

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

### Bericht 2

### Vergleich der Befragungsergebnisse zwischen 2010, 2015 und 2022



31.10.2022

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

Ansprechpartner: Dr. Nikoloz Gambashidze  
Email: [Nikoloz.Gambashidze@ukbonn.de](mailto:Nikoloz.Gambashidze@ukbonn.de)  
Tel: 0228 287 13948

Projektleitung: Dr. Martina Schmiedhofer  
Aktionsbündnis Patientensicherheit (APS)  
Email: [schmiedhofer@aps-ev.de](mailto: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 .....	9
4.1. Die Stichprobe .....	9
4.2. Zertifizierung .....	10
4.3. Strategien und Ziele des klinischen Risikomanagements (kRM) .....	11
4.4. Strukturen des klinischen Risikomanagements (kRM) .....	17
4.5. Risikobeurteilung (Risikoidentifikation, -analyse und -bewertung).....	23
4.6. Critical Incident Reporting System (CIRS).....	30
4.7. Risikobewältigung .....	37
4.8. Überwachung und Bericht von klinischen Risiken .....	42
4.9. Verbesserungs- und Fortbildungsbedarf.....	44
4.10. Abschlussbewertung .....	50
5. Zusammenfassung .....	52
Literaturverzeichnis .....	54

## 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 Krankenhausinstitut (DKI), Institut für Patientensicherheit des Universitätsklinikums Bonn (IfPS) und dem Wiesbaden Institute for Healthcare Economics and Patient Safety der Hochschule RheinMain (HSRM) durchgeführt.

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.

## 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 Versorgung zu erkennen, zu analysieren, zu beurteilen und zu bewältigen, um damit die Sicherheit der Patient:innen, der an deren Versorgung Beteiligten und der Organisation zu erhöhen" (Aktionsbündnis Patientensicherheit 2016). Gemäß der QM-Richtlinie des G-BA<sup>1</sup> 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. In ambulanten und in stationären Sektoren müssen Qualitätsziele bei der 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 erste deutschlandweite Erhebung zur kRM-Umsetzung in Krankenhäusern wurde vom Institut für Patientensicherheit (IfPS) mit Unterstützung verschiedener Kooperationspartner bereits im Jahr 2010 durchgeführt. Die zweite und dritte Erhebung folgten im Jahr 2015 und 2022. So wie sich die kRM kontinuierlich weiterentwickelt, so wurden auch die Erhebungsinstrumente weiterentwickelt, um die gleichzeitige Entwicklung in der kRM-Forschung und Praxis widerzuspiegeln. Wichtig ist, dass die Folgestudien auf den vorangegangenen Erhebungen aufbauen und so die Möglichkeit bieten, die Veränderungen in der kRM-Praxis im Laufe der Zeit zu beobachten.

Im Folgenden wird ein zweiter Teil des Berichts vorgestellt, in dem wir die identischen Inhalte bzw. Variablen aus den drei Zeitpunkten – 2010, 2015 und 2022 – vergleichend präsentieren. Diese Darstellung gibt einen Einblick in die Veränderungen der kRM-Praktiken in Deutschland. Das Studieninstrument wurde im Laufe der Zeit überarbeitet und aktualisiert, daher sind einige Fragen in den verschiedenen Erhebungen nicht identisch. In diesem Bericht werden die Fragen dargestellt, die in zwei oder allen drei Umfragen in vergleichbarer Weise vorkommen. Die vollständigen Ergebnisse der jeweiligen Erhebungen sind in den jeweiligen

---

<sup>1</sup> 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](https://www.g-ba.de/downloads/39-261-1919/2014-01-23_KQM-RL_137-1d_BAnz.pdf), zuletzt geprüft am 14.09.2022).

Originalberichten (Lauterberg 2012; McDermott et al. 2016; Gambashidze et al. 2022) zu finden.

Im Jahr 2010 bestand die Stichprobe der Studie aus allgemeinen Krankenhäusern und Psychiatrien; in den Erhebungen von 2015 und 2022 wurden auch die Rehabilitationskliniken einbezogen. Aufgrund der Unterschiede zwischen diesen drei Organisationstypen werden die Ergebnisse in diesem Bericht für jede Gruppe getrennt dargestellt.

### **3. Methoden**

Die Daten für diesen zusammenfassenden Bericht stammen aus den drei Erhebungen zur Umsetzung von KRM in deutschen stationären Einrichtungen in den Jahren 2010, 2015 und 2022.

#### **Grundgesamtheit der drei Erhebungen**

Im Jahr 2010 umfasste die Grundgesamtheit 1.812 deutsche Krankenhäuser aus der Datenbank des Deutschen Krankenhausinstitutes (DKI). Rehabilitationskliniken und kleine Allgemeinkrankenhäuser mit weniger als 50 Krankenhausbetten wurden von der Umfrage ausgeschlossen. Die Teilnehmer wurden eingeladen, den Fragebogen auf Papier oder online auszufüllen.

Im Jahr 2015 wurden insgesamt 2.617 Einrichtungen zur Teilnahme eingeladen. Die Befragung umfasste alle Krankenhäuser und Rehabilitationskliniken, basierend auf der Datenbank des Statistischen Bundesamts (Stand 31.12.2013), ausschließlich der Krankenhäuser ohne Zulassung nach § 108 SGB V. Die Daten wurden mittels Online-Befragung erhoben.

Im Jahr 2022 besteht die Grundgesamtheit aus 2.706 nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhäusern ab 50 Betten und Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen nach § 107 Abs. 2 SGB V, für die ein Versorgungsvertrag nach § 111 SGB V besteht. Datenquelle war die Datenbank des DKI. Die Teilnehmer wurden gebeten, den Online-Fragebogen auszufüllen. Dabei wurde ihnen die Möglichkeit eingeräumt, einen Fragebogen ggf. für mehrere Standorte ihrer Einrichtung zu beantworten.

Die drei Stichproben sind nicht aufeinander abgestimmt und daher unabhängig voneinander (d.h., es ist jeweils eine anonyme Auswertung ohne Zuordnung der einzelnen Teilnehmer:innen über die drei Zeitpunkte). Um sicherzustellen, dass die Stichproben vergleichbare Einrichtungen umfassen, wurden die Allgemeinkrankenhäuser mit weniger als 50 Krankenhausbetten aus dem Datensatz 2015 ausgeschlossen. Um den Vergleich und die Interpretation zu erleichtern, haben wir die Stichproben für drei Einrichtungstypen aufgeteilt – Allgemeinkrankenhäuser, Psychiatrien und Rehabilitationseinrichtungen. Die Studie von 2010

umfasste keine Rehabilitationseinrichtungen, daher werden die Daten für diese Gruppe nur für 2015 und 2022 dargestellt.

## Fragebogen

Die erste deutschlandweite Erhebung zur kRM-Implementierung nutzte den Fragebogen basierend auf der Studie, die 2007-2008 in der Schweiz an der ETH Zürich und der Hochschule Luzern durchgeführt wurde (Briner et al. 2010). Die Umfrage 2010 sammelte Informationen zu Strategien und Zielen sowie Strukturen von kRM. Zudem wurden die Teilnehmenden zu den Methoden der Risikoidentifikation und Risikoanalyse befragt. Ein Fokus lag dabei auf dem Einsatz des Critical Incident Reporting System (CIRS). Schließlich umfasste der Fragebogen auch das Verbesserungspotenzial und den Fortbildungsbedarf. Bei den nachfolgenden Erhebungen in den Jahren 2015 und 2022 wurden die Kernfragen der vorherigen Versionen beibehalten, aber um neue Themenbereiche erweitert. So wurden im Fragebogen 2015 einige Fokusthemen wie Notfallaufnahme, Personalkompetenz und Demenzsensitivität aufgenommen. In der Version 2022 wurde eine Reihe von Abschnitten ergänzt, darunter Themen wie das Second Victim-Phänomen, verschiedene OECD-Indikatoren zur Patientensicherheit, Inhalte aus dem Globalen Aktionsplan für Patientensicherheit 2021-2030 der WHO und Patientensicherheitskultur.

Eine weitere wesentliche Änderung des Erhebungsinstruments war die Überarbeitung der Antwortkategorien. In der Version 2015 wurde im Gegensatz zur Vorgängerversion eine sechswertige Antwortskala verwendet, um die Umsetzung von kRM anhand des transtheoretischen Modells des organisatorischen Wandels (Briner et al. 2010) zu erfassen. Um die Vergleichbarkeit aufrechtzuerhalten, wurden in der Version 2022 des Fragebogens größtenteils die gleichen Skalen verwendet, aber vor allem für die neuen Items eine vierwertige Skala, die von den Pretest-Teilnehmenden positiv bewertet wurde.

Da sich die Erhebungen in vielen Fragen unterscheiden, können die Daten zwischen den Zeitpunkten nicht vollständig verglichen werden. Dennoch versuchen wir in diesem Bericht, so viele Variablen wie möglich nebeneinander zu stellen, um Trends in der kRM-Implementierung in deutschen Einrichtungen der Gesundheitsversorgung darzustellen.

## Datenaufbereitung und Datenanalysen

Die drei Versionen des Instruments verwenden unterschiedliche Ordinalskalen zur Bewertung. Um Vergleiche zwischen den Zeitpunkten zu ermöglichen, haben wir alle Ordinalskalen in Likert-3 umgewandelt – "Nein", "Geplant" und "Ja". Das folgende Diagramm zeigt, wie die verschiedenen Skalen in dreistufige Likert-Skalen umgewandelt wurden. Dichotome Items (d.h., Ja/Nein) wurden unverändert belassen. Die Zustimmungsskala und die Häufigkeitsskala mit vierstufigen Likert-Skalen für das Verbesserungspotenzial und den Fortbildungsbedarf waren ebenfalls in allen Versionen gleich und wurden unverändert belassen.

---

## Umwandlung der sechsstufigen Likert-Skalen zu dreistufigen Likert-Skalen

Fragebogen (2015, 2022)	Bewusst dagegen entschieden <b>oder</b> nicht relevant für die Einrichtung	Noch nicht damit befasst	Diskutiert, bisher keine Umsetzungs- pläne	Umsetzung in den nächsten 12 Monaten geplant	Unsystematisch umgesetzt	Systematisch umgesetzt
Transformiert	Nein			Geplant	Ja	

## Umwandlung der fünfstufigen Likert-Skalen zu dreistufigen Likert-Skalen

Fragebogen (2010)	Noch nicht damit befasst	Diskutiert, bisher keine Umsetzungs- pläne	Umsetzung in den nächsten 12 Monaten geplant	Unsystematisch umgesetzt	Systematisch umgesetzt
Transformiert	Nein		Geplant	Ja	

## Umwandlung der fünfstufigen Likert-Skalen zu dreistufigen Likert-Skalen

Fragebogen (2010)	Nie	Sehr selten	Gelegentlich	Häufig	Immer
Transformiert	Nein	Geplant		Ja	

## Umwandlung der vierstufigen Likert- zu einer dreistufigen Likert-Skala

Fragebogen (2010)	Nein	Geplant	Teilweise	Ja
Transformiert	Nein	Geplant	Ja	

## Umwandlung der vierstufigen Likert- zu einer dreistufigen Likert-Skala

Fragebogen (2022)	Nein und nicht geplant	Nein, aber konkret geplant	Teilweise umgesetzt	Vollständig oder weitgehend umgesetzt
Transformiert	Nein	Geplant	Ja	

Die Daten werden für die drei Einrichtungstypen Allgemeinkrankenhäuser, Psychiatrien und Rehabilitationseinrichtungen getrennt dargestellt. In den Abbildungen wird für jede Antwortkategorie angegeben, wie viele Einrichtungen diese angegeben haben (absolute Zahlen, N). Am Rand (normalerweise auf der Y-Achse) der Abbildungen wird die prozentuale Aufteilung angezeigt. Mit dem Shapiro-Wilk-Test wurde geprüft, ob die Variablen normalverteilt waren. Um die statistische Signifikanz der Unterschiede zwischen den Zeiträumen zu ermitteln, wurde der nichtparametrische Kruskal-Wallis-Test verwendet für ordinären Skalen, und für dichotome Skalen der Chi-Quadrat-Test nach Pearson. Für Vergleiche bei einzelnen metrischen Variablen wurde der Mann-Whitney-U-Test verwendet. Die am Ende jedes Abschnitts angegebenen p-Werte zeigen, ob die Unterschiede zwischen den Messzeitpunkten statistisch signifikant sind ( $p < 0,05$ ). Es wurden SPSS 26 (IBM Inc., Chicago) und Microsoft Excel (Microsoft Inc., Redmond) verwendet.

## 4. Ergebnisse

### 4.1. Die Stichprobe

Die gesamte Stichprobe in dieser Analyse besteht aus den Daten dreier Erhebungen, die 2010, 2015 und 2022 durchgeführt wurden. Im Jahr 2010 nahmen insgesamt 484 Allgemeinkrankenhäuser und Psychiatrien an der Umfrage teil (Rücklaufquote von 27%). 92% davon sind Allgemeinkrankenhäuser und 8% Psychiatrien. Die Stichprobe der Umfrage 2015 umfasst 572 Befragte (Rücklaufquote von 22%). Die Allgemeinkrankenhäuser mit weniger als 50 Krankenhausbetten wurden in den Studien 2010 und 2022 nicht berücksichtigt, daher haben wir diese aus der Stichprobe 2015 für diese Analyse ausgeschlossen. Die endgültige Stichprobe 2015, die in diesem Bericht verwendet wird, besteht aus 547 teilnehmenden Einrichtungen, darunter Allgemeinkrankenhäuser (78%), Psychiatrien (8%) und Rehabilitationseinrichtungen (14%).

Die Stichprobe von 2022 besteht aus 615 Teilnehmer:innen (Rücklaufquote von 23%). Die Befragten in dieser Umfrage durften den Fragebogen für mehr als einen Standort ausfüllen und haben im Schnitt für 1,65 Standorte geantwortet. Gewichtet mit der durchschnittlichen Standortzahl liegt der Rücklauf daher bei 1.015 Einrichtungen bzw. die entsprechende Rücklaufquote bei 37,5%. Die Stichprobe 2022 besteht aus Allgemeinkrankenhäusern (65%), Psychiatrien (12%) und Rehabilitationseinrichtungen (23%).

Die drei Einrichtungstypen sind in den drei Stichproben unterschiedlich häufig vertreten. Indem die Daten und die Analyse für jeden Organisationstyp getrennt dargestellt werden, werden in diesem Bericht diese Unterschiede in der Zusammensetzung der Stichprobe kontrolliert. Es muss jedoch erwähnt werden, dass damit andere Organisationsmerkmale (z. B. Größe, Trägerschaft) nicht kontrolliert werden, die möglicherweise weitere signifikante Auswirkungen auf die Ergebnisse haben.

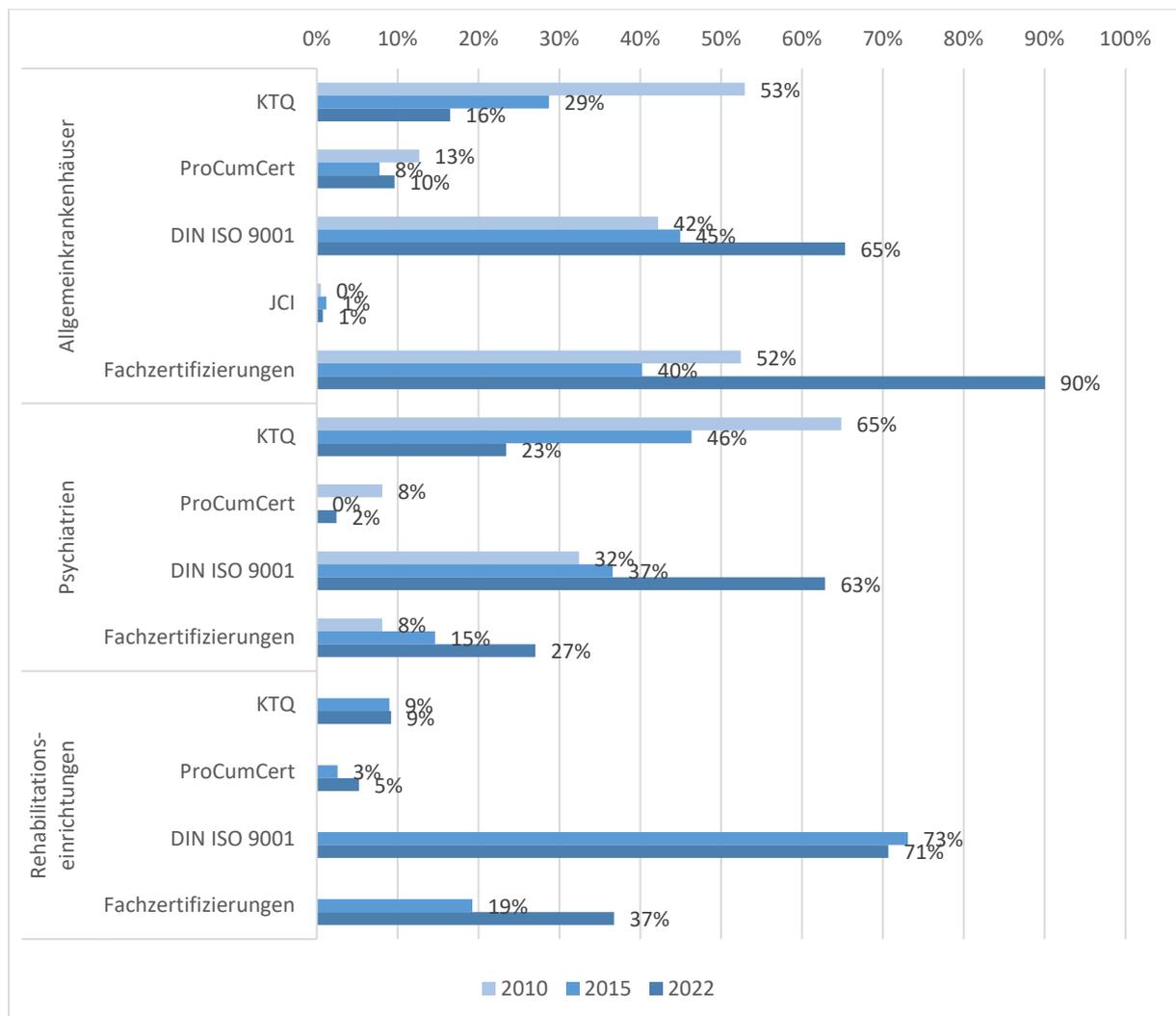
#### 4.1.1. Teilnehmer:innen nach Einrichtungsart (Teilgruppen)

	<b>2010</b> <b>N (%)</b>	<b>2015</b> <b>N (%)</b>	<b>2022</b> <b>N (%)</b>
<b>Allgemeinkrankenhäuser</b>	444 (92%)	427 (78%)	401 (65%)
<b>Psychiatrien</b>	40 (8%)	42 (8%)	75 (12%)
<b>Rehabilitationseinrichtungen</b>	0 (0%)	78 (14%)	139 (23%)
<b>Total</b>	484 (100%)	547 (100%)	615 (100%)

## 4.2. Zertifizierung

Die meisten der teilnehmenden Krankenhäuser und Rehabilitationskliniken gaben an, über eine oder mehrere Zertifizierungen zu verfügen. In der Studie von 2010 waren die zwei am häufigsten von Allgemeinkrankenhäusern angegebenen Zertifizierungen KTQ (53%) und Fachzertifizierungen (52%). Erstere sank auf 16% im Jahr 2022, während letztere auf 90% der teilnehmenden Allgemeinkrankenhäuser im Jahr 2022 angestiegen sind. Auch die Häufigkeit der Zertifizierung nach DIN ISO 9001 war im Jahr 2022 höher als bei früheren Erhebungen. Bei den Psychiatrien ging die KTQ-Zertifizierung ebenfalls schrittweise von 65% im Jahr 2010 auf 46% im Jahr 2015 und 23% im Jahr 2022 zurück. Gleichzeitig ist im Jahr 2022 der Anteil der Psychiatrien mit DIN ISO 9001 Zertifizierung und Fachzertifizierungen höher. Der einzige signifikante Unterschied bei den Rehabilitationskliniken zwischen den Daten von 2015 und 2022 ist der höhere Anteil an Einrichtungen mit Fachzertifizierungen im Jahr 2022. Der Chi-Quadrat-Test nach Pearson zeigt, dass diese Unterschiede statistisch signifikant ausfallen ( $p < 0,05$ ).

### 4.2.1. Verfügt Ihre Einrichtung über die folgenden Zertifizierungen? (Anteil der positiven Antworten)



#### 4.2.2. Ergebnisse der Tests auf Signifikanz

Variable / Item	Der Test auf Signifikanz	Allgemein-krankenhäuser	Psychiatrien	Rehabilitations-einrichtungen
KTQ	Chi-Quadrat	110,8	14,7	0,002
	Freiheitsgrad	2	2	1
	p-Wert	<0,001	0,001	0,96
ProCumCert	Chi-Quadrat	5,7	4,1	0,8
	Freiheitsgrad	2	2	1
	p-Wert	0,059	0,13	0,38
DIN ISO 9001	Chi-Quadrat	49,2	11,9	0,1
	Freiheitsgrad	2	2	1
	p-Wert	<0,001	0,003	0,71
JCI	Chi-Quadrat	1,2	NA	NA
	Freiheitsgrad	2		
	p-Wert	0,54		
Fachzertifizierungen	Chi-Quadrat	226,9	6,4	7,2
	Freiheitsgrad	2	2	1
	p-Wert	<0,001	0,04	0,01

Anmerkung: NA – Keine der Psychiatrien oder Rehabilitationseinrichtungen verfügen über eine JCI-Akkreditierung.

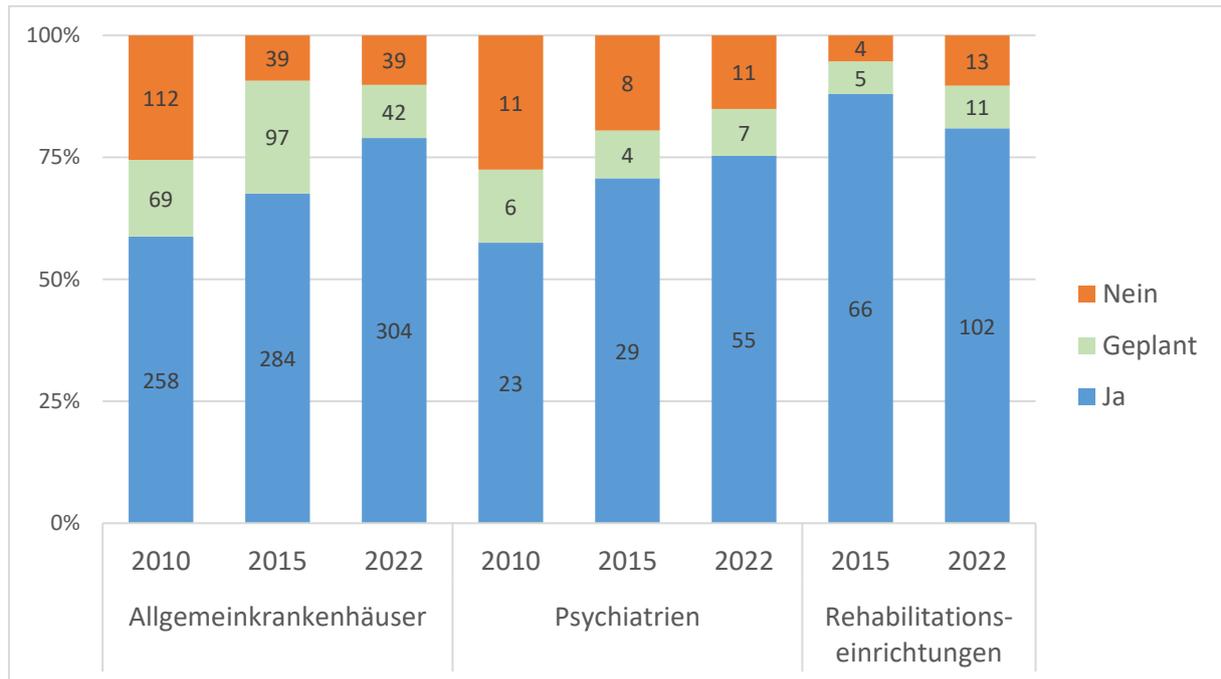
### 4.3. Strategien und Ziele des klinischen Risikomanagements (kRM)

Bis 2022 wurden die meisten Aspekte aus den Strategien und Zielen des kRM von mindestens 50% der Teilnehmer:innen aus allen Teilgruppen umgesetzt. Von 2010 bis 2022 gaben signifikant mehr Allgemeinkrankenhäuser an, strategische Ziele des kRM definiert und Prozesse des kRM definiert, dokumentiert und mit den beteiligten Mitarbeiter:innen kommuniziert sowie regelmäßige Schulungen zum kRM angeboten zu haben. Es wird berichtet, dass Themen der Patientensicherheit auf der Tagesordnung der Sitzungen der Einrichtungsleitung stehen, und Unterstützung für alle beteiligten Mitarbeiter:innen nach einem kritischen Ereignis oder Fehler im Behandlungsverlauf angeboten werden.

Bei den Psychiatrien waren nur zwei Unterschiede signifikant. Die Zahl der regelmäßigen kRM-Sitzungen stieg auf 50% in 2022 und die Aufnahme von Themen der Patientensicherheit in die Tagesordnung für die Sitzungen der Einrichtungsleitung stieg von weniger als 50% in 2010 auf etwa 80% in 2022.

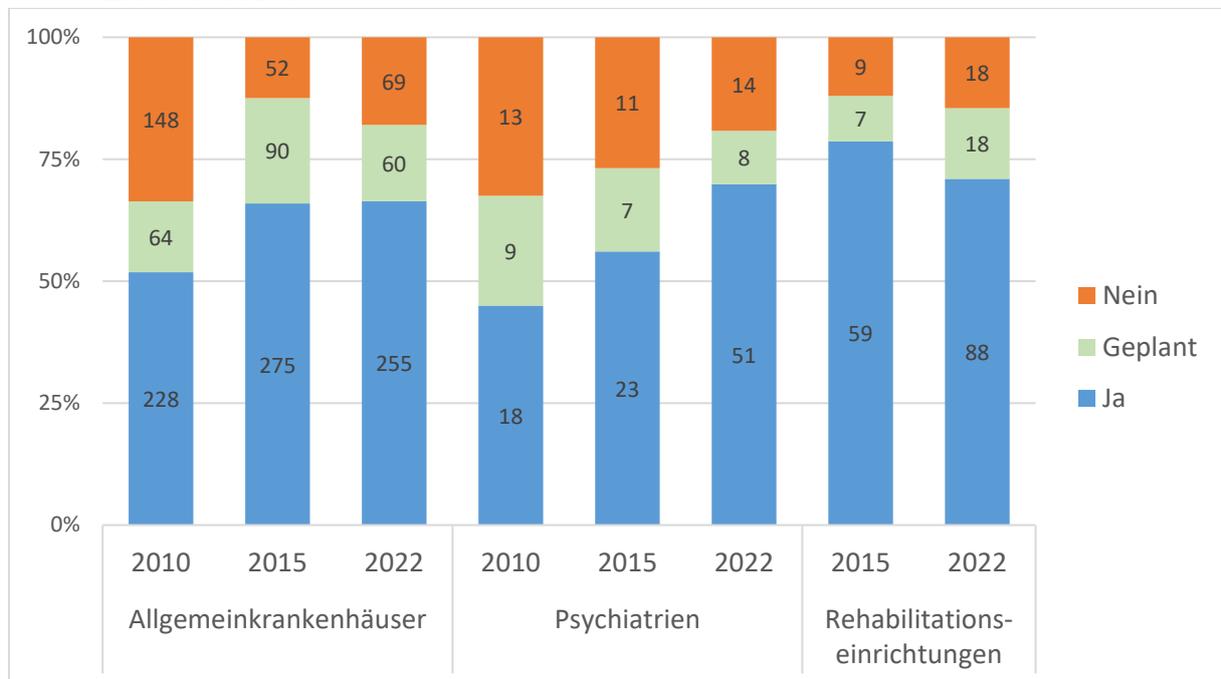
Für Rehabilitationseinrichtungen waren die meisten Veränderungen zwischen 2015 und 2022 negativ, aber nicht signifikant. Ein erheblicher und signifikanter Unterschied besteht beim Angebot regelmäßiger Schulungen in kRM, das von etwa 80% im Jahr 2015 auf etwa 50% im Jahr 2022 zurückging.

4.3.1. Gibt es für Ihre Einrichtung eine verbindliche, schriftlich festgelegte Strategie für das kRM?

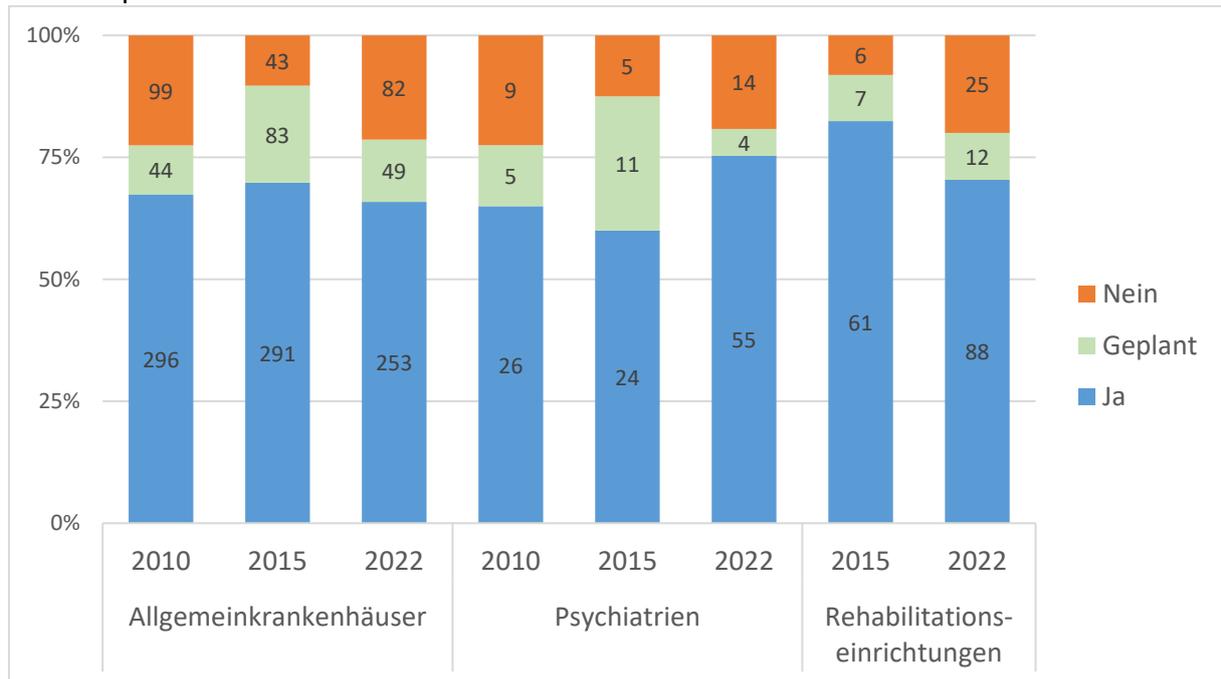


**Anmerkung (hier und im weiteren Bericht):** die Datenbeschriftungen auf den Säulendiagrammen zeigen den Anzahl der Teilnehmenden (N); die prozentuale Aufteilung ist auf der Y-Achse zu sehen.

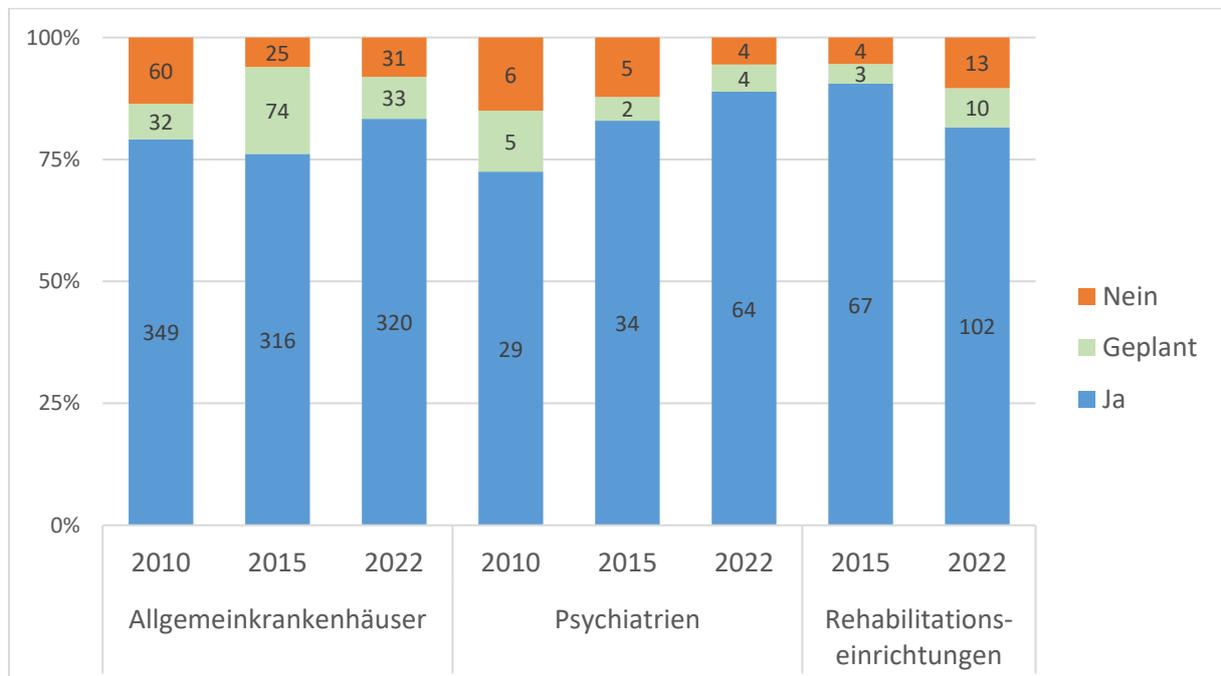
4.3.2. Gibt es für Ihre Einrichtung verbindliche, schriftlich festgelegte strategische Ziele für das kRM?



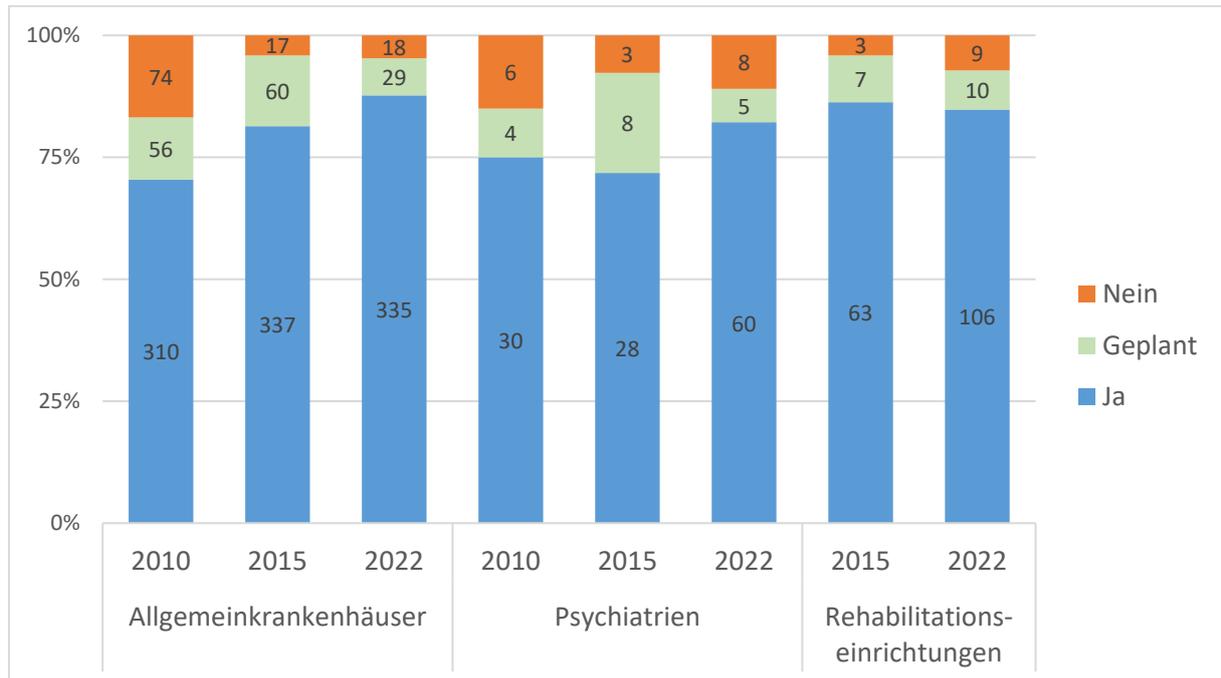
4.3.3. Gibt es für das kRM in Ihrer Einrichtung verbindliche, schriftlich festgelegte operative Ziele?



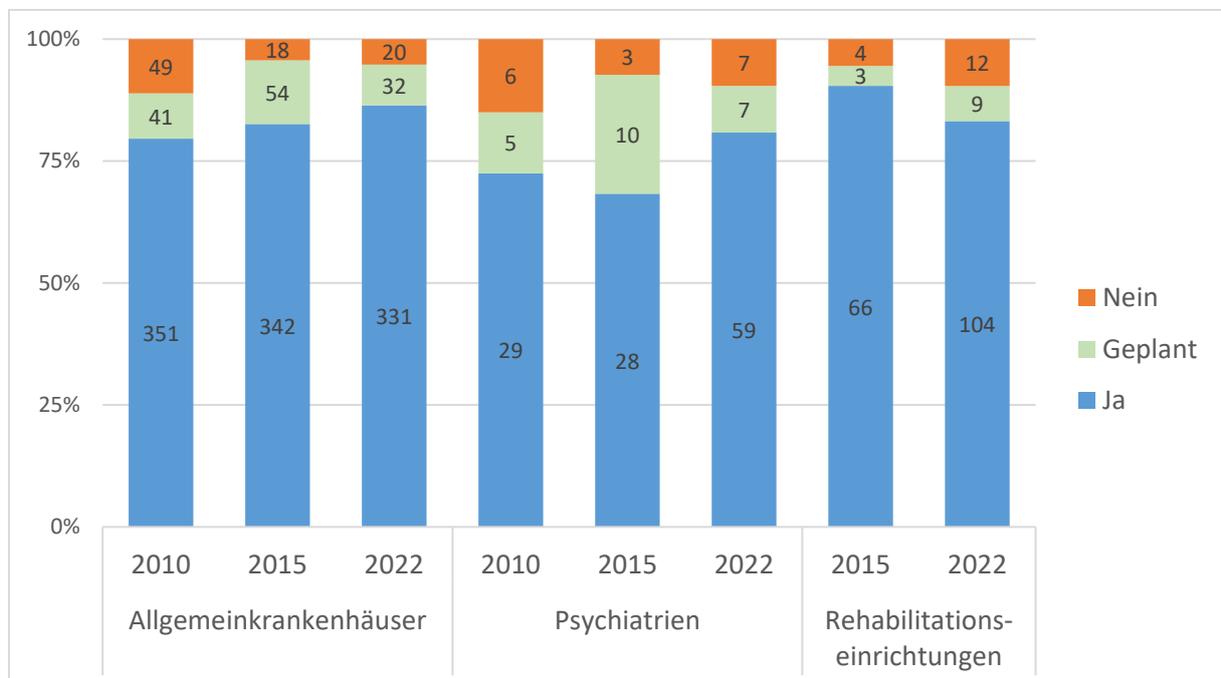
4.3.4. Sind Aufgaben, Kompetenzen und Verantwortlichkeiten im kRM in Ihrer Einrichtung klar definiert, dokumentiert und Mitarbeitenden verbindlich zugeordnet?



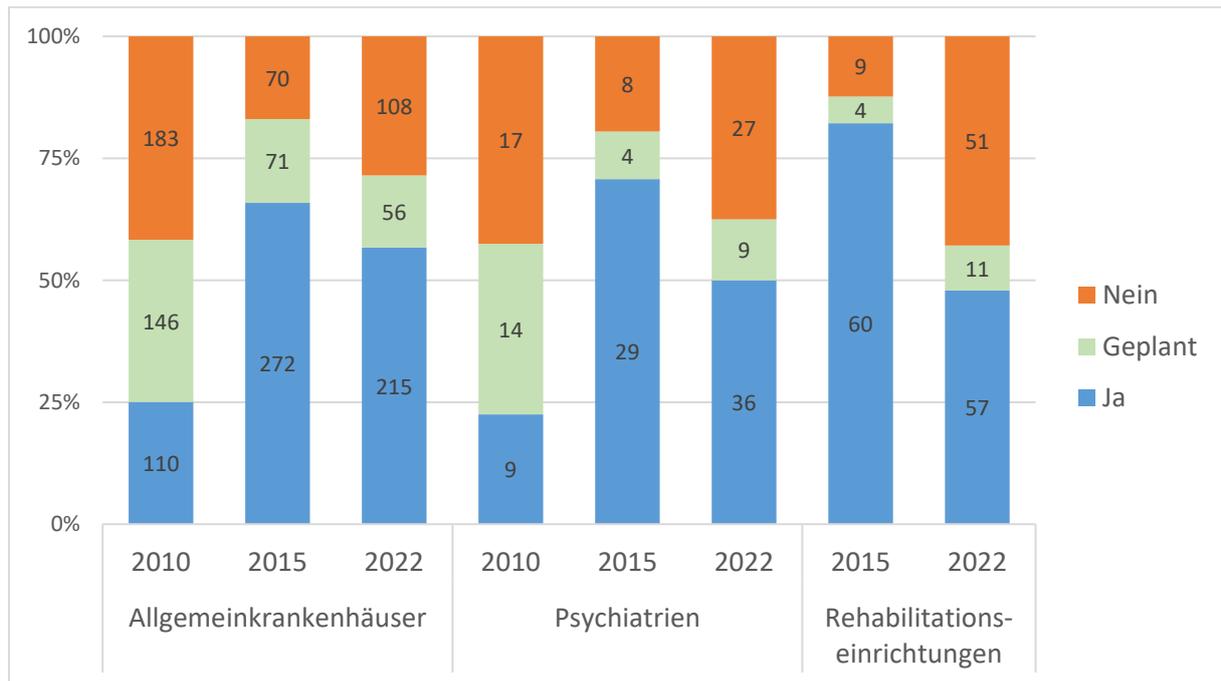
4.3.5. Sind die Prozesse des kRM (Verfahrensanweisungen, Abläufe etc.) definiert und dokumentiert?



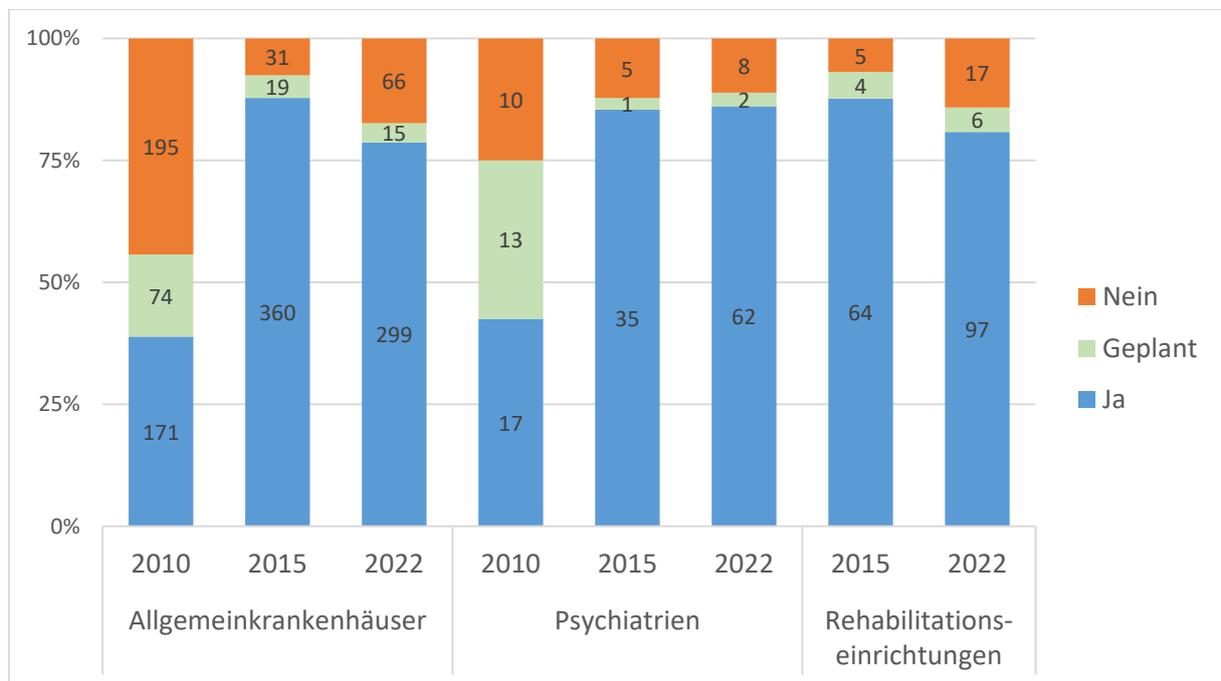
4.3.6. Sind die Prozesse des kRM (Verfahrensanweisungen, Abläufe, Zuständigkeiten etc.) den involvierten Mitarbeitenden kommuniziert?



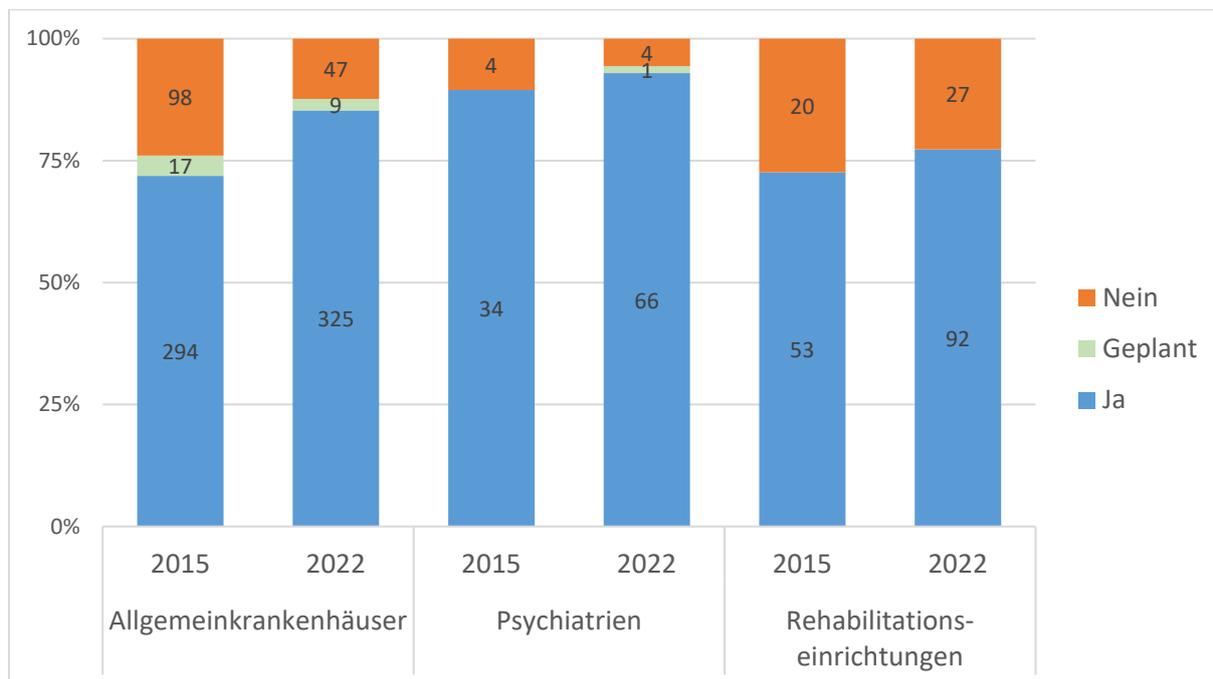
4.3.7. Werden regelmäßig Fortbildungen zum kRM angeboten?



4.3.8. Sind kRM und Fragen der Patientensicherheit fester Bestandteil der Tagesordnung für die Sitzungen der Einrichtungsleitung?



#### 4.3.9. Gibt es ein Unterstützungsangebot für alle involvierten Mitarbeitenden nach einem kritischen Ereignis oder Fehler im Behandlungsverlauf (z.B. systematisches Debriefing, Supervision oder psychosoziale Unterstützung)?



#### 4.3.10. Ergebnisse der Tests auf Signifikanz

Variable / Item	Der Test auf Signifikanz	Allgemein-krankenhäuser	Psychiatrien	Rehabilitations-einrichtungen
Gibt es für Ihre Einrichtung eine verbindliche, schriftlich festgelegte Strategie für das kRM?	Kruskal-Wallis H	44,763	3,898	1,787
	Freiheitsgrad	2	2	1
	p-Wert	<0,001	0,142	0,181
Gibt es für Ihre Einrichtung verbindliche, schriftlich festgelegte strategische Ziele für das kRM?	Kruskal-Wallis H	38,545	6,103	1,259
	Freiheitsgrad	2	2	1
	p-Wert	<0,001	0,047	0,262
Gibt es für das kRM in Ihrer Einrichtung verbindliche, schriftlich festgelegte operative Ziele?	Kruskal-Wallis H	4,892	1,698	4,166
	Freiheitsgrad	2	2	1
	p-Wert	0,087	0,428	0,041
Sind Aufgaben, Kompetenzen und Verantwortlichkeiten im kRM in Ihrer Einrichtung klar definiert, dokumentiert und Mitarbeitenden verbindlich zugeordnet?	Kruskal-Wallis H	5,013	4,831	2,862
	Freiheitsgrad	2	2	1
	p-Wert	0,082	0,089	0,091
Sind die Prozesse des kRM (Verfahrensweisungen, Abläufe etc.) definiert und dokumentiert?	Kruskal-Wallis H	43,797	1,346	0,127
	Freiheitsgrad	2	2	1
	p-Wert	<0,001	0,51	0,722
Sind die Prozesse des kRM (Verfahrensweisungen, Abläufe, Zuständigkeiten etc.) den involvierten Mitarbeitenden kommuniziert?	Kruskal-Wallis H	7,769	1,947	1,953
	Freiheitsgrad	2	2	1
	p-Wert	0,021	0,378	0,162
Werden regelmäßig Fortbildungen zum kRM angeboten?	Kruskal-Wallis H	137,288	13,716	22,913
	Freiheitsgrad	2	2	1
	p-Wert	<0,001	0,001	<0,001
Sind kRM und Fragen der Patientensicherheit fester Bestandteil der Tagesordnung für die Sitzungen der Einrichtungsleitung?	Kruskal-Wallis H	254,989	24,547	1,714
	Freiheitsgrad	2	2	1
	p-Wert	<0,001	<0,001	0,19

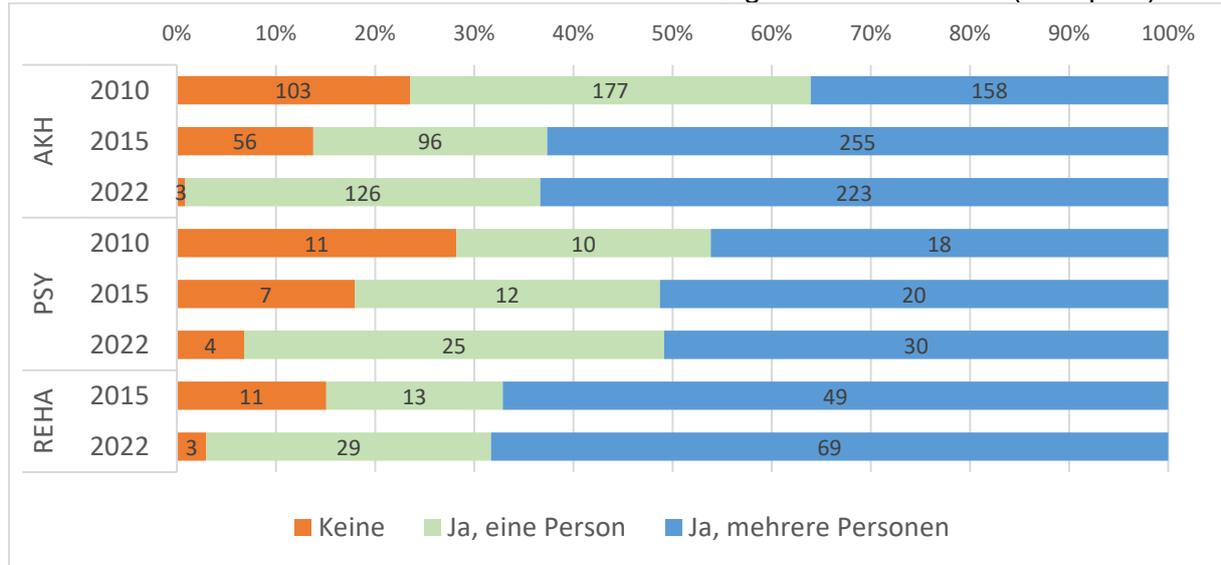
Gibt es ein Unterstützungsangebot für alle involvierten Mitarbeitenden nach einem kritischen Ereignis oder Fehler im Behandlungsverlauf (z.B. systematisches Debriefing, Supervision oder psychosoziale Unterstützung)?	Kruskal-Wallis H	20,922	0,427	0,54
	Freiheitsgrad	1	1	1
	p-Wert	<0,001	0,514	0,463

#### 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 abgefragt. Im Jahr 2010 wurde die Frage folgendermaßen formuliert: "Gibt es Mitarbeiter in Ihrem Krankenhaus, die in zentraler Funktion die Aktivitäten für das kRM koordinieren und deren Umsetzung steuern?". Es gab folgende drei Antwortkategorien: "Nein", "ja, eine Person" und "ja, mehrere". In den Jahren 2015 und 2022 wurden die Teilnehmenden direkt nach der Anzahl der Personen (Köpfe) gefragt, die am kRM beteiligt sind. In der Grafik 4.4.1 haben wir die Daten von 2015 und 2022 an die Ordinalskala angepasst. Die Tabelle 4.4.2 und der Boxplot 4.4.3. zeigen kontinuierliche Daten aus den Jahren 2015 und 2022. Im Jahr 2022 liegt der Großteil der Daten für alle Organisationstypen zwischen 0 und 4 Personen. Der Prozentsatz der Organisationen, in denen keine Personen am kRM beteiligt sind, hat in allen drei Gruppen abgenommen, obwohl dieser Unterschied nur in Allgemeinkrankenhäusern statistisch signifikant ist ( $p < 0,001$ ).

Die verschiedenen Arten der Beratung und externen Unterstützung, welche die teilnehmenden Organisationen in den letzten fünf Jahren in Anspruch genommen hatten, sind in den Abbildungen 4.4.4 A, B und C dargestellt. Bei den Allgemeinkrankenhäusern und Psychiatrien ist ein allgemeiner Rückgang der Beratungen zu beobachten, insbesondere bei der Einführung in kRM, Risikoanalyse und CIRS. Im Gegensatz dazu weisen die Beratungsquoten in den Rehabilitationseinrichtungen positive Trends zwischen 2015 und 2022 auf, wobei nur die Hälfte dieser Unterschiede, z.B. bei Schulungen oder CIRS, statistisch signifikant sind ( $p < 0,05$ ).

4.4.1. Wie viele Personen arbeiten momentan in der Organisation des kRM (in Köpfen)?



Anmerkung: AKH – Allgemeinkrankenhäuser; PSY – Psychiatrien; REHA – Rehabilitationseinrichtungen.

4.4.2. Wie viele Personen arbeiten momentan in der Organisation des kRM (in Köpfen)?

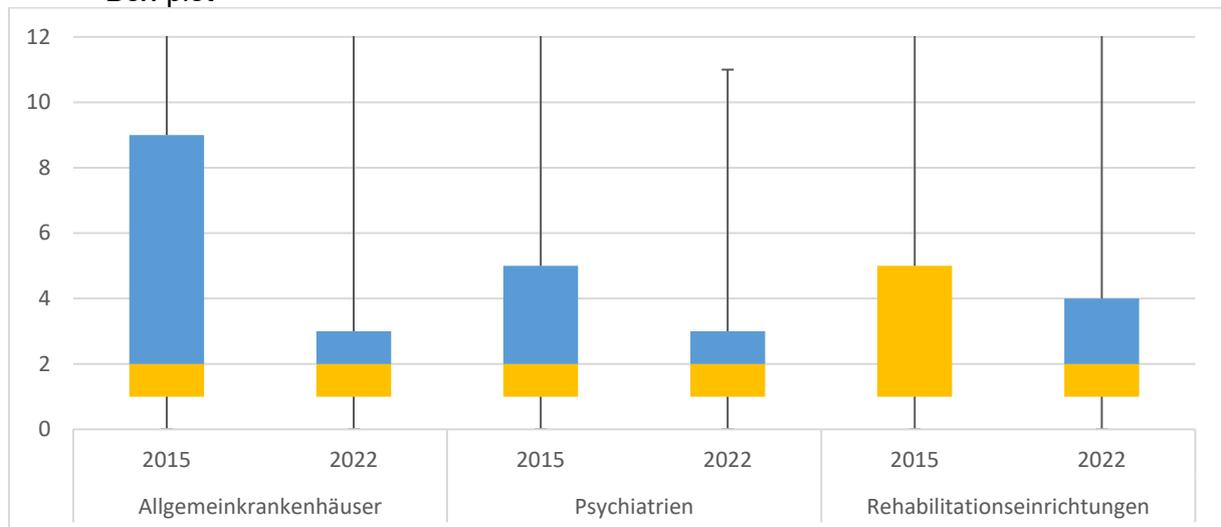
Tabelle

	2015			2022		
	N	Mittelwert	SE	N	Mittelwert	SE
<b>Allgemeinkrankenhäuser</b>	427	4,6	0,3	401	3,3	0,3
<b>Psychiatrien</b>	42	3,6	1	75	2,4	0,3
<b>Rehabilitationseinrichtungen</b>	78	4,1	0,5	139	3,3	0,4

Anmerkung: Werte >50 wurden als fehlend betrachtet. SE – Standardfehler.

4.4.3. Wie viele Personen arbeiten momentan in der Organisation des kRM (in Köpfen)?

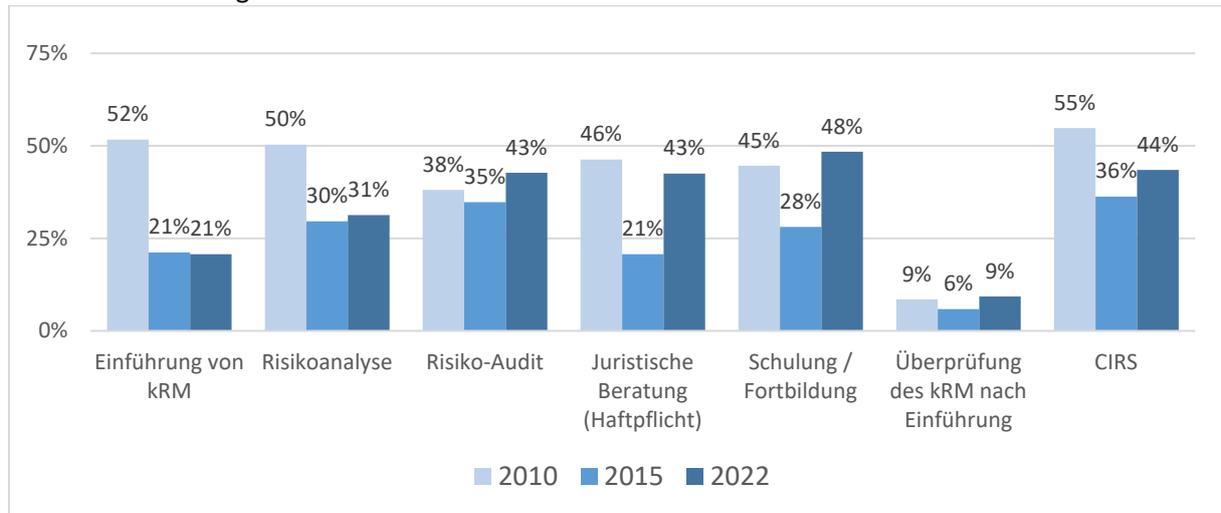
Box-plot



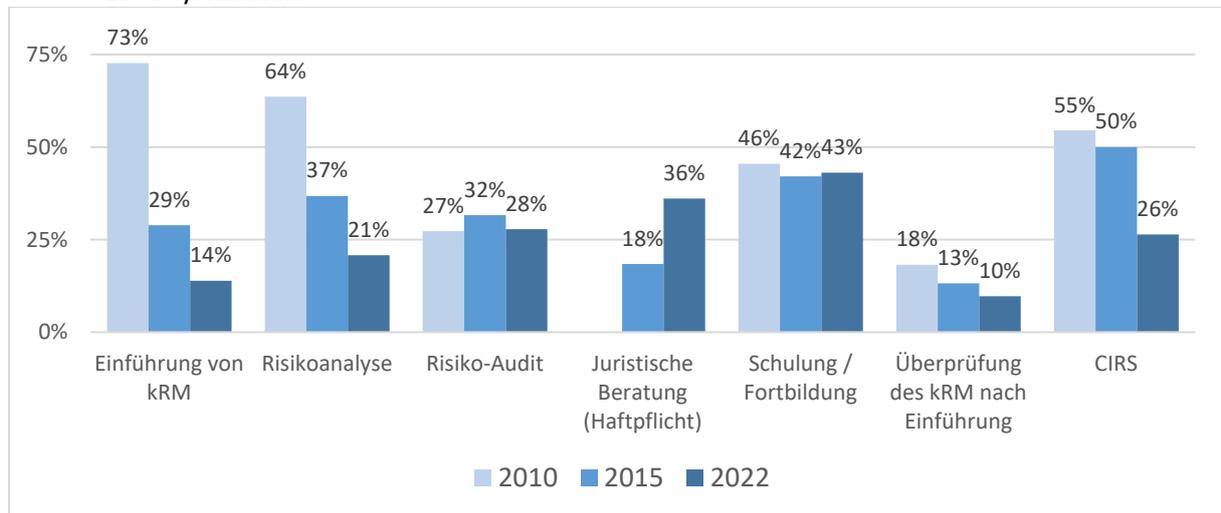
Anmerkung: Die Grafik zeigt (von unten nach oben) Minimum, 1. Quartil, Median, 3. Quartil und das Maximum. Es sind keine Daten für 2010 vorhanden. Die Y-Achse wurde zur besseren Darstellung gekürzt.

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

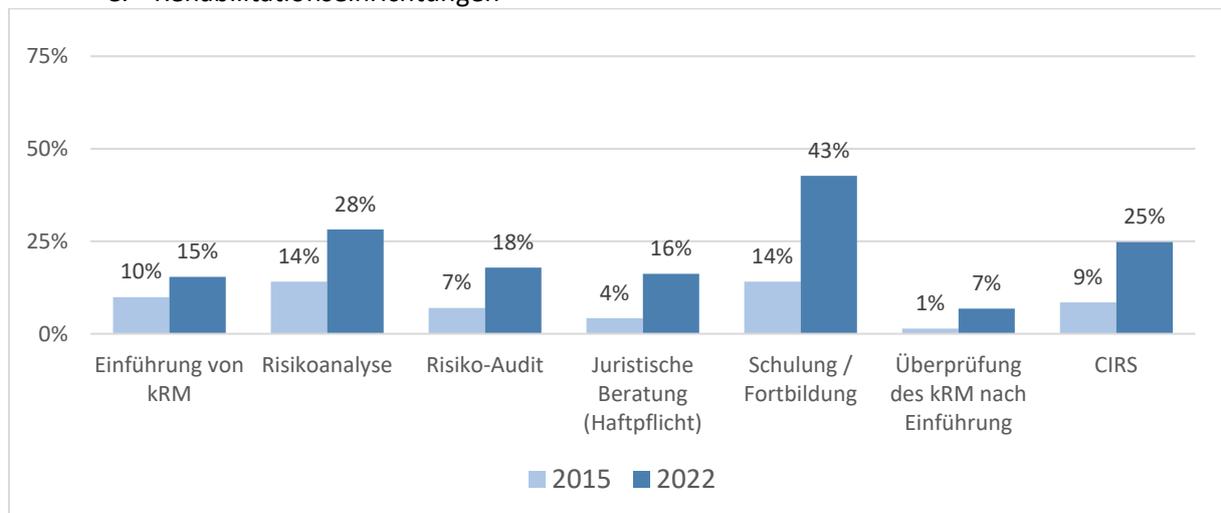
A. Alle Allgemeinkrankenhäuser



B. Psychiatrien



C. Rehabilitationseinrichtungen

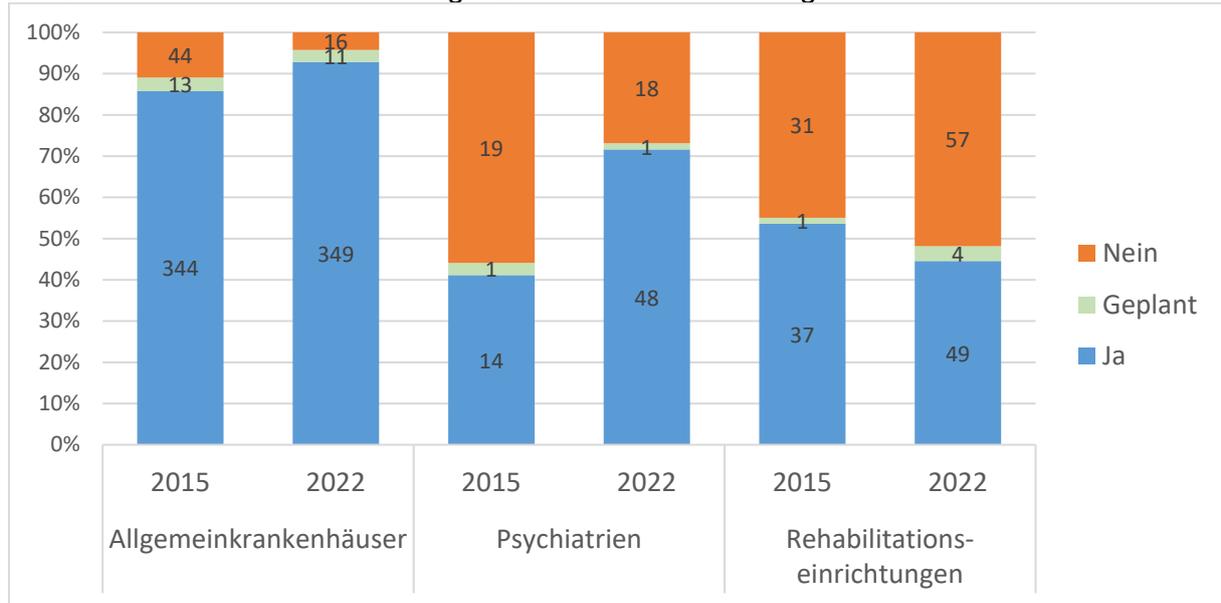


## 4.4.5. Ergebnisse der Tests auf Signifikanz

Variable / Item	Test auf Signifikanz	Allgemein-krankenhäuser	Psychiatrien	Rehabilitations-einrichtungen
Personen in kRM (Ordinäre Skala)	Kruskal-Wallis H	99,529	1,825	0,467
	Freiheitsgrad	2	2	1
	p-Wert	<0,001	0,402	0,494
Personen in kRM (Skala, metrische Angabe)	Mann-Whitney U	65514	1107	3219
	Z	-2,075	-0,326	-1,451
	p-Wert	0,038	0,744	0,147
Beratung – Einführung von kRM	Chi-quadrat	97,6	18,8	1,2
	Freiheitsgrad	2	2	1
	p-Wert	<0,001	<0,001	0,28
Beratung – Risikoanalyse	Chi-quadrat	37,1	9,7	5,0
	Freiheitsgrad	2	2	1
	p-Wert	<0,001	0,008	0,03
Beratung – Risiko-Audit	Chi-quadrat	5,3	0,2	4,4
	Freiheitsgrad	2	2	1
	p-Wert	0,07	0,91	0,036
Beratung – Juristische Beratung (Haftpflicht)	Chi-quadrat	61,7	8,5	6,2
	Freiheitsgrad	2	2	1
	p-Wert	<0,001	0,015	0,013
Beratung – Schulung / Fortbildung	Chi-quadrat	37,8	0,04	16,7
	Freiheitsgrad	2	2	1
	p-Wert	<0,001	0,98	<0,001
Beratung – Überprüfung des kRM nach Einführung	Chi-quadrat	3,4	0,8	2,9
	Freiheitsgrad	2	2	1
	p-Wert	0,18	0,67	0,09
Beratung – CIRS	Chi-quadrat	23,6	7,7	7,8
	Freiheitsgrad	2	2	1
	p-Wert	<0,001	0,02	0,005

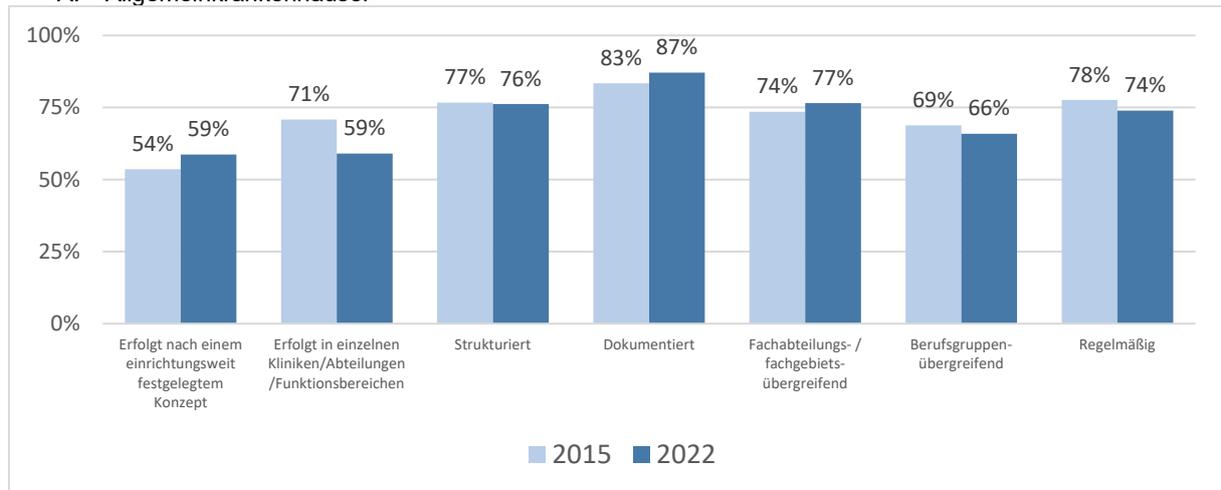
In den allermeisten Allgemeinkrankenhäusern (93% in 2022) und in Psychiatrien (72% in 2022) werden M&M-Konferenzen durchgeführt (Tabelle 4.4.6.). Nur etwa die Hälfte der Rehabilitationskliniken gibt an, M&M-Konferenzen zu nutzen. Im Jahr 2010 bezog sich die Befragung auf Fallkonferenzen ("Gibt es in Ihrem Krankenhaus Fallkonferenzen oder Besprechungen, in denen kritische Vorfälle, Schäden, Komplikationen und Fehler zum Thema gebracht werden?"). Über die verschiedenen Zeitpunkte hinweg gibt es einen positiven Trend in den Allgemeinkrankenhäusern ( $p < 0,001$ ), während es keine signifikante Veränderung zwischen 2010 und 2022 für Psychiatrien und Rehabilitationseinrichtungen gibt. Zwischen 2015 und 2022 bleiben die Merkmale der M&M-Konferenzen in allgemeinen Krankenhäusern weitgehend gleich (4.4.7.A), während in Psychiatrien und Rehabilitationseinrichtungen ein signifikanter Anstieg der meisten Merkmale zu verzeichnen ist (4.4.7.B und C). Im Jahr 2022 werden die M&M-Konferenzen in Psychiatrien und Rehabilitationseinrichtungen also zunehmend regelmäßig, dokumentiert und erfolgen nach einem einrichtungswest festgelegten Konzept.

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

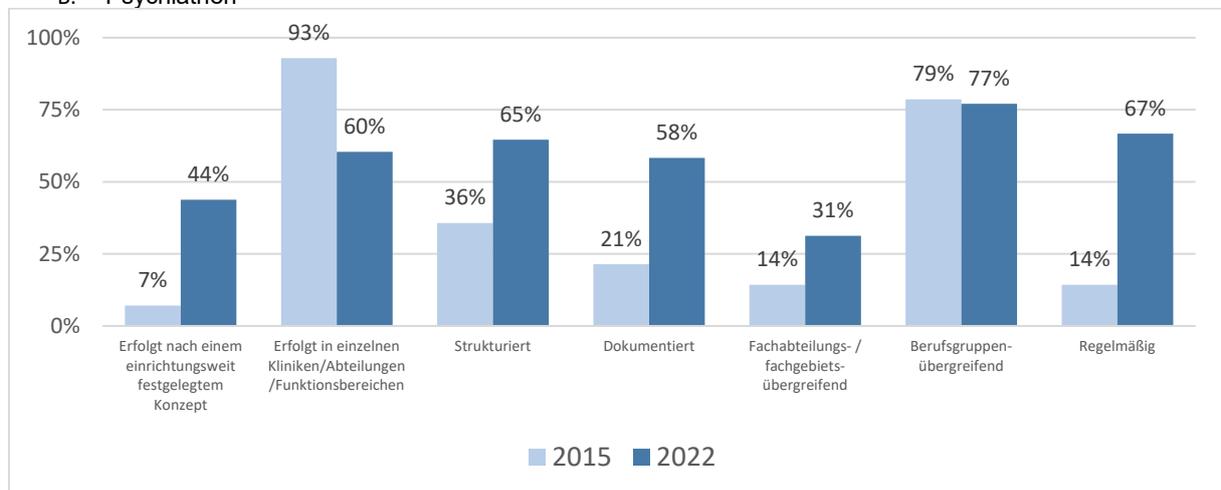


4.4.7. In welcher Form finden die M&M-Konferenzen statt? (Anteil der positiven Antworten)

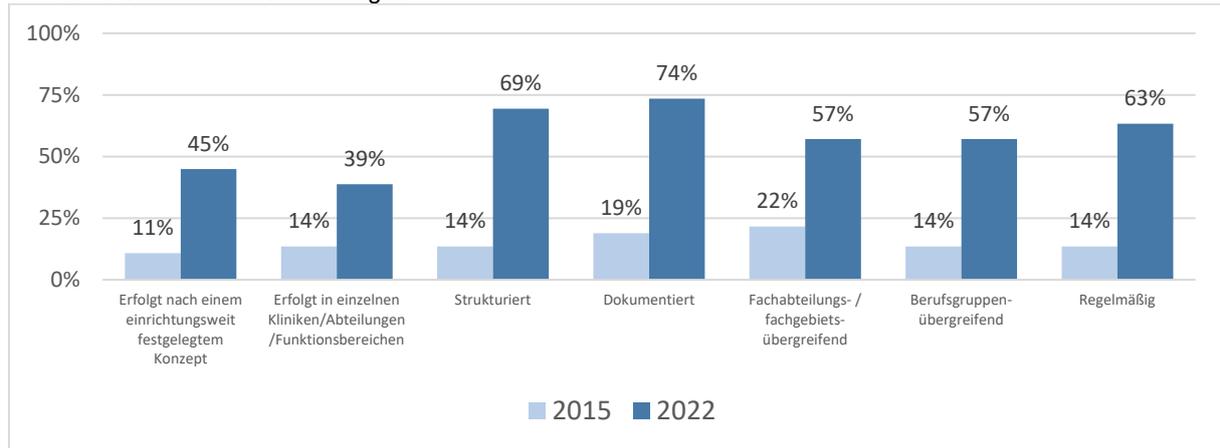
A. Allgemeinkrankenhäuser



B. Psychiatrien



## C. Rehabilitationseinrichtungen



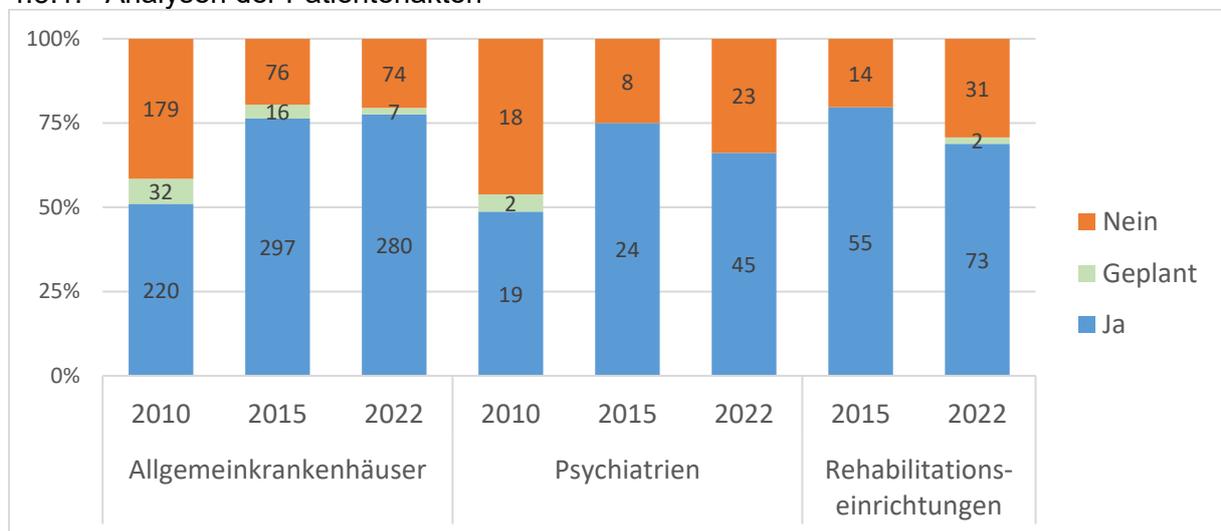
## 4.4.8. Ergebnisse der Tests auf Signifikanz

Variable / Item	Test auf Signifikanz	Allgemein- krankenhäuser	Psychiatrien	Rehabilitations- einrichtungen
Werden in Ihrer Einrichtung M&M-Konferenzen durchgeführt?	Kruskal-Wallis H	10,4	8,7	1,1
	Freiheitsgrad	1	1	1
	p-Wert	0,001	0,003	0,29
Erfolgt nach einem einrichtungswweit festgelegtem Konzept	Chi-quadrat	1,8	6,3	11,6
	Freiheitsgrad	1	1	1
	p-Wert	0,18	0,012	0,001
Erfolgt in einzelnen Kliniken/Abteilungen/ Funktionsbereichen	Chi-quadrat	10,6	5,2	6,7
	Freiheitsgrad	1	1	1
	p-Wert	0,001	0,02	0,01
Strukturiert	Chi-quadrat	0,02	3,7	26,6
	Freiheitsgrad	1	1	1
	p-Wert	0,89	0,054	<0,001
Dokumentiert	Chi-quadrat	1,9	5,9	25,1
	Freiheitsgrad	1	1	1
	p-Wert	0,17	0,02	<0,001
Fachabteilungs- / fachgebietsübergreifend	Chi-quadrat	0,9	1,6	10,9
	Freiheitsgrad	1	1	1
	p-Wert	0,36	0,21	0,001
Berufsgruppenübergreifend	Chi-quadrat	0,7	0,1	17,0
	Freiheitsgrad	1	1	1
	p-Wert	0,42	0,91	<0,001
Regelmäßig	Chi-quadrat	1,2	12,0	21,4
	Freiheitsgrad	1	1	1
	p-Wert	0,27	0,001	<0,001

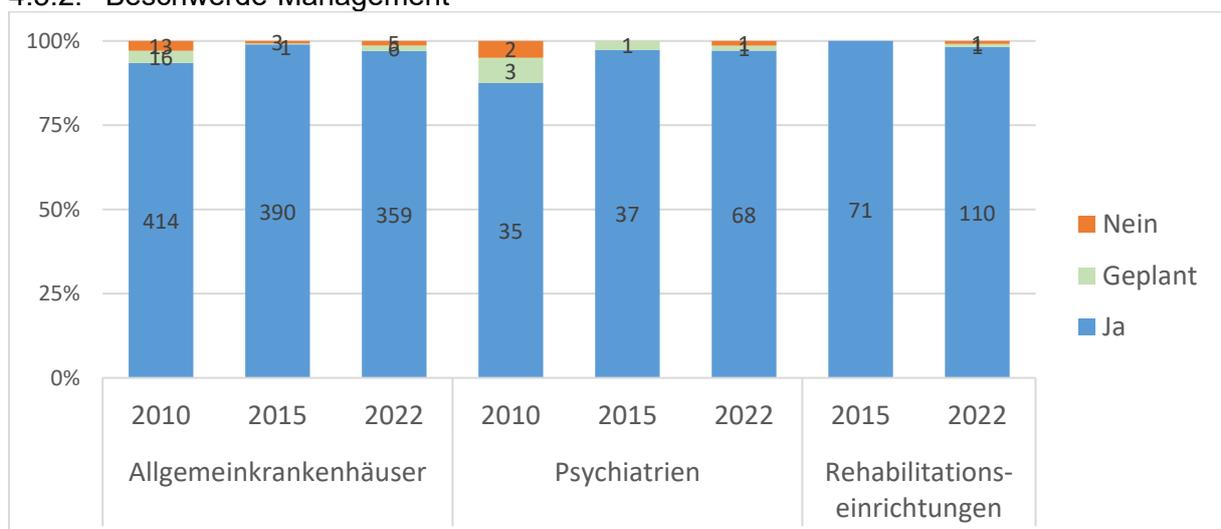
### 4.5. Risikobeurteilung (Risikoidentifikation, -analyse und -bewertung)

In diesem Abschnitt wurden die Teilnehmer:innen nach der Umsetzung verschiedener Instrumente des Risikomanagements in ihren Einrichtungen gefragt. Fast alle Teilnehmenden gaben an, Beschwerde-Management eingeführt zu haben, während andere Instrumente in unterschiedlichem Ausmaß eingesetzt werden. Zwischen 2010 und 2015-2022 ist ein signifikanter Anstieg der Nutzung von CIRS zu beobachten. Die Teilstichprobe der Rehabilitationseinrichtungen zeigt einen etwas geringeren Grad der CIRS-Implementierung im Jahr 2022 im Vergleich zu 2015. Die schriftlichen Befragungen von Patient:innen haben in Allgemeinkrankenhäusern und Psychiatrien von 2010 bis 2022 erheblich zugenommen, während die schriftlichen Befragungen von Mitarbeitern zur Sicherheitskultur weitgehend auf demselben Niveau geblieben oder sogar etwas gesunken sind.

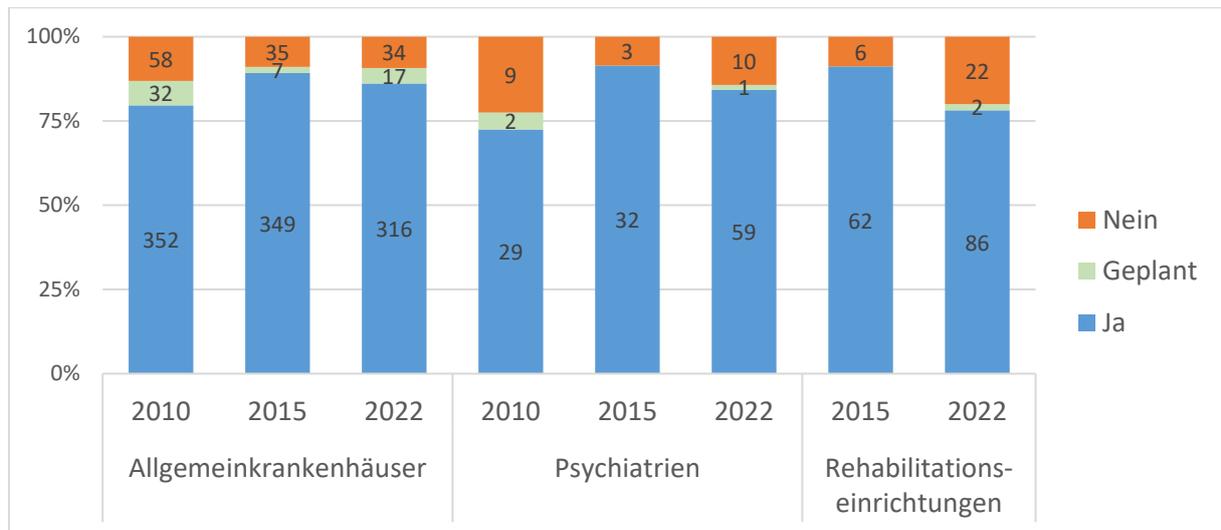
#### 4.5.1. Analysen der Patientenakten



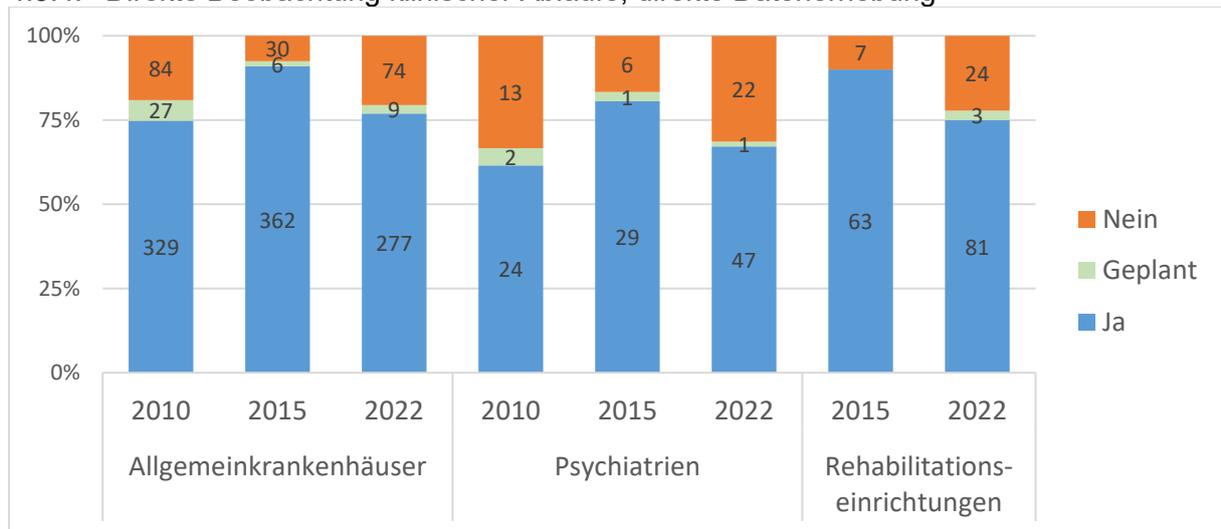
#### 4.5.2. Beschwerde-Management



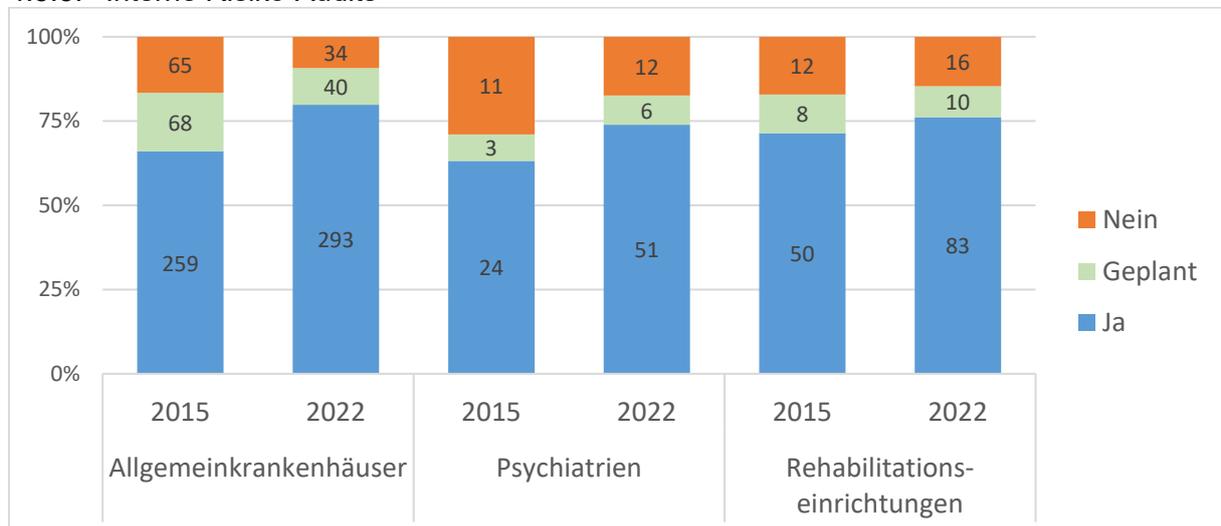
### 4.5.3. Auswertung von Behandlungsschäden, Behandlungsfehlern und/oder Anspruchserhebungen



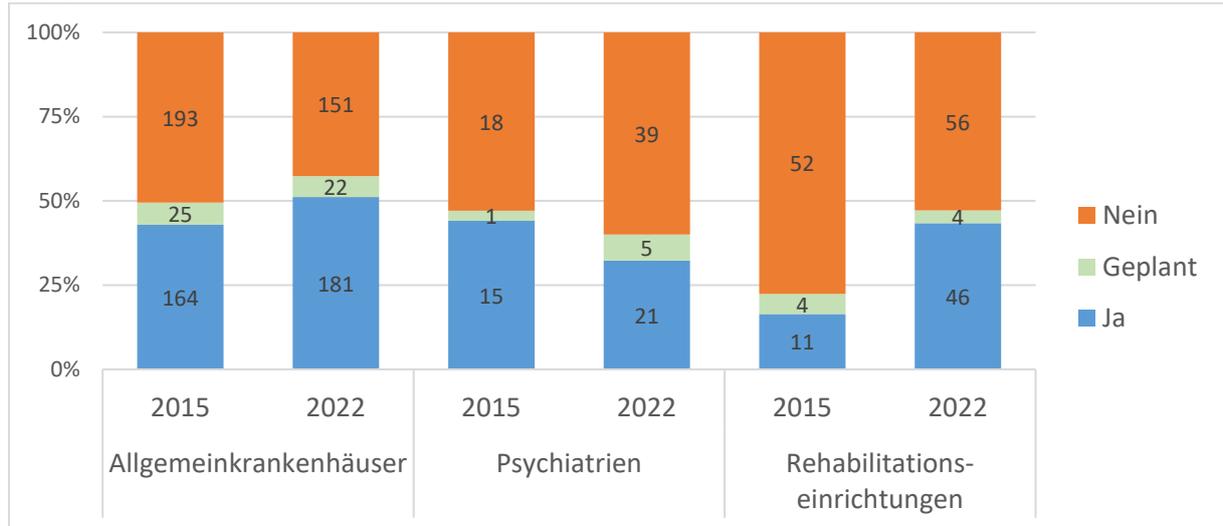
### 4.5.4. Direkte Beobachtung klinischer Abläufe, direkte Datenerhebung



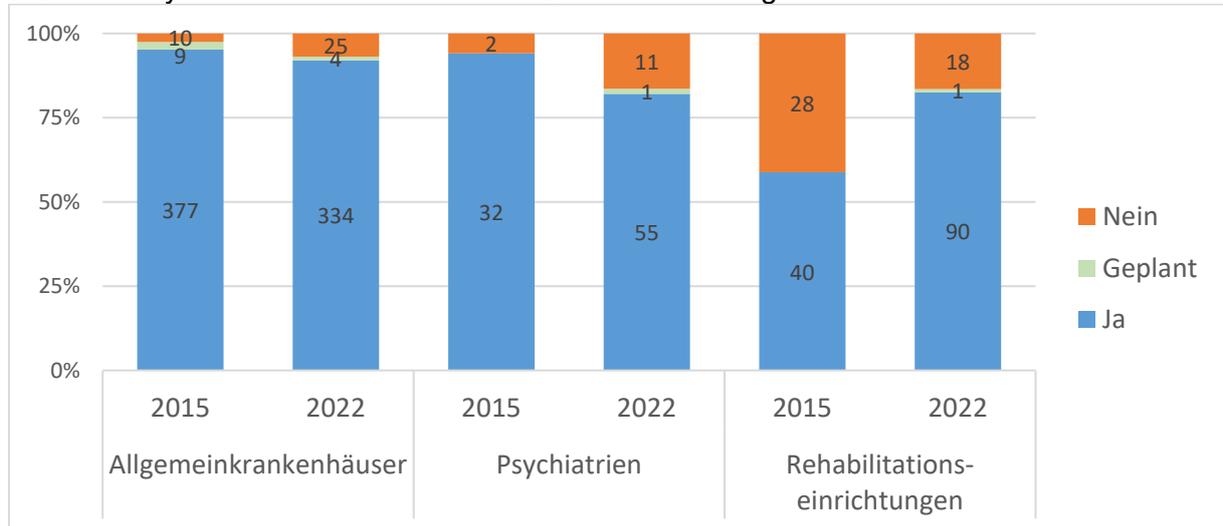
### 4.5.5. Interne Risiko-Audits



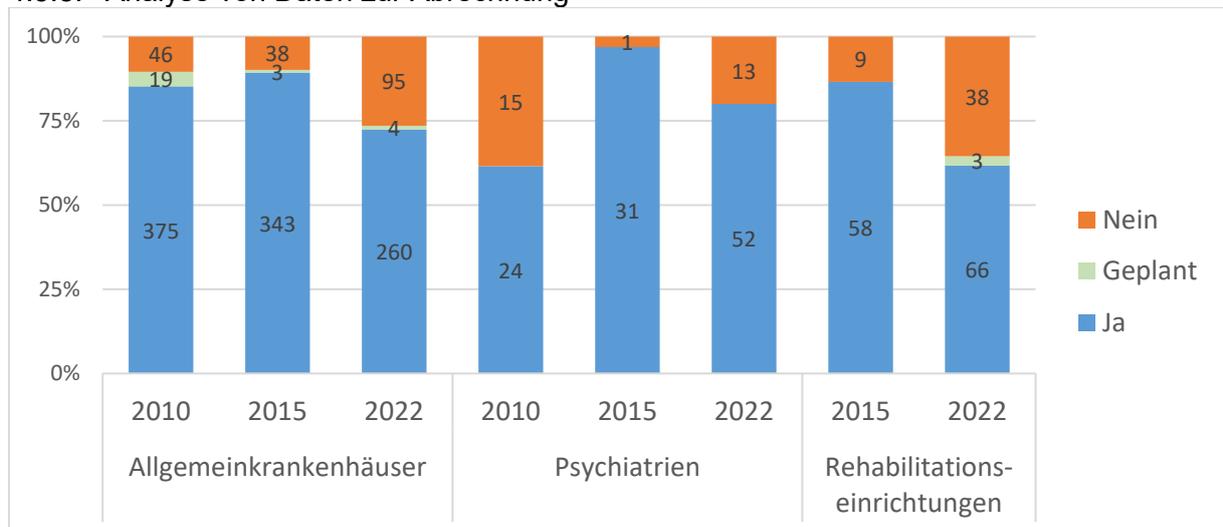
4.5.6. Externe Risiko-Audits



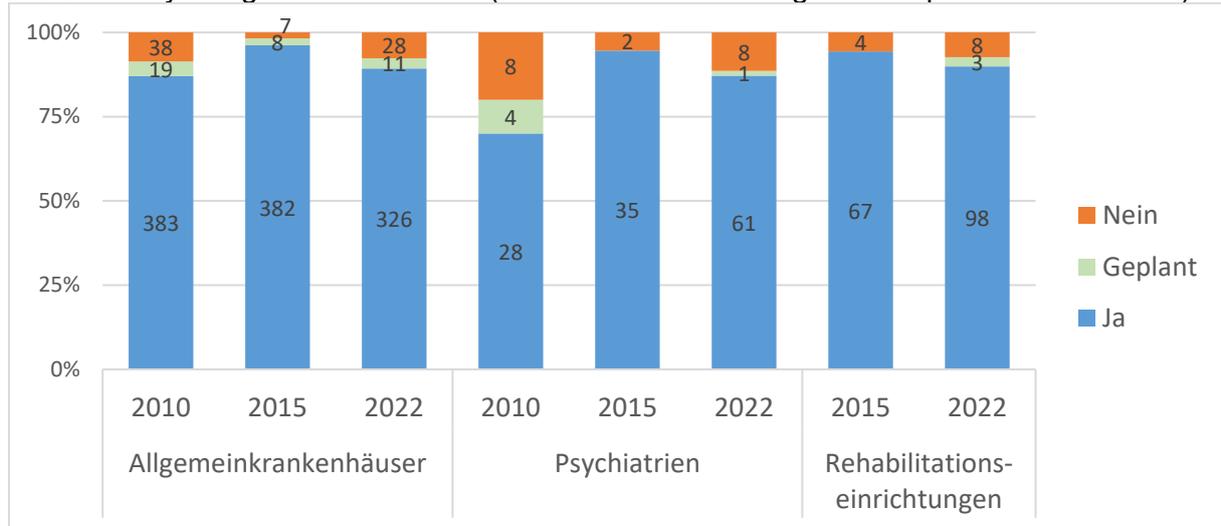
4.5.7. Analyse von Daten zur externen Qualitätssicherung



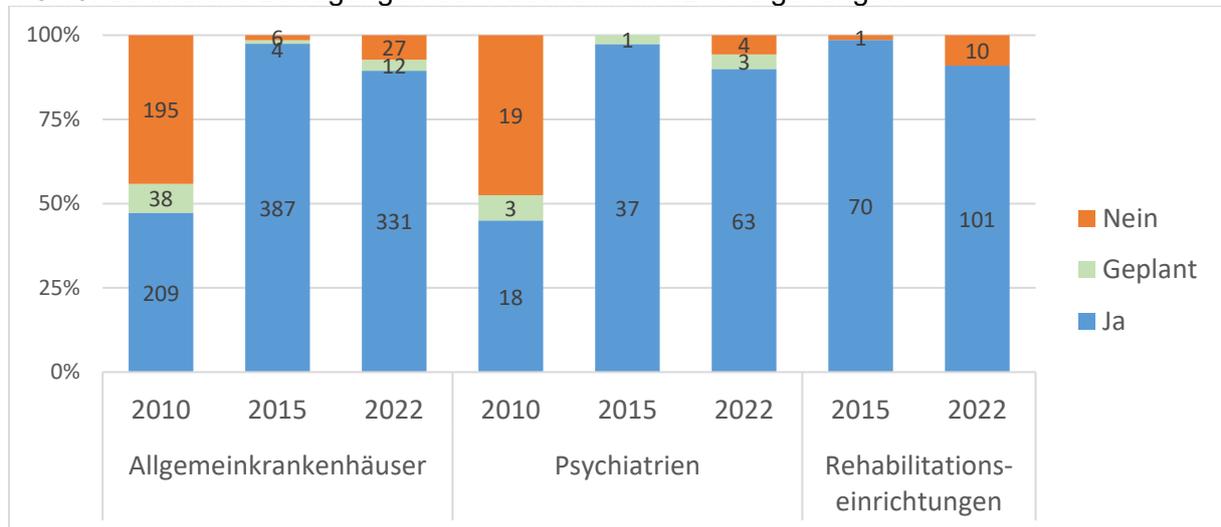
4.5.8. Analyse von Daten zur Abrechnung



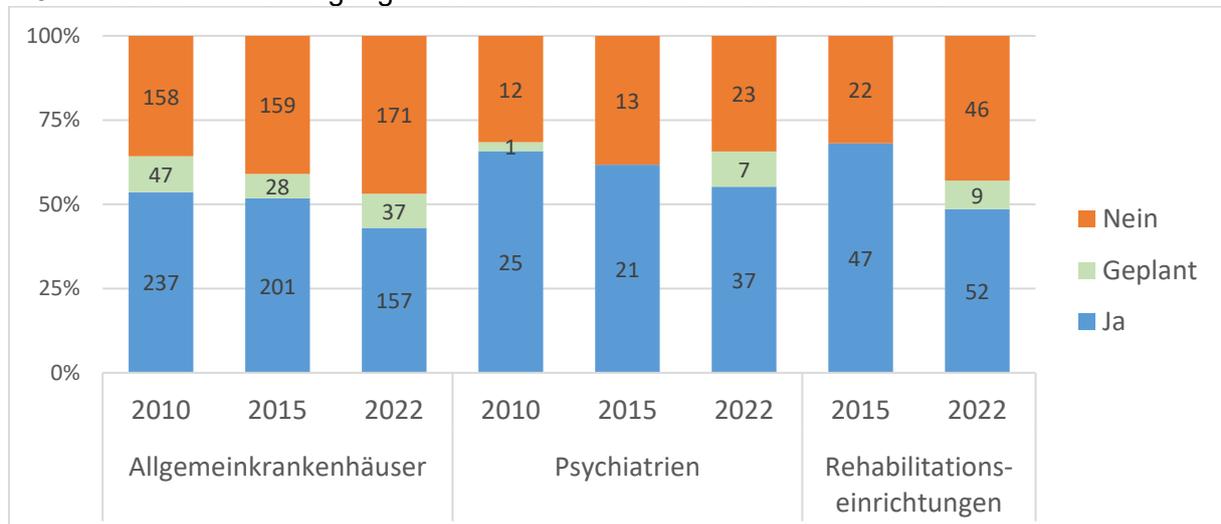
4.5.9. Analyse eigener Kennzahlen (z.B. Sturzraten oder eigene Komplikationsstatistiken)



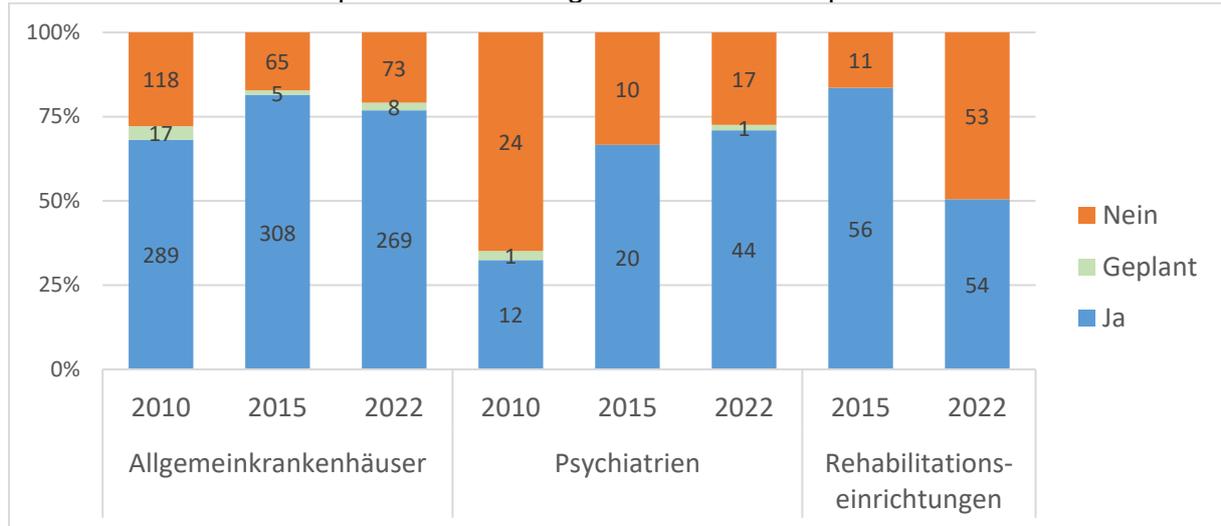
4.5.10. Schriftliche Befragungen der Patient:innen bzw. Angehörigen



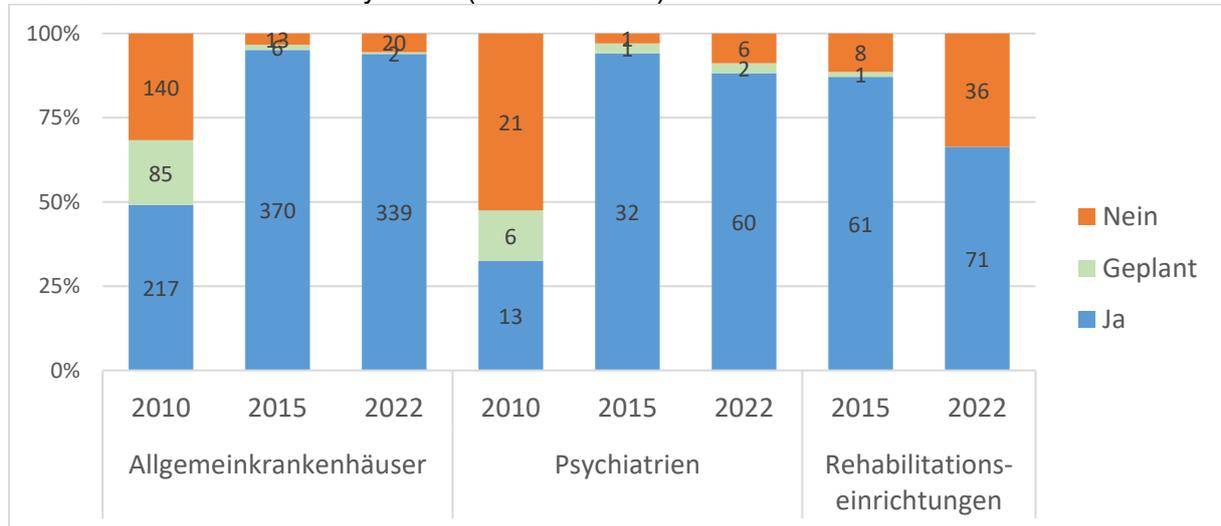
4.5.11. Schriftliche Befragungen der Mitarbeitenden zur Sicherheitskultur



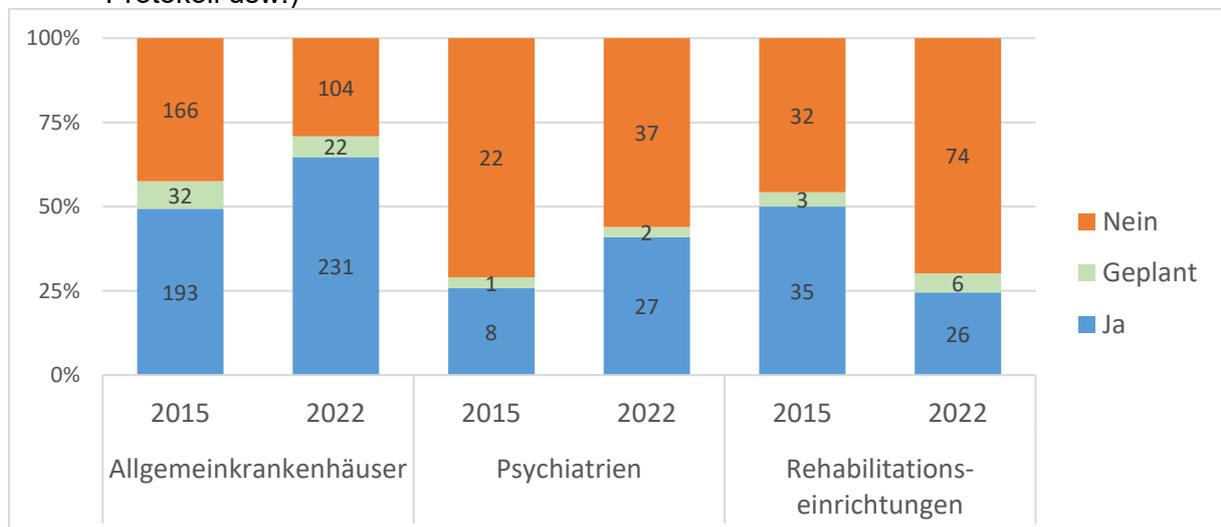
4.5.12. Hinweise der Haftpflichtversicherung oder deren Mittelsperson



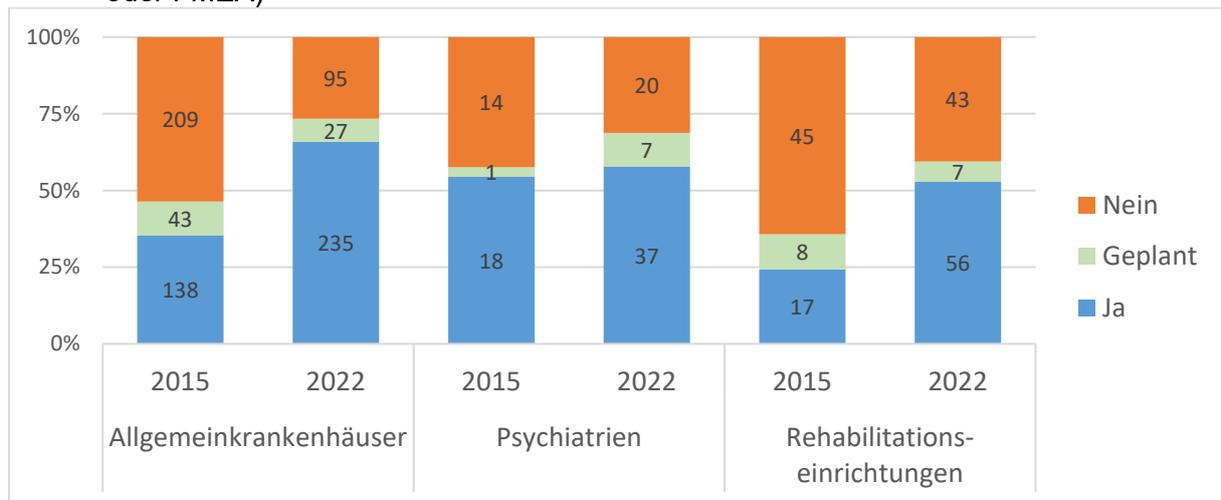
4.5.13. Gesetzliche Meldesysteme (Lokales CIRIS)



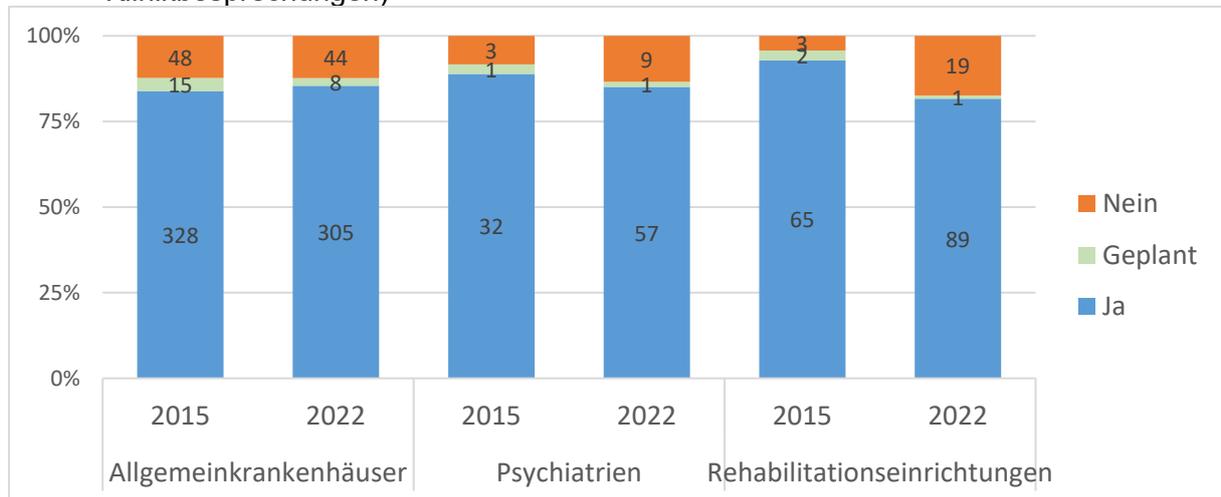
4.5.14. Einsatz von Verfahren zur Ereignisanalyse (z.B. Root Cause Analysis, London Protokoll usw.)



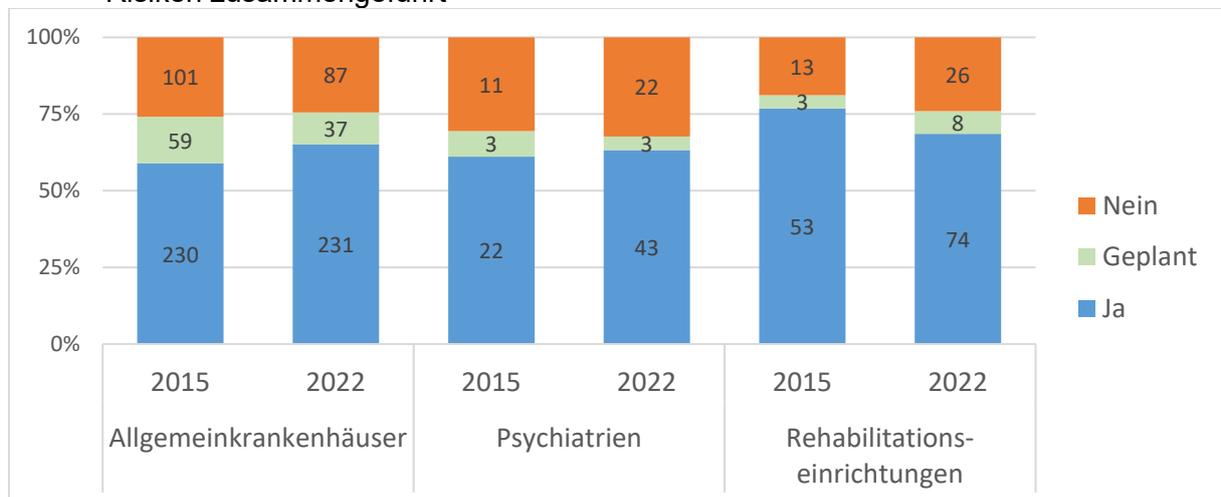
4.5.15. Einsatz von Verfahren zur prospektiven Risikoanalyse (z.B. Prozessrisikoprüfung oder FMEA)



4.5.16. Einsatz dialogorientierter Verfahren (z.B. Thematisierung in Abteilungs- oder Klinikbesprechungen)



4.5.17. Analyseergebnisse, die auf den verschiedenen Risiko-Informationsquellen beruhen, werden für das Krankenhaus an einer Stelle für eine Gesamtanalyse der klinischen Risiken zusammengeführt



## 4.5.18. Ergebnisse der Tests auf Signifikanz

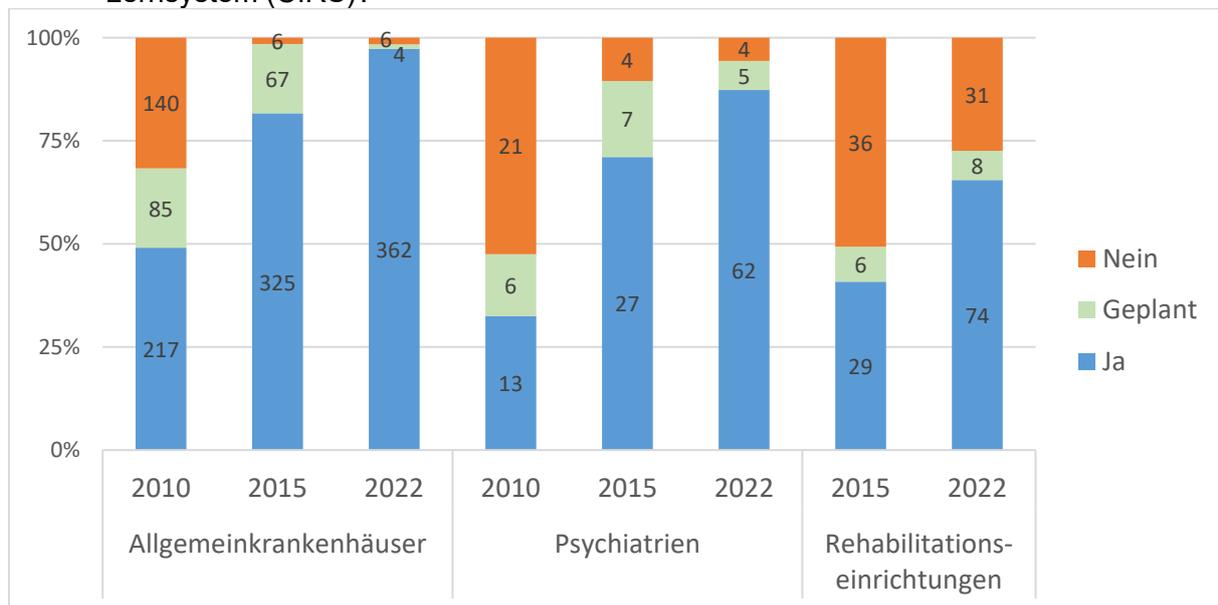
Variable / Item	Der Test auf Signifikanz	Allgemein-krankenhäuser	Psychiatrien	Rehabilitations-einrichtungen
Analysen der Patientenakten	Kruskal-Wallis H	80,654	4,896	2,305
	Freiheitsgrad	2	2	1
	p-Wert	<0,001	0,086	0,129
Beschwerde-Management	Kruskal-Wallis H	18,721	5,385	1,275
	Freiheitsgrad	2	2	1
	p-Wert	<0,001	0,068	0,259
Auswertung von Behandlungsschäden, Behandlungsfehlern und/oder Anspruchserhebungen	Kruskal-Wallis H	14,419	4,607	4,901
	Freiheitsgrad	2	2	1
	p-Wert	0,001	0,10	0,027
Direkte Beobachtung klinischer Abläufe, direkte Datenerhebung	Kruskal-Wallis H	39,398	3,364	5,902
	Freiheitsgrad	2	2	1
	p-Wert	<0,001	0,186	0,015
Interne Risiko-Audits	Kruskal-Wallis H	18,15	1,598	0,463
	Freiheitsgrad	1	1	1
	p-Wert	<0,001	0,206	0,496
Externe Risiko-Audits	Kruskal-Wallis H	5,059	0,787	12,158
	Freiheitsgrad	1	1	1
	p-Wert	0,024	0,375	<0,001
Analyse von Daten zur externen Qualitätssicherung	Kruskal-Wallis H	3,516	2,663	12,399
	Freiheitsgrad	1	1	1
	p-Wert	0,061	0,103	<0,001
Analyse von Daten zur Abrechnung	Kruskal-Wallis H	42,509	13,116	11,937
	Freiheitsgrad	2	2	1
	p-Wert	<0,001	0,001	0,001
Analyse eigener Kennzahlen (z.B. Sturzraten oder eigene Komplikationsstatistiken)	Kruskal-Wallis H	22,679	8,862	1,035
	Freiheitsgrad	2	2	1
	p-Wert	<0,001	0,012	0,309
Schriftliche Befragungen der Patient:innen bzw. Angehörigen	Kruskal-Wallis H	347,044	43,624	4,381
	Freiheitsgrad	2	2	1
	p-Wert	<0,001	<0,001	0,036
Schriftliche Befragungen der Mitarbeitenden zur Sicherheitskultur	Kruskal-Wallis H	10,685	0,624	4,641
	Freiheitsgrad	2	2	1
	p-Wert	0,005	0,732	0,031
Hinweise der Haftpflichtversicherung oder deren Mittelsperson	Kruskal-Wallis H	18,671	14,899	19,319
	Freiheitsgrad	2	2	1
	p-Wert	<0,001	0,001	<0,001
Gesetzliche Meldesysteme (Lokales CIRS)	Kruskal-Wallis H	319,174	49,791	10,02
	Freiheitsgrad	2	2	1
	p-Wert	<0,001	<0,001	0,002
Einsatz von Verfahren zur Ereignisanalyse (z.B. Root Cause Analysis, London Protokoll usw.)	Kruskal-Wallis H	17,609	2,052	11,382
	Freiheitsgrad	1	1	1
	p-Wert	<0,001	0,152	0,001
Einsatz von Verfahren zur prospektiven Risikoanalyse (z.B. Prozessrisikoanalyse, FMEA)	Kruskal-Wallis H	68,9	0,405	12,413
	Freiheitsgrad	1	1	1
	p-Wert	<0,001	0,525	<0,001
Einsatz dialogorientierter Verfahren (z.B. Thematisierung in Abteilungs- oder Klinikbesprechungen)	Kruskal-Wallis H	0,26	0,325	4,788
	Freiheitsgrad	1	1	1
	p-Wert	0,61	0,569	0,029
Analyseergebnisse, die auf den verschiedenen Risiko-Informationsquellen beruhen, werden für das Krankenhaus an einer Stelle für eine Gesamtanalyse der klinischen Risiken zusammengeführt	Kruskal-Wallis H	1,935	0,006	1,279
	Freiheitsgrad	1	1	1
	p-Wert	0,164	0,939	0,258

### 4.6. Critical Incident Reporting System (CIRS)

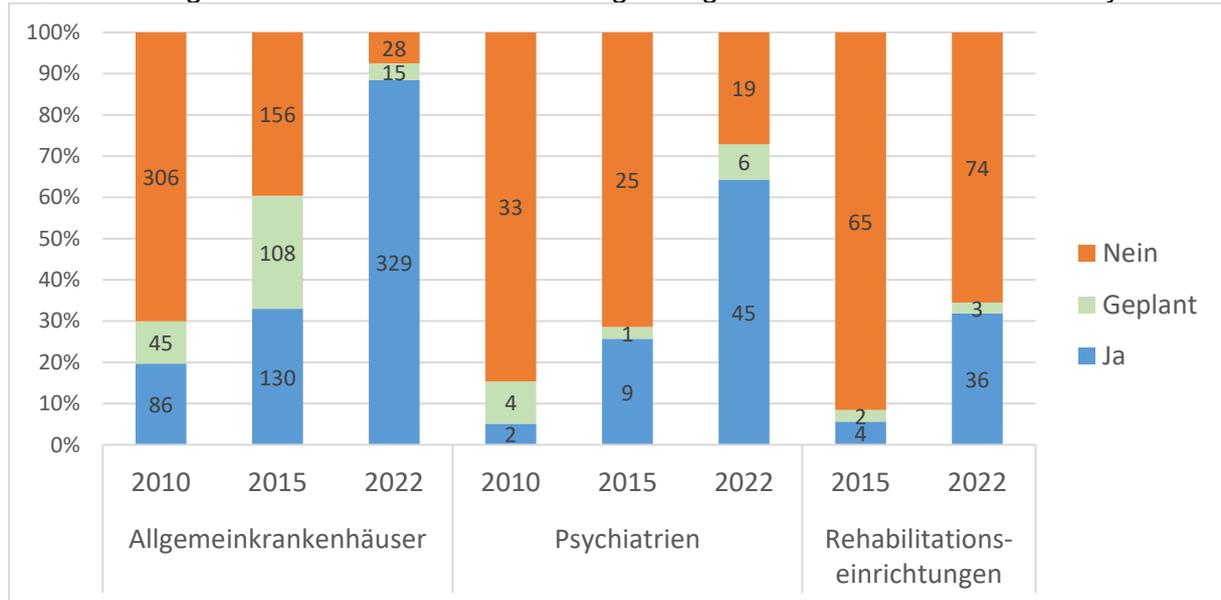
Der Einsatz von CIRS hat in allen drei Teilgruppen von 2010 bis 2022 deutlich zugenommen. So geben fast alle Allgemeinkrankenhäuser und Psychiatrien sowie 65% der Rehabilitationseinrichtungen an, über ein internes CIRS zu verfügen. Ein positiver Trend ist auch bei der Nutzung von einrichtungsübergreifenden CIRS in den drei Teilstichproben zu beobachten. Ein anderes Bild ergibt sich bei der durchschnittlichen Anzahl der Berichte pro Jahr, bei der es zwischen 2010 und 2022 keine signifikante Veränderung gibt. Die Ausreißer mit bis zu 800 Berichten pro Jahr sind in der Grafik nicht dargestellt (Abbildung 4.6.3), aber wie das Box-Plot zeigt, hatten sowohl 2010 als auch 2022 bis zu 75% der Allgemeinkrankenhäuser etwa 55 Berichte pro Jahr oder weniger und 75% der Psychiatrien hatten 25 Berichte pro Jahr oder weniger. Es gibt keinen signifikanten Unterschied zwischen den Zeitpunkten.

Die meisten teilnehmenden Einrichtungen haben Definitionen für die Meldung von Ereignissen. Ihr CIRS erlaubt anonyme Meldungen und die Meldungen werden nach einem festgelegten Schema systematisch analysiert. In allen drei Teilgruppen ist ein signifikanter positiver Trend zu beobachten, vor allem in Rehabilitationskliniken. Bei etwa der Hälfte der Teilnehmer:innen sind auch die Schadensfälle in die CIRS-Berichte einbezogen.

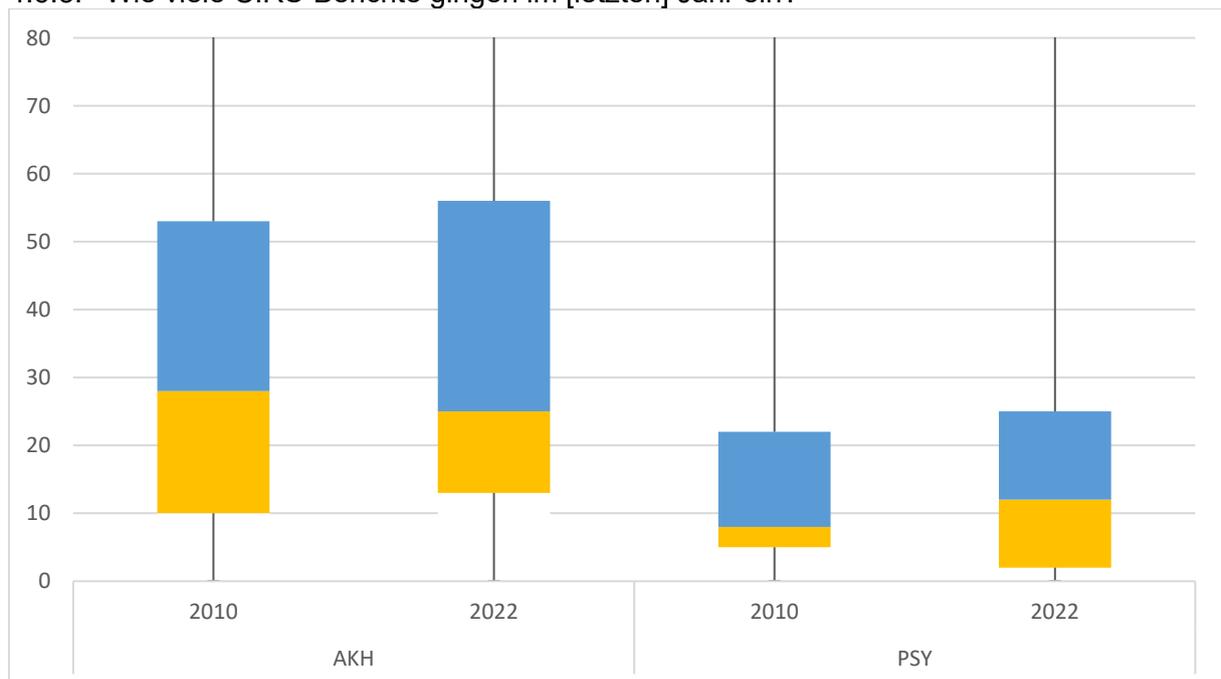
#### 4.6.1. Verfügen Sie in Ihrer Einrichtung über ein einrichtungsinternes Berichts- und Lernsystem (CIRS)?



4.6.2. Beteiligen Sie sich an einem einrichtungübergreifenden Berichts- und Lernsystem?

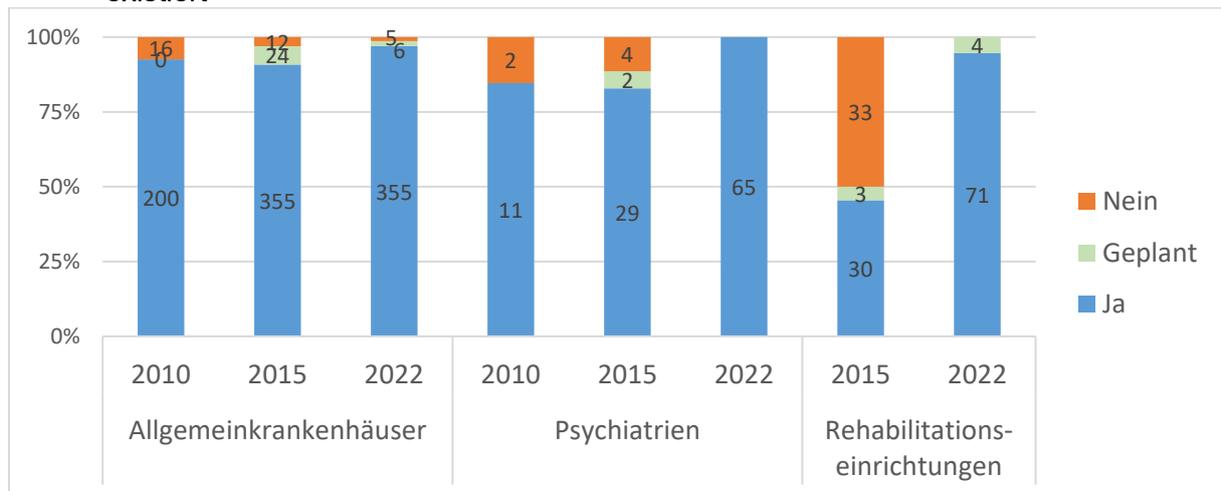


4.6.3. Wie viele CIRS-Berichte gingen im [letzten] Jahr ein?



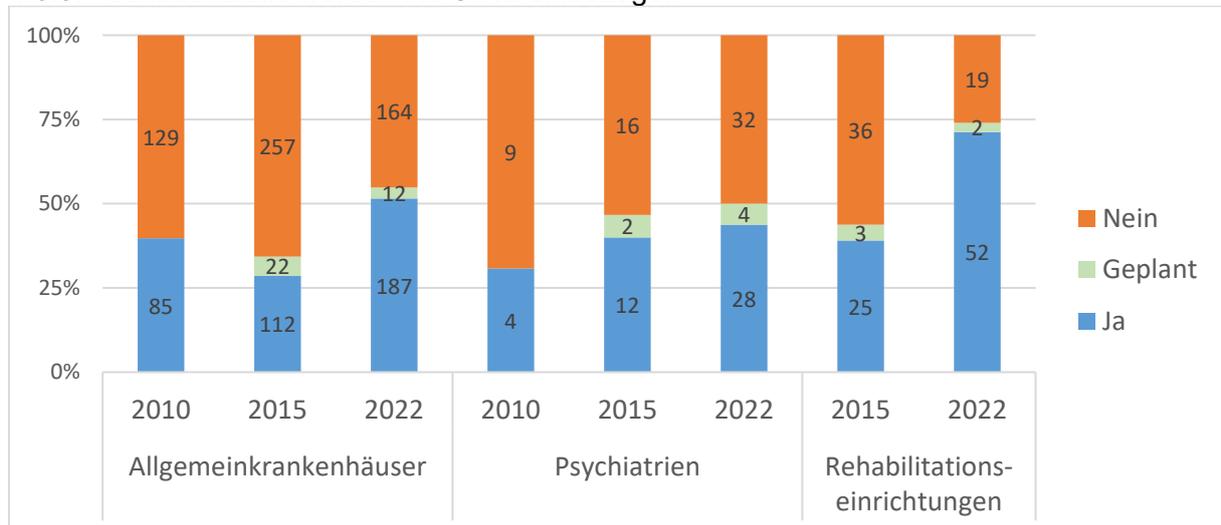
Anmerkung: Die Grafik zeigt (von unten nach oben) Minimum, 1. Quartil, Median, 3. Quartil und das Maximum. Es sind keine Daten für 2015 vorhanden. Die Y-Achse wurde zur besseren Darstellung gekürzt. Allgemeinkrankenhäuser (AKH) Maximum 2010=600 und 2022=830; Psychiatrien (PSY) Maximum 2010=108 und 2022=278.

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



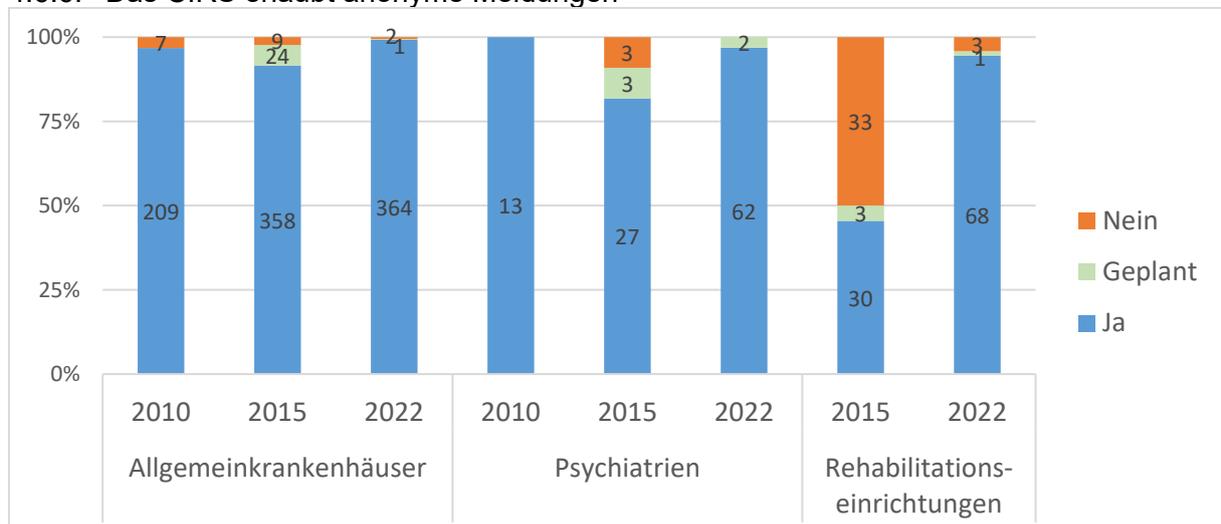
Anmerkung: In der Studie von 2010 war die Frage dichotom gestellt (Ja/Nein).

4.6.5. Schadensfälle werden ins CIRS einbezogen



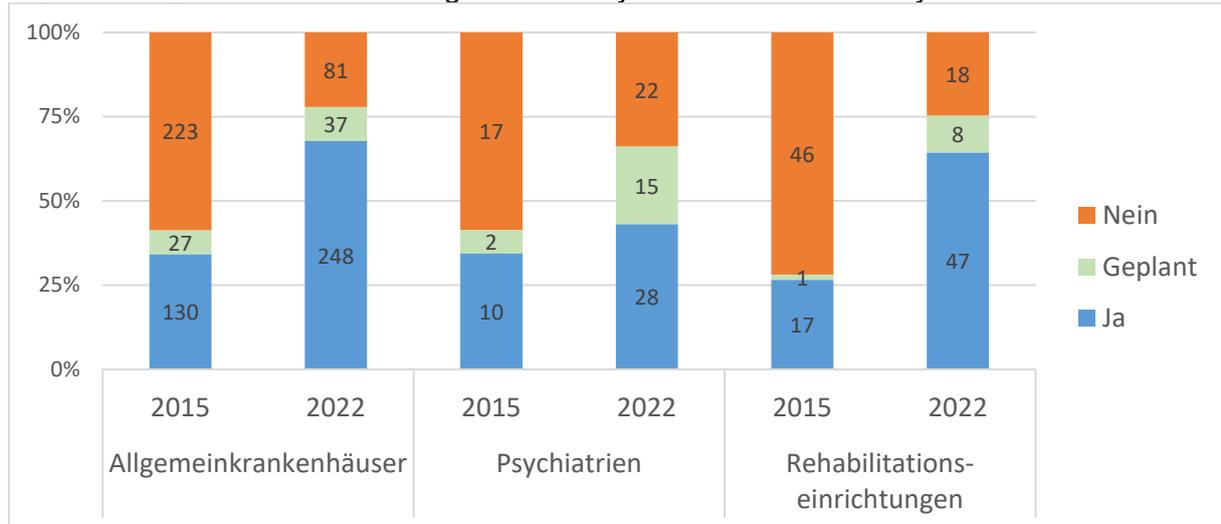
Anmerkung: In der Studie von 2010 war die Frage dichotom gestellt (Ja/Nein).

4.6.6. Das CIRS erlaubt anonyme Meldungen

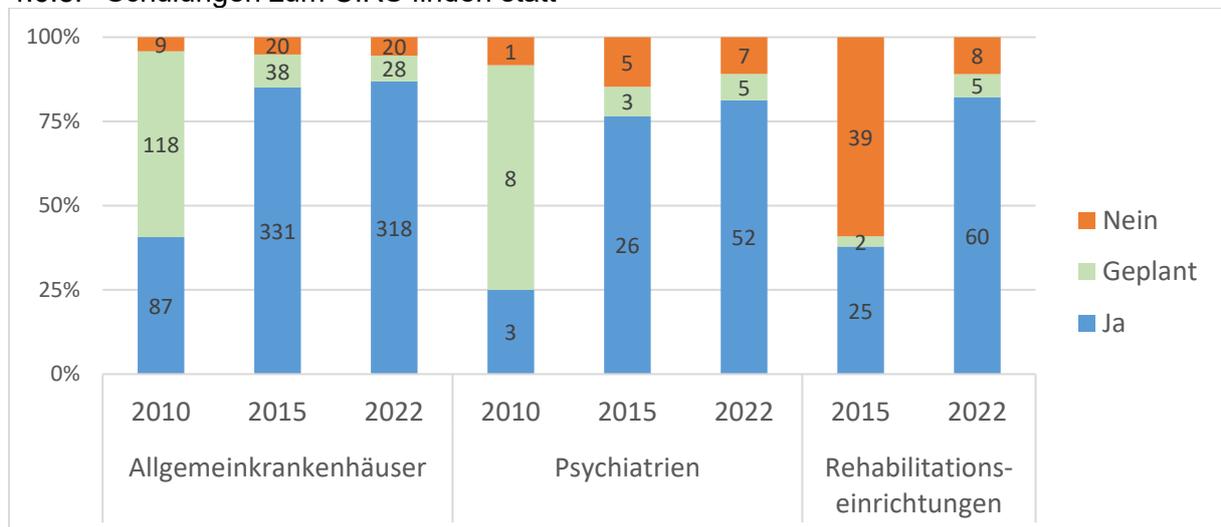


Anmerkung: In der Studie von 2010 war die Frage dichotom gestellt (Ja/Nein).

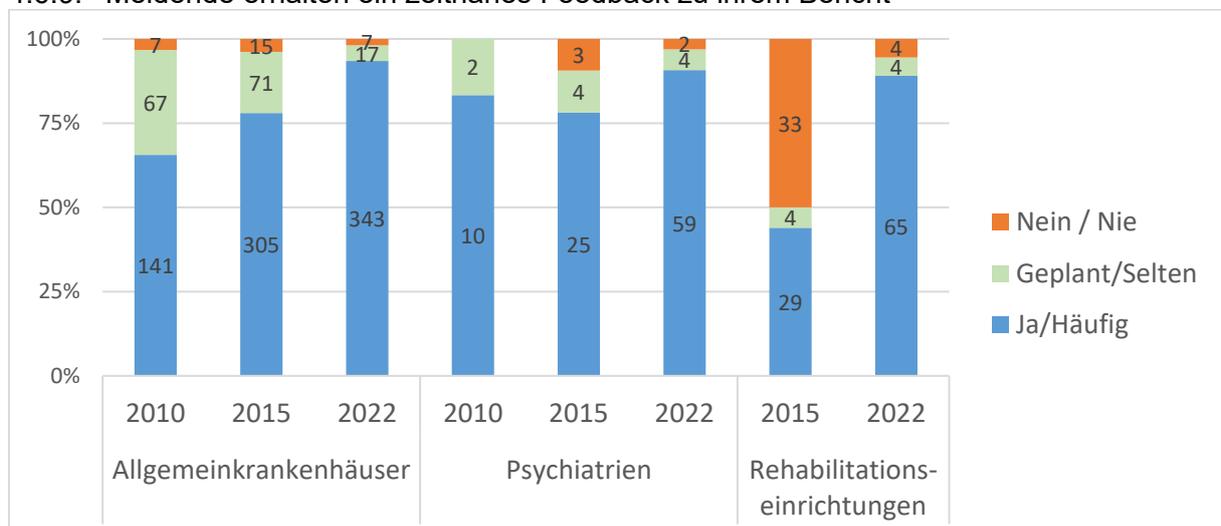
4.6.7. Das CIRS erlaubt Rückfragen des Analyseteams an den anonymen Berichtenden



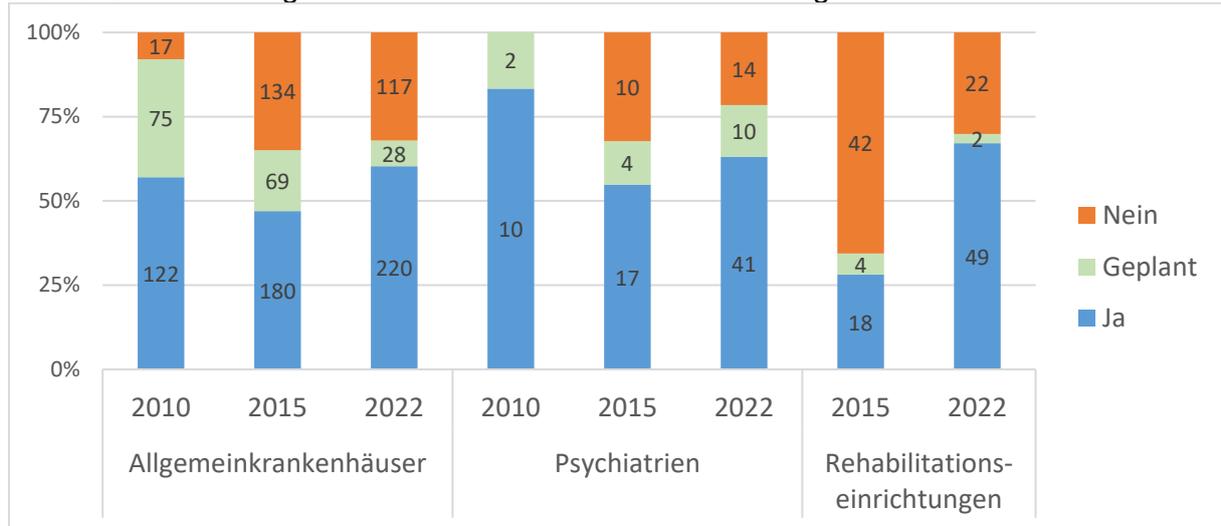
4.6.8. Schulungen zum CIRS finden statt



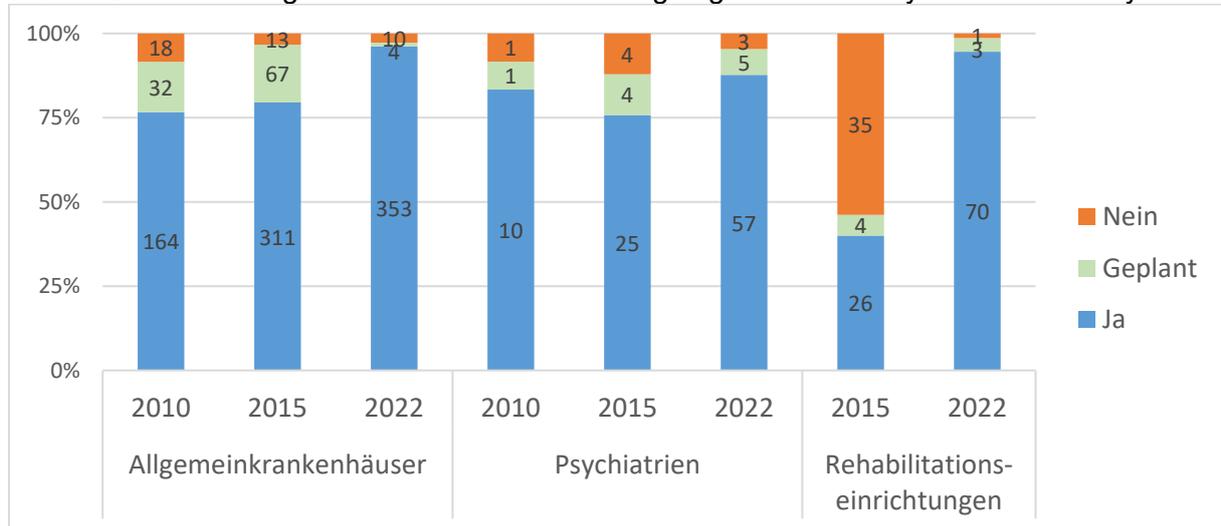
4.6.9. Meldende erhalten ein zeitnahes Feedback zu ihrem Bericht



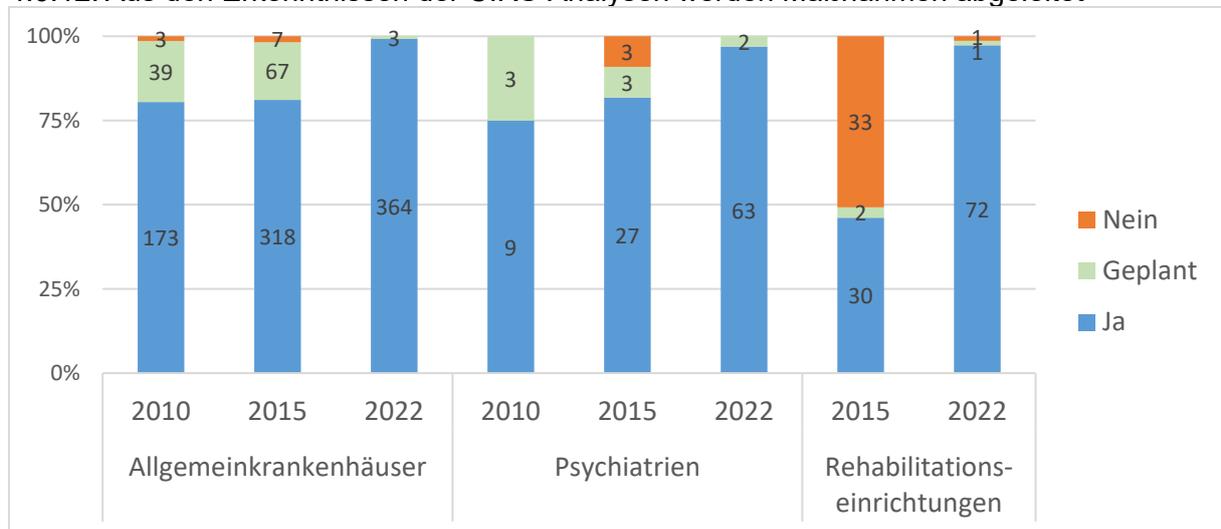
4.6.10. CIRS-Meldungen können von allen Mitarbeitenden eingesehen werden



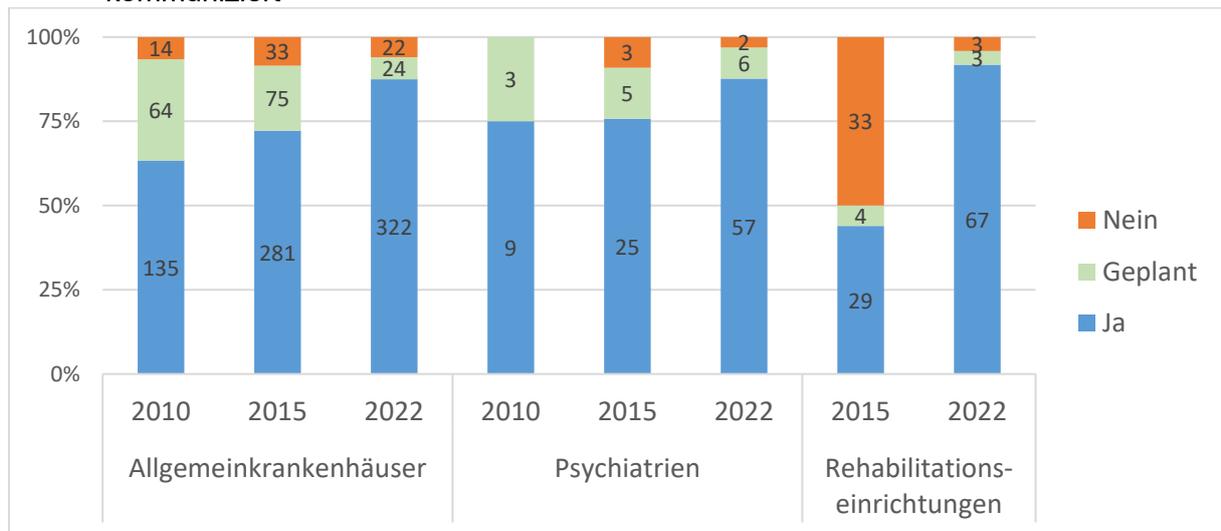
4.6.11. CIRS-Meldungen werden nach einem festgelegten Schema systematisch analysiert



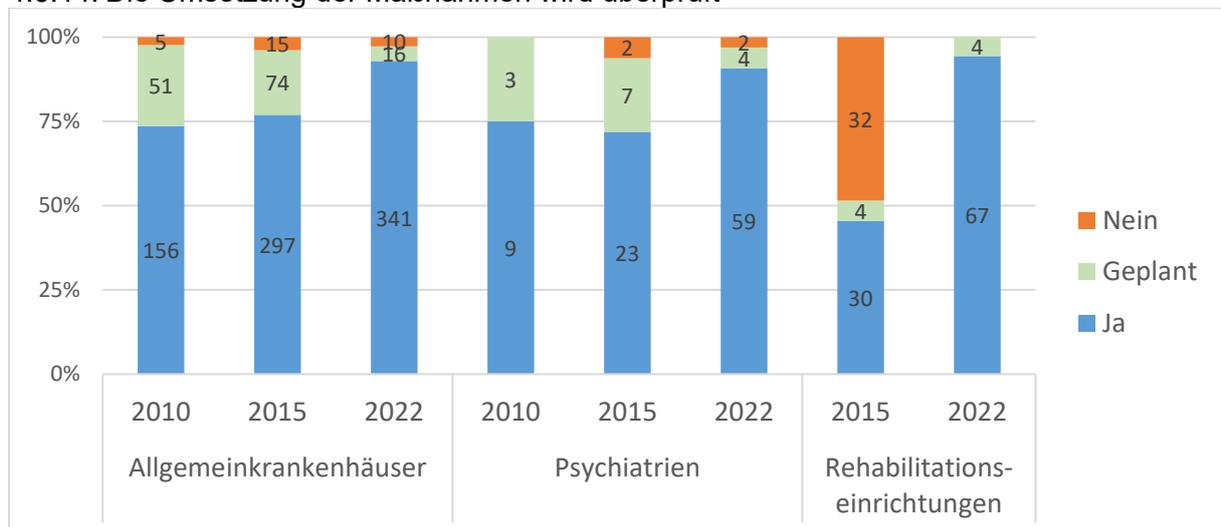
4.6.12. Aus den Erkenntnissen der CIRS-Analysen werden Maßnahmen abgeleitet



4.6.13. Die aus CIRS-Analyse abgeleiteten Maßnahmen werden allen Mitarbeitenden kommuniziert



4.6.14. Die Umsetzung der Maßnahmen wird überprüft



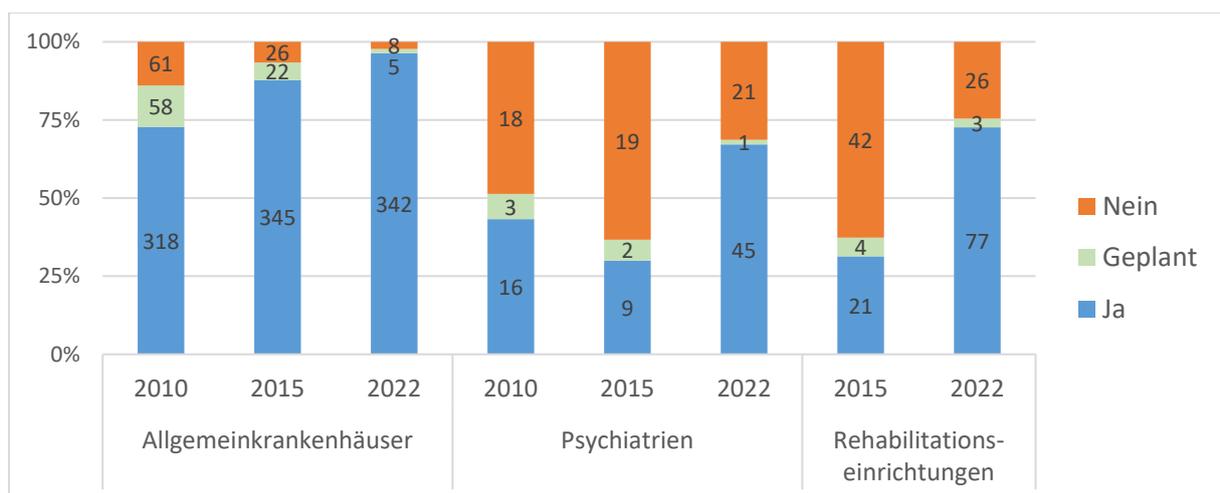
## 4.6.15. Ergebnisse der Tests auf Signifikanz

Variable / Item	Der Test auf Signifikanz	Allgemein- krankenhäuser	Psychiatrien	Rehabilitations- einrichtungen
Verfügen Sie in Ihrer Einrichtung über ein einrichtungsinternes Berichts- und Lernsystem (CIRS)?	Kruskal-Wallis H	283,277	40,07	11,26
	Freiheitsgrad	2	2	1
	p-Wert	<0,001	<0,001	0,001
Beteiligen Sie sich an einem einrichtungs- übergreifenden Berichts- und Lernsystem?	Kruskal-Wallis H	413,593	42,284	16,741
	Freiheitsgrad	2	2	1
	p-Wert	<0,001	<0,001	<0,001
Wie viele CIRS-Berichte gingen im [letzten] Jahr ein?	Mann-Whitney U	29952	328	
	Z	-0,49	-0,04	
	p-Wert	0,62	0,97	
Eine Definition von zu meldenden kritischen Ereignissen (^Was soll berichtet werden^) existiert	Kruskal-Wallis H	12,214	11,571	45,43
	Freiheitsgrad	2	2	1
	p-Wert	0,002	0,003	<0,001
Schadensfälle werden ins CIRS einbezogen	Kruskal-Wallis H	37,581	1,251	14,15
	Freiheitsgrad	2	2	1
	p-Wert	<0,001	0,535	<0,001
Das CIRS erlaubt anonyme Meldungen	Kruskal-Wallis H	26,377	8,631	40,256
	Freiheitsgrad	2	2	1
	p-Wert	<0,001	0,013	<0,001
Das CIRS erlaubt Rückfragen des Analyseteams an den anonymen Berichtenden	Kruskal-Wallis H	140,557	8,454	26,202
	Freiheitsgrad	2	2	1
	p-Wert	<0,001	0,015	<0,001
Schulungen zum CIRS finden statt	Kruskal-Wallis H	164,884	12,134	32,509
	Freiheitsgrad	2	2	1
	p-Wert	<0,001	0,002	<0,001
Meldende erhalten ein zeitnahes Feedback zu ihrem Bericht	Kruskal-Wallis H	69,669	3,03	34,692
	Freiheitsgrad	2	2	1
	p-Wert	<0,001	0,22	<0,001
CIRS-Meldungen können von allen Mitarbeitenden eingesehen werden	Kruskal-Wallis H	20,695	4,072	19,69
	Freiheitsgrad	2	2	1
	p-Wert	<0,001	0,131	<0,001
CIRS-Meldungen werden nach einem festgelegten Schema systematisch analysiert	Kruskal-Wallis H	55,09	2,379	50,727
	Freiheitsgrad	2	2	1
	p-Wert	<0,001	0,304	<0,001
Aus den Erkenntnissen der CIRS-Analysen werden Maßnahmen abgeleitet	Kruskal-Wallis H	71,347	8,887	46,835
	Freiheitsgrad	2	2	1
	p-Wert	<0,001	0,012	<0,001
Die aus CIRS-Analyse abgeleiteten Maßnahmen werden allen Mitarbeitenden kommuniziert	Kruskal-Wallis H	42,405	2,732	38,965
	Freiheitsgrad	2	2	1
	p-Wert	<0,001	0,255	<0,001
Die Umsetzung der Maßnahmen wird überprüft	Kruskal-Wallis H	44,252	5,925	42,978
	Freiheitsgrad	2	2	1
	p-Wert	<0,001	0,052	<0,001

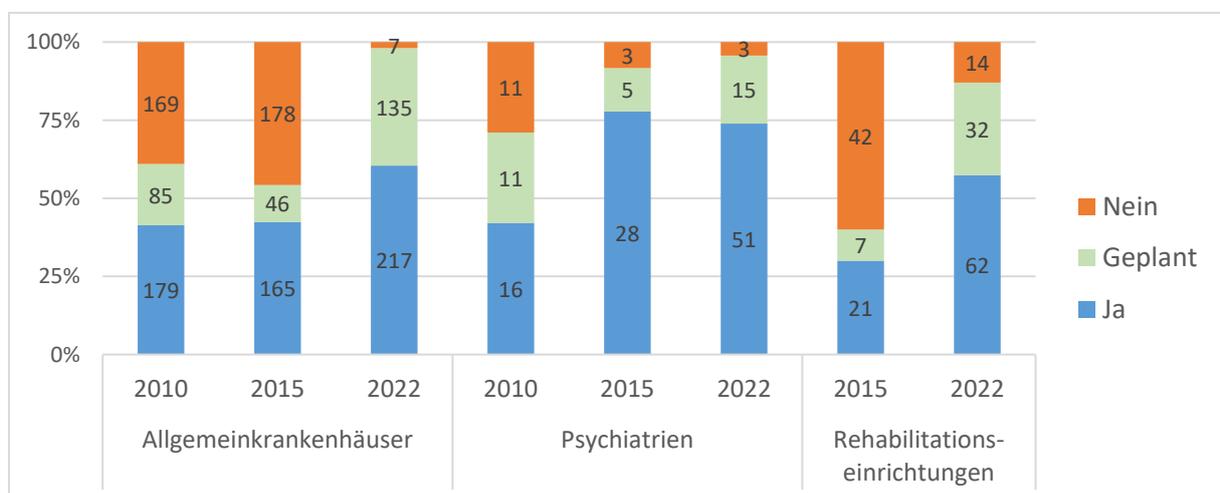
### 4.7. Risikobewältigung

In diesem Abschnitt werden die Antworten zur Umsetzung der Instrumente und Methoden zur Risikobewältigung dargestellt. In allen drei Teilgruppen zeigt die Umsetzung eines systematischen Vorgehens zur Patient:innenidentifikation und Nutzung einer elektronischen Patientenakte insgesamt einen positiven Trend. So wurde die systematische Patient:innenidentifikation im Jahr 2010 in 73% der Allgemeinkrankenhäuser umgesetzt, während dieser Anteil im Jahr 2022 auf 96% gestiegen ist. Die Nutzung elektronischer Patientenakten zeigt in allen Teilgruppen einen positiven Trend, wenngleich im Jahr 2022 ein erheblicher Anteil der Teilnehmenden die Einführung noch plant und das Begriffsverständnis innerhalb und zwischen den Erhebungsjahren variieren dürfte. Der Einsatz von perioperativen Checklisten und Simulationstrainings hat in den Allgemeinkrankenhäusern signifikant zugenommen (Abbildung 4.7.10 und 4.7.11,  $p < 0,001$ ). Hinsichtlich der Früherkennung von Patient:innen mit Komplikationen gibt es in den Allgemeinkrankenhäusern und Psychiatrien keine signifikanten Veränderungen, während in den Rehabilitationskliniken ein negativer Trend zu verzeichnen ist (Abbildung 4.7.12,  $p < 0,001$ ).

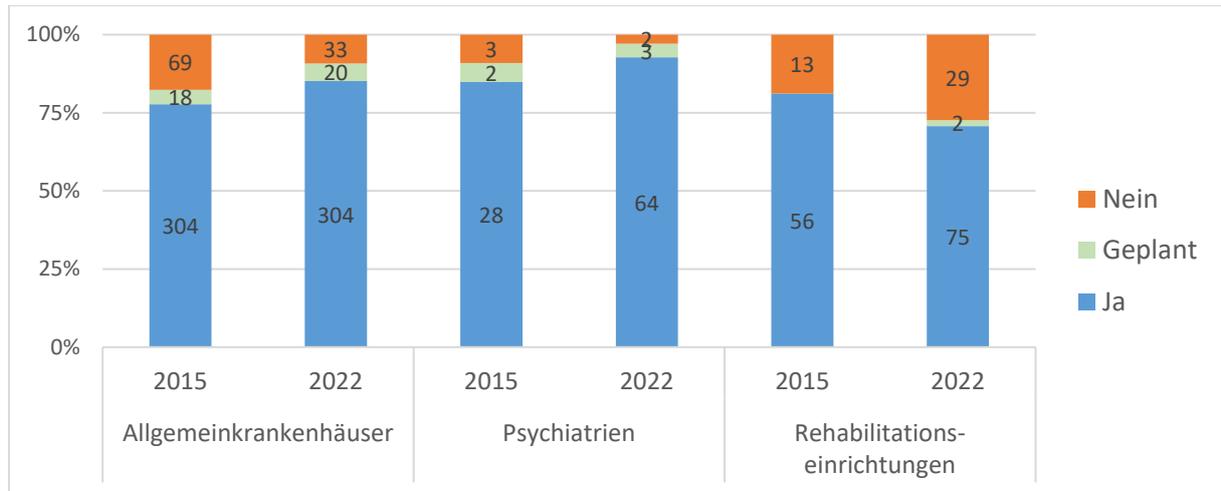
#### 4.7.1. Umsetzung eines systematischen Vorgehens zur Patient:innenidentifikation



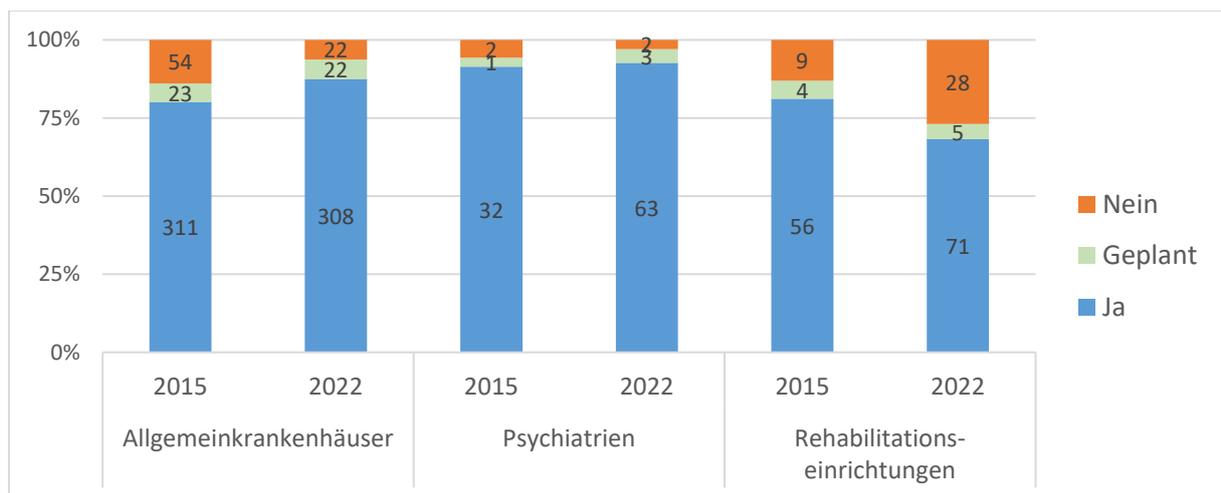
#### 4.7.2. Nutzung einer elektronischen Patientenakte (Lesbarkeit, Prozesssicherheit)



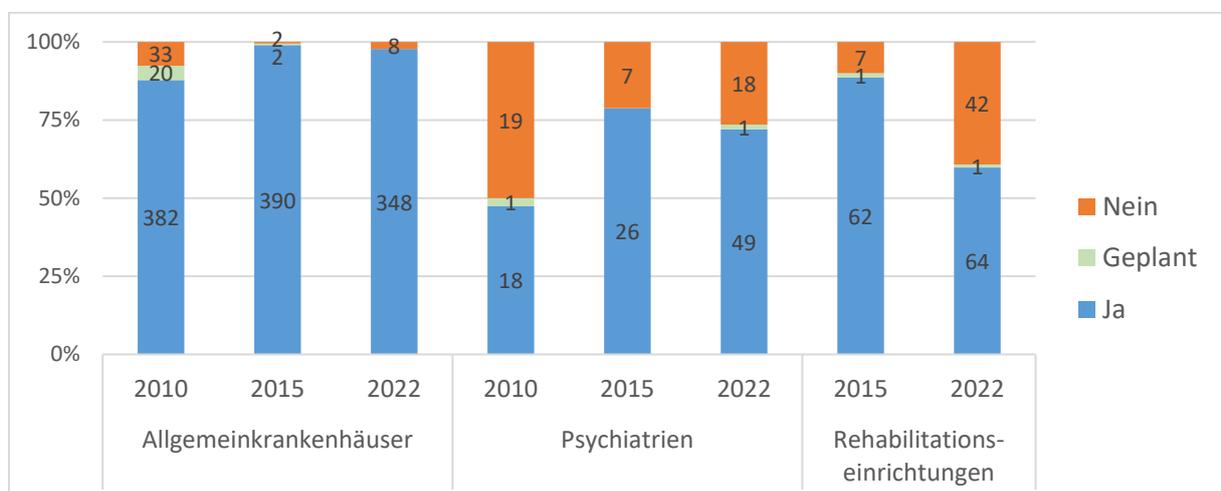
4.7.3. Einbindung von klinischem Fachpersonal (Apotheker:innen, Pharmazeut:innen, Pharmakolog:innen) zur Förderung der Arzneimitteltherapiesicherheit



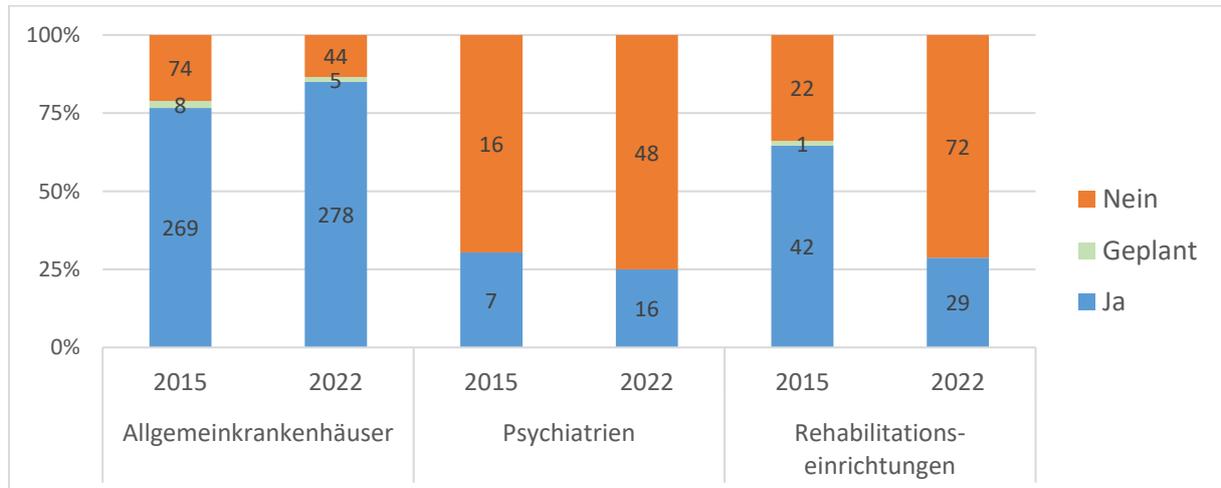
4.7.4. Ausführung spezieller Maßnahmen zur Erhöhung der Arzneimitteltherapiesicherheit



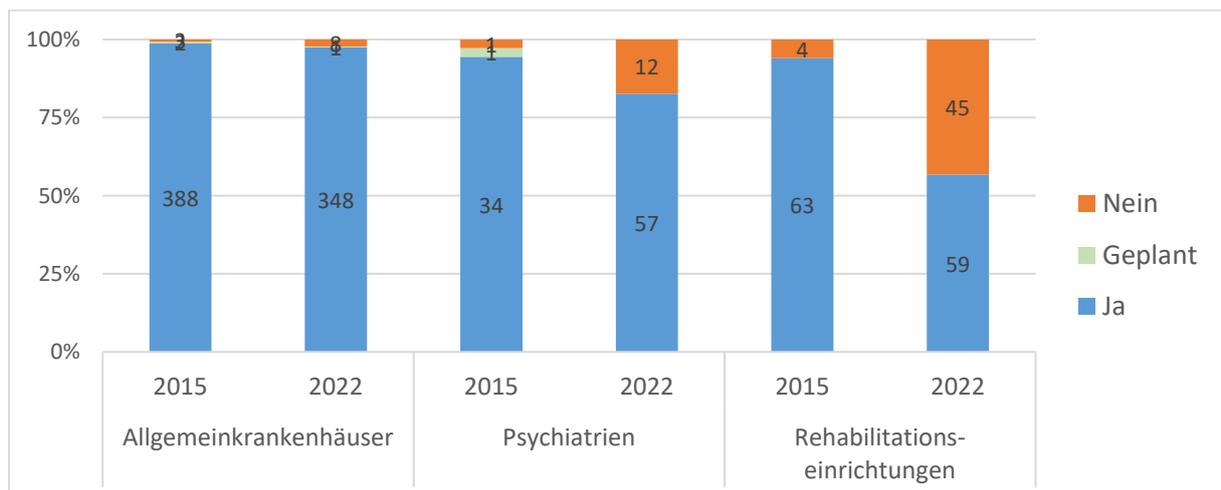
4.7.5. Umsetzung von systematischen MRSA-Screenings von Risikopatient:innen



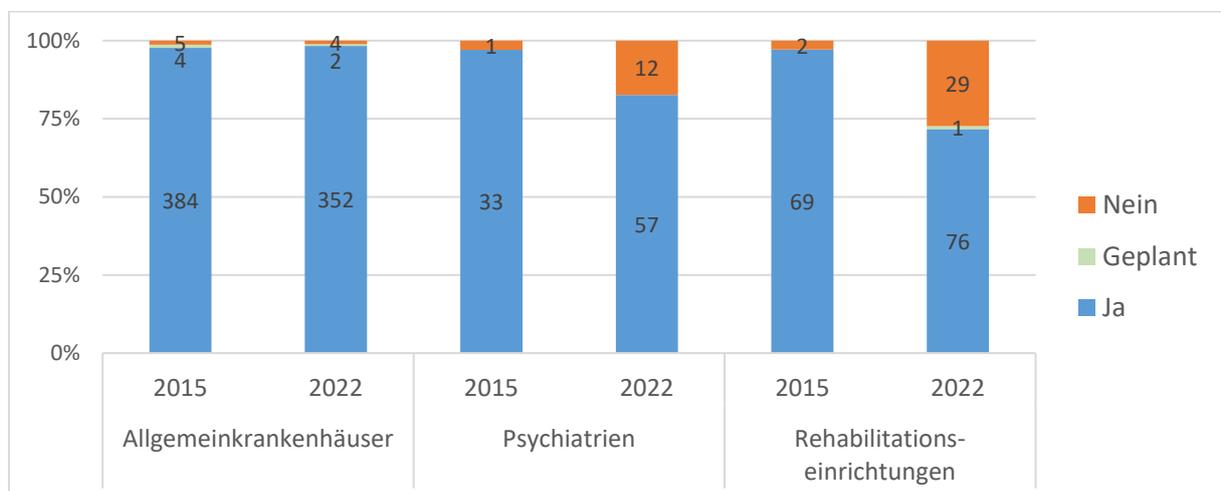
4.7.6. Umsetzung von bundle interventions (z. B. zur Prävention von zentralvenösen Katheterinfektionen, zur Reduktion unnötig verwendeter Urinkatheter, zur Prävention beatmungsassoziierter Pneumonien)



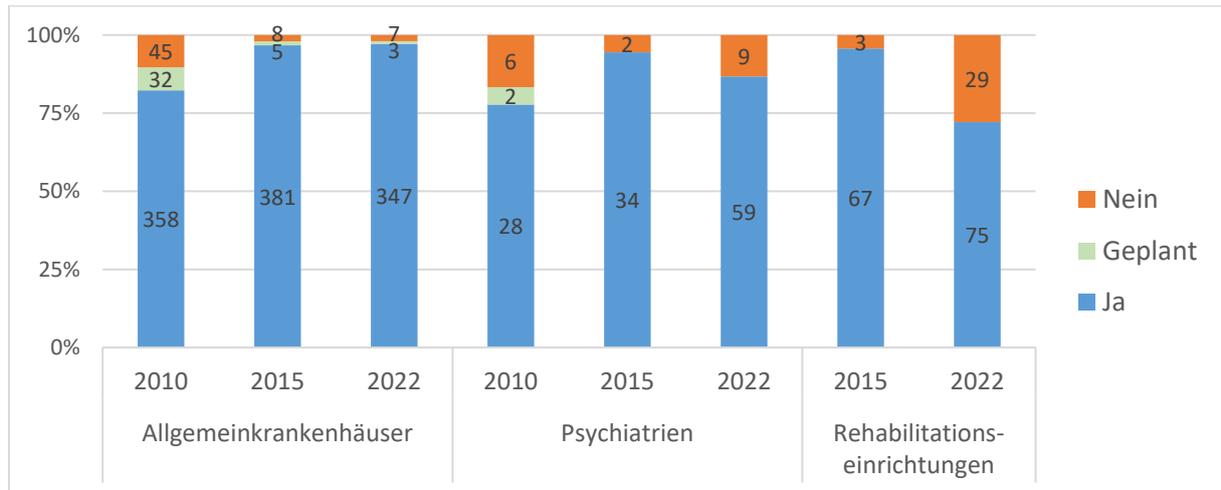
4.7.7. Einsatz von systematischem Dekubitusmanagement



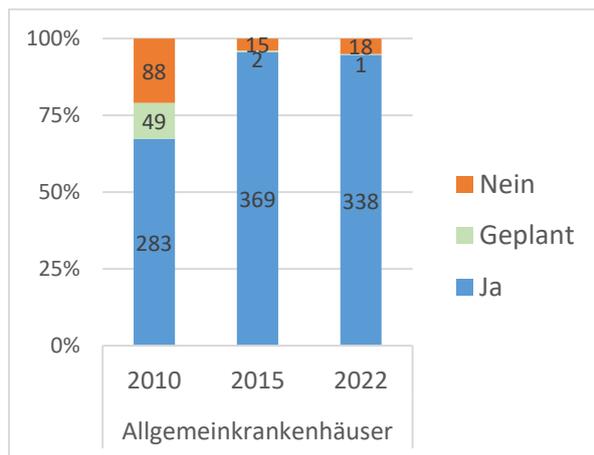
4.7.8. Einsatz von systematischem Wundmanagement



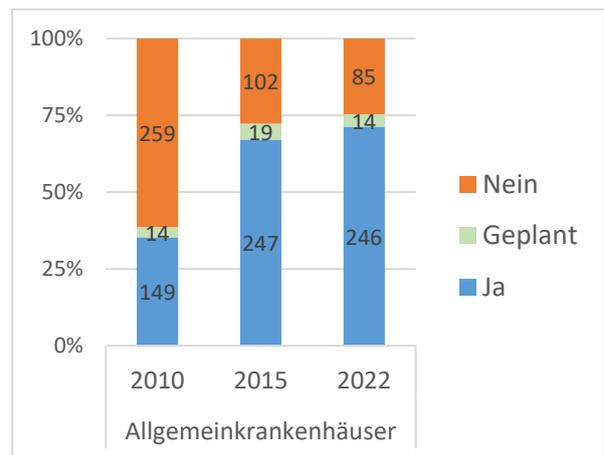
4.7.9. Sturzprävention mit Sturz-Assessment bei Risikopatient:innen



4.7.10. Einsatz von perioperativen (prä-, intra- und postoperativen) Checklisten

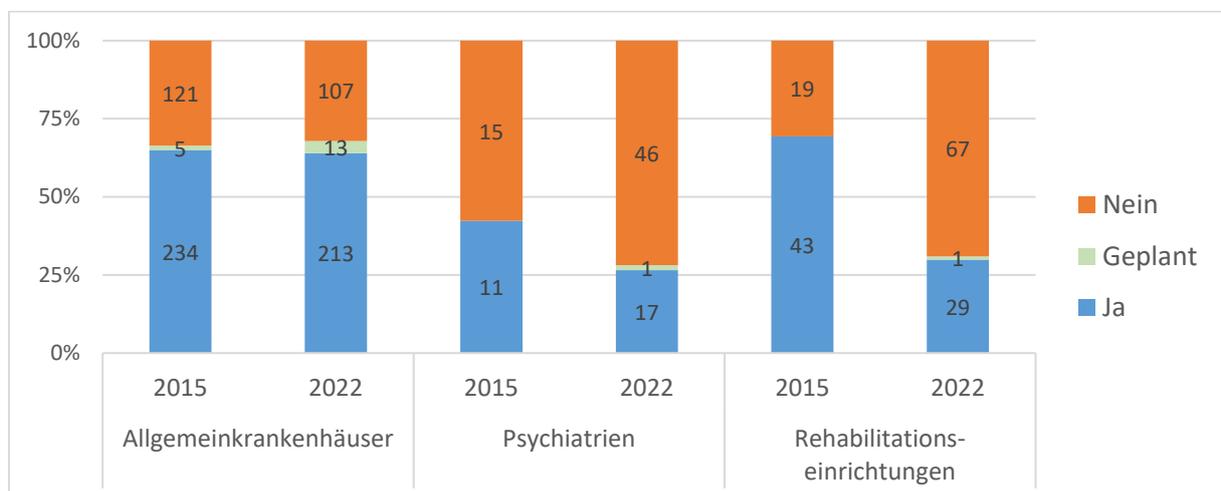


4.7.11. Durchführung von Simulatortrainings (z. B. für schwierige Operationen und Notfälle)



Anmerkung: Einsatz von perioperativen Checklisten und die Simulatortrainings wurden als weniger relevant für Psychiatrien und Rehabilitationseinrichtungen angesehen und die Ergebnisse waren uneinheitlich.

4.7.12. Umsetzung von Maßnahmen zur Früherkennung von Patient:innen mit Komplikationen (z. B. „rapid response“)



## 4.7.13. Ergebnisse der Tests auf Signifikanz

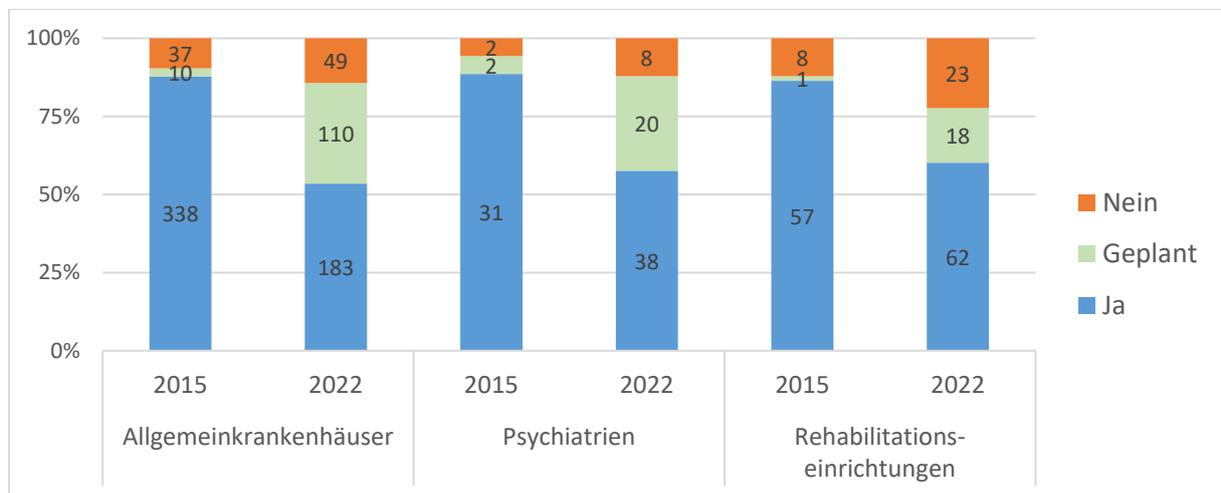
Variable / Item	Der Test auf Signifikanz	Allgemein- krankenhäuser	Psychiatrien	Rehabilitations- einrichtungen
Umsetzung eines systematischen Vorgehens zur Patient:innenidentifikation	Kruskal-Wallis H	86,976	11,658	27,987
	Freiheitsgrad	2	2	1
	p-Wert	<0,001	0,003	<0,001
Nutzung einer elektronischen Patientenakte (Lesbarkeit, Prozesssicherheit)	Kruskal-Wallis H	102,842	16,411	28,479
	Freiheitsgrad	2	2	1
	p-Wert	<0,001	<0,001	<0,001
Einbindung von klinischem Fachpersonal (Apotheker:innen, Pharmazeut:innen, Pharmakolog:innen) zur Förderung der Arzneimitteltherapiesicherheit	Kruskal-Wallis H	7,711	1,646	2,222
	Freiheitsgrad	1	1	1
	p-Wert	0,005	0,2	0,136
Ausführung spezieller Maßnahmen zur Erhöhung der Arzneimitteltherapiesicherheit	Kruskal-Wallis H	8,231	0,061	3,977
	Freiheitsgrad	1	1	1
	p-Wert	0,004	0,804	0,046
Umsetzung von systematischen MRSA-Screenings von Risikopatient:innen	Kruskal-Wallis H	59,528	9,185	17,445
	Freiheitsgrad	2	2	1
	p-Wert	<0,001	0,01	<0,001
Umsetzung von bundle interventions (z. B. zur Prävention von zentralvenösen Katheterinfektionen, zur Reduktion unnötig verwendeter Urinkatheter, zur Prävention beatmungsassoziiertes Pneumonien)	Kruskal-Wallis H	7,607	0,254	21,811
	Freiheitsgrad	1	1	1
	p-Wert	0,006	0,614	<0,001
Einsatz von systematischem Dekubitusmanagement	Kruskal-Wallis H	1,614	3,073	27,568
	Freiheitsgrad	1	1	1
	p-Wert	0,204	0,08	<0,001
Einsatz von systematischem Wundmanagement	Kruskal-Wallis H	0,355	4,271	18,48
	Freiheitsgrad	1	1	1
	p-Wert	0,551	0,039	<0,001
Sturzprävention mit Sturz-Assessment bei Risikopatient:innen	Kruskal-Wallis H	75,917	3,969	15,436
	Freiheitsgrad	2	2	1
	p-Wert	<0,001	0,137	<0,001
Einsatz von perioperativen (prä-, intra- und postoperativen) Checklisten	Kruskal-Wallis H	157,543	NA	NA
	Freiheitsgrad	2		
	p-Wert	<0,001		
Durchführung von Simulatortrainings (z. B. für schwierige Operationen und Notfälle)	Kruskal-Wallis H	135,412	NA	NA
	Freiheitsgrad	2		
	p-Wert	<0,001		
Umsetzung von Maßnahmen zur Früherkennung von Patient:innen mit Komplikationen (z. B. ^rapid response^)	Kruskal-Wallis H	0,002	1,835	23,068
	Freiheitsgrad	1	1	1
	p-Wert	0,963	0,176	<0,001

Anmerkung: (NA) Einsatz von perioperativen Checklisten und die Simulatortrainings wurden als weniger relevant für Psychiatrien und Rehabilitationseinrichtungen angesehen und die Ergebnisse waren uneinheitlich.

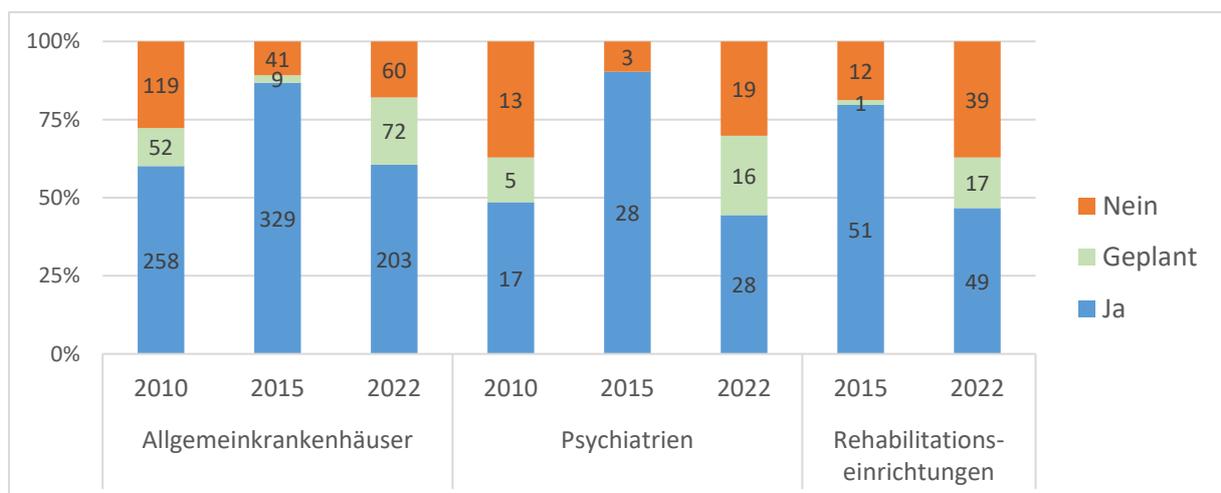
### 4.8. Überwachung und Bericht von klinischen Risiken

In diesem Abschnitt wurden die Überwachung und der Bericht der klinischen Risiken anhand eines kennzahlengestützten Controllings 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. Wie aus der Abbildung 4.8.1 hervorgeht, besteht in allen drei Teilgruppen ein statistisch signifikanter negativer Trend in Bezug auf die Dokumentation und Überwachung der Statistiken über Patientenschäden. Fast alle Allgemeinkrankenhäuser und die meisten Psychiatrien und Rehabilitationseinrichtungen führen eine Statistik der nosokomialen Infektionen (Abbildung 4.8.3). Die Überwachung anhand von Schadensfällen pro Zeiteinheit wurde von den meisten Teilnehmer:innen im Jahr 2015 angegeben, verglichen mit 2010 und 2022 (Abbildung 4.8.2,  $p < 0,001$ ).

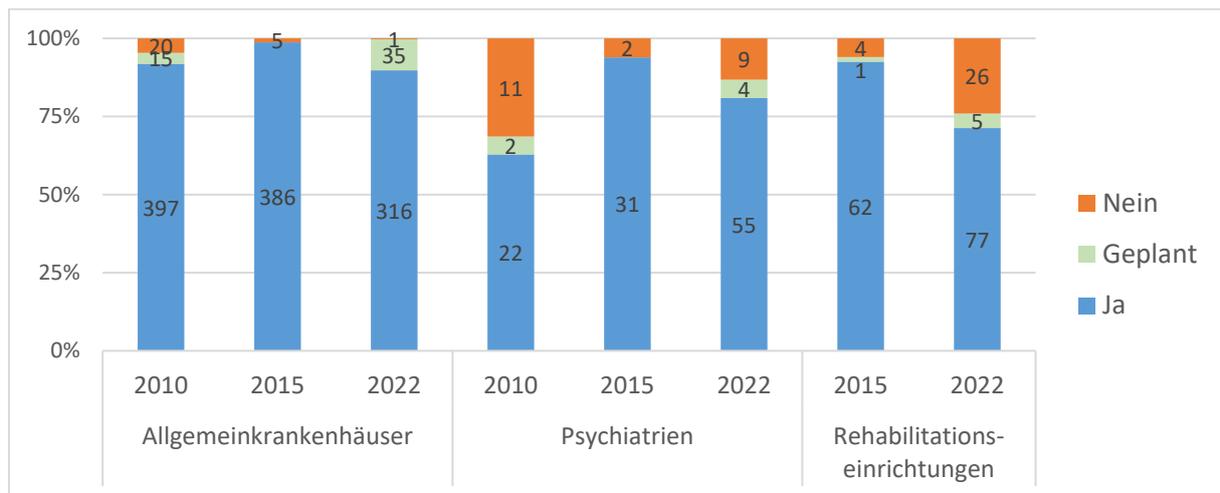
#### 4.8.1. Statistiken zu Patientenschäden werden dokumentiert



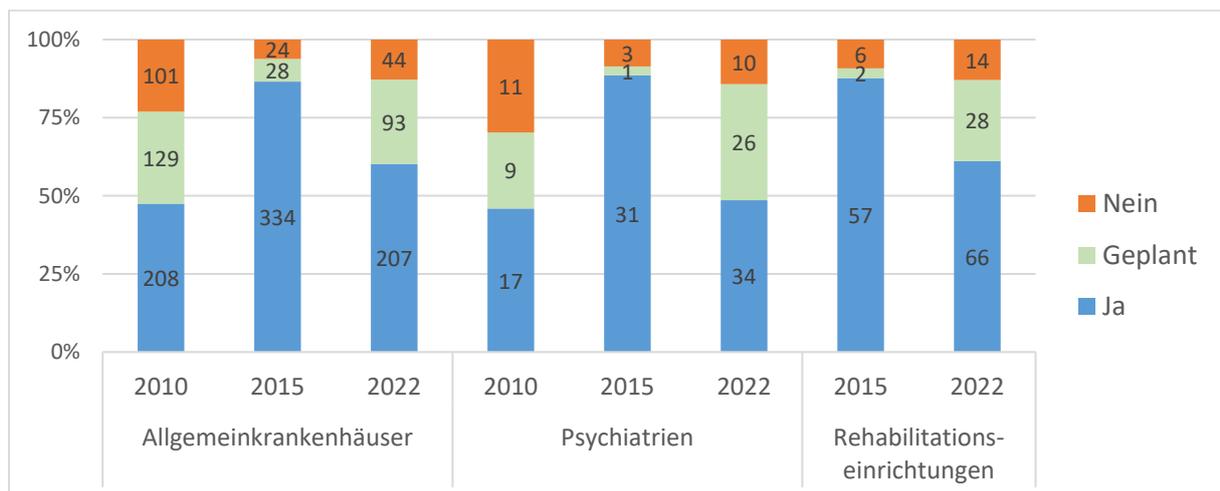
#### 4.8.2. Anzahl von Schadensfällen und / oder Anspruchserhebungen pro Zeiteinheit



### 4.8.3. Statistiken nosokomialer Infektionen



### 4.8.4. Die Aktivitäten der Einrichtung zum kRM werden dokumentiert



### 4.8.5. Ergebnisse der Test auf Signifikanz

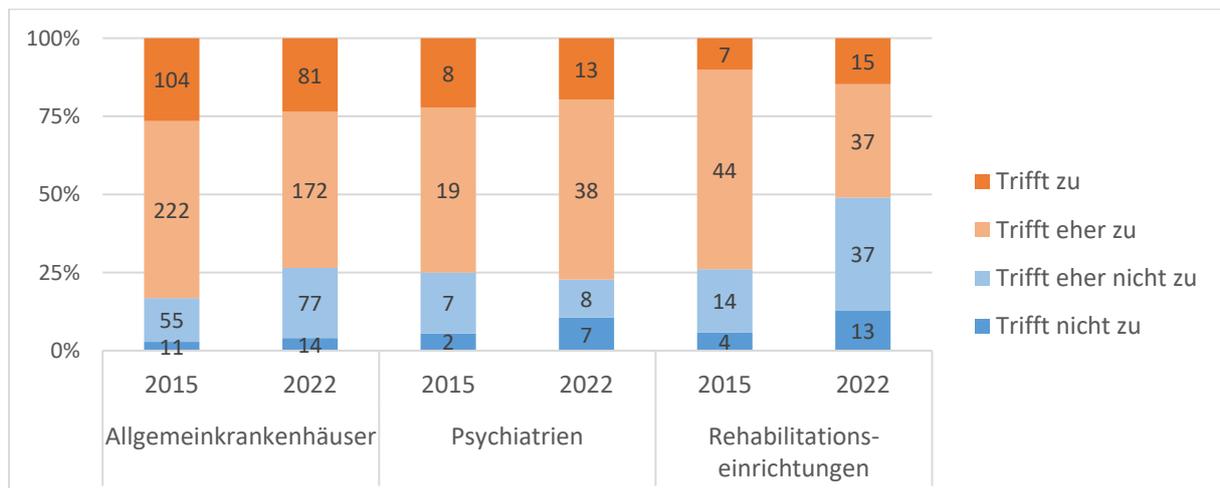
Variable / Item	Der Test auf Signifikanz	Allgemein-krankenhäuser	Psychiatrien	Rehabilitations-einrichtungen
Statistiken zu Patientenschäden werden dokumentiert	Kruskal-Wallis H	86,386	9,101	11,093
	Freiheitsgrad	1	1	1
	p-Wert	<0,001	0,003	0,001
Anzahl von Schadensfällen und / oder Anspruchserhebungen pro Zeiteinheit	Kruskal-Wallis H	74,318	15,811	14,498
	Freiheitsgrad	2	2	1
	p-Wert	<0,001	<0,001	<0,001
Statistiken nosokomialer Infektionen	Kruskal-Wallis H	26,527	10,275	11,357
	Freiheitsgrad	2	2	1
	p-Wert	<0,001	0,006	0,001
Die Aktivitäten der Einrichtung zum kRM werden dokumentiert	Kruskal-Wallis H	133,745	15,632	11,543
	Freiheitsgrad	2	2	1
	p-Wert	<0,001	<0,001	0,001

### 4.9. Verbesserungs- und Fortbildungsbedarf

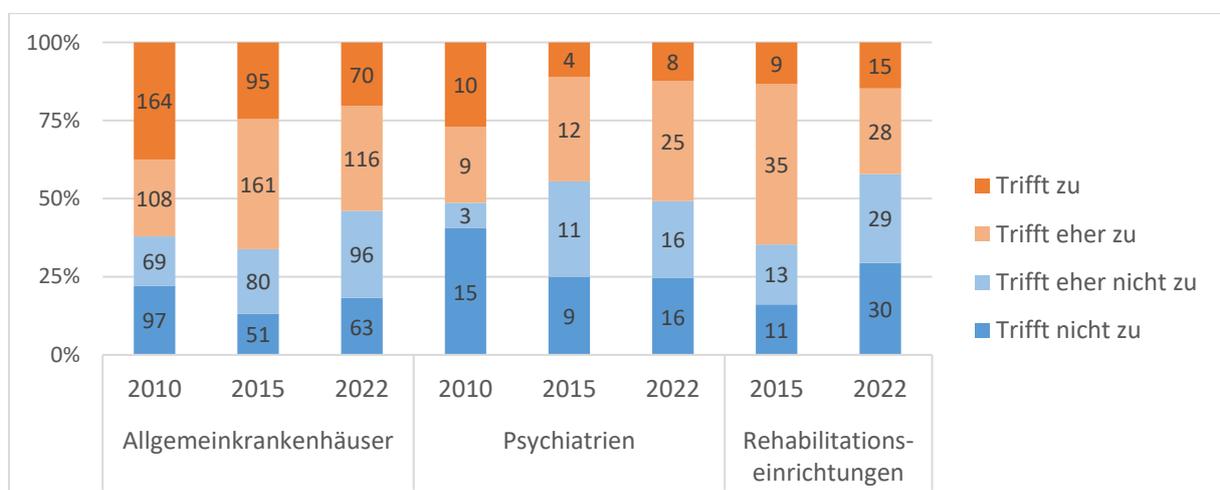
In diesem Abschnitt haben wir die Teilnehmer:innen nach dem Verbesserungsbedarf und dem Weiterbildungsbedarf in kRM befragt. Die verschiedenen Verbesserungsbereiche sind in den Abbildungen 4.9.1-4.9.7 dargestellt. In den Allgemeinkrankenhäusern nimmt der Bedarf aller genannten Verbesserungsbedarfe über die Zeitpunkte hinweg ab ( $p < 0,001$ ). Im Jahr 2022 geben bis zu 75% der Allgemeinkrankenhäuser in dieser Gruppe im Bereich "Systematische Prozess- und Strukturoptimierung" Verbesserungsbedarf an.

Die Diagramme 4.9.8 bis 4.9.15 zeigen die Daten zu den Fortbildungsbedarfen. In den Allgemeinkrankenhäusern ist ein signifikanter Rückgang des Fortbildungsbedarfs in CIRS von 2010 bis 2022 zu verzeichnen (Abbildung 4.9.13,  $p < 0,001$ ). Im Gegensatz dazu bleibt der Bedarf an anderen Fortbildungen hoch, z.B. zur Rolle der Führung in kRM, Förderung der Sicherheitskultur und Kommunikation mit Patient:innen / Angehörigen nach einem kritischen Ereignis.

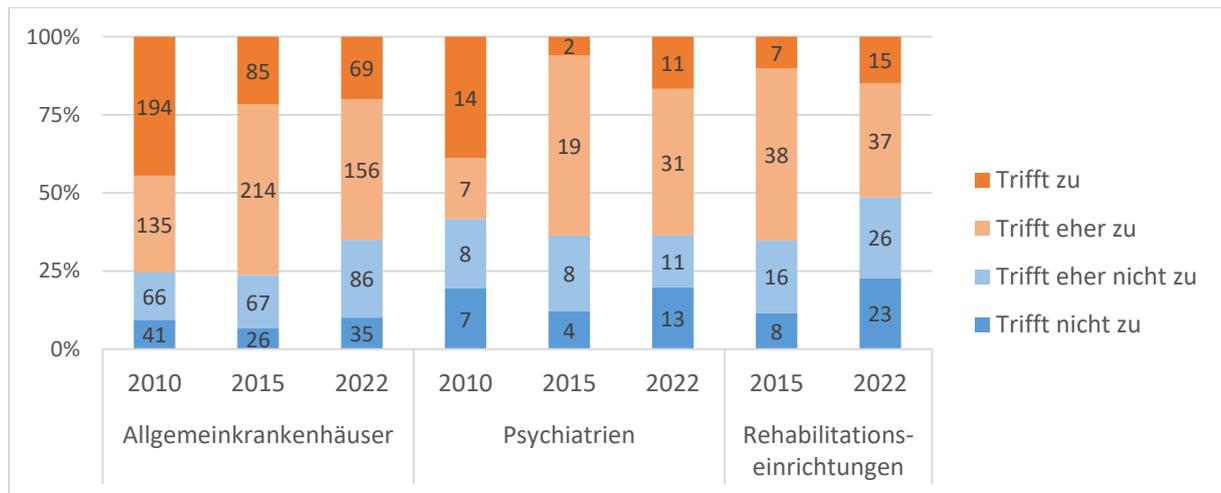
#### 4.9.1. Verbesserungsbedarf – Systematische Prozess- und Strukturoptimierung



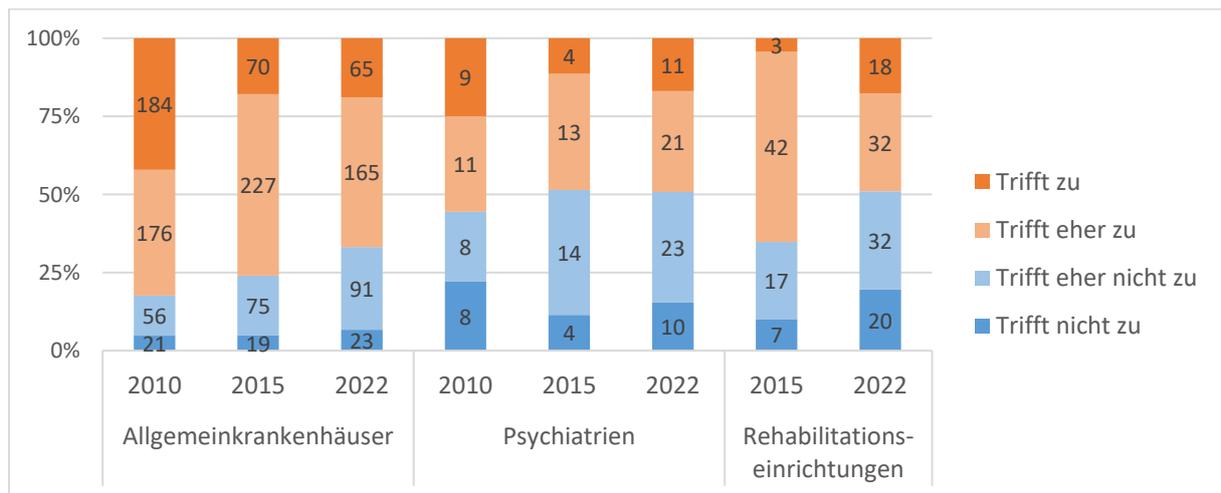
#### 4.9.2. Verbesserungsbedarf – Klarer definierte interne Ansprechpersonen in den Kliniken/Abteilungen/ Funktionsbereichen, die die Schnittstelle zum zentralen kRM sicherstellen



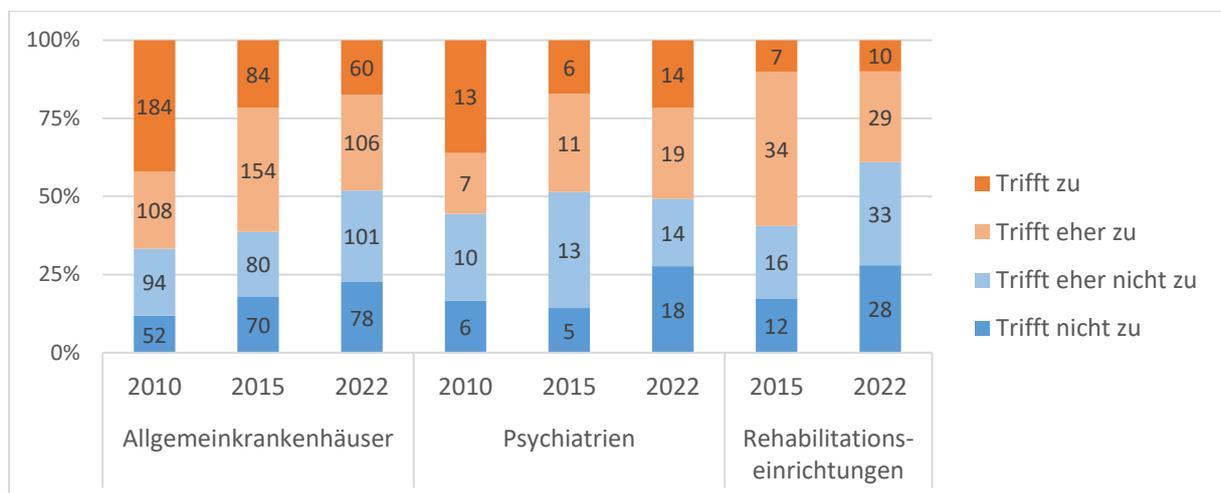
4.9.3. Verbesserungsbedarf – Einen regelmäßigeren Austausch zwischen dem zentralen kRM und den einzelnen Abteilungen/Kliniken/Funktionsbereichen



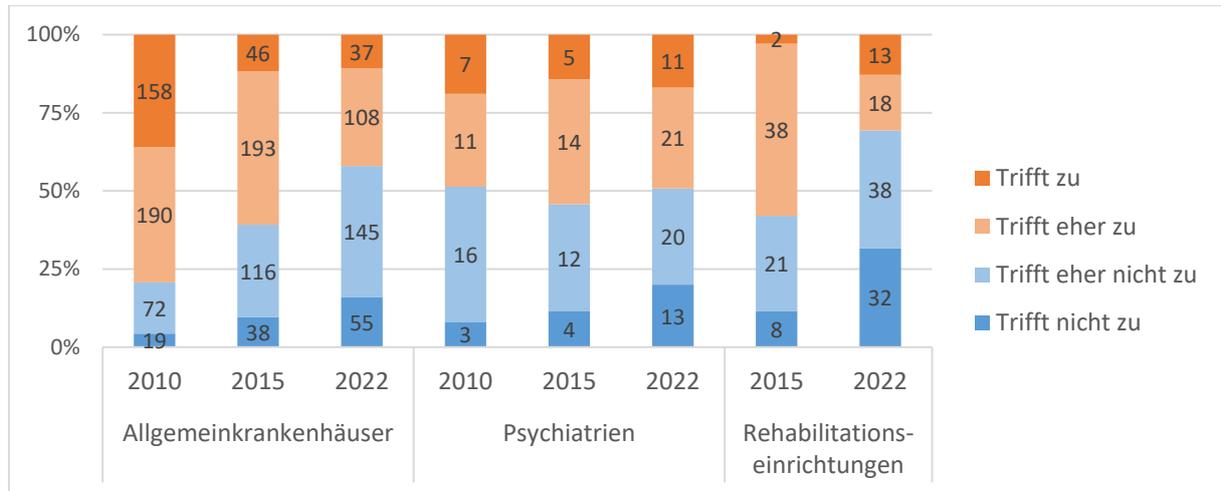
4.9.4. Verbesserungsbedarf – Vermehrte Vernetzung und Austausch zwischen den Abteilungen/Kliniken/Funktionsbereichen



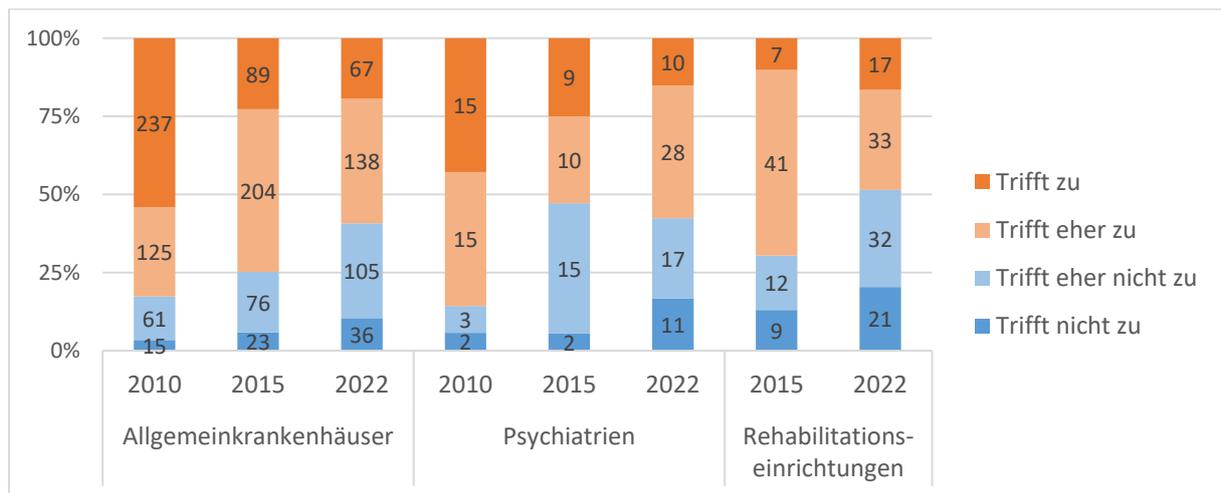
4.9.5. Verbesserungsbedarf – Klarere Regelungen der Aufgaben, Kompetenzen und Verantwortlichkeiten im kRM (Organisations- und Führungsstrukturen)



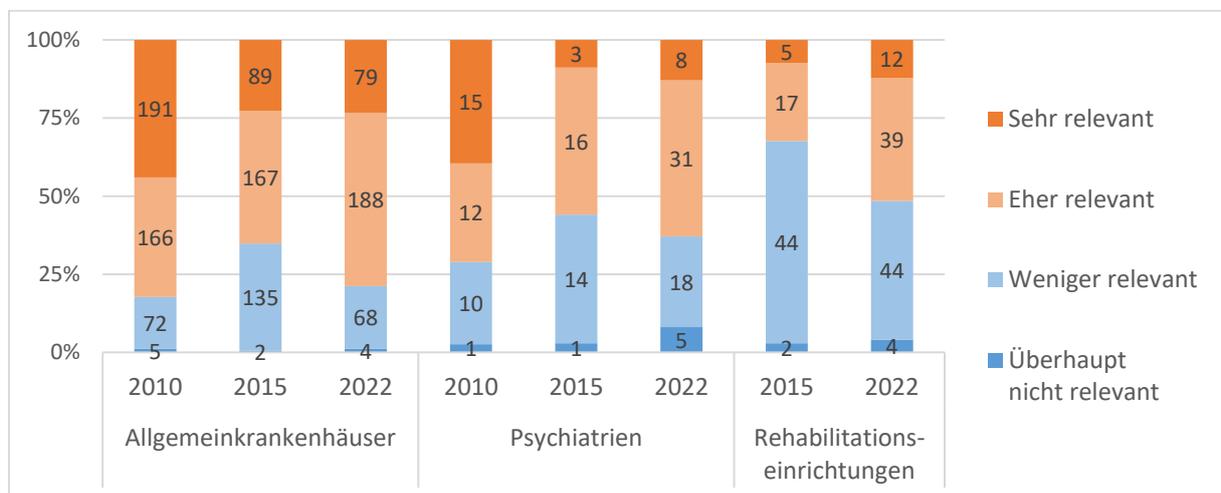
4.9.6. Verbesserungsbedarf – Vermehrt standardisierte Verfahren und klinische Prozesse (z.B. Behandlungspfade, Checklisten)



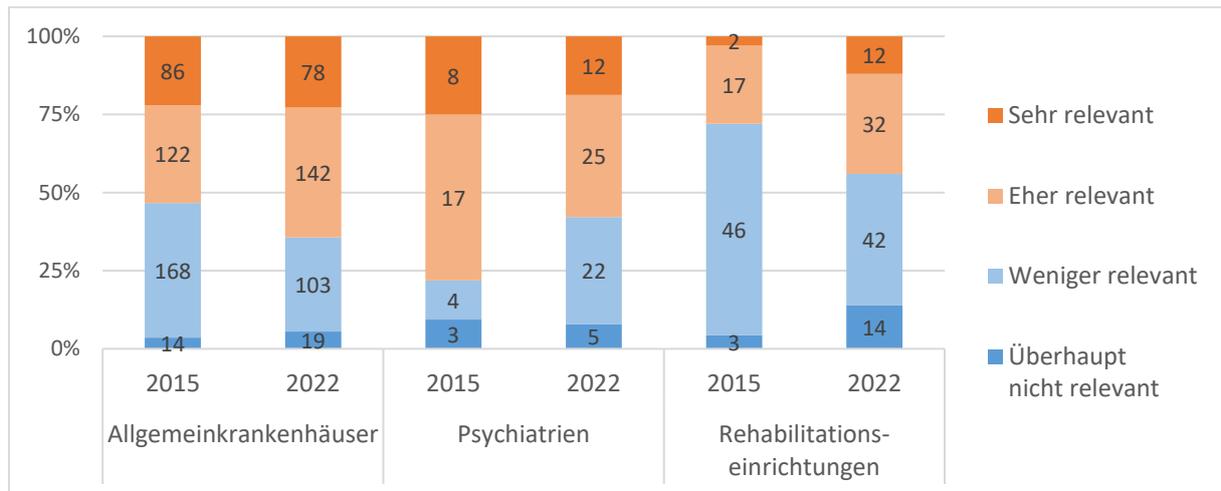
4.9.7. Verbesserungsbedarf – Einen offeneren Umgang mit Fehlern und Schwachstellen im System



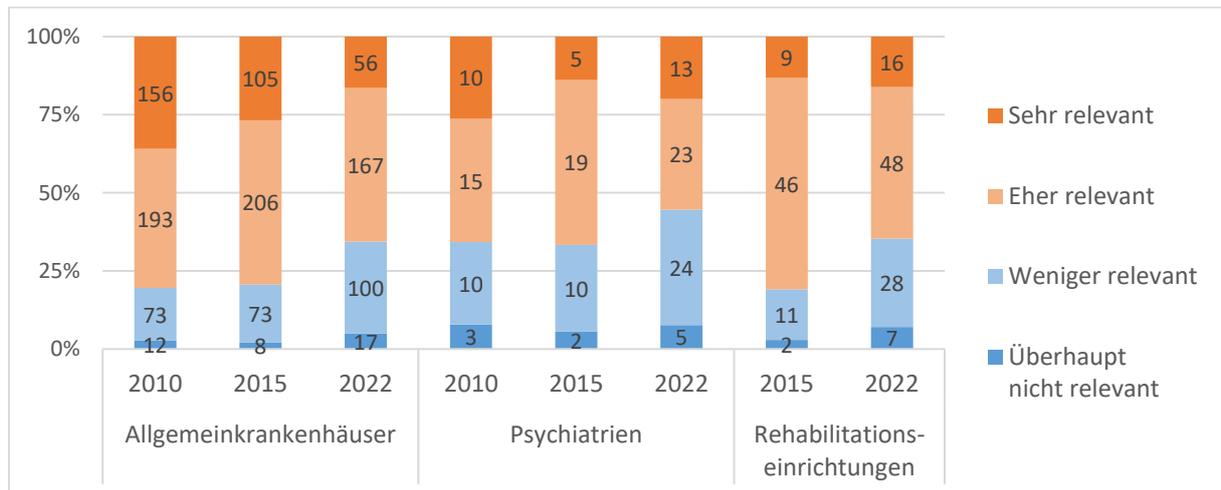
4.9.8. Fortbildungsbedarf – Förderung der Sicherheitskultur



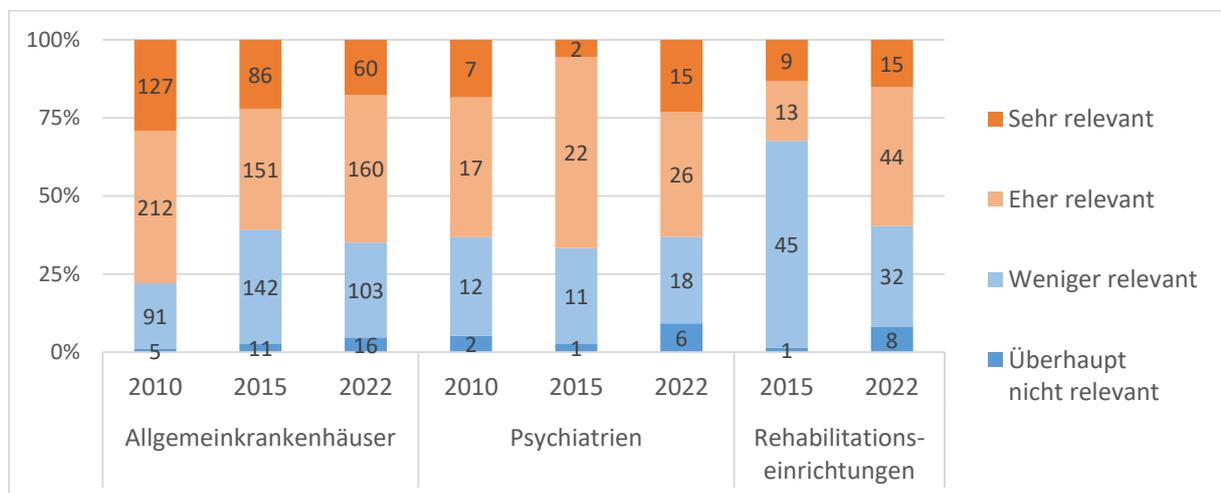
4.9.9. Fortbildungsbedarf – Rolle von Führung im kRM



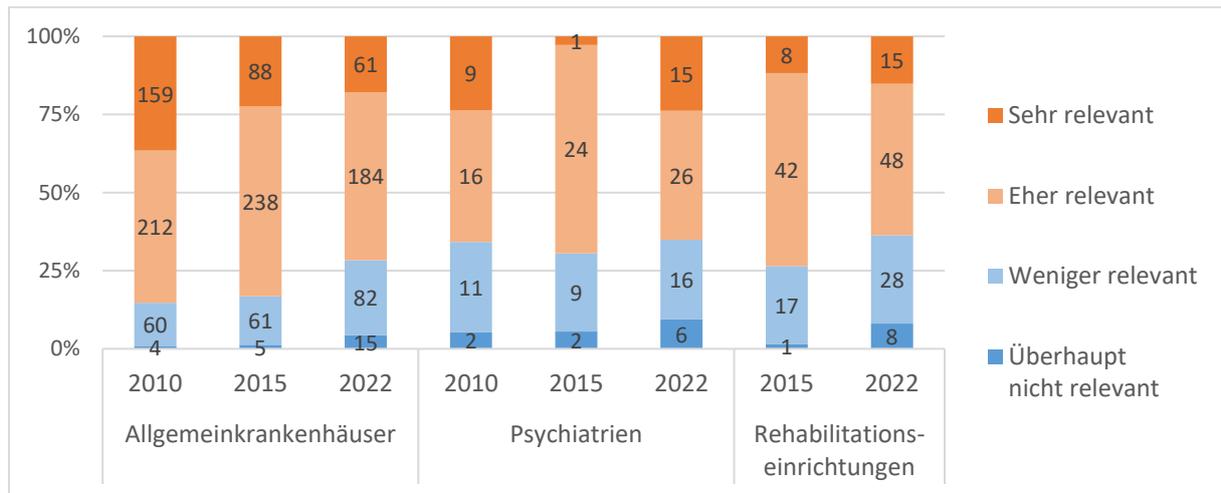
4.9.10. Fortbildungsbedarf – Risikoanalyse und -bewertung



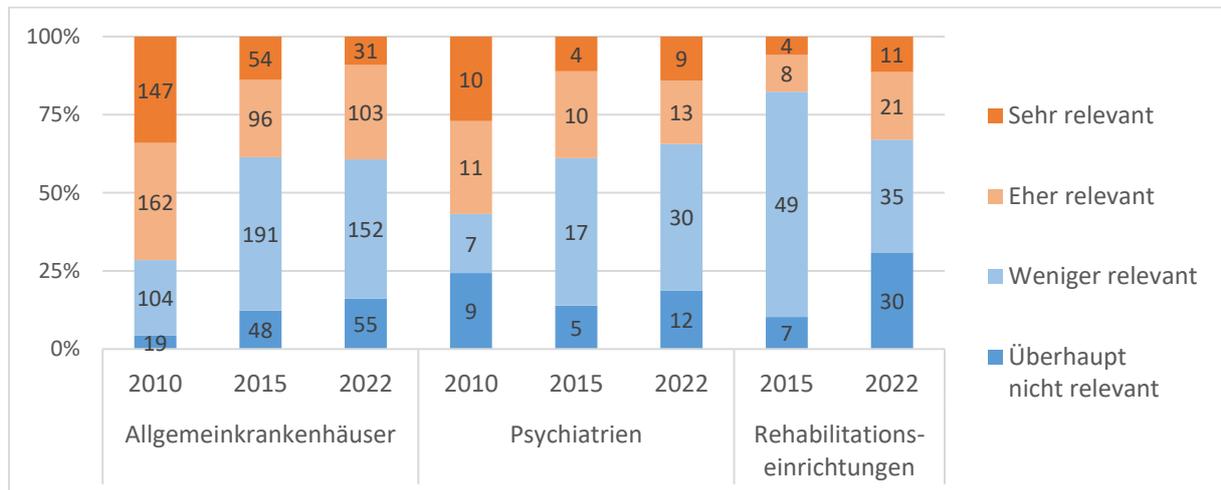
4.9.11. Fortbildungsbedarf – Risiko-Überwachung



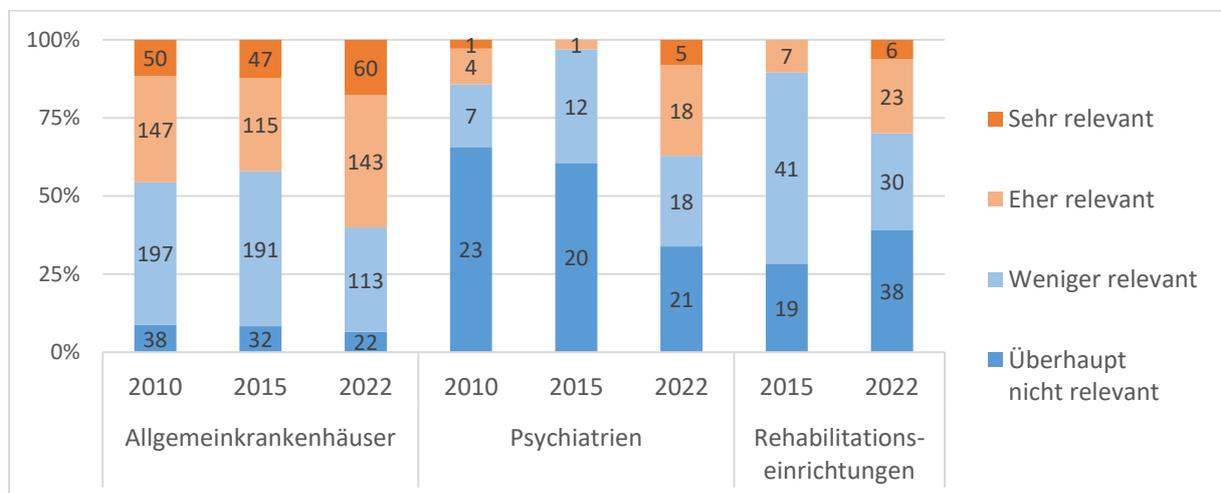
4.9.12. Fortbildungsbedarf – Maßnahmen zur Risikobeeinflussung/-steuerung



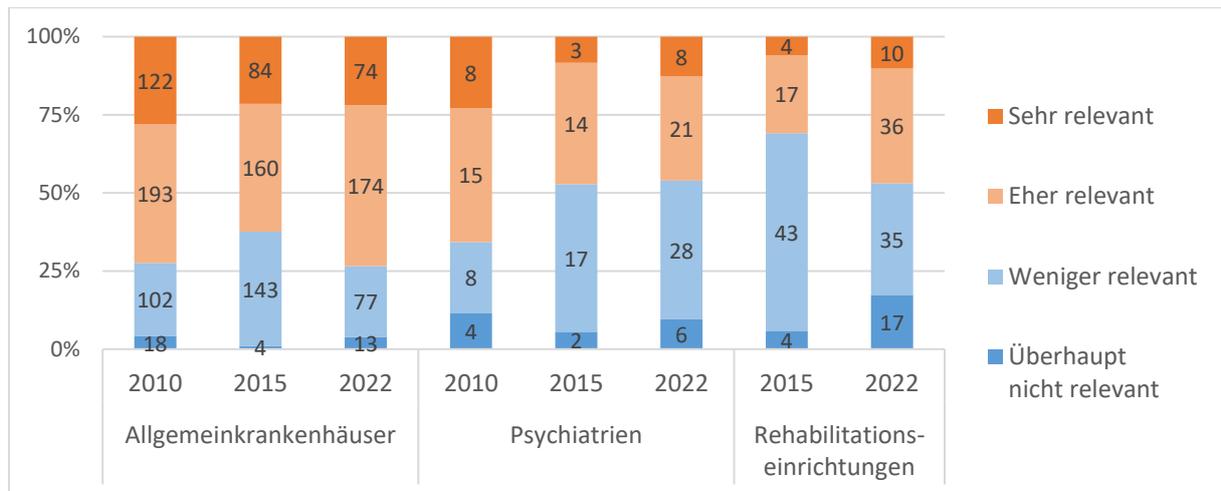
4.9.13. Fortbildungsbedarf – CIRS



4.9.14. Fortbildungsbedarf – Einsatz von Simulatoren für Notfalltrainings (OP, Notfall etc.)



4.9.15. Fortbildungsbedarf – Kommunikation mit Patient:innen / Angehörigen nach einem kritischen Ereignis



4.9.16. Ergebnisse der Tests auf Signifikanz

Variable / Item	Der Test auf Signifikanz	Allgemein-krankenhäuser	Psychiatrien	Rehabilitations-einrichtungen
Verbesserungsbedarf – Systematische Prozess- und Strukturoptimierung	Kruskal-Wallis H	5,993	0,02	4,46
	Freiheitsgrad	1	1	1
	p-Wert	0,014	0,889	0,035
Verbesserungsbedarf – Klarer definierte interne Ansprechpersonen in den Kliniken/ Abteilungen/ Funktionsbereichen, die die Schnittstelle zum zentralen kRM sicherstellen	Kruskal-Wallis H	12,283	0,145	5,116
	Freiheitsgrad	2	2	1
	p-Wert	0,002	0,93	0,024
Verbesserungsbedarf – Einen regelmäßigeren Austausch zwischen dem zentralen kRM und den einzelnen Abteilungen/Kliniken/Funktionsbereichen	Kruskal-Wallis H	40,791	1,328	1,836
	Freiheitsgrad	2	2	1
	p-Wert	<0,001	0,515	0,175
Verbesserungsbedarf – Vermehrte Vernetzung und Austausch zwischen den Abteilungen/Kliniken/Funktionsbereichen	Kruskal-Wallis H	63,787	0,259	0,989
	Freiheitsgrad	2	2	1
	p-Wert	<0,001	0,879	0,32
Verbesserungsbedarf – Klarere Regelungen der Aufgaben, Kompetenzen und Verantwortlichkeiten im kRM (Organisations- und Führungsstrukturen)	Kruskal-Wallis H	54,821	1,811	4,929
	Freiheitsgrad	2	2	1
	p-Wert	<0,001	0,404	0,026
Verbesserungsbedarf – Vermehrt standardisierte Verfahren und klinische Prozesse (z.B. Behandlungspfade, Checklisten)	Kruskal-Wallis H	146,2	0,465	9,085
	Freiheitsgrad	2	2	1
	p-Wert	<0,001	0,793	0,003
Verbesserungsbedarf – Einen offeneren Umgang mit Fehlern und Schwachstellen im System	Kruskal-Wallis H	120,408	12,161	2,681
	Freiheitsgrad	2	2	1
	p-Wert	<0,001	0,002	0,102
Fortbildungsbedarf – Förderung der Sicherheitskultur	Kruskal-Wallis H	56,401	7,067	4,774
	Freiheitsgrad	2	2	1
	p-Wert	<0,001	0,029	0,029
Fortbildungsbedarf – Rolle von Führung im kRM	Kruskal-Wallis H	3,596	2,281	1,604
	Freiheitsgrad	1	1	1
	p-Wert	0,058	0,131	0,205
Fortbildungsbedarf – Risikoanalyse und -bewertung	Kruskal-Wallis H	45,072	1,043	2,161
	Freiheitsgrad	2	2	1
	p-Wert	<0,001	0,594	0,142

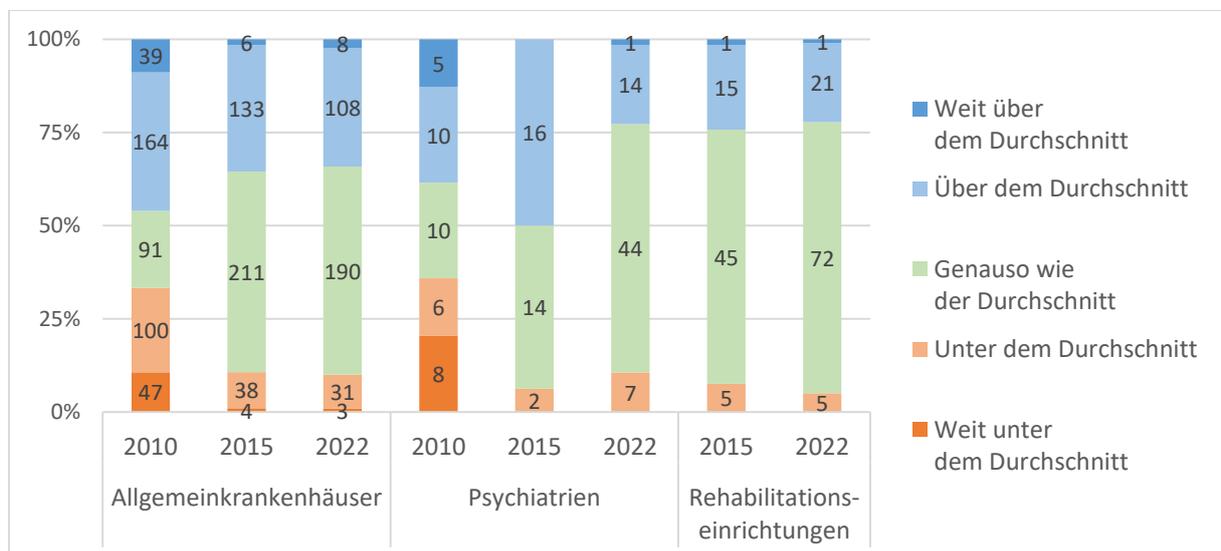
Fortbildungsbedarf – Risiko-Überwachung	Kruskal-Wallis H	31,455	0,307	5,258
	Freiheitsgrad	2	2	1
	p-Wert	<0,001	0,858	0,022
Fortbildungsbedarf – Maßnahmen zur Risikobeeinflussung/-steuerung	Kruskal-Wallis H	46,062	0,961	0,901
	Freiheitsgrad	2	2	1
	p-Wert	<0,001	0,618	0,343
Fortbildungsbedarf - CIRS	Kruskal-Wallis H	136,783	2,109	0,141
	Freiheitsgrad	2	2	1
	p-Wert	<0,001	0,348	0,708
Fortbildungsbedarf – Einsatz von Simulatoren für Notfalltrainings (OP, Notfall etc.)	Kruskal-Wallis H	22,874	15,815	0,325
	Freiheitsgrad	2	2	1
	p-Wert	<0,001	<0,001	0,569
Fortbildungsbedarf – Kommunikation mit Patient:innen / Angehörigen nach einem kritischen Ereignis	Kruskal-Wallis H	8,635	3,226	0,798
	Freiheitsgrad	2	2	1
	p-Wert	0,013	0,199	0,372

### 4.10. Abschlussbewertung

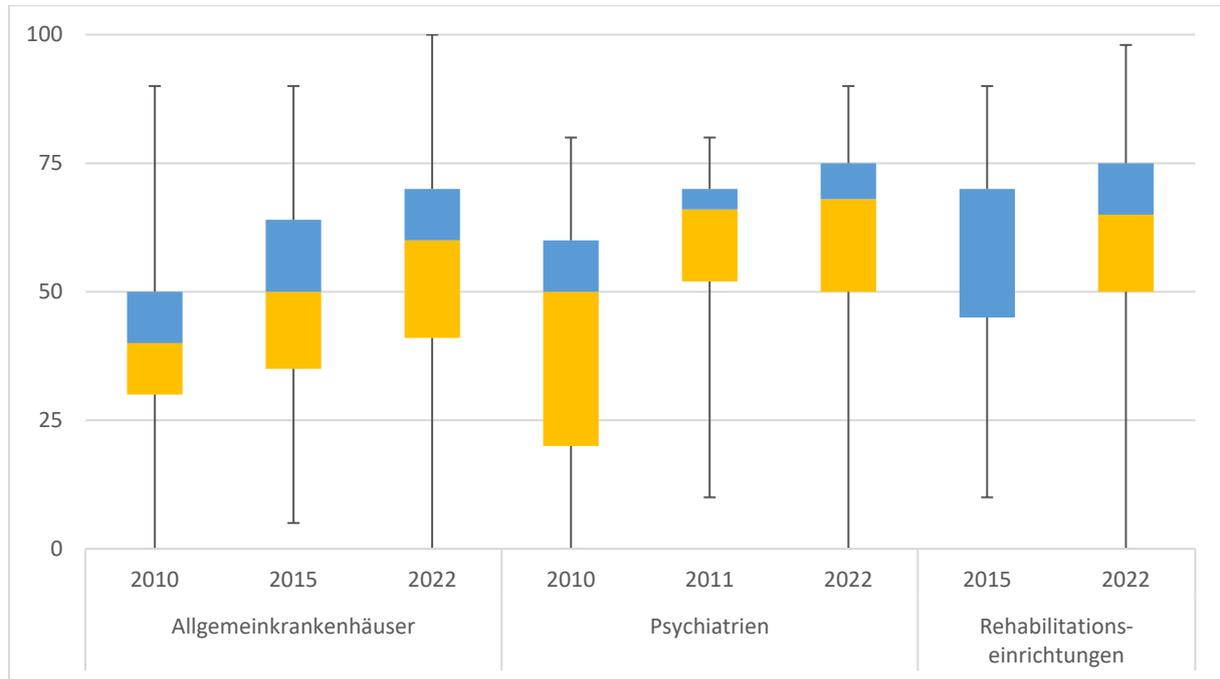
Im letzten Abschnitt haben wir einige resümierende Fragen gestellt. Mehrheitlich betrachten die Teilnehmenden den Umsetzungsstand ihres kRM genauso gut wie im Durchschnitt anderer Einrichtungen ihres Typs (Abbildung 4.13.1.). Im Vergleich zu 2010 gaben mehr Allgemeinkrankenhäuser in den Jahren 2015 und 2022 an, dass sie kRM "genauso wie der Durchschnitt" umsetzen. Ebenso gaben 2015 und 2022 weniger Psychiatrien an, "(weit) unter dem Durchschnitt" zu sein. In den Rehabilitationseinrichtungen ist der Unterschied nicht erheblich.

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 die drei Teilgruppen zu den unterschiedlichen Befragungszeitpunkten. Bei allen drei Gruppen ist ein deutlich positiver Trend festzustellen, wobei jedoch noch erheblicher Spielraum für Verbesserungen auch nach den 2022 erhobenen Ergebnissen besteht.

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



#### 4.10.2. 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: Die Grafik zeigt (von unten nach oben) Minimum, 1. Quartil, Median, 3. Quartil und das Maximum.

#### 4.10.3. Ergebnisse der Tests auf Signifikanz

Variable / Item	Der Test auf Signifikanz	Allgemein-krankenhäuser	Psychiatrien	Rehabilitations-einrichtungen
Wieviel Prozent der Abteilungen/Kliniken/ Funktionsbereiche in Ihrer Einrichtung haben 2020 CIRS-Berichte eingereicht?	Kruskal-Wallis H	138,1	5,3	8,6
	Freiheitsgrad	2	2	1
	p-Wert	<0,001	0,07	0,003
Wo, glauben Sie, steht heute Ihre Einrichtung in Bezug auf die eigene Idealvorstellung für das kRM?	Kruskal-Wallis H	148,1	21,3	6,8
	Freiheitsgrad	2	2	1
	p-Wert	<0,001	<0,001	0,009

## 5. Zusammenfassung

In diesem Bericht werden die Ergebnisse der deutschlandweiten Erhebung zur Umsetzung von kRM in Krankenhäusern zu drei verschiedenen Zeitpunkten – 2010, 2015 und 2022 – ausgewertet. Um mögliche Unterschiede zwischen Allgemeinkrankenhäusern, Psychatrien und Rehabilitationseinrichtungen zu berücksichtigen, wurden die Daten für diese drei Organisationstypen getrennt dargestellt. Mit Hilfe statistischer Tests wurde die Signifikanz der Trends zwischen den Erhebungen bewertet.

Die Vergleichsdaten zeigen, dass viele der Strukturen und Prozesse des kRM in der Stichprobe von 2022 im Vergleich zur Erhebung von 2010 häufiger umgesetzt werden. Dies gilt insbesondere für die Instrumente, die mit regulatorischen oder zertifizierenden Anforderungen verbunden sind, wie z.B. die klare Definition, Dokumentation und Kommunikation von Strategien und Zielen des kRM an die verantwortlichen Mitarbeiter:innen oder die Verfügbarkeit von Instrumenten wie Beschwerdemanagement und CIRS. In vielen dieser Bereiche zeigt sich bereits zwischen den Erhebungen 2010 und 2015 ein deutlich positiver Trend. Diese Unterschiede können mit den gesetzlichen und untergesetzlichen Anforderungen in Deutschland zusammenhängen, welche die Einführung von kRM in Krankenhäusern verpflichtend vorsehen. In einigen Bereichen zeigen Psychatrien und Rehabilitationseinrichtungen einen geringeren Umsetzungsgrad als Allgemeinkrankenhäuser, was zumindest teilweise auf unterschiedliche regulatorische Vorgaben und Aufgabenbereiche, aber auch auf unterschiedliche Patienten- und Risikostrukturen zurückzuführen ist.

Eines der Hauptthemen der Erhebungen war die Einführung von CIRS, die 2015 für Krankenhäuser verpflichtend wurde. Die Ergebnisse zeigen einen deutlichen Anstieg, so dass fast alle Allgemeinkrankenhäuser, die meisten Psychatrien und viele Rehabilitationskliniken angeben, über CIRS zu verfügen. Gleichzeitig hat sich die durchschnittliche Anzahl der Meldungen pro Jahr im Laufe der Jahre kaum verändert, was darauf hindeutet, dass noch zusätzliche Anstrengungen notwendig sind, effektive Berichts- und Lernsysteme rund um CIRS zu fördern und die derzeit weithin verfügbaren CIRS wirksam zu nutzen.

Ein ähnlich signifikanter positiver Trend ist bei der Beteiligung an einrichtungsübergreifenden CIRS bei allen drei Organisationsgruppen zu beobachten. So geben im Jahr 2022 fast alle Allgemeinkrankenhäuser, die meisten Psychatrien und viele Rehabilitationseinrichtungen ihre Beteiligung an. Es werden zusätzliche Informationen benötigt, um zu bewerten, wie aktiv diese Beteiligung ist (z. B. Anzahl der Berichte pro Jahr) und inwieweit dieses Instrument zur Verbesserung der Qualität und Sicherheit der Versorgung genutzt wird. Auch in diesem Bereich könnte zusätzliche Unterstützung der Einrichtungen erforderlich sein, um den vollen Nutzen des organisatorischen Lernens durch die Berichterstattung zu erreichen.

### Limitationen

Der vorliegende Bericht und dessen Ergebnisse sollten 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 Rücklaufquote der drei Erhebungen ist zwar gering, aber untereinander und mit ähnlichen Studien in der Versorgungsforschung vergleichbar. Wie bei anderen freiwilligen Fragebogenerhebungen können wir nicht ausschließen, dass eine selektive Teilnahme von Einrichtungen und die soziale Erwünschtheit im Antwortverhalten die Ergebnisse positiv verzerren. Die wichtigste Einschränkung der vergleichenden Analyse besteht darin, dass die Daten zwischen den Zeitpunkten nicht aufeinander abgestimmt sind. Die Analyse wurde anhand von drei unabhängigen Querschnittsstichproben durchgeführt. Eine weitere

---

Einschränkung besteht in der begrenzten Vergleichbarkeit und Reliabilität der Ergebnisse über alle drei Erhebungen hinweg, etwa, weil jeweils andere Mitarbeitende geantwortet haben, ihre Kenntnisse und Qualifikation im kRM und damit auch die Bewertungsmaßstäbe sich im Zeitablauf ändern, Begriffsdefinitionen und Begriffsverständnisse im kRM nicht zeitinvariant sind, die interne Organisation des kRM und die externen gesetzlichen und untergesetzlichen Anforderungen an das kRM über alle drei Erhebungen kaum vergleichbar sind etc.

## **Schlussfolgerung**

Der aktuelle Bericht bietet einen Überblick über die Umsetzung von kRM in deutschen Krankenhäusern und Rehabilitationskliniken von 2010 bis 2022. Die vergleichende Analyse zeigt, dass es in vielen Bereichen deutliche Fortschritte gibt, die sicherlich auf die Änderungen in der Politik und Selbstverwaltung hinsichtlich der verpflichtenden Einführung von kRM und ein größeres Bewusstsein für die Verbesserung der Sicherheitskultur zurückzuführen sind. Dennoch wird deutlich, dass in vielen Bereichen der Bedarf nach zusätzlicher Unterstützung durch umsetzungsorientierte Strategien und/oder Ressourcen groß ist, um eine vollständige und effektive Umsetzung zu erreichen. Am Beispiel von CIRS wird deutlich, dass die grundsätzliche Verfügbarkeit der kRM-Instrumente ein guter erster Schritt ist, aber für eine wirksame Nutzung dieses Instrumentes weitere Maßnahmen erforderlich sind.

Der Bericht liefert wertvolle Daten über mehr als ein Jahrzehnt von kRM in Deutschland. Verantwortliche für kRM als auch die Leitungen und das Management von Gesundheitseinrichtungen können diese Daten nutzen, um sich über den bestehenden Standard und die Trends in vergleichbaren Einrichtungen zu informieren und notwendige Verbesserungen zu planen – zur Erhöhung der Patientensicherheit, aber auch zur möglichen 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, steht der Bericht zur Verfügung um für sie relevante Themen zu identifizieren und bedarfsorientierte Prioritäten für wissenschaftliche Forschungs- und Entwicklungsprojekte in der Patientenversorgung zu setzen.

## Literaturverzeichnis

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; Blum, Karl; Rösner, Hannah; Schmiedhofer, Martina; Strametz, Reinhard; Weigl, Matthias (2022): KHaSiMiR 21 – Krankenhausstudie zur Sicherheit durch Management innerklinischer Risiken 2021-22, Bericht 1. Ergebnisse der Befragung zur Implementierung des klinischen Risikomanagements. (In Press). Germany.

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.

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.