innen ist das kRM nur dezentral oder über externe Dienstleister organisiert.

Teilnehmer:innen mit zentraler kRM-Organisation sollten angeben, an welchem Risikomanagementsystem sie sich orientieren: Krankenhäuser mit Risikomanagementsystem orientieren sich überwiegend an der ONR 49001 / ÖNORM 4901 und der DIN EN ISO 31000. Allerdings berichten auch viele Teilnehmer:innen, vor allem aus den Psychiatrien und Rehakliniken, keine Orientierung an einem bestimmten System zu haben. Das zentrale kRM-Team ist in den meisten Einrichtungen Bestandteil des Topmanagements (eine Stabsstelle der Leitung oder Mitglied der Leitung, bei insgesamt 54-67%) (Abbildung 4.4.4.).

Die kRM-Teamleitungen verfügen am häufigsten über eine Weiterbildung im Qualitätsmanagement (69%-100%) (Abbildung 4.4.5.). Teamleitungen mit einer Weiterbildung im kRM sind in allen Teilgruppen weniger häufig vertreten (30,5%-72,2%). Ein ähnliches Bild ergibt sich für die Mitglieder des kRM-Teams (Abbildung 4.4.6.), die häufiger im Qualitätsmanagement weitergebildet sind (von 56,3% bis 83,3%) als im kRM (19-77,8%).

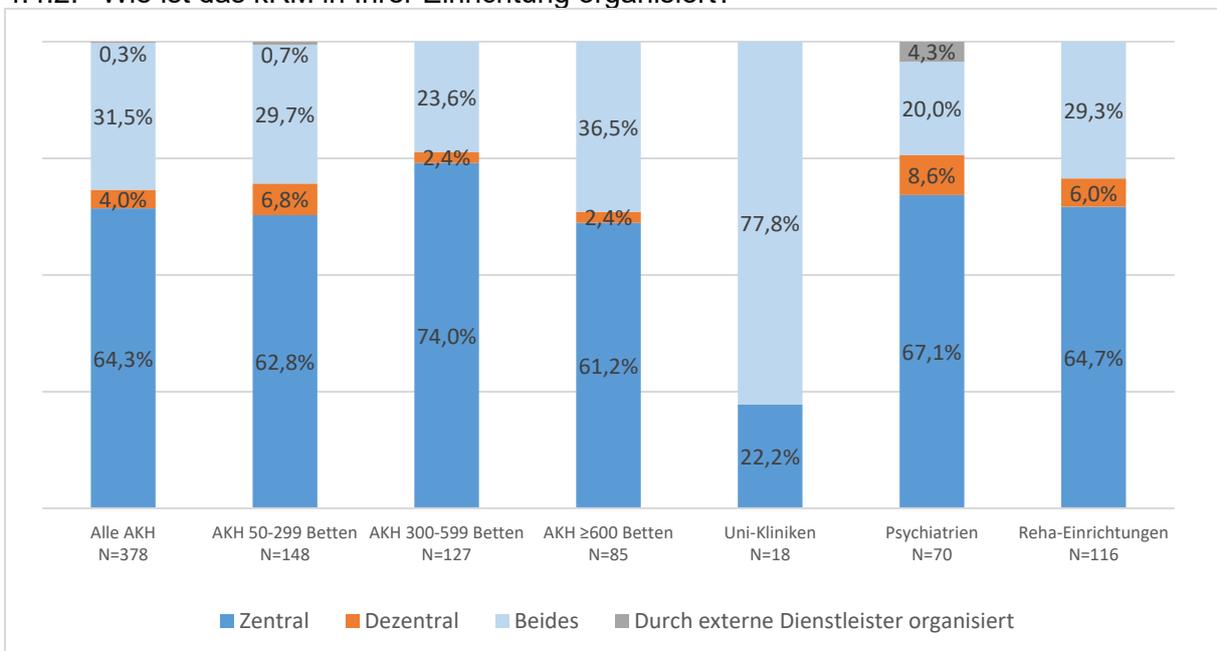
Die verschiedenen Arten der Beratung und externen Unterstützung, die die teilnehmenden Organisationen in den letzten fünf Jahren in Anspruch genommen hatten, sind in Abbildung 4.4.7. und Tabelle 4.4.8. dargestellt. Vor allem Schulungen zum kRM, juristische Beratung, Risiko-Audits und die externe Unterstützung zum CIRS wurden hier häufig genannt. Simulationsschulungen wurden am häufigsten von den größeren Allgemeinkrankenhäusern in Anspruch genommen und am seltensten von Rehabilitationskliniken und psychiatrischen Krankenhäusern. Dagegen wurden Beratungsleistungen zur Vorbereitung auf die Pandemie von den kleineren Allgemeinkrankenhäusern sowie von den psychiatrischen und Rehabilitationskliniken häufiger in Anspruch genommen als von den größeren Krankenhäusern und Universitätskliniken.

4.4.1. Wie viele Personen arbeiten momentan in der Organisation des klinischen Risikomanagements in Ihrer Einrichtung (in Köpfen)?

	N	Mittelwert	Standardfehler	Median	Modus
Alle Allgemeinkrankenhäuser	352	3,3	0,3	2	1
AKH 50-299 Betten	138	2,4	0,3	2	1
AKH 300-599 Betten	118	2,9	0,4	2	1
AKH ≥600 Betten	80	3,9	0,7	2	2
Uni-Kliniken	16	10,0	3,9	3	2
Psychiatrien	59	2,4	0,3	2	1
Reha-Einrichtungen	101	3,3	0,4	2	1

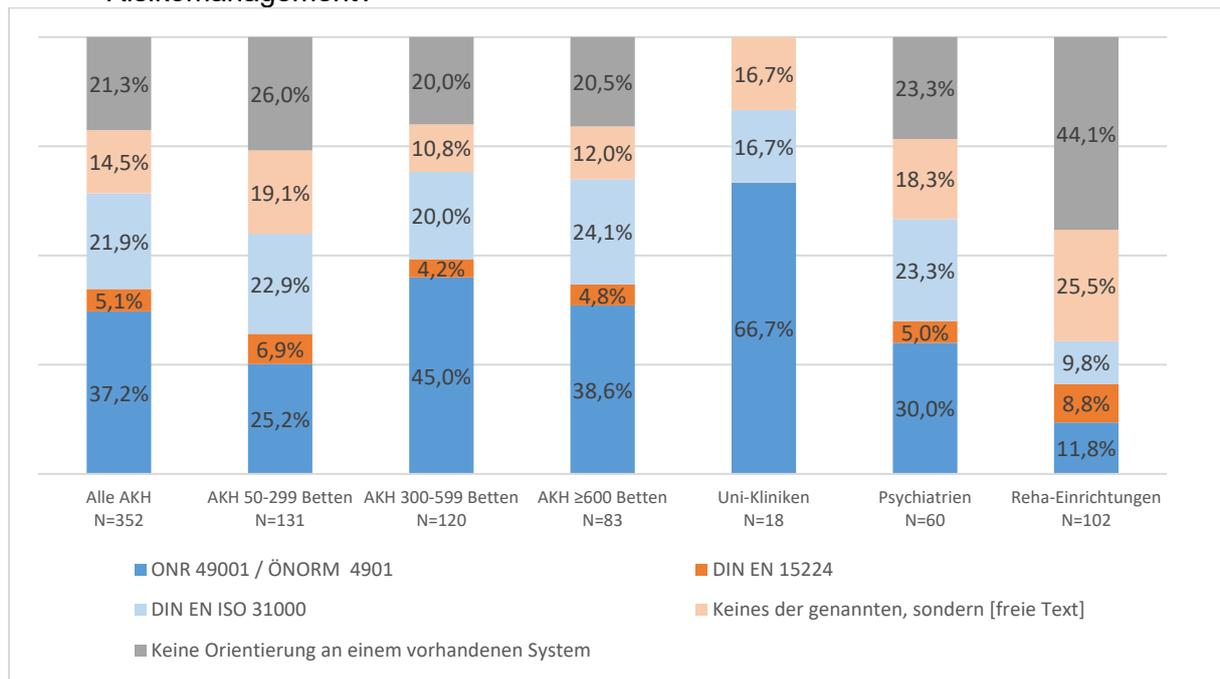
Anmerkung: AKH - Allgemeinkrankenhäuser; Reha-Einrichtungen – Rehabilitationseinrichtungen. Elf Ausreißer mit einem Wert >50 wurden als fehlend betrachtet.

4.4.2. Wie ist das kRM in Ihrer Einrichtung organisiert?



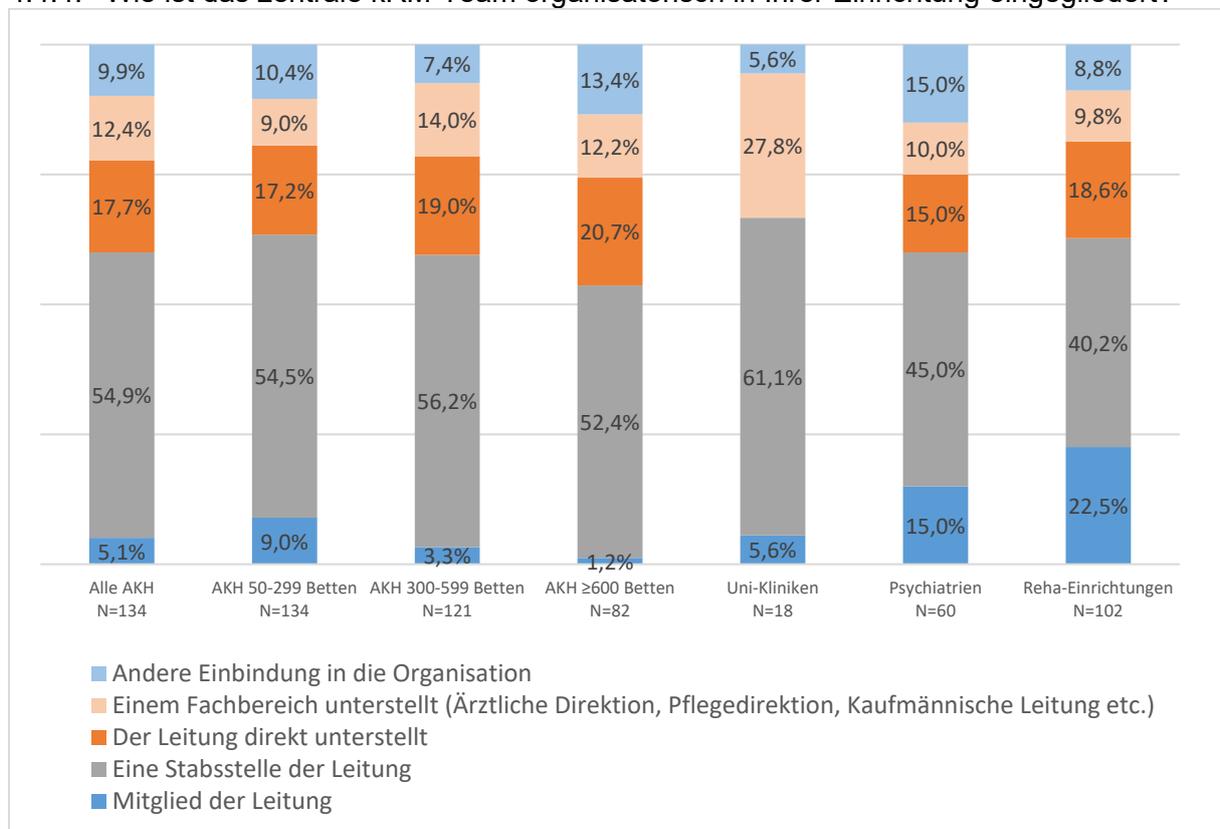
Anmerkung: AKH – Allgemeinkrankenhäuser; Reha-Einrichtungen – Rehabilitationseinrichtungen

4.4.3. An welchem Risikomanagementsystem orientiert sich Ihr zentrales Risikomanagement?



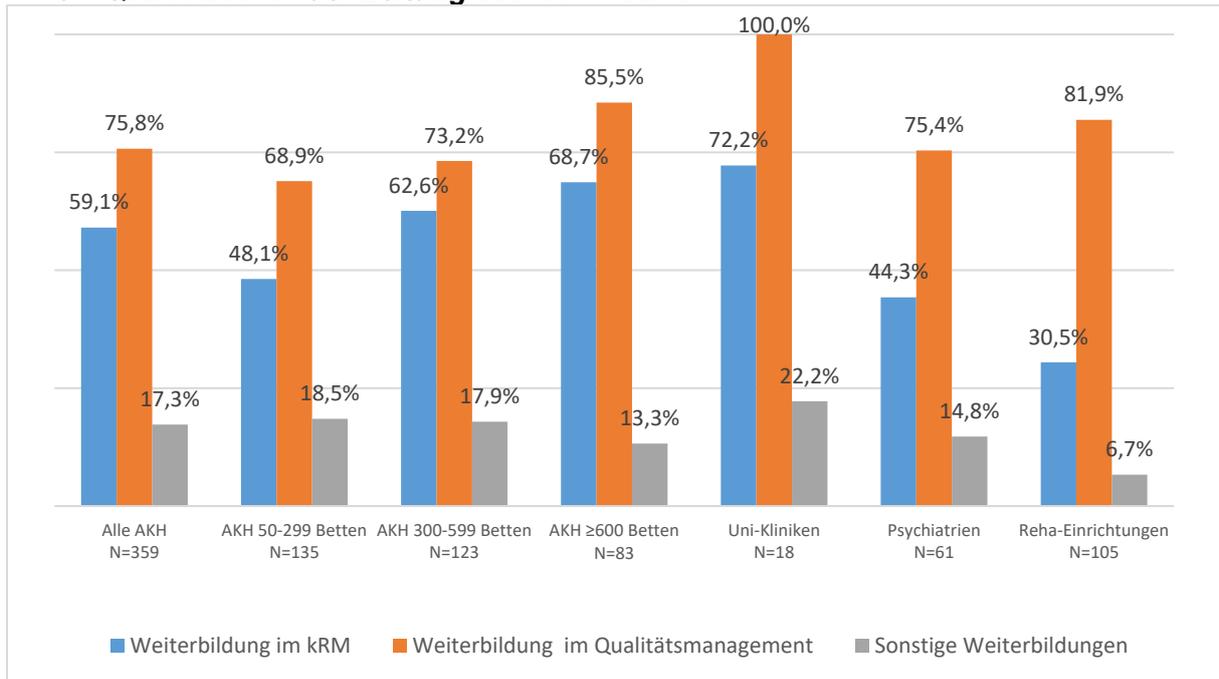
Anmerkung: AKH – Allgemeinkrankenhäuser; Reha-Einrichtungen – Rehabilitationseinrichtungen

4.4.4. Wie ist das zentrale kRM-Team organisatorisch in Ihrer Einrichtung eingegliedert?



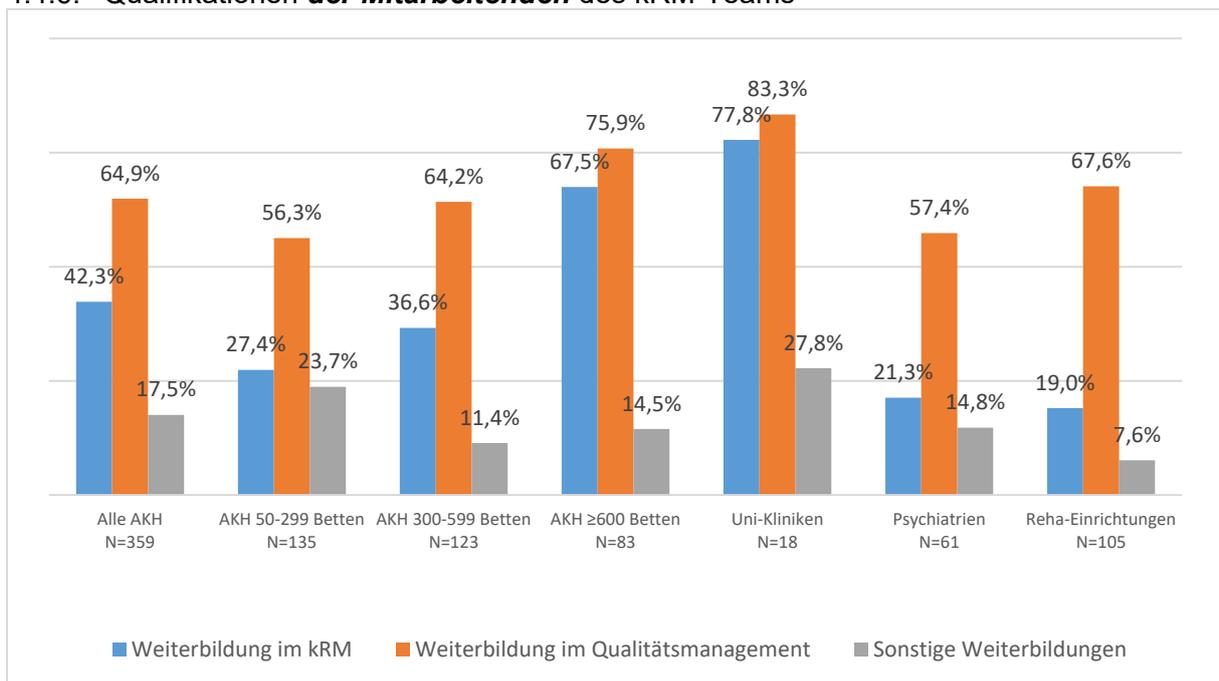
Anmerkung: AKH – Allgemeinkrankenhäuser; Reha-Einrichtungen – Rehabilitationseinrichtungen

4.4.5. Qualifikationen **der Leitung** des kRM-Teams



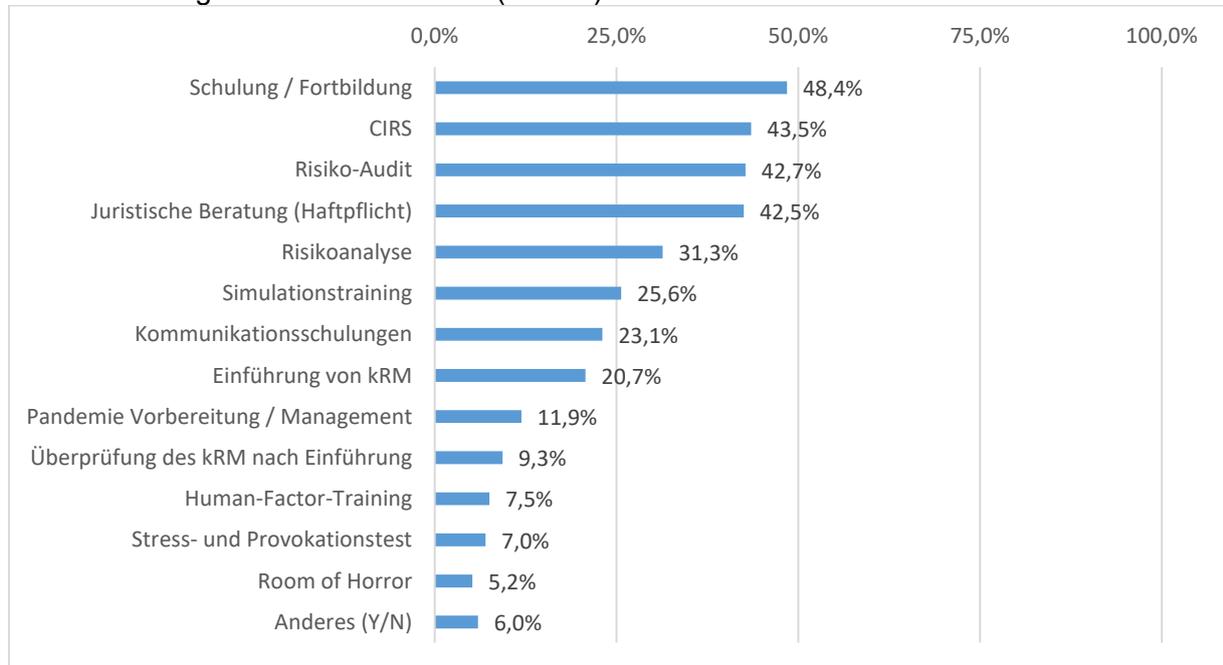
Anmerkung: AKH – Allgemeinkrankenhäuser; Reha-Einrichtungen – Rehabilitationseinrichtungen

4.4.6. Qualifikationen **der Mitarbeitenden** des kRM-Teams



Anmerkung: AKH – Allgemeinkrankenhäuser; Reha-Einrichtungen – Rehabilitationseinrichtungen

4.4.7. Hat Ihre Einrichtung in den letzten 5 Jahren Beratung durch externe Institutionen / Personen in folgenden Themen in Anspruch genommen? (Anteil der positiven Antworten)
Alle Allgemeinkrankenhäuser (N=386)



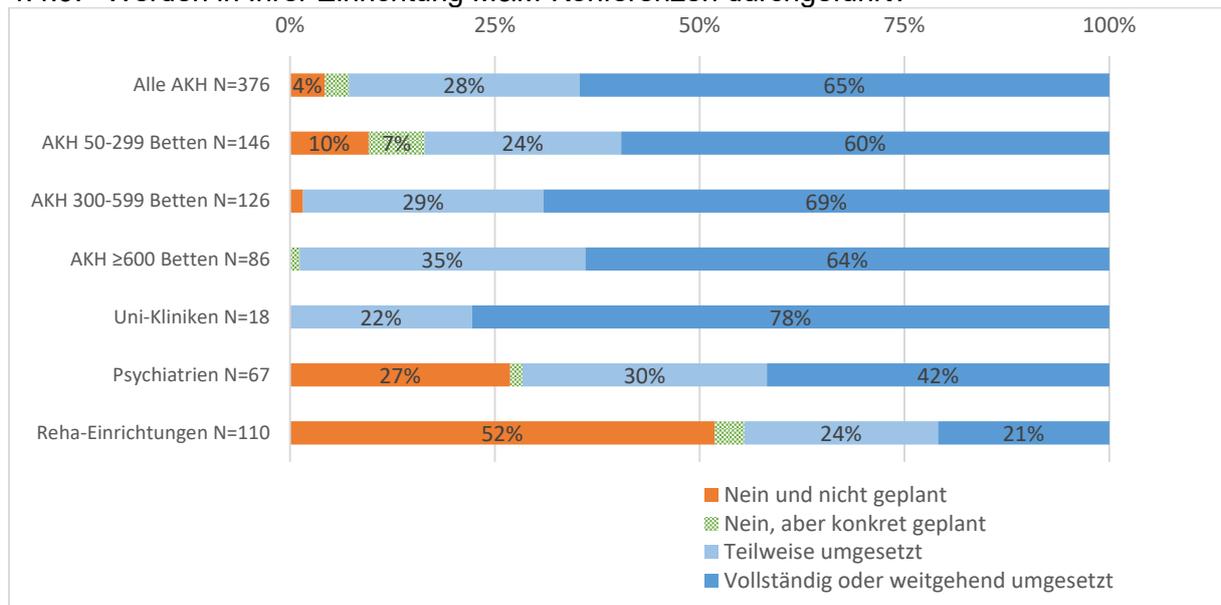
4.4.8. Hat Ihre Einrichtung in den letzten 5 Jahren Beratung durch externe Institutionen / Personen in folgenden Themen in Anspruch genommen? (Anteil der positiven Antworten)

	AKH 50-299 Betten N=154 %	AKH 300- 599 Betten N=127 %	AKH ≥600 Betten N=87 %	Uni-Kliniken N=18 %	Psychatrien N=72 %	Reha- Einrichtungen N=117 %
Schulung / Fortbildung	40,9	54,3	48,3	72,2	43,1	42,7
Juristische Beratung (Haftpflicht)	39,0	48,0	39,1	50,0	36,1	16,2
Risiko-Audit	37,0	46,5	48,3	38,9	27,8	17,9
CIRS	46,8	45,7	37,9	27,8	26,4	24,8
Risikoanalyse	26,6	35,4	35,6	22,2	20,8	28,2
Kommunikationsschulungen	22,7	24,4	19,5	33,3	19,4	23,1
Simulationstraining	15,6	26,8	37,9	44,4	6,9	5,1
Einführung von kRM	22,1	18,9	23,0	11,1	13,9	15,4
Pandemie Vorbereitung / Management	14,9	14,2	5,7	0,0	19,4	20,5
Human-Factors-Training	5,2	5,5	10,3	27,8	9,7	0,0
Überprüfung des kRM nach Einführung	12,3	10,2	3,4	5,6	9,7	6,8
Stress- und Provokationstest	4,5	11,0	4,6	11,1	1,4	6,0
Room of Horror	4,5	7,1	3,4	5,6	0,0	1,7
Anderes (Y/N)	5,8	6,3	4,6	11,1	5,6	10,3

Anmerkung: AKH – Allgemeinkrankenhäuser; Reha-Einrichtungen – Rehabilitationseinrichtungen. Die Tabelle zeigt den prozentualen Anteil der positiven Antworten.

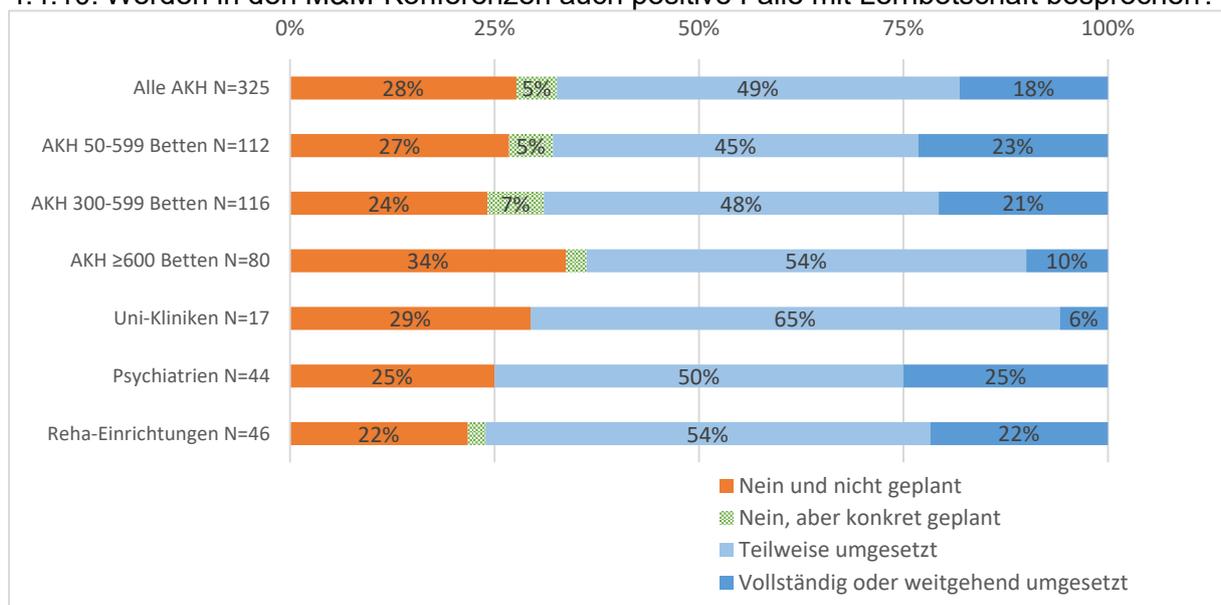
In den allermeisten Allgemeinkrankenhäusern (84%-99%) und in allen Universitätskliniken werden M&M-Konferenzen durchgeführt (Tabelle 4.4.9.). Infolge einer anderen Ausrichtung bzw. eines anderen Versorgungsauftrages sind M&M-Konferenzen in den Psychiatrien und Rehakliniken weniger verbreitet. Von den Einrichtungen, die M&M-Konferenzen durchführen, beziehen etwa zwei Drittel auch positive Fälle mit Lernbotschaft ein (Tabelle 4.4.10.). In den meisten Allgemeinkrankenhäusern werden M&M-Konferenzen dokumentiert (>84%), regelmäßig (>69%) und strukturiert durchgeführt (>71%). Nur 58% der psychiatrischen Kliniken haben M&M-Konferenzen dokumentiert und 31,3% geben an, dass M&M-Konferenzen fachübergreifend seien.

4.4.9. Werden in Ihrer Einrichtung M&M-Konferenzen durchgeführt?



Anmerkung: AKH – Allgemeinkrankenhäuser; Reha-Einrichtungen – Rehabilitationseinrichtungen. Werte unter 4% werden nicht angezeigt.

4.4.10. Werden in den M&M-Konferenzen auch positive Fälle mit Lernbotschaft besprochen?



Anmerkung: AKH – Allgemeinkrankenhäuser; Reha-Einrichtungen – Rehabilitationseinrichtungen. Werte unter 4% werden nicht angezeigt.

4.4.11. In welcher Form finden die M&M-Konferenzen statt? (Anteil der positiven Antworten)

	Alle AKH N=349	AKH 50-299 Betten N=122	AKH 300-599 Betten N=124	AKH ≥600 Betten N=85	Uni- Kliniken N=18	Psychi- atrien N=48	Reha- Einrich- tungen N=49
Dokumentiert	87,1%	84,4%	84,7%	91,8%	100,0%	58,3%	73,5%
Fachabteilungs- / fachgebietsübergreifend	76,5%	69,7%	79,0%	78,8%	94,4%	31,3%	57,1%
Strukturiert	76,2%	71,3%	76,6%	82,4%	77,8%	64,6%	69,4%
Regelmäßig	73,9%	68,9%	72,6%	78,8%	94,4%	66,7%	63,3%
Berufsgruppenübergreifend	65,9%	64,8%	66,1%	65,9%	72,2%	77,1%	57,1%
Erfolgt in einzelnen Kliniken/Abteilungen/ Funktionsbereichen	59,0%	45,1%	59,7%	74,1%	77,8%	60,4%	38,8%
Erfolgt nach einem einrichtungswest festgelegten Konzept	58,7%	53,3%	62,1%	62,4%	55,6%	43,8%	44,9%

Anmerkung: AKH – Allgemeinkrankenhäuser; Reha-Einrichtungen – Rehabilitationseinrichtungen.

4.5. Risikobeurteilung (Risikoidentifikation, -analyse und -bewertung)

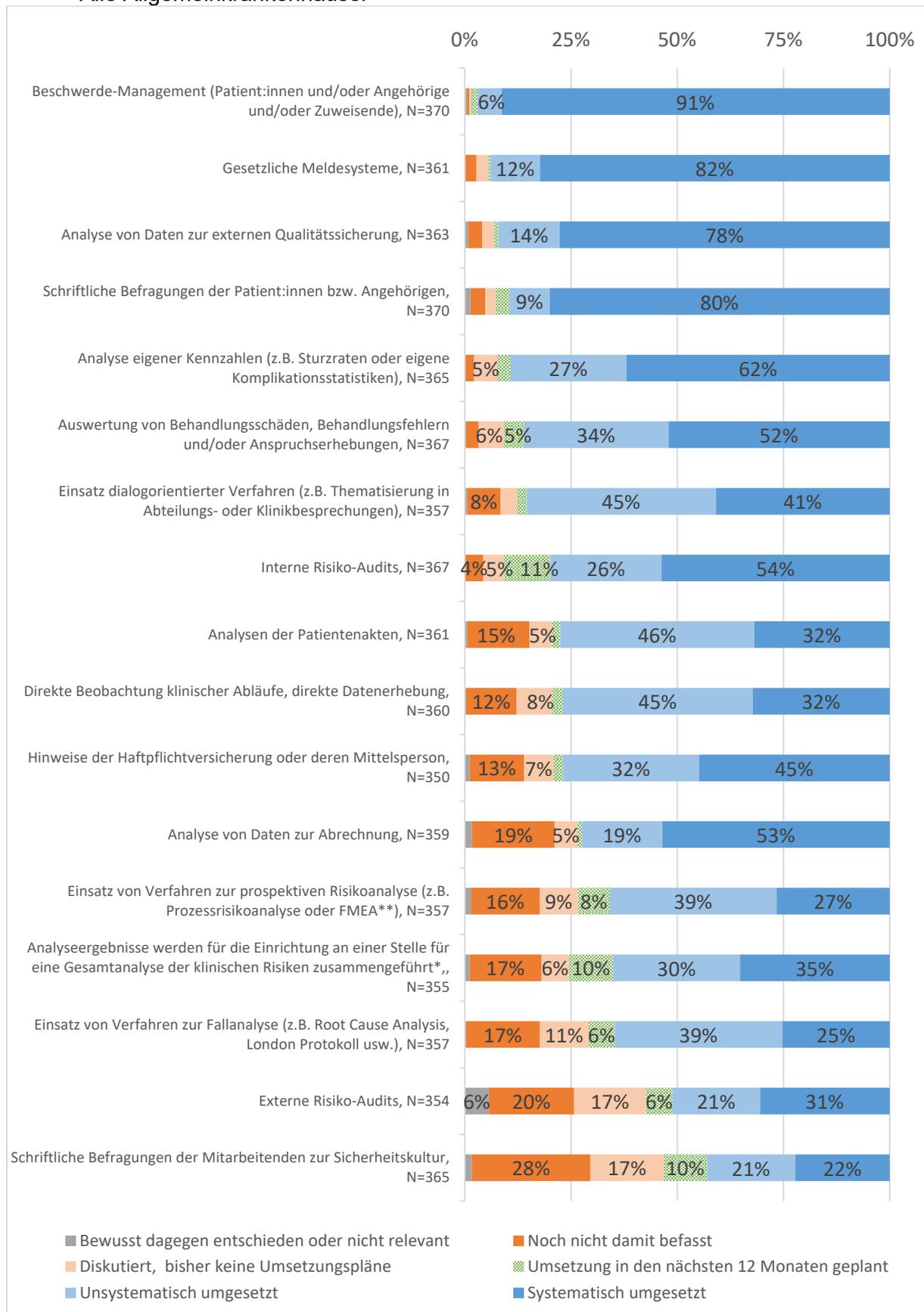
In diesem Abschnitt wurden die Teilnehmer:innen nach der Umsetzung verschiedener Instrumente des Risikomanagements in ihren Einrichtungen gefragt. Bei den Allgemeinkrankenhäusern aller Größen wurden die meisten Instrumente in mindestens zwei Dritteln der Einrichtungen eingesetzt, wobei das Beschwerde-Management und die gesetzlich vorgeschriebenen Berichterstattungssysteme in mehr als 90% der Einrichtungen umgesetzt wurden.⁶ Bei den Instrumenten, die in etwa der Hälfte oder weniger der allgemeinen Krankenhäuser eingesetzt wurden, handelte es sich um externe Risikoaudits und Mitarbeiterbefragungen zur Sicherheitskultur.

In den Universitätskliniken werden die meisten Instrumente häufiger eingesetzt (>80%), wobei Beschwerde-Management, die Analyse unerwünschter Ereignisse und die staatlichen Berichterstattungssysteme in allen teilnehmenden Universitätskliniken in unterschiedlichem Ausmaß eingesetzt werden. Externe Risikoaudits und Mitarbeiterbefragungen zur Sicherheitskultur werden, ähnlich wie in anderen allgemeinen Krankenhäusern, in weniger als der Hälfte der Universitätskliniken durchgeführt; allerdings gaben etwa 20% der Teilnehmer:innen an, dies innerhalb der nächsten 12 Monate zu planen.

Auch in psychiatrischen Kliniken und Rehabilitationseinrichtungen werden die meisten Instrumente bei mindestens 50% der Teilnehmer:innen eingesetzt. Das Beschwerde-Management ist hier nahezu flächendeckend implementiert. Fallanalysen und externe Risiko-Audits kommen in weniger als der Hälfte der Psychiatrien und Rehakliniken zum Einsatz.

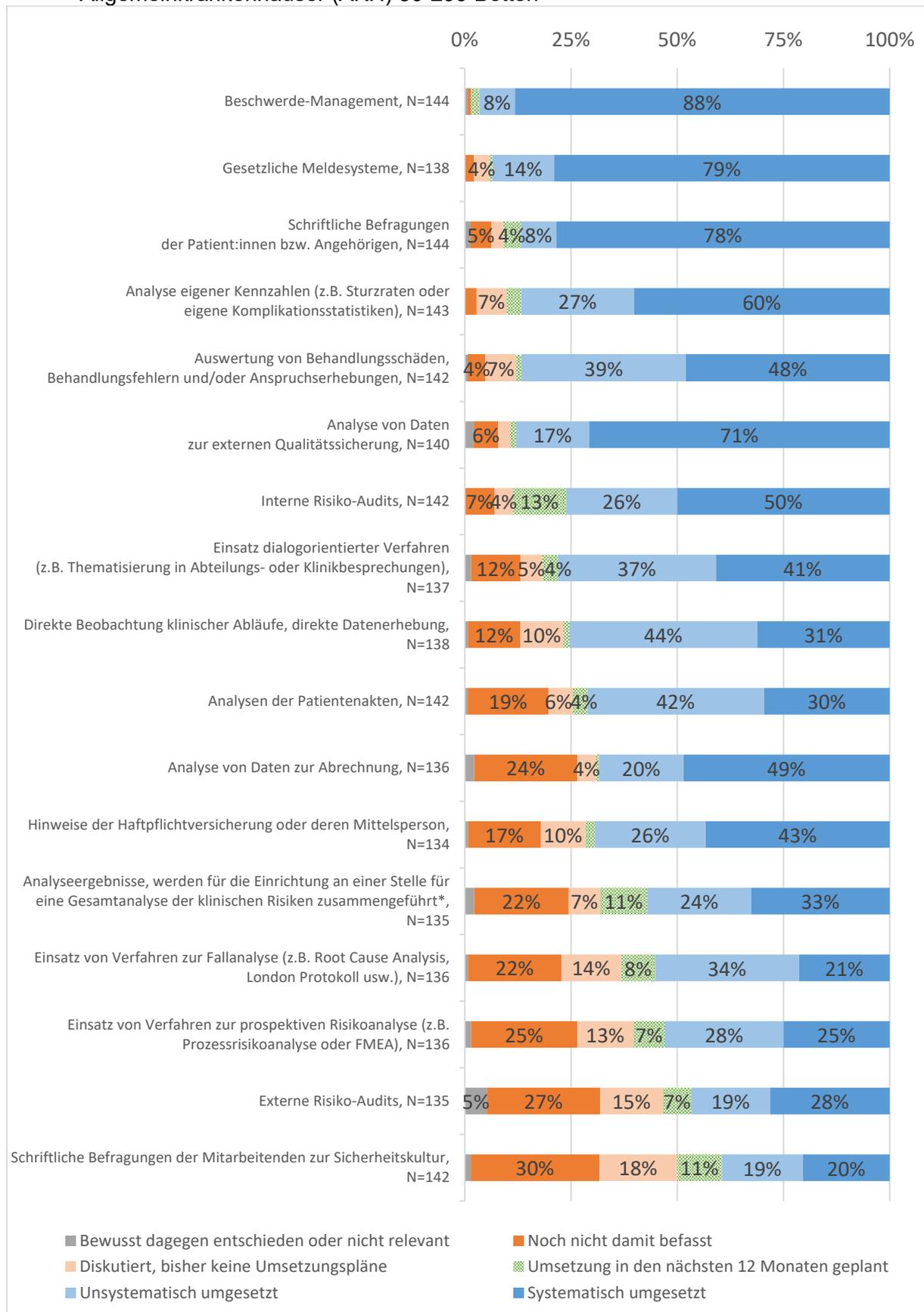
⁶ Da die Teilnahme an diesen Systemen verbindlich ist, ist vorderhand davon auszugehen, dass Häuser ohne Umsetzung die entsprechenden Leistungen, die Gegenstand der externen Qualitätssicherung sind, nicht erbringen oder keine Auffälligkeiten, etwa bei der Anwendung von Medizinprodukten, an das BfArM melden mussten.

4.5.1. Instrumente zur Risikobeurteilung.
Alle Allgemeinkrankenhäuser



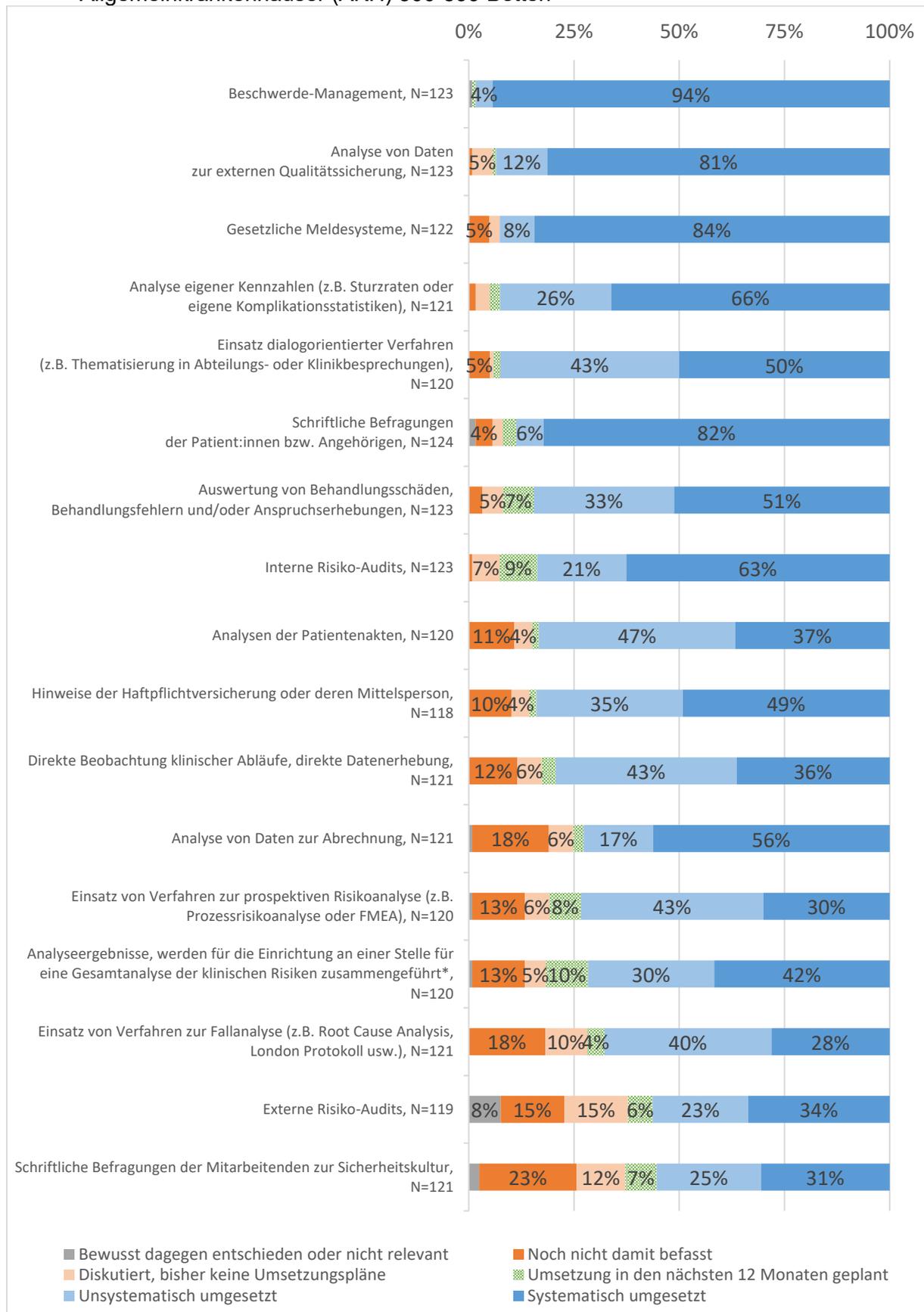
Anmerkung: (*) Die Frage wurde gekürzt, um sie auf der Abbildung lesbar zu machen. Werte unter 4% werden nicht angezeigt.

4.5.2. Instrumente zur Risikobeurteilung.
Allgemeinkrankenhäuser (AKH) 50-299 Betten



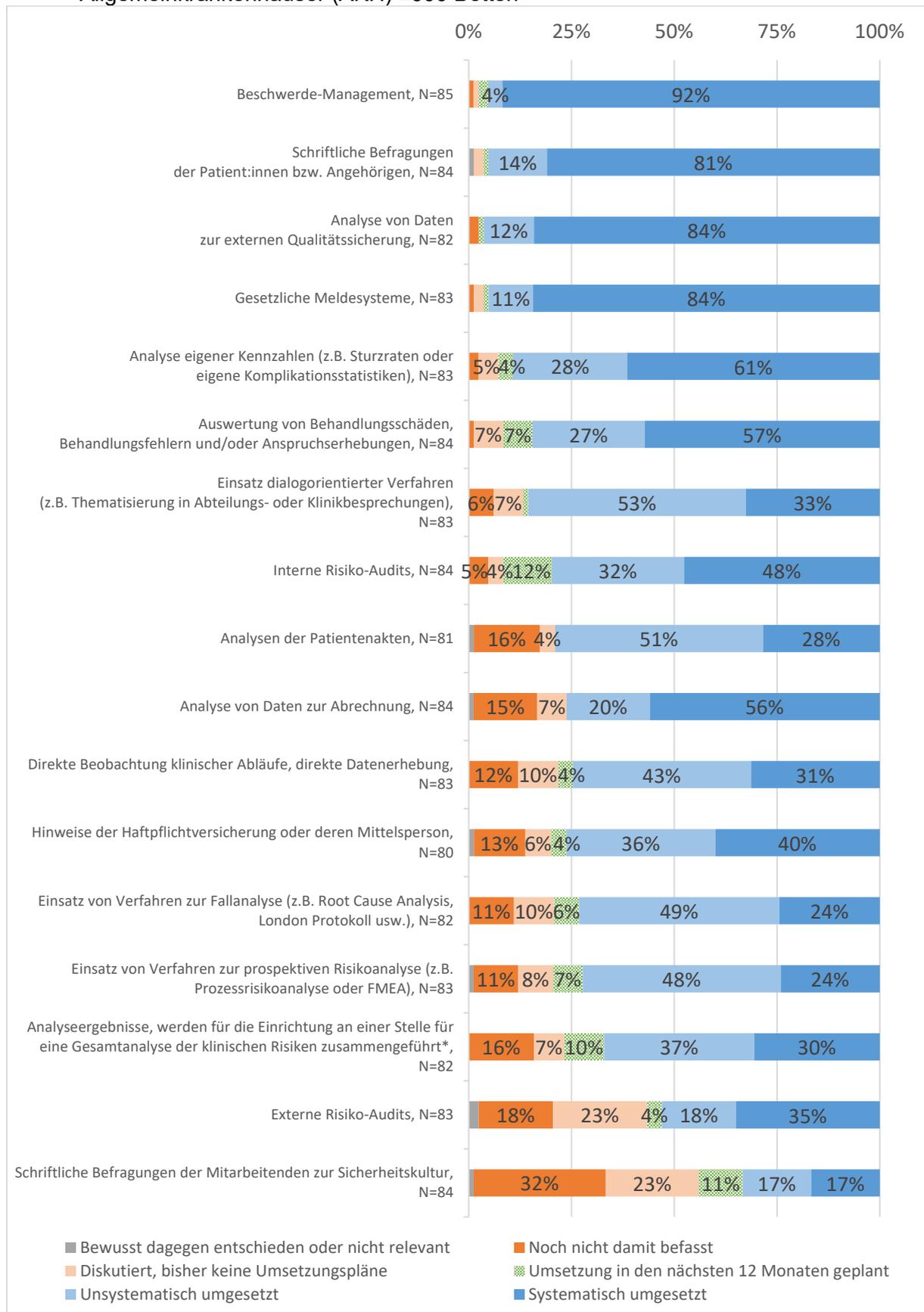
Anmerkung: (*) Die Frage wurde gekürzt, um sie auf der Abbildung lesbar zu machen. Werte unter 4% werden nicht angezeigt.

4.5.3. Instrumente zur Risikobeurteilung.
Allgemeinkrankenhäuser (AKH) 300-599 Betten



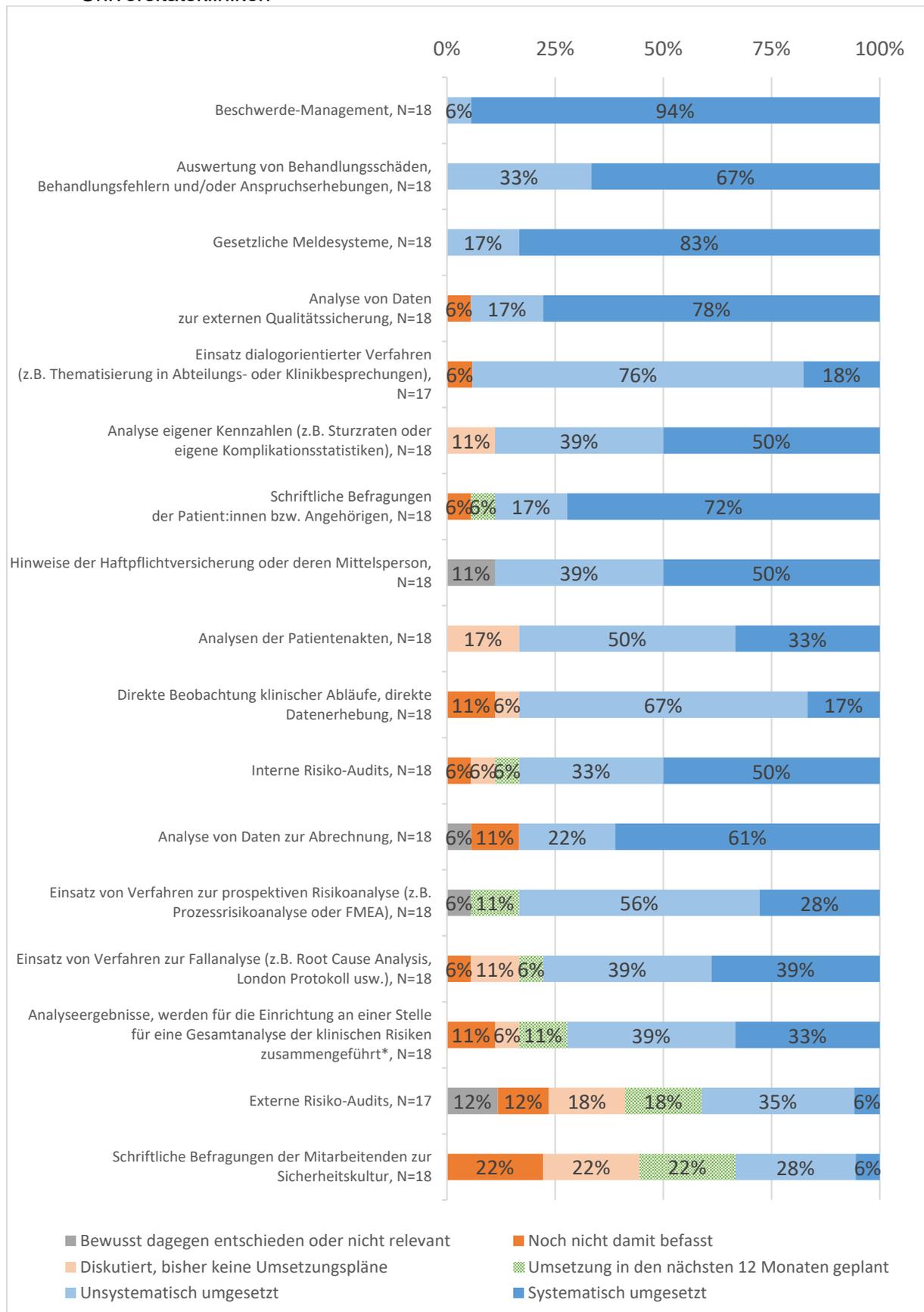
Anmerkung: (*) Die Frage wurde gekürzt, um sie auf der Abbildung lesbar zu machen. Werte unter 4% werden nicht angezeigt.

4.5.4. Instrumente zur Risikobeurteilung.
Allgemeinkrankenhäuser (AKH) ≥600 Betten



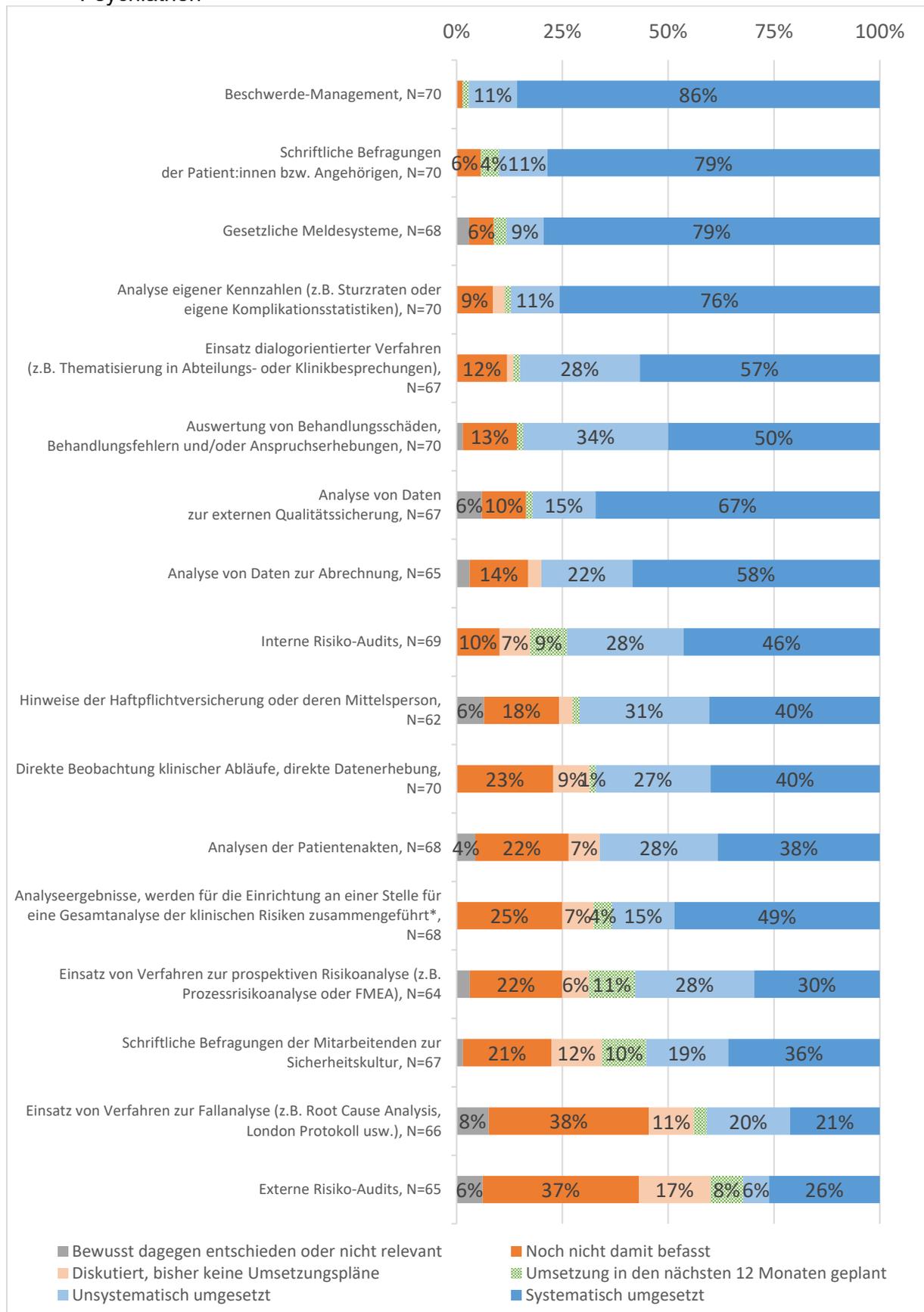
Anmerkung: (*) Die Frage wurde gekürzt, um sie auf der Abbildung lesbar zu machen. Werte unter 4% werden nicht angezeigt.

4.5.5. Instrumente zur Risikobeurteilung.
Universitätskliniken



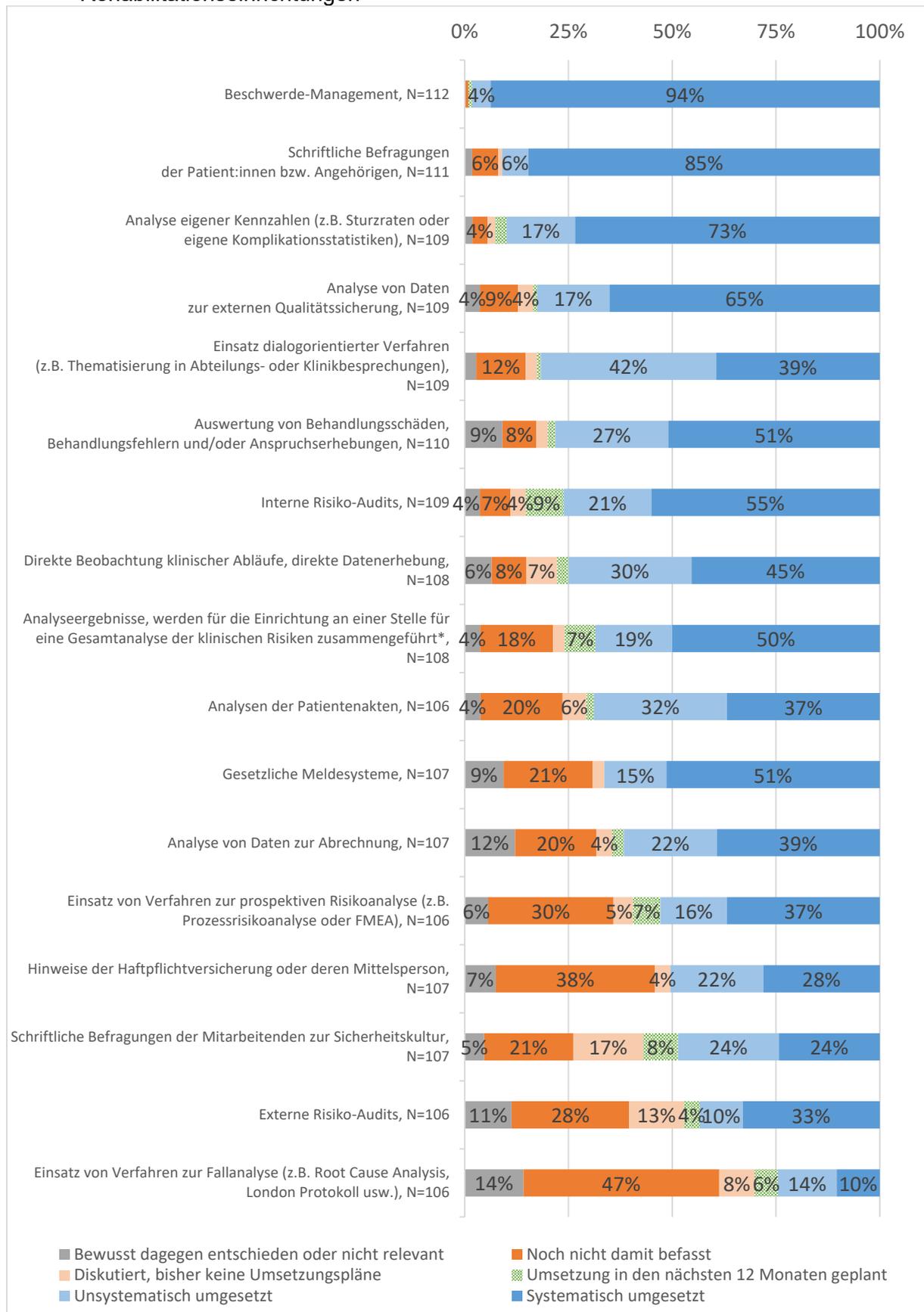
Anmerkung: (*) Die Frage wurde gekürzt, um sie auf der Abbildung lesbar zu machen. Werte unter 4% werden nicht angezeigt.

4.5.6. Instrumente zur Risikobeurteilung.
Psychiatrien



Anmerkung: (*) Die Frage wurde gekürzt, um sie auf der Abbildung lesbar zu machen. Werte unter 4% werden nicht angezeigt.

4.5.7. Instrumente zur Risikobeurteilung.
Rehabilitationseinrichtungen



Anmerkung: (*) Die Frage wurde gekürzt, um sie auf der Abbildung lesbar zu machen. Werte unter 4% werden nicht angezeigt.

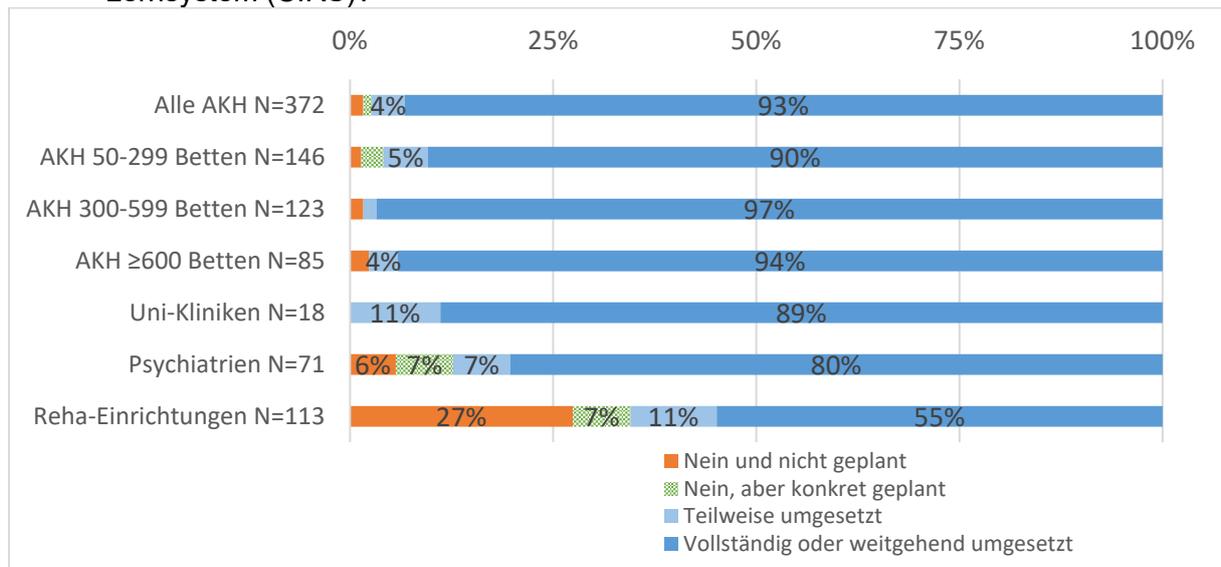
4.6. Critical Incident Reporting System (CIRS)

Internes CIRS ist in mehr als 95% der Allgemeinkrankenhäuser, in allen Universitätskliniken und in 87% der psychiatrischen Kliniken verfügbar (Abbildung 4.6.1). Weitere 7% der psychiatrischen Kliniken planen die Einführung in den nächsten zwölf Monaten. Im Gegensatz dazu verfügen nur 66% der Rehabilitationskliniken über CIRS. An einrichtungsübergreifenden Berichts- und Lernsystemen beteiligten sich 80% der allgemeinen Krankenhäuser, 94% der Universitätskliniken sowie 64% der psychiatrischen Kliniken und 32% der Rehabilitationskliniken (Abbildung 4.6.2).

Der Medianwert für den Einführungszeitraum von CIRS liegt für Universitätskliniken im Jahr 2011, für mittlere und große Allgemeinkrankenhäuser (300-599 und >600 Betten) im Jahr 2013 und für kleine Allgemeinkrankenhäuser (<300 Betten), psychiatrische Zentren und Rehabilitationskliniken im Jahr 2015 (Tabelle 4.6.3). Dies zeigt, dass viele Einrichtungen bereits über 5-10 Jahre Erfahrung mit CIRS verfügen. Im Jahr 2020 erhielten die Universitätskliniken durchschnittlich 295 Berichte und alle anderen Teilgruppen ca. 18-75 Berichte (Abbildung 4.6.4). Nach Tabelle 4.6.5. wird CIRS kaum für den Bericht positiver Fälle verwendet, da sowohl Modus als auch Median für alle Teilgruppen 0 betragen, d.h. mehr als die Hälfte der Befragten haben die Frage nach der Nutzung für positive Fälle verneint. Im Durchschnitt nimmt die Hälfte oder mehr der Abteilungen an den CIRS-Meldungen teil (Abbildung 4.6.6). In Universitätskliniken sind es 85% oder mehr.

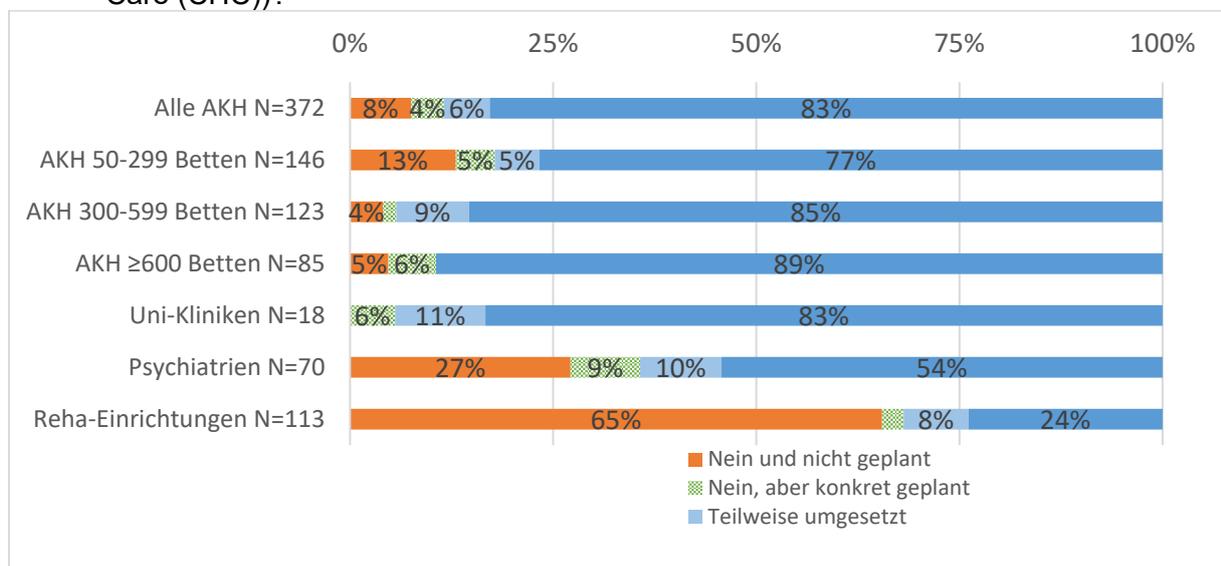
Die Tabellen 4.6.7-4.6.13 zeigen die Merkmale des in den teilnehmenden Einrichtungen eingeführten CIRS. Viele der untersuchten Elemente sind in >80% der Krankenhäuser und Rehabilitationskliniken implementiert. Zum Beispiel gaben >95% der Teilnehmer:innen in allen Teilgruppen an, dass CIRS anonyme Meldungen erlaubt und dass es klare Definitionen dazu gibt, was berichtet werden sollte. Das Item mit einer der geringsten Umsetzung in allen Teilgruppen ist die Aufforderung an das Personal, auch über unerwartet positive Behandlungsverläufe in Berichts- und Lernsystemen (CIRS) zu berichten. Ein weiterer Punkt, der bei etwa der Hälfte der Teilnehmer:innen umgesetzt wird und bei der anderen Hälfte nicht geplant ist, ist die Einbeziehung von Schadensfällen in die CIRS-Berichte.

4.6.1. Verfügen Sie in Ihrer Einrichtung über ein einrichtungsinternes Berichts- und Lernsystem (CIRS)?



Anmerkung: AKH – Allgemeinkrankenhäuser; Reha-Einrichtungen – Rehabilitationseinrichtungen. Werte unter 4% werden nicht angezeigt.

4.6.2. Beteiligen Sie sich an einem einrichtungsübergreifenden Berichts- und Lernsystem (Krankenhaus-CIRS-Netz Deutschland, CIRSmedical Anästhesiologie, CIRS Health Care (CHC))?



Anmerkung: AKH – Allgemeinkrankenhäuser; Reha-Einrichtungen – Rehabilitationseinrichtungen. Werte unter 4% werden nicht angezeigt.

4.6.3. Seit wann (Datum / Jahr) ist ein CIRS in Ihrer Einrichtung eingesetzt?

	N	Mittelwert	Standardfehler	Median	Modus
Alle Allgemeinkrankenhäuser	337	2013	0,2	2014	2015
AKH 50-299 Betten	128	2013	0,3	2015	2015
AKH 300-599 Betten	112	2013	0,3	2013	2013, 2015
AKH \geq 600 Betten	79	2012	0,4	2013	2015
Uni-Kliniken	18	2011	1,1	2011	*
Psychiatrien	58	2014	0,5	2015	2015, 2016
Reha-Einrichtungen	63	2014	0,6	2015	2019

Anmerkung: AKH – Allgemeinkrankenhäuser; Reha-Einrichtungen – Rehabilitationseinrichtungen. * Es gibt mehr als zwei Modi.

4.6.4. Wie viele CIRS-Berichte gingen im Jahr 2020 ein?

	N	Mittelwert	Standardfehler	Median	Modus
Alle Allgemeinkrankenhäuser	338	54,0	5,3	25	15
AKH 50-299 Betten	126	25,7	3,9	15,0	15
AKH 300-599 Betten	114	37,2	3,1	28,5	14, 15
AKH \geq 600 Betten	81	71,3	7,1	52,0	*
Uni-Kliniken	17	294,7	71,8	181,0	*
Psychiatrien	60	24,9	6,0	11,5	0
Reha-Einrichtungen	62	18,0	3,7	9,5	0

Anmerkung: AKH – Allgemeinkrankenhäuser; Reha-Einrichtungen – Rehabilitationseinrichtungen. * Es gibt mehr als zwei Modi.

4.6.5. Wie viele positive Berichte gingen im Jahr 2020 ein?

	N	Mittelwert	Standardfehler	Median	Modus
Alle Allgemeinkrankenhäuser	282	3,4	1,8	0	0
AKH 50-299 Betten	109	6,0	4,6	0	0
AKH 300-599 Betten	94	1,2	0,7	0	0
AKH \geq 600 Betten	70	2,9	2,0	0	0
Uni-Kliniken	9	0,6	0,6	0	0
Psychiatrien	49	1,4	0,7	0	0
Reha-Einrichtungen	50	3,1	1,5	0	0

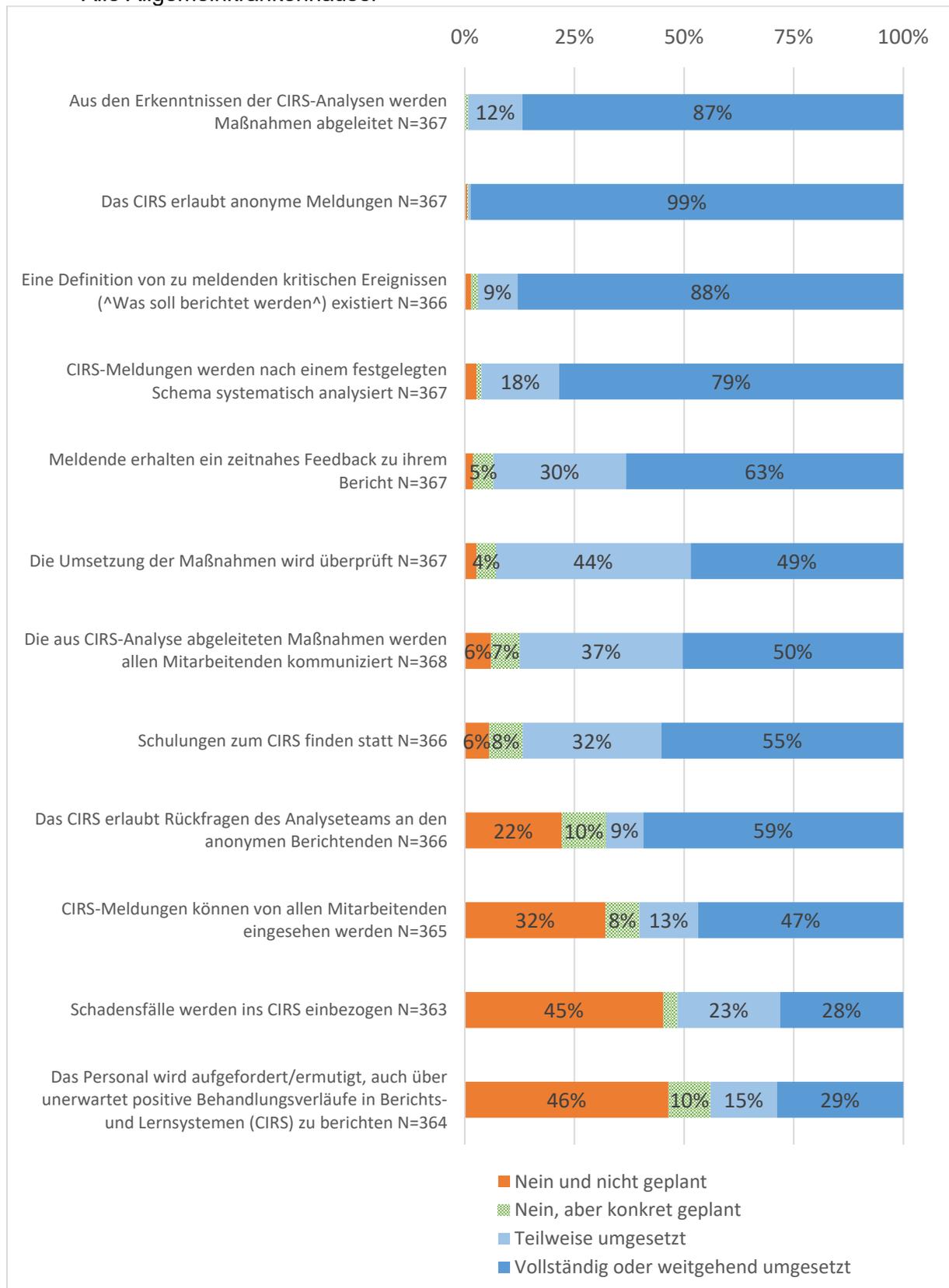
Anmerkung: AKH – Allgemeinkrankenhäuser; Reha-Einrichtungen – Rehabilitationseinrichtungen.

4.6.6. Wieviel Prozent der Abteilungen / Kliniken / Funktionsbereiche in Ihrer Einrichtung haben 2020 CIRS-Berichte eingereicht?

	N	Mittelwert	Standardfehler	Median	Modus
Alle Allgemeinkrankenhäuser	220	54,8	2,1	50	100
AKH 50-299 Betten	89	52,4	3,5	50	100
AKH 300-599 Betten	67	54,1	3,7	50	100
AKH \geq 600 Betten	55	54,6	3,6	50	50
Uni-Kliniken	9	84,4	7,1	100	100
Psychiatrien	34	74,5	4,6	80	100
Reha-Einrichtungen	41	53,4	5,9	50	100

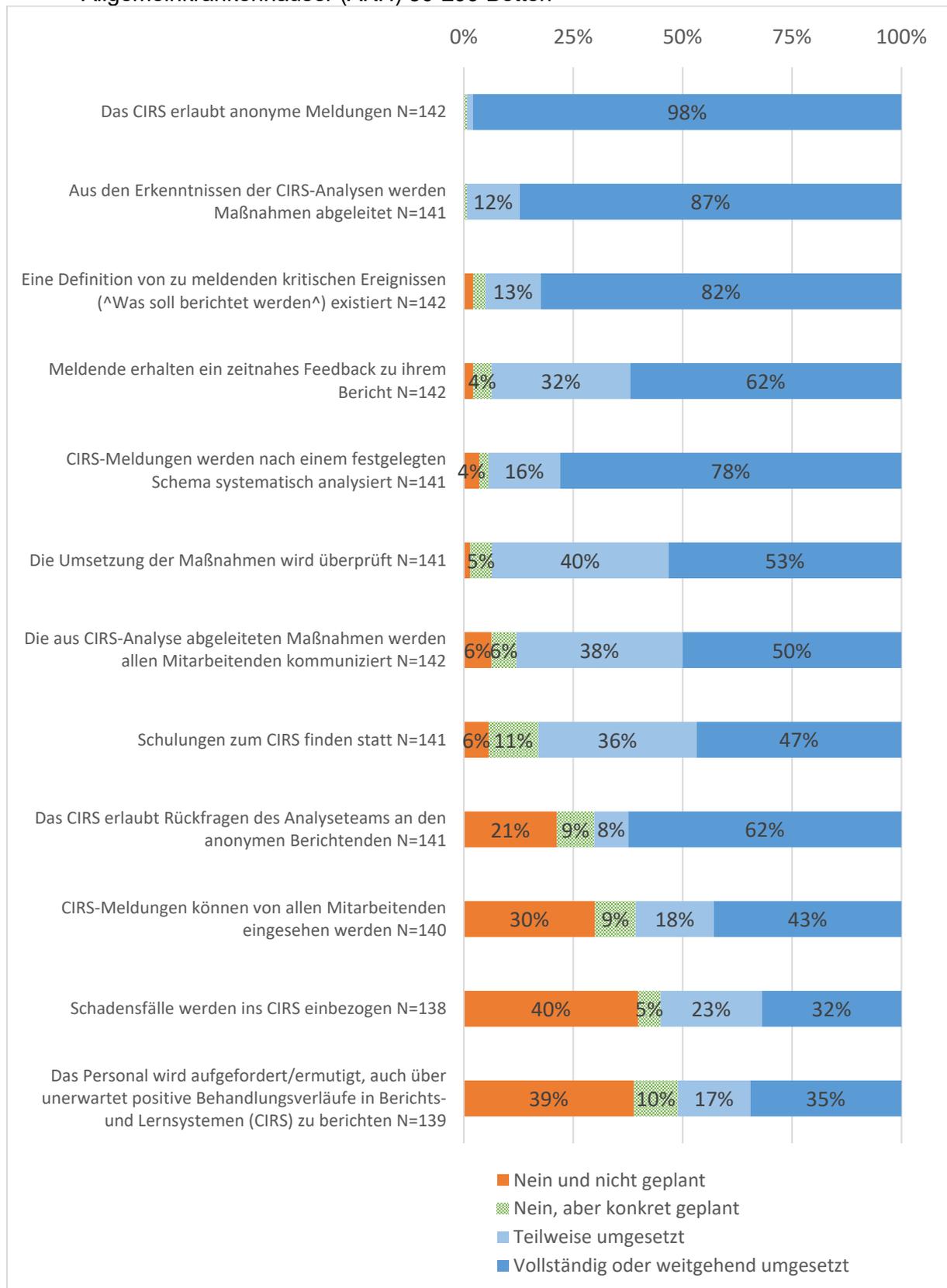
Anmerkung: AKH – Allgemeinkrankenhäuser; Reha-Einrichtungen – Rehabilitationseinrichtungen.

4.6.7. CIRS-Implementation.
Alle Allgemeinkrankenhäuser



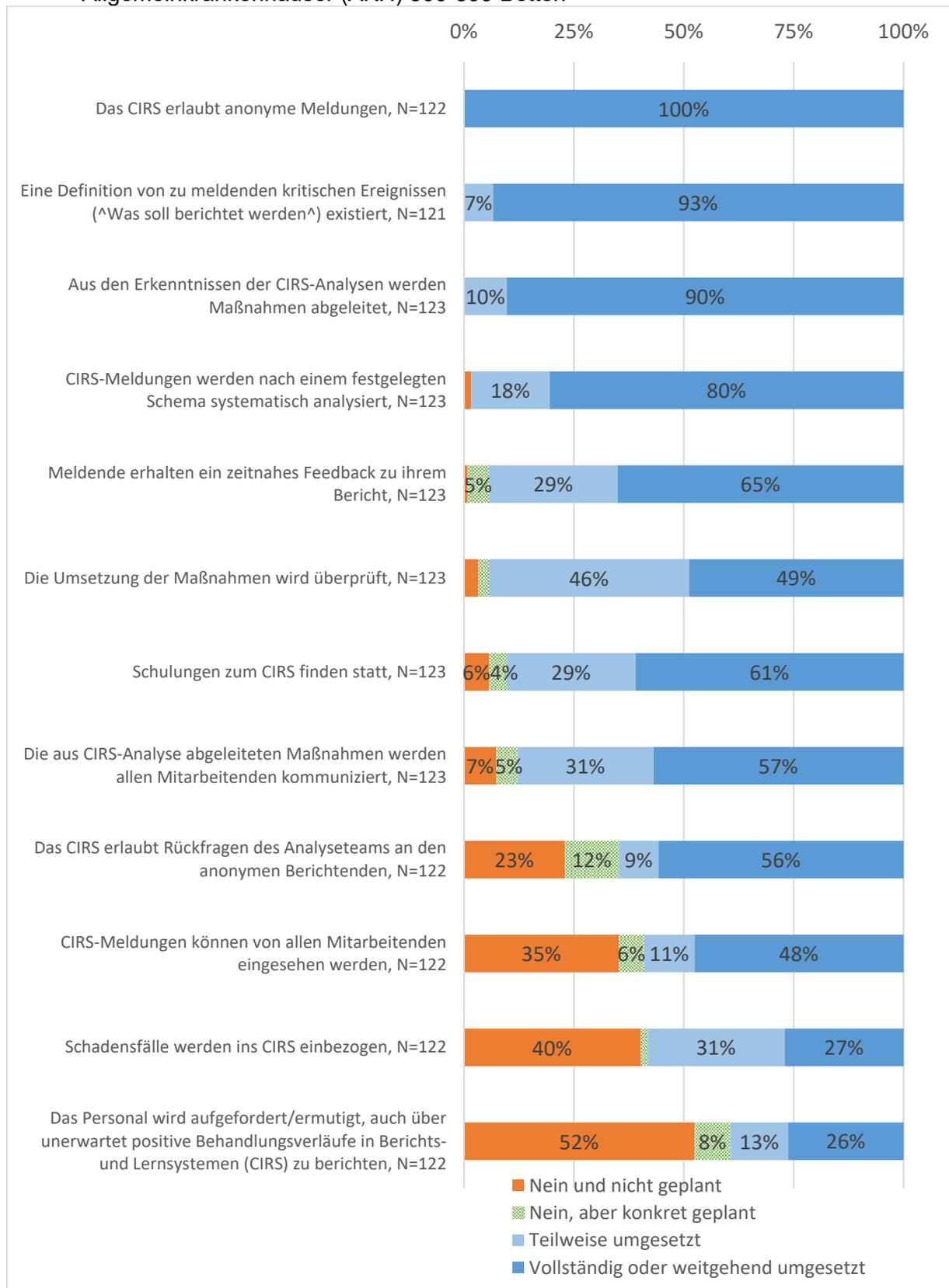
Anmerkung: Werte unter 4% werden nicht angezeigt.

4.6.8. CIRS-Implementation.
Allgemeinkrankenhäuser (AKH) 50-299 Betten



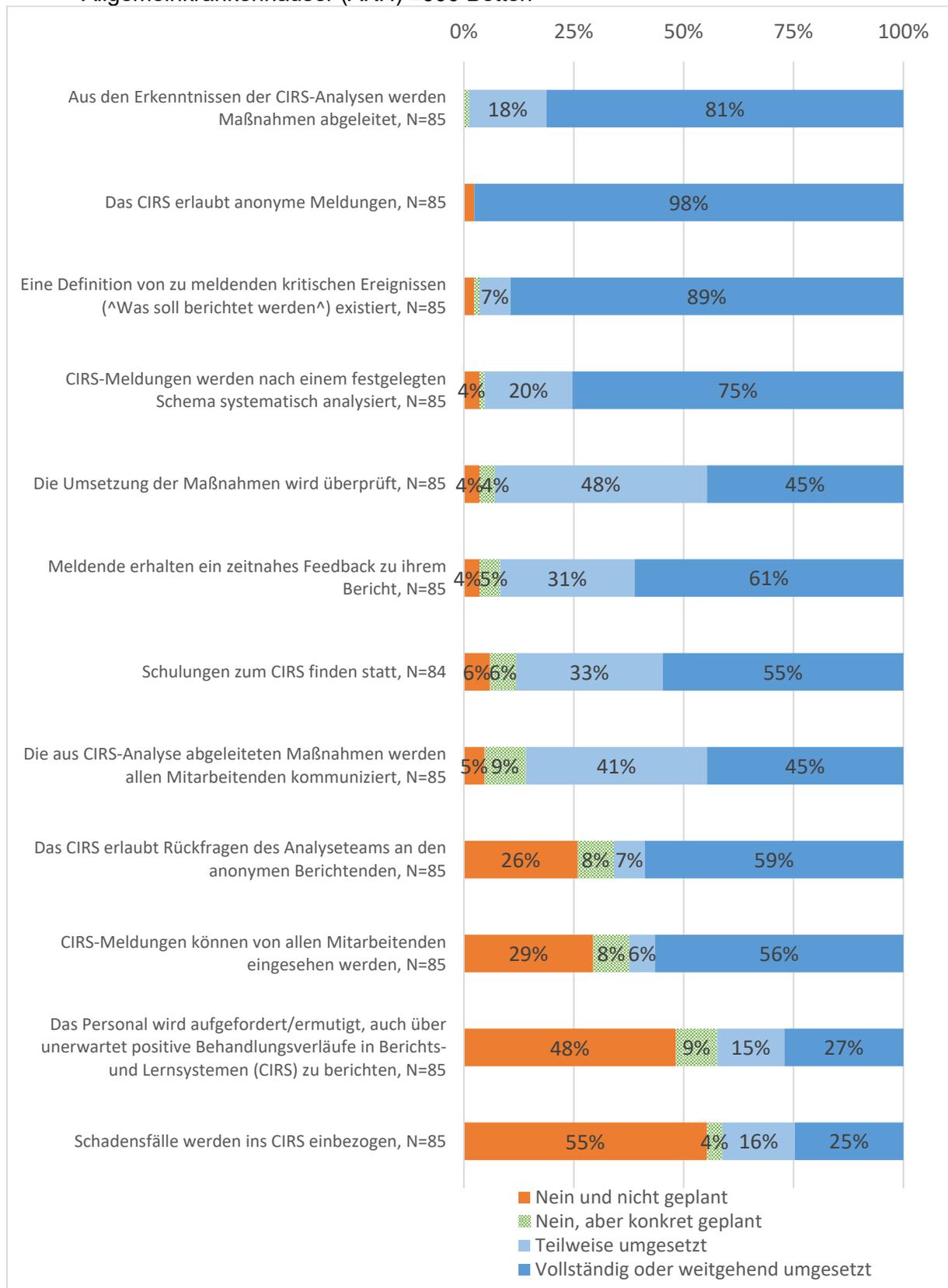
Anmerkung: Werte unter 4% werden nicht angezeigt.

4.6.9. CIRS-Implementation.
Allgemeinkrankenhäuser (AKH) 300-599 Betten



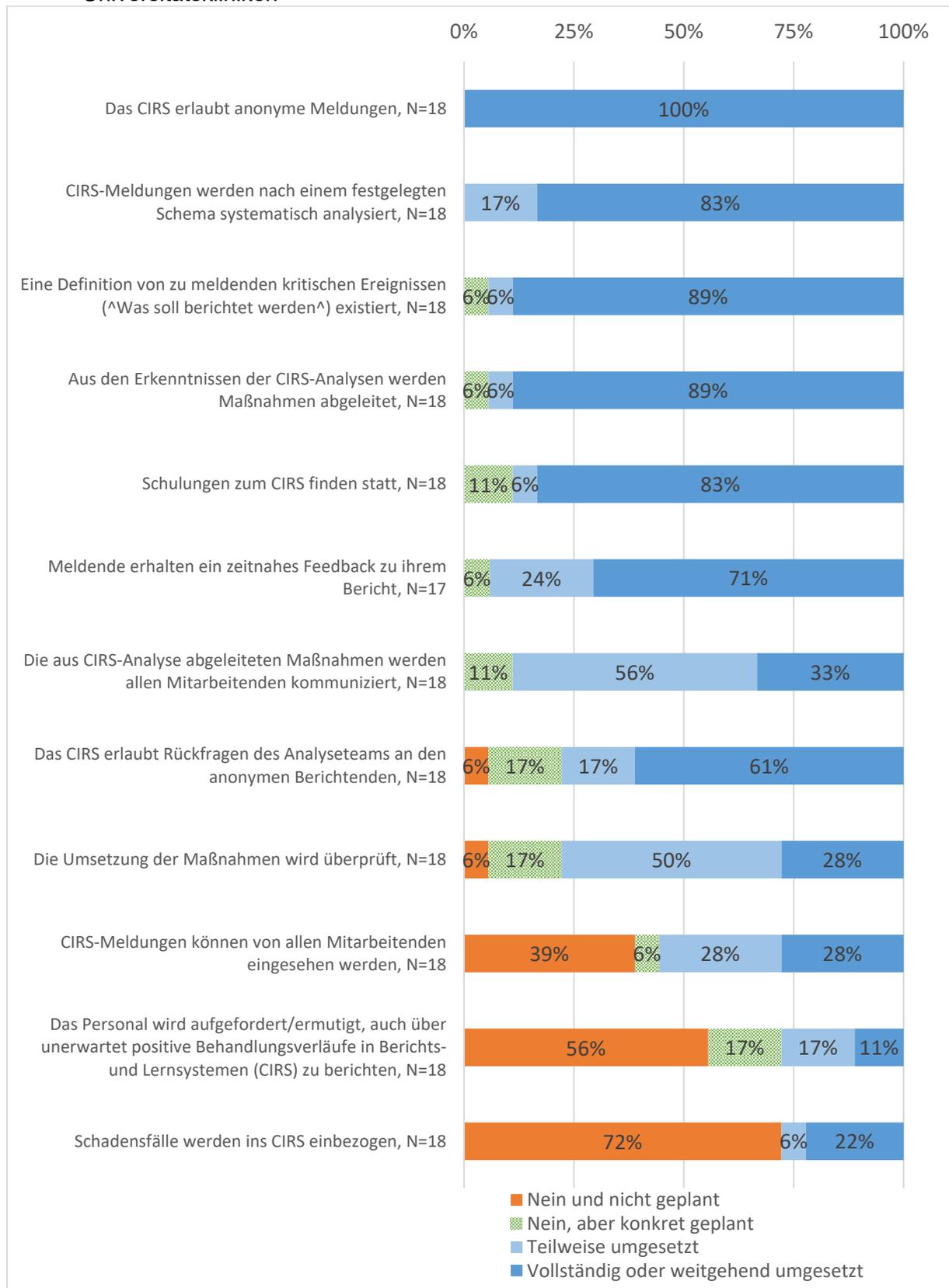
Anmerkung: Werte unter 4% werden nicht angezeigt.

4.6.10. CIRS-Implementation.
Allgemeinkrankenhäuser (AKH) ≥600 Betten



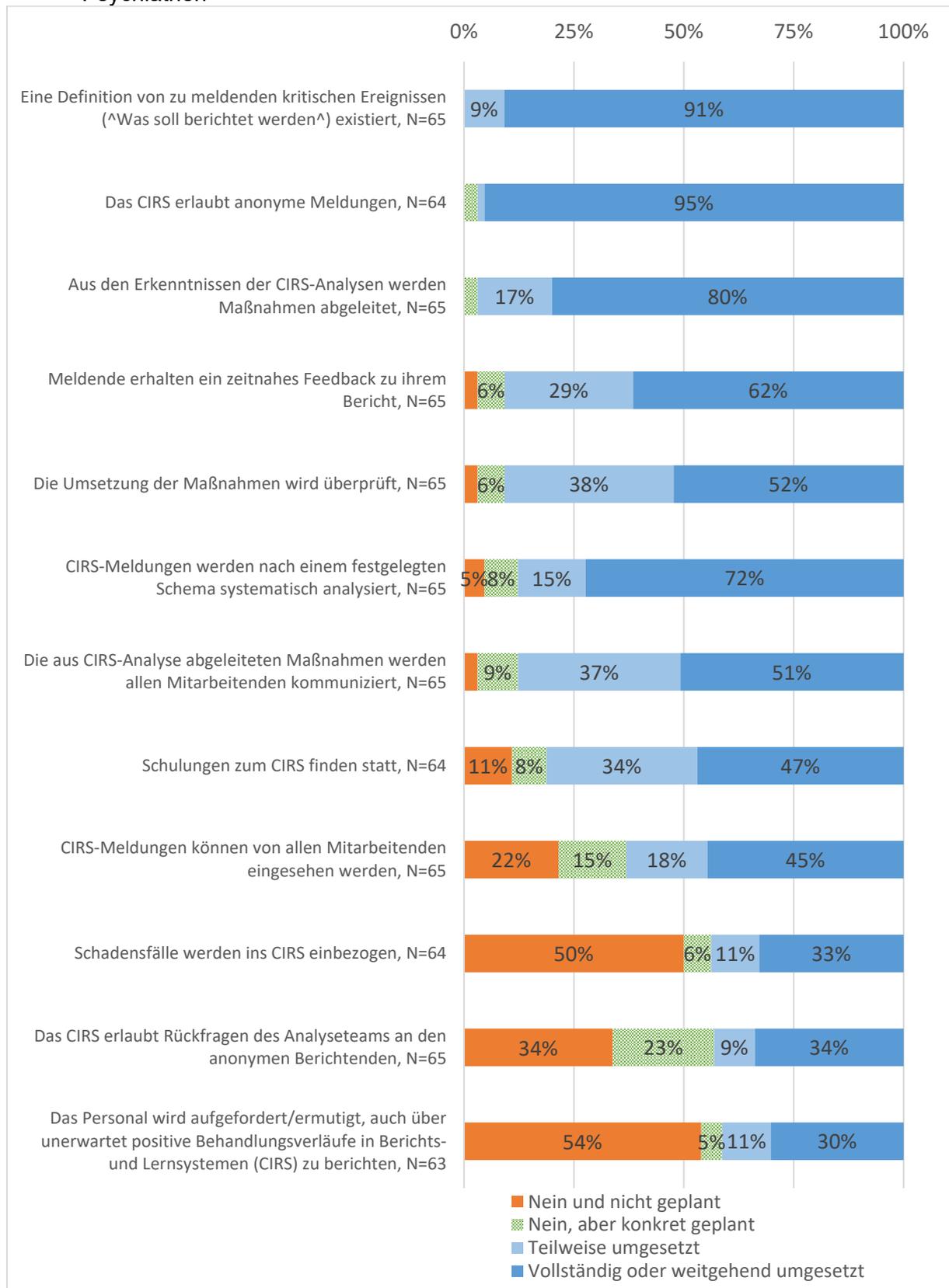
Anmerkung: Werte unter 4% werden nicht angezeigt.

4.6.11. CIRS-Implementation.
Universitätskliniken



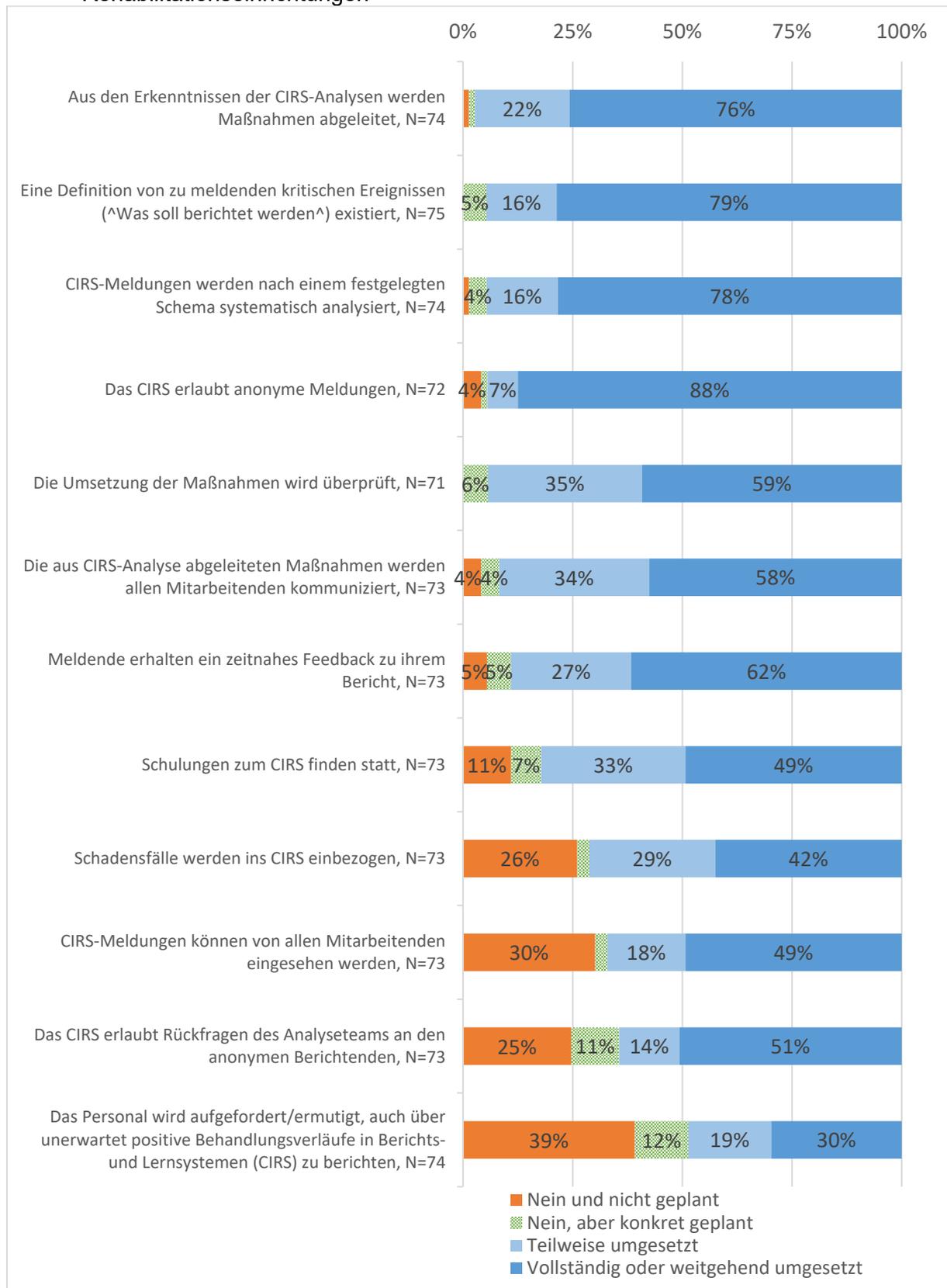
Anmerkung: Werte unter 4% werden nicht angezeigt.

4.6.12. CIRS-Implementation.
Psychiatrien



Anmerkung: Werte unter 4% werden nicht angezeigt.

4.6.13. CIRS-Implementation.
Rehabilitationseinrichtungen

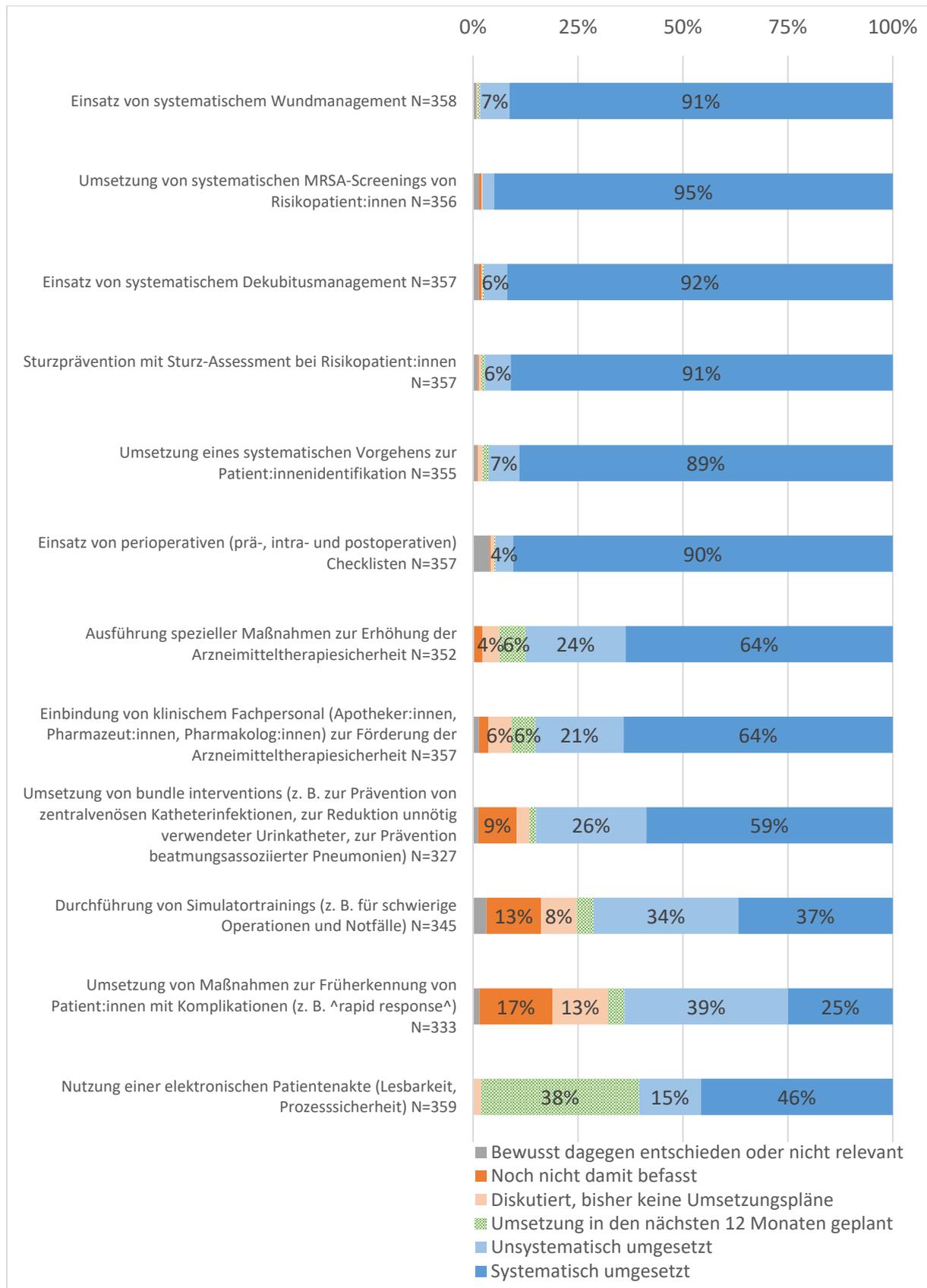


Anmerkung: Werte unter 4% werden nicht angezeigt.

4.7. Risikobewältigung

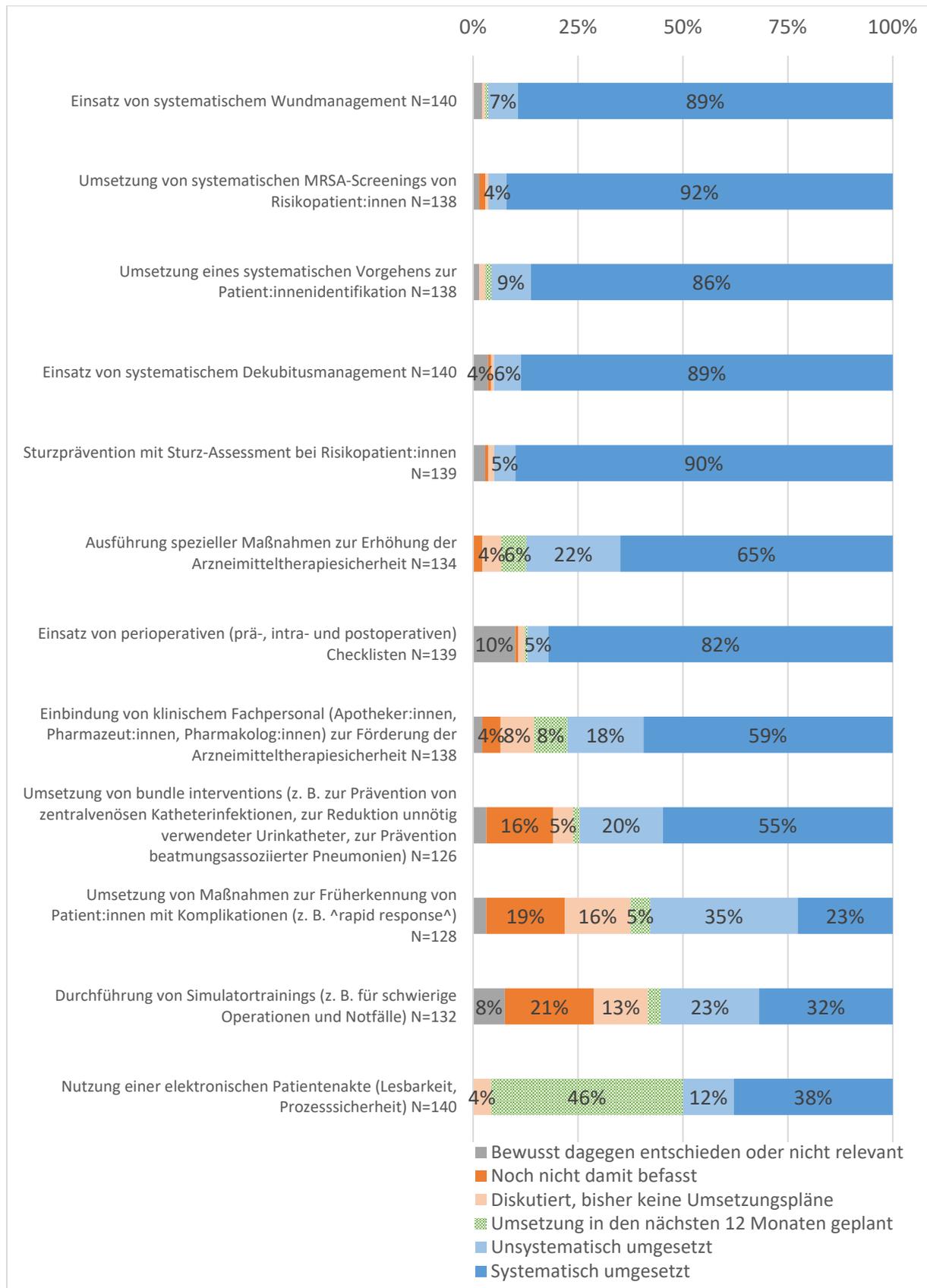
In diesem Abschnitt werden die Antworten zur Umsetzung der Instrumente und Methoden zur Risikobewältigung dargestellt. Die Ergebnisse sind in den Abbildungen 4.7.1-4.7.7 für die einzelnen Teilgruppen getrennt dargestellt. Die meisten Methoden und Instrumente wurden in 75% bis 100% der allgemeinen Krankenhäuser einschließlich der Universitätskliniken umgesetzt. Aus fachlichen Gründen sind bestimmte Instrumente der Risikobewältigung in den Psychiatrien und Rehabilitationseinrichtungen weniger verbreitet. Beispiele dafür sind perioperative Checklisten, Simulationstrainings und die Früherkennung von Patient:innen mit Komplikationen (Abbildungen 4.7.6-4.7.7). Die Einführung elektronischer Patientenakten (EPA) innerhalb der nächsten zwölf Monate wird von 46% der kleinen Allgemeinkrankenhäuser (AKH 50-299 Betten), 33% der mittelgroßen Allgemeinkrankenhäuser (AKH 300-599 Betten), 18% der Universitätskliniken, 22% der psychiatrischen Kliniken und 30% der Rehabilitationseinrichtungen geplant. Alle großen Allgemeinkrankenhäuser geben an, EPA bereits eingeführt zu haben, wenn auch in unterschiedlichem Umfang.

4.7.1. Instrumente / Methoden für die Risikobewältigung.
Alle Allgemeinkrankenhäuser



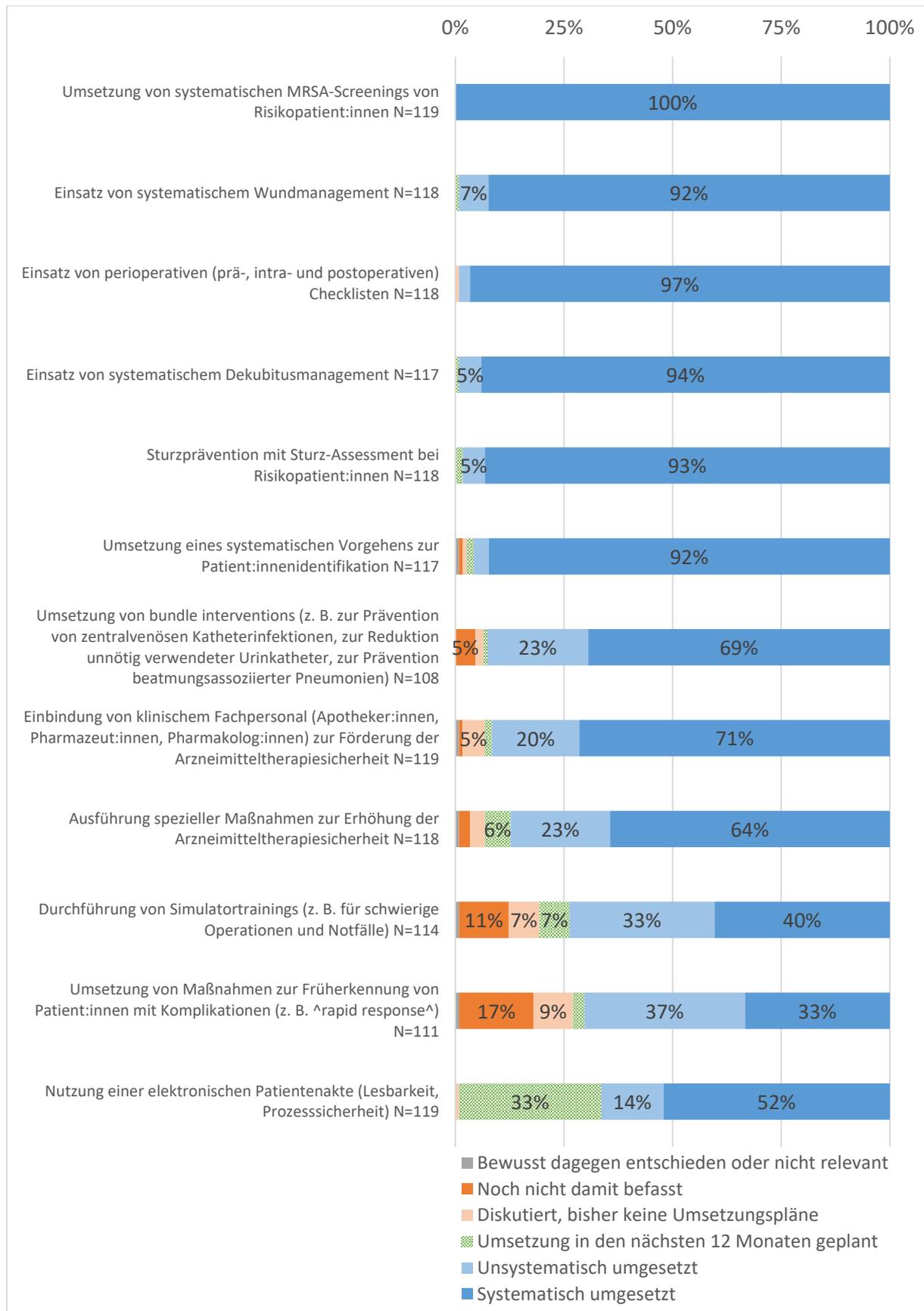
Anmerkung: Werte unter 4% werden nicht angezeigt.

4.7.2. Instrumente / Methoden für die Risikobewältigung.
Allgemeinkrankenhäuser (AKH) 50-299 Betten



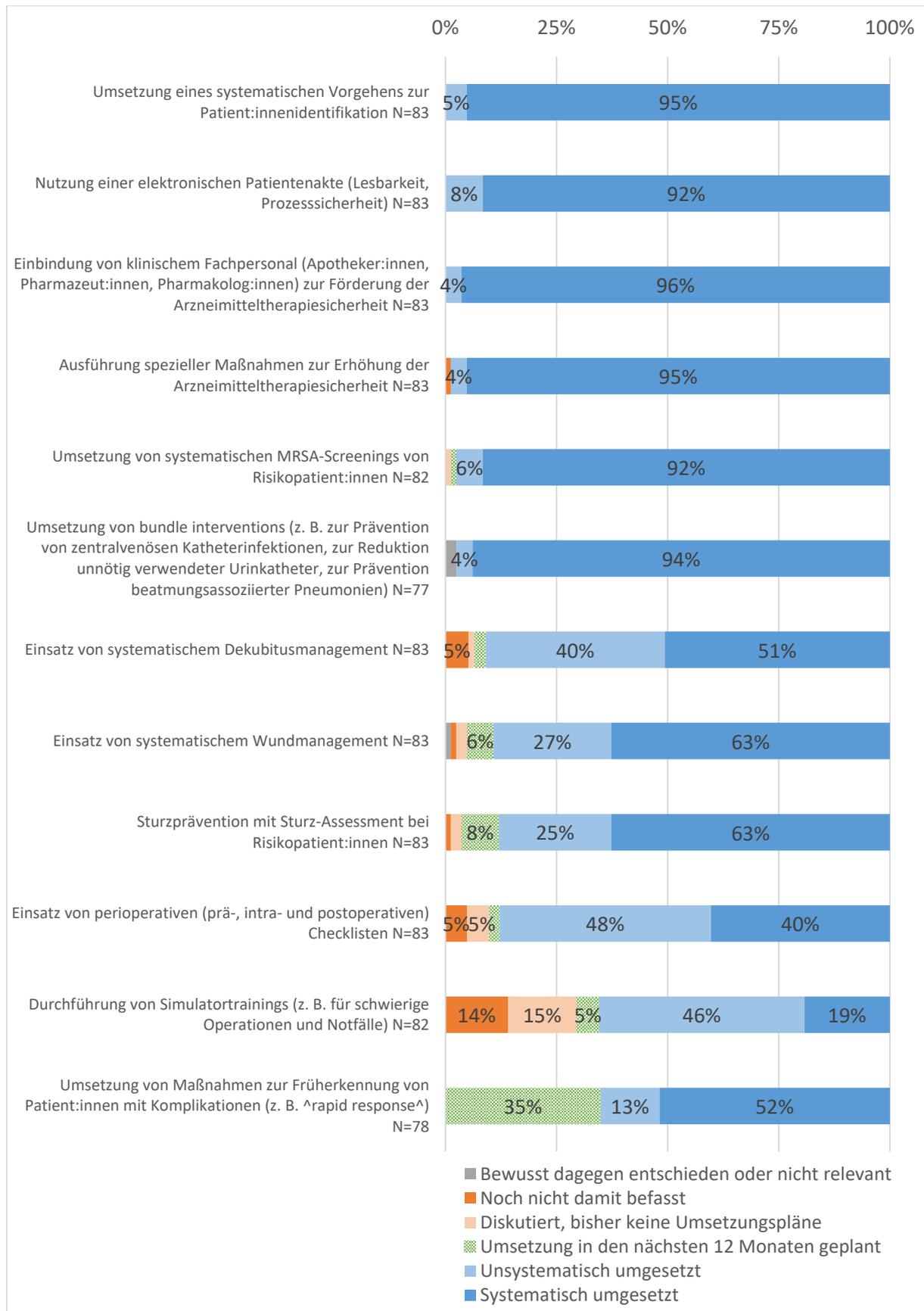
Anmerkung: Werte unter 4% werden nicht angezeigt.

4.7.3. Instrumente / Methoden für die Risikobewältigung.
Allgemeinkrankenhäuser (AKH) 300-599 Betten



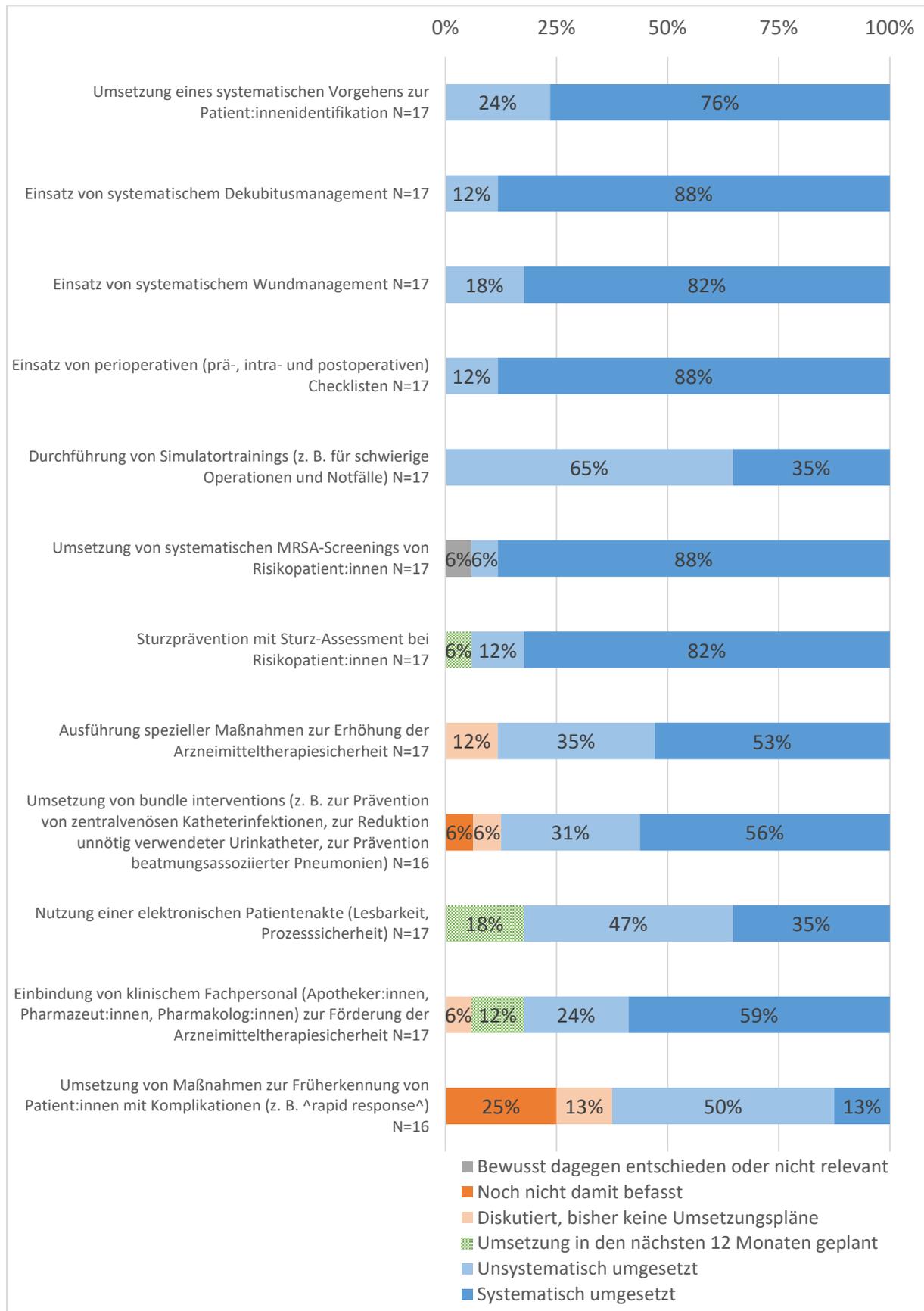
Anmerkung: Werte unter 4% werden nicht angezeigt.

4.7.4. Instrumente / Methoden für die Risikobewältigung.
Allgemeinkrankenhäuser (AKH) ≥600 Betten



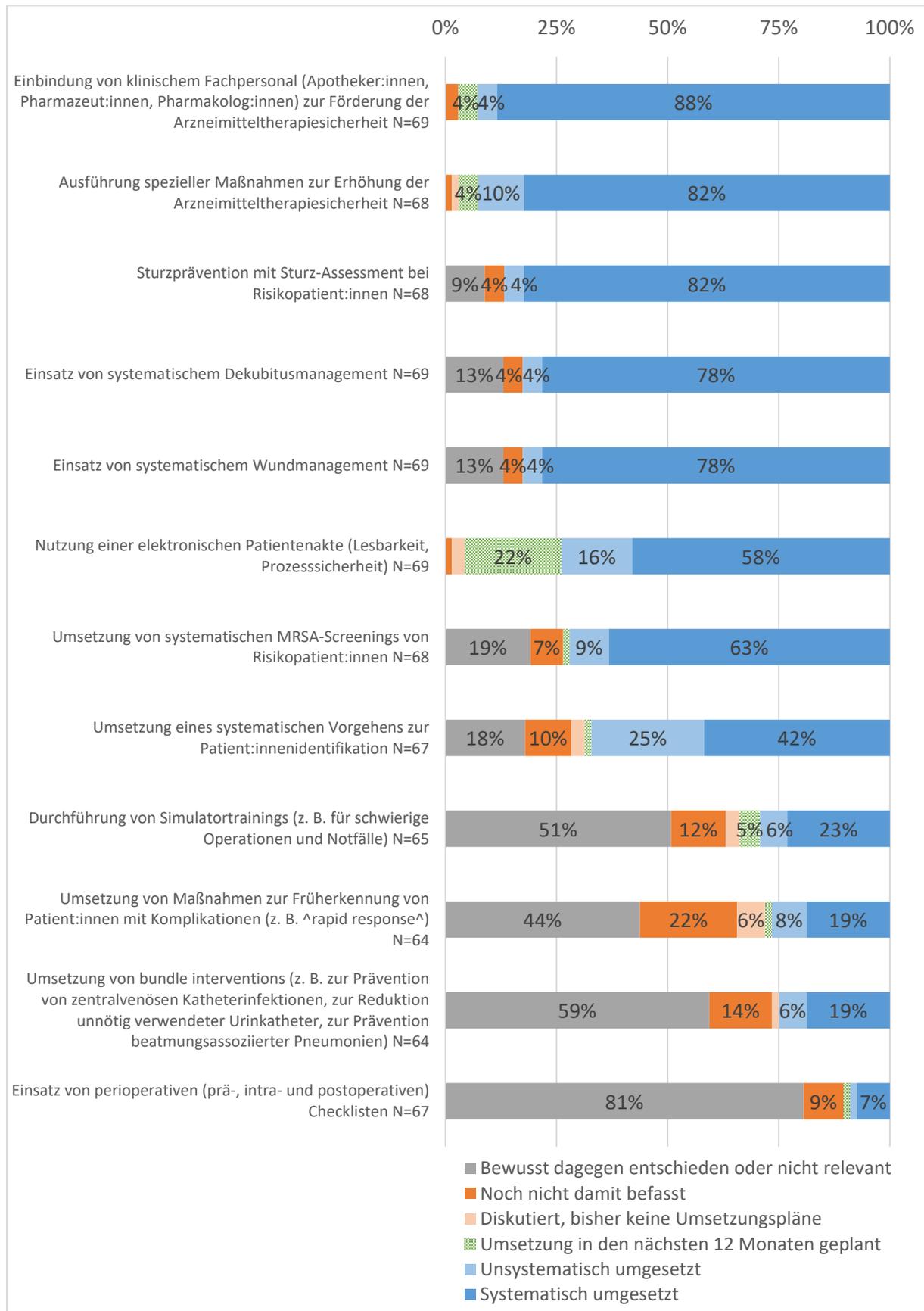
Anmerkung: Werte unter 4% werden nicht angezeigt.

4.7.5. Instrumente / Methoden für die Risikobewältigung.
Universitätskliniken



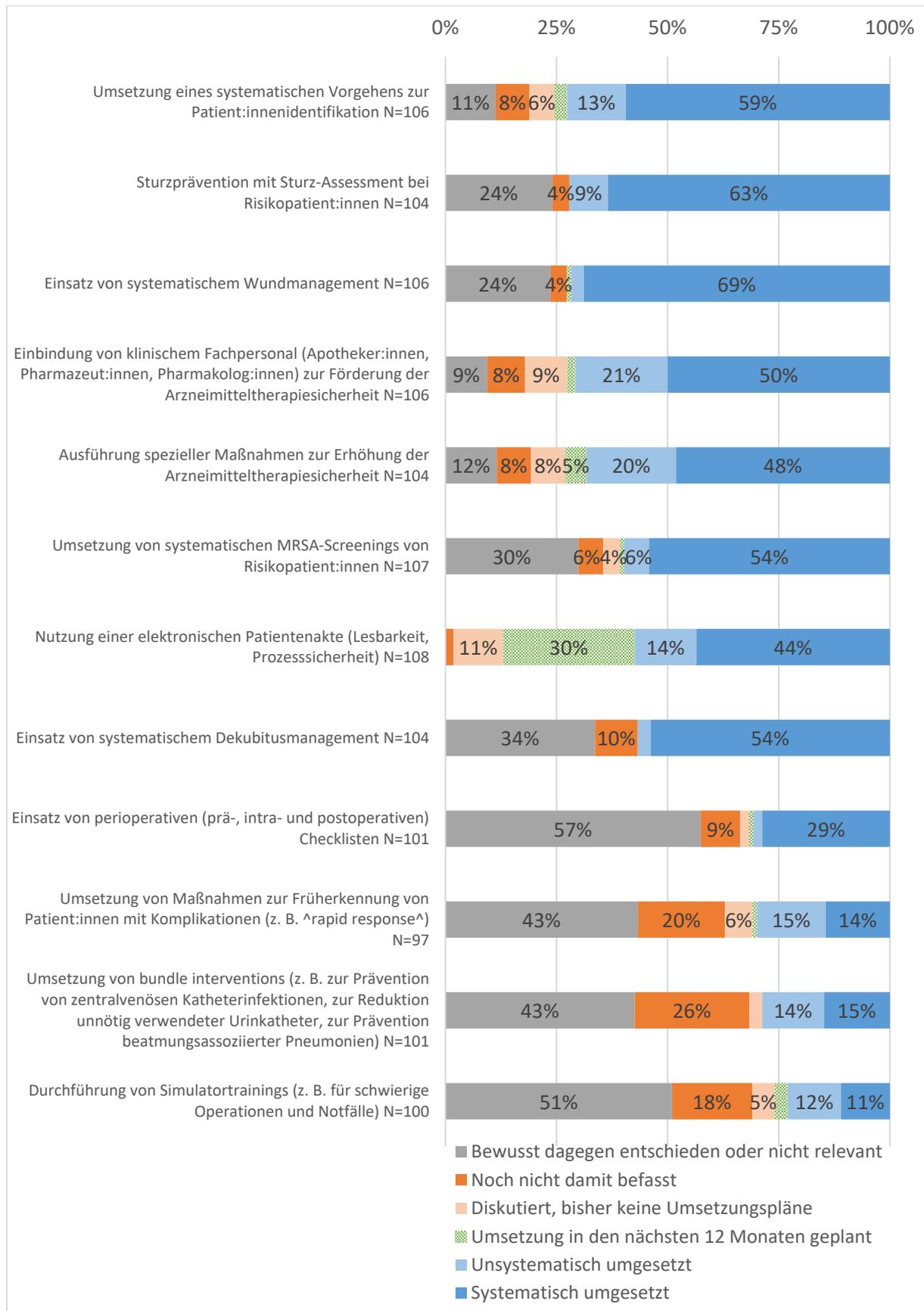
Anmerkung: Werte unter 4% werden nicht angezeigt.

4.7.6. Instrumente / Methoden für die Risikobewältigung.
Psychiatrien



Anmerkung: Werte unter 4% werden nicht angezeigt.

4.7.7. Instrumente / Methoden für die Risikobewältigung.
Rehabilitationseinrichtungen



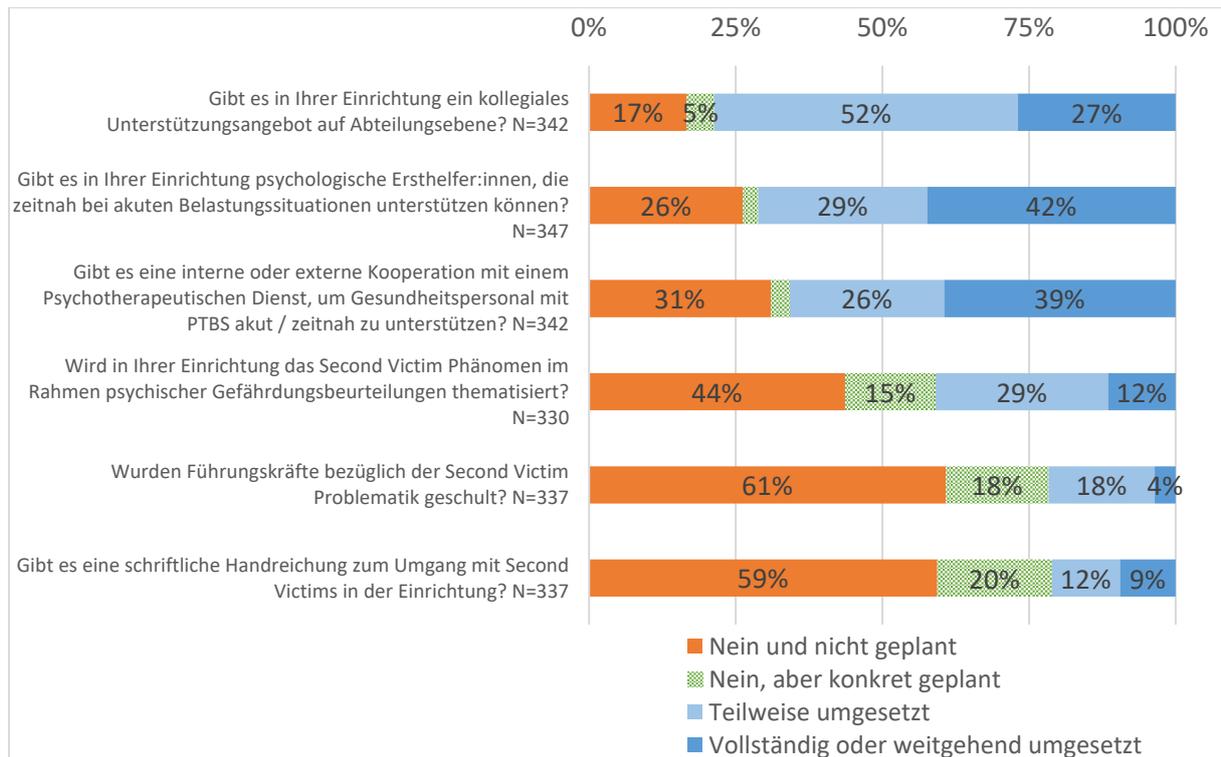
Anmerkung: Werte unter 4% werden nicht angezeigt.

Die „Second-Victim“-Thematik

Der Begriff "Second Victim" umfasst Mitarbeitende des Krankenhauspersonals, die an einem unerwünschten Ereignis, einem medizinischen Fehler und/oder einem Patientenschaden beteiligt waren, der/das negative körperliche oder psychische Auswirkungen bei ihnen auslösen kann (Scott et al. 2009). Die Folgen für Betroffene können individuell dramatisch sein und potenziell zu einer posttraumatischen Belastungsstörung, zur Berufsaufgabe und im schlimmsten Fall zum Suizid führen (Grissinger 2014). Durch Konzentrationsprobleme, psychische Belastung und/oder defensiv-ängstliches Verhalten als Reaktion auf die erfahrene Traumatisierung können solche Ereignisse auch beeinträchtigend auf die Qualität und Sicherheit der Behandlung künftiger Patienten wirken (Vincent und Amalberti 2016; Strametz und Bayeff-Filloff 2019; Hodkinson et al. 2022). Obwohl internationale Studien zeigen, dass die Traumatisierung Behandelnder ein länderübergreifendes und flächendeckendes Phänomen darstellt, ist das Second-Victim-Phänomen kaum erforscht und unter den Mitarbeitenden im Krankenhaus bislang nur sehr wenig bekannt. Allerdings wird das Phänomen seit 2019 auch in Deutschland vermehrt betrachtet: Eine deutschlandweite Studie untersuchte erstmals auch in deutschen Krankenhäusern die Inzidenz und Auswirkung des Phänomens unter Ärzt:innen und Pflegefachpersonen (Strametz et al. 2021b; Strametz et al. 2021a). Expert:innen gehen für den deutschsprachigen Raum davon aus, dass fast alle Behandelnden, sowohl im ärztlichen als auch pflegerischen Bereich, im Laufe ihres Berufslebens einmal Second Victim sein werden.

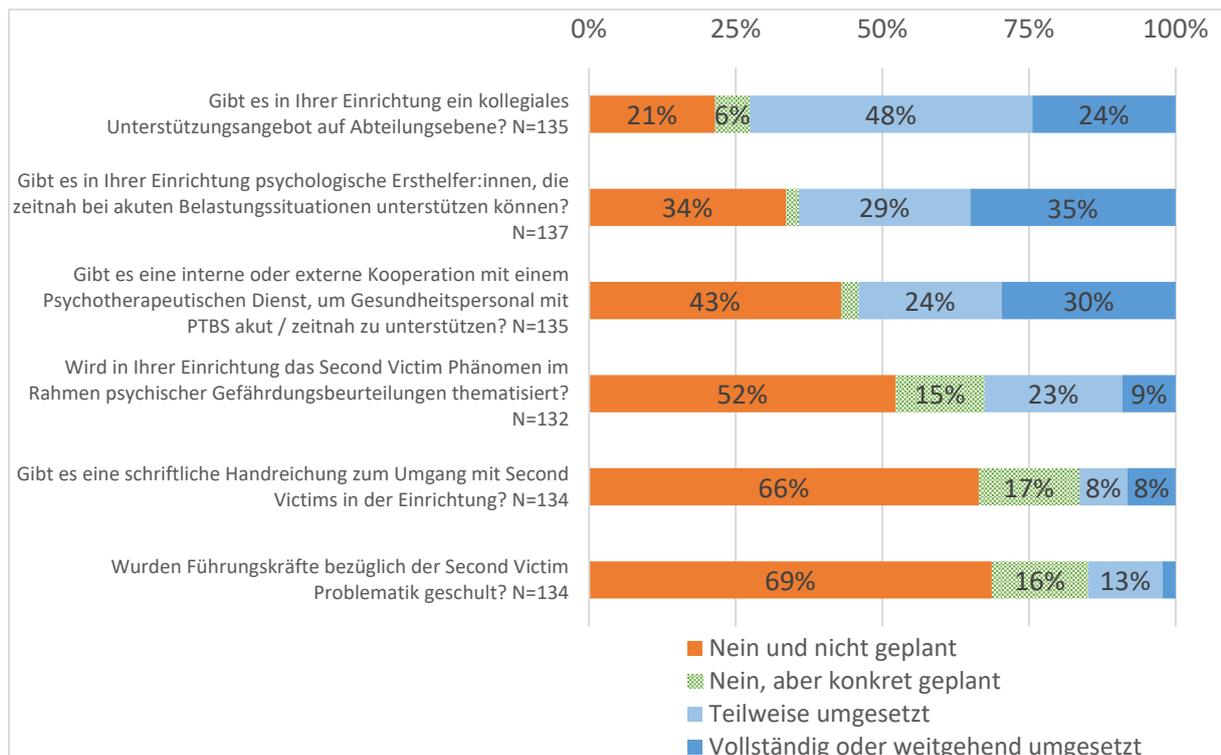
Die Ergebnisse zur Second-Victim-Thematik sind in den Abbildungen 4.7.8-4.7.14 für jede Teilgruppe separat dargestellt. Die Verfügbarkeit eines kollegialen Unterstützungsangebots war eines der am besten umgesetzten Elemente, das in mehr als 75% der teilnehmenden Einrichtungen verfügbar war. Mit 99% verfügen nahezu alle teilnehmenden psychiatrischen Kliniken über psychologische Ersthelfer:innen, die zeitnah bei akuten Belastungssituationen unterstützen können (Abbildung 4.7.13). In anderen Teilgruppen ist psychologische Hilfe für 64-77% der Teilnehmer:innen verfügbar. Diese Daten werden durch die angegebene geringe Umsetzungsrate bezüglich der Schulung von Führungskräften bei der "Second-Victim" Problematik relativiert. Sie lag bei 15-28% für allgemeine Krankenhäuser, bei 63% für Universitätskliniken, bei 59% für die Psychiatrien und bei 28% für Rehabilitationseinrichtungen. Allerdings ist die Fürsorge für von Patientenschäden betroffene Mitarbeitende noch ein vergleichsweise junges Thema.

4.7.8. Aussagen zum „Second Victim“-Phänomen.
Alle Allgemeinkrankenhäuser



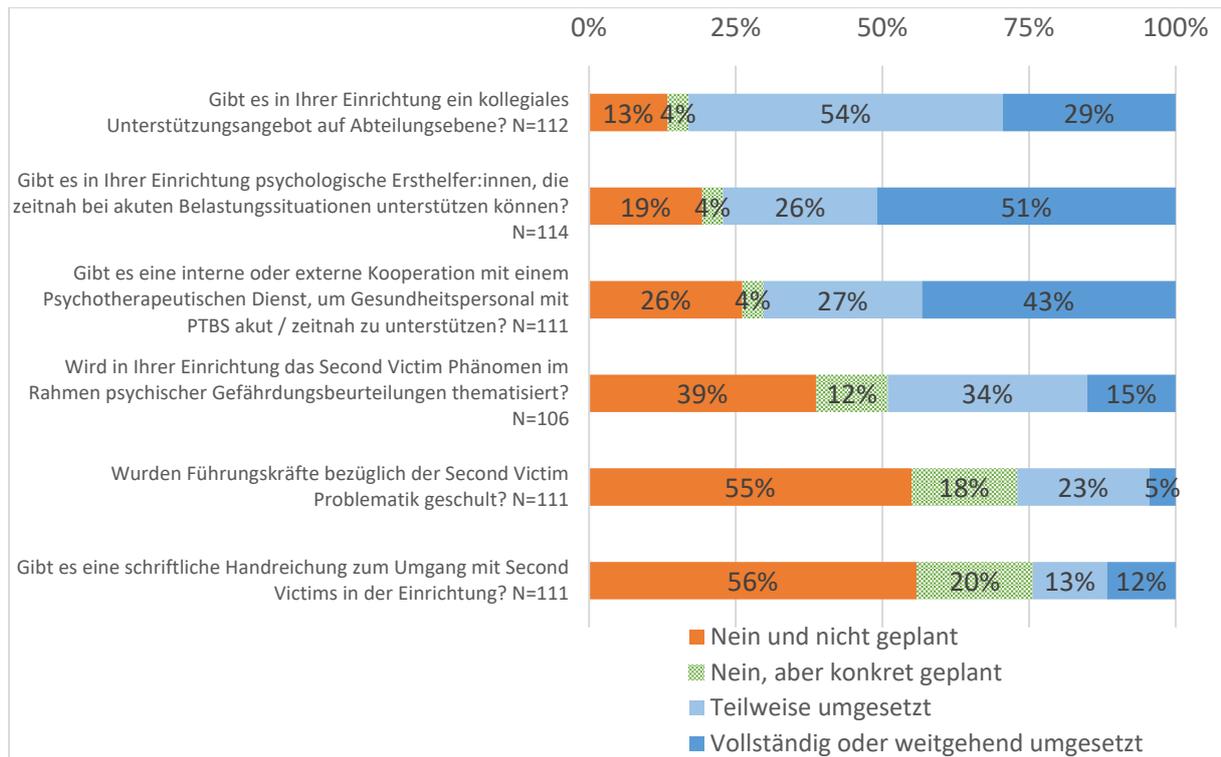
Anmerkung: Werte unter 4% werden nicht angezeigt.

4.7.9. Aussagen zum „Second Victim“-Phänomen.
Allgemeinkrankenhäuser (AKH) 50-299 Betten



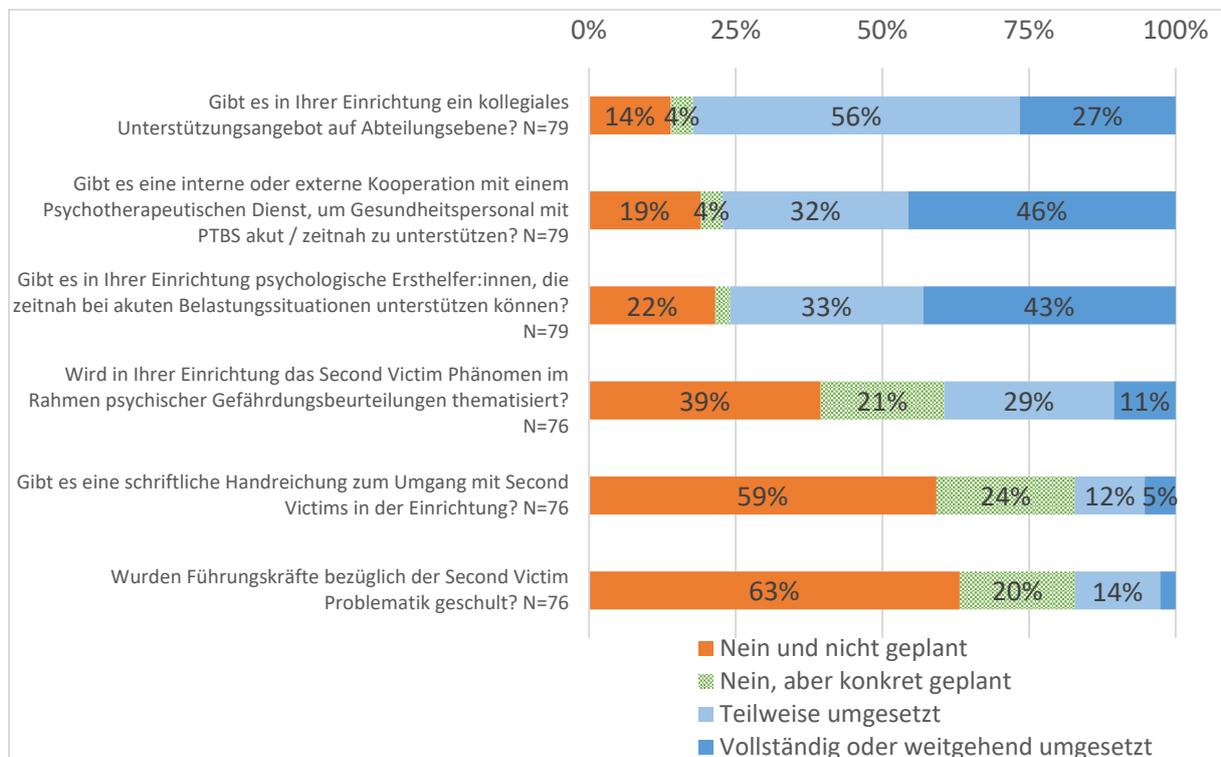
Anmerkung: Werte unter 4% werden nicht angezeigt.

4.7.10. Aussagen zum „Second Victim“-Phänomen.
Allgemeinkrankenhäuser (AKH) 300-599 Betten



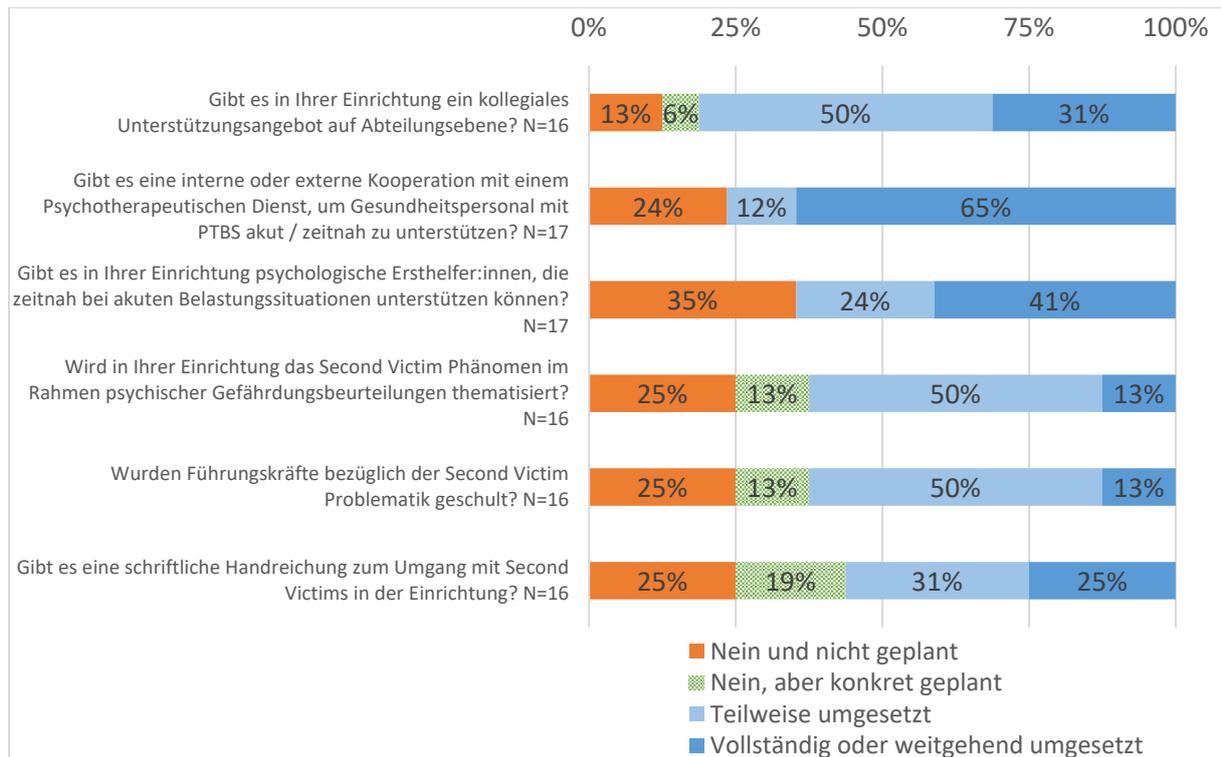
Anmerkung: Werte unter 4% werden nicht angezeigt.

4.7.11. Aussagen zum „Second Victim“-Phänomen.
Allgemeinkrankenhäuser (AKH) ≥600 Betten



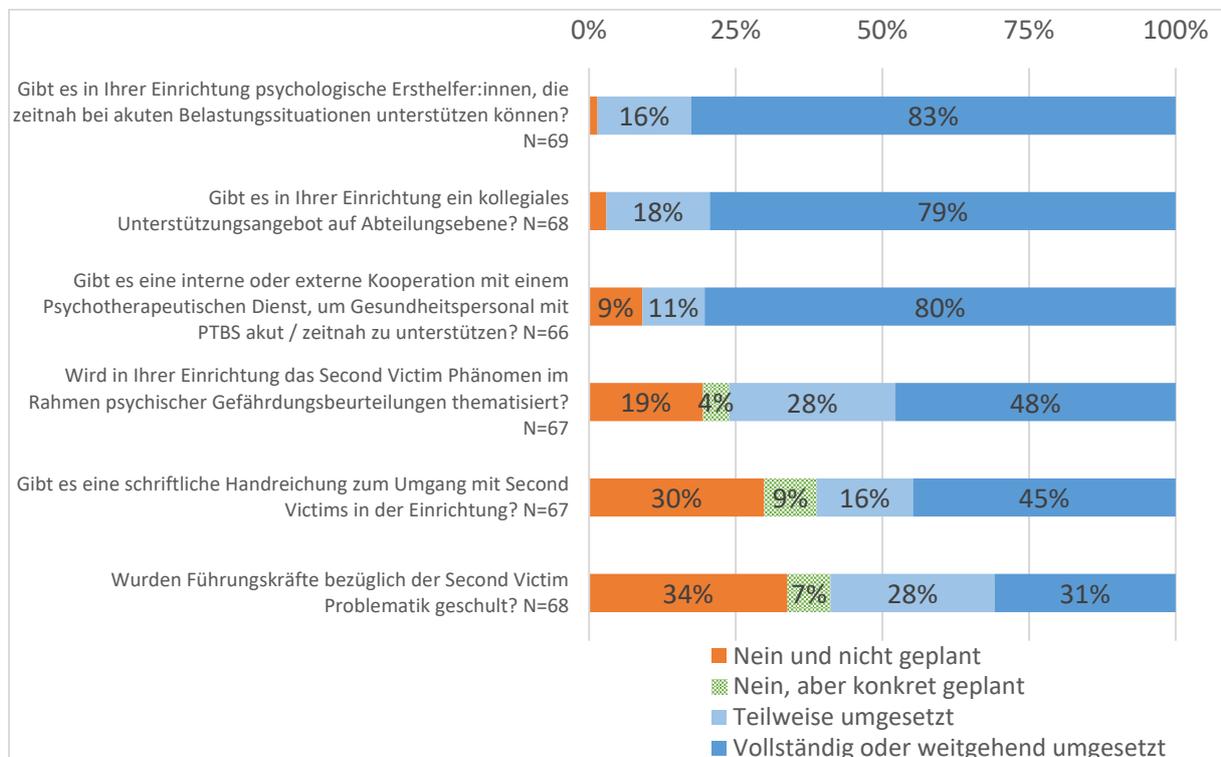
Anmerkung: Werte unter 4% werden nicht angezeigt.

4.7.12. Aussagen zum „Second Victim“-Phänomen.
Universitätskliniken



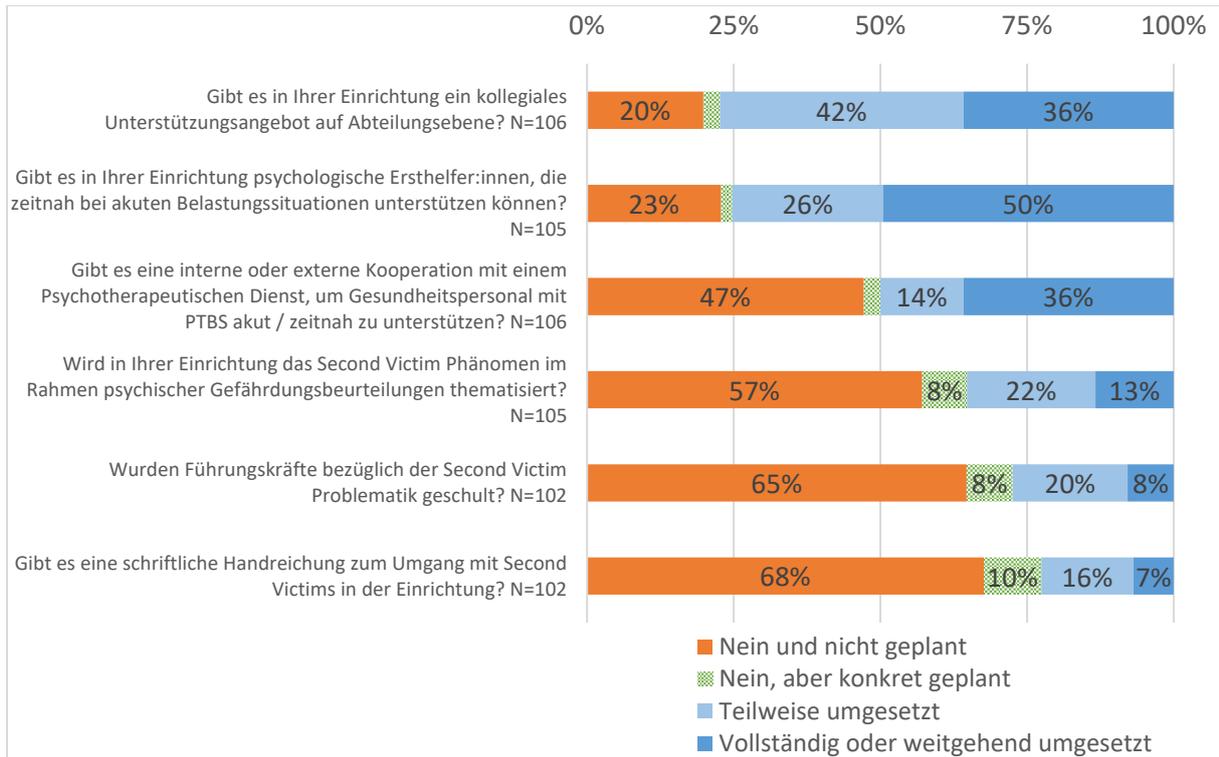
Anmerkung: Werte unter 4% werden nicht angezeigt.

4.7.13. Aussagen zum „Second Victim“-Phänomen.
Psychiatrien



Anmerkung: Werte unter 4% werden nicht angezeigt.

4.7.14. Aussagen zum „Second Victim“-Phänomen.
Rehabilitationseinrichtungen



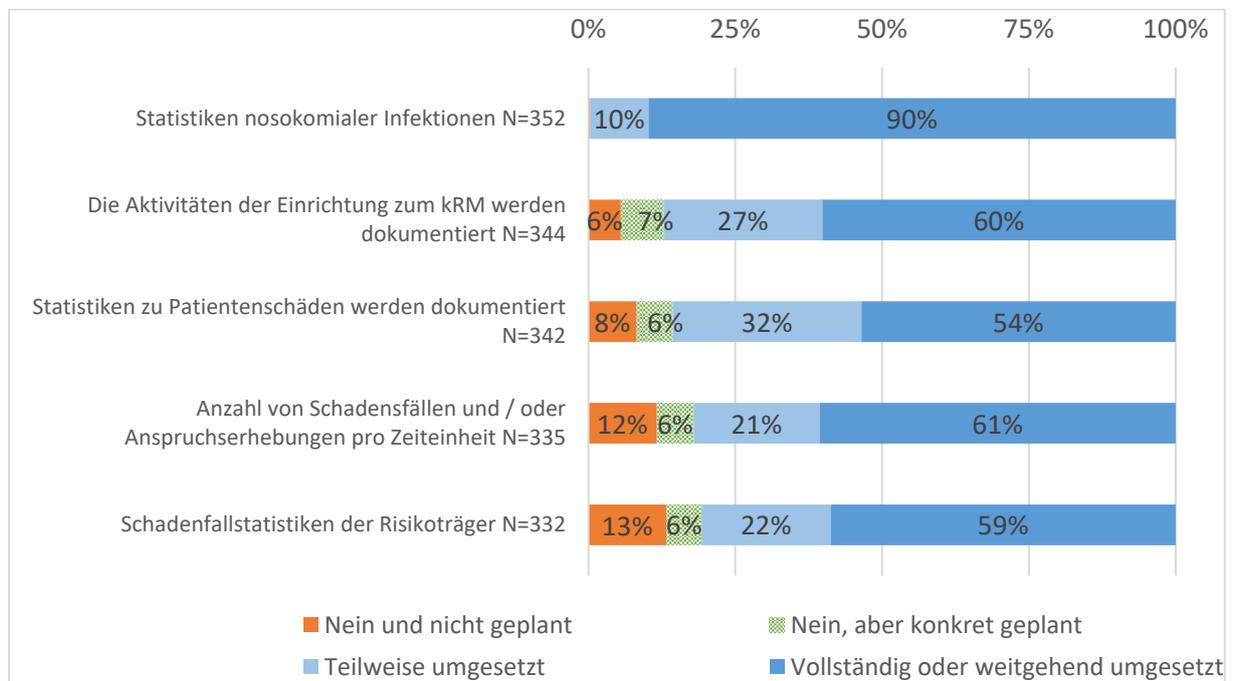
Anmerkung: Werte unter 4% werden nicht angezeigt.

4.8. Überwachung und Bericht von klinischen Risiken

In diesem Abschnitt wurden die Überwachung und der Bericht der klinischen Risiken erhoben. Die Abbildungen 4.8.1-4.8.7 zeigen die verschiedenen Datenquellen für die Überwachung der klinischen Risiken und die Messung der Wirksamkeit der kRM-Maßnahmen. In mindestens zwei Dritteln aller Allgemeinkrankenhäuser, Universitätskliniken und psychiatrischen Kliniken werden alle erfragten Maßnahmen systematisch oder unsystematisch umgesetzt. Statistiken über nosokomiale Infektionen werden zum Beispiel in den Allgemeinkrankenhäusern und Universitätskliniken flächendeckend überwacht. In 80% oder mehr der Allgemeinkrankenhäuser werden auch Statistiken über Patientenschäden geführt. Alle Datenquellen werden auch in 61-87% der Rehabilitationseinrichtungen genutzt.

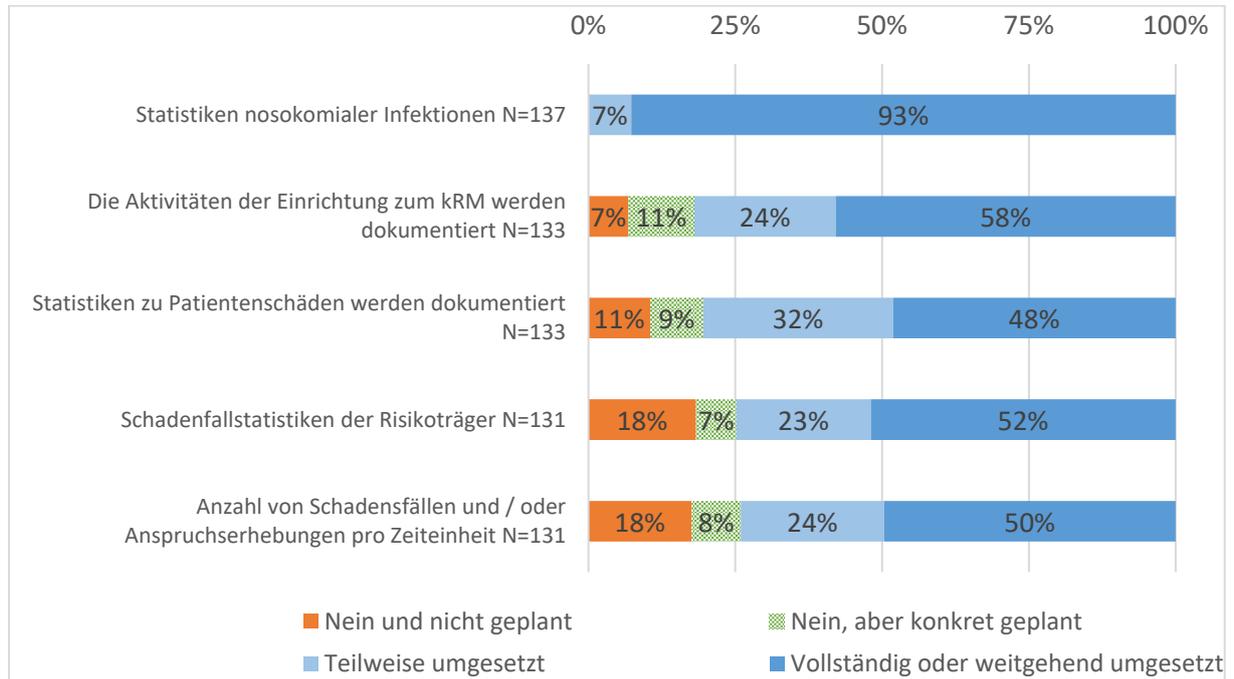
4.8.1. Datenquellen zur Überwachung klinischer Risiken und Messung der Effektivität des kRM.

Alle Allgemeinkrankenhäuser



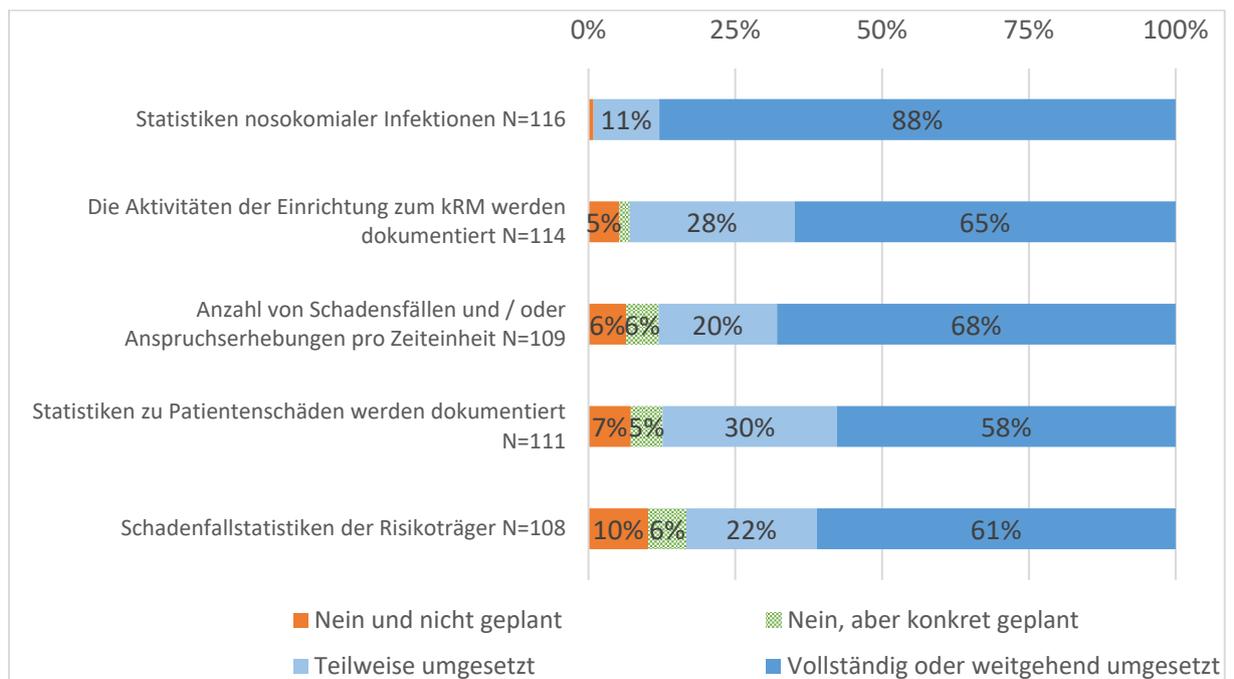
Anmerkung: Werte unter 4% werden nicht angezeigt.

4.8.2. Datenquellen zur Überwachung klinischer Risiken und Messung der Effektivität des kRM.
Allgemeinkrankenhäuser (AKH) 50-299 Betten



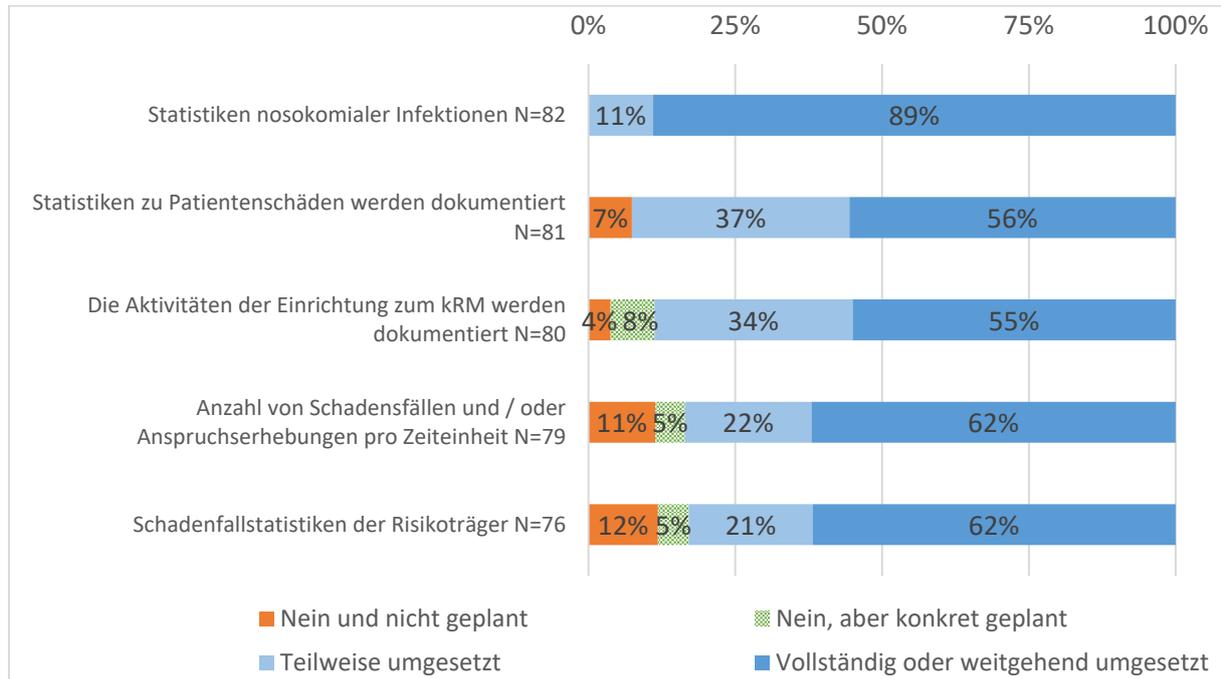
Anmerkung: Werte unter 4% werden nicht angezeigt.

4.8.3. Datenquellen zur Überwachung klinischer Risiken und Messung der Effektivität des kRM.
Allgemeinkrankenhäuser (AKH) 300-599 Betten



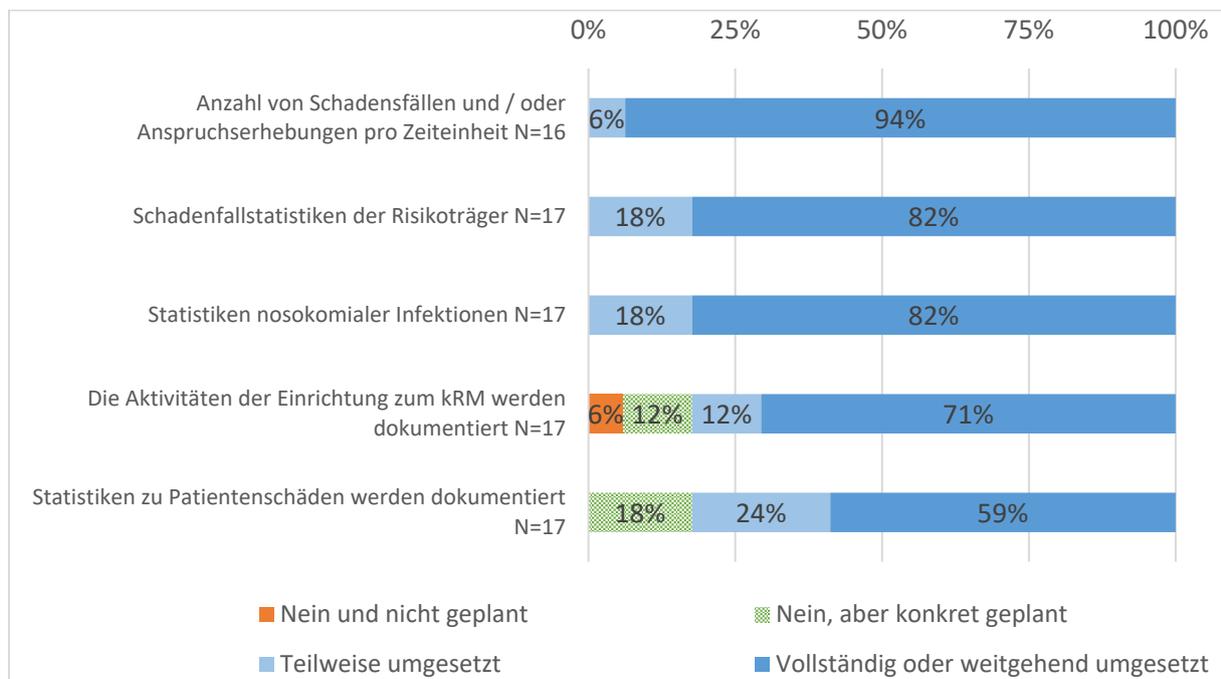
Anmerkung: Werte unter 4% werden nicht angezeigt.

4.8.4. Datenquellen zur Überwachung klinischer Risiken und Messung der Effektivität des kRM.
Allgemeinkrankenhäuser (AKH) ≥600 Betten



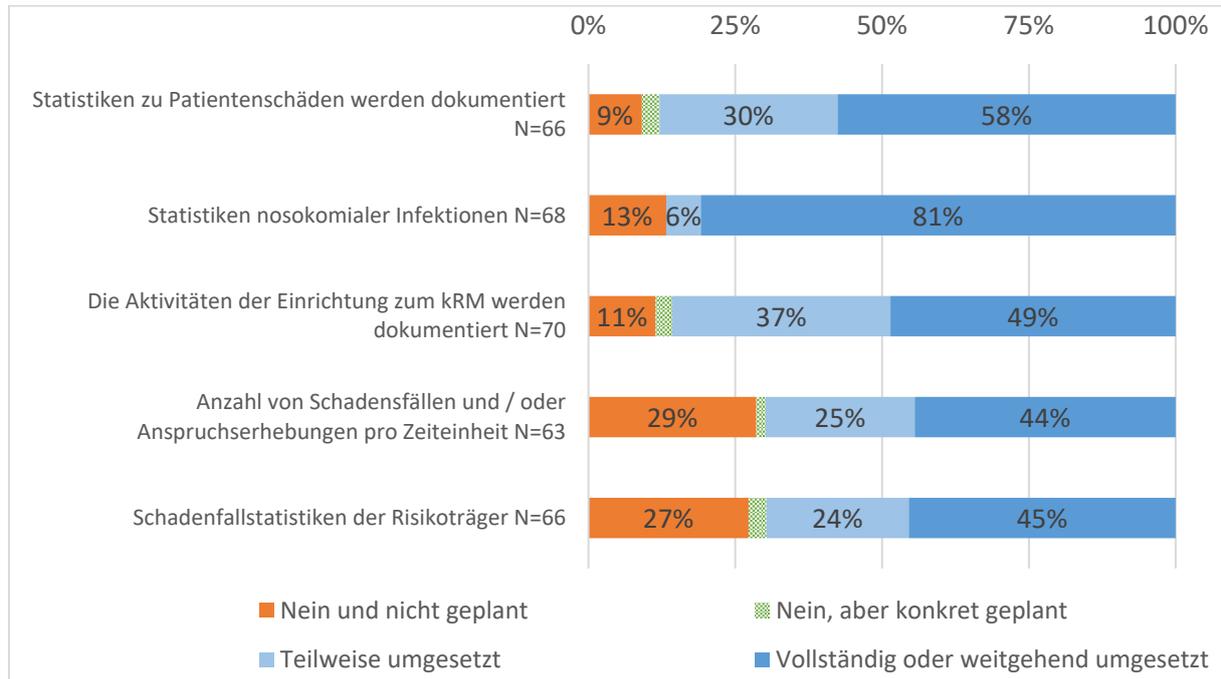
Anmerkung: Werte unter 4% werden nicht angezeigt.

4.8.5. Datenquellen zur Überwachung klinischer Risiken und Messung der Effektivität des kRM.
Universitätskliniken



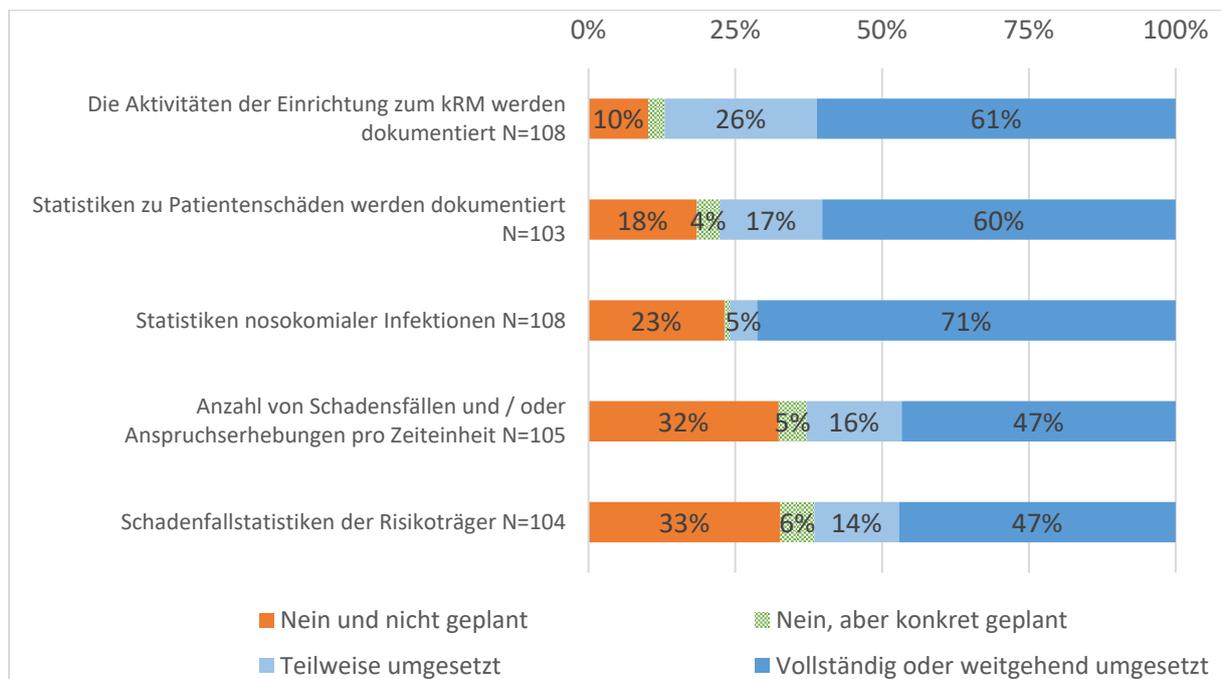
Anmerkung: Werte unter 4% werden nicht angezeigt.

4.8.6. Datenquellen zur Überwachung klinischer Risiken und Messung der Effektivität des kRM.
Psychiatrien



Anmerkung: Werte unter 4% werden nicht angezeigt.

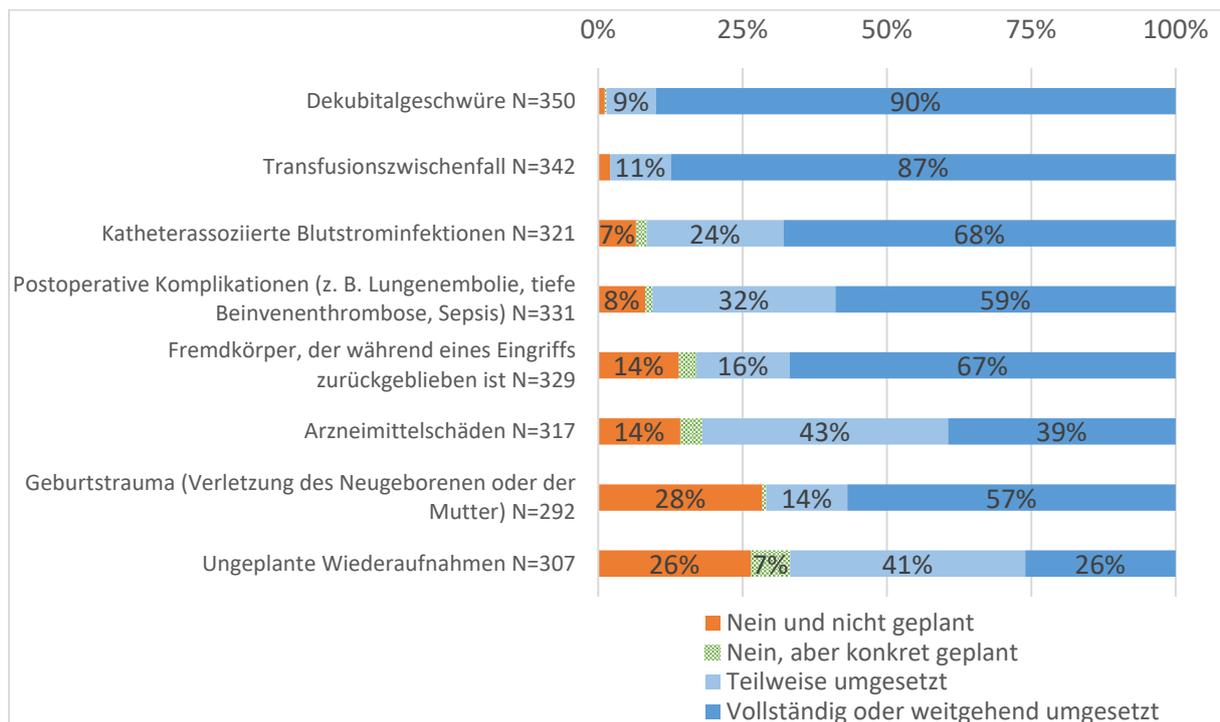
4.8.7. Datenquellen zur Überwachung klinischer Risiken und Messung der Effektivität des kRM.
Rehabilitationseinrichtungen



Anmerkung: Werte unter 4% werden nicht angezeigt.

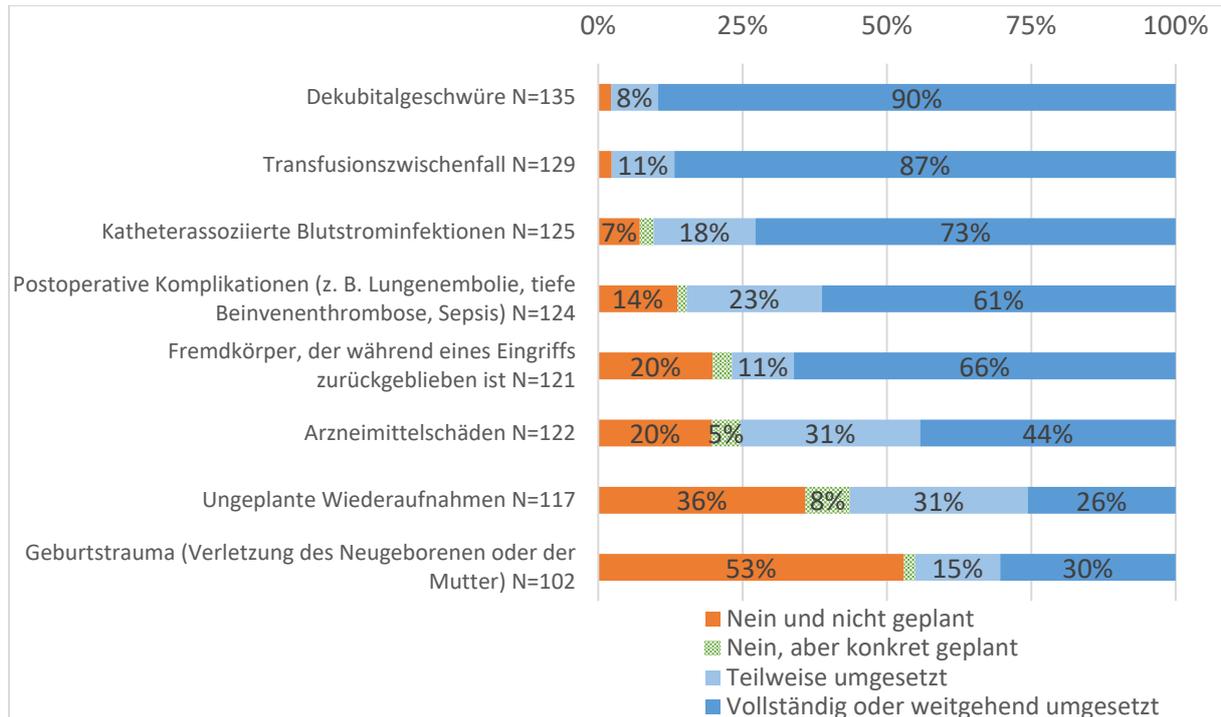
Die Überwachung ausgewählter Indikatoren durch verschiedene Teilgruppen von Einrichtungen ist in den Tabellen 4.8.8-4.8.12 dargestellt. In Allgemeinkrankenhäusern aller Größen und Universitätskliniken werden Transfusionszwischenfälle (>97%) und Dekubitalgeschwüre (>94%) auch als Indikatoren zur Messung der Wirksamkeit des kRM herangezogen und über die verpflichtende Dokumentation im Rahmen der externen stationären Qualitätssicherung einrichtungsbezogen veröffentlicht. Für die Psychatrien und Rehakliniken sind die ausgewählten Indikatoren größtenteils nicht oder wenig relevant. Deswegen sind sie hier nicht ausgewiesen.

4.8.8. Überwachung der Gesundheitsindikatoren. Alle Allgemeinkrankenhäuser



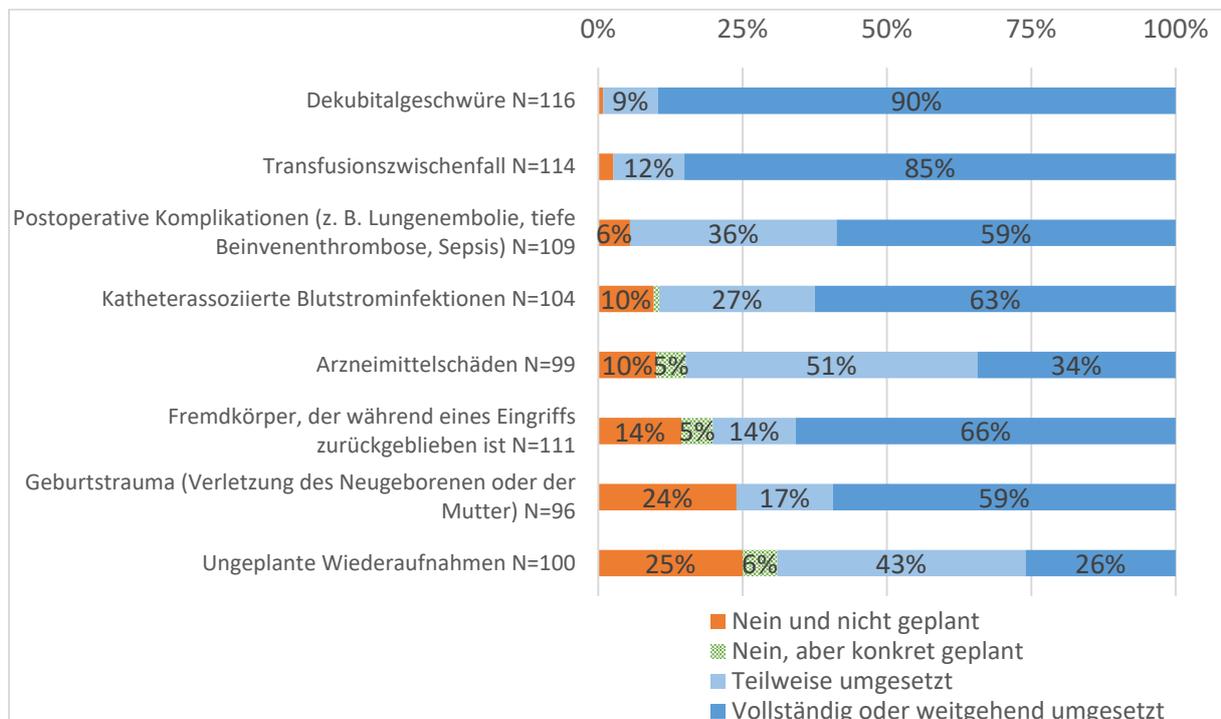
Anmerkung: Werte unter 4% werden nicht angezeigt.

4.8.9. Überwachung der Gesundheitsindikatoren.
Allgemeinkrankenhäuser (AKH) 50-299 Betten



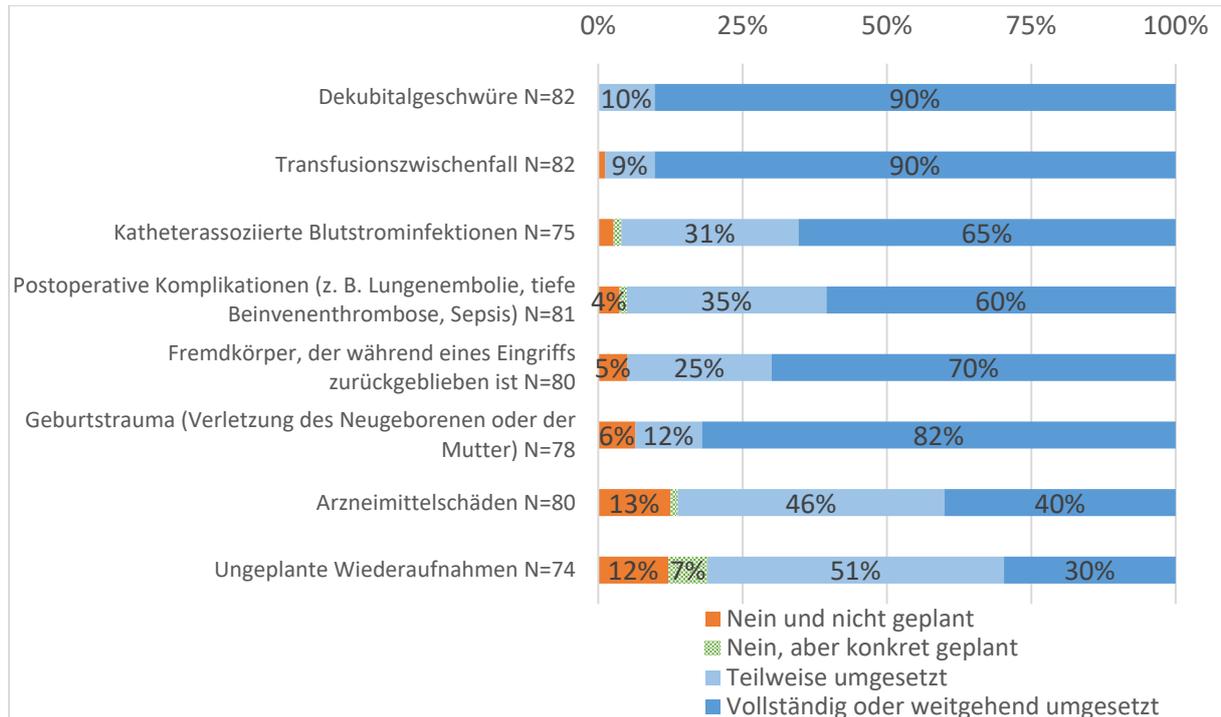
Anmerkung: Werte unter 4% werden nicht angezeigt.

4.8.10. Überwachung der Gesundheitsindikatoren.
Allgemeinkrankenhäuser (AKH) 300-599 Betten



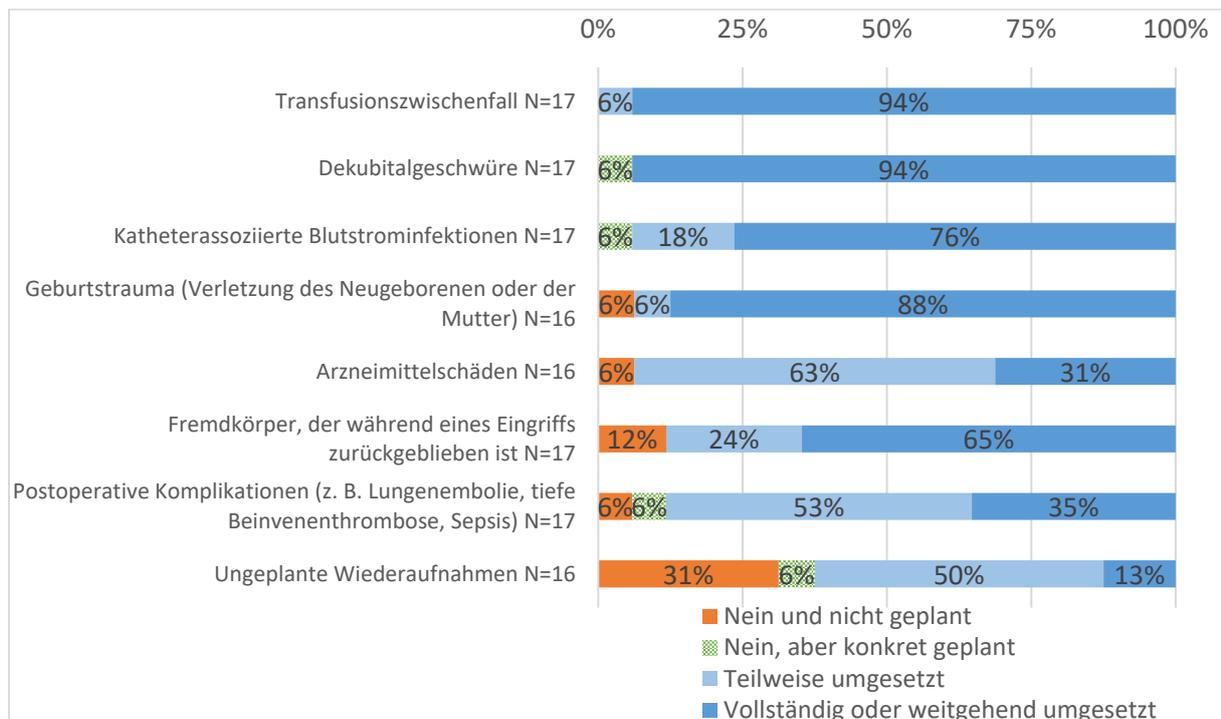
Anmerkung: Werte unter 4% werden nicht angezeigt.

4.8.11. Überwachung der Gesundheitsindikatoren.
Allgemeinkrankenhäuser (AKH) ≥600 Betten



Anmerkung: Werte unter 4% werden nicht angezeigt.

4.8.12. Überwachung der Gesundheitsindikatoren.
Universitätskliniken

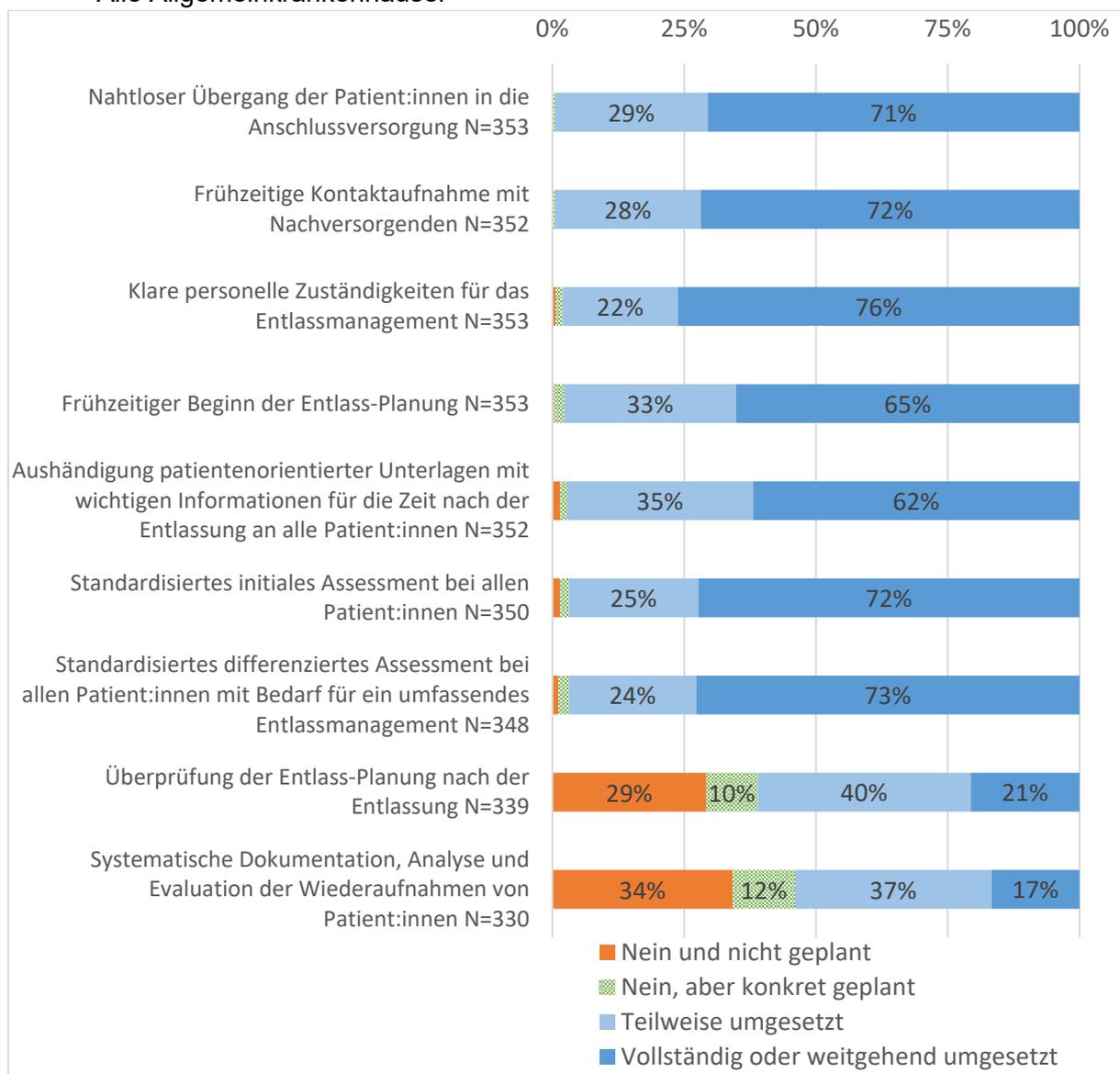


Anmerkung: Werte unter 4% werden nicht angezeigt.

4.9. Entlassmanagement

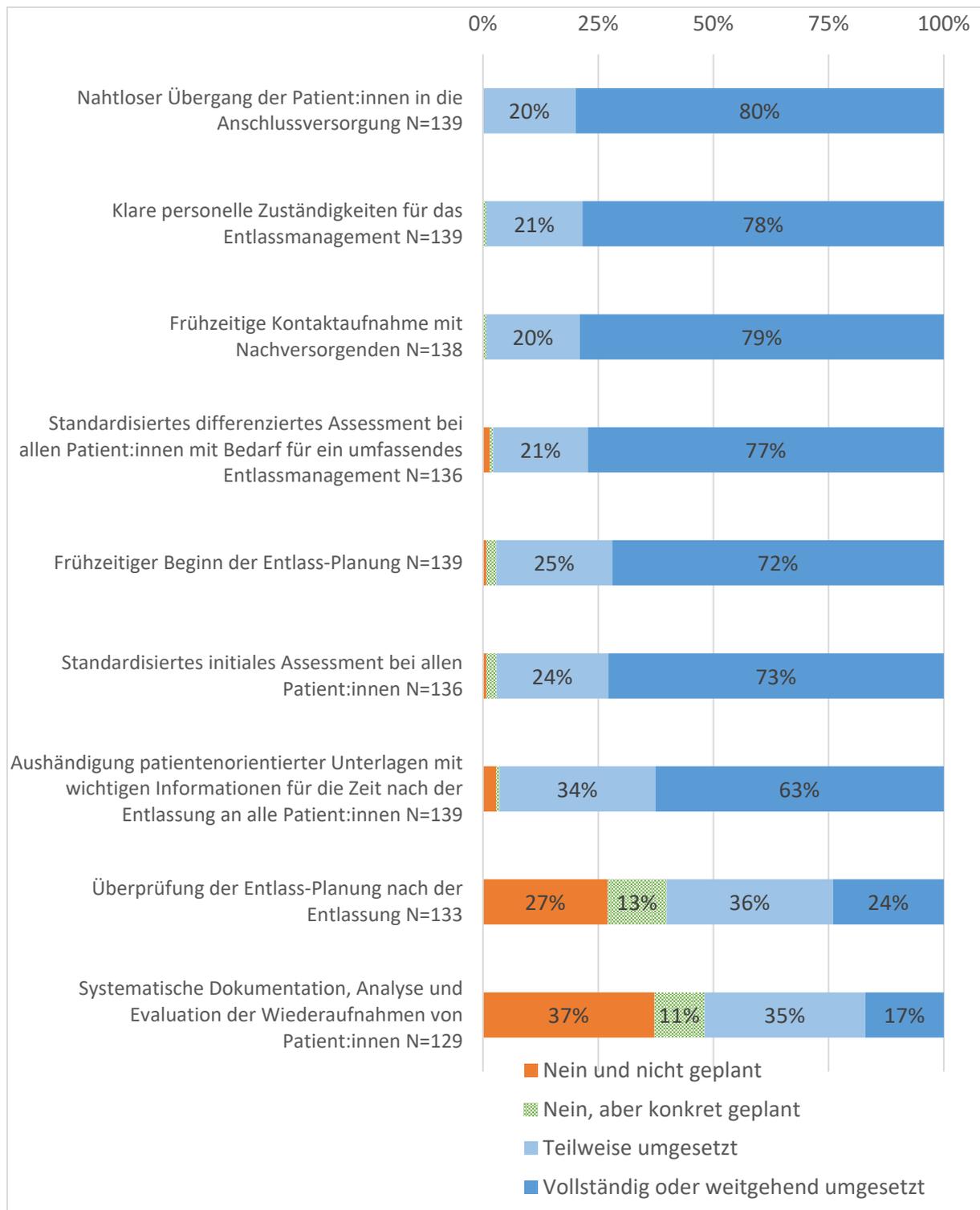
Ein effektives Entlassungsmanagement zur Überleitung der Patient:innen in eine hochwertige Anschlussversorgung ist wichtig, um u.a. Wiedereinweisungen zu verhindern. Deshalb haben wir die Umfrage gegenüber den Vorbefragungen um verschiedene Aspekte und Instrumente des Entlassungsmanagements erweitert. In den Allgemeinkrankenhäusern sind die erfragten Instrumente des Entlassungsmanagements, wie das initiale und differenzierte Assessment oder die frühzeitige Information von Nachversorgenden, in der Regel vollständig oder teilweise umgesetzt. Ausnahmen bilden hier die Überprüfung der Entlassungsplanung nach der Entlassung und die Analyse und Evaluation von Wiederaufnahmen, die zu relevanten Anteilen noch nicht durchgeführt werden. Für die Psychiatrien und Rehabilitationseinrichtungen fallen die Ergebnisse in der Struktur ähnlich, in der Tendenz aber etwas geringer aus.

4.9.1. Instrumente / Methoden des Entlassmanagements. Alle Allgemeinkrankenhäuser



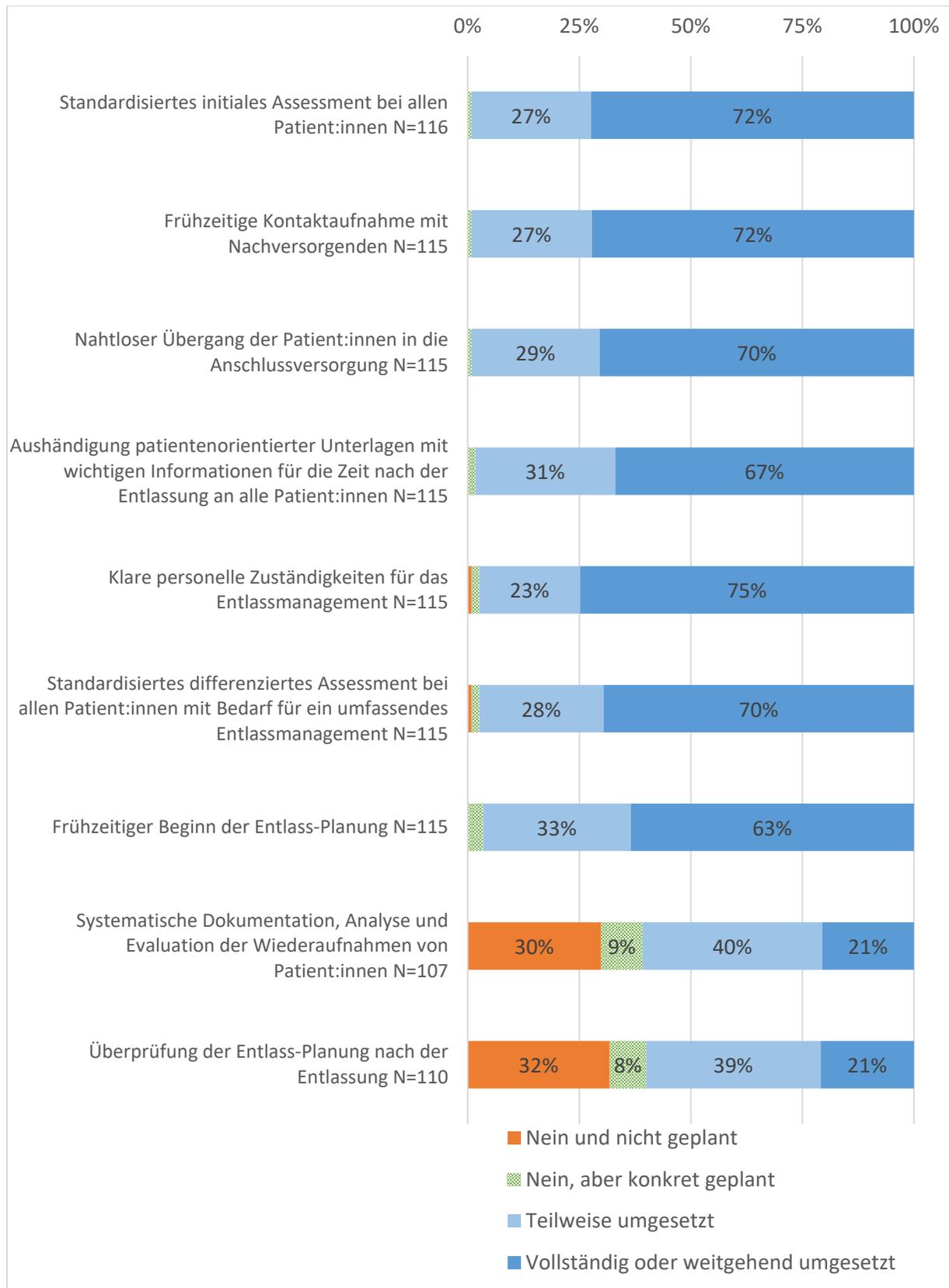
Anmerkung: Werte unter 4% werden nicht angezeigt.

4.9.2. Instrumente / Methoden des Entlassmanagements.
Allgemeinkrankenhäuser (AKH) 50-299 Betten



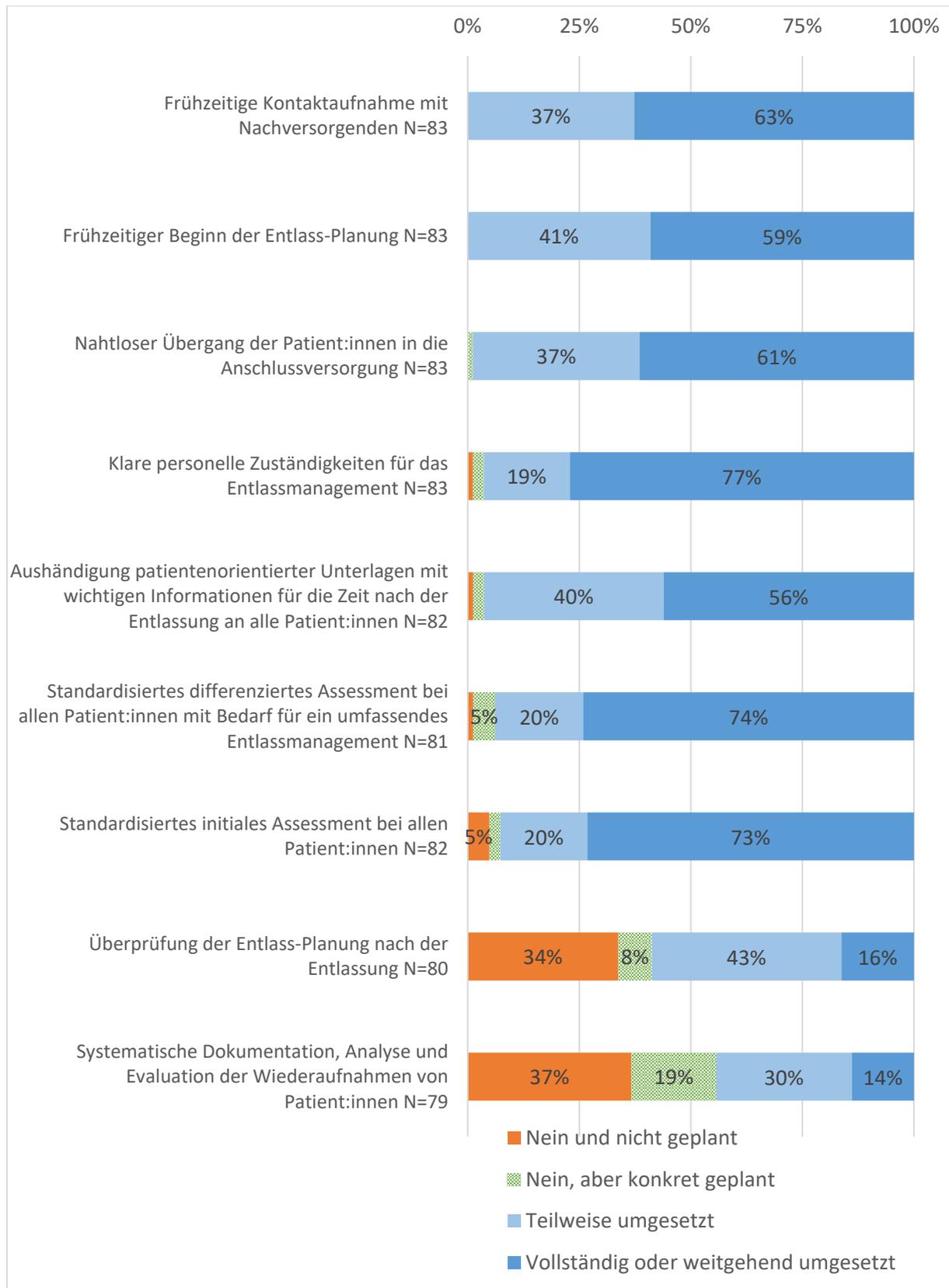
Anmerkung: Werte unter 4% werden nicht angezeigt.

4.9.3. Instrumente / Methoden des Entlassmanagements.
Allgemeinkrankenhäuser (AKH) 300-599 Betten



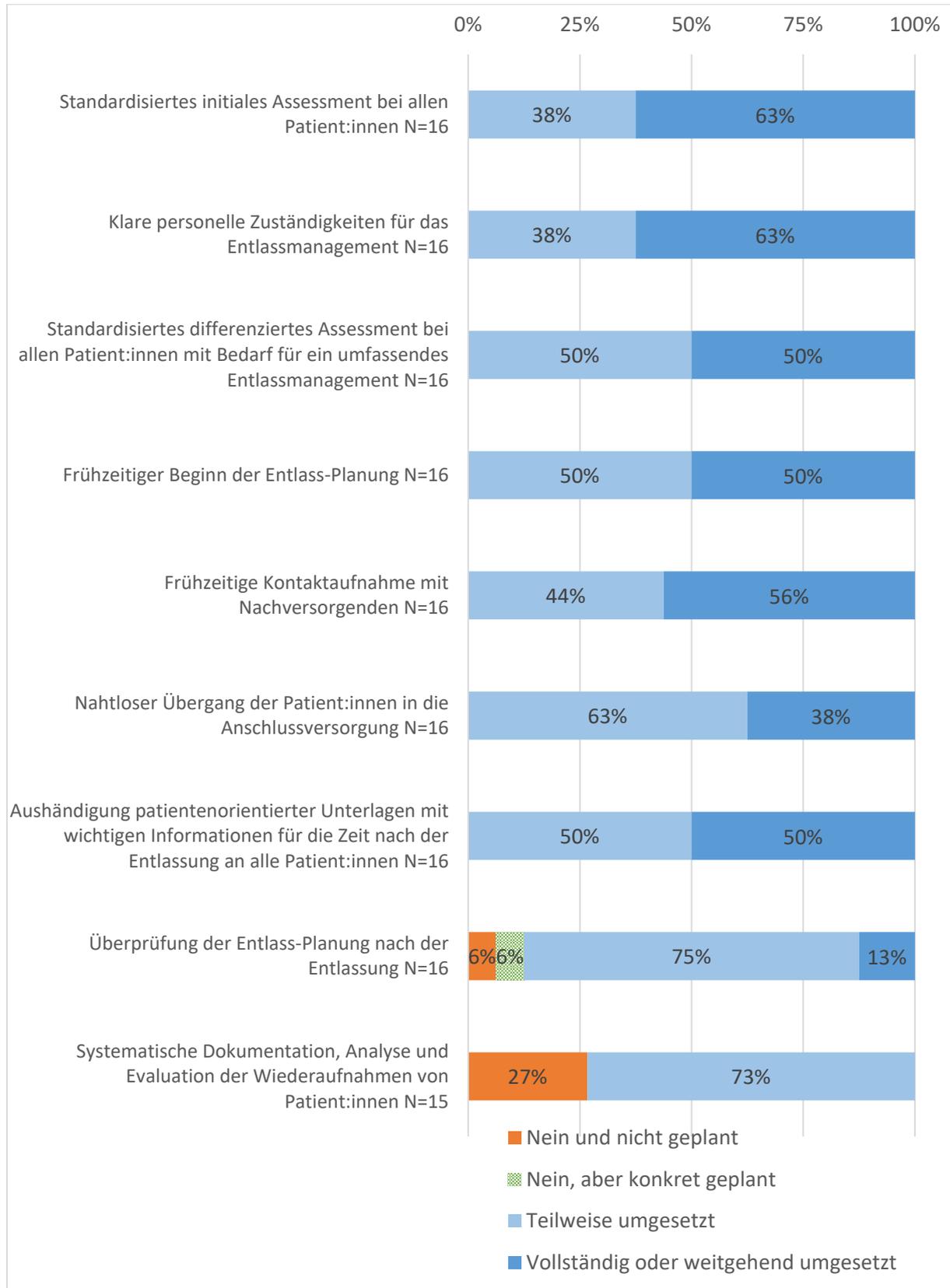
Anmerkung: Werte unter 4% werden nicht angezeigt.

4.9.4. Instrumente / Methoden des Entlassmanagements.
Allgemeinkrankenhäuser (AKH) ≥600 Betten



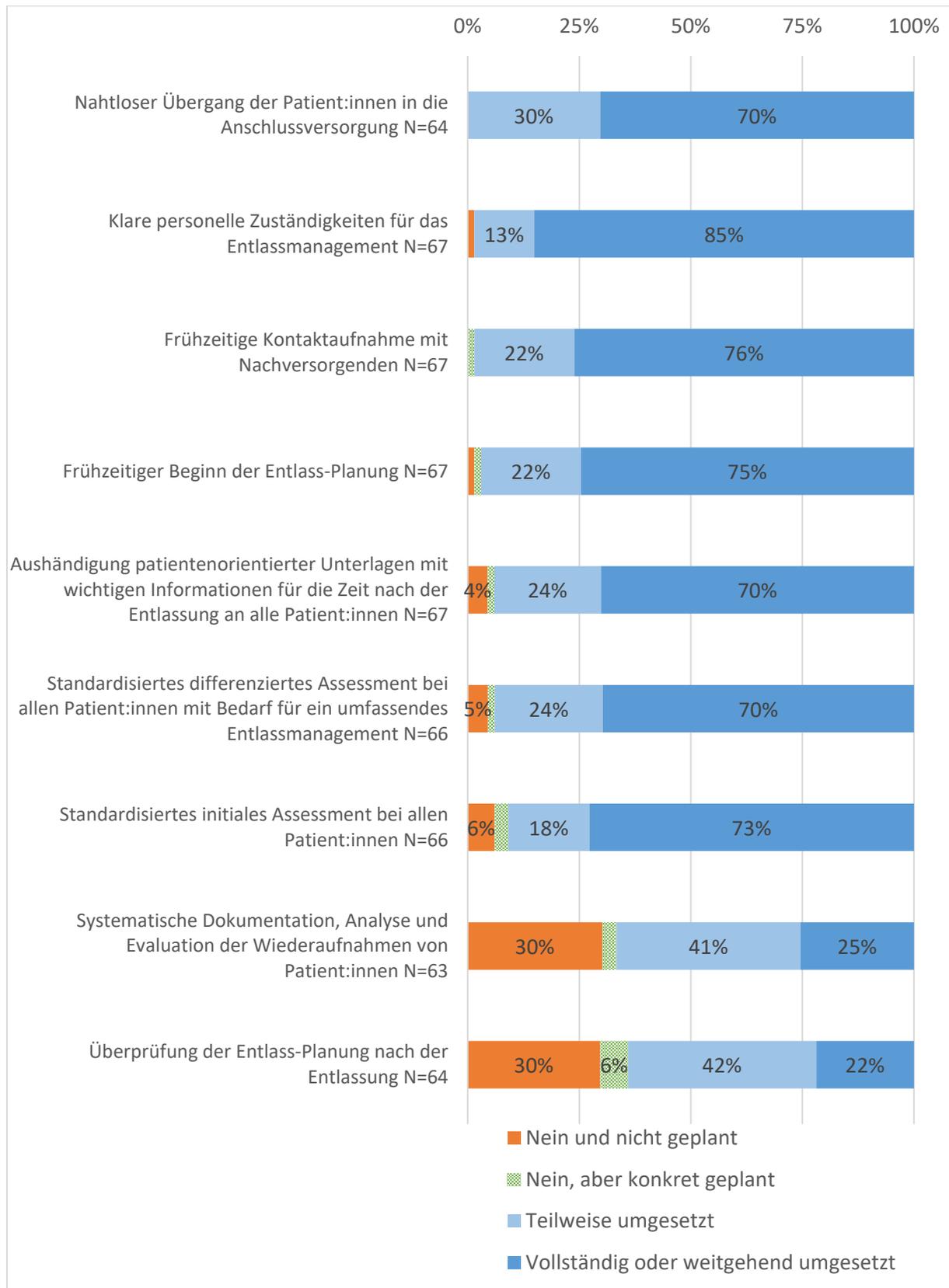
Anmerkung: Werte unter 4% werden nicht angezeigt.

4.9.5. Instrumente / Methoden des Entlassmanagements.
Universitätskliniken



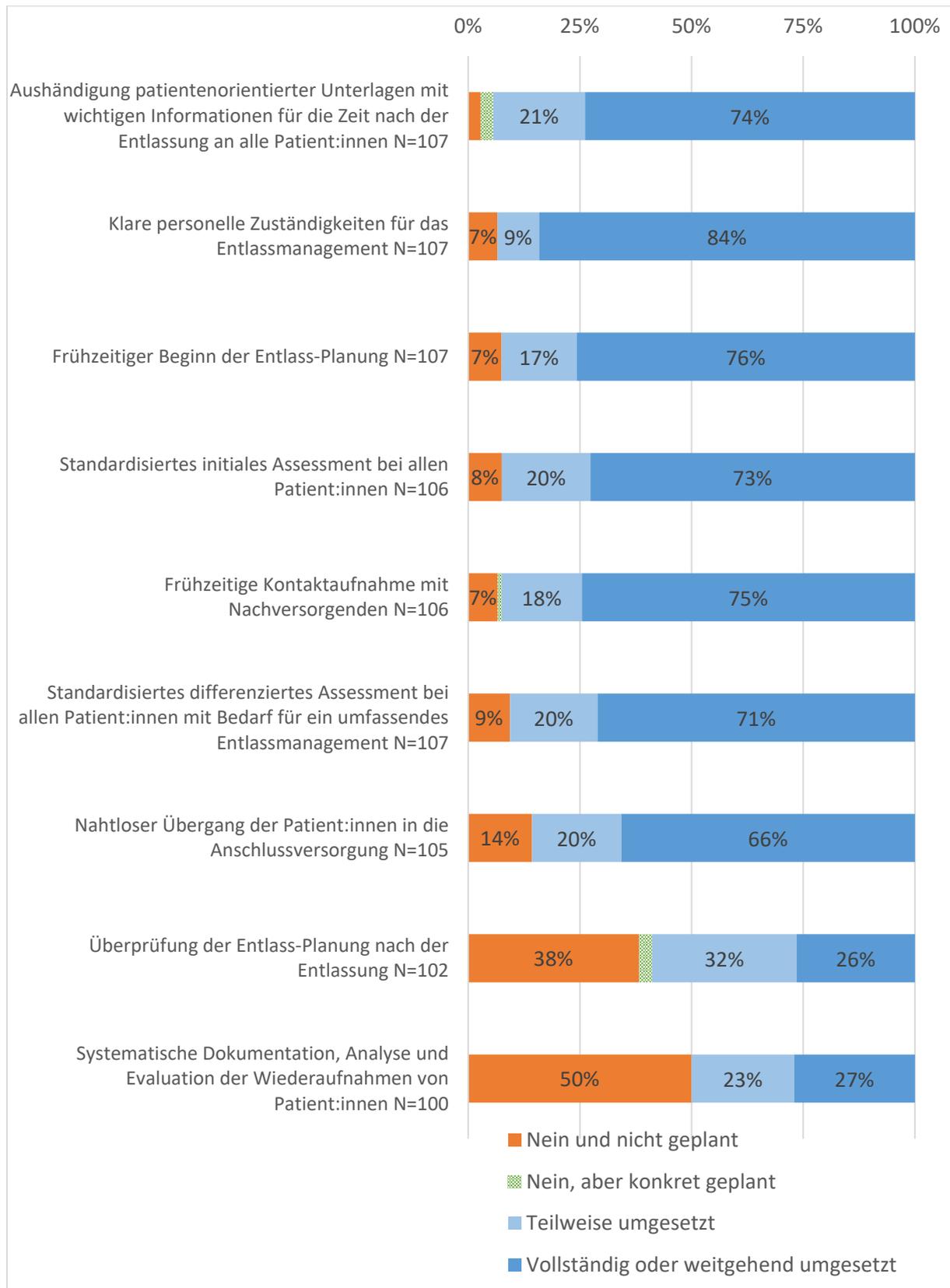
Anmerkung: Werte unter 4% werden nicht angezeigt.

4.9.6. Instrumente / Methoden des Entlassmanagements.
Psychiatrien



Anmerkung: Werte unter 4% werden nicht angezeigt.

4.9.7. Instrumente / Methoden des Entlassmanagements.
Rehabilitationseinrichtungen



Anmerkung: Werte unter 4% werden nicht angezeigt.

4.10. Patientensicherheit

In diesem Abschnitt wurden verschiedene Aspekte der Patientensicherheit in Krankenhäusern und Rehabilitationseinrichtungen abgefragt, die auf dem Globalen Aktionsplan für Patientensicherheit 2021-2030 der WHO basieren. Die Ergebnisse sind in den Abbildungen 4.10.1-4.10.7 für die einzelnen Teilgruppen dargestellt.

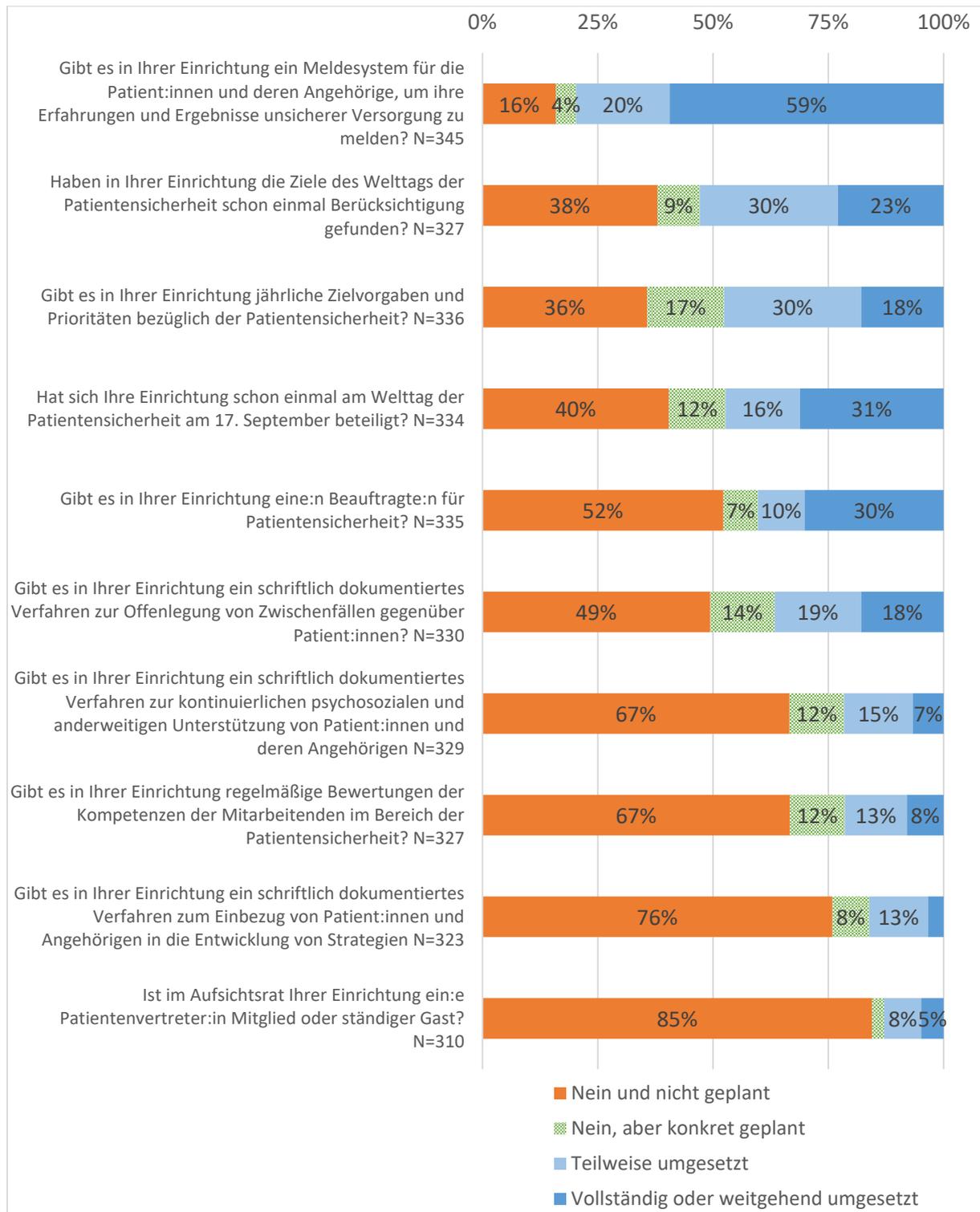
Die Umsetzungsrate fällt hier deutlich niedriger als bei anderen Fragekomplexen aus. Die meisten Maßnahmen sind in 50% oder weniger aller Teilgruppen umgesetzt. Mit Werten zwischen 69% (Rehabilitationseinrichtungen) bis 88% (Universitätskliniken) kommen Meldesysteme, über die Patient:innen und deren Angehörige ihre Erfahrungen mit unsicherer Versorgung berichten können, am häufigsten zum Einsatz. Möglicherweise haben viele Teilnehmer:innen hierunter ein traditionelles Beschwerdemanagementsystem gefasst.

39% der kleinen Allgemeinkrankenhäuser haben sich am Welttag der Patientensicherheit am 17. September schon einmal beteiligt, 50% und 55% der mittleren und großen Allgemeinkrankenhäuser und 63% der Universitätskliniken. Darüber hinaus planen 10-25% dieser Teilgruppen eine Teilnahme in den nächsten zwölf Monaten. 74% der psychiatrischen Kliniken und 83% der Rehabilitationseinrichtungen haben sich bisher nicht am Welttag der Patientensicherheit beteiligt und planen dies auch nicht.

Bislang wenig entwickelt ist vor allem die aktive Einbeziehung der Patient:innen. So sind Patient:innen nur in wenigen Einrichtungen als Mitglied oder Gast im Aufsichtsrat vertreten (Umsetzungsrate von 7-15%). Auch wirken Patient:innen und Angehörige mit Schadenserfahrungen selten an der Entwicklung von Sicherheitsstrategien mit (7-21%).

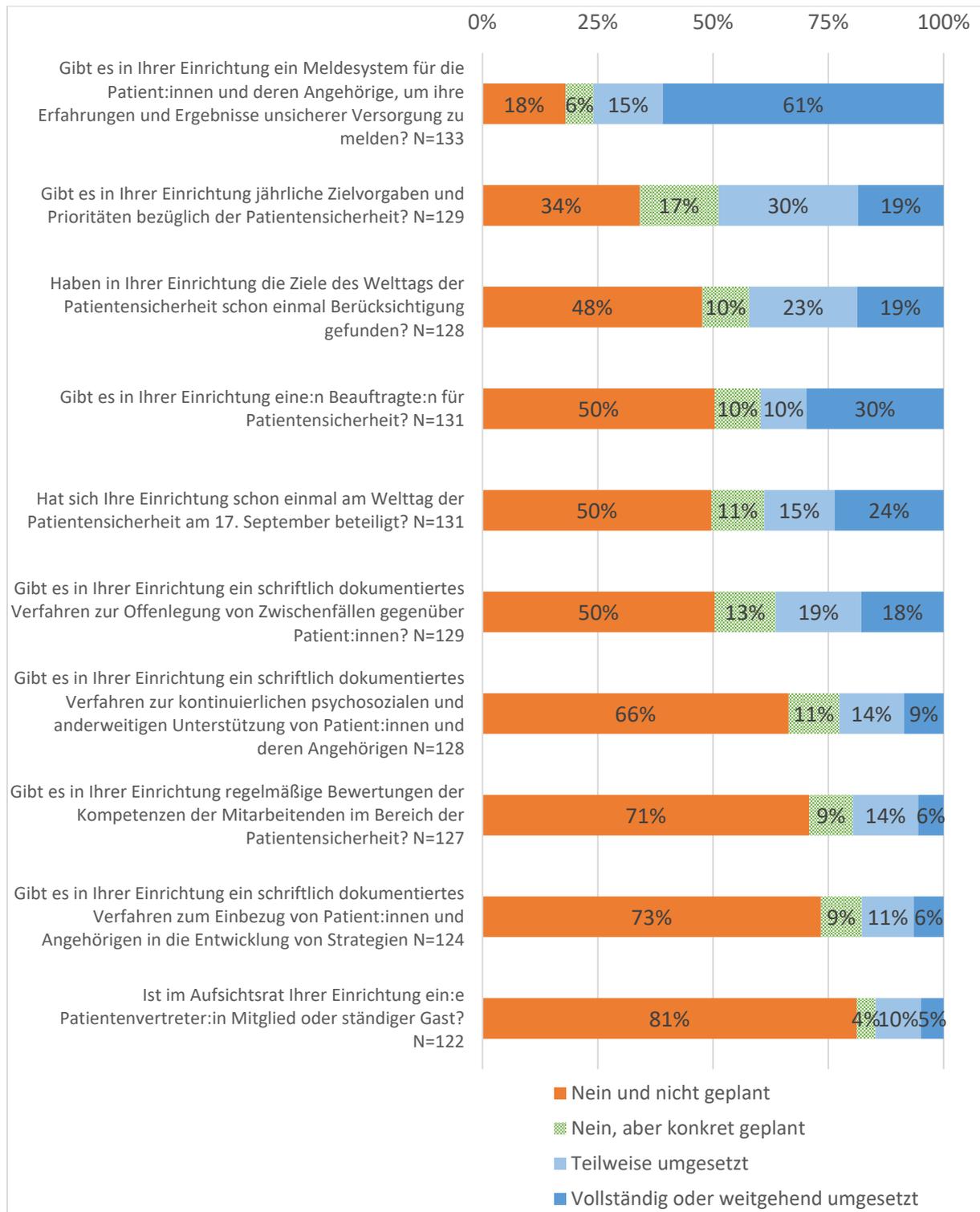
Die Abbildung 4.10.9 zeigt die subjektive Bewertung der Teilnehmer:innen des Patientensicherheitsgrades ihrer Einrichtung. Fast alle Teilnehmer:innen aus allen Teilgruppen sehen die Patientensicherheit in ihrer Einrichtung als akzeptabel oder sehr gut an. Nur sehr wenige wählten die Antwortkategorien „schlecht“ oder „hervorragend“.

4.10.1. Patientensicherheit.
Alle Allgemeinkrankenhäuser



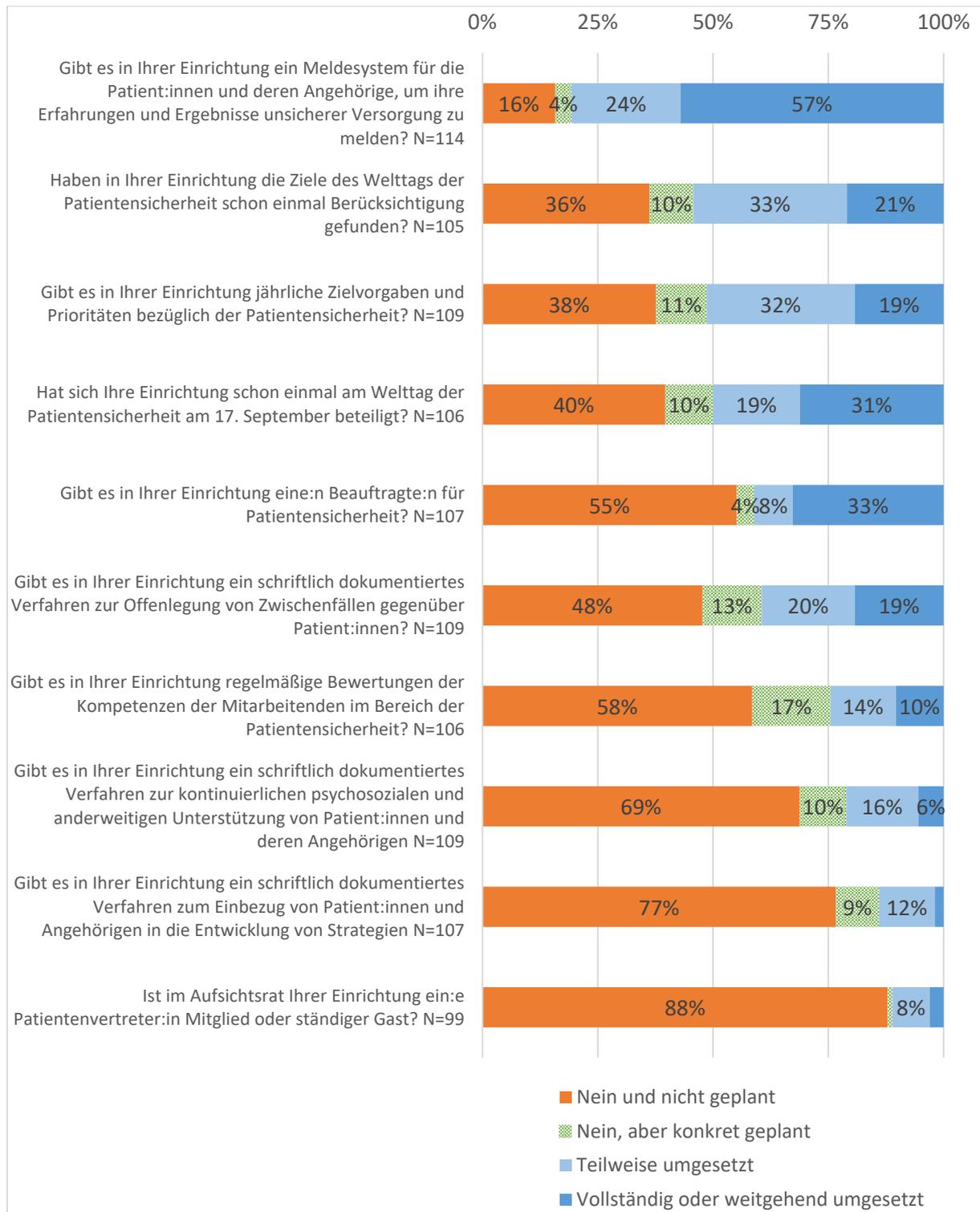
Anmerkung: Werte unter 4% werden nicht angezeigt.

4.10.2. Patientensicherheit.
Allgemeinkrankenhäuser (AKH) 50-299 Betten



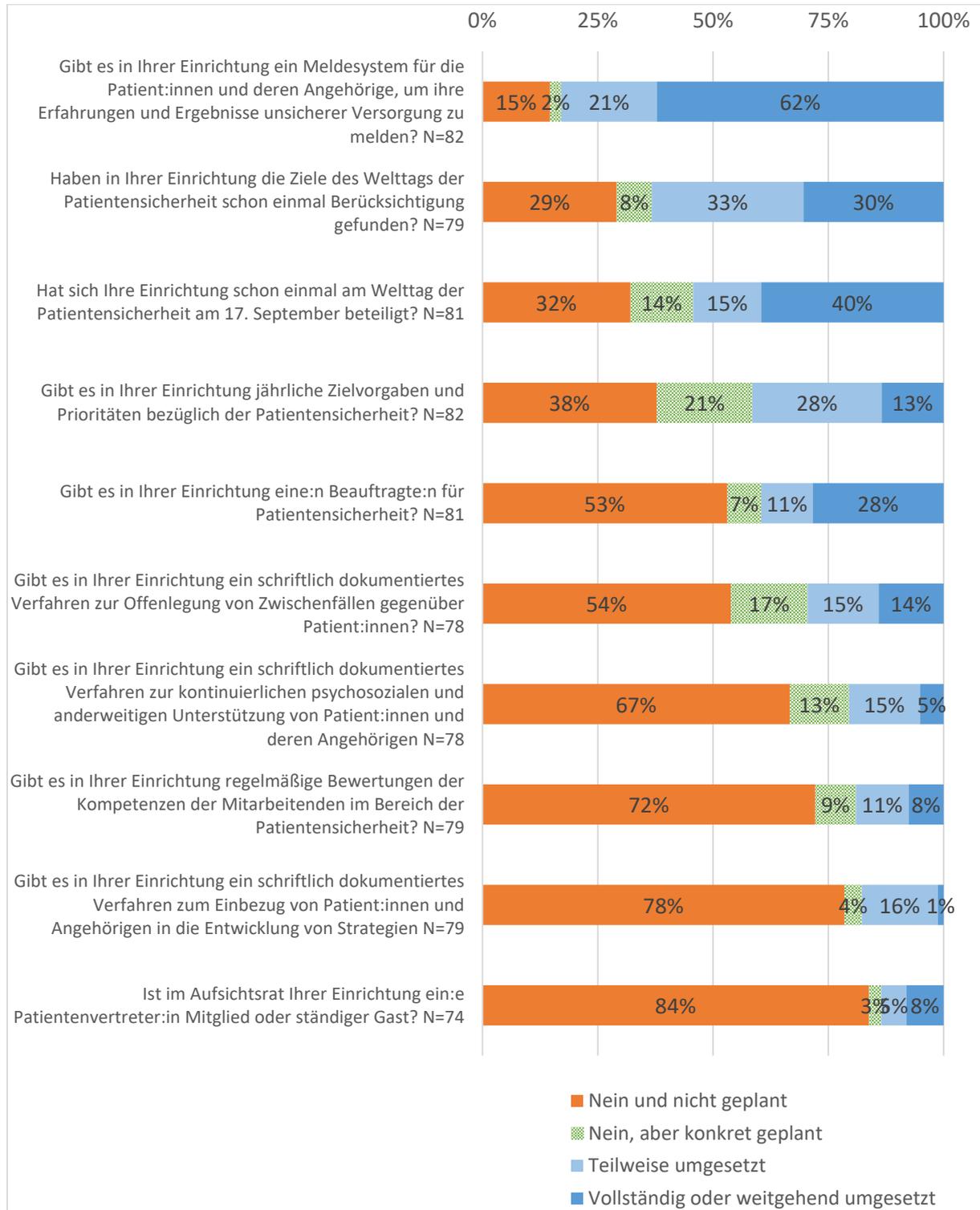
Anmerkung: Werte unter 4% werden nicht angezeigt.

4.10.3. Patientensicherheit.
Allgemeinkrankenhäuser (AKH) 300-599 Betten



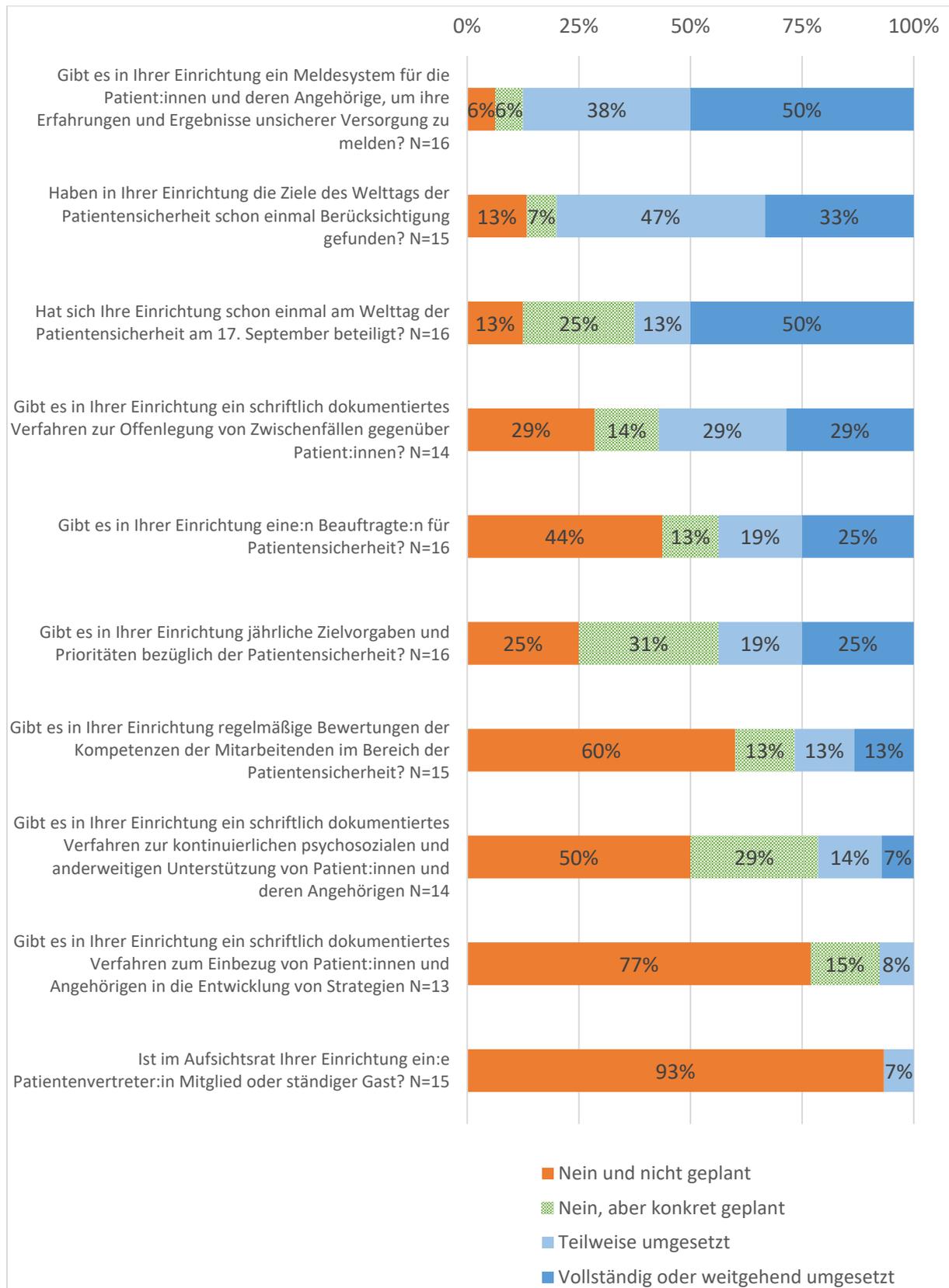
Anmerkung: Werte unter 4% werden nicht angezeigt.

4.10.4. Patientensicherheit.
Allgemeinkrankenhäuser (AKH) ≥600 Betten



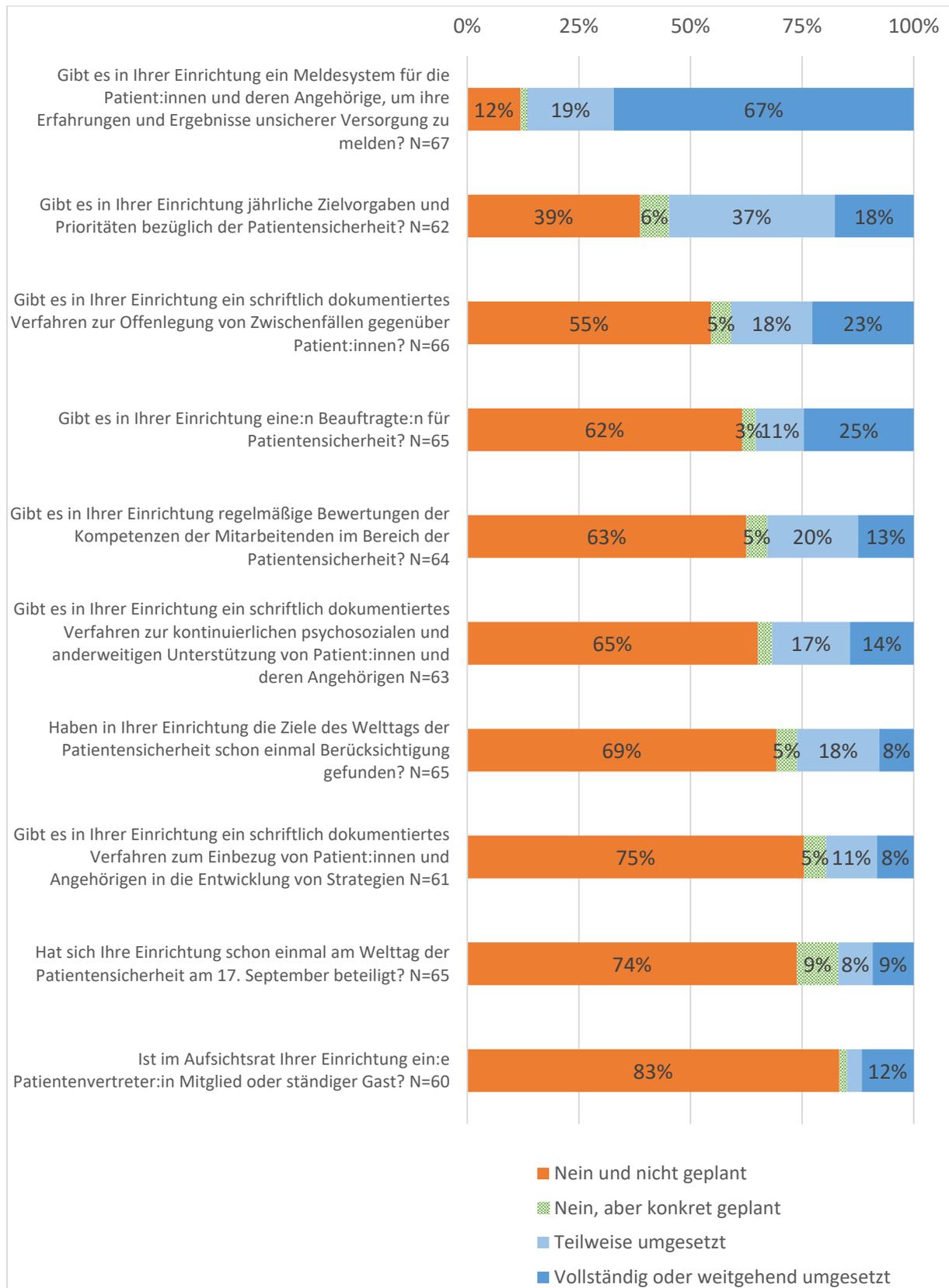
Anmerkung: Werte unter 4% werden nicht angezeigt.

4.10.5. Patientensicherheit.
Universitätskliniken



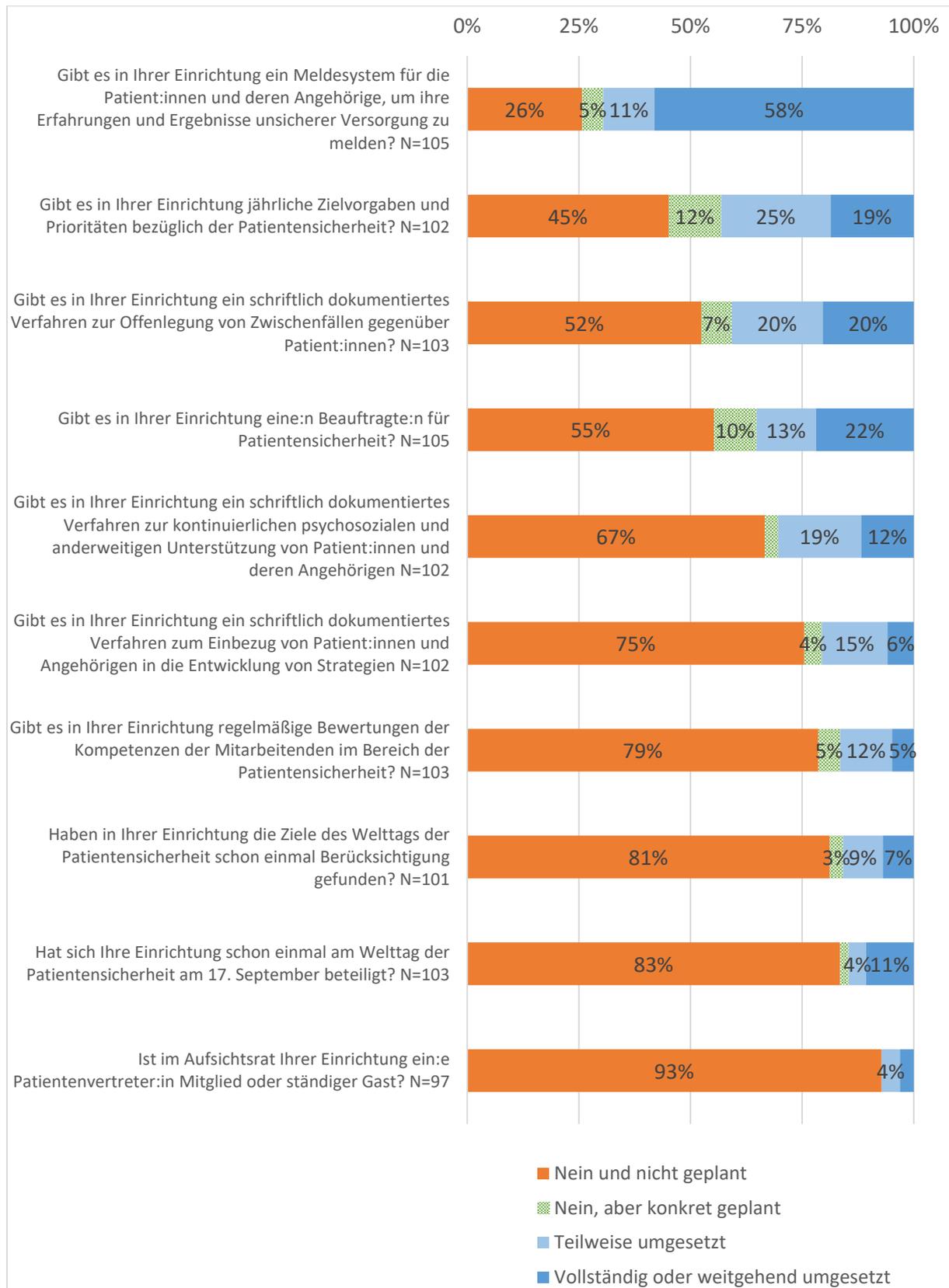
Anmerkung: Werte unter 4% werden nicht angezeigt.

4.10.6. Patientensicherheit.
Psychiatrien



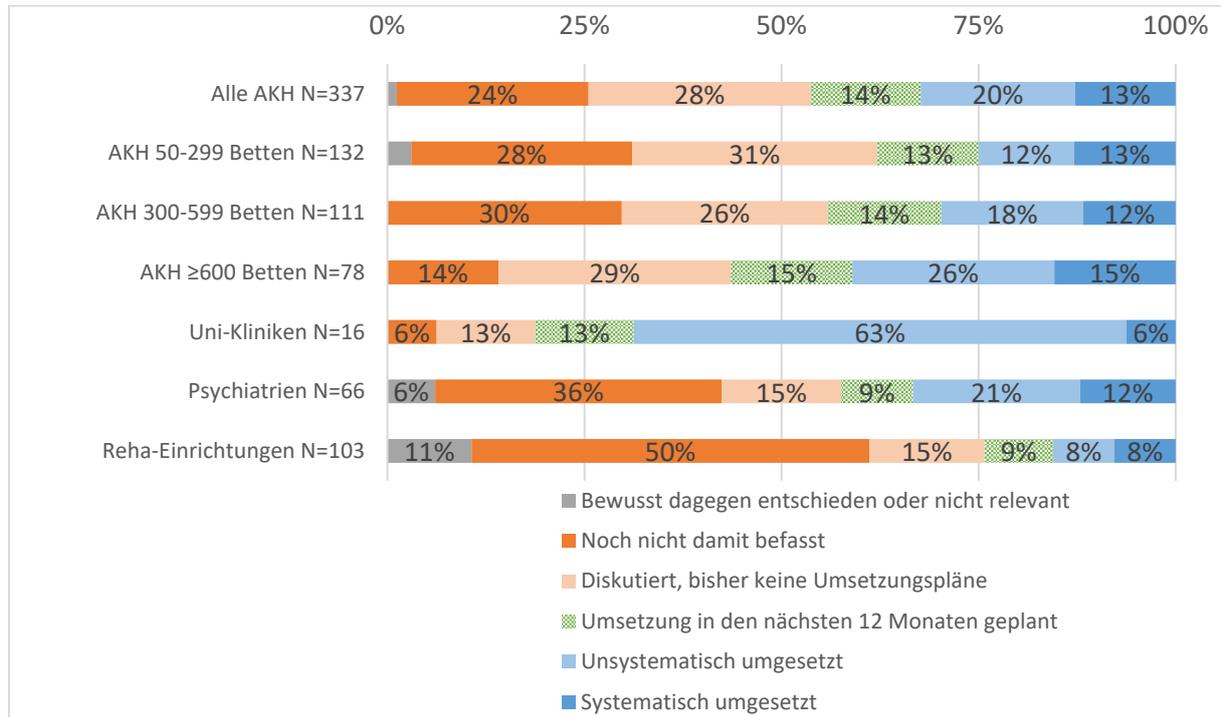
Anmerkung: Werte unter 4% werden nicht angezeigt.

4.10.7. Patientensicherheit.
Rehabilitationseinrichtungen



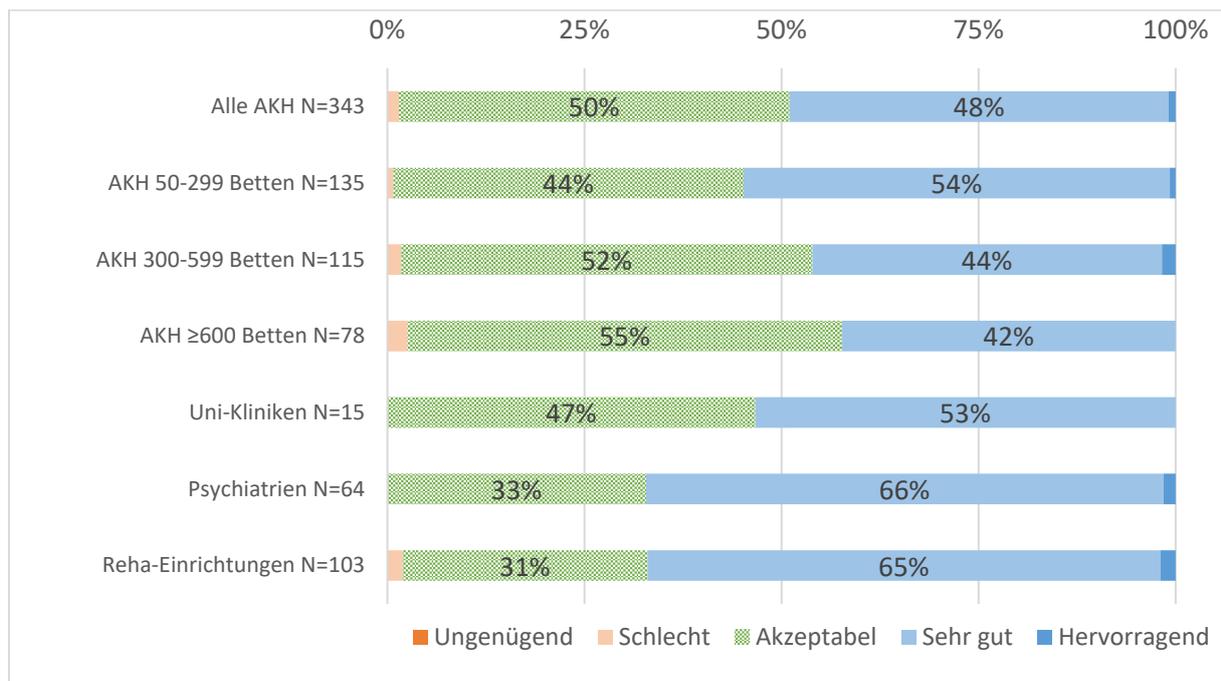
Anmerkung: Werte unter 4% werden nicht angezeigt.

4.10.8. Setzt Ihre Einrichtung Software, Technologien oder Anwendungen mit künstlicher Intelligenz in der klinischen Versorgung ein (bspw. bei Diagnostik, Überwachung der Medikationssicherheit)?



Anmerkung: AKH – Allgemeinkrankenhäuser; Reha-Einrichtungen – Rehabilitationseinrichtungen. Werte unter 4% werden nicht angezeigt.

4.10.9. Bewerten Sie bitte den durchschnittlichen Grad an Patientensicherheit innerhalb Ihrer Einrichtung aus Ihrer Sicht.



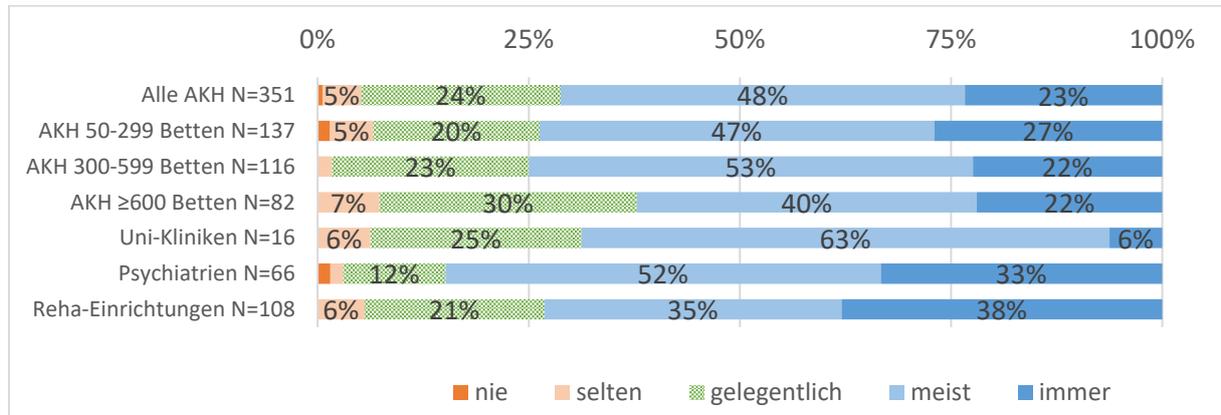
Anmerkung: AKH – Allgemeinkrankenhäuser; Reha-Einrichtungen – Rehabilitationseinrichtungen. Werte unter 4% werden nicht angezeigt.

4.11. Sicherheitskultur

Dieser Abschnitt umfasste zwei Dimensionen aus dem Hospital Survey on Patient Safety Culture, einem von der US-amerikanischen Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) entwickelten Instrument zur Messung der Patientensicherheitskultur (Sorra J.S. & Nieva V. F. 2004). Das Instrument wurde zuvor in deutscher Sprache validiert (Gambashidze et al. 2017). Wir haben für die Umfrage zwei Dimensionen ausgewählt. Die drei Fragen der Dimension "Feedback und Kommunikation über Fehler" sind in den Abbildungen 4.11.1-4.11.3 dargestellt. Für alle Teilgruppen variieren die Antworten auf einem mittleren bis hohen Niveau zwischen "manchmal" und "immer".

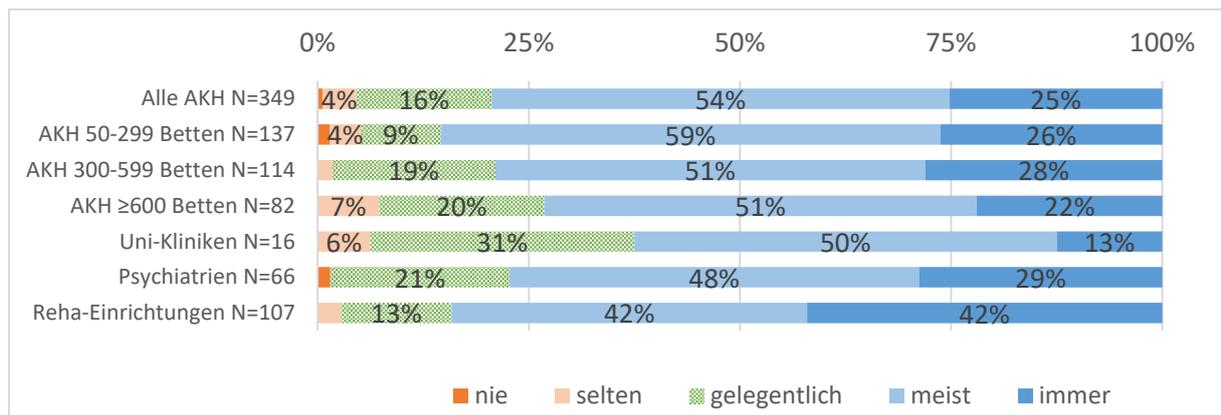
Die drei Fragen aus der Dimension "Unterstützung der Patientensicherheit durch die Unternehmensleitung" sind in den Tabellen 4.11.4-4.11.6 dargestellt. Auch hier liegen die Werte für die meisten Teilnehmer:innen im mittleren bis hohen Bereich. Eine Frage ("Die Leitungen scheinen sich nur dann für die Patientensicherheit zu interessieren, wenn bereits ein Ereignis mit schädigenden Folgen für Patienten stattgefunden hat.") ist negativ kodiert, was bedeutet, dass die Antworten "stimme überhaupt nicht zu" und "stimme nicht zu" als positiv für die Patientensicherheitskultur zu interpretieren sind.

4.11.1. Die Mitarbeitenden innerhalb der Abteilungen / Kliniken erhalten Rückmeldung zu Veränderungen, die aufgrund von gemeldeten Ereignissen (z. B. Fehlern) umgesetzt wurden.



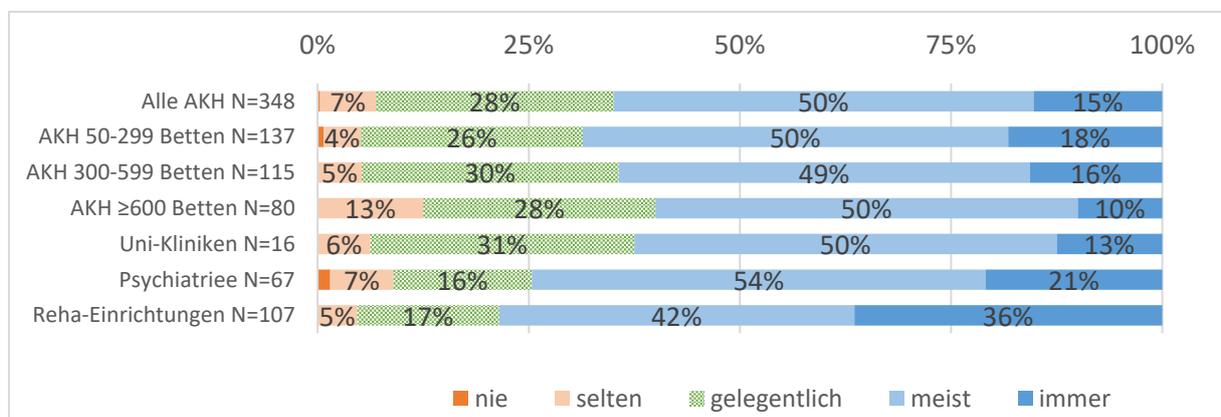
Anmerkung: AKH – Allgemeinkrankenhäuser; Reha-Einrichtungen – Rehabilitationseinrichtungen. Werte unter 4% werden nicht angezeigt.

4.11.2. Die Mitarbeitenden innerhalb der Abteilungen / Kliniken werden über Ereignisse (z. B. Fehler), die in diesen Abteilungen/Kliniken vorkommen, informiert.



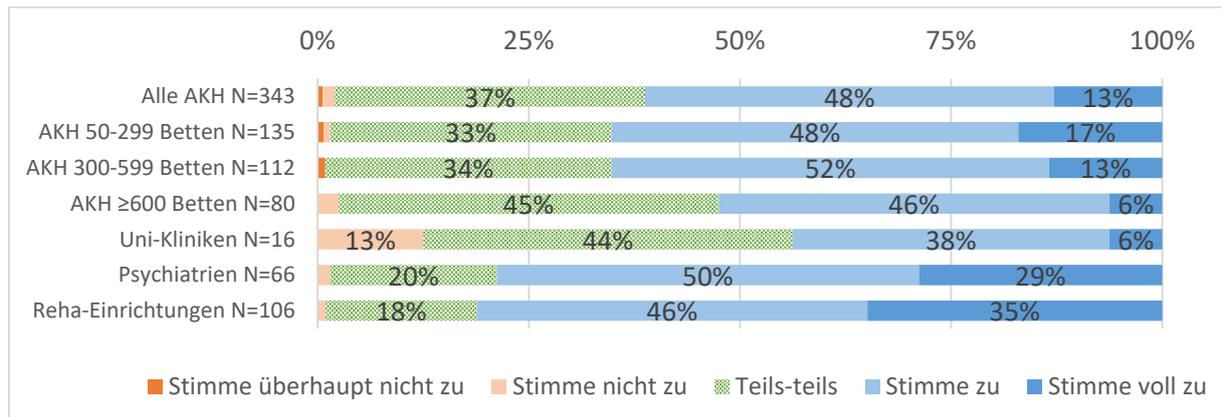
Anmerkung: AKH – Allgemeinkrankenhäuser; Reha-Einrichtungen – Rehabilitationseinrichtungen. Werte unter 4% werden nicht angezeigt.

4.11.3. Die Mitarbeitenden innerhalb der Abteilungen / Kliniken diskutieren, wie das erneute Auftreten eines Ereignisses (z. B. eines Fehlers) vermieden werden kann.



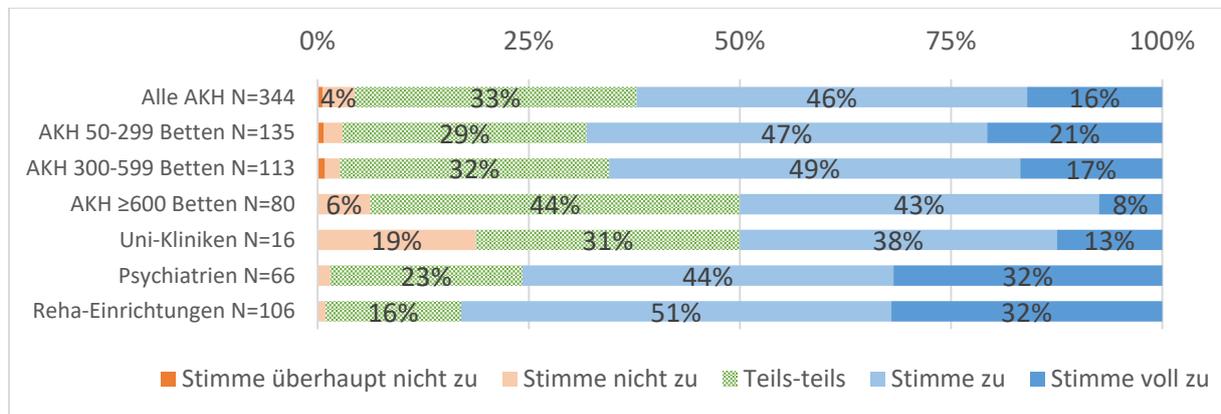
Anmerkung: AKH – Allgemeinkrankenhäuser; Reha-Einrichtungen – Rehabilitationseinrichtungen. Werte unter 4% werden nicht angezeigt.

4.11.4. Die Leitungen schaffen ein Arbeitsklima, das die Patientensicherheit fördert.



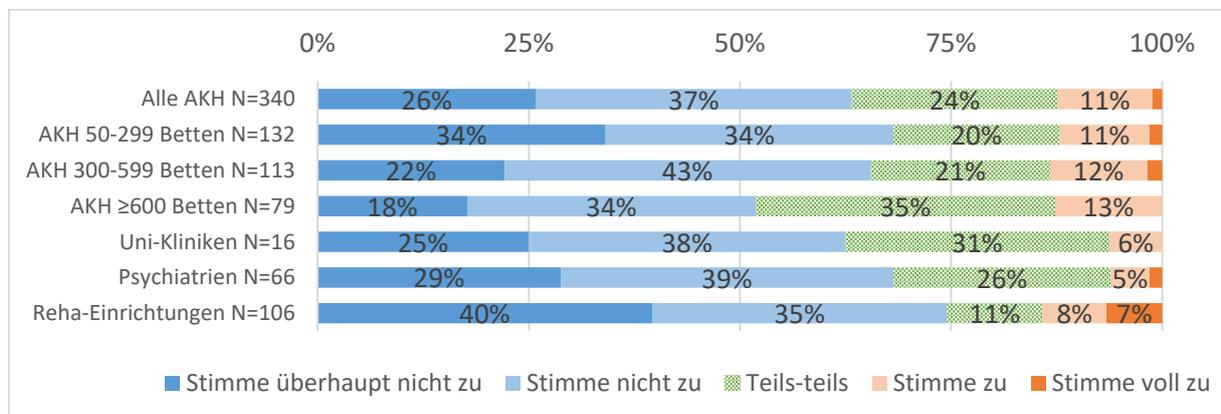
Anmerkung: AKH –Allgemeinkrankenhäuser; Reha-Einrichtungen – Rehabilitationseinrichtungen. Werte unter 4% werden nicht angezeigt.

4.11.5. Die Handlungen der Leitungen zeigen, dass die Patientensicherheit höchste Priorität hat.



Anmerkung: AKH – Allgemeinkrankenhäuser; Reha-Einrichtungen – Rehabilitationseinrichtungen. Werte unter 4% werden nicht angezeigt.

4.11.6. Die Leitungen scheinen sich nur dann für die Patientensicherheit zu interessieren, wenn bereits ein Ereignis mit schädigenden Folgen für Patienten stattgefunden hat **(Negativ kodiert)**.



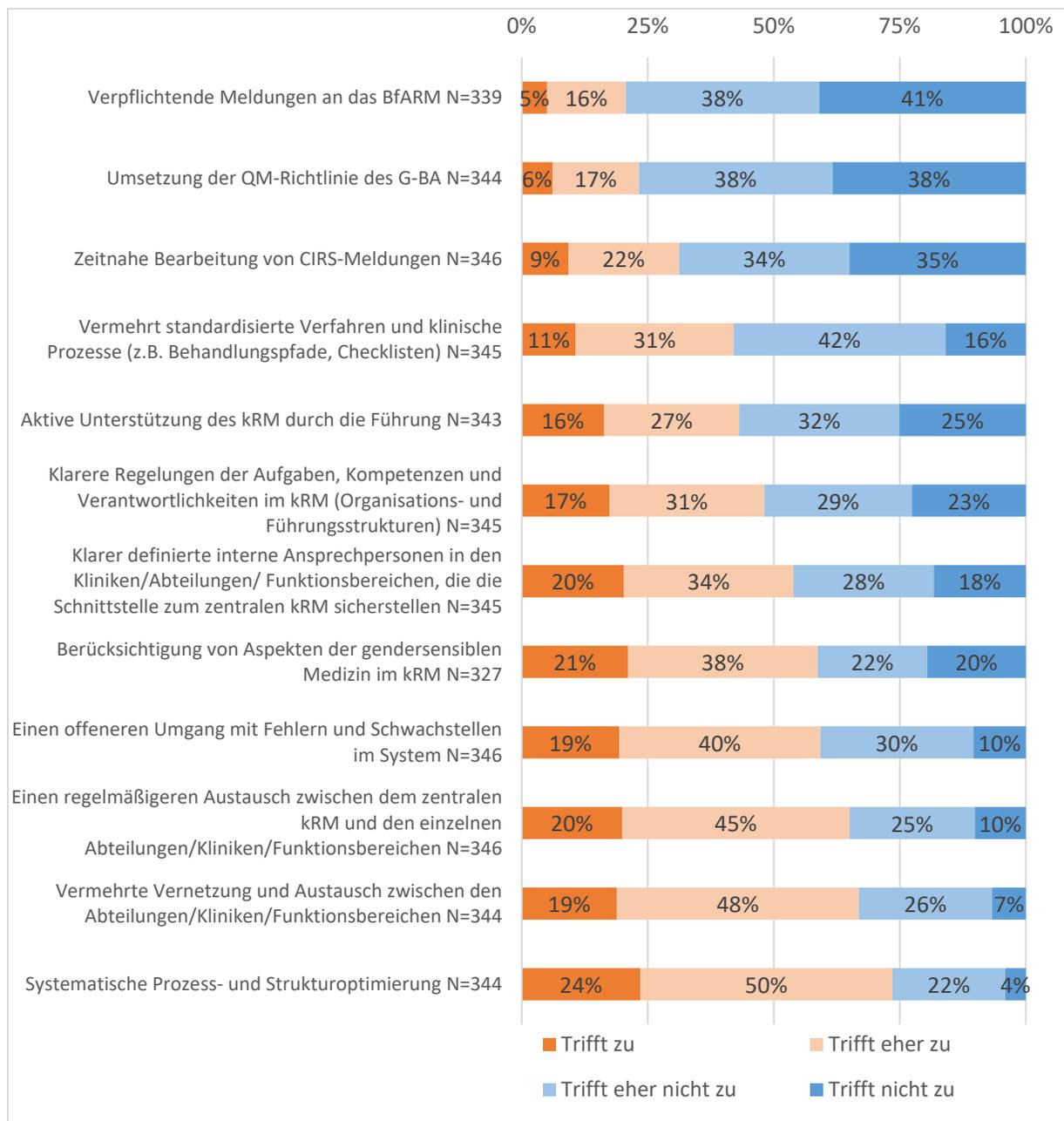
Anmerkung: AKH – Allgemeinkrankenhäuser; Reha-Einrichtungen – Rehabilitationseinrichtungen. Werte unter 4% werden nicht angezeigt.

4.12. Verbesserungs- und Fortbildungsbedarf

In diesem Abschnitt haben wir die Teilnehmer:innen nach dem Verbesserungsbedarf und dem Weiterbildungsbedarf in kRM befragt. Die verschiedenen Verbesserungsbereiche sind in den Abbildungen 4.12.1-4.12.7 dargestellt.

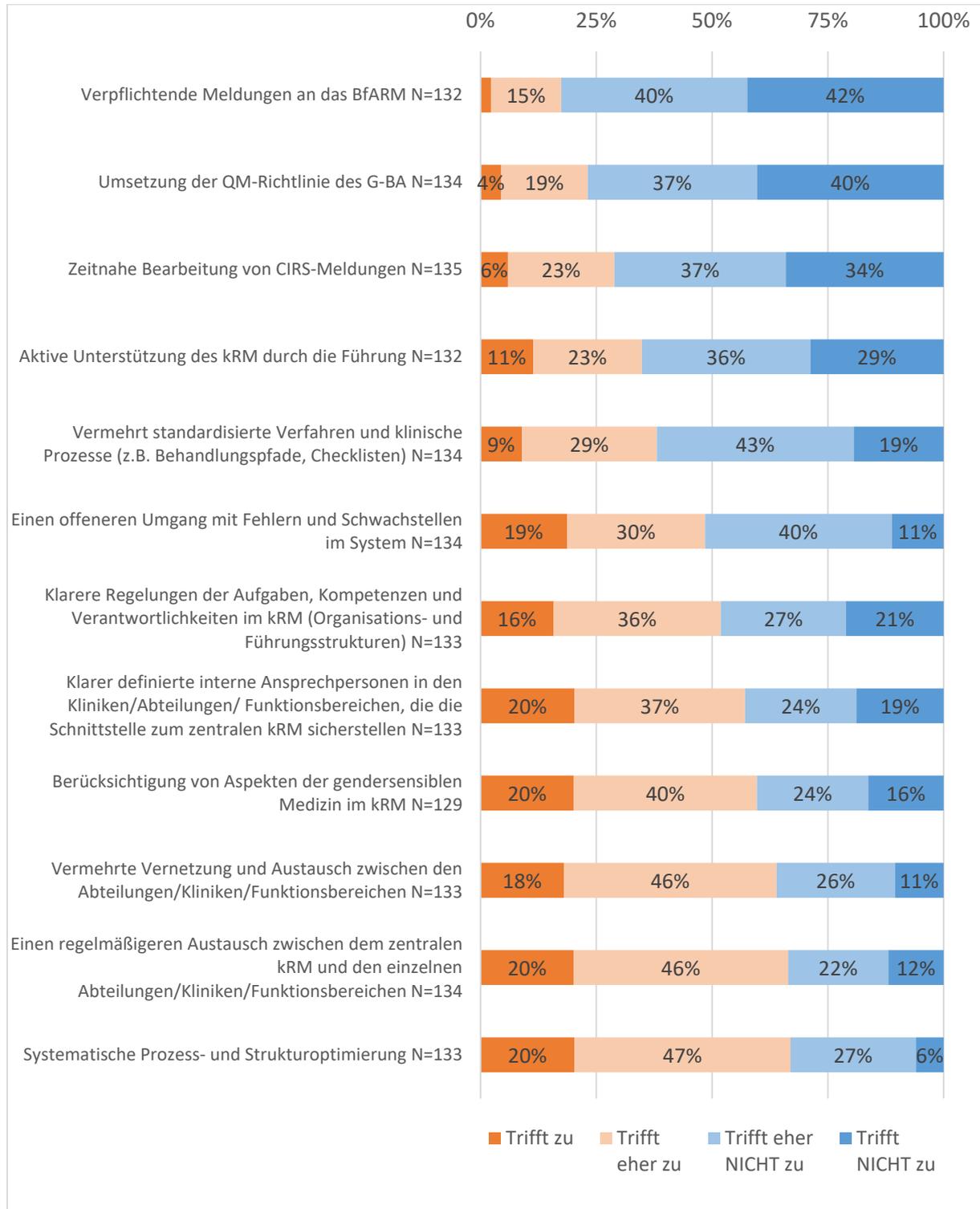
Die zwei Bereiche mit dem geringsten Verbesserungsbedarf sind aus Sicht der Krankenhäuser die "Umsetzung der QM-Richtlinie des G-BA" und "Verpflichtende Meldungen an das BfArM". Den größten Verbesserungsbedarf sehen die Krankenhäuser im Bereich "Systematische Prozess- und Strukturoptimierung".

4.12.1. Verbesserungspotential. Alle Allgemeinkrankenhäuser



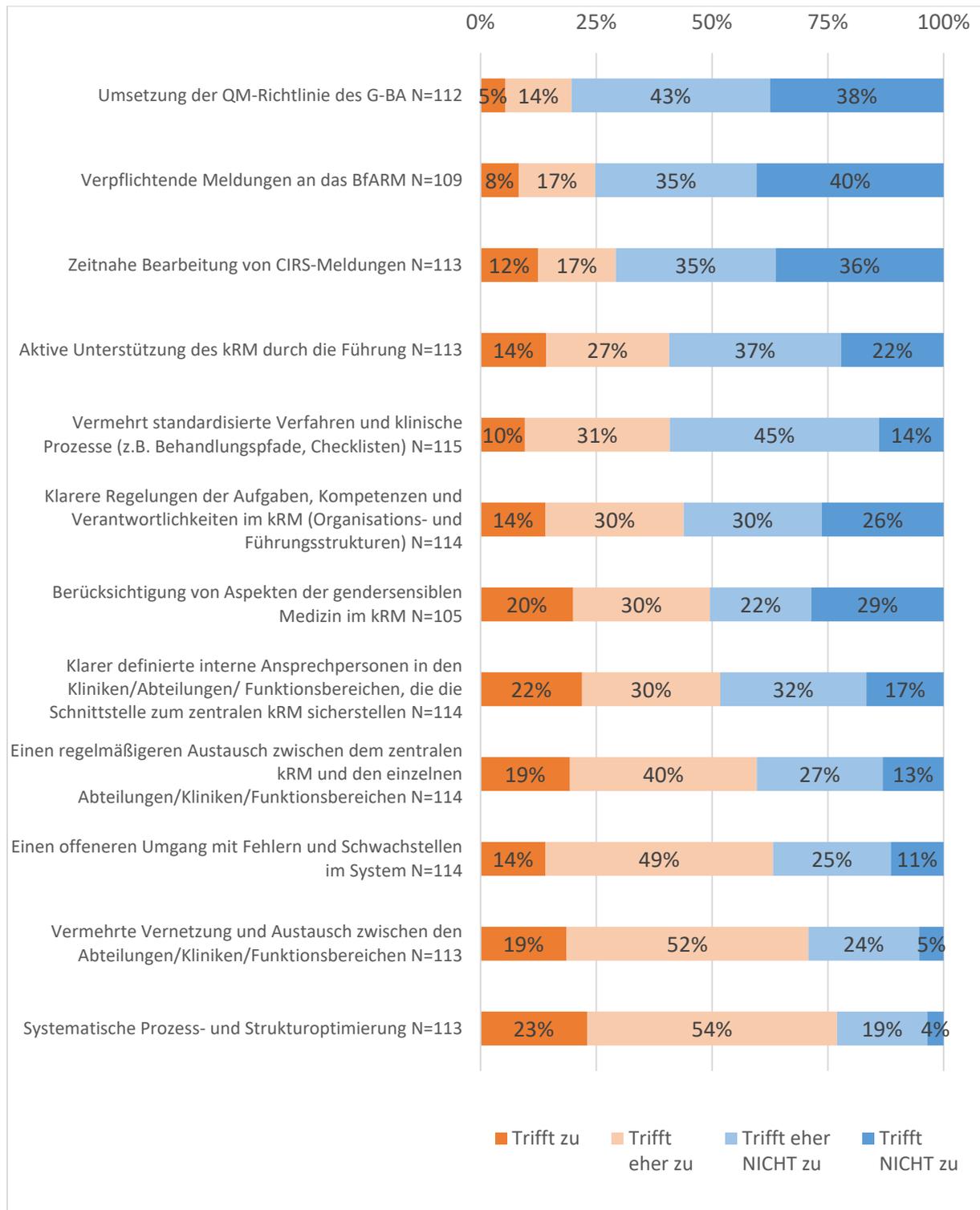
Anmerkung: Werte unter 4% werden nicht angezeigt.

4.12.2. Verbesserungspotential.
Allgemeinkrankenhäuser (AKH) 50-299 Betten



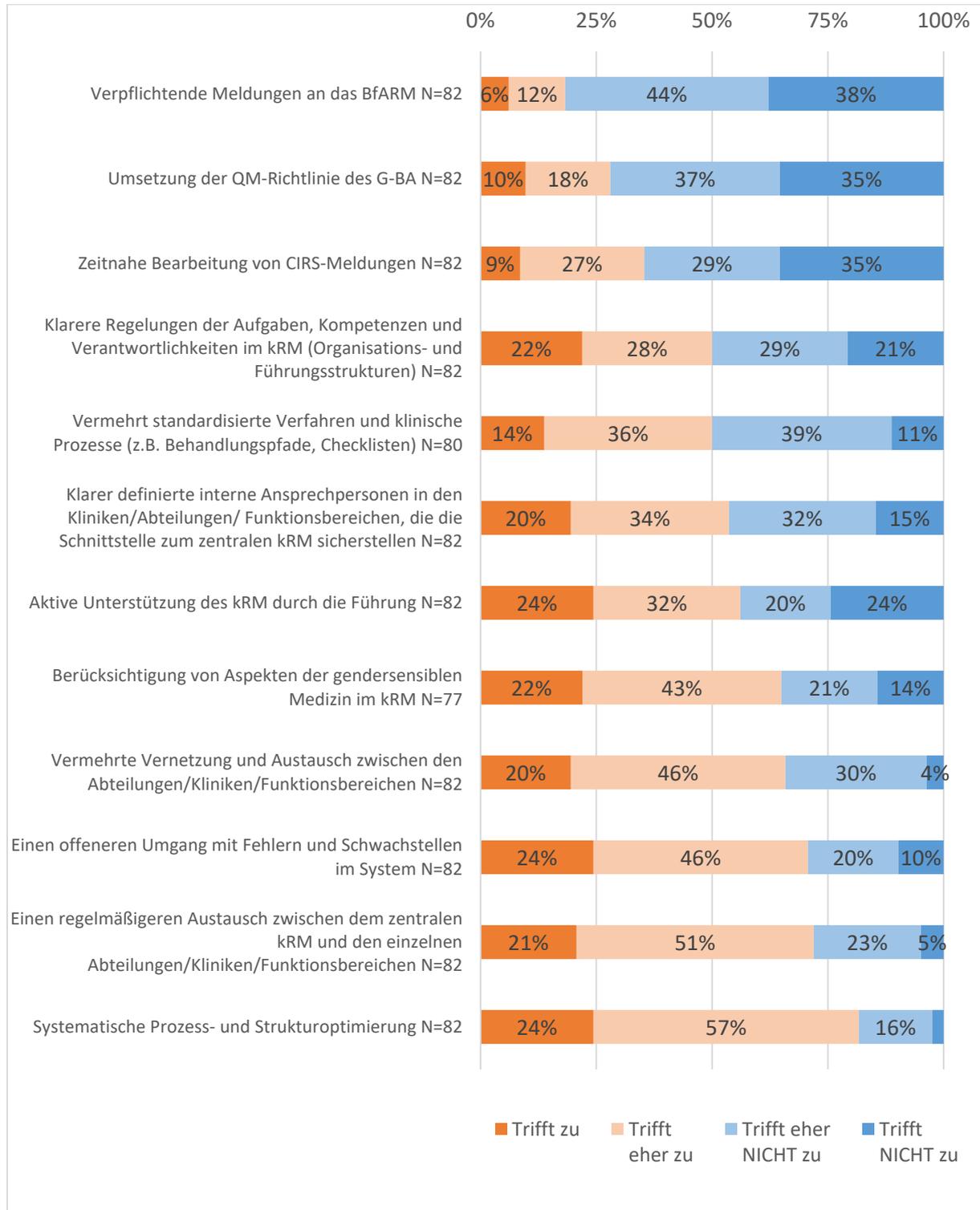
Anmerkung: Werte unter 4% werden nicht angezeigt.

4.12.3. Verbesserungspotential.
Allgemeinkrankenhäuser (AKH) 300-599 Betten



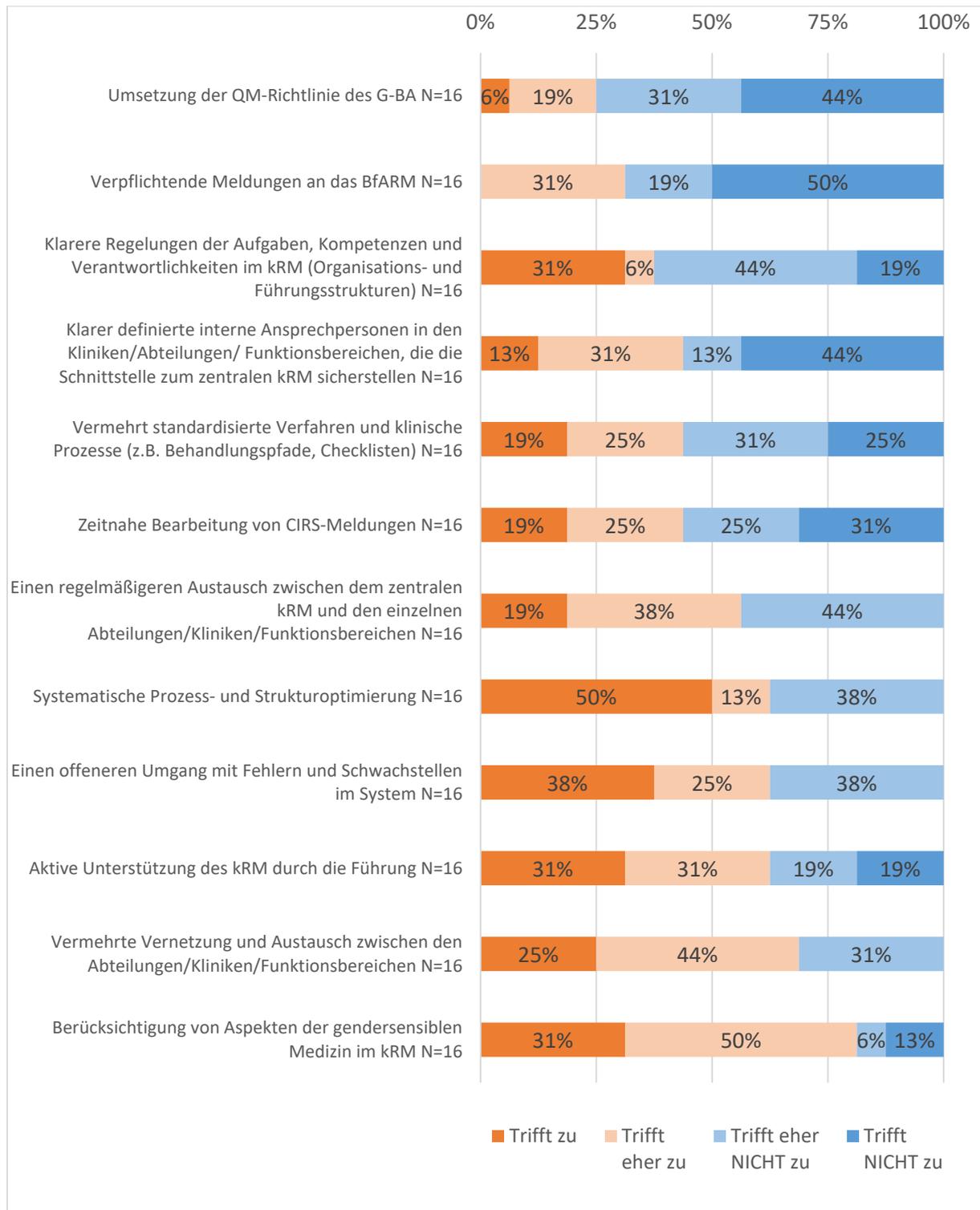
Anmerkung: Werte unter 4% werden nicht angezeigt.

4.12.4. Verbesserungspotential.
Allgemeinkrankenhäuser (AKH) ≥600 Betten



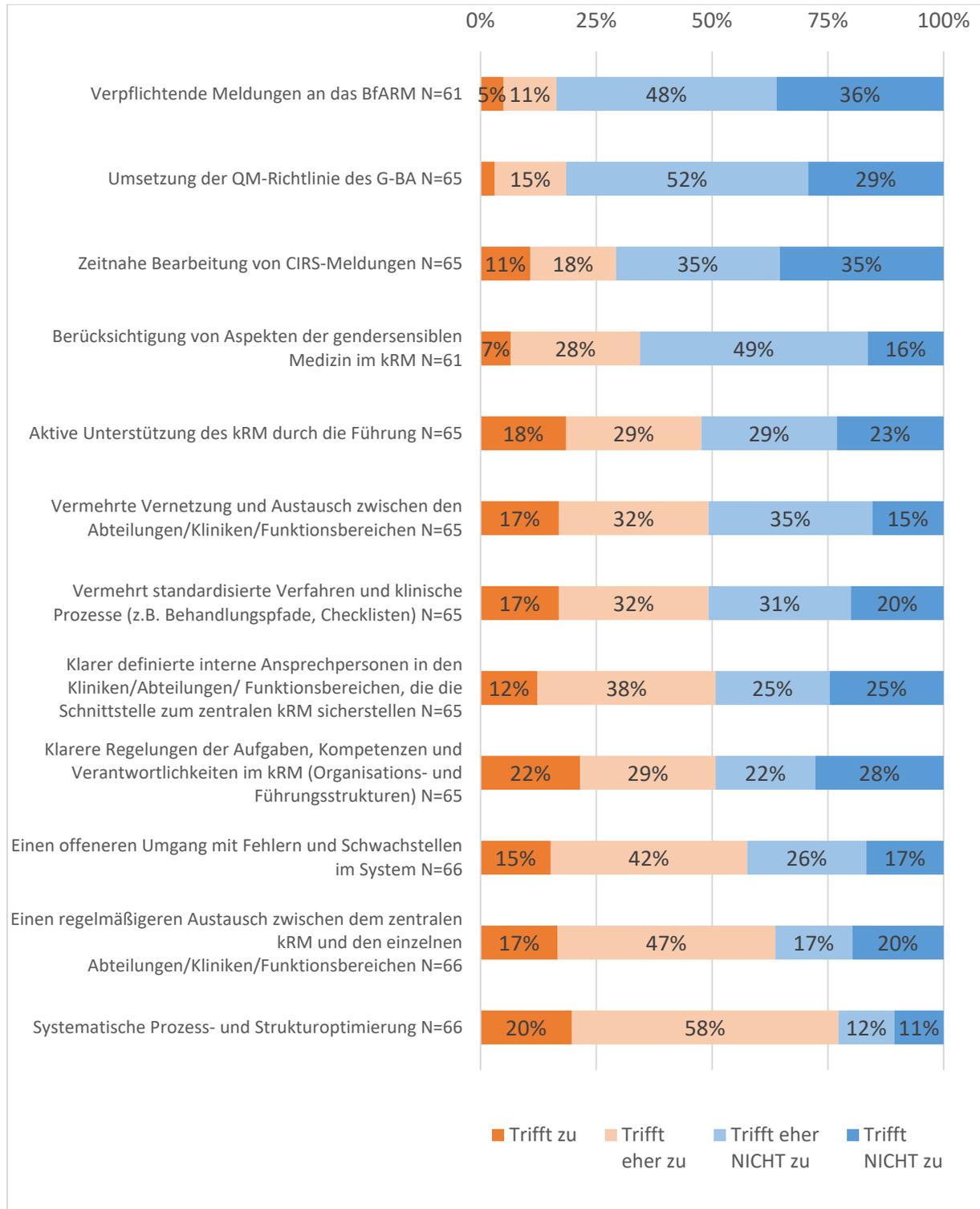
Anmerkung: Werte unter 4% werden nicht angezeigt.

4.12.5. Verbesserungspotential.
Universitätskliniken



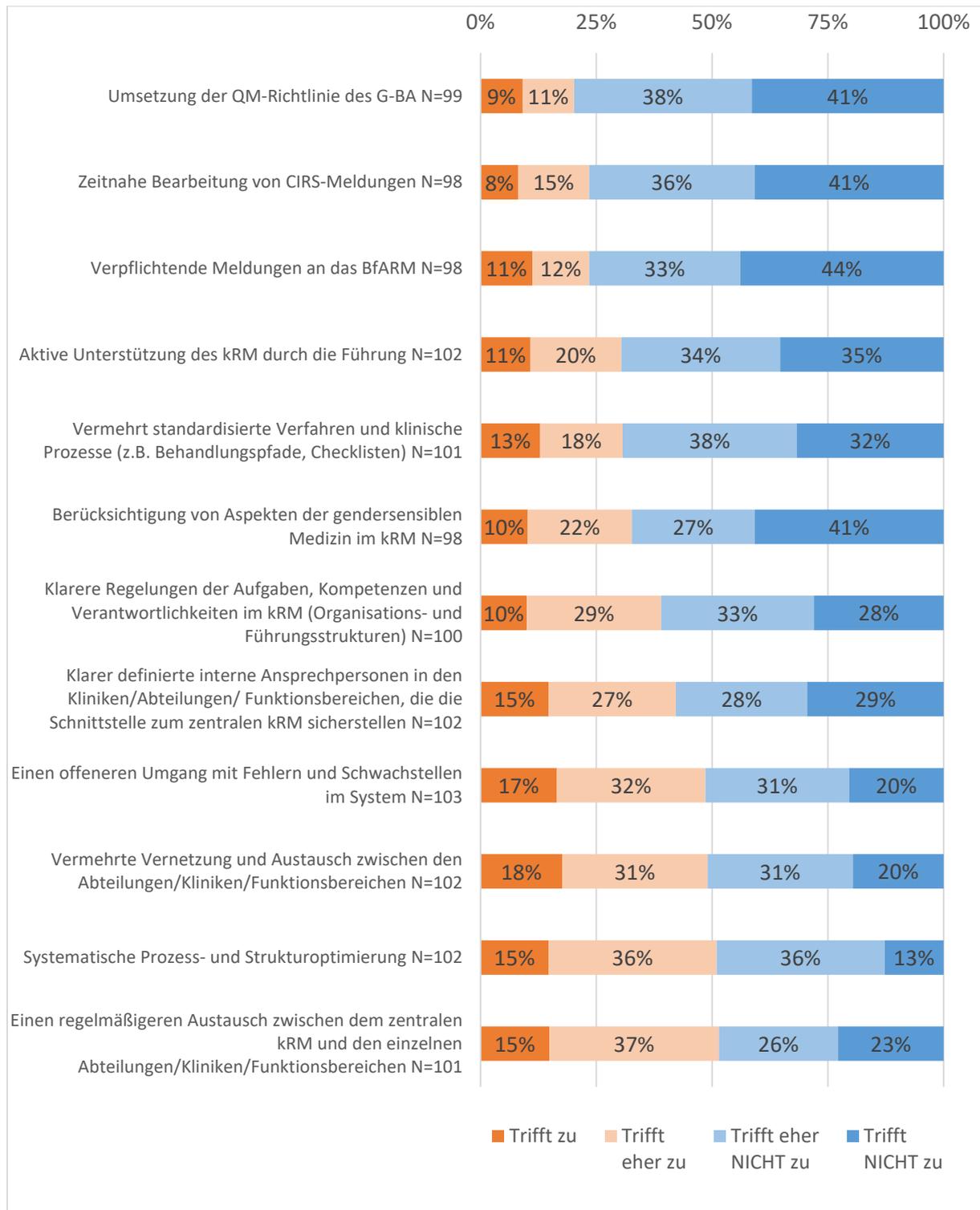
Anmerkung: Werte unter 4% werden nicht angezeigt.

4.12.6. Verbesserungspotential.
Psychiatrien



Anmerkung: Werte unter 4% werden nicht angezeigt.

4.12.7. Verbesserungspotential.
Rehabilitationseinrichtungen

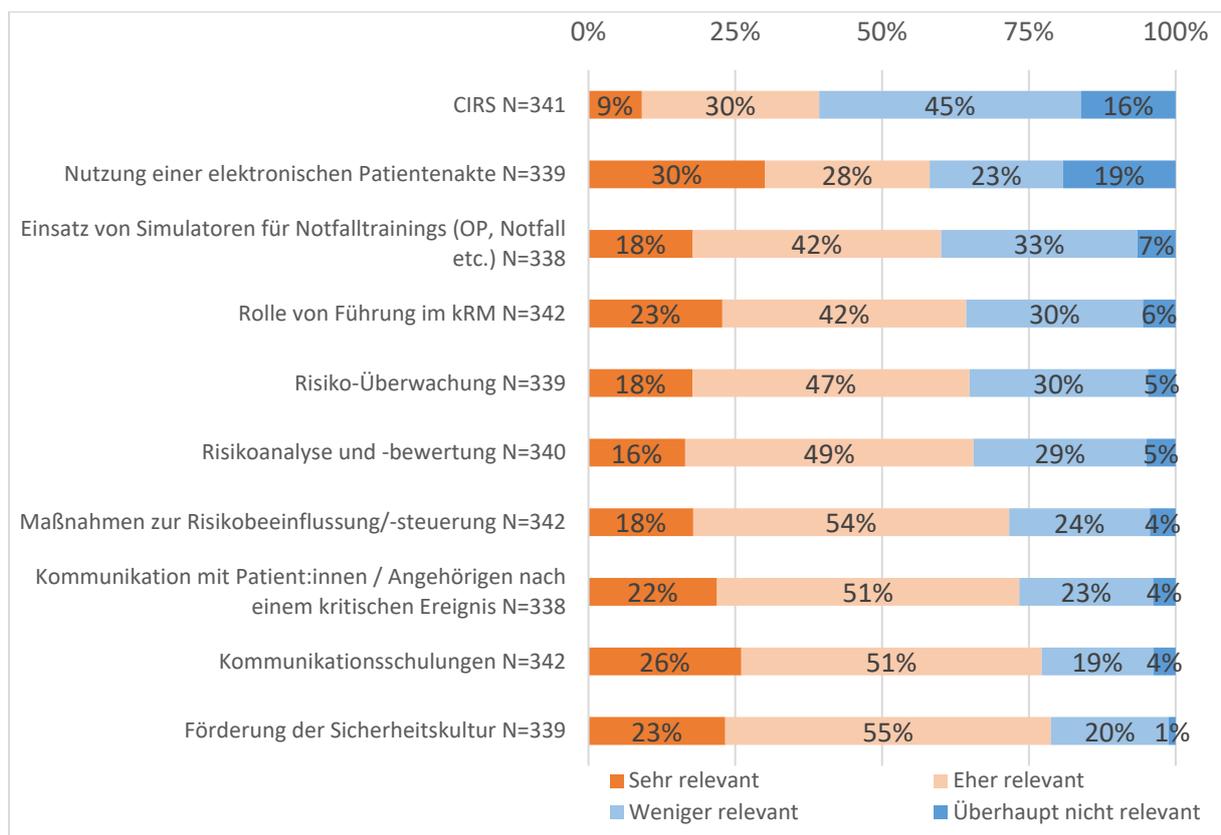


Anmerkung: Werte unter 4% werden nicht angezeigt.

In einem weiteren Fragebogen-Segment wurden die Teilnehmer:innen nach spezifischen Fortbildungsbedarfen gefragt. Hier berichtete ein substantieller Anteil der Befragten spezifische Fortbildungsbedarfe: Im Allgemeinkrankenhäusern aller Größen war das Thema mit der niedrigsten Zustimmungsrates CIRS (61% weniger- oder nicht relevant), gefolgt von „Nutzung einer elektronischen Patientenakte“ (42% weniger- oder nicht relevant). Gleichwohl gab es hier auch einen erheblichen Anteil an Zustimmung (30% mit „sehr relevant“). Zudem wurden vermehrte Fortbildungsbedarfe bei Kommunikation (sowohl bei Kommunikationsschulungen als auch bei Kommunikation mit Patient:innen/Angehörigen nach einem Ereignis) angegeben. Der meiste Fortbildungsbedarf war insgesamt zur Förderung der Sicherheitskultur zu beobachten.

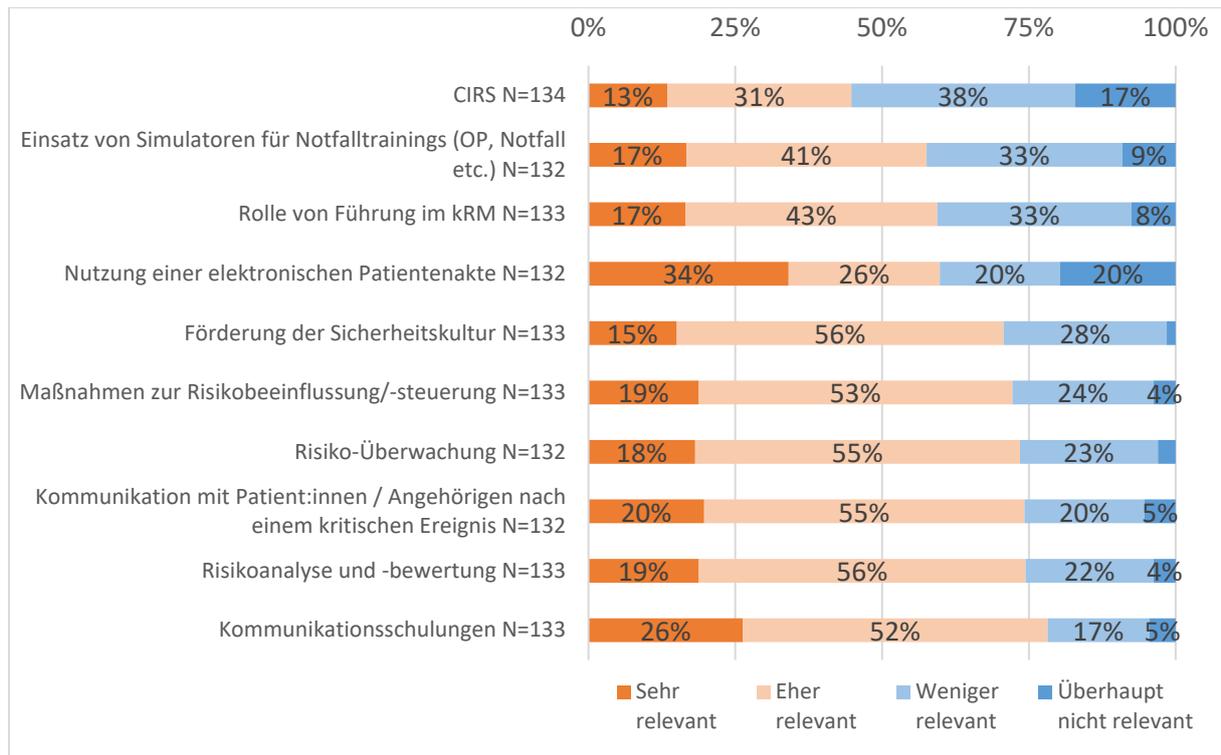
Für psychiatrische Krankenhäuser und Rehabilitationseinrichtungen war die Frage mit dem höchsten Anteil der Antwortkategorie "überhaupt nicht relevant" der Einsatz von Simulatoren für Notfalltrainings (OP, Notfall etc.) (34-39%). Der geäußerte Fortbildungsbedarf ("Sehr relevant" + "eher relevant") in CIRS war in allen Krankenhausuntergruppen am geringsten, in den Rehabilitationseinrichtungen an zweiter Stelle nach dem Einsatz von Simulatoren für Notfalltrainings (OP, Notfall etc.).

4.12.8. Der Fortbildungsbedarf im kRM.
Alle Allgemeinkrankenhäuser



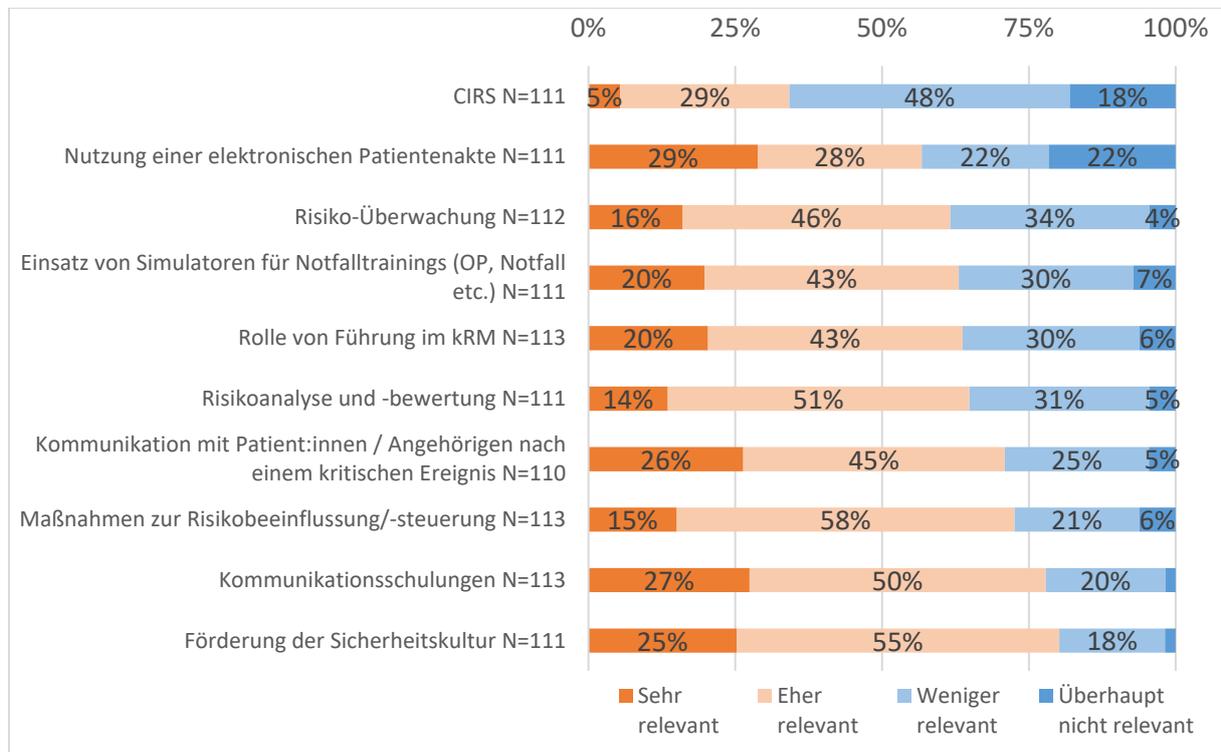
Anmerkung: Werte unter 4% werden nicht angezeigt.

4.12.9. Der Fortbildungsbedarf im kRM.
Allgemeinkrankenhäuser (AKH) 50-299 Betten



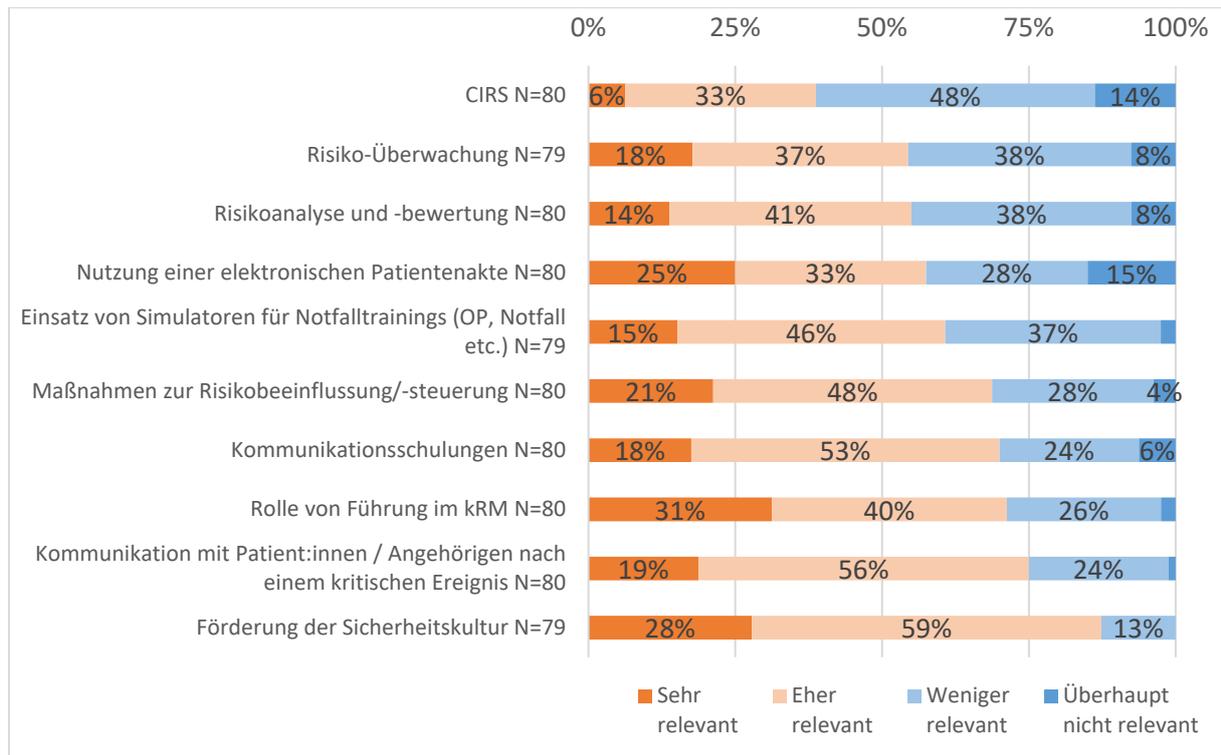
Anmerkung: Werte unter 4% werden nicht angezeigt.

4.12.10. Der Fortbildungsbedarf im kRM.
Allgemeinkrankenhäuser (AKH) 300-599 Betten



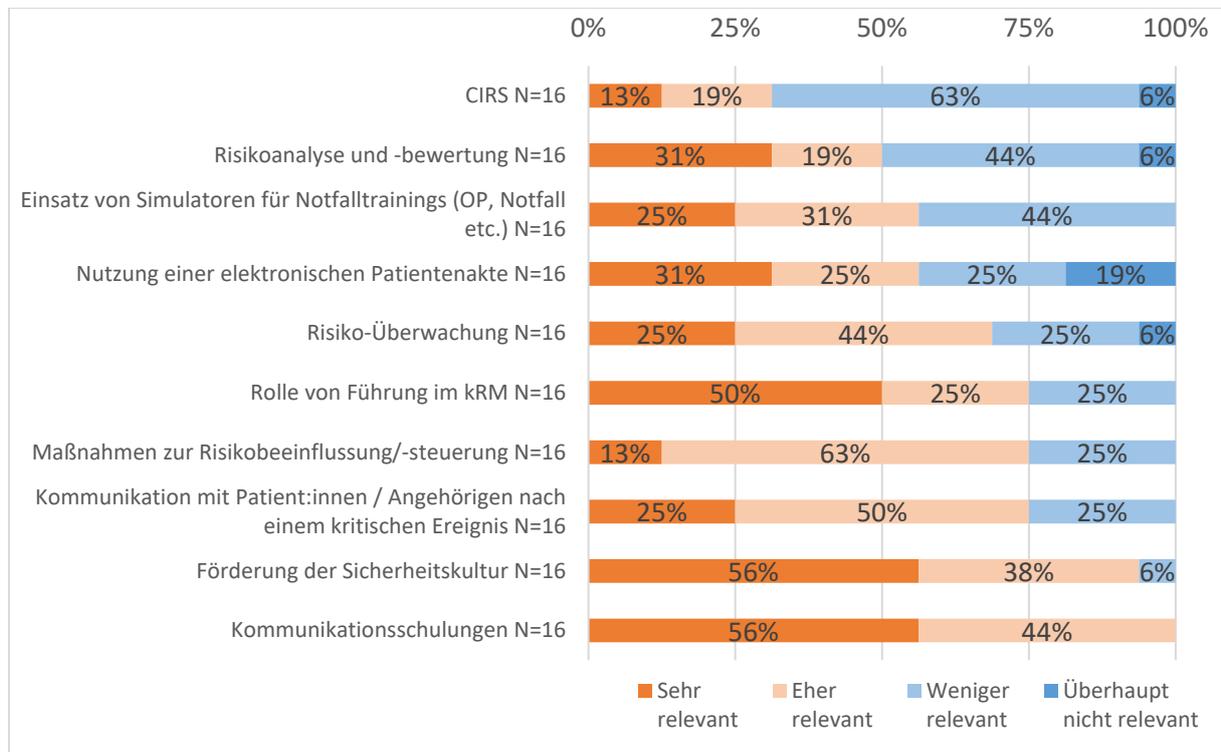
Anmerkung: Werte unter 4% werden nicht angezeigt.

4.12.11. Der Fortbildungsbedarf im kRM.
Allgemeinkrankenhäuser (AKH) ≥600 Betten



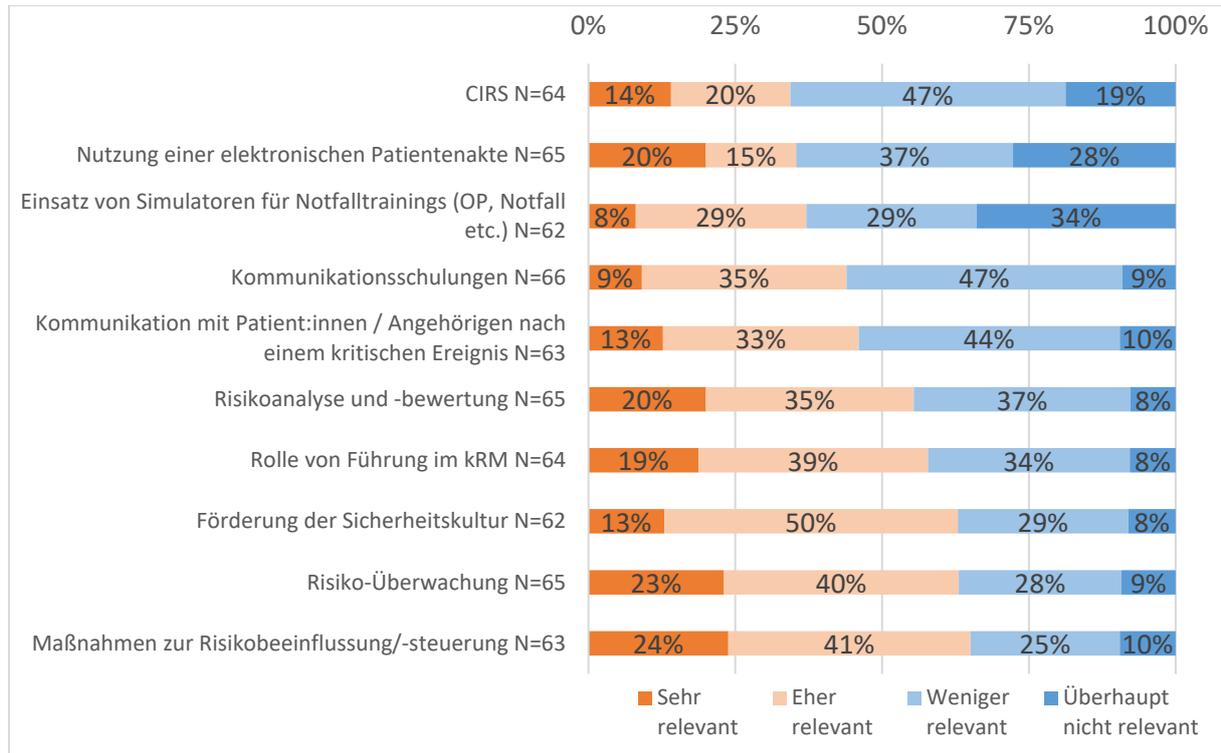
Anmerkung: Werte unter 4% werden nicht angezeigt.

4.12.12. Der Fortbildungsbedarf im kRM.
Universitätskliniken



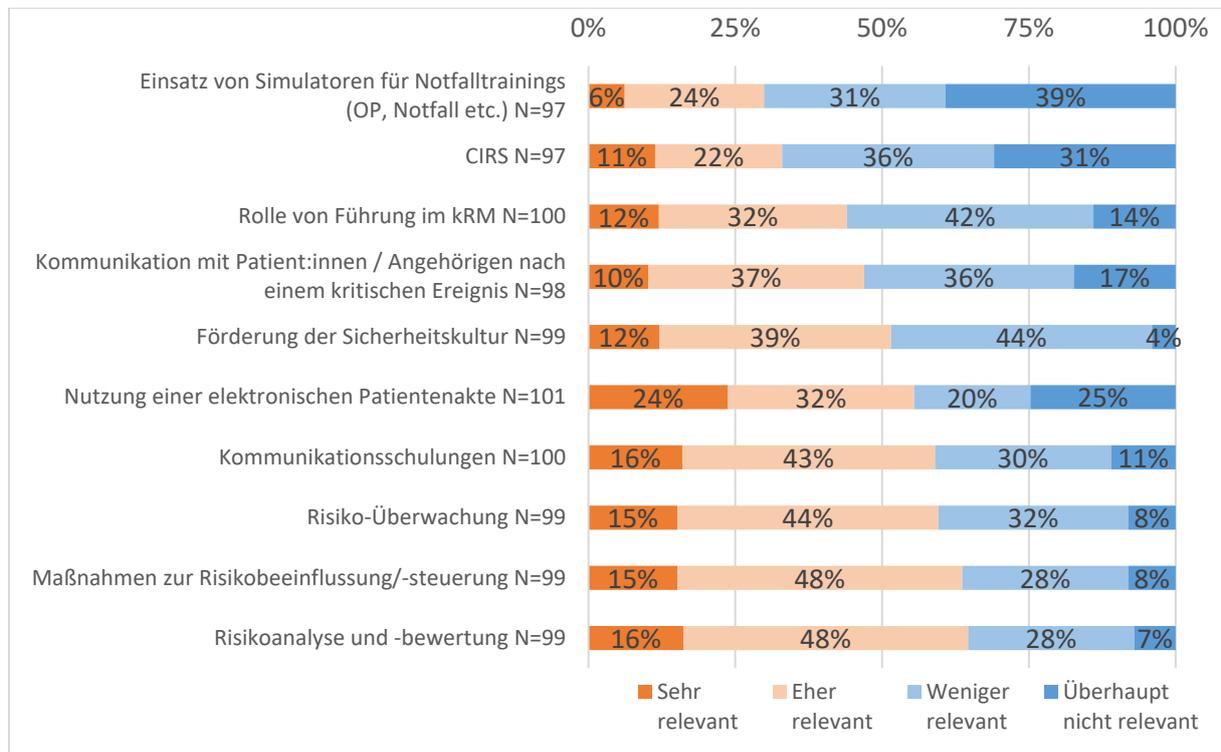
Anmerkung: Werte unter 4% werden nicht angezeigt.

4.12.13. Der Fortbildungsbedarf im kRM.
Psychiatrien



Anmerkung: Werte unter 4% werden nicht angezeigt.

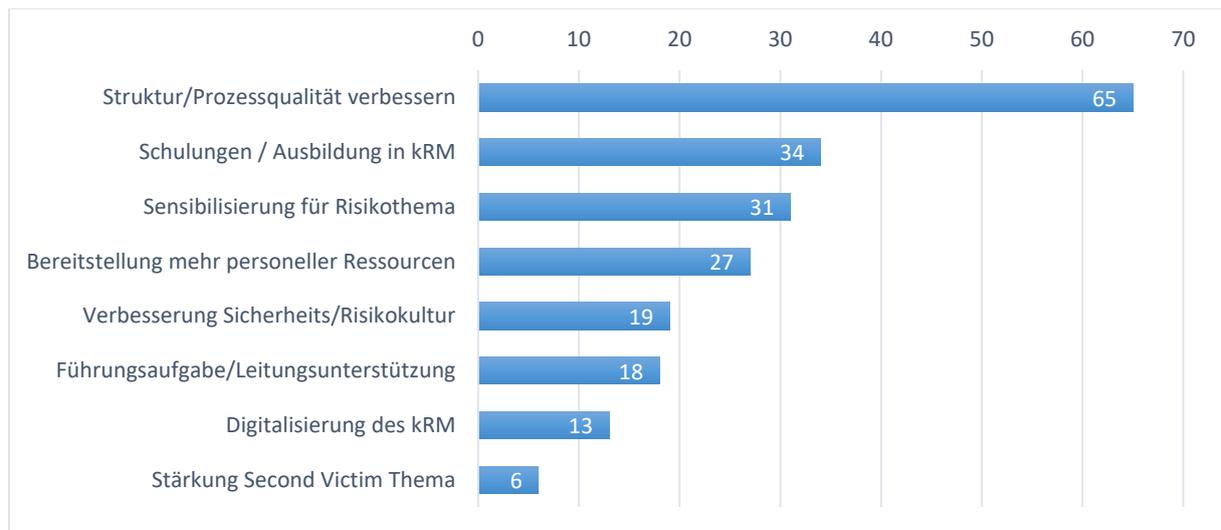
4.12.14. Der Fortbildungsbedarf im kRM.
Rehabilitationseinrichtungen



Anmerkung: Werte unter 4% werden nicht angezeigt.

In einem offenen Textfeld haben wir die Teilnehmer:innen gebeten, ihre Überlegungen zum Handlungsbedarf mitzuteilen. Die 176 eingegangenen Antworten reichten von kurzen Antworten mit ein oder zwei Stichworten (z.B. CIRS, Kommunikation) bis hin zu mehreren Sätzen mit detaillierten Empfehlungen. Die einzelnen Antworten wurden nach inhaltlicher Übereinstimmung thematisch gruppiert (siehe auch linke Spalte, Tabelle 4.12.16). In der nachstehenden Tabelle 4.12.16 sind einige der häufig genannten Themen aufgeführt, illustriert durch einige Aussagen.

4.12.15. Wo sehen Sie in Ihrer Einrichtung im kRM den größten Handlungsbedarf?
Häufigkeit einiger Themen (absolute Zahlen, N).



4.12.16. Wo sehen Sie in Ihrer Einrichtung im kRM den größten Handlungsbedarf?
Einige Beispielzitate.

Thematische Gruppe	Beispielzitate
Struktur-/ Prozessqualität verbessern	<ul style="list-style-type: none"> - „Grundsätzlicher Systemaufbau Risikopolitik“ / „regelmäßiger Austausch“ - „feste Verankerung im Unternehmen“ / „Einbindung in Routinen“ - „Prozessoptimierung, Systematisierung, systematische Fallanalysen“ - „systematisches Maßnahmenmanagement: Umsetzung von Verbesserungsmaßnahmen und deren Bewertung/ Evaluation sowie deren Nachhaltung (Erfolgsmessung)“ - „kRM alleine ist nicht in der Lage Verbesserungen herbeizuführen. Zusätzlich sind Kompetenzen im Prozess- und Projektmanagement erforderlich“ - „Wirksamkeitsprüfungen“ - „Lernen aus Fehlern/Umgang mit Auswertungen mit Maßnahmengenerierung - um den größtmöglichen Benefit zu haben“ - Erstellung eines klinikübergreifenden standardisierten Prozesses zum Umgang, Monitoring, etc. (in Arbeit)“ - „Medikamentensicherheit - Die Einbindung eines Pharmazeuten könnte sinnvoll sein. Ausreichend Zeit für die Patienten für sicheren Aufenthalt“

Schulungen / Ausbildung in kRM	<ul style="list-style-type: none"> - „Angebot an Kommunikationsschulungen und Simulationstrainings“ - „Aus- und Weiterbildung kRM, kontinuierliche Schulungen“ - „Ausrollen und Schulung des neuen CIRS-Systems“ - „erhöhtes Fortbildungs-Budget auch für Externe Veranstaltungen“ - „Nachschulung kRM“ - „Regelmäßige Schulungen der Führungskräfte“ - „Schulung der Mitarbeitenden (Ärzte und Pflege)“ - „Schulung der Mitarbeiter bzgl. klinischen Risiken“ - „Weitere Ausbildung der Mitarbeiter im klinischen Risikomanagement“
Sensibilisierung für Risikothema	<ul style="list-style-type: none"> - „Die Vielschichtigkeit der Thematik immer wieder zu vermitteln und dafür zu sensibilisieren“ - „Fortlaufende Sensibilisierung der MA*innen zum Thema Risiko und Patientensicherheit im Tagesgeschäft“ - „Sensibilisierung der Mitarbeiter für die Thematik, das Einhalten von vorgegebenen Prozessen und Abläufen und die Nutzung von bereitgestellten Checklisten und Tools“ - „Immer noch teilweise Angst vor Konsequenzen in den einzelnen Bereichen. Oft ist das Denken noch zu viel Richtung wer hat Schuld, zu wenig lösungsorientiert“ - „Mehr Prävention vor Reaktion - Offener Umgang mit Risiken Mehr Transparenz“ - „Auswertung besonders positiver Ereignisse“
Bereitstellung mehr personeller Ressourcen	<ul style="list-style-type: none"> - „Zur Verfügung stellen von zeitlichen/personellen Ressourcen durch die Geschäftsführung für das Risikomanagement“ - „Der Aufbau eines kRM Teams“ - „Personelle Unterstützung im Risikomanagement“ - „ausreichende zeitliche & personelle Ressourcen für interdisziplinäre, berufsgruppenübergreifende Kommunikation und Fortbildungszeiten“ - „Ressourcenbereitstellung für die konsequente Umsetzung eines systematischen kRM“ - „Notwendige Personalressource, zur strukturierten und ganzheitlichen Bearbeitung des Themas“ - „mind. Beibehalten der für das kRM verfügbaren personellen Ressourcen, besser wäre eine Personalaufstockung“ - „Personelle Ressourcen für das kRM reichen nicht aus - die erforderliche Erhöhung des VK-Anteils ist nicht unmittelbar erlösrelevant und deshalb nicht verhandelbar“
Verbesserung Sicherheits- /Risikokultur	<ul style="list-style-type: none"> - „Entwicklung einer Haltung der Mitarbeiterschaft zur Priorität von Patientensicherheit, auch in nichtklinischen Abteilungen“ - „Weiterentwicklung der konstruktiven Sicherheitskultur“ - „Förderung einer integrativen Sicherheitskultur“ - „Bereitschaft, offen mit relevanten Risiken umzugehen“ - „Weiterentwicklung einer patientenorientierten Fehlerkultur“ - „interne Vernetzung und Austausch, hausweites kRM-Konzept“
Führungsaufgabe/ Leitungsunterstützung	<ul style="list-style-type: none"> - „Führungsverantwortung zum kRM der Geschäftsführung stärken“ - „Klare Strategie und Risikopolitik, sowie klare Kommunikation dazu von der Geschäftsführung“ - „Stärkere Verankerung in die Geschäftspolitik“ - „Verantwortlichkeit von Führung bei der Umsetzung des kRM“
Digitalisierung des kRM	<ul style="list-style-type: none"> - „Etablierung EDV-gestütztes RM-Tool im Klinikalltag“ - „Digitalisierung E-Learning Software für Risikomanagement“ - „Weiterentwicklung von IT-Systemen, Vorantreiben der Digitalisierung“ - „Anschaffung einer Software, die mal wieder sehr teuer sein wird“
Stärkung des “Second Victim” Thema	<ul style="list-style-type: none"> - „Kommunikation mit Patienten und Angehörigen. Gefährdungsbeurteilungen in Bezug auf Second Victims Phänomen erweitern.“ - „Weiterentwicklung Suizidvermeidung, Verhinderung Angriff auf Personal und AMTS“ - „Umgang mit Second Victims“

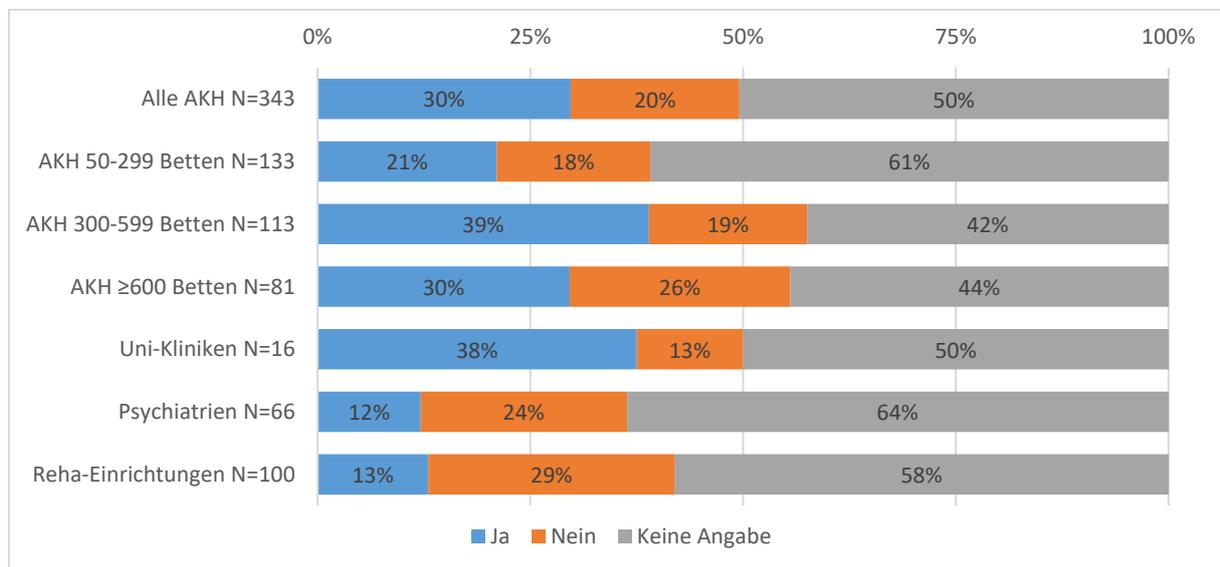
4.13. Abschlussbewertung

Im letzten Abschnitt haben wir einige resümierende Fragen gestellt. Die Abbildung 4.13.1. zeigt die Auswirkungen der Einführung des kRMs auf die Prämienkonstellation der Haftpflichtversicherung. Die meisten Teilnehmer aus allen Teilgruppen haben keine Antwort gegeben. Die allgemeinen Krankenhäuser haben diese Frage mehrheitlich bejaht, während die psychiatrischen Krankenhäuser und Rehabilitationseinrichtungen sie überwiegend verneinten.

Mehrheitlich betrachten die Teilnehmer den Umsetzungsstand ihres kRM als genauso gut wie im Durchschnitt anderer Einrichtungen ihres Typs (Abbildung 4.13.2.). Nur Universitätskliniken stufen ihr kRM eher überdurchschnittlich (47%) oder weit überdurchschnittlich (20%) ein.

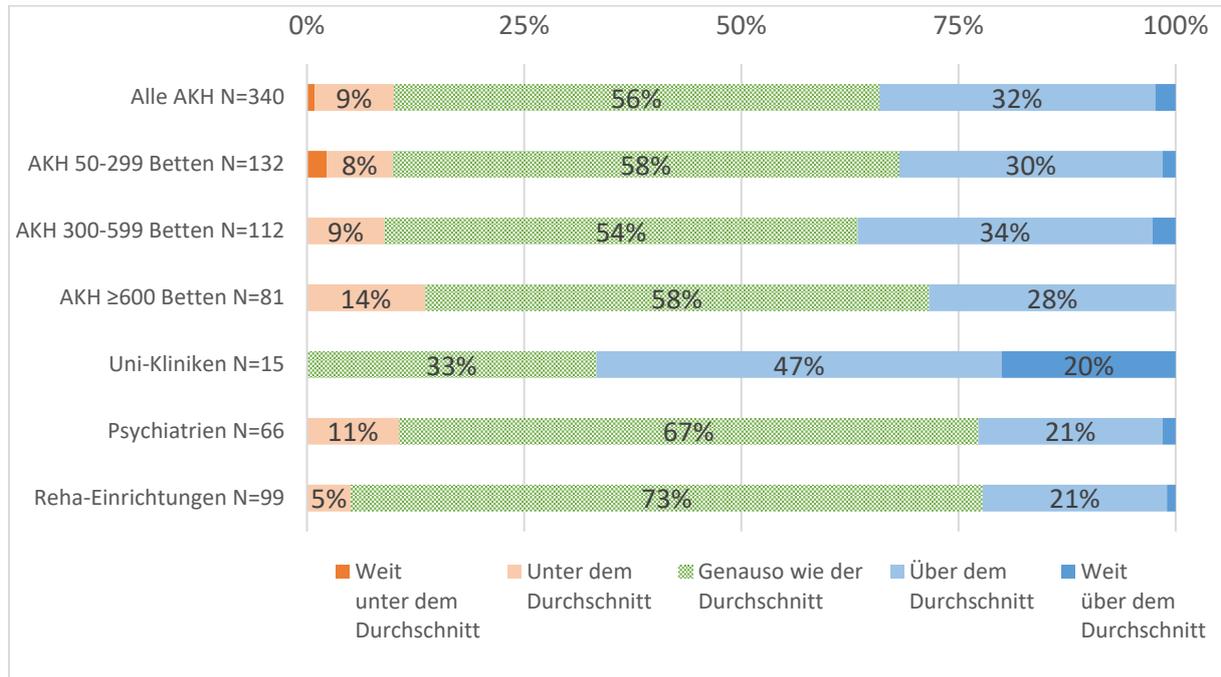
Die Abbildung 4.13.3. zeigt die Ergebnisse zur Frage "Wo glauben Sie, steht heute Ihre Einrichtung in Bezug auf die eigene Idealvorstellung für das kRM? (0% = noch nichts davon erreicht, 100% = alles schon erreicht)". Der Boxplot zeigt Minimum und Maximum, erstes und drittes Quartil sowie den Median für jede der sieben Teilgruppen. Die Spanne für Universitätskliniken liegt zwischen 50% und 100%, mit einem Median von 70%. Für alle anderen Teilgruppen variiert die Spanne von 0% bis 90-98% mit einem Median von 60% für allgemeine Krankenhäuser, 67,5% für psychiatrische Krankenhäuser und 65% für Rehabilitationseinrichtungen.

4.13.1. Hat die Einführung des klinischen Risikomanagements (kRM) Auswirkungen auf die Prämienkonstellation Ihrer Haftpflichtversicherung?



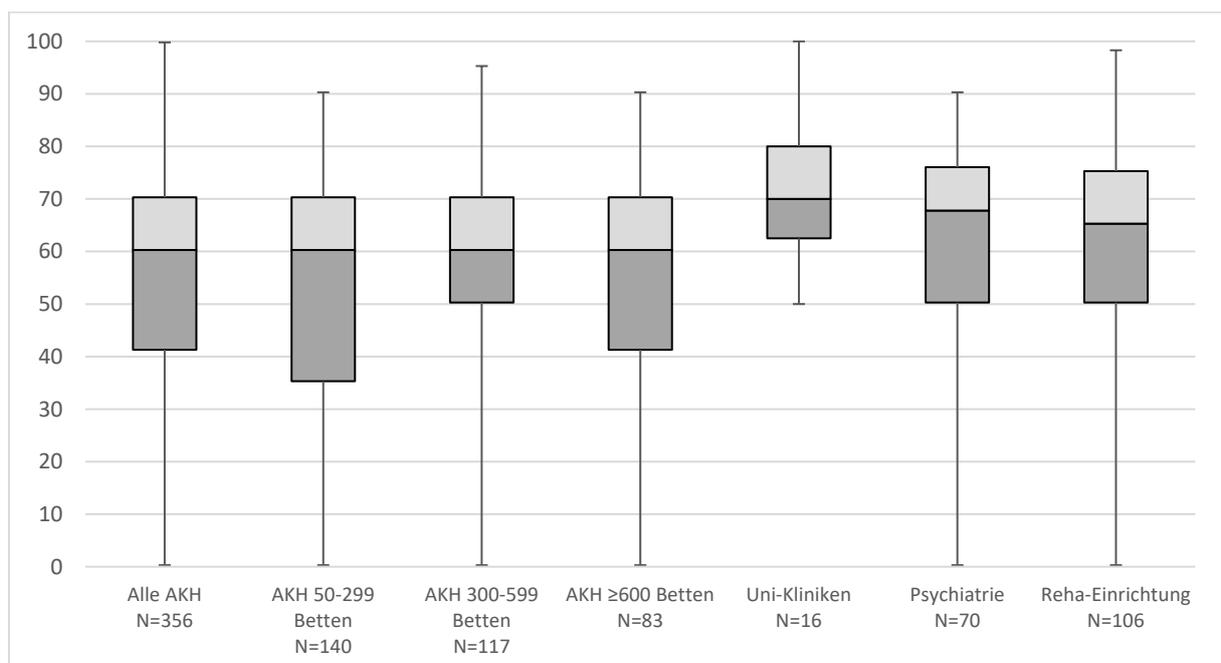
Anmerkung: AKH – Allgemeinkrankenhäuser; Reha-Einrichtungen – Rehabilitationseinrichtungen.

4.13.2. Was glauben Sie, wo Ihre Einrichtung in Bezug auf die Einführung des klinischen Risikomanagements (kRM) im Vergleich zu anderen Einrichtungen Ihres Typs / Versorgungsschwerpunktes heute steht?



Anmerkung: AKH – Allgemeinkrankenhäuser; Reha-Einrichtungen – Rehabilitationseinrichtungen.

4.13.3. Wo glauben Sie, steht heute Ihre Einrichtung in Bezug auf die eigene Idealvorstellung für das kRM? (0% = noch nichts davon erreicht, 100% = alles schon erreicht)



Anmerkung: AKH – Allgemeinkrankenhäuser; Reha-Einrichtungen – Rehabilitationseinrichtungen. Die Grafik zeigt (von unten nach oben) Minimum, 1. Quartil, Median, 3. Quartil und das Maximum.

5. Zusammenfassung

Ziel dieser Umfrage war es, eine aktuelle Übersicht und empirisch basierte Bewertung über die Anwendung und Umsetzung der kRM-Methoden in deutschen Krankenhäusern, Psychiatrien und Rehabilitationskliniken zu erhalten. Der Bericht stellt die Merkmale der teilnehmenden Einrichtungen sowie die deskriptiven Ergebnisse für verschiedene inhaltliche Schwerpunkte vor.

Generell zeigen die Daten, dass viele der Strukturen und Prozesse des kRM, besonders die von regulatorischen oder zertifizierenden Stellen geforderten, in Krankenhäusern unterschiedlicher Größe mehrheitlich umgesetzt sind (z.B. Beschwerdemanagement, CIRS, M&M-Konferenzen). Gleichzeitig machen die Ergebnisse deutlich, dass in einigen Bereichen noch erheblicher Handlungs- und Verbesserungsbedarf besteht (z.B. Patientensicherheitskultur, Umgang mit dem "second victim"-Phänomen, aktive Einbeziehung von Patienten ins kRM). In manchen Abschnitten der Umfrage wurde ein geringerer Umsetzungsgrad in psychiatrischen Krankenhäusern und Rehabilitationskliniken im Vergleich zu Allgemeinkrankenhäusern festgestellt, was zumindest teilweise auf unterschiedliche regulatorische Vorgaben und Aufgabenbereiche, nicht zuletzt aber auch auf unterschiedliche Patienten- und Risikostrukturen zurückzuführen ist.

Die gemeinsamen Strategien und Ziele von kRM werden in deutschen Krankenhäusern und Rehabilitationskliniken auf Grundlage der erhobenen Daten überwiegend gut umgesetzt. Ziele und Strategien des kRM sind weitgehend schriftlich festgelegt, die Prozesse sind definiert und dokumentiert, die Aufgaben, Kompetenzen und Verantwortlichkeiten sind mehrheitlich verbindlich festgelegt, zugewiesen und an das beteiligte Personal vermittelt. Mindestens die Hälfte der befragten Allgemeinkrankenhäuser bietet regelmäßige Schulungen in kRM an. Gleichzeitig gibt mindestens die Hälfte der Teilnehmer:innen aus allen Organisationsgruppen an, drei oder weniger Personen im kRM zu beschäftigen. Wenn zusätzliche Instrumente zur Überwachung und Prävention klinischer Risiken eingeführt werden sollen, scheinen zusätzliche personelle Ressourcen erforderlich zu sein.

Nach Angaben der WHO kann jeder zehnte Patient bzw. jede zehnte Patientin im Rahmen der stationären Gesundheitsversorgung einen Schaden erleiden (Weltgesundheitsorganisation 2021). Nicht jedes unerwünschte Ereignis führt zu einer Schädigung des Patienten/der Patientin, daher ist die Zahl der unerwünschten Ereignisse und Beinahefehler vermutlich deutlich höher. Die Verwendung von Fehlermeldesystemen ist verpflichtend und fast alle Allgemeinkrankenhäuser geben an, über ein CIRS zu verfügen, im Durchschnitt seit 2013. Dennoch liegt die durchschnittliche Zahl der Meldungen pro Jahr bei 54. Angesichts der Anzahl an Behandlungen und Mitarbeiter:innen ist davon auszugehen, dass nur ein Bruchteil der Fälle, die für organisatorisches Lernen und Qualitäts- und Sicherheitsverbesserungen genutzt werden könnten, gemeldet werden. Dies macht den dringenden Bedarf nach Verstärkung sowohl des Berichtens, also auch der konsequenten Befassung mit Sicherheitskulturen in den Einrichtungen deutlich.

Die dem Abschnitt Patientensicherheit zugeordneten Fragen stützten sich primär auf die Inhalte und Ziele des Globalen Aktionsplan Patientensicherheit 2021-2030 der WHO. Aus den Daten geht hervor, dass mehr als die Hälfte der Krankenhäuser und Rehabilitationskliniken weder Beauftragte für Patientensicherheit benannt, noch Verfahren zur Überwachung der sicherheitsrelevanten Kompetenzen der Mitarbeiter:innen etabliert haben. Von dokumentierten Verfahren zur Offenlegung unerwünschter Ereignisse gegenüber

Patient:innen wird auch von weniger als der Hälfte der Einrichtungen berichtet. Zudem stehen dem Klinikpersonal im Falle von Patientenschäden oder unerwünschten Ereignissen nur begrenzte Ressourcen zur Verfügung, die auch für die "Second Victims"-Thematik erforderlich wären. Die Rolle von Patient:innen sowie Patientenvertreter:innen im kRM wird ebenfalls eher als ausbaufähig berichtet. In nur einem Bruchteil der befragten Einrichtungen sind Patientenvertreter:innen in die kRM-Prozesse eingebunden, d.h. weder auf strategischer Ebene noch bei der Entwicklung von Verbesserungen in der Reaktion auf gemeldete unerwünschte Ereignisse wird ihre Kompetenz und Erfahrung genutzt.

Wir haben eine beträchtliche Streuung innerhalb der Gruppen der befragten Einrichtungen und eine Variabilität zum erfragten Stand der kRM-Aktivitäten als auch Handlungsbedarfen beobachtet. Die Aufschlüsselung nach Einrichtungstyp und Größe macht deutlich, dass die Antworten mitunter über die gesamte Bandbreite der verfügbaren Antwortkategorien variierten. Während einige Einrichtungen ein bestimmtes kRM-Verfahren oder -Konzept vollständig implementiert haben, planen andere entweder gerade die Implementierung oder geben sogar an, dass dies für sie nicht relevant sei. Beispielsweise geben zum Thema "Angebot regelmäßiger Schulungen im kRM" Allgemeinkrankenhäuser alle fünf Antwortkategorien von "noch nicht damit befasst" (12%) bis "vollständig umgesetzt" (25%) an. Ein ähnliches Bild ergibt sich beim Verbesserungspotenzial und dem Schulungsbedarf. Zum Beispiel können die Teilnehmer:innen bei der Frage zum Fortbildungsbedarf bei "Nutzung der elektronischen Patientenakte" in vier vergleichbare Gruppen von "sehr relevant" (30%) bis "absolut nicht relevant" (19%) aufgeteilt werden. Diese großen Unterschiede in den kRM-Praktiken sollten näher betrachtet und adressiert werden, vor allem hinsichtlich möglicher Auswirkungen auf die Qualität und Sicherheit der Versorgung.

Neben der Betrachtung des klinischen Risikomanagements wäre eine Bestandserhebung des kRM und Qualitätsmanagements im ambulanten Bereich sehr sinnvoll, um ein vollständiges Bild der Sicherheitsstrukturen zur Verbesserung der Patientensicherheit zu erhalten. Dies sollte auch die sektorübergreifende Versorgung einbeziehen, die die Patientenpfade abbildet.

Limitationen

Der vorliegende Bericht und dessen Ergebnisse sollte vor dem Hintergrund möglicher Einschränkungen interpretiert werden. Die methodischen Einschränkungen der Studie lassen sich hauptsächlich in Bezug auf die Stichprobe und das Studieninstrument einordnen. Die Stichprobengröße (von 615 ausgefüllten Fragebögen, Rücklaufquote 22%), sowie die bei Berücksichtigung der durchschnittlichen Beantwortung für 1,65 Standorte Gesamtrücklaufquote von 37,6% sind vergleichbar mit früheren in Deutschland durchgeführten Studien (Lauterberg 2012; McDermott et al. 2016). Dabei könnte jedoch eine Auswahlverzerrung (engl.: selection bias) vorliegen, wenn an der Befragung ein größerer Anteil von Einrichtungen mit größerem Interesse und Engagement beim kRM teilgenommen hat. Das Studieninstrument ist ein Fragebogen, der Selbstauskünfte generiert (Anhang 1). Die umfangreiche Beantwortung dauerte bis zu einer Stunde, allerdings gibt es keine Hinweise auf eine hohe Quote vorzeitiger Abbrüche beim Ausfüllen. Wie bei den meisten Studien mit ähnlichen Methoden kann eine Verzerrung der Antworten hinsichtlich sozialer Erwünschtheit nicht ausgeschlossen werden. Allerdings hatten die Teilnehmer:innen auch die Möglichkeit, durch die Befragung Veränderungen in ihren Einrichtungen zu initiieren, was zu einer negativen Verzerrung geführt haben könnte.

Trotz der Länge des Fragebogens und des Bemühens um Kontinuität zu früheren Erhebungen sind inhaltliche Limitationen festzuhalten. Es konnten nicht sämtliche Aspekte rund um das kRM mit aufgenommen werden. Auch wenn die Befragung einen längeren Zeitraum adressiert, ist nicht ausgeschlossen, dass die aktuellen COVID-19-Wellen Auswirkungen auf den aktuellen und praktischen Stellenwert des kRM haben, der sich auf die Antworten ausgewirkt

hat. Auch angesichts der fortlaufenden Überarbeitungen von Richtlinien und Vorgaben müssen die Inhalte und Ergebnisse immer vor dem Hintergrund des jeweiligen Erhebungszeitraumes interpretiert werden. Schon deshalb sollte das Befragungsinstrument regelmäßig analog der Entwicklungen in Forschung, Politik und Praxis aktualisiert werden.

Eine Limitation zur Nutzung einrichtungsübergreifender Berichts- und Lernsysteme ist die nur grundsätzlich erfragte Nutzung besagter Systeme. Eine detailliertere Befassung mit der Intensität der Nutzung sowohl bei der Abgabe von Meldungen als auch der systematischen Einbindung externer Meldungen in eigene Lernprozesse durch Nutzung dieser Systeme könnte Gegenstand einer separaten Untersuchung sein.

Die Befragung erfolgte bei Krankenhäusern, Psychiatrien und Rehabilitationskliniken mit identischen Inhalten. Dabei waren einige der Abschnitte nicht für alle Teilnehmer:innen relevant (bspw. kRM-Methoden der klinischen Intensiv- oder Akutversorgung). Eine Empfehlung für künftige Befragungen ist die Bereitstellung einrichtungsspezifischer Versionen (oder Module), die vor allem bei den Reha-Einrichtungen auch zur Erhöhung der Responserate beitragen könnte. Zudem ist es möglich, dass die Methoden oder Ansätze, die heutzutage als "nicht relevant" bewertet werden, zukünftig nach regulatorischen und/oder kulturellen Veränderungen gut implementiert werden können.

Schlussfolgerung

Der Bericht gibt einen Überblick über die Nutzung und Implementierung von kRM in deutschen Krankenhäusern und Rehabilitationskliniken im Jahr 2022. Die Daten zeigen sowohl Stärken auf, die für weitere Entwicklungen als Grundlage genutzt werden können, als auch Bereiche mit erheblichem Verbesserungspotenzial. Das Erhebungsinstrument wurde von den Teilnehmer:innen gut angenommen und vermittelt einen guten Überblick zum Stand des kRM in stationären Gesundheitseinrichtungen.

Verantwortliche für kRM als auch die Leitung und das Management von Gesundheitseinrichtungen können diese Daten nutzen, um sich über den bestehenden Standard in vergleichbaren Einrichtungen zu informieren und notwendige Verbesserungen zu planen, auch zur Erlangung von Wettbewerbsvorteilen. Politische Entscheidungsträger:innen können die Daten nutzen, um die Wirksamkeit früherer Strategien und Interventionen zu bewerten und auf dieser Grundlage Weiterentwicklungen anzustoßen. Forscher:innen, die an kRM interessiert sind, stehen die Daten zur Verfügung, um für sie relevante Themen zu identifizieren und bedarfsorientierte Prioritäten für wissenschaftliche Forschungs- und Entwicklungsprojekte in der Patientenversorgung zu setzen.

Literaturverzeichnis

- Aktionsbündnis Patientensicherheit (2016): Anforderungen an klinische Risikomanagementsysteme im Krankenhaus. Handlungsempfehlung. Berlin. Online verfügbar unter https://www.aps-ev.de/wp-content/uploads/2016/08/HE_Risikomanagement-1.pdf, zuletzt geprüft am 04.10.2022.
- Briner, Matthias; Kessler, Oliver; Pfeiffer, Yvonne; Wehner, Theo; Manser, Tanja (2010): Assessing hospitals' clinical risk management: Development of a monitoring instrument. In: *BMC health services research* 10, S. 337. DOI: 10.1186/1472-6963-10-337.
- Gambashidze, Nikoloz; Hammer, Antje; Brösterhaus, Mareen; Manser, Tanja (2017): Evaluation of psychometric properties of the German Hospital Survey on Patient Safety Culture and its potential for cross-cultural comparisons: a cross-sectional study. In: *BMJ open* 7 (11), e018366. DOI: 10.1136/bmjopen-2017-018366.
- Grissinger, Matthew (2014): Too many abandon the "second victims" of medical errors. In: *P & T : a peer-reviewed journal for formulary management* 39 (9), S. 591–592.
- Hodkinson, Alexander; Zhou, Anli; Johnson, Judith; Geraghty, Keith; Riley, Ruth; Zhou, Andrew et al. (2022): Associations of physician burnout with career engagement and quality of patient care: systematic review and meta-analysis. In: *BMJ (Clinical research ed.)* 378, e070442. DOI: 10.1136/bmj-2022-070442.
- Lauterberg, Jörg (2012): Abschlussbericht. Befragung zum Einführungsstand von klinischem Risiko-Management (kRM) in deutschen Krankenhäusern. Unter Mitarbeit von Karl Blum, Matthias Briner und Constanze Lessing. Institut for Patient Safety. Bonn, Germany.
- Manser, Tanja; Frings, Janina; Heuser, Gregory; Mc Dermott, Fiona (2016): The German clinical risk management survey for hospitals: Implementation levels and areas for improvement in 2015. In: *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen* 114, S. 28–38. DOI: 10.1016/j.zefq.2016.06.017.
- McDermott, Fiona; Frings, Janina; Heuser, Gregory; Manser, Tanja (2016): Abschlussbericht. Deutschlandweite Befragung zum Einführungsstand des klinischen Risikomanagements. Teil I: Deskriptive Ergebnisse zur Implementierung des klinischen Risikomanagements 2015. Institute for Patient Safety. Bonn, 2016.
- Scott, S. D.; Hirschinger, L. E.; Cox, K. R.; McCoig, M.; Brandt, J.; Hall, L. W. (2009): The natural history of recovery for the healthcare provider "second victim" after adverse patient events. In: *Quality & safety in health care* 18 (5), S. 325–330. DOI: 10.1136/qshc.2009.032870.
- Sorra J.S. & Nieva V. F. (2004): Hospital Survey on Patient Safety Culture. (Prepared by Westat, under Contract No. 290-96-0004). AHRQ Publication No. 04-0041. Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ). Rockville, MD.
- Strametz, R.; Bayeff-Filloff, M. (2019): Risikomanagement in der Notaufnahme. 1. Auflage. Stuttgart: Verlag W. Kohlhammer.
- Strametz, Reinhard; Fendel, Johannes C.; Koch, Peter; Roesner, Hannah; Zilezinski, Max; Bushuven, Stefan; Raspe, Matthias (2021a): Prevalence of Second Victims, Risk Factors, and Support Strategies among German Nurses (SeViD-II Survey). In: *International journal of environmental research and public health* 18 (20). DOI: 10.3390/ijerph182010594.

Strametz, Reinhard; Koch, Peter; Vogelgesang, Anja; Burbridge, Amie; Rösner, Hannah; Abloescher, Miriam et al. (2021b): Prevalence of second victims, risk factors and support strategies among young German physicians in internal medicine (SeViD-I survey). In: *Journal of occupational medicine and toxicology (London, England)* 16 (1), S. 11. DOI: 10.1186/s12995-021-00300-8.

Vincent, Charles; Amalberti, René (2016): *Safer Healthcare. Strategies for the Real World*. 1st ed. 2016. Cham: Springer International Publishing; Imprint: Springer.

World Health Organization (2021): *Global patient safety action plan 2021–2030: towards eliminating avoidable harm in health care*. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. Geneva.

Anhang 1: der Fragebogen

 DEUTSCHES KRANKENHAUS INSTITUT	 AKTIONSBÜNDNIS PATIENTENSICHERHEIT	 UNIVERSITÄT BONN	 Hochschule RheinMain	 DEUTSCHE KRANKENHAUS GESELLSCHAFT		
<p>Befragung zum Umsetzungsstand des klinischen Risikomanagements (kRM) in Krankenhäusern und Rehabilitationskliniken in Deutschland 2021/2022</p> <p>Projekt des Aktionsbündnisses Patientensicherheit für das Bundesministerium für Gesundheit</p> <p>Kooperationspartner:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Institut für Patientensicherheit der Universität Bonn • Lehrstuhl Medizin für Ökonomen der Hochschule RheinMain • Deutsches Krankenhausinstitut 						
<p>Sehr geehrte Damen und Herren,</p> <p>im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit führt ein Konsortium unter Leitung des Aktionsbündnisses Patientensicherheit eine Online-Befragung zum klinischen Riskmanagement durch. Ziel des Projektes ist eine umfassende Bestandsaufnahme zur Patientensicherheit durch das Management klinischer Risiken. Wir möchten Sie herzlich um eine Teilnahme ersuchen.</p> <p>Weitere Projektpartner sind das Deutsche Krankenhausinstitut, das Institut für Patientensicherheit der Universität Bonn und die Hochschule RheinMain in Wiesbaden.</p> <p>Ihr besonderer Vorteil: Für jede teilnehmende Klinik wird ein kostenloser Ergebnisbericht erstellt. Darin werden jeweils Ihre klinikindividuellen Daten den Vergleichswerten der Gesamterhebung bzw. zu Kliniken Ihres Typs gegenübergestellt. So wissen Sie auf einen Blick, wo Sie im klinischen Risiko-Management stehen. Eine günstige Gelegenheit, in diesem Bereich gezielt Verbesserungen zu erkennen und umzusetzen.</p> <p>Wir möchten Sie bitten, den Fragebogen zeitnah zu beantworten oder beantworten zu lassen, etwa durch Ihr Qualitäts- oder Risiko-Management. Nur mit breiter Beteiligung an der Studie kann ein repräsentatives Bild zur nationalen Lage entstehen.</p> <p>Wir sichern Ihnen ausdrücklich zu, dass die Ergebnisse der Untersuchung ausschließlich in anonymisierter Form dargestellt werden. Jedwede Rückschlüsse auf einzelne Kliniken sind ausgeschlossen. Ihre Angaben werden streng vertraulich behandelt und nicht an Dritte außerhalb des Projektkonsortiums weitergeleitet.</p> <p>Für Rückfragen steht Ihnen zur Verfügung:</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> Dr. Karl Blum Tel.: 0211 – 47 051-17 Fax: 0211 – 47 051-67 E-Mail: forschung@dki.de </td> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> Deutsches Krankenhausinstitut Hansaallee 201 40549 Düsseldorf </td> </tr> </table>					Dr. Karl Blum Tel.: 0211 – 47 051-17 Fax: 0211 – 47 051-67 E-Mail: forschung@dki.de	Deutsches Krankenhausinstitut Hansaallee 201 40549 Düsseldorf
Dr. Karl Blum Tel.: 0211 – 47 051-17 Fax: 0211 – 47 051-67 E-Mail: forschung@dki.de	Deutsches Krankenhausinstitut Hansaallee 201 40549 Düsseldorf					
<p>Vielen Dank für Ihre Mitarbeit an diesem wichtigen Projekt!</p>						

1 Allgemeine Angaben			
1A Allgemeine Angaben zu Ihrer Einrichtung:			
Wie viele Standorte umfasst Ihre Einrichtung insgesamt (Anzahl Standorte)?	_____ Anzahl Standorte insgesamt		
Anzahl der Planbetten aller Standorte insgesamt?	_____ Anzahl Planbetten insgesamt (für alle Standorte)		
Für wie viele Standorte füllen Sie diesen Fragebogen aus?	_____ Anzahl Standorte (im Fragebogen)		
Für welche Einrichtung(en) füllen Sie diesen Fragebogen aus (Name der Einrichtung / Standort)?			
Anzahl der Planbetten der Standorte, für die Sie diesen Fragebogen ausfüllen?	_____ Anzahl Planbetten (im Fragebogen)		
1B Verfügt Ihre Einrichtung über die folgenden Zertifizierungen? Wenn ja: In welchem Jahr fand die letzte (Re-)Zertifizierung statt?	Nein	Ja →	Jahr der letzten (Re-)Zertifizierung
KTQ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> →	_____
ProCumCert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> →	_____
DIN EN ISO 9001	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> →	_____
JCI (Joint Commission International)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> →	_____
1C Liegen für Ihr Haus medizinische Fachzertifizierungen vor (z. B. zertifiziertes Brustzentrum, zertifizierte Stroke Unit)?	Nein	Ja	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Wenn ja, welche?			
1D Wenn Sie noch Anmerkungen zum Kapitel „Allgemeine Angaben“ haben, können Sie uns diese hier gerne mitteilen!			

2 Strategien und Ziele des klinischen Risikomanagements (kRM)						
2A Bitte geben Sie an, inwiefern folgende Aussagen auf Ihre Einrichtung zutreffen.	Noch nicht damit befasst	Diskutiert, bisher keine Umsetzungspläne	Umsetzung in den nächsten 12 Monaten geplant	Unsystematisch umgesetzt	Systematisch umgesetzt	Bewusst dagegen entschieden oder nicht relevant für die Einrichtung
Gibt es für Ihre Einrichtung eine verbindliche, schriftlich festgelegte Strategie für das kRM?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gibt es für Ihre Einrichtung verbindliche, schriftlich festgelegte strategische Ziele für das kRM?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gibt es für das kRM in Ihrer Einrichtung verbindliche, schriftlich festgelegte operative Ziele?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sind Aufgaben, Kompetenzen und Verantwortlichkeiten im kRM in Ihrer Einrichtung klar definiert, dokumentiert und Mitarbeitenden verbindlich zugeordnet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sind die Prozesse des kRM (Verfahrensweisungen, Abläufe etc.) definiert und dokumentiert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sind die Prozesse des kRM (Verfahrensweisungen, Abläufe, Zuständigkeiten etc.) den involvierten Mitarbeitenden kommuniziert worden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wird die Wirksamkeit des kRM in Ihrer Einrichtung evaluiert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Werden regelmäßig Fortbildungen zum kRM angeboten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sind kRM und Fragen der Patientensicherheit fester Bestandteil der Tagesordnung für die Sitzungen der Einrichtungsleitung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gibt es ein Unterstützungsangebot für alle involvierten Mitarbeitenden nach einem kritischen Ereignis oder Fehler im Behandlungsverlauf (z. B. systematisches Debriefing, Supervision oder psychosoziale Unterstützung)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Finden im kRM Ihrer Einrichtung Aspekte der gendersensiblen Medizin Berücksichtigung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, welche?						
2B Wenn Sie noch Anmerkungen zum Kapitel „Strategien und Ziele des kRM“ haben, können Sie uns diese hier gerne mitteilen!						

3 Strukturen des klinischen Risikomanagements (kRM)			
3A Wie viele Personen arbeiten momentan mit wieviel Stellenprozent in der Organisation des klinischen Risikomanagements in Ihrer Einrichtung?			
Anzahl Personen / Köpfe:	_____ Köpfe		
Vollzeitäquivalente insgesamt in Prozent der Personen / Köpfe:	_____ %		
3B Wie ist das kRM in Ihrer Einrichtung organisiert?			
Zentral	<input type="checkbox"/>	Dezentral	<input type="checkbox"/>
Beides	<input type="checkbox"/>	Durch externe Dienstleister organisiert	<input type="checkbox"/>
3C An welchem Risikomanagementsystem orientiert sich Ihr zentrales Risikomanagement?			
ONR 49001	<input type="checkbox"/>	DIN EN 15224	<input type="checkbox"/>
DIN EN ISO 31000	<input type="checkbox"/>	Keine Orientierung an einem vorhandenen System	<input type="checkbox"/>
Keines der genannten	<input type="checkbox"/>	Sonstiges, und zwar:	
3D Wie ist das zentrale kRM-Team organisatorisch in Ihrer Einrichtung eingegliedert?			
Mitglied der Leitung	<input type="checkbox"/>	Der Leitung direkt unterstellt	<input type="checkbox"/>
Eine Stabsstelle der Leitung	<input type="checkbox"/>	Folgendem Fachbereich unterstellt (Ärztliche Direktion, Pflegedirektion, Kaufm. Leitung etc.):	
Andere Einbindung in die Organisation	<input type="checkbox"/>		
Bitte beschreiben Sie die andere Einbindung in die Organisation (Verantwortlichkeiten, Einheit, Stufe etc.):			
3E Inwieweit haben die Mitarbeitenden in dem zentralen kRM-Team Ihrer Einrichtung die folgenden Qualifikationen?			
	Weiterbildung im kRM	Weiterbildung im QM	Sonstige Weiterbildungen
Leitung des Teams	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Mitarbeitende des Teams	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

3F Hat Ihre Einrichtung in den letzten 5 Jahren Beratung durch externe Institutionen / Personen in folgenden Themen in Anspruch genommen?				
Einführung von kRM	<input type="checkbox"/>	Risikoanalyse*	<input type="checkbox"/>	
Risiko-Audit**	<input type="checkbox"/>	Juristische Beratung (Haftpflicht)	<input type="checkbox"/>	
Schulung / Fortbildung	<input type="checkbox"/>	Kommunikationsschulungen	<input type="checkbox"/>	
Überprüfung des kRM nach Einführung	<input type="checkbox"/>	CIRS	<input type="checkbox"/>	
Pandemie-Vorbereitung / -Management	<input type="checkbox"/>	Room of Horror	<input type="checkbox"/>	
Simulationstraining	<input type="checkbox"/>	Human-Factor-Training	<input type="checkbox"/>	
Stress- und Provokationstest	<input type="checkbox"/>	Anderes, und zwar:	<input type="checkbox"/>	
<p>* Risikoanalyse: Systematische Ermittlung und Gebrauch von Informationen um ein Risiko zu verstehen und nach Wahrscheinlichkeit und Auswirkung auf eine Organisation oder auf ein System einzuschätzen (ONR 49000:2014)</p> <p>**Risiko-Audit: Systematischer unabhängiger und dokumentierter Prozess zur Erlangung von Auditnachweisen und zu deren objektiver Auswertung um zu ermitteln, inwieweit die Auditkriterien erfüllt sind (ONR 49000:2014)</p>				
3G Bitte geben Sie an, inwiefern folgende Aussagen auf Ihre Einrichtung zutreffen.	Nein, und nicht geplant	Nein, aber konkret geplant	Teilweise umgesetzt	Vollständig oder weitgehend umgesetzt
Werden in Ihrer Einrichtung M&M-Konferenzen durchgeführt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Werden in den M&M-Konferenzen auch positive Fälle mit Lernbotschaft besprochen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3H In welcher Form finden die M&M-Konferenzen statt? (Bitte alle Zutreffenden ankreuzen)				
Erfolgt nach einem einrichtungswest festgelegten Konzept	<input type="checkbox"/>	Erfolgt in einzelnen Kliniken / Abteilungen / Funktionsbereichen	<input type="checkbox"/>	
Strukturiert	<input type="checkbox"/>	Dokumentiert	<input type="checkbox"/>	
Fachabteilungs- / fachgebietsübergreifend	<input type="checkbox"/>	Berufsgruppenübergreifend	<input type="checkbox"/>	
Regelmäßig	<input type="checkbox"/>			
3I Wenn Sie noch Anmerkungen zum Kapitel „Strukturen des kRM“ haben, können Sie uns diese hier gerne mitteilen!				

4 Risikobeurteilung (Risikoidentifikation, -analyse und -bewertung)						
4A Inwieweit kommen die folgenden Verfahren der Risikobeurteilung in Ihrer Einrichtung zum Einsatz?	Noch nicht damit befasst	Diskutiert, bisher keine Umsetzungspläne	Umsetzung in den nächsten 12 Monaten geplant	Unsystematisch umgesetzt	Systematisch umgesetzt	Bewusst dagegen entschieden oder nicht relevant für die Einrichtung
Analysen der Patientenakten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beschwerde-Management (Patient*innen und / oder Angehörige und / oder Zuweisende)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Auswertung von Behandlungsschäden, Behandlungsfehlern und / oder Anspruchserhebungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Direkte Beobachtung klinischer Abläufe, direkte Datenerhebung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Interne Risiko-Audits	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Externe Risiko-Audits	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Analyse von Daten zur externen Qualitätssicherung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Analyse von Daten zur Abrechnung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Analyse eigener Kennzahlen (z. B. Sturzraten oder eigene Komplikationsstatistiken)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schriftliche Befragungen der Patient*innen bzw. Angehörigen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schriftliche Befragungen der Mitarbeitenden zur Sicherheitskultur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hinweise der Haftpflichtversicherung oder deren Mittels-person	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gesetzliche Meldesysteme*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Einsatz von Verfahren zur Fallanalyse (z. B. Root Cause Analysis, London Protokoll usw.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Einsatz von Verfahren zur prospektiven Risikoanalyse (z.B. Prozessrisikoanalyse oder FMEA**)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Einsatz dialogorientierter Verfahren (z. B. Thematisierung in Abteilungs- oder Klinikbesprechungen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Analyseergebnisse, die auf den verschiedenen Risiko- Informationsquellen beruhen, werden für die Einrichtung an einer Stelle für eine Gesamtanalyse der klinischen Risiken zusammengeführt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>* Gesetzliche Meldesysteme sind die Meldung von unerwünschten Nebenwirkungen im Rahmen der Arzneimitteltherapie oder Anwendung von Medizinprodukten an das BfArM. Weitere gesetzliche Meldesysteme sind die externe Qualitätssicherung oder Meldungen an das RKI. (www.gqmg.de)</p> <p>** Failure Mode and Effects Analysis oder deutsch: Fehler-Möglichkeits- und Einflussanalyse: Bewertung eines Risikos nach Auswirkung, Eintrittswahrscheinlichkeit und Entdeckungswahrscheinlichkeit: quantifiziert Risiken mit einer Risikoprioritätszahl. Es werden sowohl die initialen Risiken als auch die verbleibenden Restrisiken nach Umsetzung der risikomindernden Maßnahmen bestimmt. (www.gqmg.de)</p>						
4B Wenn Sie noch Anmerkungen zum Kapitel „Risikobeurteilung“ haben, können Sie uns diese hier gerne mitteilen!						

5 Critical Incident Reporting System (CIRS)				
	Nein und nicht geplant	Nein, aber konkret geplant	Teilweise umgesetzt	Vollständig oder weitgehend umgesetzt
5A Bitte geben Sie an, inwiefern folgende Aussagen auf Ihre Einrichtung zutreffen.				
Verfügen Sie in Ihrer Einrichtung über ein einrichtungsinternes Berichts- und Lernsystem (CIRS)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beteiligen Sie sich an einem einrichtungsübergreifenden Berichts- und Lernsystem (Krankenhaus-CIRS-Netz Deutschland, CIRSmedical Anästhesiologie, CIRS Health Care (CHC))?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5B Bitte geben Sie an, inwiefern folgende Aussagen auf Ihre Einrichtung zutreffen.				
Eine Definition von zu meldenden kritischen Ereignissen („Was soll berichtet werden“) existiert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schadensfälle werden ins CIRS einbezogen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Das CIRS erlaubt anonyme Meldungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Das CIRS erlaubt Rückfragen des Analyseteams an den anonymen Berichtenden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schulungen zum CIRS finden statt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Meldende erhalten ein zeitnahes Feedback zu ihrem Bericht (direkt, falls Meldender bekannt, oder indirekt, bei Anonymität der Meldenden, z. B. durch Veröffentlichung eines Fallkommentars)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CIRS-Meldungen können von allen Mitarbeitenden eingesehen werden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CIRS-Meldungen werden nach einem festgelegten Schema systematisch analysiert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aus den Erkenntnissen der CIRS-Analysen werden Maßnahmen abgeleitet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die aus CIRS-Analyse abgeleiteten Maßnahmen werden allen Mitarbeitenden kommuniziert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Umsetzung der Maßnahmen wird überprüft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Das Personal wird aufgefordert / ermutigt, auch über unerwartet positive Behandlungsverläufe in Berichts- und Lernsystemen (CIRS) zu berichten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5C Seit wann (Datum / Jahr) ist ein CIRS in Ihrer Einrichtung eingesetzt?	_____			
5D Wie viele CIRS-Berichte gingen im Jahr 2020 ein?	_____			
5E Wie viele positive Berichte gingen im Jahr 2020 ein?	_____			
5F Wieviel Prozent der Abteilungen / Kliniken / Funktionsbereiche in Ihrer Einrichtung haben 2020 CIRS-Berichte eingereicht?	_____ %			
5G Wenn Sie noch Anmerkungen zum Kapitel „Critical Incident Reporting System“ haben, können Sie uns diese hier gerne mitteilen!				

6 Risikobewältigung						
6A Inwieweit kommen die folgenden Instrumente / Methoden für die Risikobewältigung in Ihrer Einrichtung zum Einsatz?	Noch nicht damit befasst	Diskutiert, bisher keine Umsetzungspläne	Umsetzung in den nächsten 12 Monaten geplant	Unsystematisch umgesetzt	Systematisch umgesetzt	Bewusst dagegen entschieden oder nicht relevant für die Einrichtung
Umsetzung eines systematischen Vorgehens zur Patient*innen-Identifikation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nutzung einer elektronischen Patientenakte (Lesbarkeit, Prozesssicherheit)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Einbindung von klinischem Fachpersonal (Apotheker*innen, Pharmazeut*innen, Pharmakolog*innen) zur Förderung der Arzneimitteltherapiesicherheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ausführung spezieller Maßnahmen zur Erhöhung der Arzneimitteltherapiesicherheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Umsetzung von systematischen MRSA-Screenings von Risikopatient*innen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Umsetzung von bundle interventions (z. B. zur Prävention von zentralvenösen Katheterinfektionen, zur Reduktion unnötig verwendeter Urinkatheter, zur Prävention beatmungsassoziiertes Pneumonien)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Einsatz von systematischem Dekubitusmanagement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Einsatz von systematischem Wundmanagement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sturzprävention mit Sturz-Assessment bei Risikopatient*innen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Einsatz von perioperativen (prä-, intra- und postoperativen) Checklisten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Durchführung von Simulatortrainings (z. B. für schwierige Operationen und Notfälle)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Umsetzung von Maßnahmen zur Früherkennung von Patient*innen mit Komplikationen (z. B. "rapid response")	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6B Second victims sind Mitarbeitende Ihrer Einrichtung, die durch einen unvorhergesehenen Zwischenfall am Patienten, einen medizinischen Fehler und / oder einer Verletzung des Patienten selbst zum Opfer werden, da sie durch dieses Ereignis traumatisiert sind. Inwieweit treffen die folgende Aussagen zu Second Victims auf Ihre Einrichtung zu?			Nein und nicht geplant	Nein, aber konkret geplant	Teilweise umgesetzt	Vollständig oder weitgehend umgesetzt
Wird in Ihrer Einrichtung das Second Victim Phänomen im Rahmen psychischer Gefährdungsbeurteilungen thematisiert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gibt es in Ihrer Einrichtung ein kollegiales Unterstützungsangebot auf Abteilungsebene?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gibt es in Ihrer Einrichtung psychologische Ersthelfer*innen, die zeitnah bei akuten Belastungssituationen unterstützen können?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gibt es eine interne oder externe Kooperation mit einem Psychotherapeutischen Dienst, um Gesundheitspersonal mit PTBS akut /	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gibt es eine schriftliche Handreichung zum Umgang mit Second Victims in der Einrichtung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wurden Führungskräfte bezüglich der Second Victim Problematik geschult?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6C Wenn Sie noch Anmerkungen zum Kapitel „Risikobewältigung“ haben, können Sie uns diese hier gerne mitteilen!				
7 Überwachung und Bericht von klinischen Risiken				
7A Werden für die Überwachung klinischer Risiken und Messung der Effektivität des klinischen Risikomanagements (kRM) anhand eines kennzahlen-gestützten Controllings in Ihrer Einrichtung folgende Daten erhoben und beobachtet? Bitte geben Sie an, inwiefern folgende Aussagen auf Ihre Einrichtung zutreffen.	Nein und nicht geplant	Nein, aber konkret geplant	Teilweise umgesetzt	Vollständig oder weitgehend umgesetzt
Statistiken zu Patientenschäden werden dokumentiert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schadenfallstatistiken der Risikoträger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anzahl von Schadensfällen und / oder Anspruchserhebungen pro Zeiteinheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Statistiken nosokomialer Infektionen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Aktivitäten der Einrichtung zum kRM werden dokumentiert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7B Inwieweit werden die folgenden Gesundheitsindikatoren in Ihrer Einrichtung erhoben und überwacht?	Nein und nicht geplant	Nein, aber konkret geplant	Teilweise umgesetzt	Vollständig oder weitgehend umgesetzt
Fremdkörper, der während eines Eingriffs zurückgeblieben ist	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Transfusionszwischenfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dekubitalgeschwüre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Katheterassoziierte Blutstrominfektionen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Postoperative Komplikationen (z. B. Lungenembolie, tiefe Beinvenenthrombose, Sepsis)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Geburtstrauma (Verletzung des Neugeborenen oder der Mutter)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ungeplante Wiederaufnahmen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arzneimittelschäden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7C Falls Sie derzeit andere Kennzahlen nutzen oder zu nutzen planen, geben Sie diese bitte hier an:				
7D Wenn Sie noch Anmerkungen zum Kapitel „Überwachung und Bericht von klinischen Risiken“ haben, können Sie uns diese hier gerne mitteilen!				

8 Entlassmanagement				
8A Inwieweit kommen die folgenden Instrumente / Methoden des Entlassmanagements in Ihrer Einrichtung zum Einsatz?	Nein und nicht geplant	Nein, aber konkret geplant	Teilweise umgesetzt	Vollständig oder weitgehend umgesetzt
Standardisiertes initiales Assessment bei allen Patienten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Klare personelle Zuständigkeiten für das Entlassmanagement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Standardisiertes differenziertes Assessment bei allen Patient*innen mit Bedarf für ein umfassendes Entlassmanagement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Frühzeitiger Beginn der Entlass-Planung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Frühzeitige Kontaktaufnahme mit Nachversorgenden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nahtloser Übergang der Patient*innen in die Anschlussversorgung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aushändigung patientenorientierter Unterlagen mit wichtigen Informationen für die Zeit nach der Entlassung an alle Patient*innen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Überprüfung der Entlass-Planung nach der Entlassung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Systematische Dokumentation, Analyse und Evaluation der Wiederaufnahmen von Patient*innen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8B Wenn Sie noch Anmerkungen zum Kapitel „Entlassmanagement“ haben, können Sie uns diese hier gerne mitteilen!				
9 Patientensicherheit				
9A Bitte geben Sie an, inwiefern folgende Aussagen auf Ihre Einrichtung zutreffen.	Nein und nicht geplant	Nein, aber konkret geplant	Teilweise umgesetzt	Vollständig oder weitgehend umgesetzt
Gibt es in Ihrer Einrichtung einen Patientensicherheits-Beauftragten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gibt es in Ihrer Einrichtung jährliche Zielvorgaben und Prioritäten bezüglich der Patientensicherheit?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ist im Aufsichtsrat Ihrer Einrichtung ein Patientenvertreter Mitglied oder ständiger Gast?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gibt es in Ihrer Einrichtung ein Meldesystem für die Patient*innen und deren Angehörige, um ihre Erfahrungen und Ergebnisse unsicherer Versorgung zu melden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gibt es in Ihrer Einrichtung ein schriftlich dokumentiertes Verfahren zur Offenlegung von Zwischenfällen gegenüber Patient*innen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gibt es in Ihrer Einrichtung ein schriftlich dokumentiertes Verfahren zur kontinuierlichen psychosozialen und anderweitigen Unterstützung von Patient*innen und deren Angehörigen nach einem schwerwiegenden Zwischenfall im Bereich der Patientensicherheit?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gibt es in Ihrer Einrichtung ein schriftlich dokumentiertes Verfahren zum Einbezug von Patient*innen und Angehörigen mit Schadenserfahrungen in die Entwicklung von Strategien und die Festlegung von Maßnahmen zur Verringerung der Wahrscheinlichkeit eines erneuten Auftretens?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

9A (Fortsetzung) Bitte geben Sie an, inwiefern folgende Aussagen auf Ihre Einrichtung zutreffen.		Nein und nicht geplant	Nein, aber konkret geplant	Teilweise umgesetzt	Vollständig oder weitgehend umgesetzt	
Hat sich Ihre Einrichtung schon einmal am Welttag der Patientensicherheit am 17. September beteiligt?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Haben in Ihrer Einrichtung die Ziele des Welttags der Patientensicherheit schon einmal Berücksichtigung gefunden?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Gibt es in Ihrer Einrichtung regelmäßige Bewertungen der Kompetenzen der Mitarbeitenden im Bereich der Patientensicherheit?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9B Setzt Ihre Einrichtung Software, Technologien oder Anwendungen mit künstlicher Intelligenz in der klinischen Versorgung ein (bspw. bei Diagnostik, Überwachung der Medikationssicherheit)?						
Noch nicht damit befasst	Diskutiert, bisher keine Umsetzungspläne	Umsetzung in den nächsten 12 Monaten geplant	Unsystematisch umgesetzt	Systematisch umgesetzt	Bewusst dagegen entschieden oder nicht relevant für die Einrichtung	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9C Bewerten Sie bitte den durchschnittlichen Grad an Patientensicherheit innerhalb Ihrer Einrichtung aus Ihrer Sicht.						
Ungenügend	Schlecht	Akzeptabel	Sehr gut	Hervorragend		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
9D Wenn Sie noch Anmerkungen zum Kapitel „Patientensicherheit“ haben, können Sie uns diese hier gerne mitteilen!						
10 Sicherheitskultur						
10A Wie häufig kommen folgende Situationen in Abteilungen / Kliniken vor?		Nie	Selten	Gelegentlich	Meist	Immer
Die Mitarbeitenden innerhalb der Abteilungen / Kliniken erhalten Rückmeldung zu Veränderungen, die aufgrund von gemeldeten Ereignissen (z. B. Fehlern) umgesetzt wurden.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Mitarbeitenden innerhalb der Abteilungen / Kliniken werden über Ereignisse (z. B. Fehler), die in diesen Abteilungen / Kliniken vorkommen, informiert.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Mitarbeitenden innerhalb der Abteilungen / Kliniken diskutieren, wie das erneute Auftreten eines Ereignisses (z. B. eines Fehlers) vermieden werden kann.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

10B Inwiefern stimmen Sie den folgenden Aussagen zu?	Stimme überhaupt nicht zu	Stimme nicht zu	Teils, teils	Stimme zu	Stimme voll zu
Die Leitungen schaffen ein Arbeitsklima, das die Patientensicherheit fördert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Handlungen der Leitungen zeigen, dass die Patientensicherheit höchste Priorität hat.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Leitungen scheinen sich nur dann für die Patientensicherheit zu interessieren, wenn bereits ein Ereignis mit schädigenden Folgen für Patienten stattgefunden hat.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

11 Verbesserungsbedarf

11A Wo sehen Sie Verbesserungspotential in Ihrer Einrichtung?	Trifft nicht zu	Trifft eher nicht zu	Trifft eher zu	Trifft zu
Systematische Prozess- und Strukturoptimierung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Klarer definierte interne Ansprechpersonen in den Kliniken / Abteilungen / Funktionsbereichen, die die Schnittstelle zum zentralen kRM sicherstellen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Einen regelmäßigeren Austausch zwischen dem zentralen kRM und den einzelnen Abteilungen / Kliniken / Funktionsbereichen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vermehrte Vernetzung und Austausch zwischen den Abteilungen / Kliniken / Funktionsbereichen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Klarere Regelungen der Aufgaben, Kompetenzen und Verantwortlichkeiten im kRM (Organisations- und Führungsstrukturen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vermehrt standardisierte Verfahren und klinische Prozesse (z. B. Behandlungspfade, Checklisten)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Einen offeneren Umgang mit Fehlern und Schwachstellen im System	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zeitnahe Bearbeitung von CIRS-Meldungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aktive Unterstützung des kRM durch die Führung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Umsetzung der QM-Richtlinie des G-BA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verpflichtende Meldungen an das BfARM	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Berücksichtigung von Aspekten der gendersensiblen Medizin im kRM	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstiges Verbesserungspotenzial, und zwar:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

11B Wenn Sie noch Anmerkungen zum Kapitel „Verbesserungsbedarf“ haben, können Sie uns diese hier gerne mitteilen!

12 Fortbildungsbedarf				
12A Aus jetziger Sicht stellt sich für unsere Einrichtung in Bezug auf kRM der Fortbildungsbedarf wie folgt dar:	Überhaupt nicht relevant	Weniger relevant	Eher relevant	Sehr relevant
Förderung der Sicherheitskultur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rolle von Führung im kRM	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Risikoanalyse und -bewertung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Risiko-Überwachung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Maßnahmen zur Risikobeeinflussung /-steuerung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CIRS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Einsatz von Simulatoren für Notfalltrainings (OP, Notfall etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kommunikation mit Patient*innen / Angehörigen nach einem kritischen Ereignis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kommunikationsschulungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nutzung einer elektronischen Patientenakte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12B Wenn Sie noch Anmerkungen zum Kapitel „Fortbildungsbedarf“ haben, können Sie uns diese hier gerne mitteilen!				
13 Abschlussbewertung				
13A Hat die Einführung des klinischen Risikomanagements (kRM) Auswirkungen auf die Prämienkonstellation Ihrer Haftpflichtversicherung?				
Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>	
Keine Angabe	<input type="checkbox"/>			
13B Was glauben Sie, wo Ihre Einrichtung in Bezug auf die Einführung von kRM im Vergleich zu anderen Einrichtungen Ihres Typs / Versorgungsschwerpunktes heute steht?				
Weit unter dem Durchschnitt	<input type="checkbox"/>	Unter dem Durchschnitt	<input type="checkbox"/>	
Genauso wie der Durchschnitt	<input type="checkbox"/>	Über dem Durchschnitt	<input type="checkbox"/>	
Weit über dem Durchschnitt	<input type="checkbox"/>			
13C Wo glauben Sie, steht heute Ihre Einrichtung in Bezug auf die eigene Idealvorstellung für das kRM? (0 % = noch nichts davon erreicht, 100 % = alles schon erreicht):			_____ %	

13D Wo sehen Sie in Ihrer Einrichtung im **kRM** den **größten Handlungsbedarf**?

13E Wenn Sie **weitere Anregungen oder Anmerkungen** zum kRM oder zum Erhebungsbogen haben, können Sie uns diese gerne hier mitteilen!

Vielen Dank für Ihre Teilnahme!