ABSCHLUSSBERICHT

Befragung zum Einführungsstand von klinischem Risiko-Management (kRM) in deutschen Krankenhäusern

Verfasser:
Dr. Jörg Lauterberg
unter Mitarbeit von Dr. Karl Blum,
Matthias Briner (MSc)
und Dr. Constanze Lessing

Herausgeber:
Institut für Patientensicherheit
der Universität Bonn

J. Lauterberg[1,2]
unter Mitarbeit von K. Blum[3], M. Briner[4] und C. Lessing[2]

Befragung zum Einführungsstand von klinischem Risiko-Management (kRM) in deutschen Krankenhäusern

Hrsg: Institut für Patientensicherheit
der Universität Bonn (IfPS)

Bonn: 2012

Korrespondenzadresse:
Dr. Jörg Lauterberg,
c/o Institut für Patientensicherheit
der Universität Bonn,
Stiftsplatz 12, 53111 Bonn
E.mail: joerg.lauterberg@bv.aok.de

Die Studie wurde durchgeführt in Zusammenarbeit mit

DEUTSCHES KRANKENHAUS INSTITUT

ETH Eidgenössische Technische Hochschule Zürich
Swiss Federal Institute of Technology Zurich

Lucerne University of Applied Sciences and Arts
HOCHSCHULE LUZERN
Wirtschaft

und Unterstützung von

BUNDESÄRZTEKAMMER

DEUTSCHE KRANKENHAUS GESELLSCHAFT

AKTIONSBÜNDNIS PATIENTENSICHERHEIT

Deutscher Pflegerat e.V.
Bundesarbeitsgemeinschaft Pflege- und Hebammenwesen

Finanzierung durch

AOK Die Gesundheitskasse. BUNDESVERBAND

[1] AOK-Bundesverband Berlin
[2] IfPS der Universität Bonn
[3] Deutsches Krankenhaus-Institut Düsseldorf
[4] ETH Zürich / Hochschule Luzern – Wirtschaft

Inhalt

1.	Danksagung	S. 2
2.	Einleitung	S. 3
3.	Befragungsergebnisse	S. 6
3.1	Stichprobe / Teilnehmer	S. 6
3.2	Strategien und Ziele des klinischen Risiko-Managements	S. 9
3.3	Strukturen des klinischen Risiko-Managements	S. 15
3.4	Unterstützung durch Dritte	S. 22
3.5	Informationssammlung	S. 26
3.5.1	Fragen zum CIRS	S. 33
3.6	Risikoanalyse	S. 43
3.7	Konkrete Maßnahmen/Programme zur Beeinflussung klinischer Risiken	S. 46
3.8	Überwachung von klinischen Risiken	S. 56
3.9	Dokumentation und Darlegung der Aktivitäten des kRM	S. 59
3.10	Verbesserungsbedarf	S. 66
3.10.1	Fortbildungsbedarf	S. 72
3.11	Risikoschwerpunkte	S. 77
3.12	Abschlussbewertung / Zertifizierung	S. 79
4.	Zusammenfassung, Diskussion und Ausblick	S. 83
5.	Literatur	S. 89
6.	Anlage (Originalfragebogen)	S. 91

1. Danksagung

Einer Vielzahl von Menschen und Institutionen gebührt Dank für das Gelingen dieser Befragungsstudie, die hier nicht alle namentlich genannt werden können. Gedankt werden soll in erster Linie allen teilnehmenden Krankenhäusern und besonders herzlich den teilnehmenden Häusern und Experten des Pretest im Herbst 2009, die für ausführliche Gespräche zum Fragebogenentwurf zur Verfügung standen.

Mit der Unterstützung des Beteiligungsaufrufs an der Studie haben die Bundesärztekammer, die Deutsche Krankenhausgesellschaft, der Deutsche Pflegerat und das Aktionsbündnis Patientensicherheit die Bedeutung des Vorhabens unterstrichen und so einen wichtigen Beitrag zum Projekterfolg geleistet. Ohne die tatkräftige Mitarbeit der Firma Global Park AG bei der Online-Befragung, des Deutschen Krankenhausinstituts als Vertrauensstelle für die Befragungsteilnehmer, und die kooperierenden WissenschaftlerInnen des Zentrums für Organisations- und Arbeitswissenschaften (ZOA) der ETH Zürich und der Hochschule Luzern – Wirtschaft als Ideen- und Ratgeber wäre das Projekt nicht in vergleichbarer Qualität umsetzbar gewesen.

Dem AOK-Bundesverband sei in besonderer Weise gedankt, weil er dem Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V. bzw. dem IfPS die zur Durchführung dieser Untersuchung notwendigen Finanzmittel zur Verfügung gestellt hat.

Zuletzt gilt allen Mitarbeiterinnen des Instituts für Patientensicherheit Dank, die auf unterschiedliche Art und Weise aktiv an der Planung und Durchführung der Studie mitgewirkt haben.

Berlin, März 2012

Das Autorenteam

2. Einleitung

Der hier vorgelegte Abschlussbericht fasst in Form einer knapp kommentierten deskriptiven Statistik sämtliche Ergebnisse der Befragung deutscher Krankenhäuser (Vollerhebung) zum Einführungsstand des klinischen Risiko-Managements (kRM) aus dem Jahr 2010 zusammen. Zusammenhangsanalysen und komplexere statistische Auswertungen sind für Folgepublikationen durch das IfPS vorgesehen.

Begriffsbestimmung

Klinisches Risiko-Management im Krankenhaus umfasst nach Briner et al. [13] in Anlehnung an Middendorf [1]

„… die Strukturen, Prozesse, Instrumente und Aktivitäten, welche die Mitarbeitenden eines Krankenhauses unterstützen, die medizinisch-pflegerisch-therapeutischen Risiken bei der Patientenversorgung zu erkennen, zu reduzieren und zu bewältigen."

Projektziele

Das dem Institut für Patientensicherheit 2009 vom Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V. zur Durchführung übertragene Projekt verfolgte in Abstimmung mit dem Auftraggeber AOK-Bundesverband zwei Hauptziele: Neben der erstmaligen detaillierten Vollerhebung zum klinischen Risiko-Management sollte die Weiterentwicklung der Krankenhäuser auf diesem Gebiet dadurch praktisch gefördert werden, dass jedes teilnehmende Haus kostenlos einen individuellen Report erhielt, aus dem der eigene Entwicklungsstand insbesondere im Vergleich mit Häusern von ähnlicher Größe und Versorgungstyp hervorgeht. Während dieses Ziel mit dem Versand der krankenhausspezifischen Ergebnisberichte bereits im Oktober 2010 erreicht werden konnte, erfolgt nun mit diesem Abschlussbericht die Publikation der gesamten Studienergebnisse für die interessierte (Fach-) Öffentlichkeit.

Fragestellungen

Auf detailliertem Niveau (Originalfragebogen in der Anlage) wurden die Krankenhäuser zwischen März und Juli 2010 befragt nach

- den Strategien, Zielen und Strukturen des kRMs,
- der Nutzung externer Unterstützung und Beratung,
- den Methoden der Risikoinformationssammlung,
- dabei speziell nach CIRS (Critical Incident Reporting System),
- Verfahren der Analyse von klinischen Risiken,
- konkreten Maßnahmen zur Verminderung von Risiken,
- Methoden der Risikoüberwachung,
- der Dokumentation und Darlegung der kRM-Aktivitäten,
- Verbesserungs- und Fortbildungsbedarf sowie
- erkannten klinischen Risikoschwerpunkten.

Die Untersuchung fokussierte mit Fragen zu Strukturen und Prozessen des klinischen Risiko-Managements konkret auf die Ebene praktischer Planung und Umsetzung [z.B. 2-6]. Es war nicht intendiert, wie bei anderen Untersuchungen in diesem Themenfeld [7-10] die von Befragten subjektiv wahrgenommene Sicherheitskultur oder das Sicherheitsklima in Krankenhäusern zu erfassen.

Fragebogen

Der in dieser Untersuchung eingesetzte Fragebogen basiert in wichtigen Teilen (Items und Skalierungen) auf dem Monitoring-Instrument, das in einer Studie zur Erhebung des nationalen Entwicklungsstandes von kRM in der Schweiz von der ETH Zürich (ZOA) und der Hochschule Luzern - Wirtschaft im Jahr 2007/2008 entwickelt und inzwischen wiederholt im stationären Bereich eingesetzt wurde [11-15]. Im Rahmen einer wissenschaftlichen Kooperation wurden durch Nutzung gleicher und ähnlicher Fragen in Vorbereitung befindliche nationale Vergleichsuntersuchungen möglich. Urheber- und Nutzungsrechte für den vom IfPS genutzten Fragebogen liegen gemeinsam bei der ETH Zürich (ZOA), der Hochschule Luzern - Wirtschaft, dem Institut für Patientensicherheit der Universität Bonn und dem Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V.

Der Fragebogen wurde in Vorbereitung dieser Studie 2009 einem gründlichen Pretest in 11 strukturell verschiedenen Krankenhäusern sowie einer kritischen Beurteilung durch 9 Experten unterzogen. Der diesbezügliche Bericht mit weiteren Informationen zur Projektdurchführung ist unter www.ifpsbonn.de unter „Projekte“ verfügbar.

Theoretischer Hintergrund

Nach Daten der bei Projektstart einzigen verfügbaren deutschen Untersuchung zum Status Quo des kRM in Krankenhäusern durch das Deutsche Krankenhausinstitut [16] standen die Häuser 2008 überwiegend noch am Anfang von Organisationsveränderungen. Entweder sie waren noch gar nicht mit dem Thema beschäftigt (21%) oder in der Planungs- und Konzeptionsphase (40%). Etwa 40% hatten mehr oder weniger systematisch mit Umsetzungen begonnen. Es sei in diesem Zusammenhang erwähnt, dass sich auch die Transformationsprozesse in anderen Hochrisiko-Branchen mit dem Erfordernis hoher Zuverlässigkeit (z.B. Luftfahrt, Nuklear- und petrochemische Industrie) auf dem Weg zu einer modernen und systematisch gestalteten Sicherheitskultur über mehrere Jahrzehnte hingezogen haben und permanent optimiert werden müssen.

Zur längsschnittlichen Betrachtung von Veränderungsprozessen in Krankenhäusern war es daher in Hinsicht auf das Thema Patientensicherheit und kRM sinnvoll, sich in der theoretischen Fundierung an einem empirisch validierten Modell der Organisationsveränderungen zu orientieren. Das gewählte transtheoretische Modell der Gruppe um Prochaska und Levesque [17-18] postuliert als zentrales Axiom, dass individuelle Mitarbeiter wie die Gesamtorganisationen in fester Abfolge mehrere Stadien bis zur tatsächlichen und dauerhaften Einstellungs- und Verhaltensänderung durchlaufen. Für den Krankenhausbereich wurden die Entwicklungsstadien wie folgt gefasst [vgl. 12].

noch nicht damit befasst	**diskutiert, aber bisher keine Umsetzungspläne**	**Umsetzung in den nächsten 12 Monaten geplant**	**unsystematisch umgesetzt**	**systematisch umgesetzt**

Diese bei den meisten Fragen gewählte Skalierung des Erhebungsinstrumentes will den erwähnten Entwicklungs- und Reifungsprozess der Krankenhäuser mit seinen Stadien messbar abbilden.
Die neben Wiederholungsbefragungen geplanten multivariaten Analysen sollen im Weiteren zu Erkenntnissen darüber führen, welche Struktur- oder Prozessmerkmale des kRM besonders eng mit einem hohen Gesamtentwicklungsstand des klinischen Risiko-Managements verknüpft sind [15]. Sind solche Indikatoren oder Prädiktoren identifiziert, können hier Ansatzpunkte für eine gezielte Förderung diesbezüglicher Organisationsveränderungen und Management-Prozesse liegen.

3. Befragungsergebnisse

Im folgenden Ergebnisteil werden diejenigen Grafiken mit Balken-Diagrammen zusätzlich mit einer Tabelle der Einzelwerte dargestellt, bei denen wegen eng benachbarter, kleiner Balkenabschnitte die Lesbarkeit der Prozentwertangaben eingeschränkt ist (siehe beispielsweise Grafik 5b S. 27).

3.1 Stichprobe / Teilnehmer

Insgesamt wurden 1815 deutsche Krankenhäuser mit über 50 Betten in drei Wellen zur Teilnahme an der Befragung eingeladen. Mit einer Rücklaufquote von 26,7% haben zwischen März und Juni 2010 insgesamt 484 Häuser (Betriebsstättenebene) teilgenommen. Krankenhäuser mit unter 50 Betten haben oft ein besonderes Leistungsspektrum oder eine besondere Struktur (zahlreiche Privatkliniken, kleine Fach- oder Belegkliniken) und machen bundesweit lediglich ca. 1% der Menge an Betten, Behandlungsfällen und Personal aus. Um eine homogenere Gruppe der kleinen Krankenhäuser zu schaffen, wurden diese Häuser daher nicht in die Untersuchung einbezogen.

264 Teilnehmer nutzten die angebotene Möglichkeit der Online-Befragung im Internet, 220 sendeten einen Papierfragebogen zurück.

Die Tabellen 1 und 2 zeigen die nach Bundesländern und Krankenhaustypen gegliederte Teilnahmestatistik. Die Teilnahmequoten aus Stadtstaaten und kleinen Bundesländern mit relativ wenigen Häusern sind wegen der Bedeutung statistischer Zufallseffekte in der Vergleichsbetrachtung nicht zuverlässig interpretierbar. Zusammenfassend lässt der Ländervergleich keine konsistenten Bilder in Sinne eines Unterschiedes von Stadt- zu Flächenstaaten oder eines Nord-Süd oder West-Ost-Gefälles in der Beteiligung erkennen.

Hingegen ergeben sich gemäß Tabelle 2 systematische Beteiligungsunterschiede nach Art und Größe der angeschriebenen Krankenhäuser. Gemessen an ihrem Anteil in der Bruttostichprobe nahmen – üblich bei Krankenhausvollerhebungen in Deutschland – kleinere Häuser seltener an der Befragung teil, während große Häuser mit mehr als 600 Betten und Universitätsklinika bei den Teilnehmern mit 46% Rücklauf überrepräsentiert sind. Die mit 18,1% vergleichsweise geringe Beteiligung von Psychiatrien ist primär nicht einem mangelnden Problembewußtsein geschuldet, sondern zumindest teilweise der Tatsache, dass der eingesetzte Fragebogen das typische Profil von Patientensicherheitsrisiken in der Psychiatrie in der Komposition von Themen und Fragen nicht ausreichend berücksichtigt. Dies wurde in einigen Freitextantworten teilnehmender psychiatrischer Häuser deutlich und verlangt für die Zukunft in diesem Versorgungsbereich eine Anpassung von Erhebungsinstrumenten für das klinische Risiko-Management.

Zusammenfassend stellt sich die Teilnehmerstichprobe in ihrer Zusammensetzung als typisch für Vollerhebungen unter deutschen Krankenhäusern dar, bei denen kleinere Krankenhäuser eher unter- und größere eher überrepräsentiert sind. Für die im Folgenden dargestellten Ergebnisvergleiche von 5 Subgruppen (Allgemeinkrankenhäuser mit 50-299, 300-599 und ab 600 Betten, Psychiatrien, Universitätsklinika) und der Gesamtgruppe wurden die tatsächlichen Antwortmuster dargestellt. Auf eine nach Größenklassen der Krankenhäuser vornehmbare Adjustierung (Gewichtung) der Ergebnisse zur Erreichung besserer Repräsentanz wurde für die vorliegende Auswertung verzichtet.

Tabelle 1: Teilnahmestatistik nach Bundesländern

Bundesland	Grundgesamtheit N	Grundgesamtheit %	Stichprobe N	Stichprobe %	Rücklaufquote %
Baden-Württemberg	214	11,8	51	10,5	23,8
Bayern	307	16,9	69	14,3	22,5
Berlin	42	2,3	14	2,9	33,3
Brandenburg	55	3,0	15	3,1	27,3
Bremen	13	0,7	6	1,2	46,2
Hamburg	31	1,7	6	1,2	19,4
Hessen	150	8,3	29	6,0	19,3
Mecklenburg-Vorpommern	35	1,9	8	1,7	22,9
Niedersachsen	169	9,3	48	9,9	28,4
Nordrhein-Westfalen	426	23,5	150	31,0	35,2
Rheinland-Pfalz	100	5,5	28	5,8	28,0
Saarland	25	1,4	6	1,2	24,0
Sachsen	90	5,0	12	2,5	13,3
Sachsen-Anhalt	57	3,1	24	5,0	42,1
Schleswig-Holstein	53	2,9	9	1,9	17,0
Thüringen	48	2,6	9	1,9	18,8
Gesamt	1815	99,9	484	100,1	26,7

Tabelle 2: Teilnahmestatistik nach Krankenhaustypen

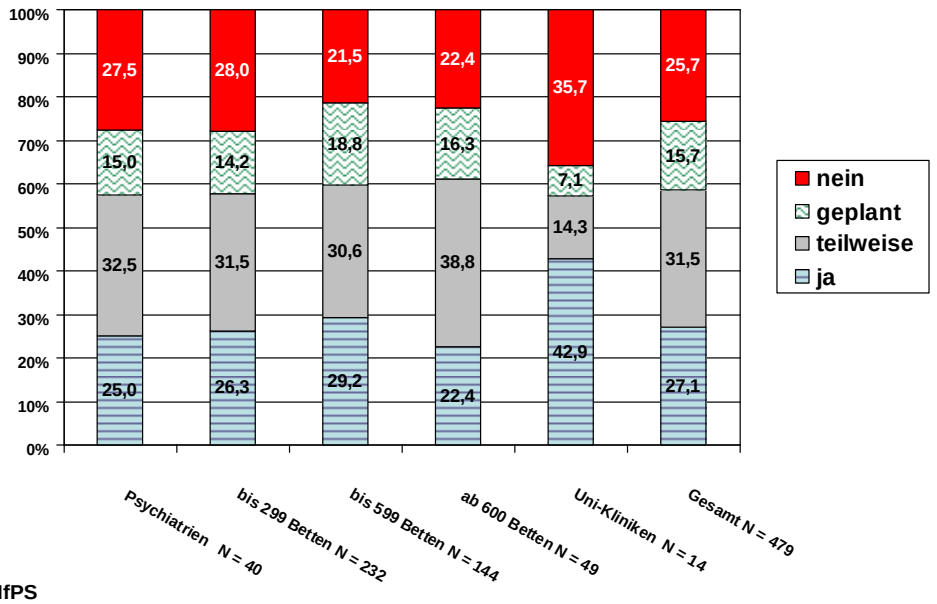
Krankenhaustyp	Grundgesamtheit N	Grundgesamtheit %	Stichprobe N	Stichprobe %	Rücklaufquote %
Allgemeinkrankenhäuser 50 – 299 Betten	1076	67,5	234	52,7	21,7
Allgemeinkrankenhäuser 300 – 599 Betten	379	23,8	146	32,9	38,5
Allgemeinkrankenhäuser ab 600 Betten inkl. Universitätsklinika	139	8,7	64	14,4	46,0
Allgemeinkrankenhäuser Gesamt inkl. Universitätsklinika	1594	100,0	444	100,0	27,9
Psychiatrien	221		40		18,1
Universitätsklinika	34		15		44,1
Gesamtgruppe	1815		484		26,7

3.2 Strategien und Ziele des klinischen Risiko-Managements

Das Entstehen einer alltagswirksamen Sicherheitskultur in Einrichtungen des Gesundheitswesens wird entscheidend von der Unternehmensleitung und den Führungskräften beeinflusst. Damit ist ein Indikator für die Bedeutung des Themas in einem Krankenhaus seine Verankerung in Zielplanung und Entwicklungsstrategie. Für die hierauf abzielenden Fragen im Erhebungsinstrument ergibt sich ein Bild, nach dem ungefähr 60 % der Häuser zumindest in Teilen eine schriftliche Gesamtstrategie in Bezug auf das kRM hat (2a). Etwas weniger Häuser haben – überwiegend partiell – ihre Strategie auch auf die Ebene operativer Ziele in dokumentierter Form heruntergebrochen (2c). Bei den positiven Antworten auf die ersten drei Fragen (2a-c) nach verschriftlichten Strategien und Zielen überwiegen Umsetzungen in Teilen („teilweise“). Dies kann interpretiert werden als ein Hinweis darauf, dass kRM-Aktivitäten zwar nicht beliebig, aber häufig zunächst punktuell beginnen, zum Beispiel mit der Einführung eines CIRS. Wahrscheinlich wird selten eine (vorab dokumentierte) Gesamtstrategie schrittweise und planvoll umgesetzt. Möglicherweise wird das Erfordernis einer Verschriftlichung von Zielen auf Klinikebene bevorzugt bei jenen kRM-Maßnahmen gesehen, die mit einem gewissen Verbrauch an finanziellen und/oder personellen Ressourcen einhergehen und daher einer besonderen Legitimation bedürfen.

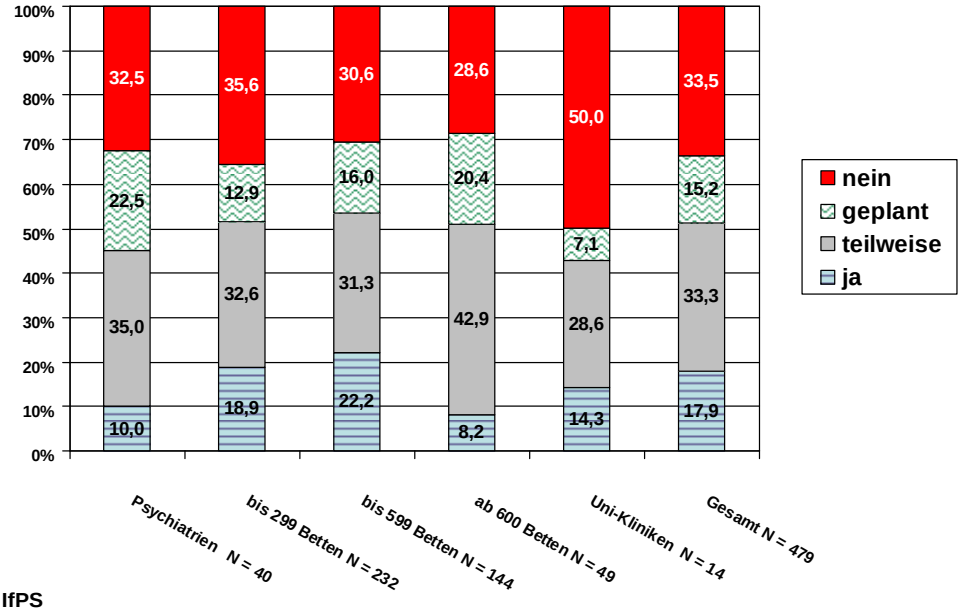
Auch die weiteren Fragen und Antwortmuster (2d-j) deuten darauf hin, dass die Teilnehmer vornehmlich noch in frühen und mittleren Entwicklungsstadien bei der Einführung von kRM sind. Dementsprechend existieren noch Optimierungspotenziale etwa hinsichtlich Systematik, Strategie und Investitionsbereitschaft (z.B. in die Fortbildung der Mitarbeiter).

2 a. Gibt es für Ihr Krankenhaus eine verbindliche, schriftlich festgelegte Strategie für das klinische Risiko-Management (kRM)?



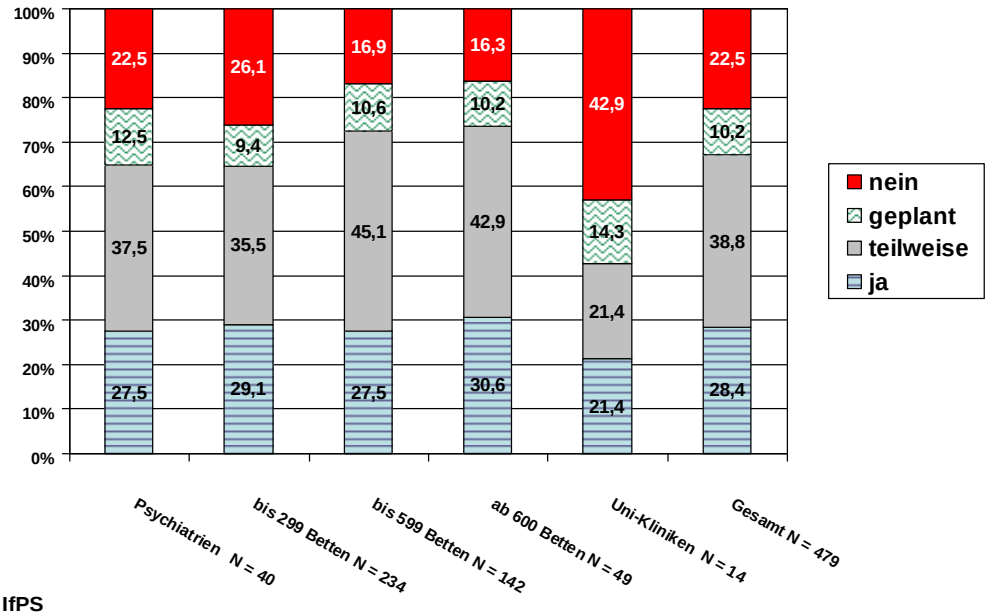
© IfPS

2 b. Gibt es für Ihr Krankenhaus verbindliche, schriftlich festgelegte strategische Ziele für das kRM (z.B. Verbesserung der Arzneitherapiesicherheit im Bereich Verordnung oder Verteilung/Medikationsgabe in den nächsten zwei Jahren)?



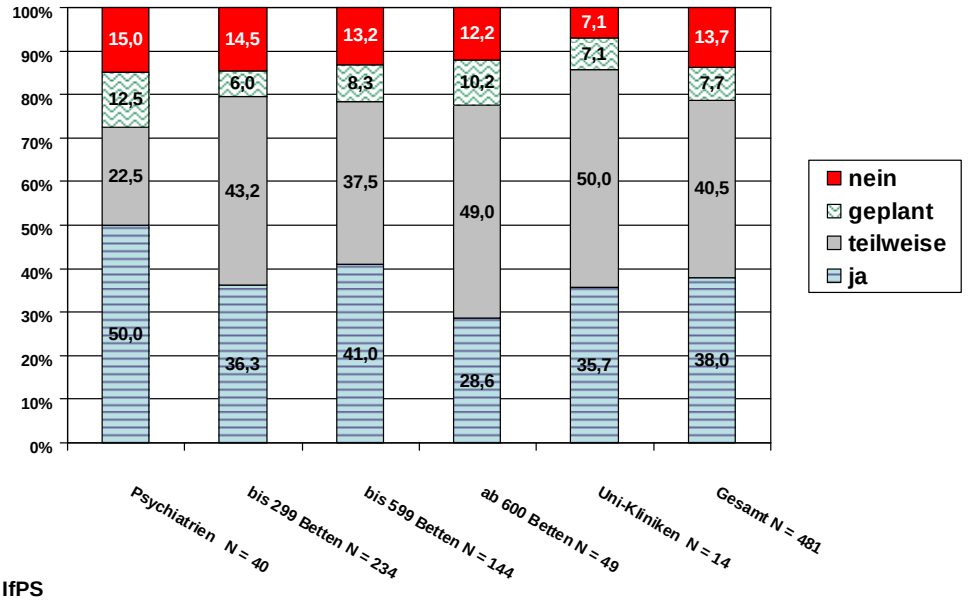
© IfPS

2c.Gibt es für Ihr Krankenhaus verbindliche, schriftlich festgelegte operative Ziele für das kRM (z.B. Einführung eines standardisierten Sturz-Assessments für ältere Patienten, Reduktion der MRSA-Sepsisfälle auf Intensivstationen um 10 % binnen 2 Jahren)?



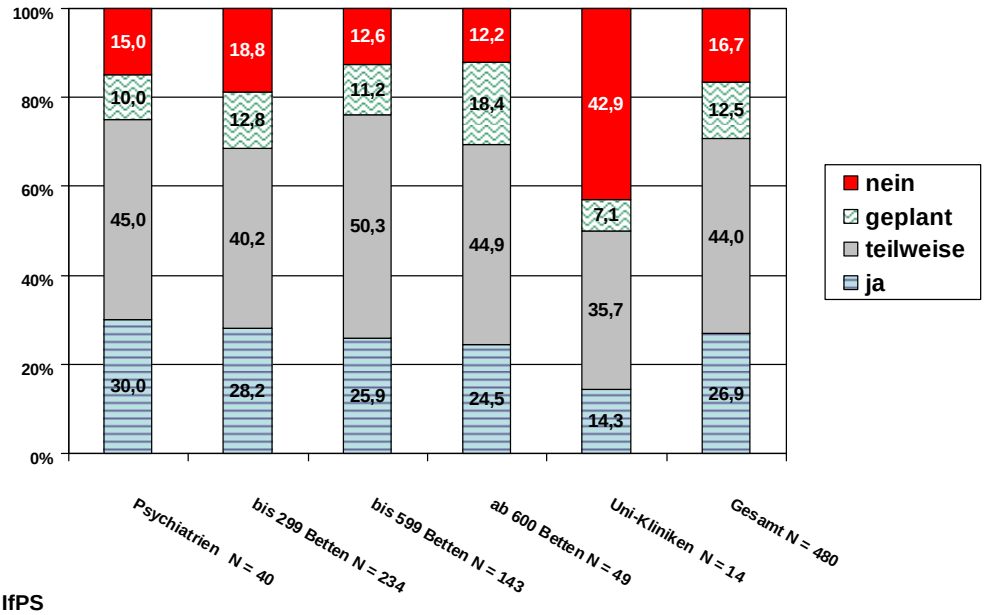
© IfPS

2 d. Aufgaben, Kompetenzen und Verantwortlichkeiten im kRM sind in Ihrem Krankenhaus klar definiert und MitarbeiterInnen verbindlich zugeordnet



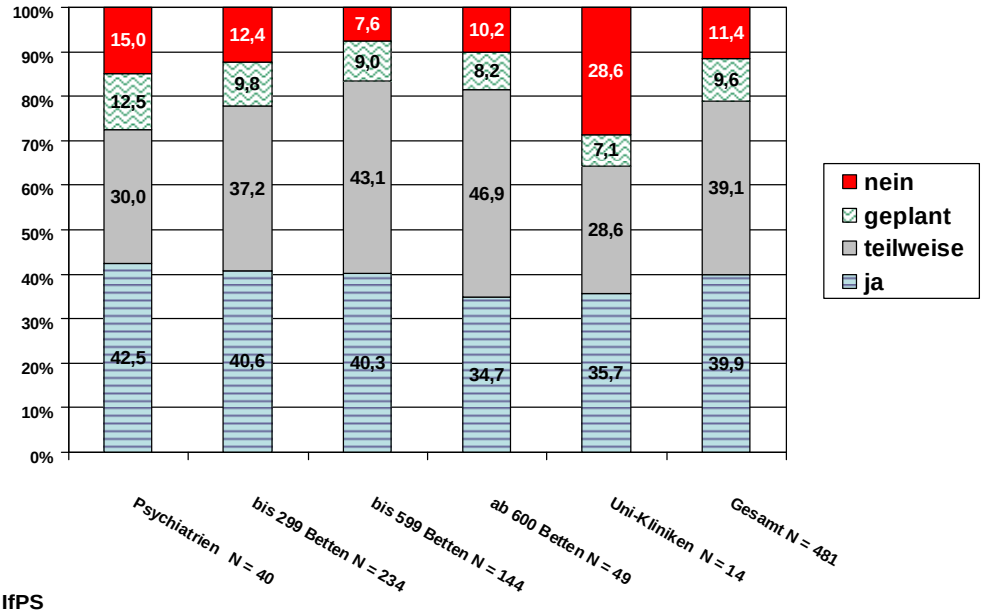
© IfPS

2 e. Die Prozesse des kRM (Verfahrensanweisungen, Abläufe, Zuständigkeiten etc.) sind krankenhausweit definiert und dokumentiert, z.B. in einem Handbuch



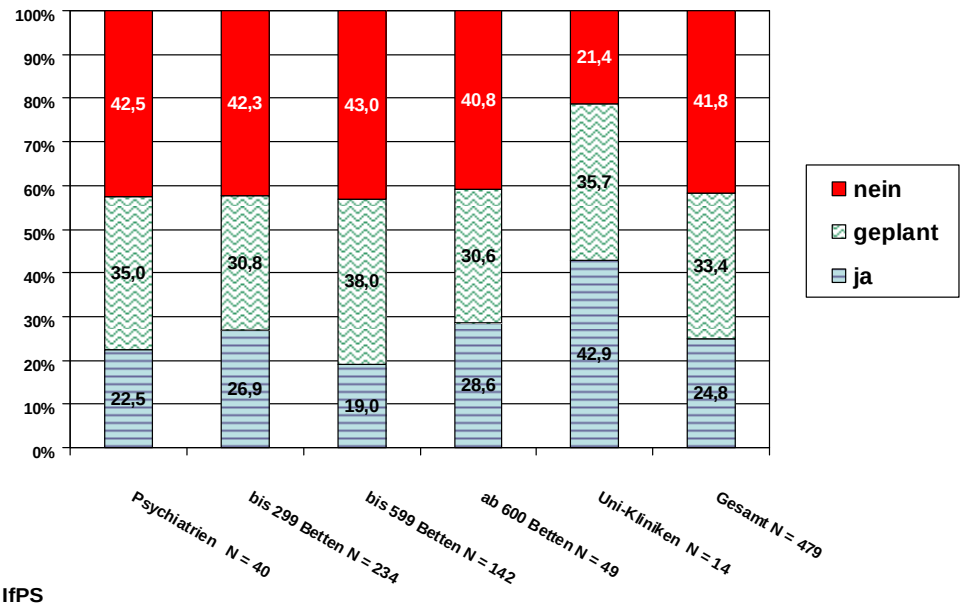
© IfPS

2 f. Die Prozesse des kRM (Verfahrensanweisungen, Abläufe, Zuständigkeiten etc.) sind den Mitarbeitern kommuniziert



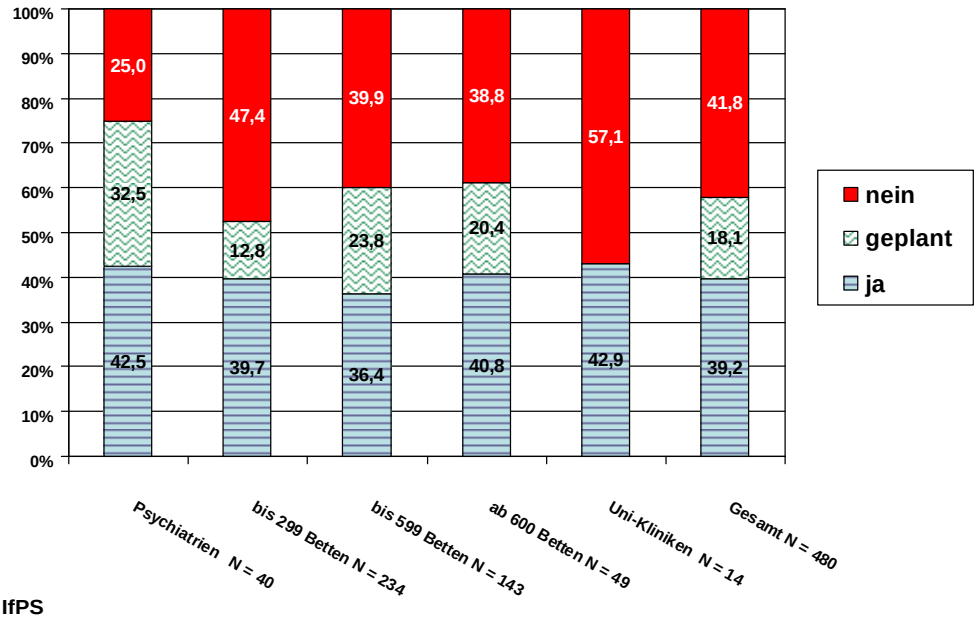
© IfPS

2 g. Für die Mitarbeiter werden regelmäßig Fortbildungen zum kRM angeboten



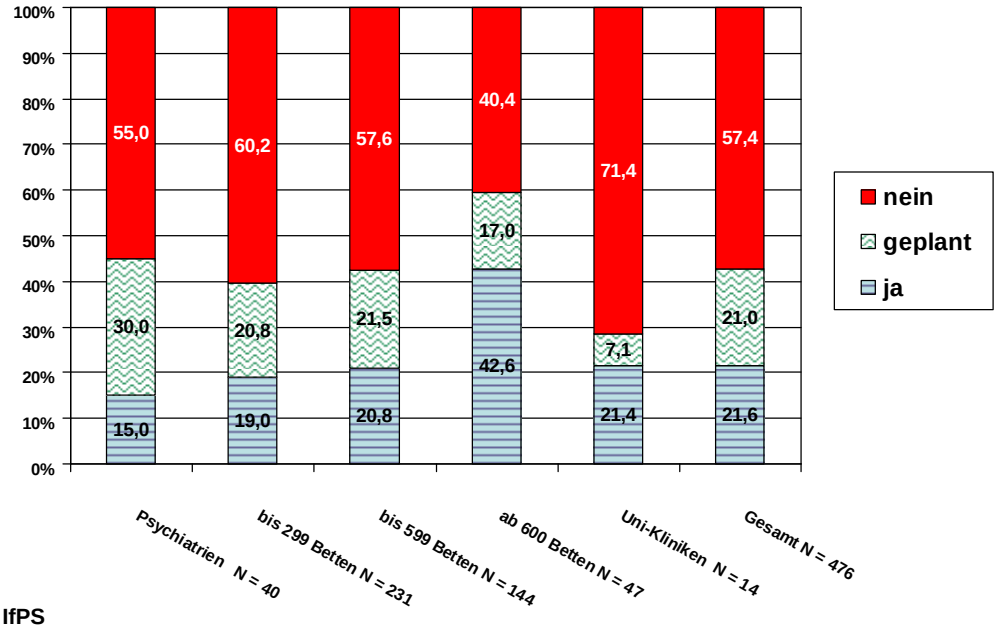
© IfPS

2 h. kRM und/oder Fragen der Patientensicherheit sind fester Bestandteil der Tagesordnung für die Sitzungen der Krankenhausleitung



© IfPS

2 j. Es existiert ein krankenhausinterner Standard, der sicherstellt, dass Patienten oder deren Angehörige über gravierende Behandlungsfehler mit Schadensfolge zeitnah informiert werden und ein Unterstützungsangebot erhalten



© IfPS

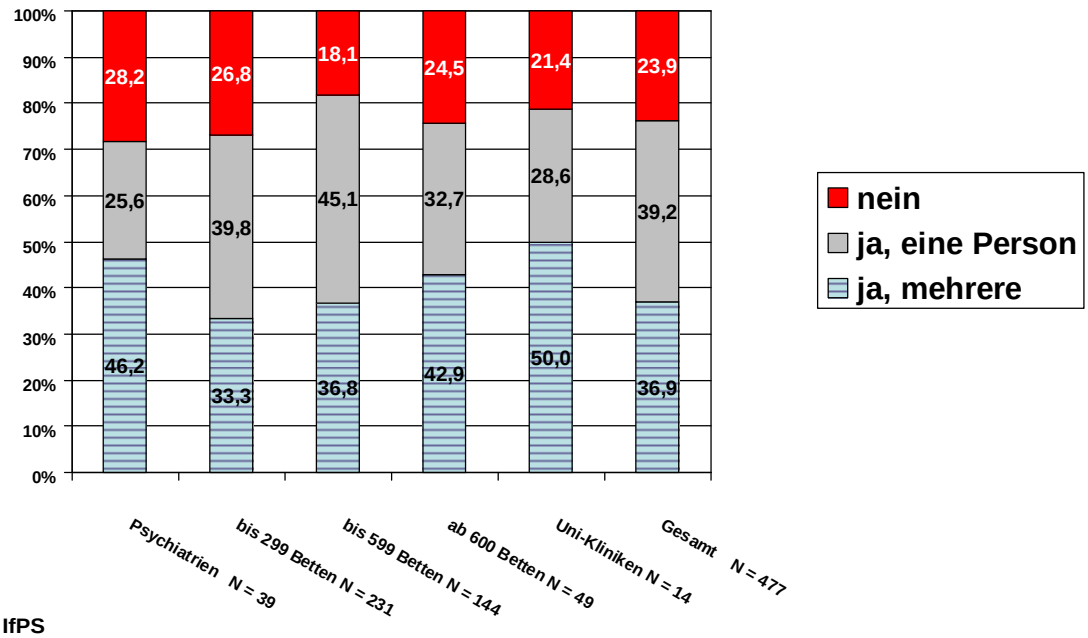
3.3 Strukturen des klinischen Risiko-Managements

Die Fragen dieses Abschnitts beziehen sich auf personelle Strukturen und die Organisation der internen Kommunikation zum kRM in Krankenhäusern. Nur knapp ein Viertel der Befragungsteilnehmer gibt an, über keinen Mitarbeiter zu verfügen, der in zentraler Funktion die Umsetzung des kRM koordiniert (3a). Der Rest hingegen beschäftigt hierfür wenigsten eine oder in etwa vier von zehn Häusern sogar mehrere Personen. In klarer Größenstaffelung der Krankenhäuser gibt es für das kRM – angegeben in Vollzeitstellen – dezidiertes Personal, welches zu mehr als der Hälfte ganz und zu einem weiteren Viertel teilweise im Qualitätsmanagementbereich angesiedelt ist (3b-c). Dies weist auf die enge organisatorische wie inhaltliche Verschränkung der Themen Qualitäts- und klinisches Risiko-Management in der Praxis hin.

Je größer die Krankenhäuser sind, desto eher gibt es auch in einzelnen oder manchmal sogar allen Kliniken oder Abteilungen Verantwortliche für das kRM (3d). Diese Dezentralisierung ist nachvollziehbar, weil die Durchwirkungs- und Präsenzmöglichkeiten zentral angesiedelter kRM-Mitarbeiter in einzelnen Abteilungen, Kliniken oder Funktionsbereichen von größeren Einrichtungen begrenzt ist.

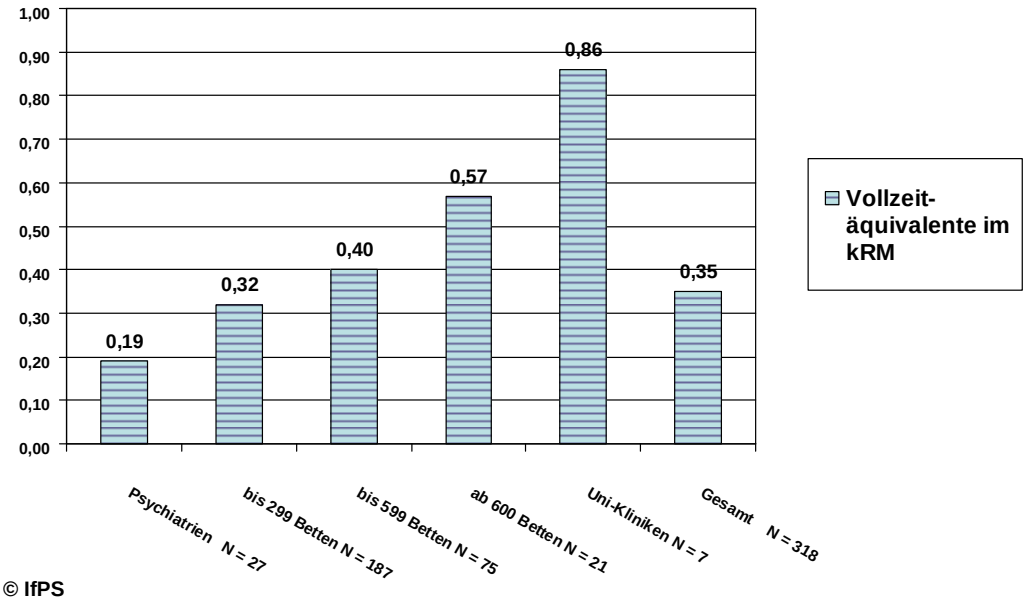
Bei etwa Dreiviertel der Teilnehmer existieren bereits Fallkonferenzen oder Besprechungen, in denen kritische Vorfälle, Schäden, Komplikationen und Fehler zum Thema gemacht werden (3e). Die detaillierten Angaben zu diesen Besprechungen (3f) lassen in Bezug auf Regelmäßigkeit, Durchdringungs- und Systematisierungsgrad noch Optimierungsbedarf erkennen. Der Austausch zu klinischen Risiken wird in sechs von zehn Krankenhäusern unter Beteiligung von klinischem Personal oder berufsgruppenübergreifend gestaltet.

3 a. Gibt es Mitarbeiter in Ihrem Krankenhaus, die in zentraler Funktion die Aktivitäten für das kRM koordinieren und deren Umsetzung steuern?



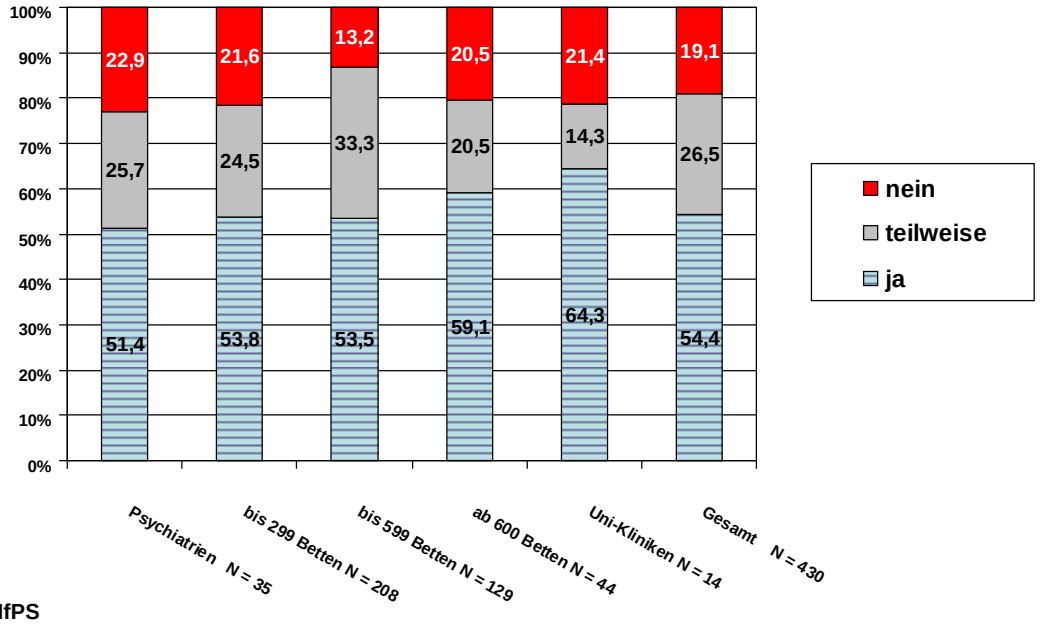
© IfPS

3 b. Mit welchem Anteil der Arbeitszeit sind Mitarbeiter bei Ihnen mit Aufgaben des kRM beschäftigt? (z.B. 0,5 für einen Mitarbeiter, der mit 50% einer vollen Wochenarbeitszeit für das kRM arbeitet)



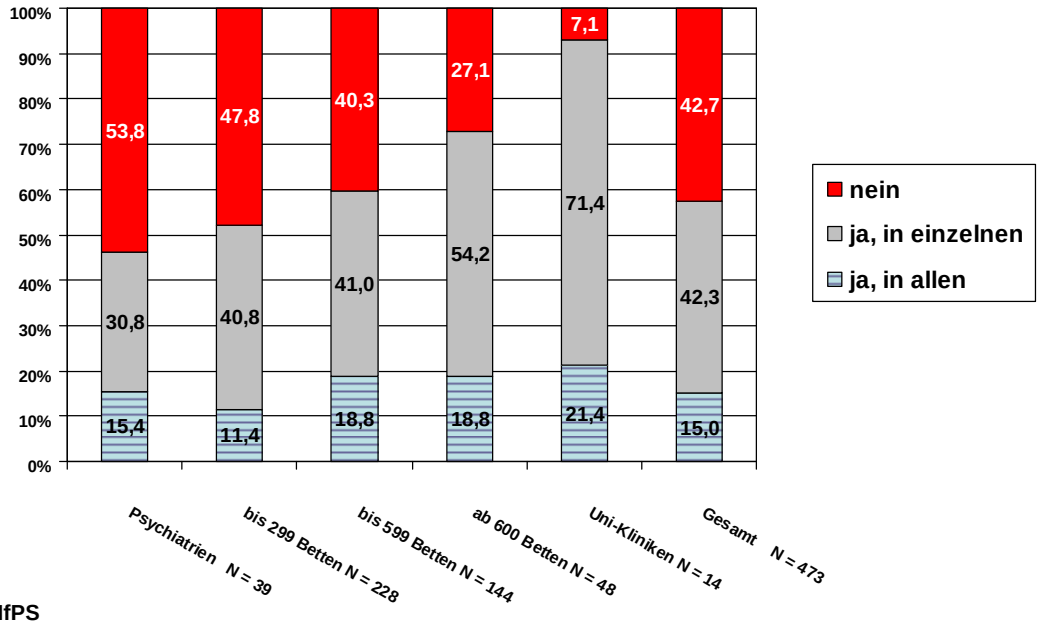
© IfPS

3 c. Ist / Sind diese (-r) Mitarbeiter zugleich im Qualitätsmanagement beschäftigt?



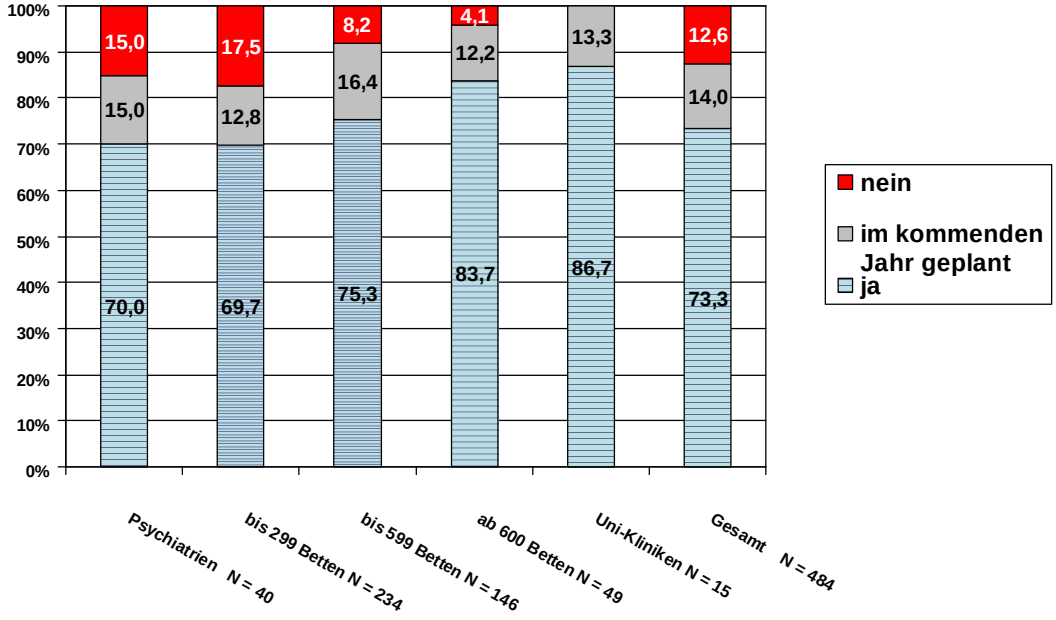
© IfPS

3 d. Gibt es auch in einzelnen Abteilungen / Kliniken / Funktionsbereichen Verantwortliche für das kRM?



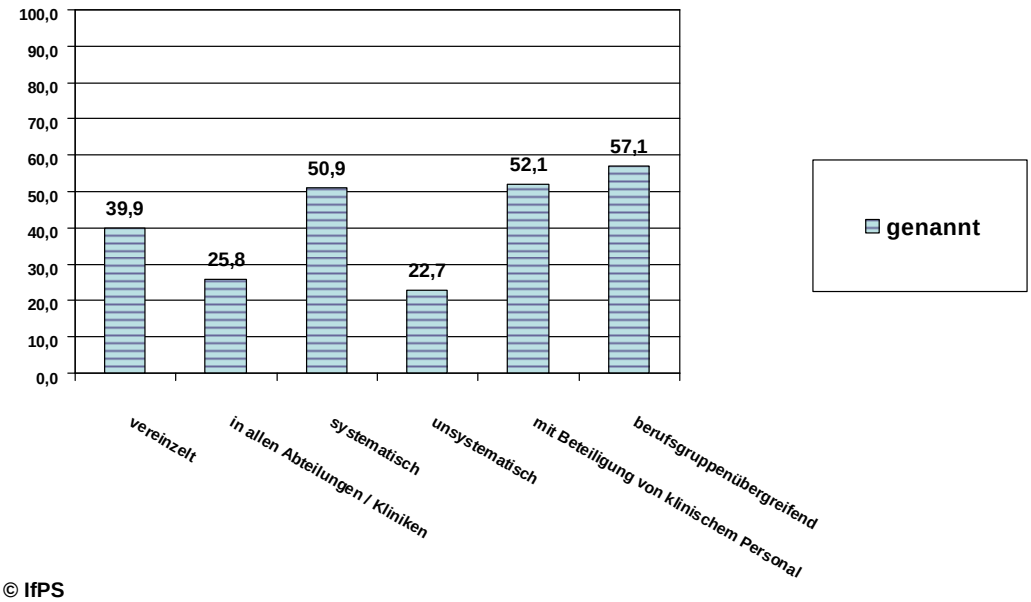
© IfPS

3 e. Gibt es in Ihrem Krankenhaus Fallkonferenzen oder Besprechungen, in denen kritische Vorfälle, Schäden, Komplikationen und Fehler zum Thema gemacht werden?



3 f. Solche Fallkonferenzen / Besprechungen finden statt ….

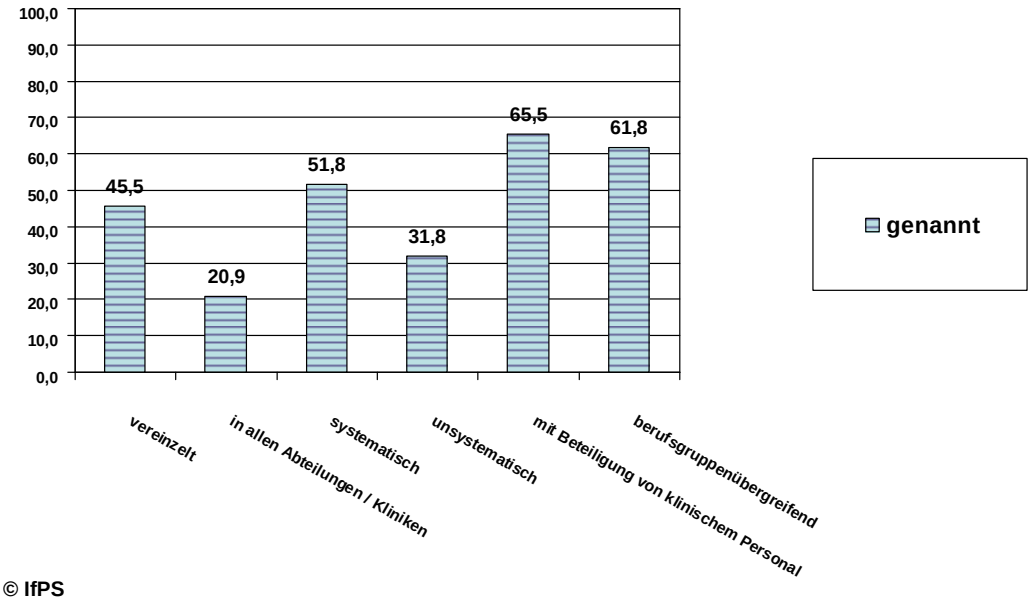
Allgemeinkrankenhäuser 50 - 299 Betten N = 163



© IfPS

3 f. Solche Fallkonferenzen / Besprechungen finden statt ....

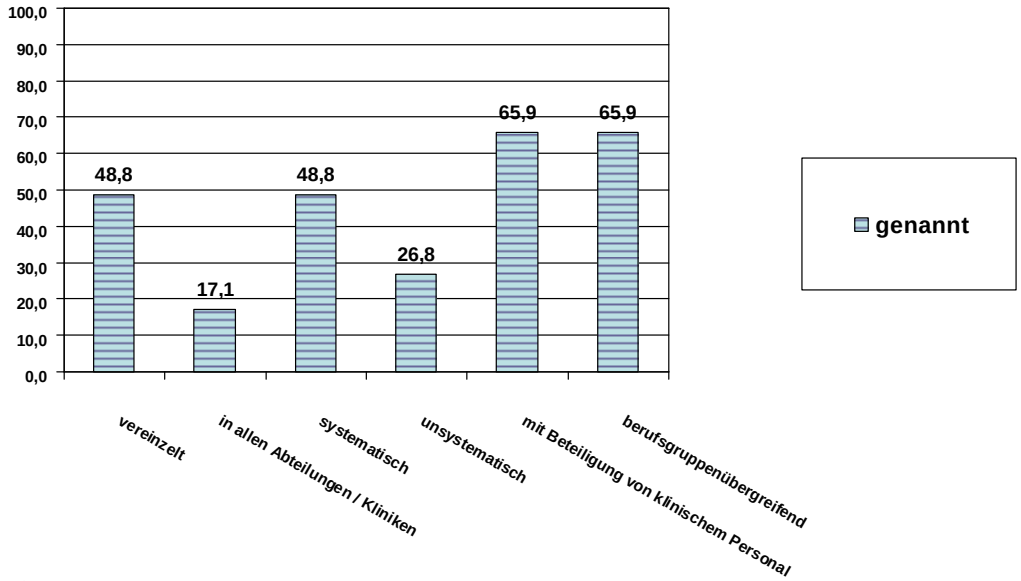
Allgemeinkrankenhäuser 300 - 599 Betten N = 110



© IfPS

3 f. Solche Fallkonferenzen / Besprechungen finden statt ....

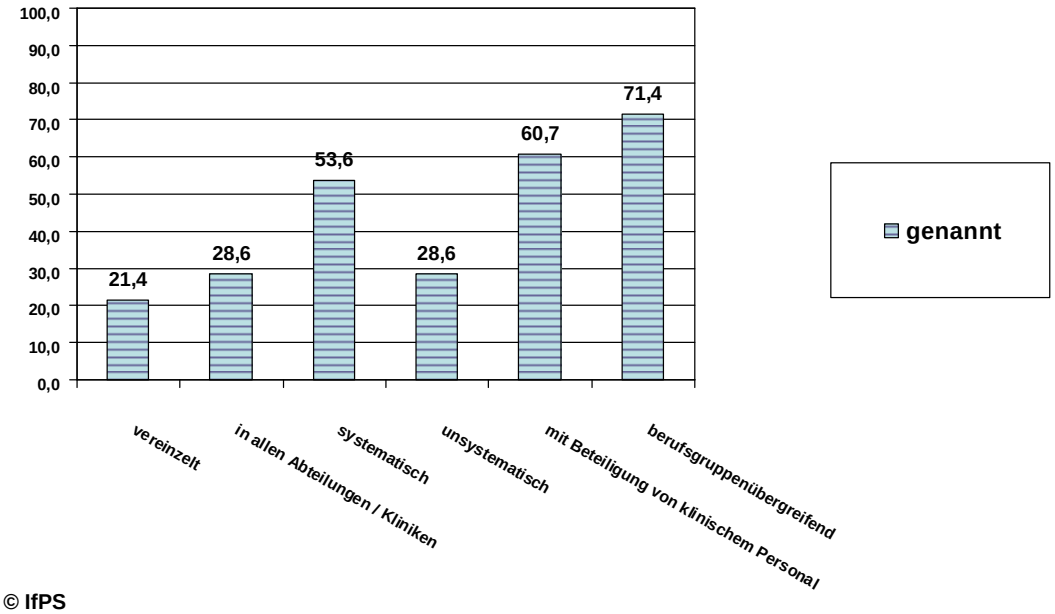
Allgemeinkrankenhäuser ab 600 Betten N = 41



© IfPS

3 f. Solche Fallkonferenzen / Besprechungen finden statt ….

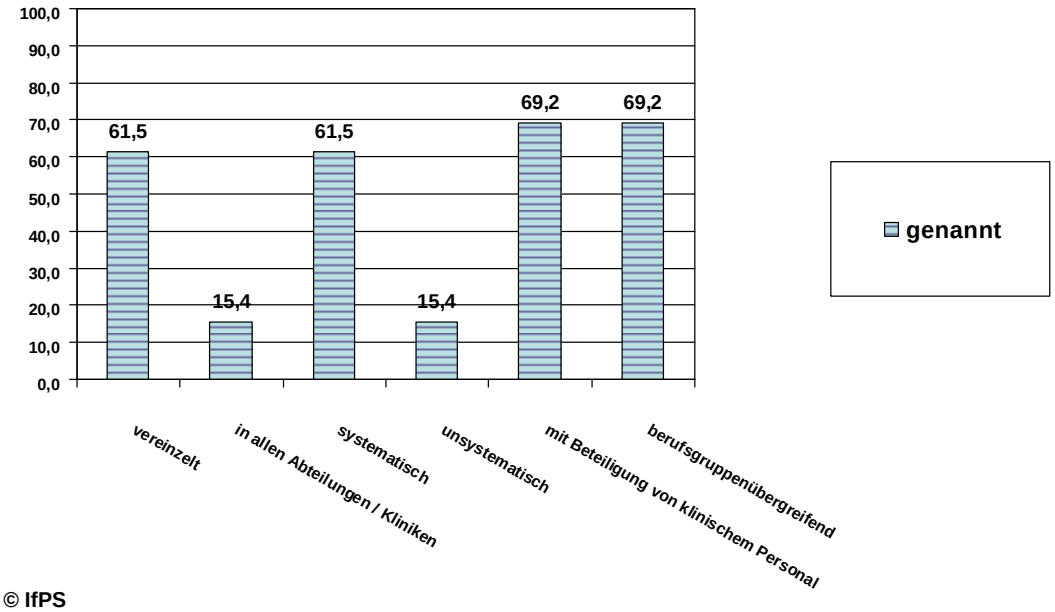
Psychiatrien N = 28



© IfPS

3 f. Solche Fallkonferenzen / Besprechungen finden statt ….

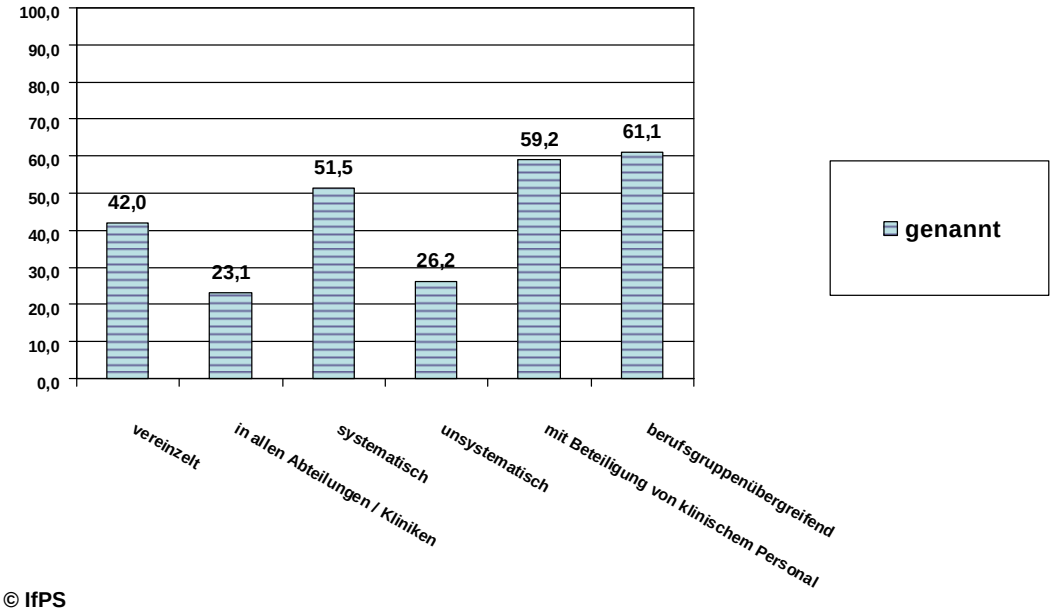
Universitätskliniken N = 13



© IfPS

3 f. Solche Fallkonferenzen / Besprechungen finden statt ….

Gesamtgruppe N = 473

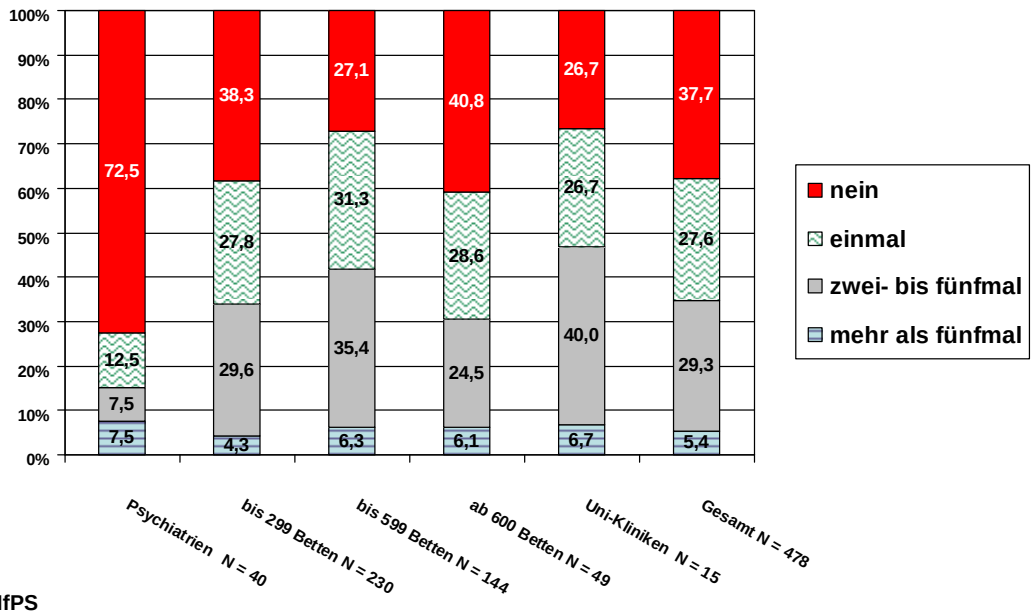


© IfPS

3.4 Unterstützung durch Dritte

Zwei Fragen (4a–b) zielten darauf ab zu erheben, ob und wobei sich die Krankenhäuser in den letzten 5 Jahren bezogen auf das klinische Risiko-Management externe Beratung und Unterstützung geholt hatten.
Während die psychiatrischen Kliniken mit 27,5 % vergleichweise selten professionelle Beratung zum kRM in Anspruch genommen hatten, liegt der Anteil der Gesamtgruppe im Durchschnitt bei 62,3 % (305/478). Als Beratungsfelder wurden mit Ausnahme der „Überprüfung des kRM nach Einführung“ und dem „Risiko-Audit“ fast alle abgefragten Bereiche von je etwa der Hälfte der Beratenen angegeben. Die externe Risiko-Auditierung wurde im Durchschnitt als Unterstützung nur von 37,7 % der Beratenen genutzt und Unterstützung von außen bei der Evaluation bereits umgesetzter kRM-Maßnahmen wurde in weniger als jedem zehnten Fall angegeben. Als weiteren Hinweis auf die Sonderstellung psychiatrischer Kliniken und ein dementsprechend spezielles Risikoprofil darf auch gewertet werden, dass im Unterschied zu fast der Hälfte der beratenen Allgemein-Krankenhäuser keine der extern beratenen psychiatrischen Kliniken eine juristische Beratung unter Haftpflichtaspekten in Anspruch genommen hat.

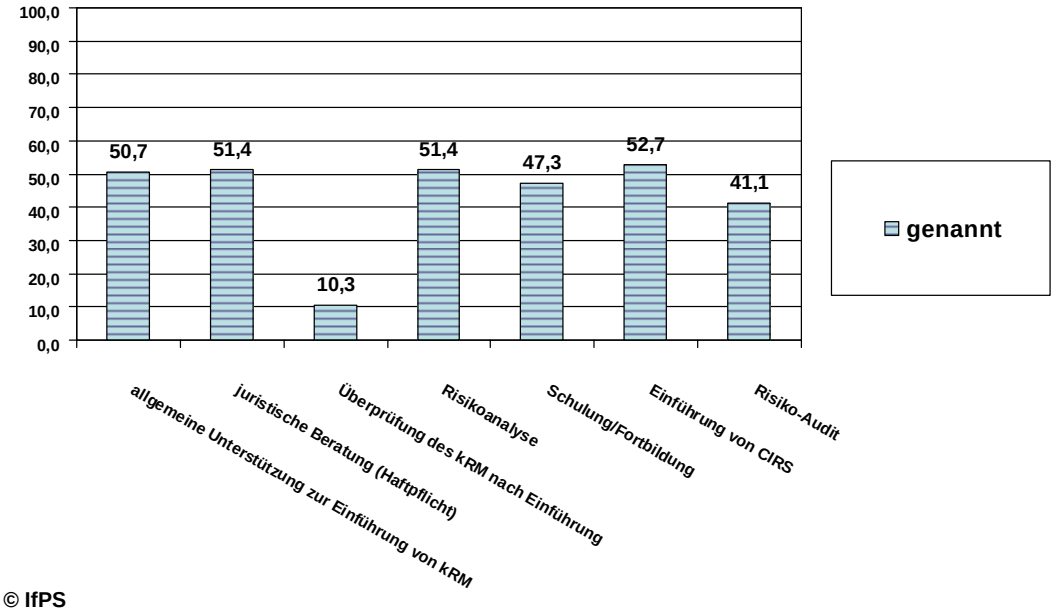
4 a. Hat sich Ihr Krankenhaus in den letzten 5 Jahren in Bezug auf kRM jenseits von reiner Fortbildung professionelle Beratung und Unterstützung geholt?



© IfPS

4 b. Wobei haben Sie Unterstützung und Beratung durch externe Institutionen / Berater erhalten?

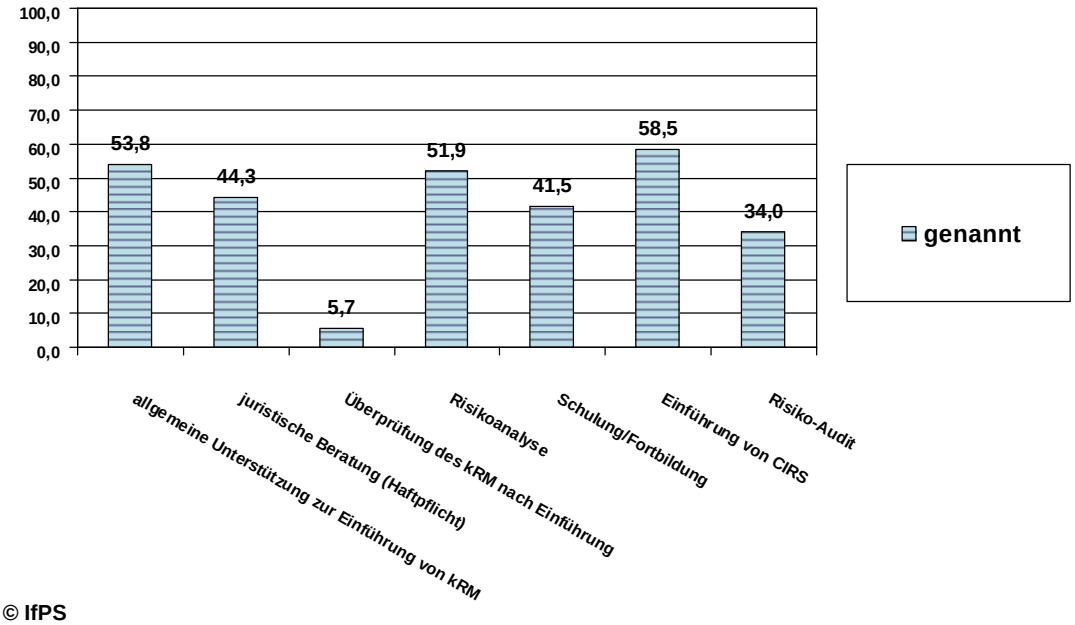
Allgemeinkrankenhäuser 50 - 299 Betten N = 230



© IfPS

4 b. Wobei haben Sie Unterstützung und Beratung durch externe Institutionen / Berater erhalten?

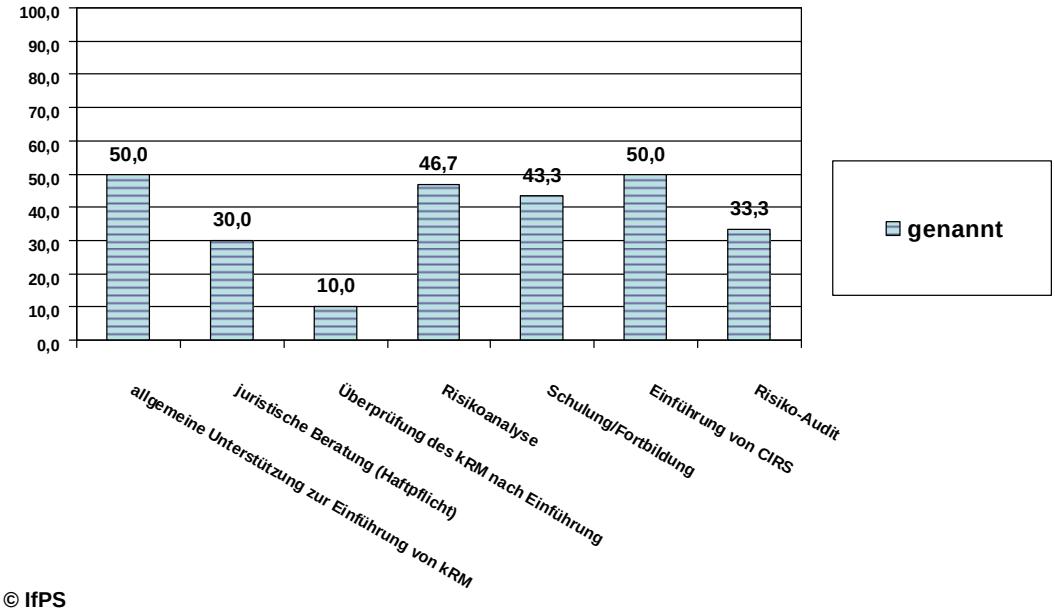
Allgemeinkrankenhäuser 300 - 599 Betten N = 106



© IfPS

4 b. Wobei haben Sie Unterstützung und Beratung durch externe Institutionen / Berater erhalten?

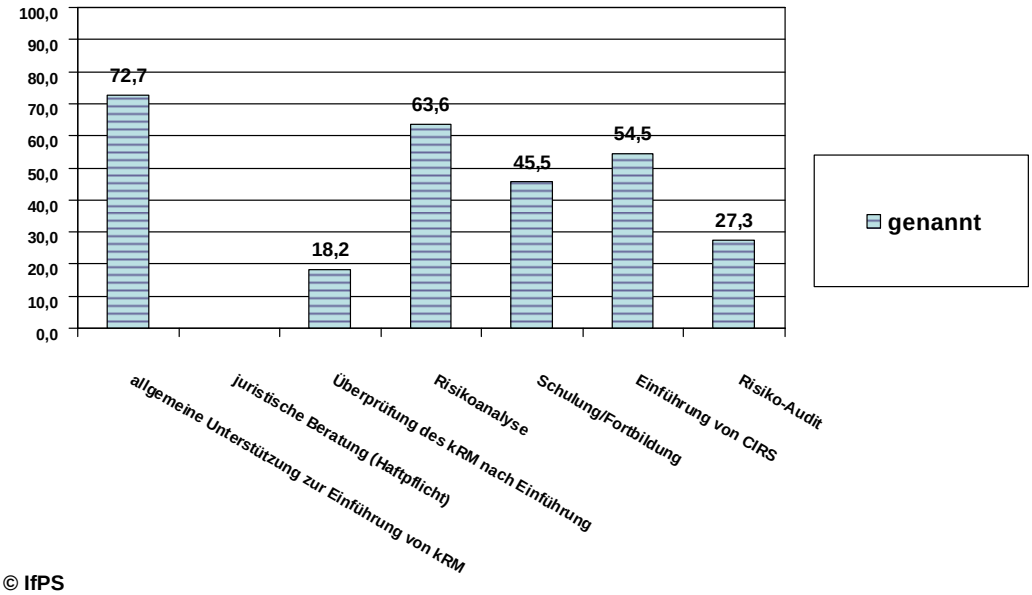
Allgemeinkrankenhäuser ab 600 Betten N = 30



© IfPS

4 b. Wobei haben Sie Unterstützung und Beratung durch externe Institutionen / Berater erhalten?

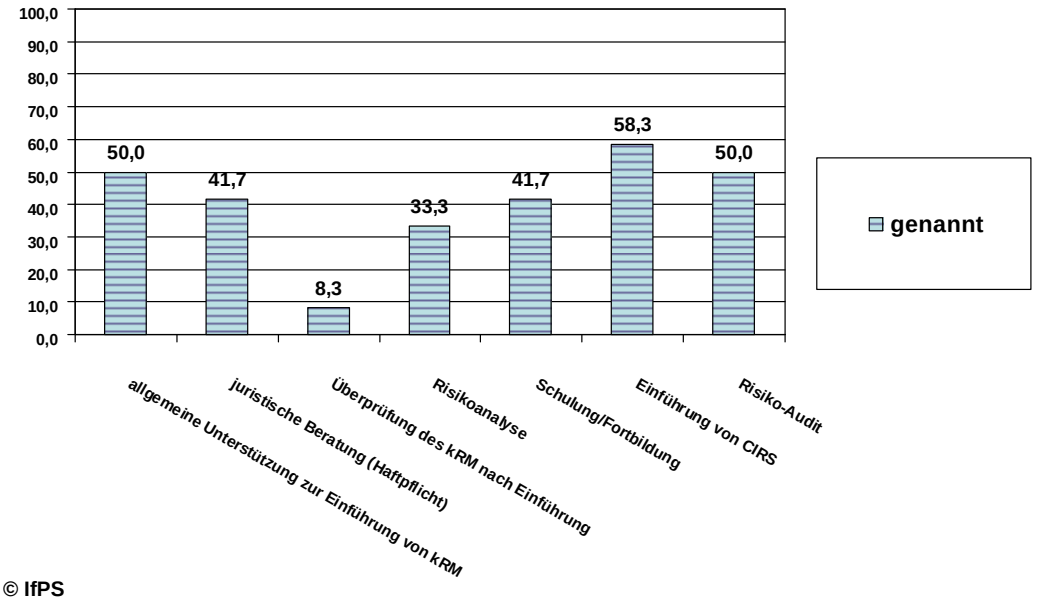
Psychiatrien N = 11



© IfPS

4 b. Wobei haben Sie Unterstützung und Beratung durch externe Institutionen / Berater erhalten?

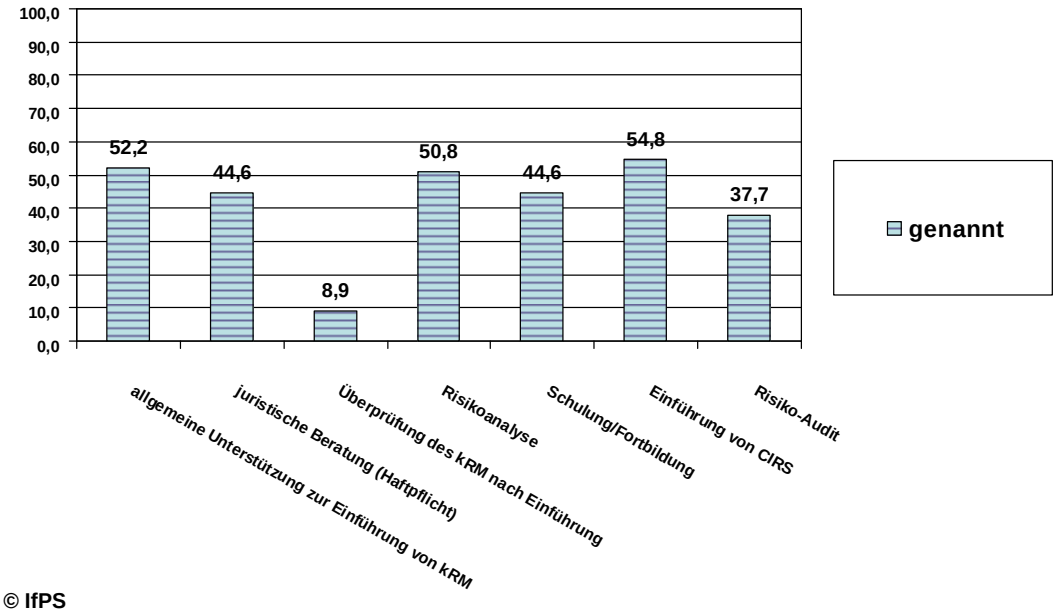
Universitätskliniken N = 12



© IfPS

4 b. Wobei haben Sie Unterstützung und Beratung durch externe Institutionen / Berater erhalten?

Gesamtgruppe N = 305



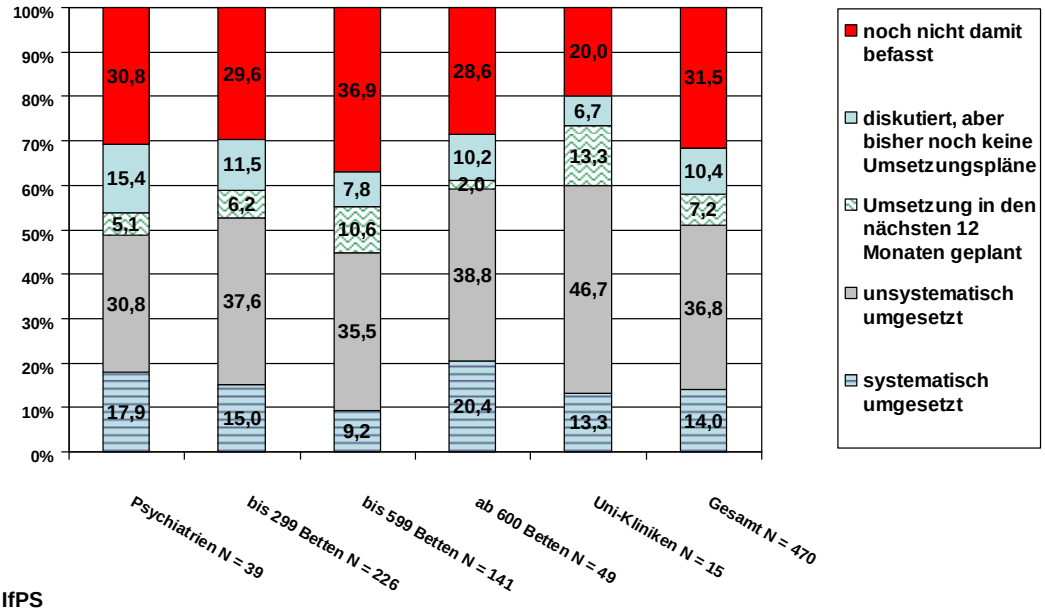
© IfPS

3.5 Informationssammlung

In diesem Abschnitt wird in Bezug auf den ersten Schritt eines systematischen kRM-Zyklus dargelegt, wie die Kliniken Informationen über Patienten gefährdende Risiken sammeln. Der Fragenblock enthält explizit 13 Instrumente der Risikoinformationserhebung (5a-m) und zeigt, wie vielgestaltig die Möglichkeiten und deren Kombinationen sind, klinische Risiken und Schwachstellen zu identifizieren.

Beim Einsatz der Erhebungsmethoden zeigt sich eine deutliche Varianz im Spektrum der gewählten Optionen. Während die Registrierung von Patientenbeschwerden mit Hinweisen auf Sicherheitsmängel (5b) schon sehr verbreitet scheint, und Patientenschadensfälle (5c) wie Routinedaten (QS/Abrechnung-5h) und eigens hierfür erhobene Kennzahlen (5i) für das Risiko-Assessment häufiger eingesetzt werden, werden Krankenaktenanalysen (5a), Patientenbefragungen (5g), direkte Beobachtung (5d), M & M-Konferenzen (5e) oder Risiko-Audits (5f) erst vergleichsweise selten systematisch genutzt. Risiko-Informationen werden nur von 10-20 % der Teilnehmer durch Nutzung einrichtungsübergreifender, internetbasierter CIR-Systeme (5l) gewonnen, zum Beispiel durch systematische Auswertung von Quick-Alerts oder regelmäßiges Berichts-Screening in Web-basierten Datenbanken. Hingegen geben 35% der Befragungsteilnehmer an, ein lokales CIRS systematisch, weitere 13%, ein solches unsystematisch in ihrer Klinik zu betreiben (5m). Eine vergleichende Betrachtung der Krankenhaussubgruppen weist einerseits wiederum auf eine Sonderstellung der Psychiatrie hin, wo bestimmte Instrumente der Risikoinformationserhebung deutlich seltener als in somatischen Kliniken angewendet oder in Betracht gezogen werden. Beispiele sind M & M-Konferenzen, CIRS, Hinweise der Haftpflichtversicherer (5k) oder die Analyse von Routinedaten. Weiterhin fällt auf, dass sich in der Bevorzugung von Methoden der Informationssammlung kaum Größenklasseneffekte zwischen den Allgemeinkrankenhäusern ausmachen lassen. Die Universitätskliniken nutzen Instrumente wie M & M-Konferenzen, CIRS oder Patientenbefragungen bereits häufiger als der Durchschnitt. Insgesamt ergibt sich ein Bild, nach dem trotz eines gewissen Präferenzmusters der gesamte Variantenreichtum von Methoden zur Erhebung von klinischen Risiken in die Praxis des kRM Eingang gefunden hat. Es bleibt weiteren Auswertungen vorbehalten, zu untersuchen, welche Kombinationen von Methoden typischerweise gewählt werden und welche davon eventuell mit Erfolgen des kRM oder der subjektiven Zufriedenheit der Befragten mit der kRM-Umsetzung zusammenhängen.

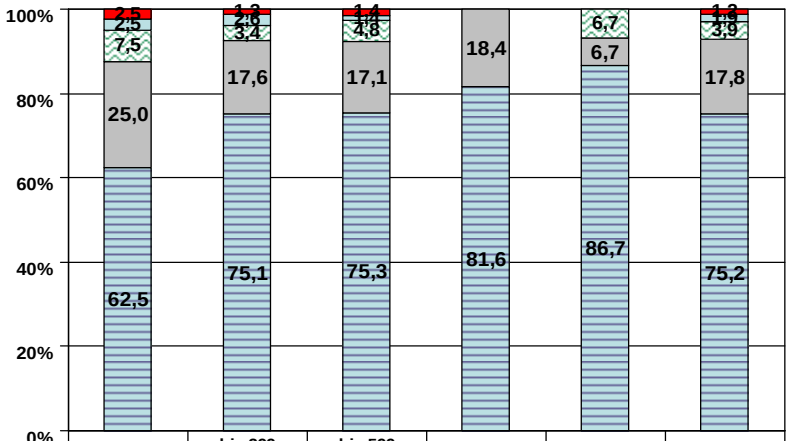
5 a. Informationen über Patienten gefährdende Risiken werden in Ihrer Klinik gewonnen durch:
Krankenaktenanalysen



© IfPS

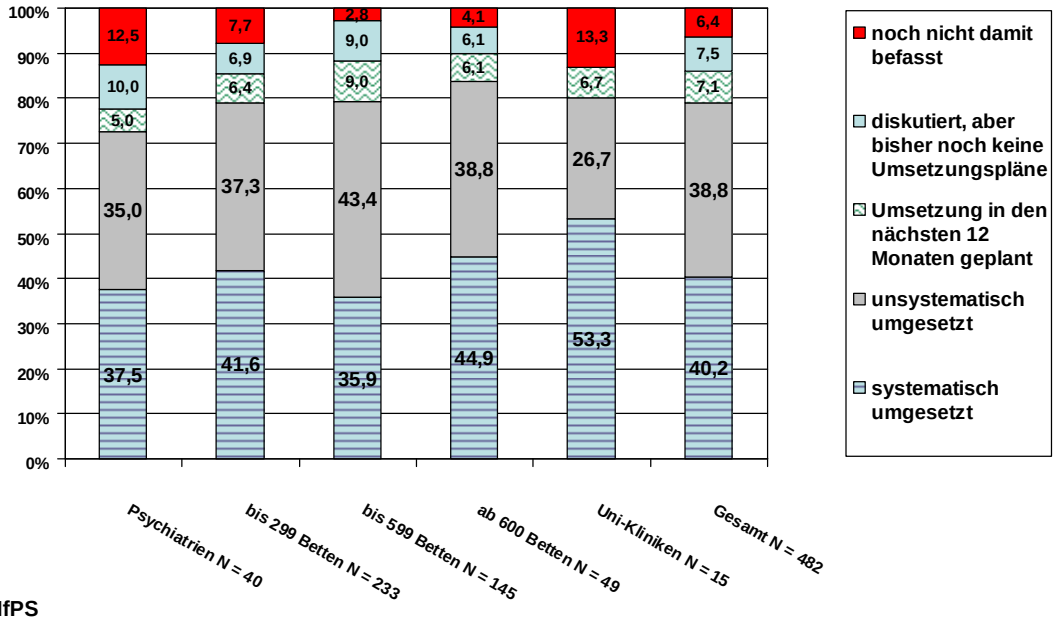
5 b. Informationen über Patienten gefährdende Risiken werden in Ihrer Klinik gewonnen durch:
Beschwerde-Management (Patienten und/oder Angehörige und/oder Zuweiser)

© IfPS



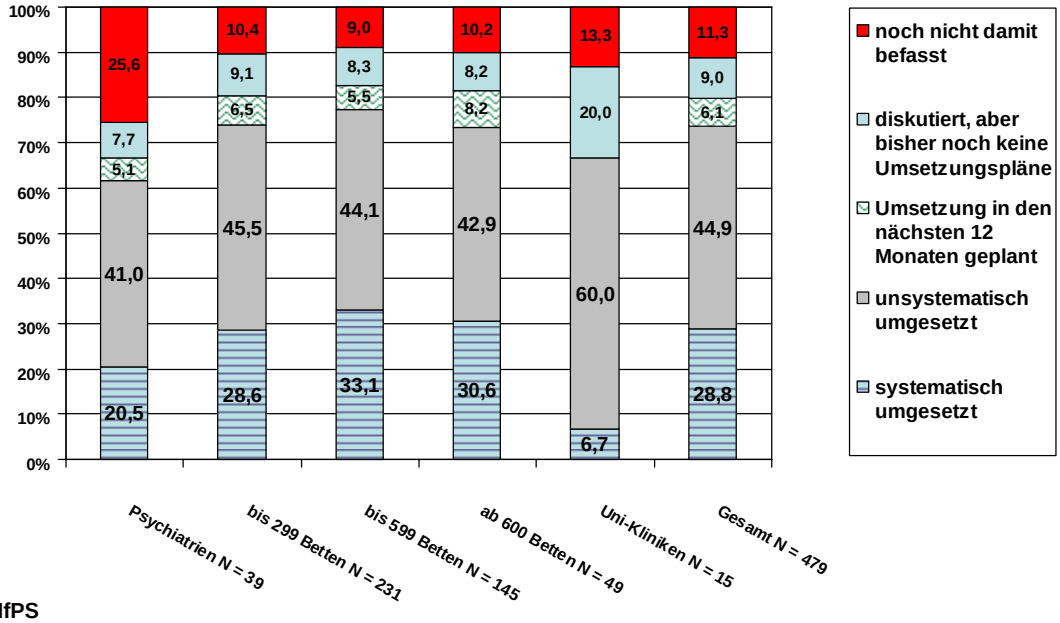
	Psychiatrien N = 40	bis 299 Betten N = 233	bis 599 Betten N = 146	ab 600 Betten N = 49	Uni-Kliniken N = 15	Gesamt N = 483
noch nicht damit befasst	2,5	1,3	1,4			1,2
diskutiert, aber bisher noch keine Umsetzungspläne	2,5	2,6	1,4			1,9
Umsetzung in den nächsten 12 Monaten geplant	7,5	3,4	4,8		6,7	3,9
unsystematisch umgesetzt	25,0	17,6	17,1	18,4	6,7	17,8
systematisch umgesetzt	62,5	75,1	75,3	81,6	86,7	75,2

5 c. Informationen über Patienten gefährdende Risiken werden in Ihrer Klinik gewonnen durch:
Auswertung von Patientenschadensfällen und/oder Anspruchserhebungen



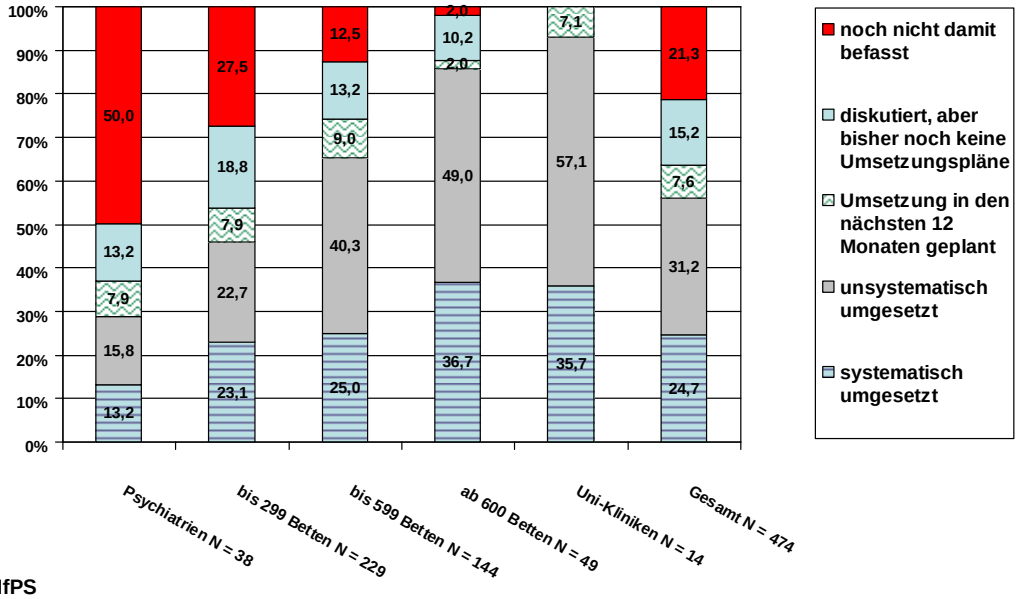
© IfPS

5 d. Informationen über Patienten gefährdende Risiken werden in Ihrer Klinik gewonnen durch:
Direkte Beobachtung klinischer Abläufe, direkte Datenerhebung (z.B. Beobachtung des Händedesinfektionsverhaltens oder stichprobenartige Erhebung der Fehler …)



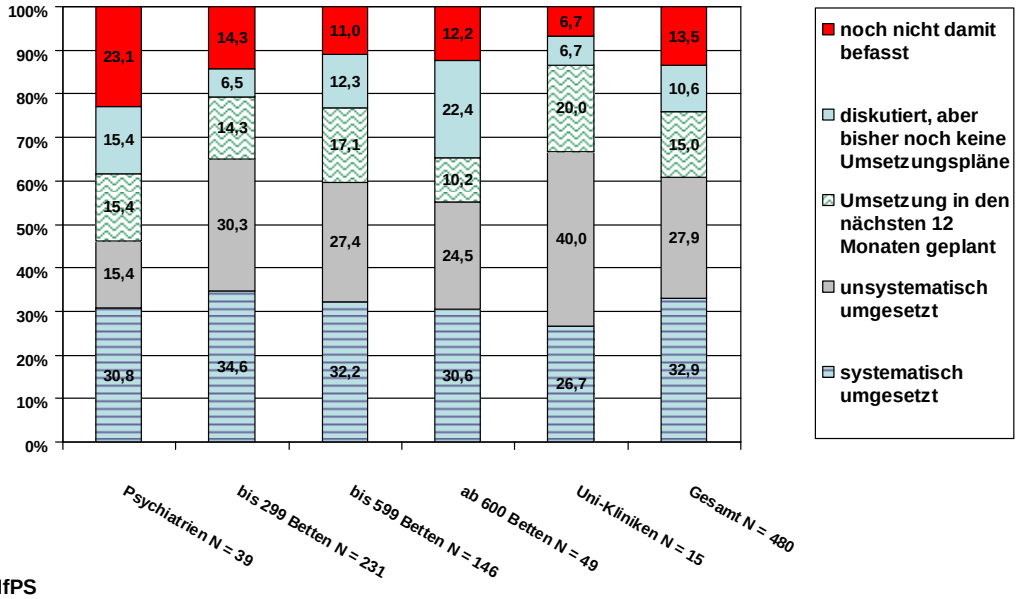
© IfPS

5 e. Informationen über Patienten gefährdende Risiken werden in Ihrer Klinik gewonnen durch:
Mortalitäts- und Morbiditätskonferenzen



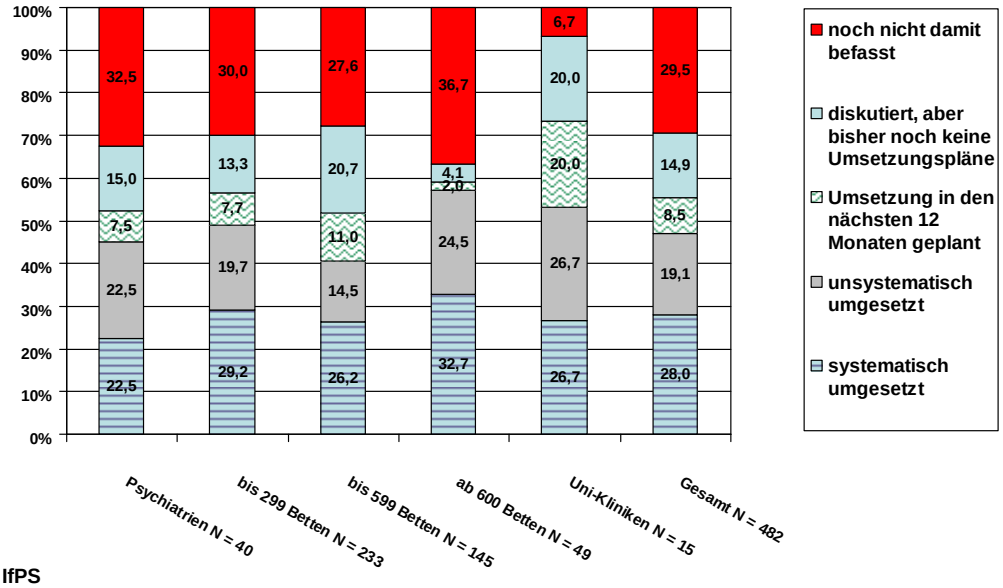
© IfPS

5 f. Informationen über Patienten gefährdende Risiken werden in Ihrer Klinik gewonnen durch:
Externe und interne Risiko-Audits (gezielte Risikoerhebung z.B. bei Begehungen oder Zertifizierungen)



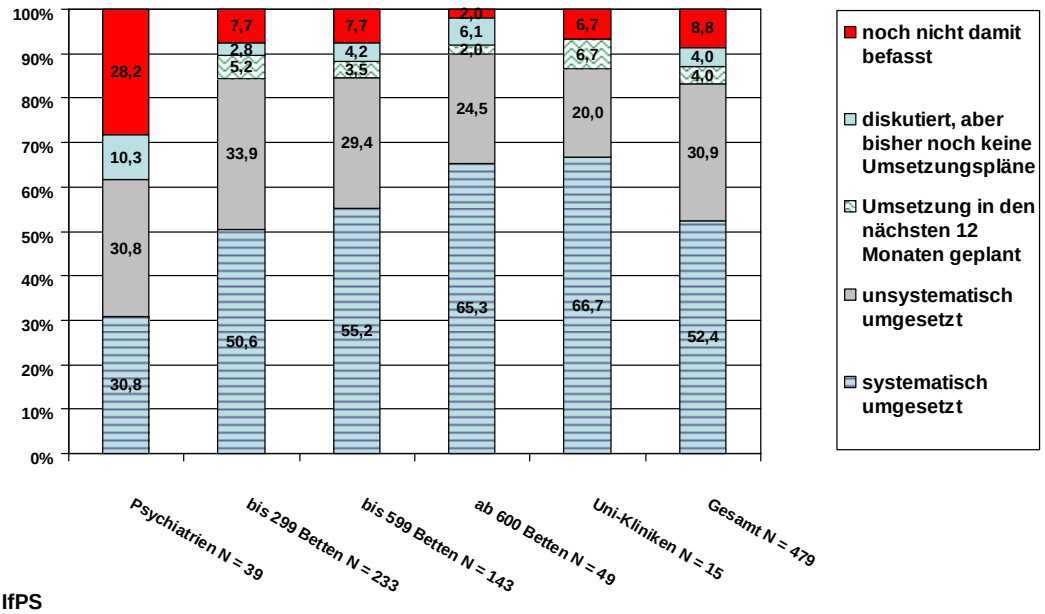
© IfPS

5 g. Informationen über Patienten gefährdende Risiken werden in Ihrer Klinik gewonnen durch:
Patientenbefragungen mit konkreten Fragen zur erlebten / erfahrenen Patientensicherheit



© IfPS

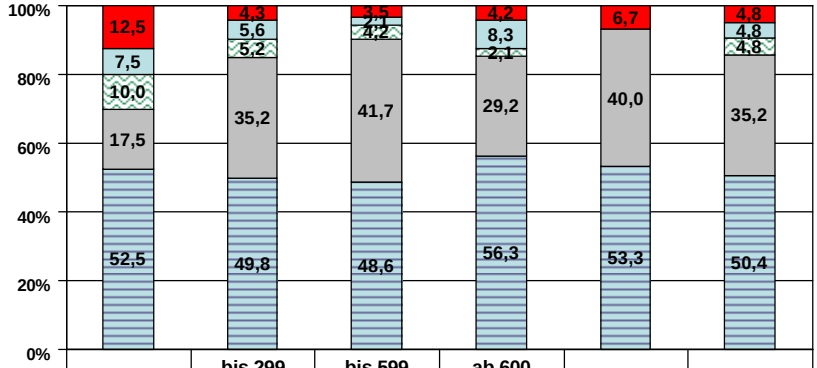
5 h. Informationen über Patienten gefährdende Risiken werden in Ihrer Klinik gewonnen durch:
Analyse von Daten zur Abrechnung oder zur externen QS



© IfPS

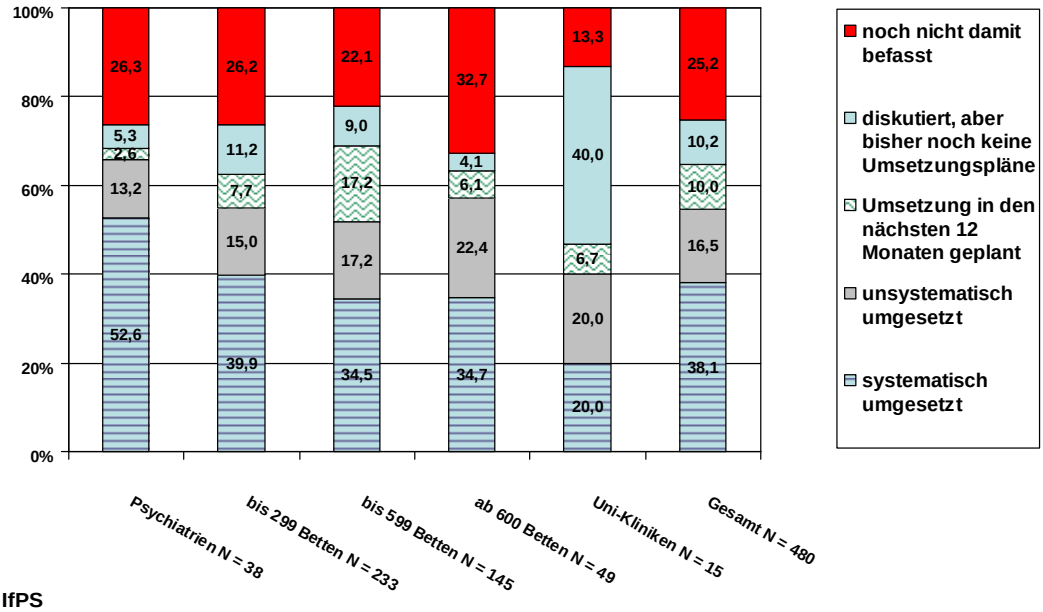
5 i. Informationen über Patienten gefährdende Risiken werden in Ihrer Klinik gewonnen durch:
Analyse eigener Kennzahlen (z.B. Sturzraten oder eigene Komplikationsstatistiken)

© IfPS



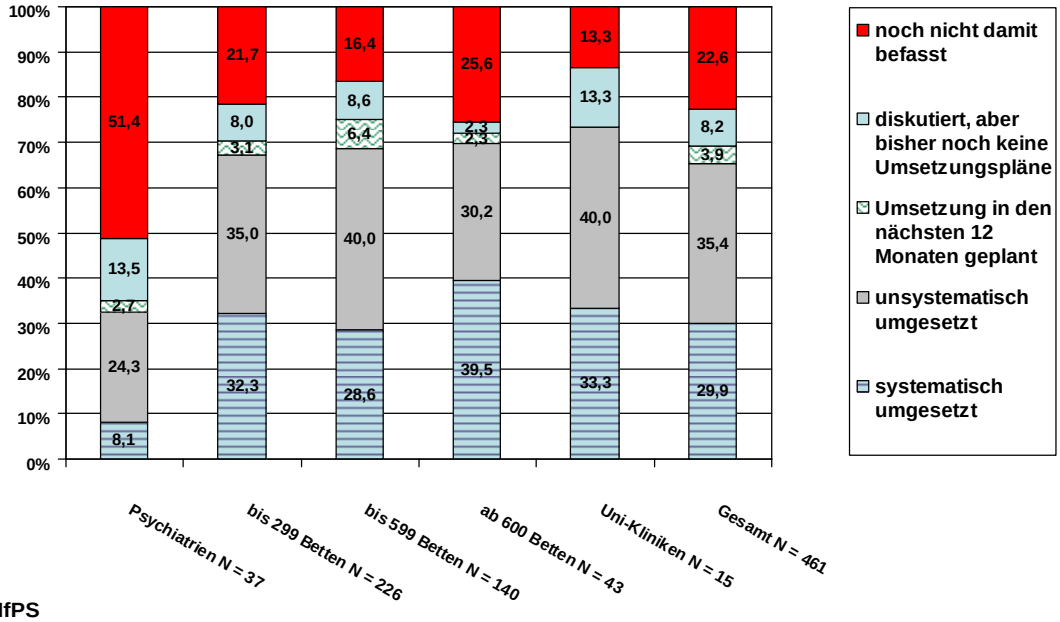
	Psychiatrien N = 40	bis 299 Betten N = 233	bis 599 Betten N = 144	ab 600 Betten N = 48	Uni-Kliniken N = 15	Gesamt N = 480
noch nicht damit befasst	12,5	4,3	3,5	4,2	6,7	4,8
diskutiert, aber bisher noch keine Umsetzungspläne	7,5	5,6	2,1	8,3		4,8
Umsetzung in den nächsten 12 Monaten geplant	10,0	5,2	4,2	2,1		4,8
unsystematisch umgesetzt	17,5	35,2	41,7	29,2	40,0	35,2
systematisch umgesetzt	52,5	49,8	48,6	56,3	53,3	50,4

5 j. Informationen über Patienten gefährdende Risiken werden in Ihrer Klinik gewonnen durch:
(schriftliche) Mitarbeiterbefragungen



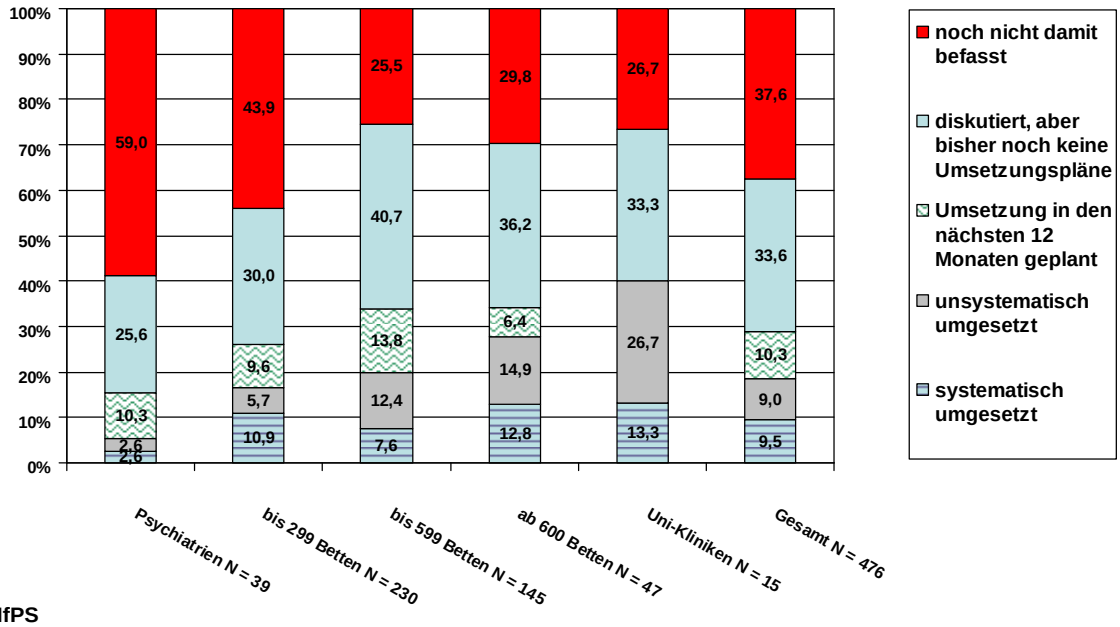
© IfPS

5 k. Informationen über Patienten gefährdende Risiken werden in Ihrer Klinik gewonnen durch:
Hinweise der Haftpflichtversicherer oder deren Vermittler



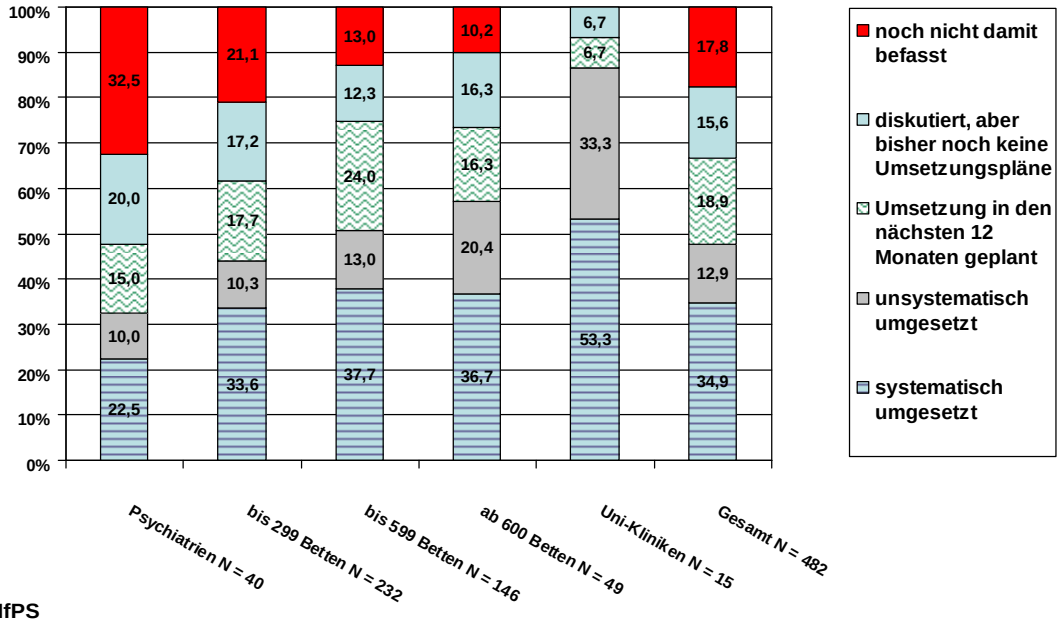
© IfPS

5 l. Informationen über Patienten gefährdende Risiken werden in Ihrer Klinik gewonnen durch:
Beteiligung an internet-basiertem CIRS (Critical Incident Reporting System) von Fachgesellschaften, Berufsverbänden wie PASOS, CIRS-Medical u.a.



© IfPS

5 m. Informationen über Patienten gefährdende Risiken werden in Ihrer Klinik gewonnen durch:
Lokales CIRS



© IfPS

3.5.1 Fragen zum CIRS

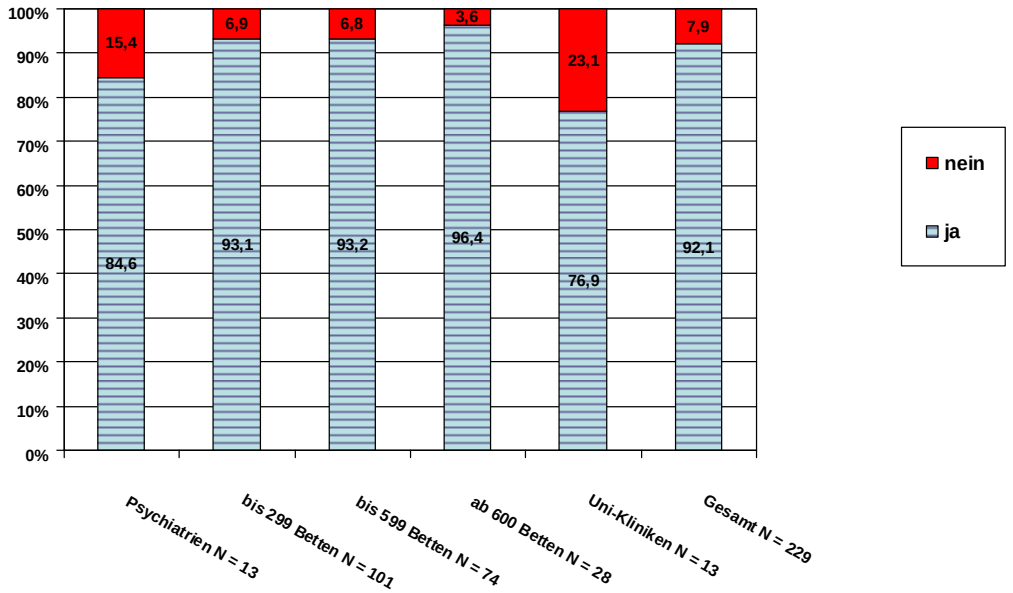
Gefiltert nach den Antworten auf Frage 5m, wer bereits mehr oder weniger systematisch ein lokales CIRS als Methode zur Risikoinformationssammlung nutzt, konnten für 229 Kliniken und damit fast die Hälfte der Studienteilnehmer Details zum CIRS-Einsatz erfragt werden. Durch diese Verringerung der Datenbasis müssen aber die in den Diagrammen dargestellten Kliniktypvergleiche mit noch mehr Vorsicht interpretiert werden. Es deuten sich nachvollziehbare Größenklasseneffekte einerseits in Hinsicht auf die Zahl der im Vorjahr der Befragung eingegangenen Berichte an (5.1o), die mit der Größe der Kliniken zunimmt. Weiterhin steigt mit der Klinikgröße auch das Ausmaß, in dem für CIRS Einführungen und Schulungen stattfinden (5.1f). Interessant ist die mit der Klinikgröße abnehmende Möglichkeit für den Berichterstatter, sich für gezielte Nachfragen des Analyseteams identifizierbar zu machen und damit vertraulich statt streng anonym zu berichten (5.1d). Ebenso wird eine leichte Tendenz erkennbar, dass im lokalen CIRS kleinerer Kliniken auch eher Ereignisse mit Schadensfolge berichtet werden können (5.1b).

Klar sichtbar wird bei diversen Merkmalen die spezifische Situation in den 13 Universitätsklinika, die mit 3,8 Jahren im Durchschnitt bereits fast doppelt so lange Erfahrungen mit einem lokalen CIRS haben wie die Gesamtgruppe mit im Mittel 2,2 Jahren (5.1m). In Universitätskliniken werden auch zusammenhängend mit den Mitarbeiterzahlen deutlich mehr Berichte generiert, aber mit nur einer Ausnahme ausschließlich zu Beinaheschäden („near misses"). Schadensfälle (mit potentiell drohender Anspruchserhebung) laufen hier ggf. in einen anderen Melde- und Bearbeitungsweg in die Verwaltungen bzw. Rechtsabteilungen hinein.

Insgesamt lässt sich feststellen, dass CIRS mit durchschnittlich 2,2 Erfahrungsjahren ein vergleichsweise „neues" Instrument im Klinischen Risiko-Management der deutschen Krankenhäuser ist. Da insbesondere in großen Kliniken eine schrittweise, abteilungs- oder klinikweise Einführung von CIRS stattfindet, und die Beteiligungsbereitschaft auch innerhalb von Krankenhäusern in Abhängigkeit von der Sicherheitskultur in den Untergliederungen stark variieren kann, liegt der berichtete Durchdringungsgrad von CIRS bei 35,5% „aktiven" Einheiten im Mittel (5.1p).

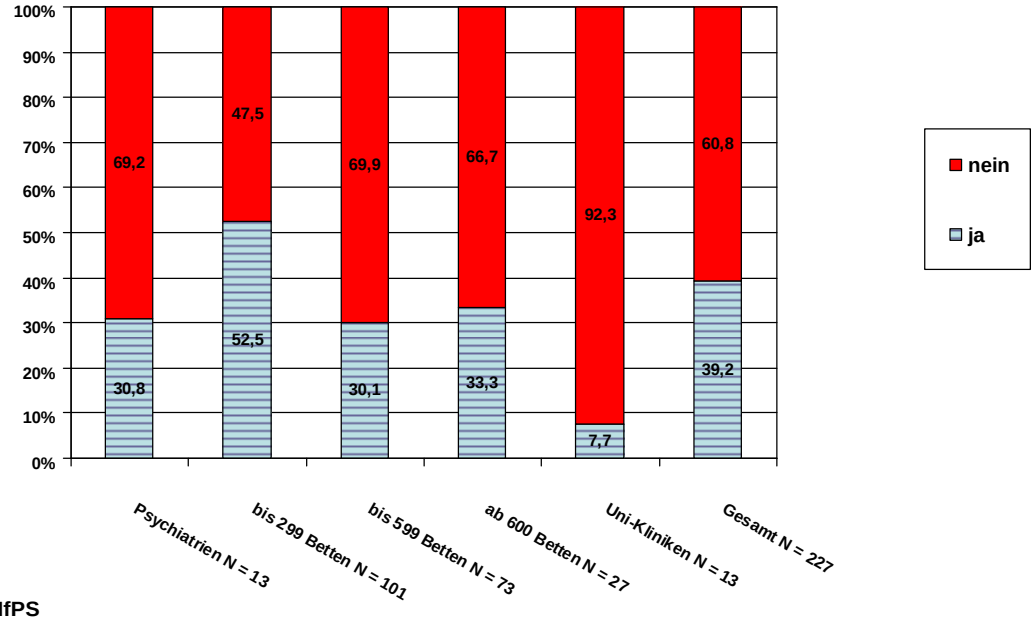
Weitere Fragen mit Bezug zu CIRS sind im eingesetzten Fragebogen Nummer 8a, 9a und 10.1a, die in den jeweiligen Abschnitten besprochen werden.

5.1 a Es existiert eine Definition von zu meldenden kritischen Ereignissen ("Was soll berichtet werden?")



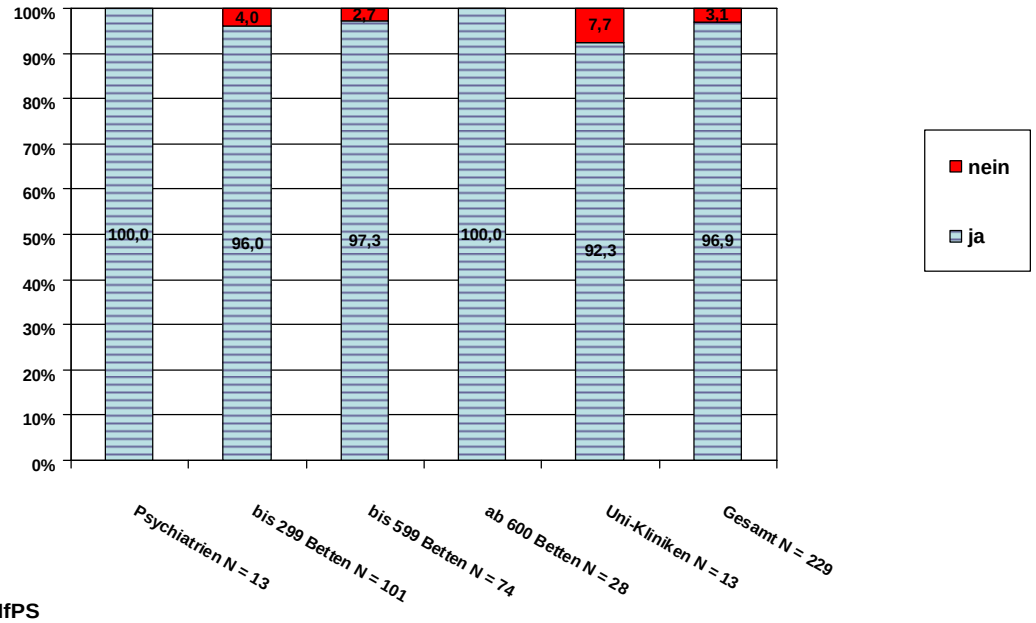
© IfPS

5.1 b Auch Schadensfälle werden ins Meldesystem einbezogen...



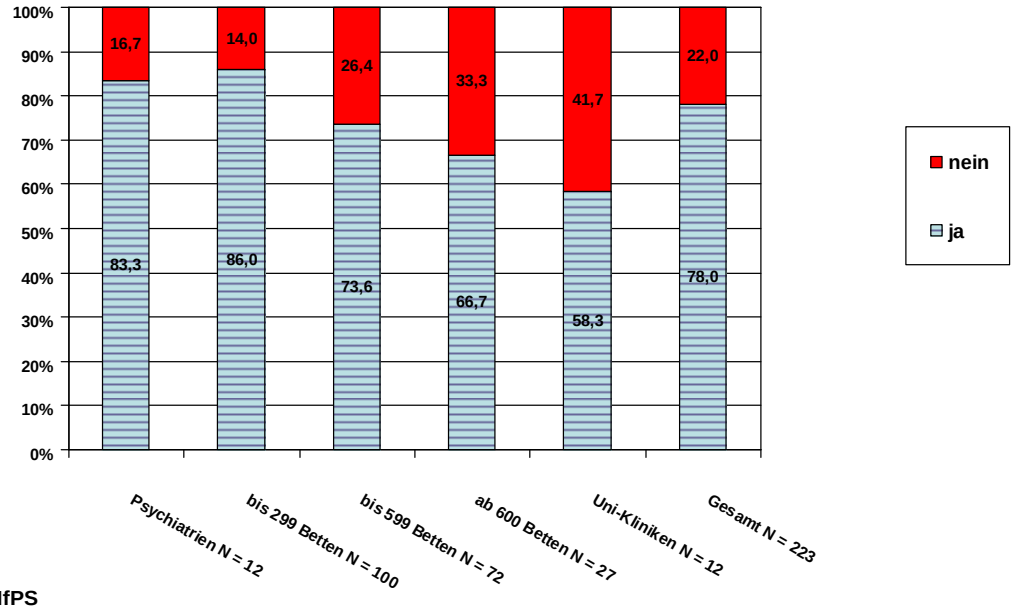
© IfPS

5.1 c Das Berichtssystem erlaubt anonyme Meldungen ...



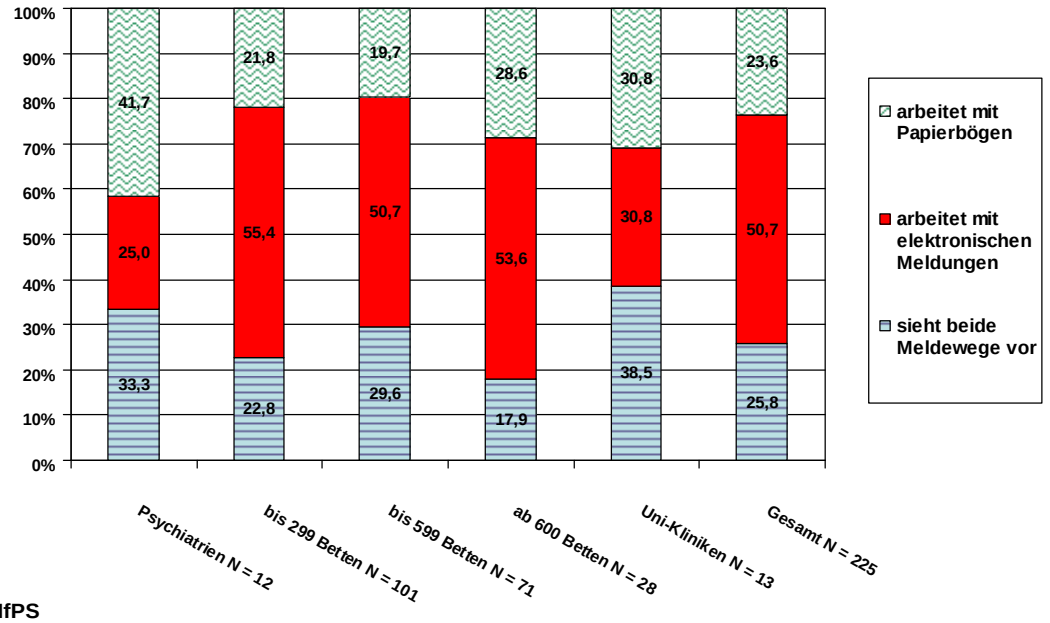
© IfPS

5.1 d Das Berichtssystem erlaubt dem Berichterstatter, sich zu identifizieren, um Nachfragen zu ermöglichen ...



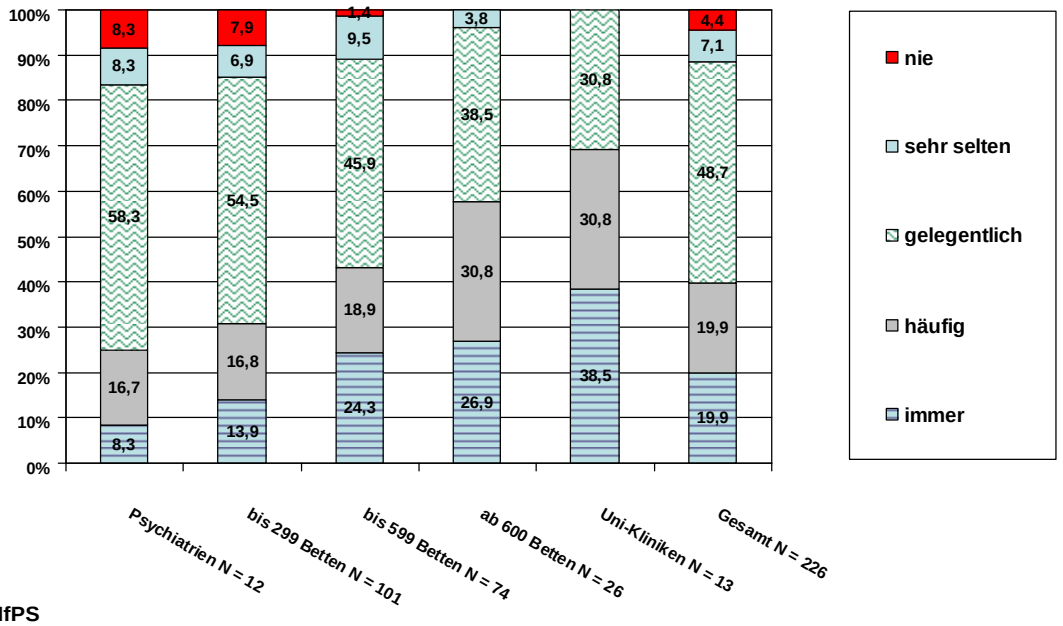
© IfPS

5.1 e Das Meldesystem ....



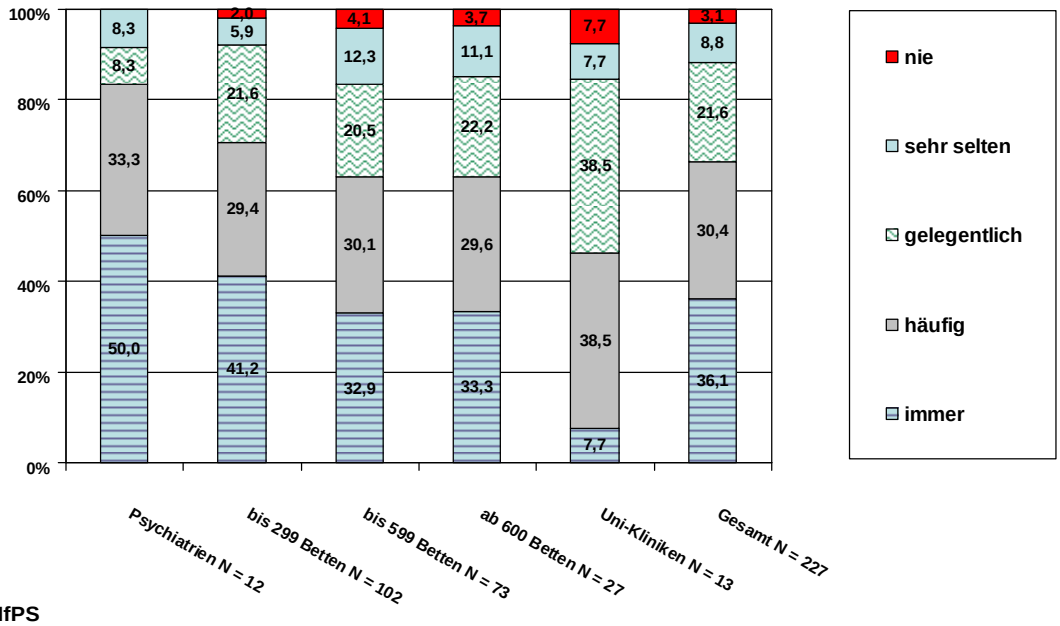
© IfPS

5.1 f Einführungen / Schulungen zum CIRS finden statt...



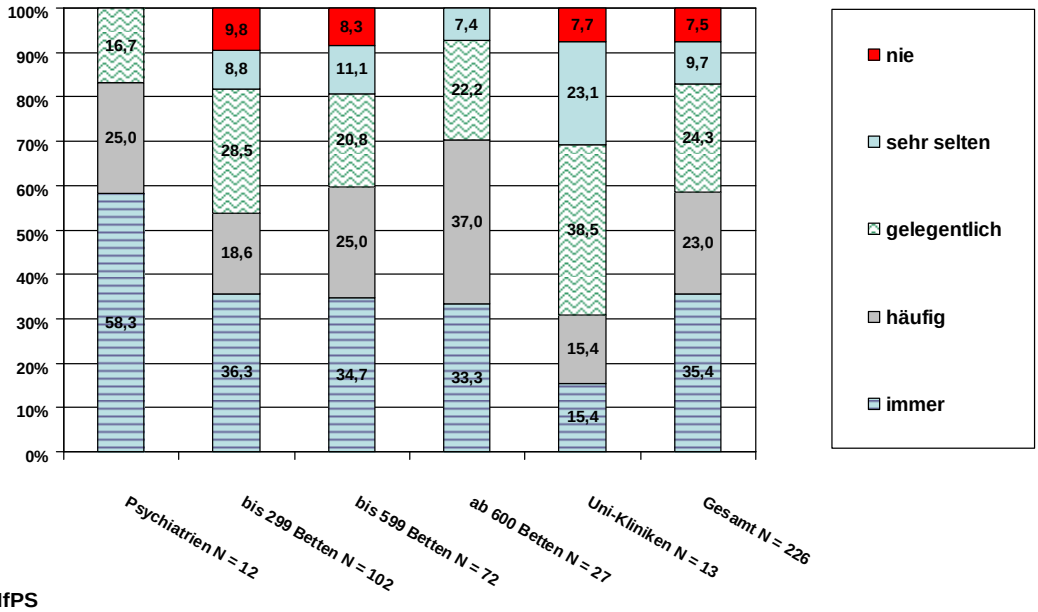
© IfPS

5.1 g Meldende erhalten ein zeitnahes (innerhalb 14 Tage) Feed-back zu ihrem Bericht (direkt, falls Meldender bekannt, oder bei Anonymität der Meldenden indirekt z.B. durch Veröffentlichung eines Fallkommentars



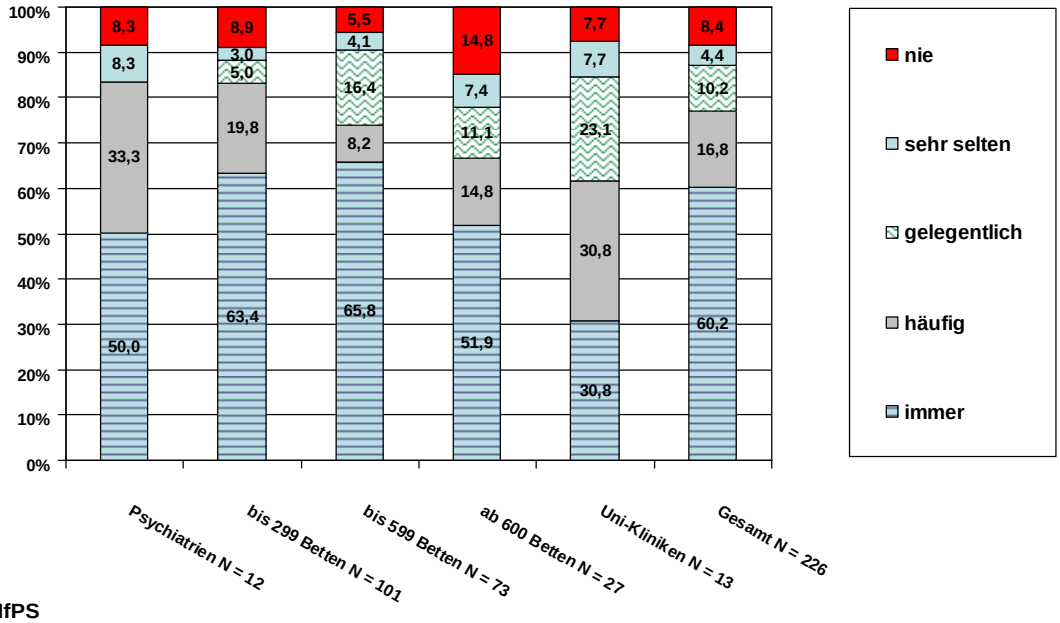
© IfPS

5.1 h Berichte / Ereignisse werden allen Mitarbeitern kommuniziert …



© IfPS

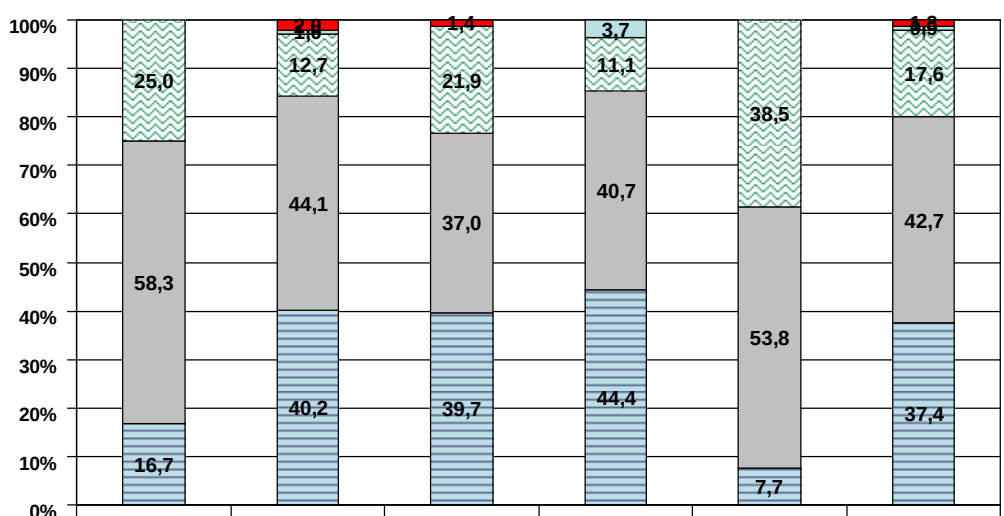
5.1 i CIRS-Berichte werden nach einem festgelegten Schema analysiert...



© IfPS

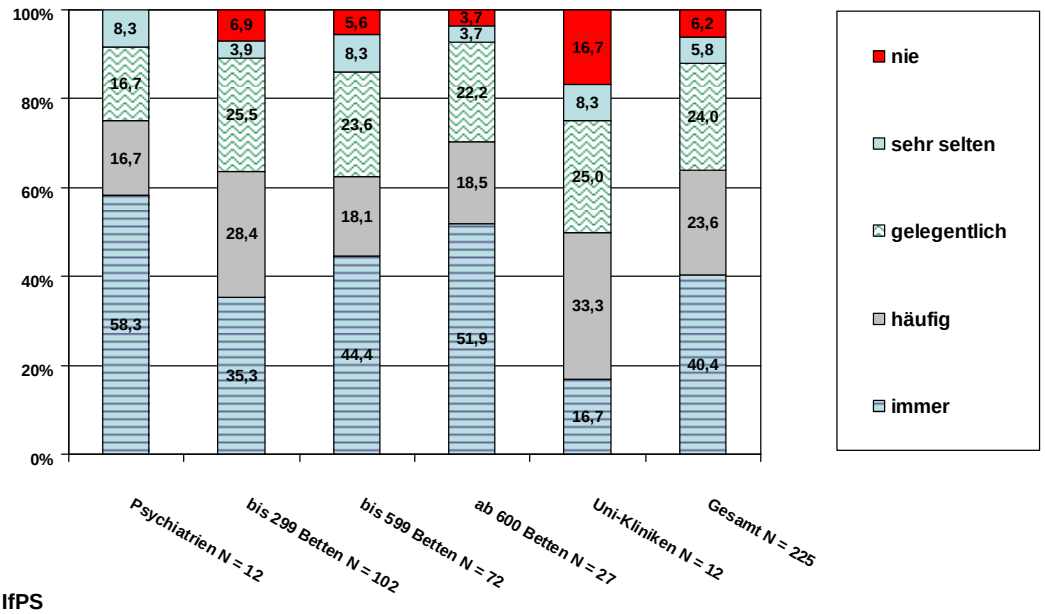
5.1 j Aus den Erkenntnissen der CIRS-Analysen werden Maßnahmen abgeleitet...

© IfPS



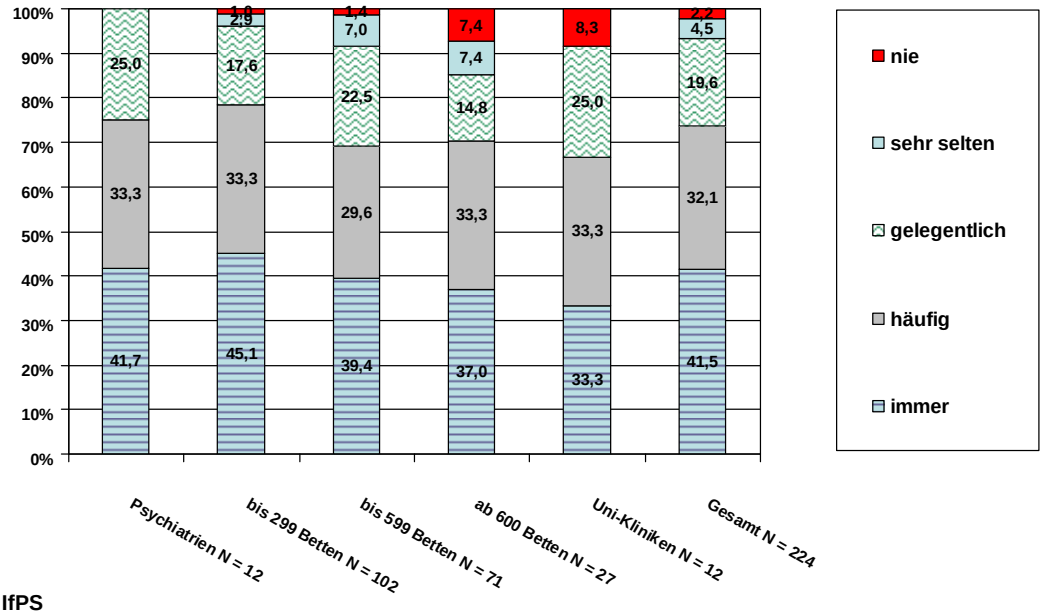
	Psychiatrien N = 12	bis 299 Betten N = 102	bis 599 Betten N = 73	ab 600 Betten N = 27	Uni-Kliniken N = 13	Gesamt N = 227
nie		2,0	1,4			1,3
sehr selten		1,0		3,7		0,9
gelegentlich	25,0	12,7	21,9	11,1	38,5	17,6
häufig	58,3	44,1	37,0	40,7	53,8	42,7
immer	16,7	40,2	39,7	44,4	7,7	37,4

5.1 k Diese Maßnahmen werden allen Mitarbeitern kommuniziert (z.B. per Intranet, Newsletter o.ä.)...



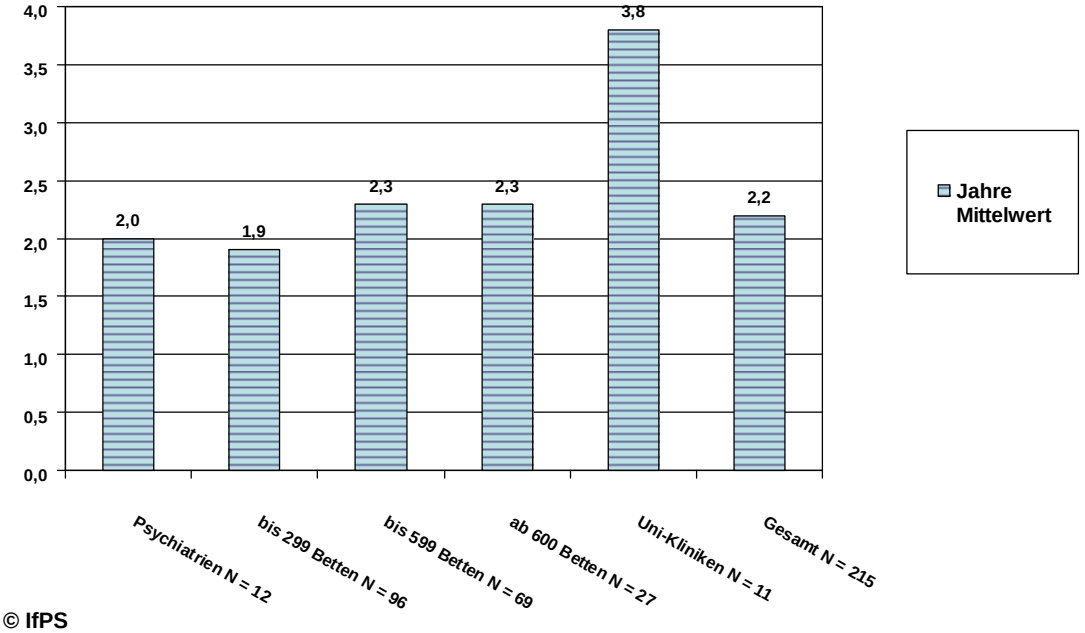
© IfPS

5.1 l Die Umsetzung dieser Maßnahmen wird überprüft...



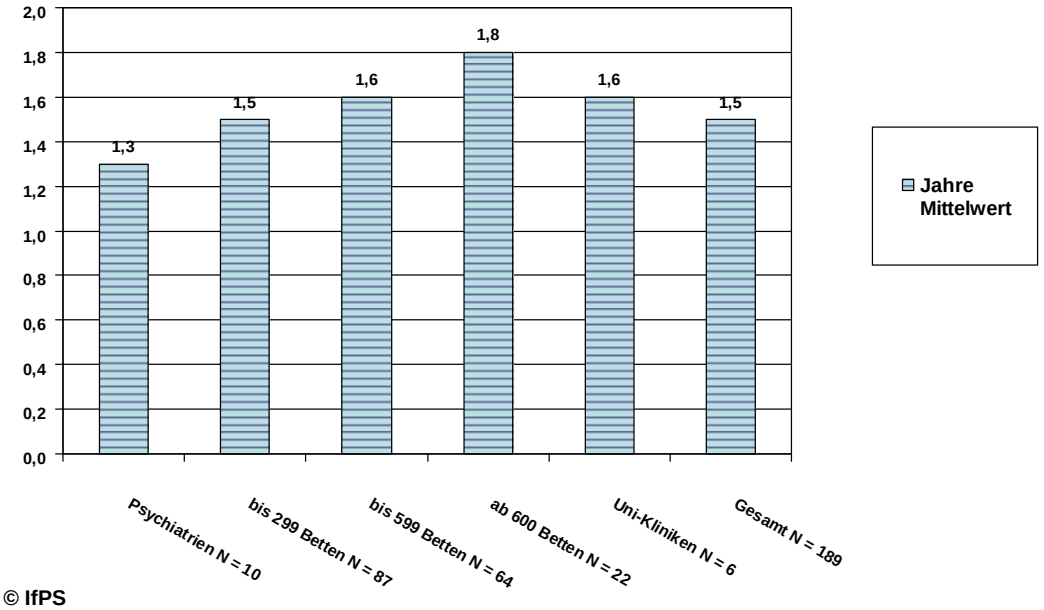
© IfPS

5.1 m Wie lange existiert schon ein CIRS in Ihrem Krankenhaus?



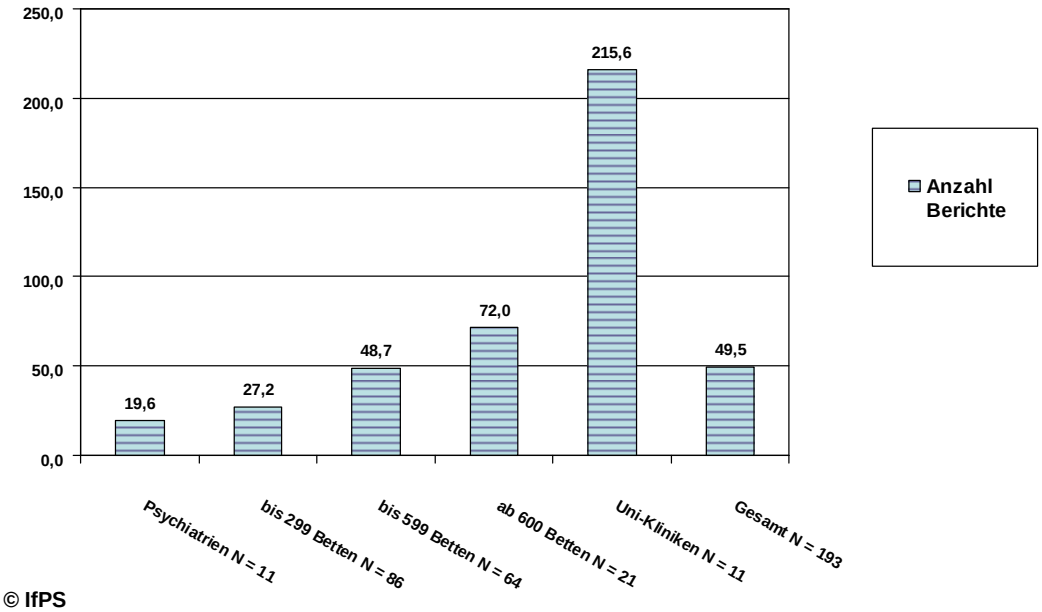
© IfPS

5.1 n Seit wann gibt es eine krankenhausweite systematische Umsetzung in allen Kliniken / Abteilungen?



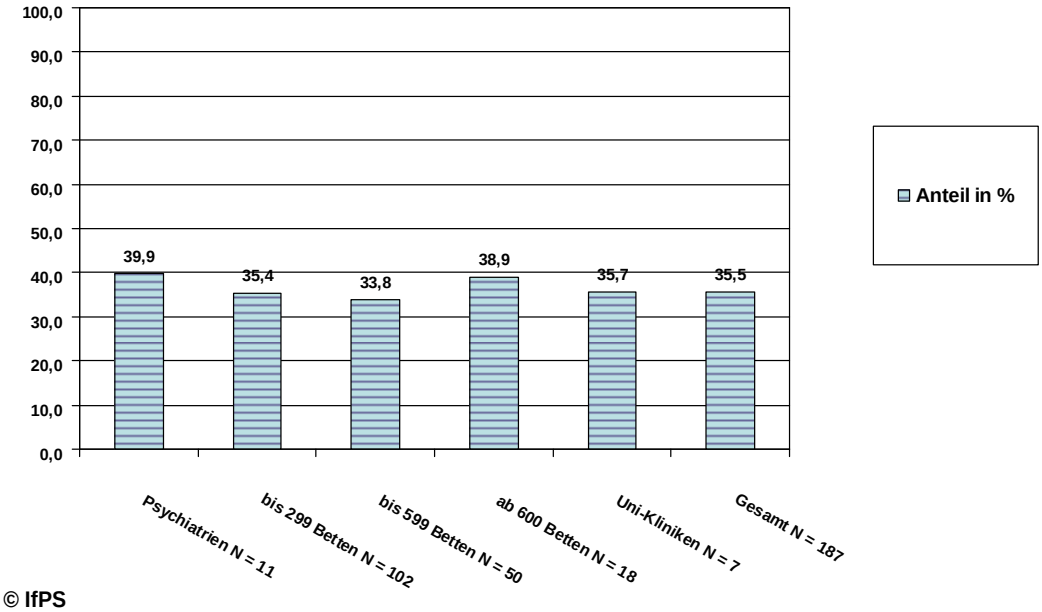
© IfPS

5.1 o Wieviel CIRS-Berichte gingen durch die Mitarbeiter in Ihrem Krankenhaus im letzten Jahr ein?



© IfPS

5.1 p Wieviel Prozent der Abteilungen / Kliniken / Funktionsbereiche in Ihrem Krankenhaus beteiligen sich aktiv am CIRS?



© IfPS

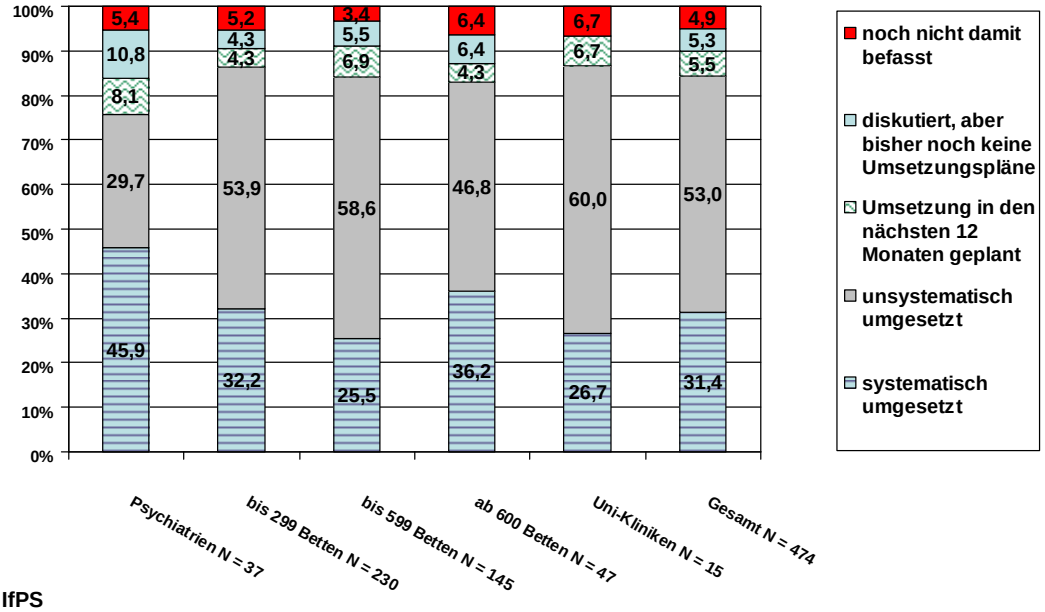
3.6 Risikoanalyse

Ein nicht minder bedeutsamer Teilprozess im klinischen Risiko-Management-Zyklus ist neben der Erhebung relevanter Risikoinformationen auch deren Analyse. Die Antworten auf die drei Fragen dieses Abschnittes lassen teilweise noch Systematisierungsbedarf erkennen, obschon zumindest in nicht standardisierter Weise die Risikohinweise in klinikinternen Besprechungen thematisiert und analysiert werden (6a). Der Einsatz von Standardinstrumenten z.B. zur Zwischenfallanalyse (6b) scheint überwiegend noch weniger vertraut, auch wenn insbesondere größere Kliniken damit Erfahrungen zu sammeln beginnen.

Hinweise für das Vorhandensein eines aktiven Entwicklungsprozesses und wachsenden Bewusstseins für die Erfordernisse des klinischen Risiko-Managements in den Krankenhäusern können auch darin gesehen werden, dass vielerorts aktuelle Überlegungen angestellt werden, wie bei aufgesplitteten Zuständigkeiten eine Bündelung und Vernetzung der Aktivitäten zur Verbesserung der Patientensicherheit im Krankenhaus stattfinden kann (6c).

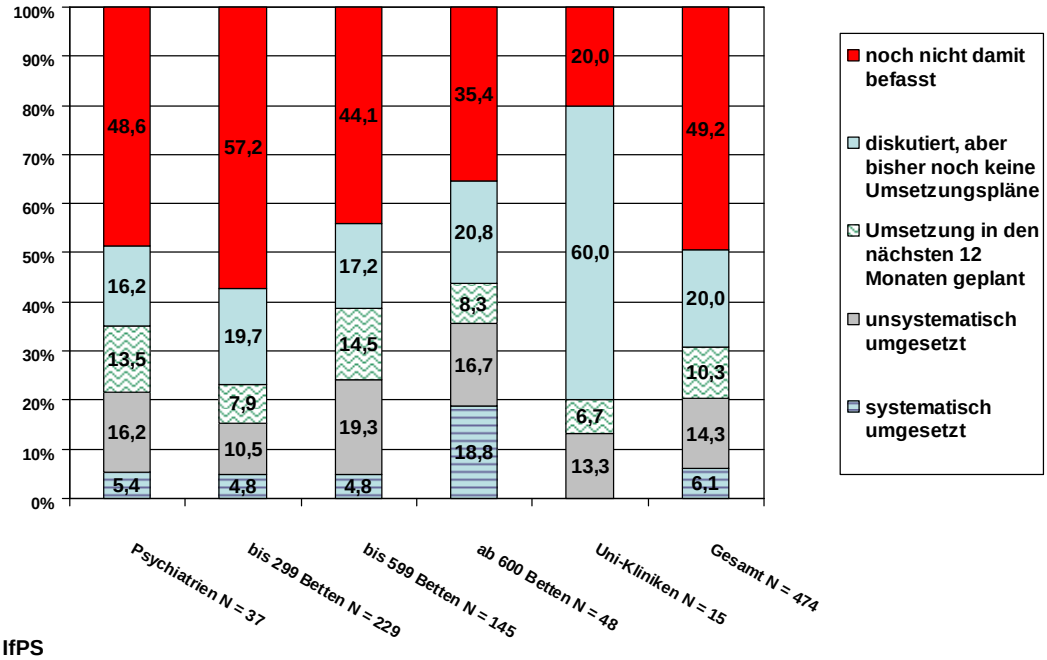
Deutlich weniger als die Hälfte der Teilnehmer gibt an, dass die Ergebnisse der Risikoanalysen aus Teilbereichen (z.B. Infektionsschutz, Sturz- und Dekubitus-Management, Arzneitherapiesicherheit, OP-Komplikationen) bereits systematisch an einer Stelle zusammengeführt und somit etwa für die ärztliche und/oder kaufmännische Leitungsebene im Überblick verfügbar werden.

6 a. Risikoanalyse durch :
Einsatz nicht standardisierter Verfahren (z.B. Thematisierung in Abteilungs- oder Klinikbesprechungen)



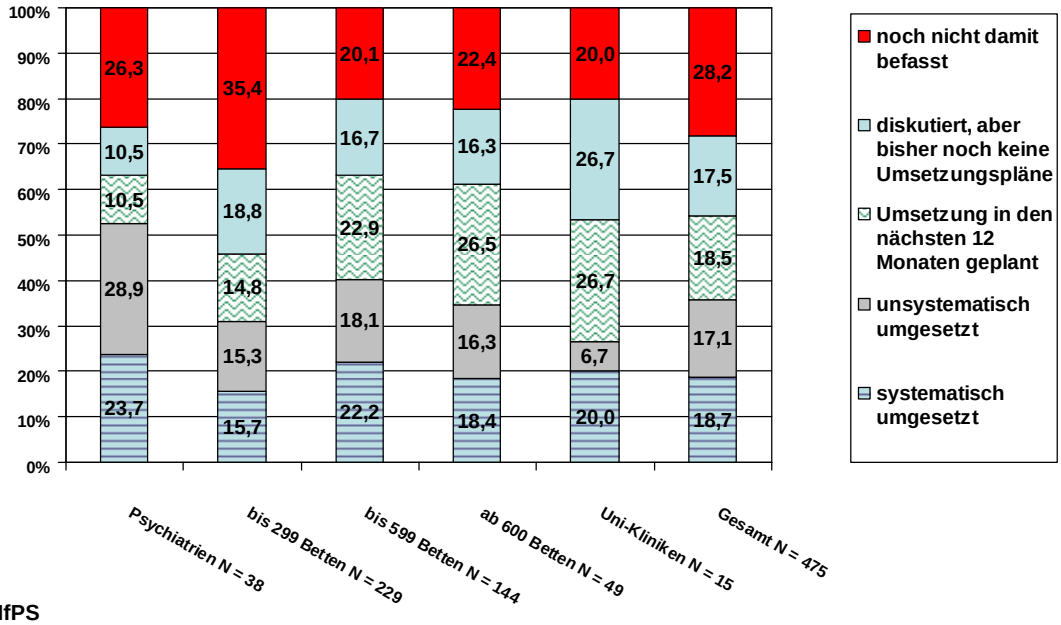
© IfPS

6 b. Risikoanalyse durch :
Einsatz standardisierter Verfahren (z.B. Root Cause Analyse, Mensch-Technik-Organisations-Analyse, Fehlerbaum-Analyse, Warum-Warum-Fragemethode usw.)



© IfPS

6 c. Die auf den verschieden Risiko-Informationsquellen beruhenden Analyseergebnisse werden für das Krankenhaus an einer Stelle für eine Gesamtanalyse der klinischen Risiken zusammen geführt.



© IfPS

3.7 Konkrete Maßnahmen/Programme zur Beeinflussung klinischer Risiken

Die im kRM-Zyklus auf die Risiko-Informationserhebung und -analyse folgende Umsetzung von Maßnahmen wurde im Fragebogen in einer Auswahl (7a-n) exemplarisch zur Konkretisierung des Status-Quo abgefragt. Die Liste erhebt nicht den Anspruch, die Vielfalt denkbarer kRM-Maßnahmen und Programme vollständig abzubilden. Sie erfasst aber in der Abfrage wenigstens für die somatischen Kliniken kRM-Aktivitäten und Instrumente, wie sie sich in der internationalen Patientensicherheitsdiskussion gehäuft auf Listen empfehlenswerter Praktiken von Patientensicherheits- oder Qualitätsprüfungsorganisationen (z.B. Liste des National Quality Forums (NQF) [19]) finden.

Damit ist angesprochen, dass die im Folgenden dargestellten Ergebnisdiagramme wie schon im Abschnitt „Risikoinformationssammlung" das spezifische Risikoprofil der psychiatrischen Kliniken erkennbar werden lassen. Während auf das Thema Infektionsschutz (7c-e) oder OP-Management (z.B. Checklisten (7i), Simulationstraining (7m)) bezogene Maßnahmen kaum eine oder eine deutliche geringere Rolle als in den somatischen Kliniken spielen, sind auf die Arzneitherapie bezogene Sicherheitsmaßnahmen (7a-b) dort in vergleichbarer Ausprägung genannt worden.

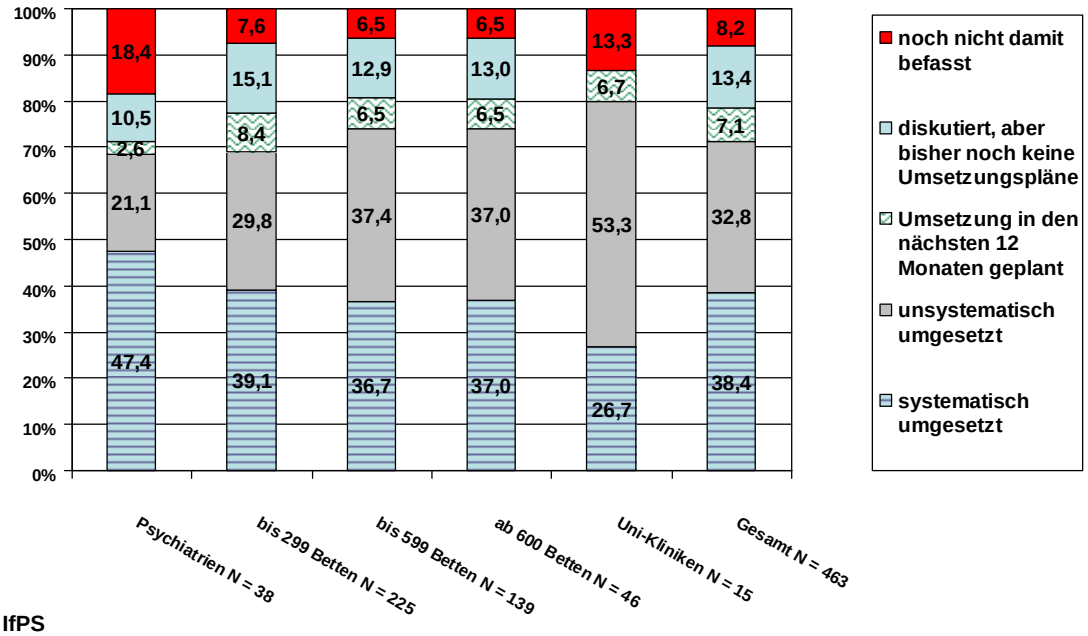
Insgesamt zeigen sich beim Vergleich unterschiedlich großer Häuser kaum nennenswerte Unterschiede bei den umgesetzten Sicherheitsmaßnahmen. Tendenziell werden elektronische Verordnungsunterstützungssysteme (7b) etwas häufiger und systematischer in größeren Häusern umgesetzt. Schließlich sind Trainingsmaßnahmen an Simulatoren (7m) insgesamt noch selten genutzt. Häufiger sind sie in größeren Häusern und insbesondere in Universitätskliniken. Letzteres hat sicher auch damit zu tun, dass die deutschen Simulationszentren zumeist eine Ein- oder Anbindung an die hier als Innovatoren funktionierenden Universitätskliniken haben und somit dort auch eher für das eigene Personal verfügbar sind.

Betrachtet man das Gesamtbild der umgesetzten Sicherheitsaktivitäten, so gehören Maßnahmen zur Erhöhung der Arzneitherapiesicherheit (7a-b), zur Sturz- und Dekubitusprophylaxe (7l,g), zu Hygiene- und Infektionsschutz (7c-e), zur sicheren Patientenidentifikation (7h) und zum OP-Management mit Checklisten (7i) wie auch das Entlassungsmanagement (7k) bereits zu den etablierteren, wenngleich nicht flächendeckend systematisch umgesetzten

Prozessen. Noch selten werden Trainings an Patientensimulatoren (7m) und Schulungen zur Patientenaufklärung vor Eingriffen (7n) als Instrumente zur Erhöhung der Sicherheit eingesetzt.

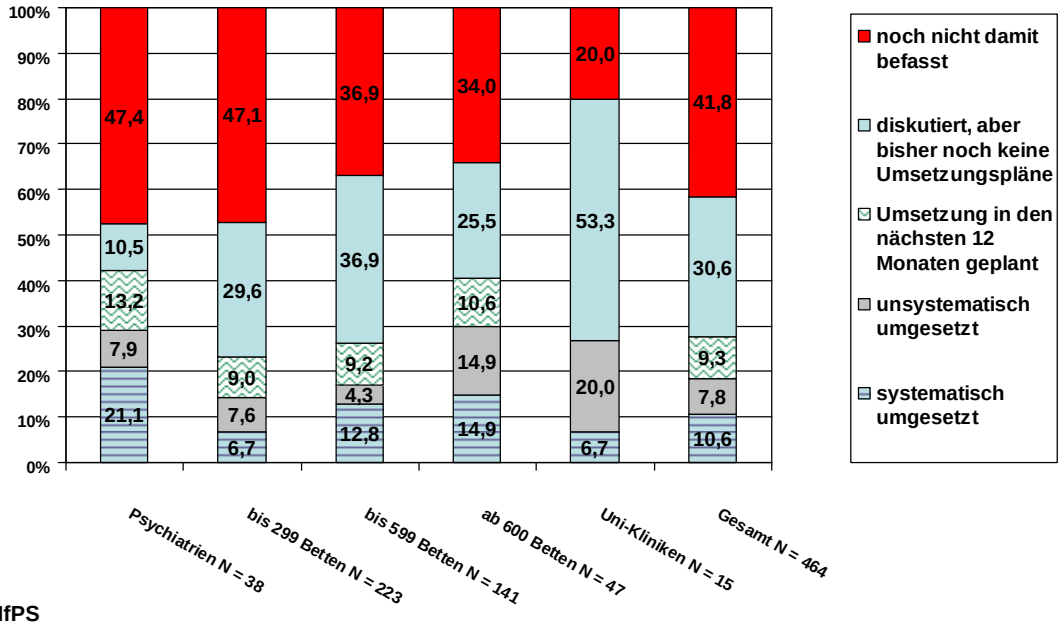
Schließlich zeigen die in einer Tabelle abschießend dargestellten Ergebnisse, dass die der Patientensicherheit dienenden Maßnahmen in der Minderheit (Spektrum zwischen 22,7 % und 56,6 %) aus systematischer Ableitung im Sinne des kRM-Zyklus ergriffen werden, sondern überwiegend aus anderen Gründen ein- und durchgeführt werden.

7 a. Konkrete Maßnahmen / Programme zur Beeinflussung klinischer Risiken: Arzneitherapie: Verhütung von Anwendungsfehlern (z.B. Vier-Augenprinzip beim Stellen der Medikamente, Vereinheitlichung von Perfusoren)



© IfPS

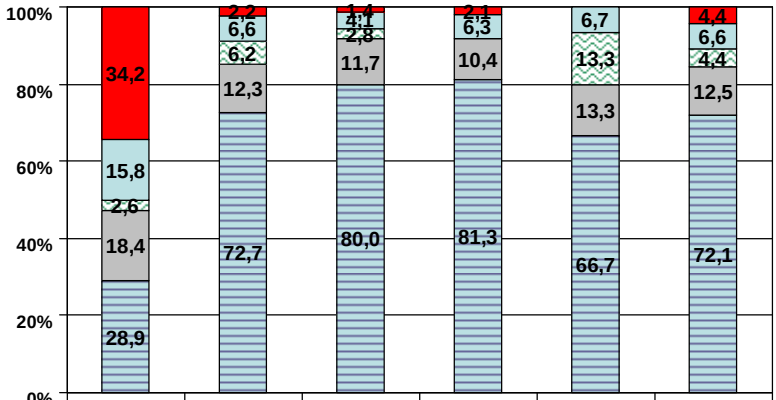
7 b. Konkrete Maßnahmen / Programme zur Beeinflussung klinischer Risiken: Arzneitherapie: Einsatz von elektronischer Verordnungsunterstützung



© IfPS

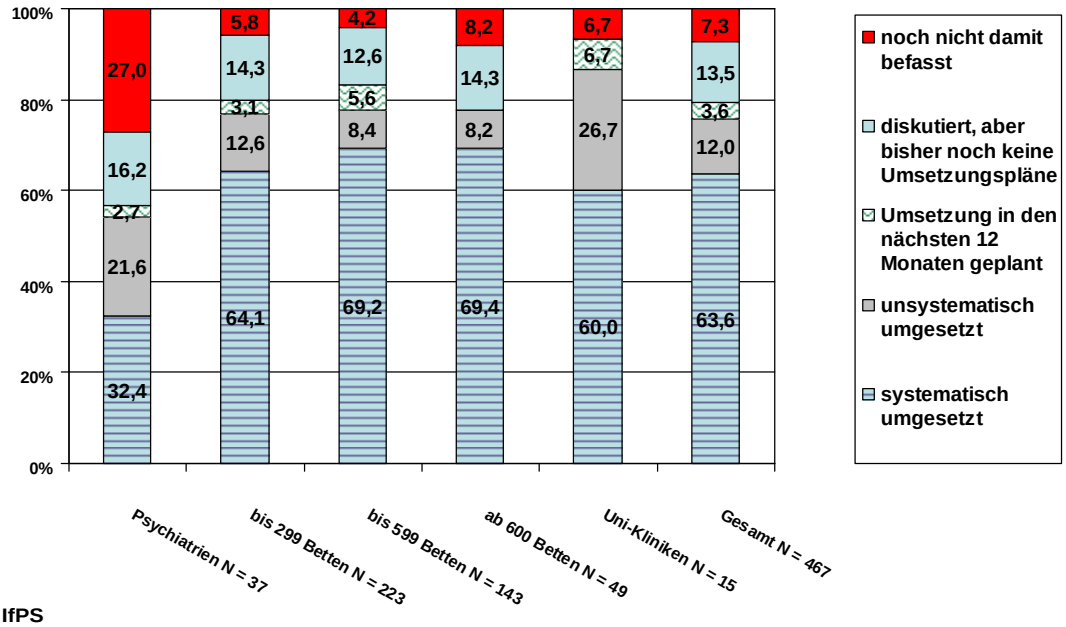
7 c. Konkrete Maßnahmen / Programme zur Beeinflussung klinischer Risiken: Hygiene: systematisches MRSA-Screening von Risikopatienten

© IfPS



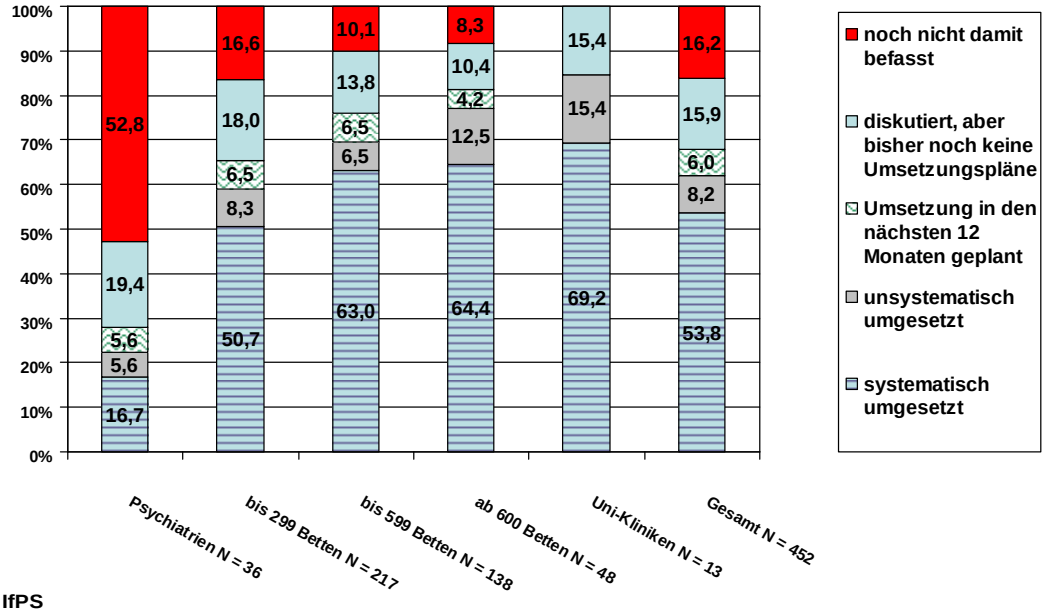
	Psychiatrien N = 38	bis 299 Betten N = 227	bis 599 Betten N = 145	ab 600 Betten N = 48	Uni-Kliniken N = 15	Gesamt N = 473
noch nicht damit befasst	34,2	2,2	1,4	2,1		4,4
diskutiert, aber bisher noch keine Umsetzungspläne	15,8	6,6	4,1	6,3	6,7	6,6
Umsetzung in den nächsten 12 Monaten geplant	2,6	6,2	2,8		13,3	4,4
unsystematisch umgesetzt	18,4	12,3	11,7	10,4	13,3	12,5
systematisch umgesetzt	28,9	72,7	80,0	81,3	66,7	72,1

7 d. Konkrete Maßnahmen / Programme zur Beeinflussung klinischer Risiken: Hygiene: Teilnahme an der "Aktion Saubere Hände"



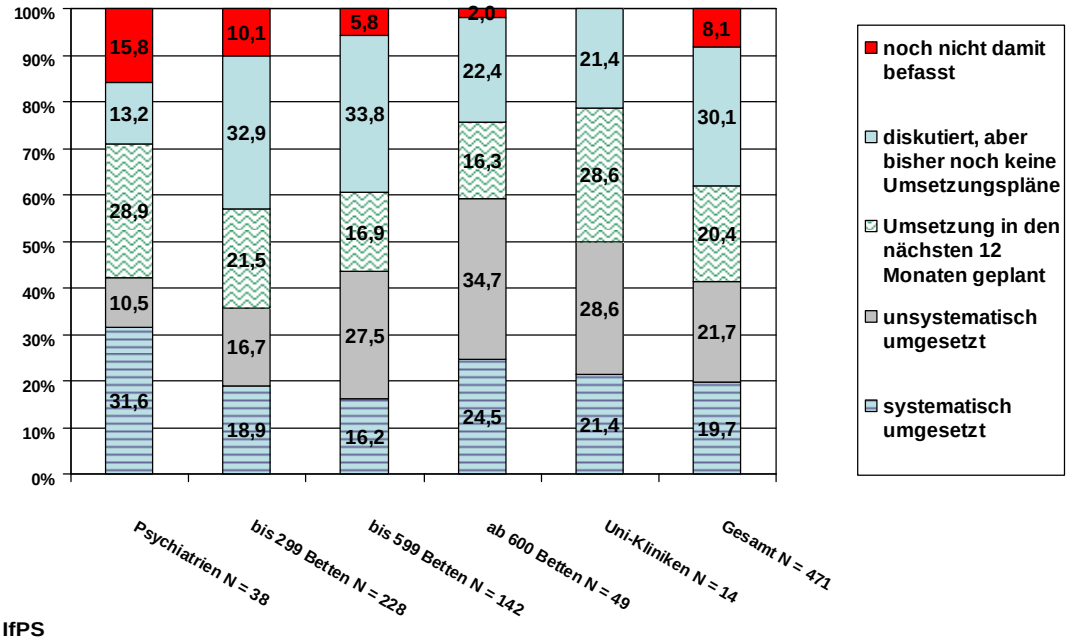
© IfPS

7 e. Konkrete Maßnahmen / Programme zur Beeinflussung klinischer Risiken: Hygiene: Teilnahme am NRZ-KISS (Nationales Meldesystem für nosokomiale Infektionen beim RKI in Berlin)



© IfPS

7 f. Konkrete Maßnahmen / Programme zur Beeinflussung klinischer Risiken: Einführung elektronischer Patientenakte (Lesbarkeit, Prozesssicherheit)



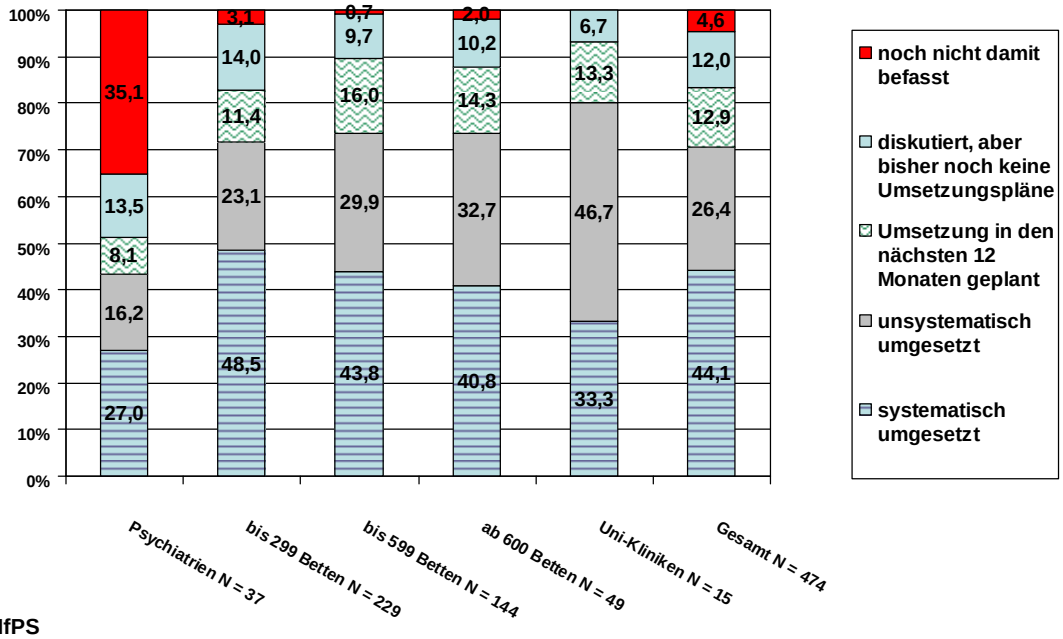
© IfPS

7 g. Konkrete Maßnahmen / Programme zur Beeinflussung klinischer Risiken: Systematisches Dekubitus- und Wund-Management

© IfPS

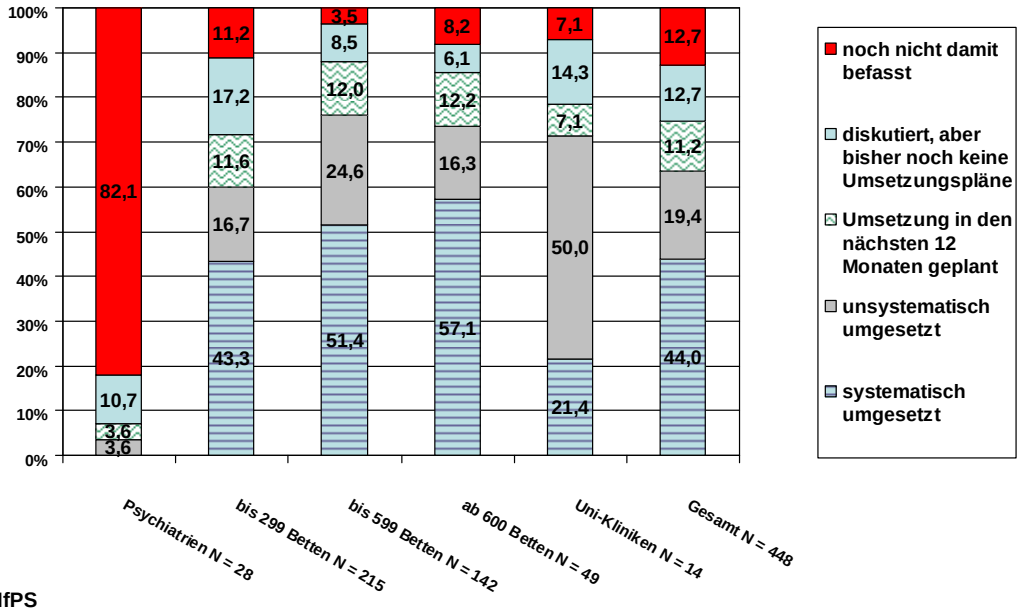
	Psychiatrien N = 38	bis 299 Betten N = 229	bis 599 Betten N = 145	ab 600 Betten N = 49	Uni-Kliniken N = 15	Gesamt N = 476
noch nicht damit befasst	15,8	0,4	0,7			1,7
diskutiert, aber bisher noch keine Umsetzungspläne	5,3	1,7	1,4			1,7
Umsetzung in den nächsten 12 Monaten geplant		3,1	2,1	4,1		2,5
unsystematisch umgesetzt	10,5	10,0	13,1	12,2	13,3	11,3
systematisch umgesetzt	68,4	84,7	82,8	83,7	86,7	82,8

7 h. Konkrete Maßnahmen / Programme zur Beeinflussung klinischer Risiken: Sichere Patientenidentifikation (Vermeidung von Verwechslungen von Patienten, Proben, Befunden etc.)



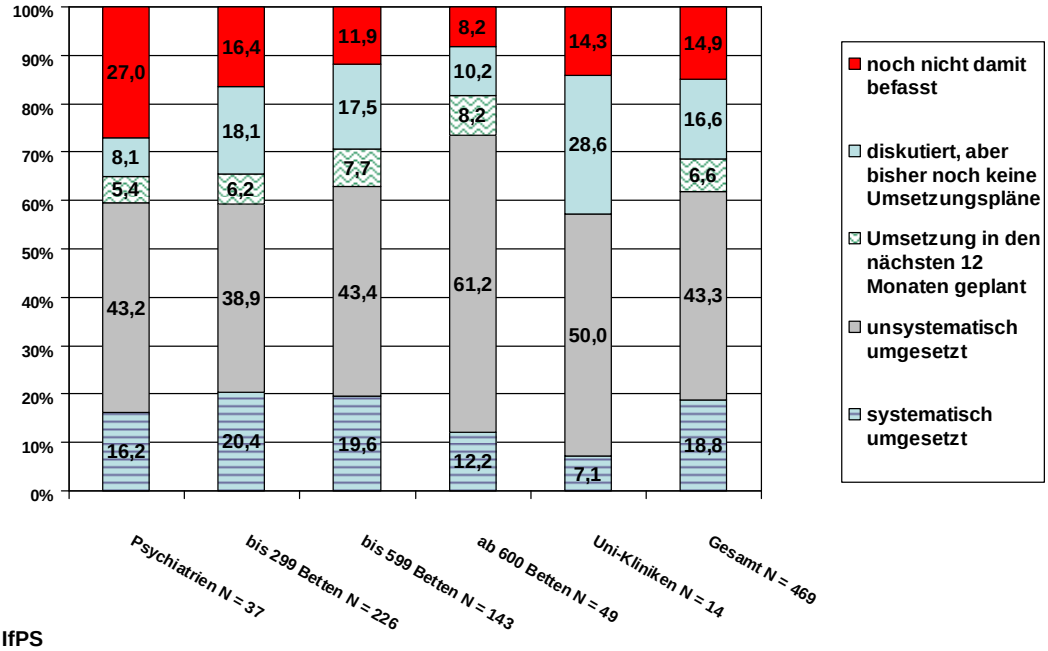
© IfPS

7 i. Konkrete Maßnahmen / Programme zur Beeinflussung klinischer Risiken: Einsatz von Checklisten bei Operationen (z.B. WHO-Checkliste "Safe Surgery", "Team Time-Out")



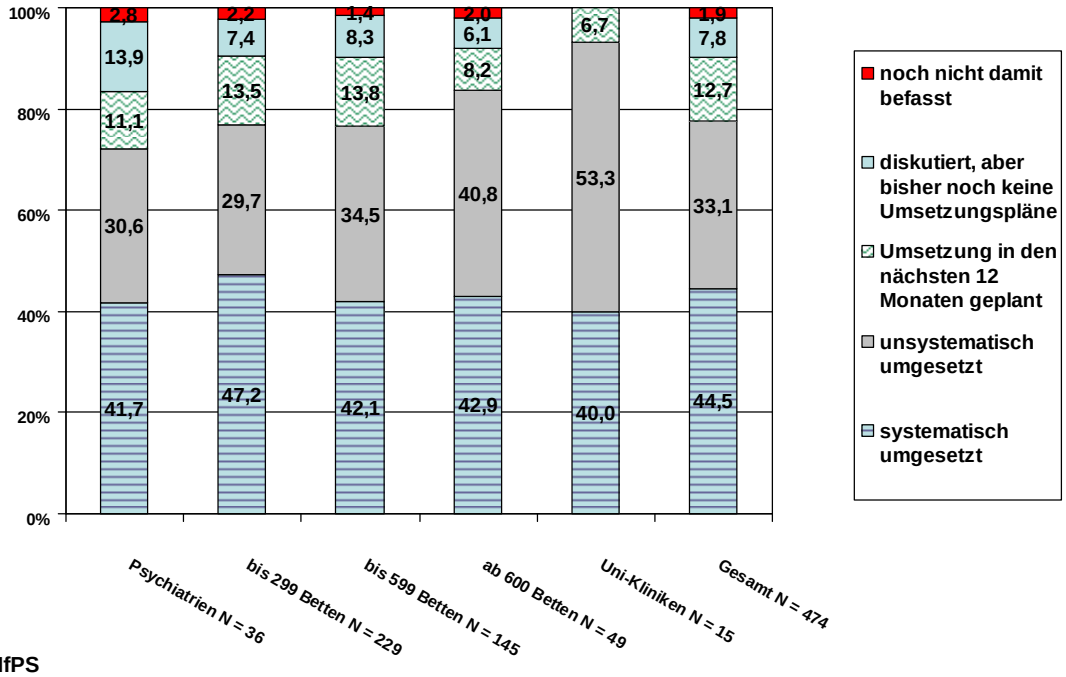
© IfPS

7 j. Konkrete Maßnahmen / Programme zur Beeinflussung klinischer Risiken: Einsatz von Checklisten zur Prozesssteuerung in nicht-operativen Versorgungsbereichen



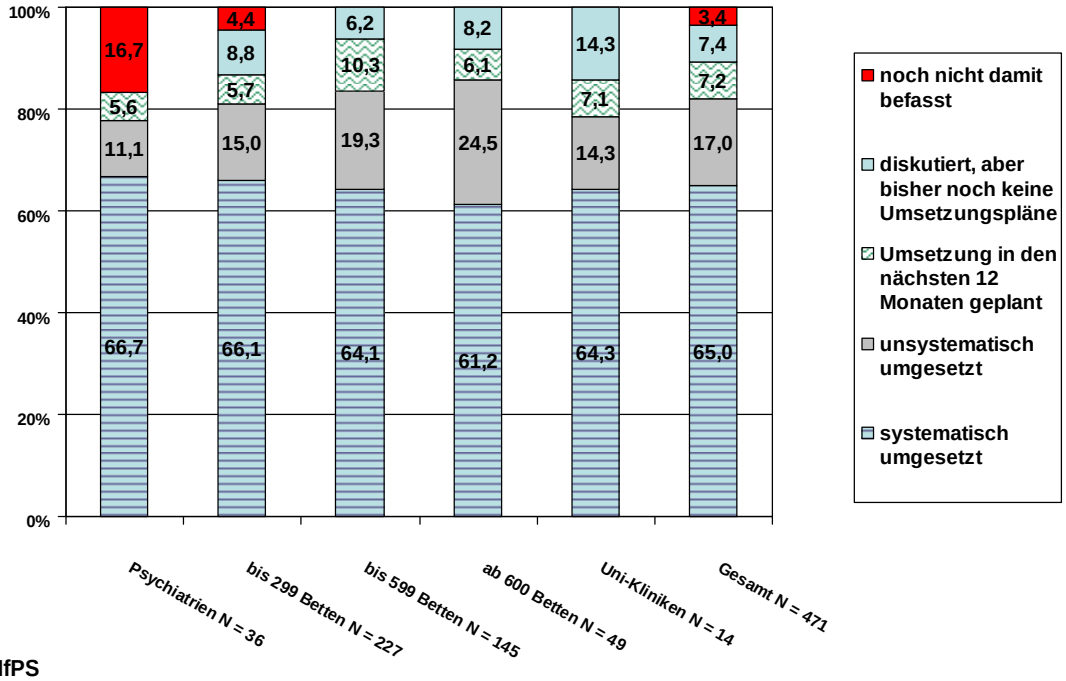
© IfPS

7 k. Konkrete Maßnahmen / Programme zur Beeinflussung klinischer Risiken: Strukturiertes Entlassungs-Management



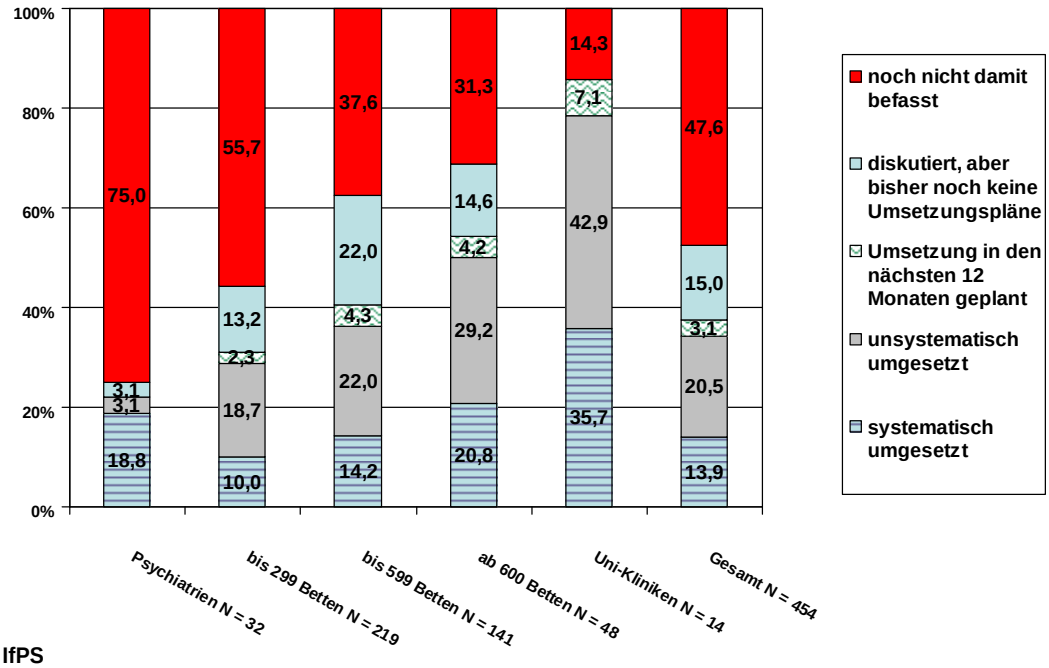
© IfPS

7 l. Konkrete Maßnahmen / Programme zur Beeinflussung klinischer Risiken: Sturzprävention mit Sturz-Assessment bei Risikopatienten



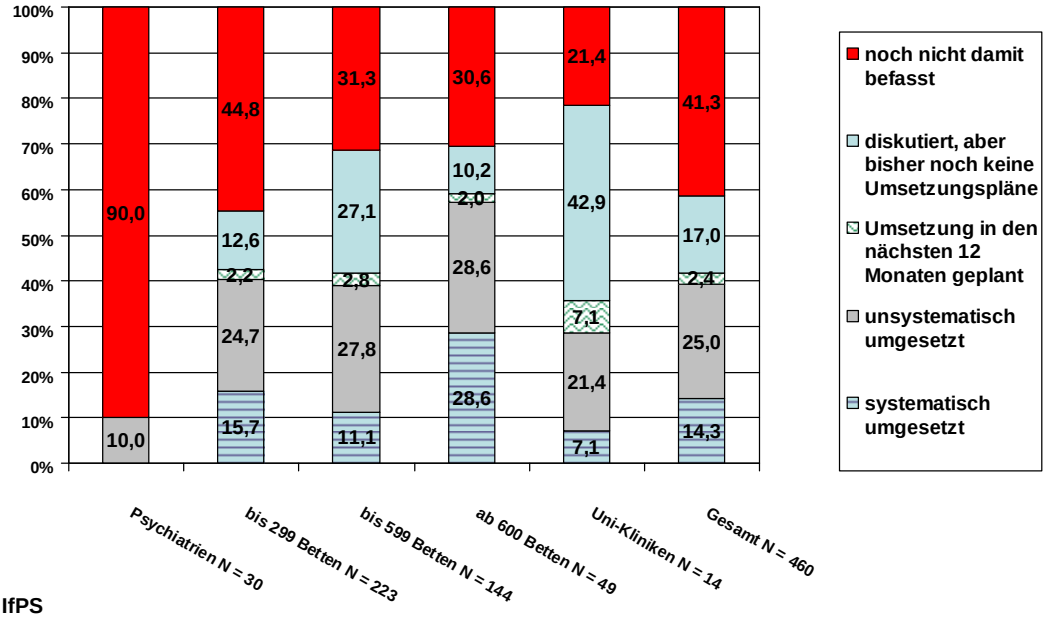
© IfPS

7 m. Konkrete Maßnahmen / Programme zur Beeinflussung klinischer Risiken: Trainings an Patientensimulatoren (z.B. für schwierige Operationen und Notfälle)



© IfPS

7 n. Konkrete Maßnahmen / Programme zur Beeinflussung klinischer Risiken: Schulungsmaßnahmen zur Patientenaufklärung vor Eingriffen



© IfPS

Tabelle 7.: Konkrete Maßnahmen/Programme zur Beeinflussung klinischer Risiken in Ihrem Krankenhaus: Falls die Maßnahme geplant oder ungesetzt ist, ist sie abgeleitet aus einer eigenen Risikoanalyse ?

Frage Nr.	Maßnahmen/Programme	% Ja-Antworten	Ja-Antworten / alle Antworten zur Frage
7. a	Arzneitherapie: Verhütung von Anwendungsfehlern (z.B. Vier-Augen-prinzip beim Stellen der Medikamente, Vereinheitlichung von Perfusoren)	46,8	155/331
7. b	Arzneitherapie: Einsatz von elektronischer Verordnungsunterstützung	33,3	38/114
7. c	Hygiene: systematisches MRSA-Screening von Risikopatienten	47,7	179/375
7. d	Hygiene: Teilnahme an der „Aktion Saubere Hände“	36,8	119/323
7. e	Hygiene: Teilnahme am NRZ-KISS (Nationales Meldesystem für nosokomiale Infektionen beim RKI in Berlin)	38,5	105/273
7. f	Einführung elektronischer Patientenakte (Lesbarkeit, Prozesssicherheit)	27,4	66/241
7. g	Systematisches Dekubitus- und Wund-Management	46,9	187/399
7. h	Sichere Patientenidentifikation (Vermeidung von Verwechslungen von Patienten, Proben, Befunden etc.)	56,6	197/348
7. i	Einsatz von Checklisten bei Operationen (z.B. WHO-Checkliste “Safe Surgery“, “Team Time-Out”)	52,5	156/297
7. j	Einsatz von Checklisten zur Prozesssteuerung in nicht-operativen Versorgungsbereichen	35,4	97/274
7. k	Strukturiertes Entlassungs-Management	31,4	114/363
7. l	Sturzprävention mit Sturz-Assessment bei Risikopatienten	47,6	170/357
7. m	Trainings an Patientensimulatoren (z.B. für schwierige Operationen und Notfälle)	22,7	32/141
7. n	Schulungsmaßnahmen zur Patientenaufklärung vor Eingriffen	37,2	58/156

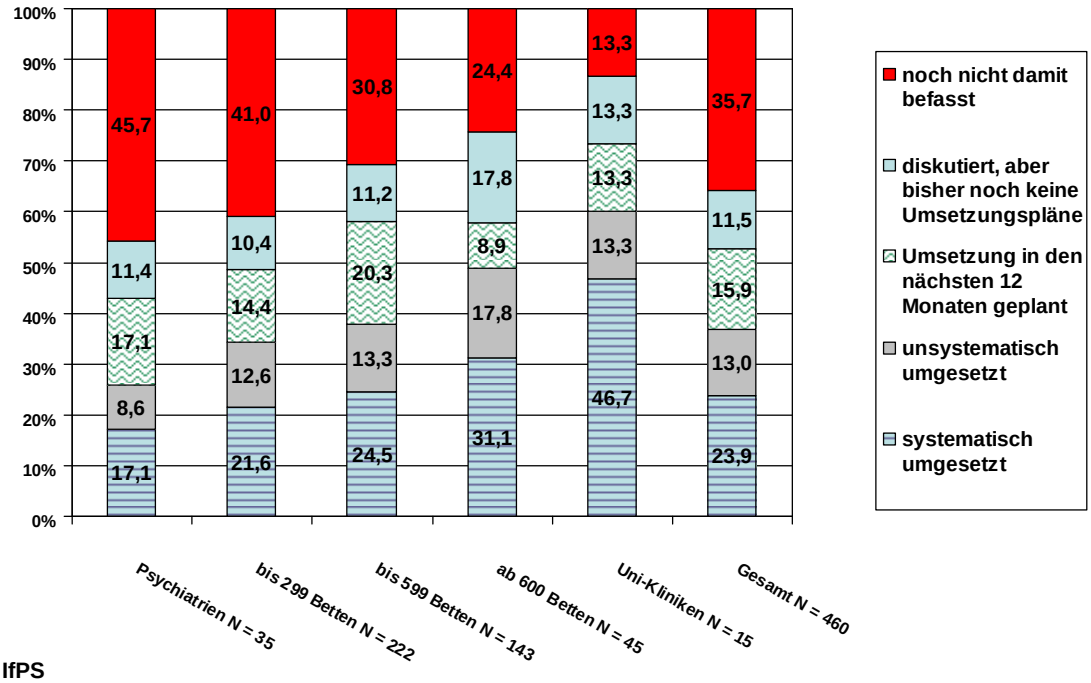
3.8 Überwachung von klinischen Risiken

Die Fragen dieses Abschnitts beziehen sich auf die letzte Phase des sich wiederholenden kRM-Zyklus und erheben die Art und Weise, wie in den Krankenhäusern die Entwicklung der klinischen Risiken und gfs. der Erfolg ergriffener Sicherheitsmaßnahmen beobachtet wird.

Zur Nutzung der ersten beiden Parameter „CIRS-Berichte“ und „Schadensmeldungen“ per Zeiteinheit wurden Angaben erbeten (8a-b), obwohl diese Messgrößen aus methodischen Gründen nur sehr begrenzt zur Bestimmung von Patientensicherheit geeignet sind. Beide Parameter hängen von vielfältig beeinflusstem Melde- und Anzeigeverhalten von Mitarbeitern, Patienten und Angehörigen ab, des Weiteren ist die Grundgesamtheit der Schäden, Beinaheschäden, Fehler und kritischen Ereignisse in einer Klinik unbekannt. Dennoch wurde hiernach bewusst gefragt, um zu prüfen, inwieweit klinische Risiken überhaupt statistisch erfasst werden und etwas über den Verbreitungsgrad dieser Bestimmungsmethoden für die Verlaufsbeobachtung von „Patientensicherheit“ zu lernen. Bei relativ hoher Beantwortungsquote der Fragen geben etwa die Hälfte der Teilnehmer an, diese Parameter zur Erfolgsmessung Ihres kRM´s zu nutzen oder in naher Zukunft nutzen zu wollen. Hier deutet sich ein methodischer Fortbildungs- und Aufklärungsbedarf der Praxis an, wenn man verhindern will, dass künftig demotivierende Fehlinterpretationen stattfinden, etwa weil steigende CIRS-Berichtszahlen als Indiz einer sich verschlechternden Patientensicherheit gewertet werden. Manche Patientensicherheitsexperten gehen hier im Gegenteil von einer Paradoxie aus, nämlich dass steigende Berichtszahlen als Indikator einer Sicherheitskultur, die offener mit Fehlern umgeht, mit einer Verbesserung der Patientensicherheit einhergehen.

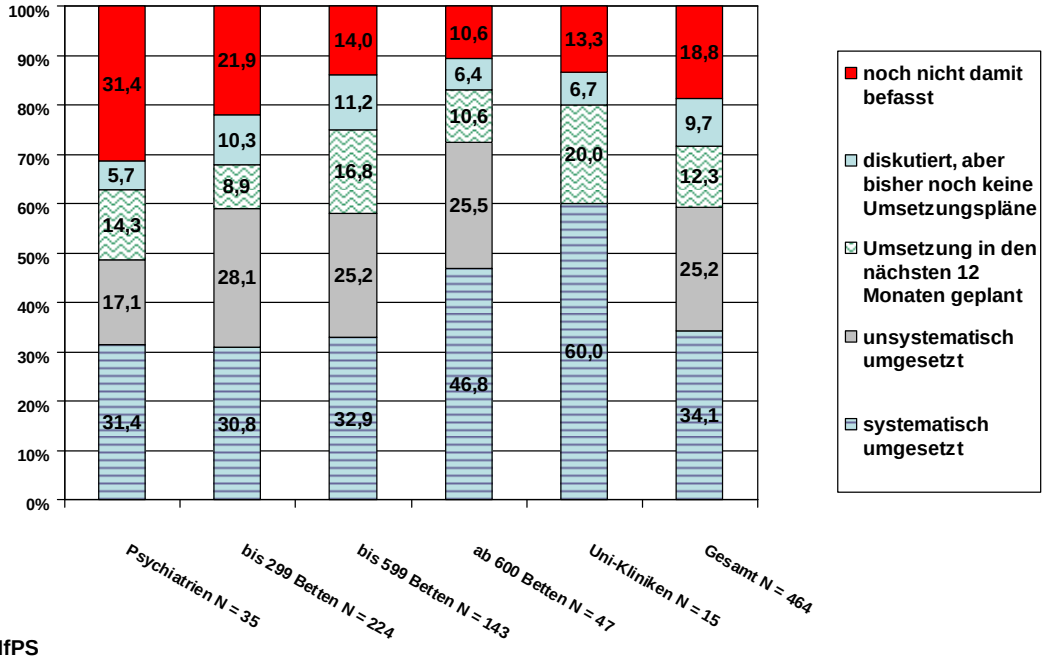
Die Ergebnisdiagramme für die Fragen 8c-e zeigen, dass die Krankenhäuser weit überwiegend bereits administrative Routinedaten sowie eigene Kennzahlen und Statistiken nutzen, um klinische Risiken zu überwachen. Systematische Unterschiede zwischen Kliniktypen zeigen sich mit Ausnahme der psychiatrischen Häuser kaum, wo diese Datenquellen für das kRM-Monitoring noch seltener verwendet werden.

8 a. Zur Überwachung klinischer Risiken werden in Ihrem Krankenhaus beobachtet: Anzahl von CIRS-Berichten pro Zeiteinheit



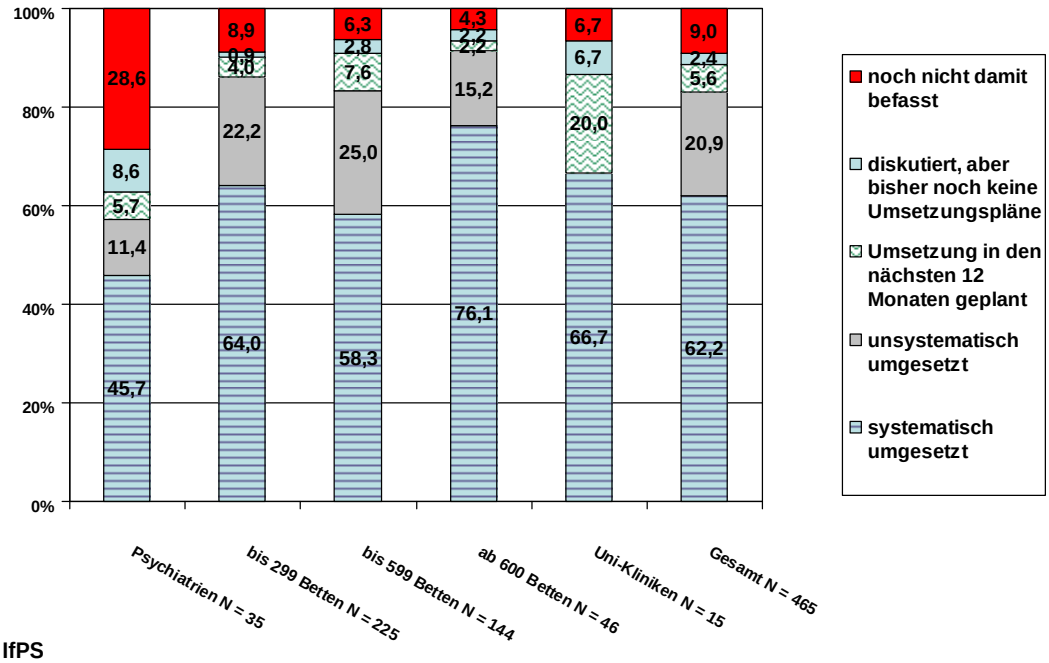
© IfPS

8 b. Zur Überwachung klinischer Risiken werden in Ihrem Krankenhaus beobachtet: Anzahl von Schadensfällen und / oder Anspruchserhebungen pro Zeiteinheit



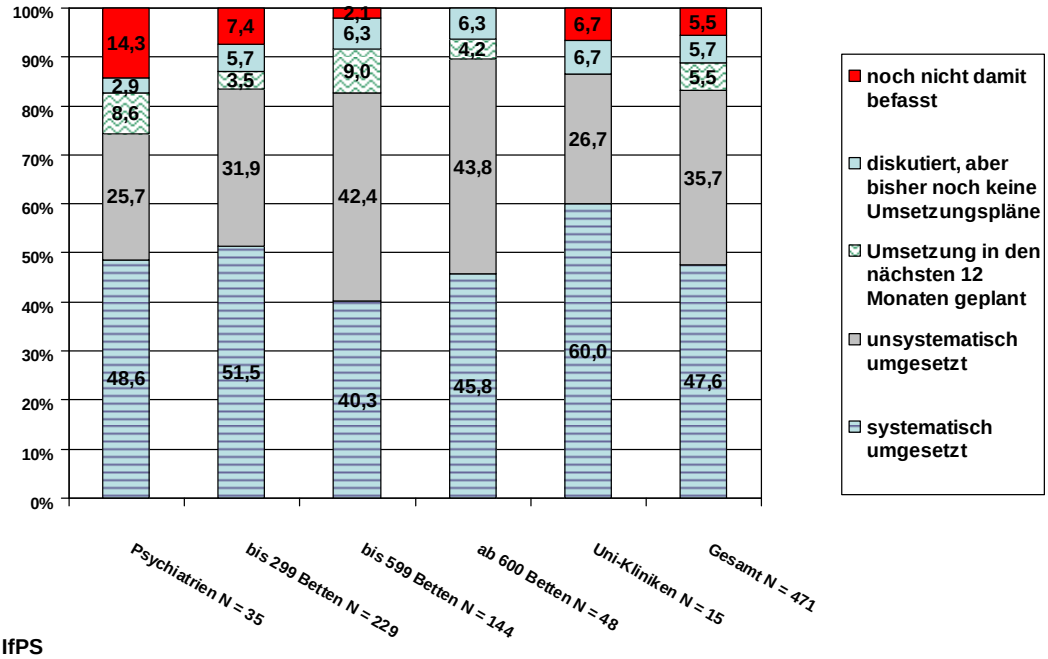
© IfPS

8 c. Zur Überwachung klinischer Risiken werden in Ihrem Krankenhaus beobachtet: Daten zur Abrechnung oder externen Qualitätssicherung



© IfPS

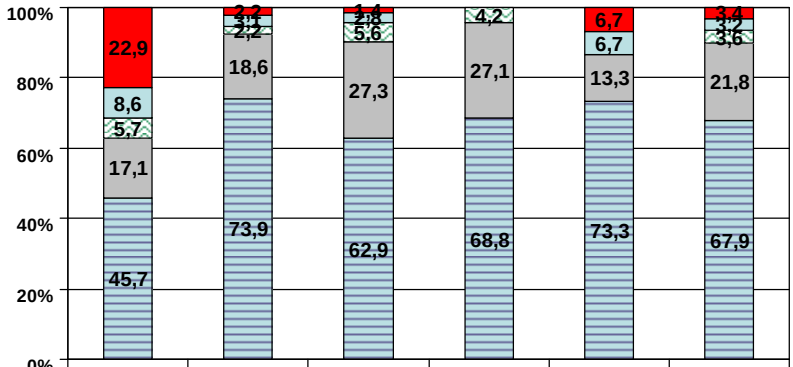
8 d. Zur Überwachung klinischer Risiken werden in Ihrem Krankenhaus beobachtet: eigens erhobene Kennzahlen (z.B. Komplikationsstatistiken, Sturzraten, Reanimations-ergebnisse, Dekubitusfälle)



© IfPS

8 e. Zur Überwachung klinischer Risiken werden in Ihrem Krankenhaus beobachtet: speziell: Statistiken nosokomialer Infektionen

© IfPS

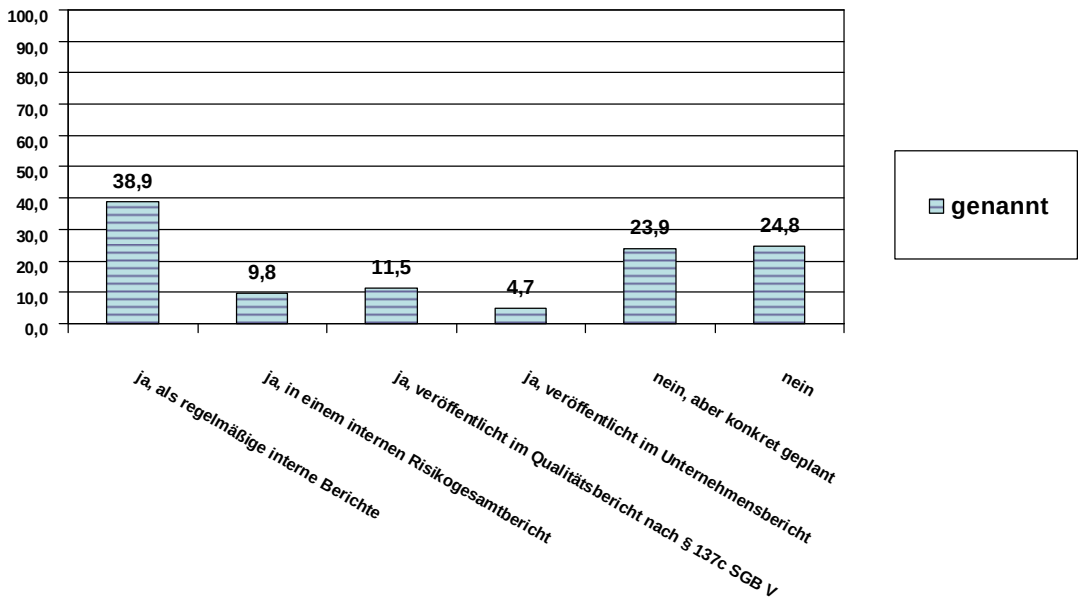


	Psychiatrien N = 35	bis 299 Betten N = 226	bis 599 Betten N = 143	ab 600 Betten N = 48	Uni-Kliniken N = 15	Gesamt N = 467
noch nicht damit befasst	22,9	2,2	1,4		6,7	3,4
diskutiert, aber bisher noch keine Umsetzungspläne	8,6	3,1	2,8		6,7	3,2
Umsetzung in den nächsten 12 Monaten geplant	5,7	2,2	5,6	4,2		3,6
unsystematisch umgesetzt	17,1	18,6	27,3	27,1	13,3	21,8
systematisch umgesetzt	45,7	73,9	62,9	68,8	73,3	67,9

3.9 Dokumentation und Darlegung der Aktivitäten des kRM

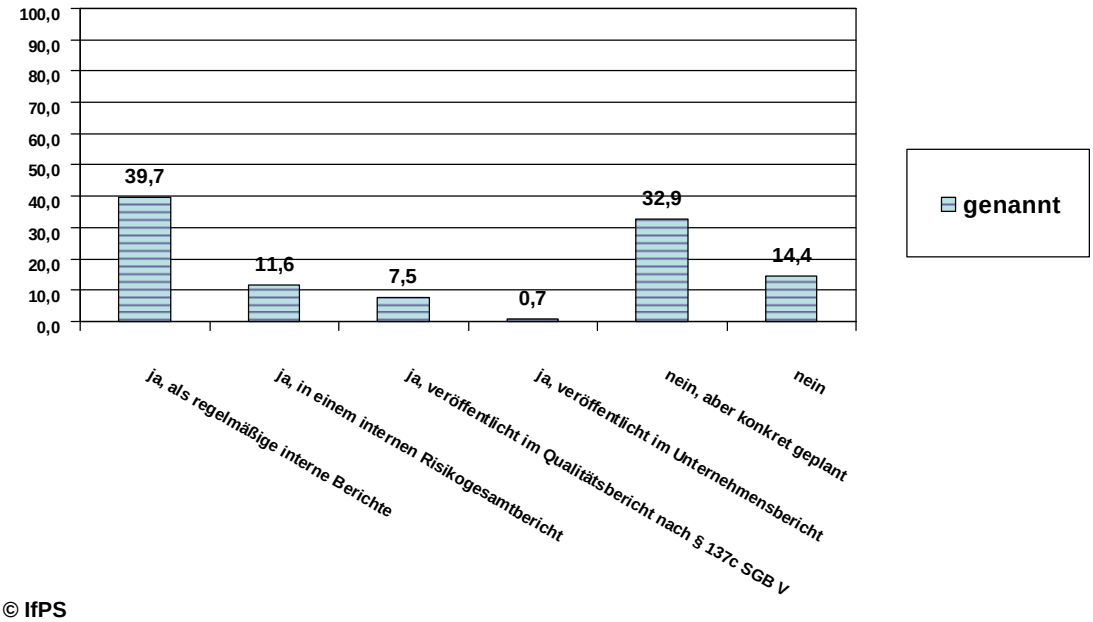
Zunächst wurde gefragt (9a), ob und wo Statistiken zu Patientenschäden und CIRS von Krankenhäusern dokumentiert werden. Am häufigsten und etwas zunehmend mit der Größe der Häuser wurden hierfür regelmäßige interne Berichte genutzt. Externe Berichterstattungen mit Kommunikation nach außen im Qualitätsbericht nach § 137 c SGB V oder im Unternehmensbericht waren selten. Etwa jedes fünfte Haus dokumentiert hierzu keine Statistiken und etwa ein Viertel plant dies erst. Ein Risikogesamtbericht wird noch selten als Medium genutzt und wird dort eher erstellt, wo hauptamtliche kRM-Mitarbeiter mit größeren Stellenanteilen vorhanden sind wie in den meisten Universitätskliniken. Ein ganz ähnliches Bild mit klarem Überwiegen der internen über die externe Berichterstattung ergibt sich auch für die Darlegung der gesamten kRM-Aktivitäten (9b).

9 a. Statistiken zu Patientenschäden oder CIRS-Meldungen werden dokumentiert….
Allgemeinkrankenhäuser 50 - 299 Betten N = 234



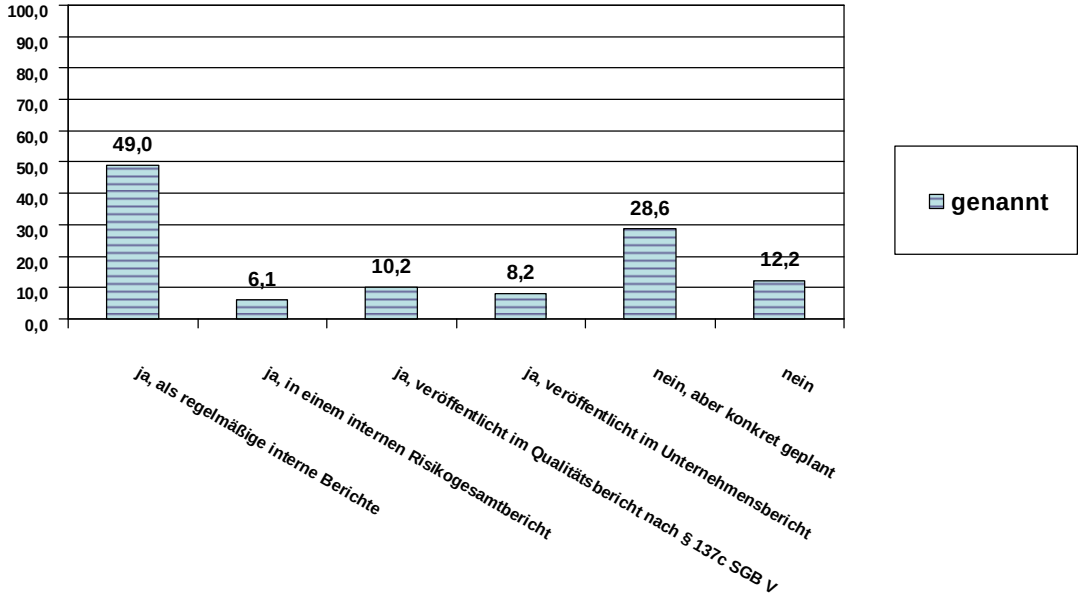
© IfPS

9 a. Statistiken zu Patientenschäden oder CIRS-Meldungen werden dokumentiert….
Allgemeinkrankenhäuser 300 - 599 Betten N = 146



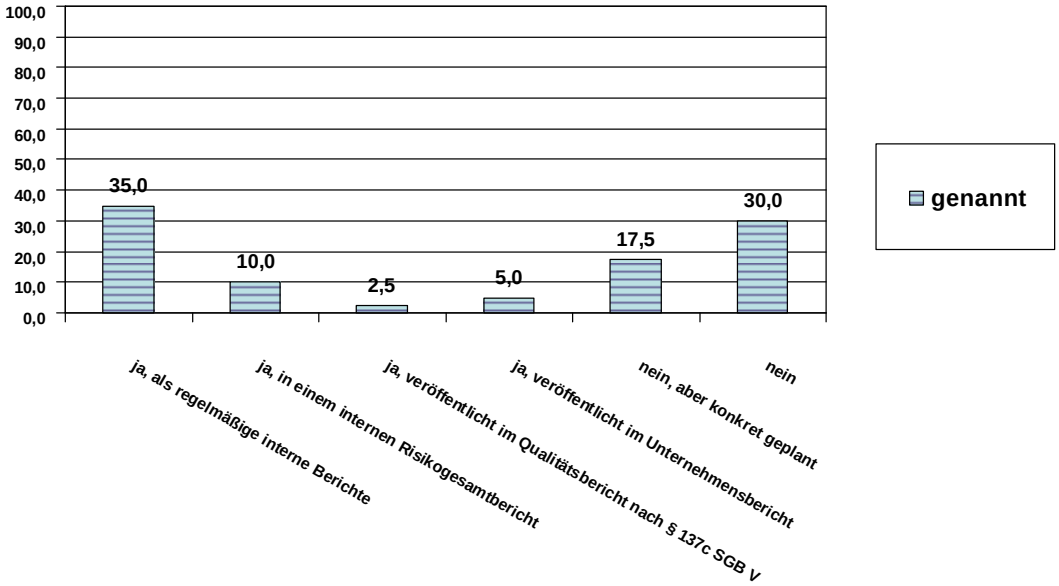
© IfPS

9 a. Statistiken zu Patientenschäden oder CIRS-Meldungen werden dokumentiert….
Allgemeinkrankenhäuser ab 600 Betten N = 49



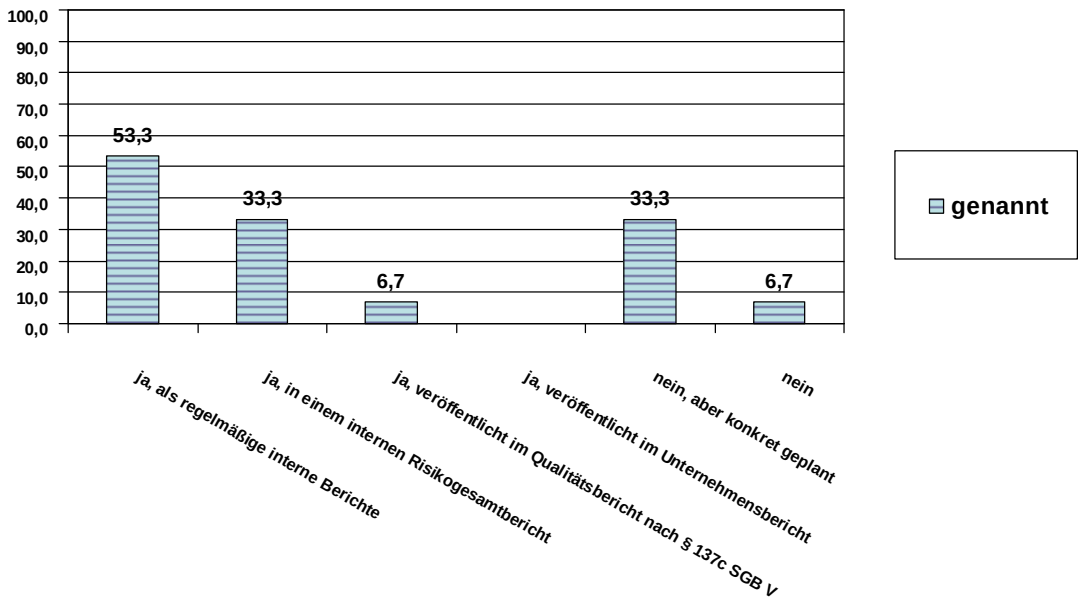
© IfPS

9 a. Statistiken zu Patientenschäden oder CIRS-Meldungen werden dokumentiert….
Psychiatrien N = 40



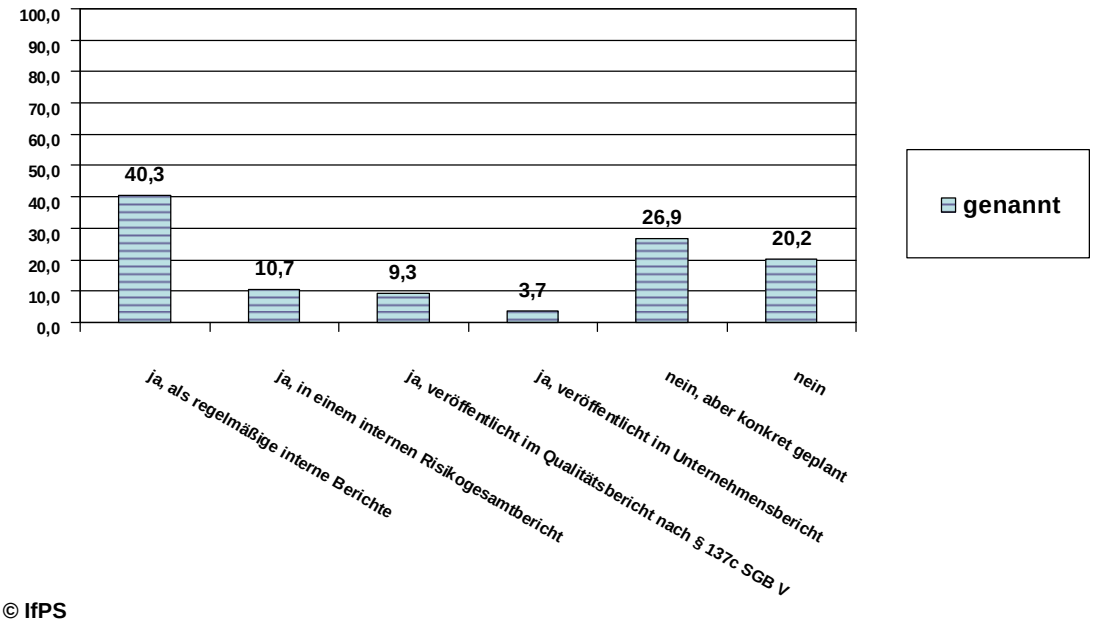
© IfPS

9 a. Statistiken zu Patientenschäden oder CIRS-Meldungen werden dokumentiert….
Universitätskliniken N = 15



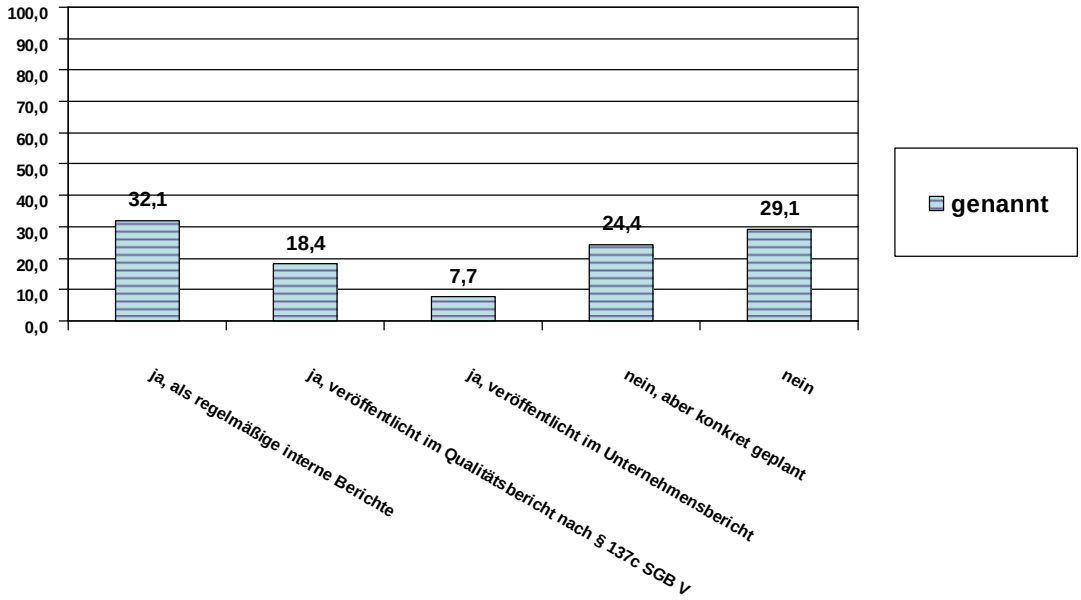
© IfPS

9 a. Statistiken zu Patientenschäden oder CIRS-Meldungen werden dokumentiert….
Gesamtgruppe N = 484



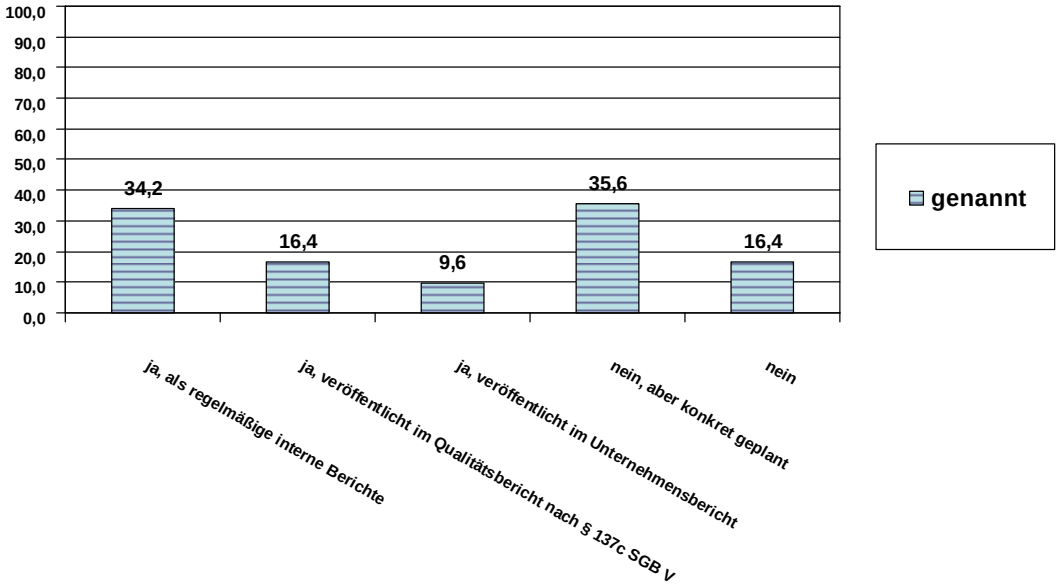
© IfPS

9 b. Die Aktivitäten des Krankenhauses zum kRM werden dokumentiert....
Allgemeinkrankenhäuser 50 - 299 Betten N = 234



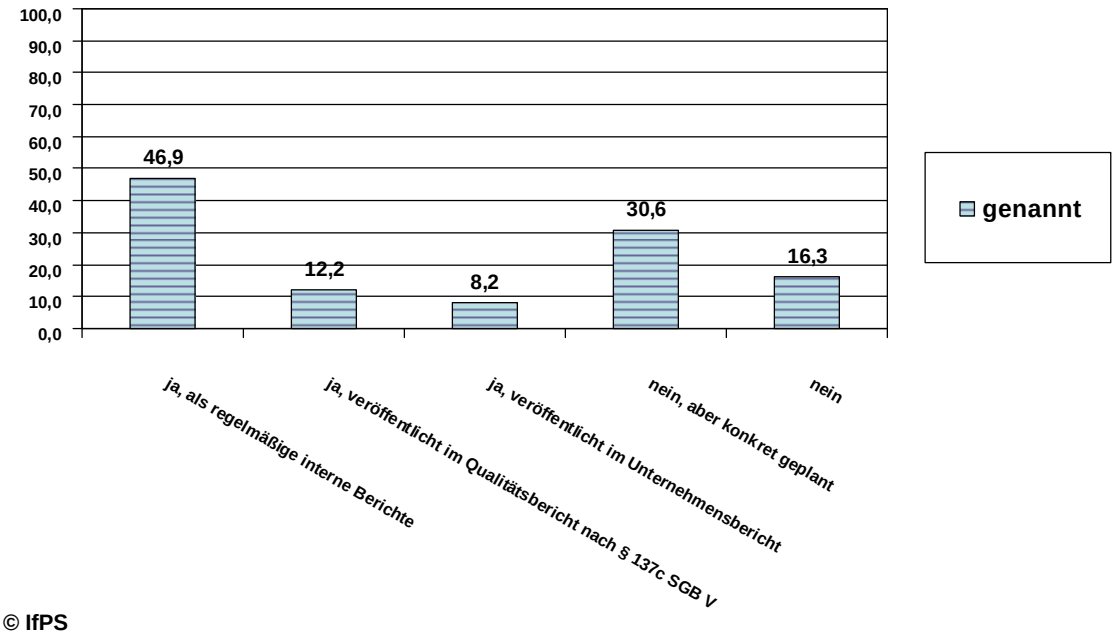
© IfPS

9 b. Die Aktivitäten des Krankenhauses zum kRM werden dokumentiert....
Allgemeinkrankenhäuser 300 - 599 Betten N = 146



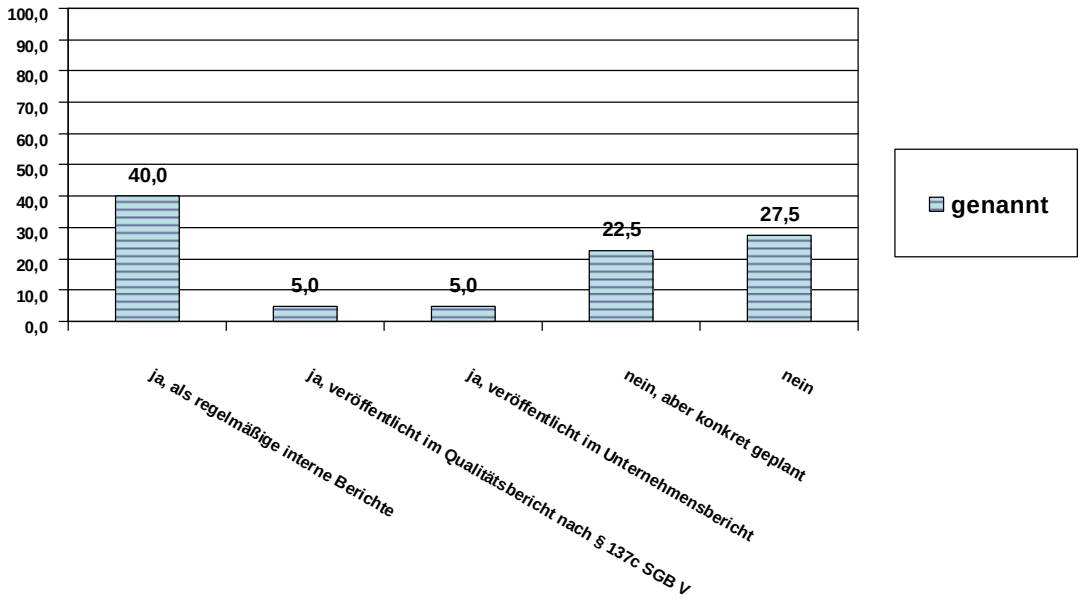
© IfPS

9 b. Die Aktivitäten des Krankenhauses zum kRM werden dokumentiert….
Allgemeinkrankenhäuser ab 600 Betten N = 49



© IfPS

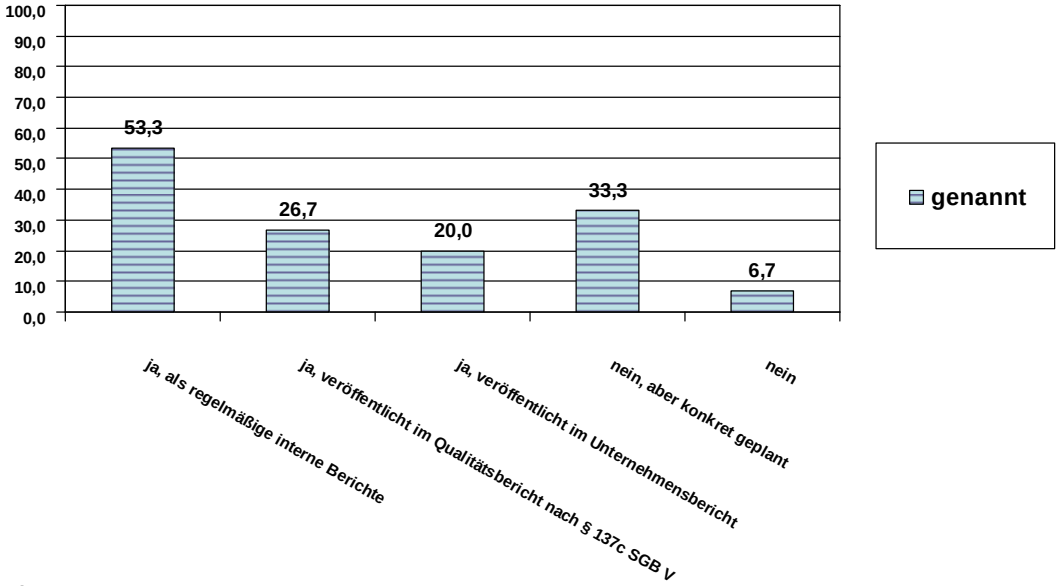
9 b. Die Aktivitäten des Krankenhauses zum kRM werden dokumentiert….
Psychiatrien N = 40



© IfPS

9 b. Die Aktivitäten des Krankenhauses zum kRM werden dokumentiert....

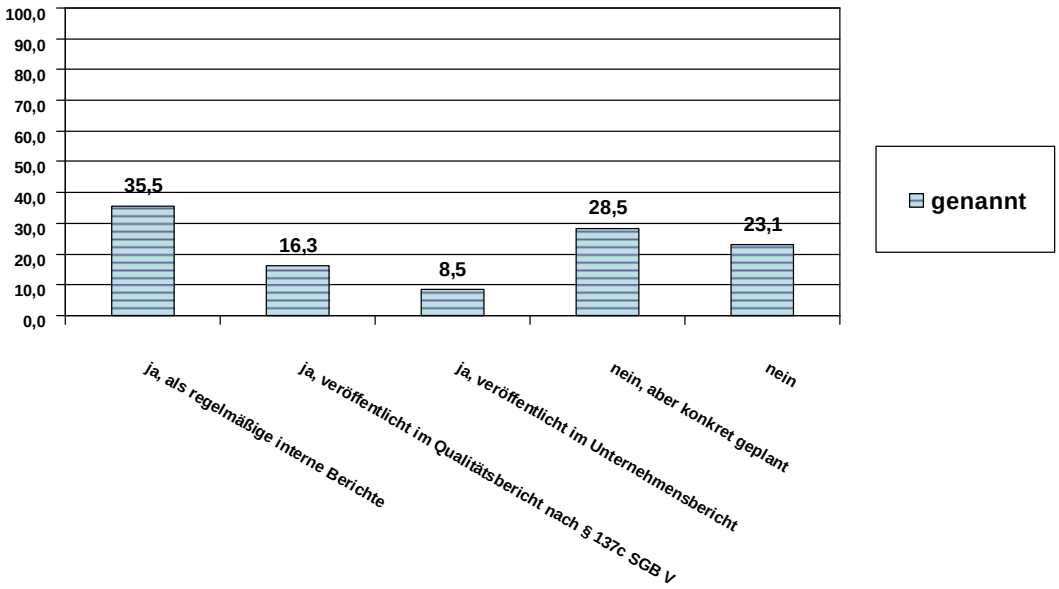
Universitätskliniken N = 15



© IfPS

9 b. Die Aktivitäten des Krankenhauses zum kRM werden dokumentiert....

Gesamtgruppe N = 484



© IfPS

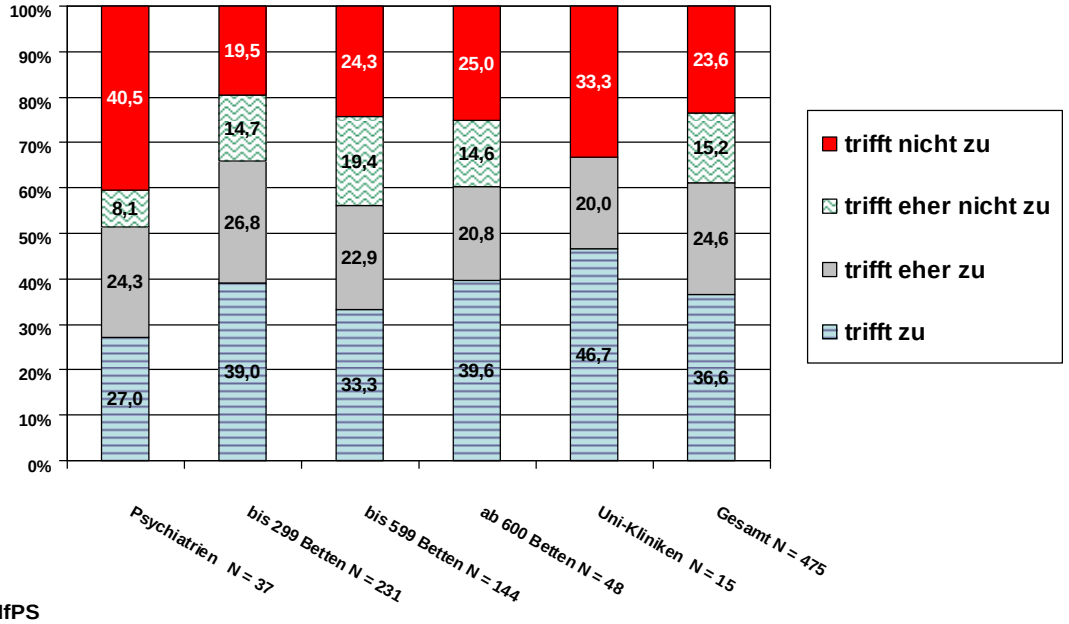
3.10 Verbesserungsbedarf

Das Gesamtbild, das sich im Überblick über die Antwortmuster zu den zehn gestellten Fragen (10a–j) zum Verbesserungsbedarf ergibt, zeigt, dass die Krankenhäuser gemäß ihrer Selbsteinschätzungen in allen Bereichen der kRM-Umsetzung noch Optimierungspotentiale sehen.

Allerdings ist die Akzentuierung der zwischen 59% und 83% liegenden Anteile von mit „zutreffend“ oder „eher zutreffend“ eingeschätzten Verbesserungsbedarfe unterschiedlich: So sehen 59% bzw. 70% zusätzliche finanzielle (10e) oder personelle Ressourcen (10f) für erforderlich an, aber bei auf Fehlerkultur (10h), interne Kommunikation (10b), Unterstützung aus den Abteilungen (10i), Fortbildung (10j) und Vernetzung (10c) zielenden Verbesserungsbedarf stimmen im Mittel vier von fünf Befragten zu. Durchschnittlich 83% der Antwortenden sehen die Notwendigkeit für einen offeneren und ehrlicheren Umgang mit Fehlern und Schwachstellen im System (10h). Fortschritte im Bereich der kRM-Umsetzung und der Patientensicherheit hängen somit nicht nur von zusätzlichen Ressourcen ab, sondern nicht zuletzt von der Schaffung einer gemeinsam getragenen Sicherheitskultur in den Häusern.

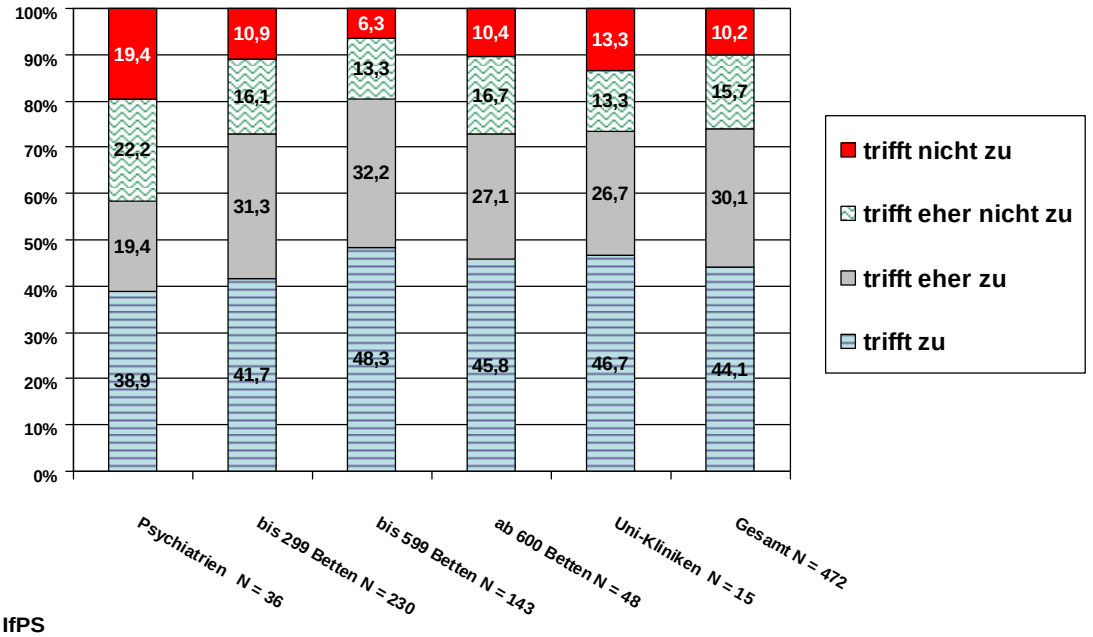
Beim Thema Verbesserungsbedarf zeigen sich insgesamt keine deutlichen Unterschiede zwischen den Kliniktypen, sieht man einmal davon ab, dass in psychiatrischen Kliniken in manchen Bereichen seltener die Notwendigkeit zur Optimierung des klinischen Risiko-Managements gesehen wird.

10 a. Zur Verbesserung des kRM benötigen wir in unserem Krankenhaus…
- klarer definierte interne Ansprechpersonen



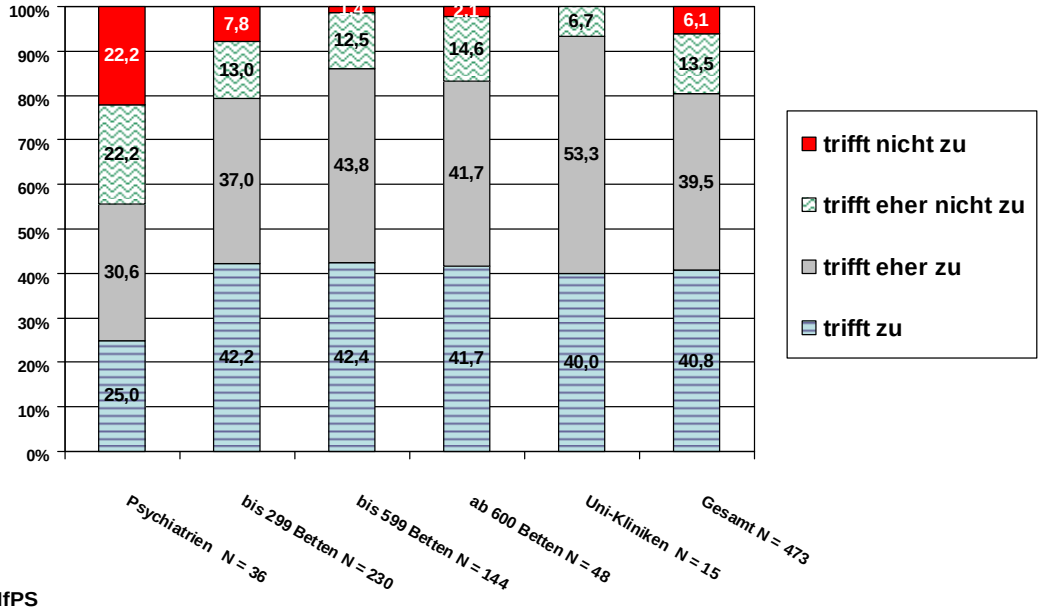
© IfPS

10 b. Zur Verbesserung des kRM benötigen wir in unserem Krankenhaus…
- einen regelmäßigeren Austausch zwischen dem zentralen kRM und den einzelnen Abteilungen / Kliniken



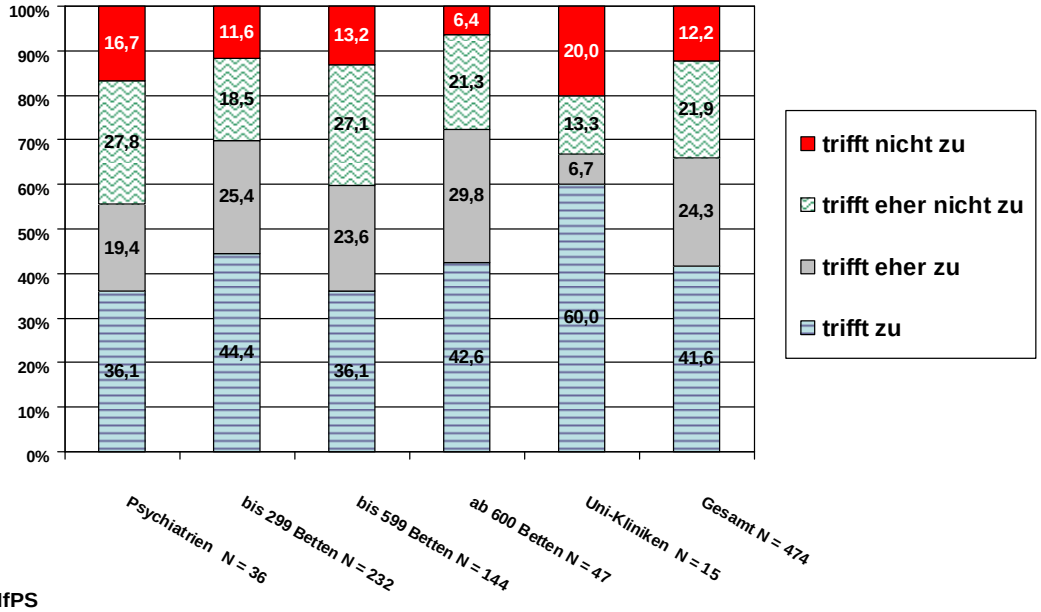
© IfPS

10 c. Zur Verbesserung des kRM benötigen wir in unserem Krankenhaus…
- vermehrte Vernetzung und Austausch zwischen den Abteilungen / Kliniken



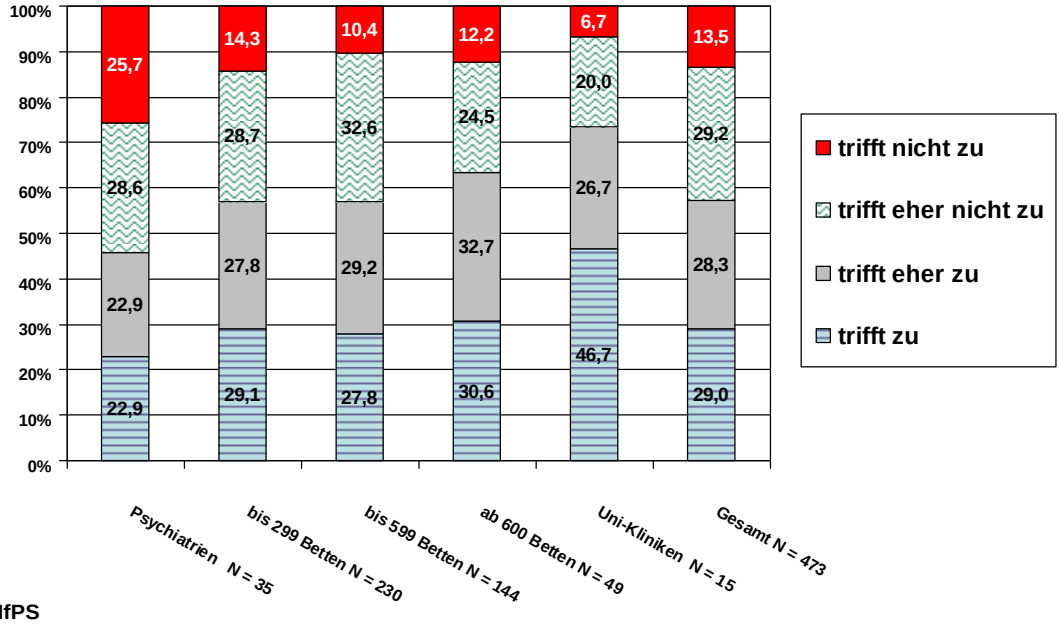
© IfPS

10 d. Zur Verbesserung des kRM benötigen wir in unserem Krankenhaus…
- klarere Regelungen der Aufgaben, Kompetenzen und Verantwortlichkeiten im kRM (Organisations- und Führungsstrukturen)



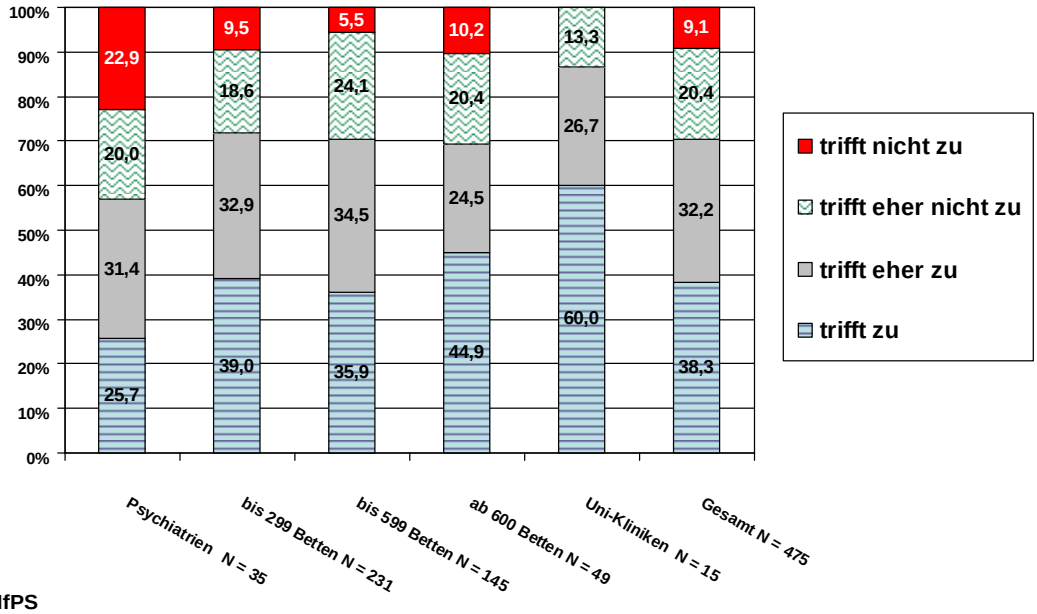
© IfPS

10 e. Zur Verbesserung des kRM benötigen wir in unserem Krankenhaus…
- zusätzliche finanzielle Ressourcen



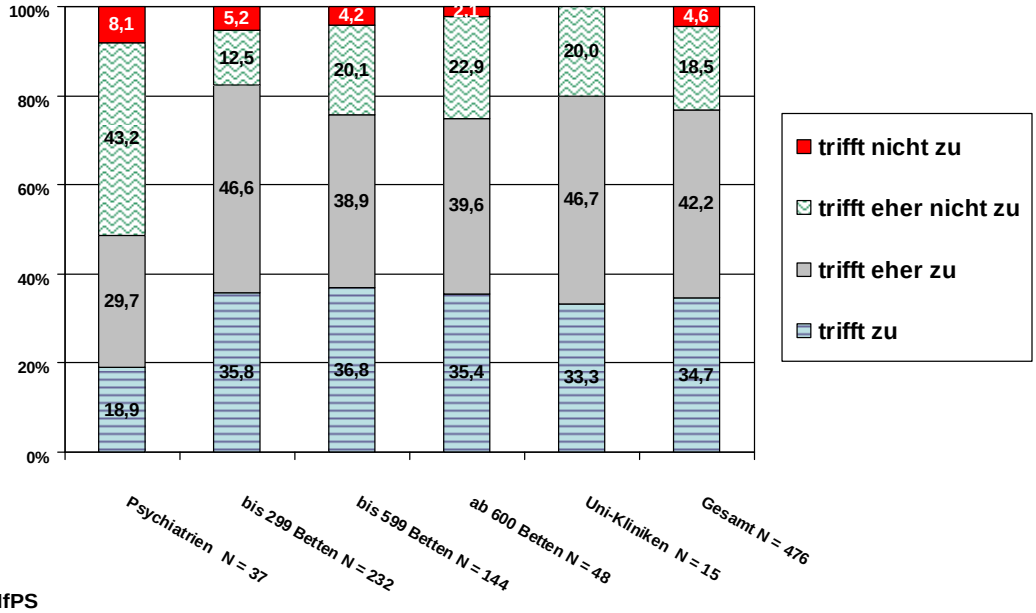
© IfPS

10 f. Zur Verbesserung des kRM benötigen wir in unserem Krankenhaus…
- zusätzliche personelle Ressourcen



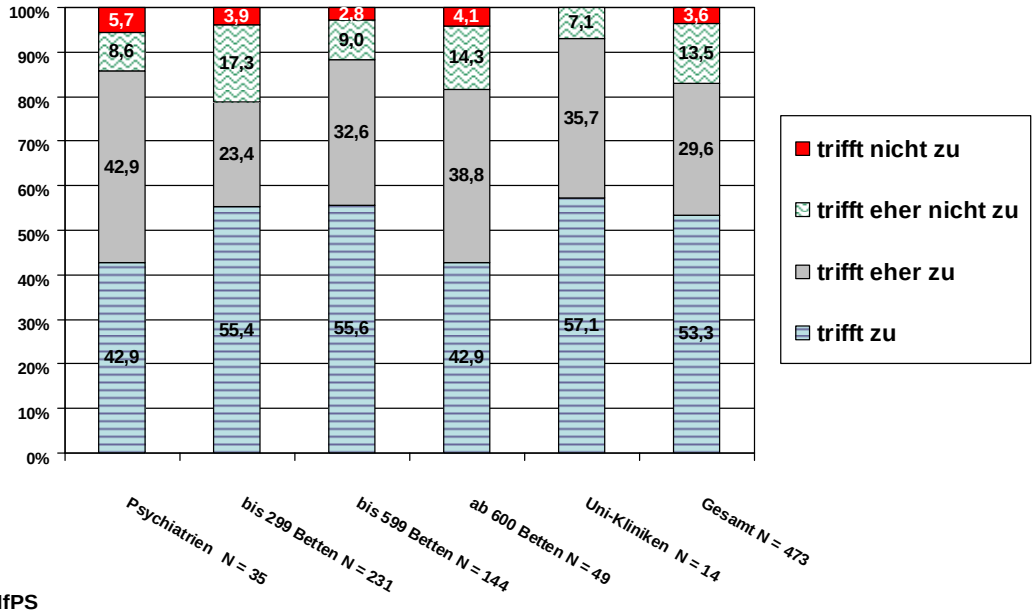
© IfPS

10 g. Zur Verbesserung des kRM benötigen wir in unserem Krankenhaus…
- vermehrt standardisierte Verfahren und Prozesse (z.B. Behandlungspfade, Checklisten)



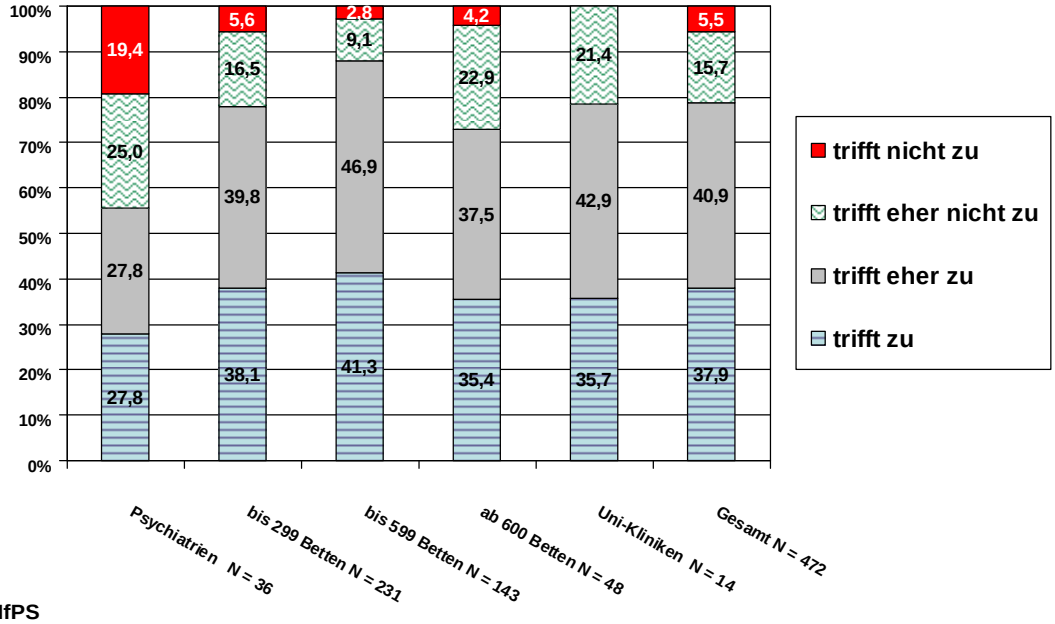
© IfPS

10 h. Zur Verbesserung des kRM benötigen wir in unserem Krankenhaus…
- einen offeneren und ehrlicheren Umgang mit Fehlern und Schwachstellen im System



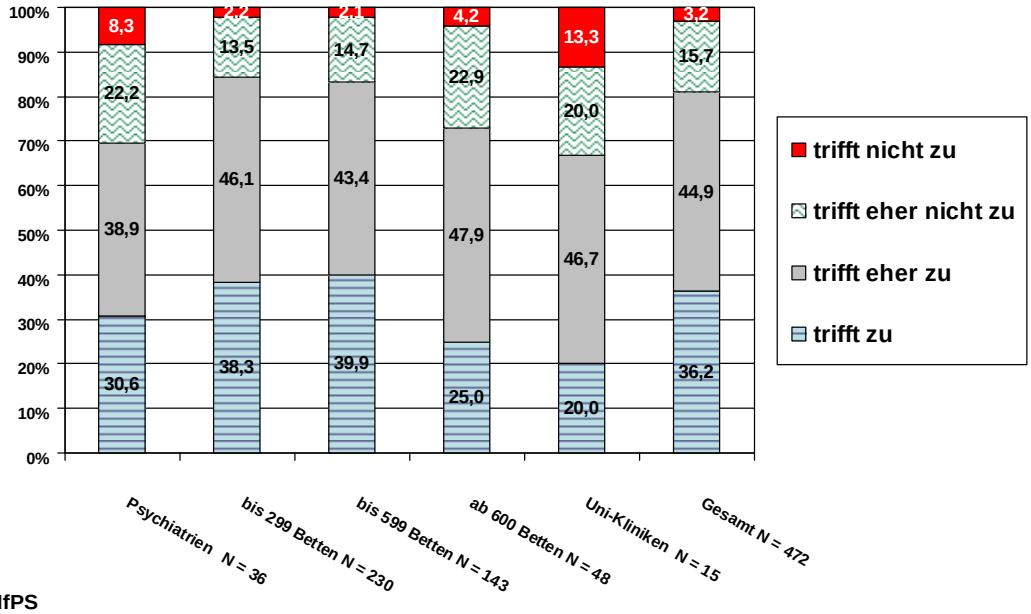
© IfPS

10 i. Zur Verbesserung des kRM benötigen wir in unserem Krankenhaus…
- mehr Unterstützung aus den einzelnen Abteilungen und Kliniken



© IfPS

10 j. Zur Verbesserung des kRM benötigen wir in unserem Krankenhaus…
- vermehrt Fortbildungen zu Themen des kRM und/oder der Patientensicherheit



© IfPS

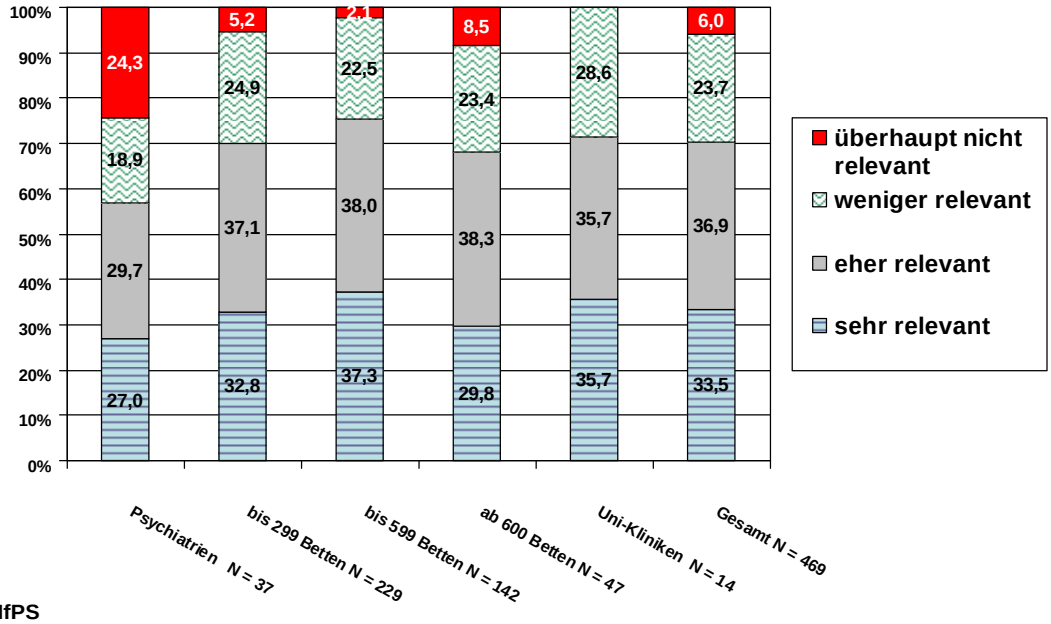
3.10.1 Fortbildungsbedarf

Bis auf Fortbildungen zu und in Form von Simulationstrainings (10.1g – 43,2%) wurden alle abgefragten Fortbildungsthemen überwiegend (70% bis 83%) als eher oder sehr relevant angesehen. Fortbildungen zu konkreten Maßnahmen der Risikoprävention (10.1d) werden dabei als besonders wichtig erachtet. Die Kategorie, die mit 43,3% am häufigsten als „sehr relevant“ angesehen wurde, waren Fortbildungen zur „Förderung der Sicherheitskultur“ (10.1f). Dies korrespondiert zu den Ergebnissen der Befragung beim Verbesserungsbedarf für das kRM.

Über alle Fragen werden – wiederum mit Ausnahme der Psychiatrie bei einzelnen Fortbildungsthemen – keine systematischen Größenklassen- oder Krankenhaustypeffekte sichtbar. Nur beim Simulationstraining (10.1g) scheinen größere Häuser und Universitätsklinika möglicherweise aufgrund einer größeren Komplexität der (auch notfallmäßig) versorgten Patienten und der durchgeführten Eingriffe einen stärkeren Fortbildungsbedarf zu sehen als kleinere Allgemeinkrankenhäuser.

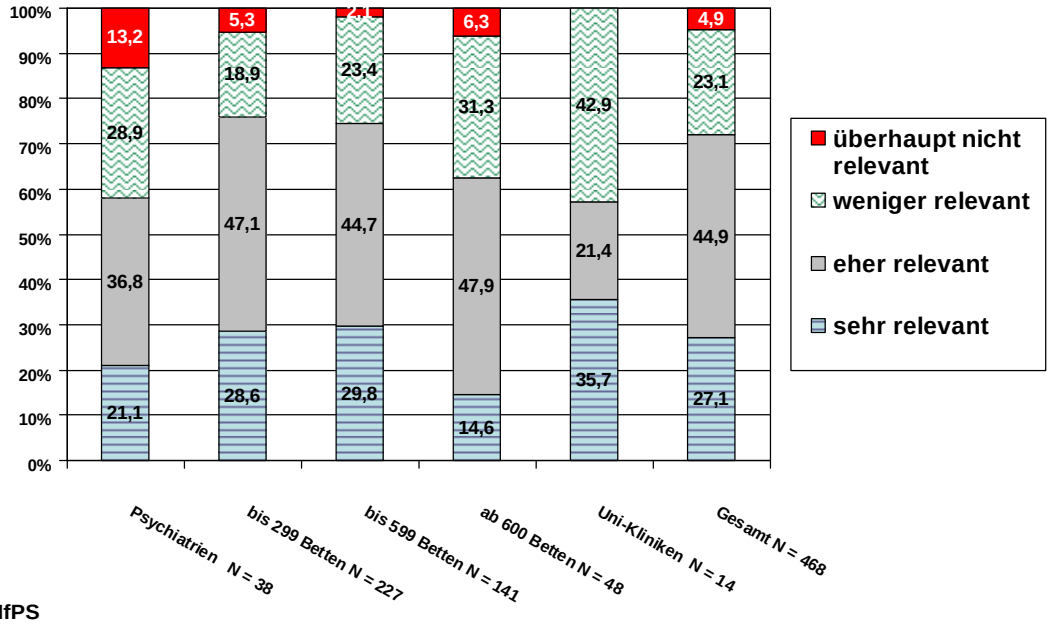
Fast 30% der Befragten sehen wenig oder keine Relevanz für Fortbildungen zum Thema „Kommunikation mit von Zwischenfällen betroffenen Patienten und Angehörigen“ (10.1h), etwa genauso viele, wie dies für ein sehr relevantes Fortbildungsthema halten.

10.1a Fortbildungsbedarf für unser Krankenhaus in Bezug auf kRM…
- CIRS



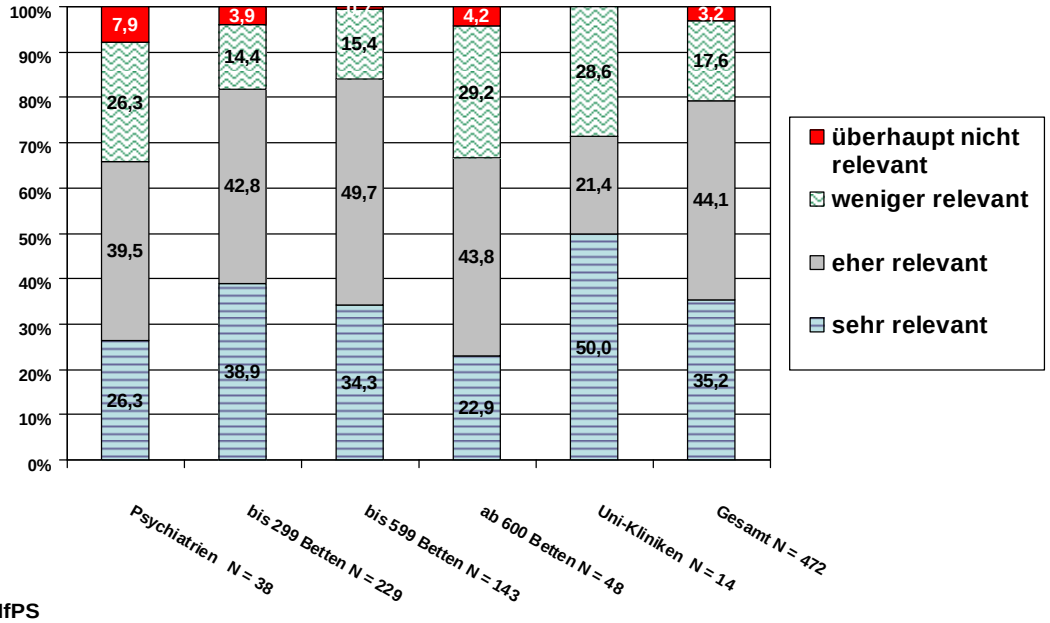
© IfPS

10.1b Fortbildungsbedarf für unser Krankenhaus in Bezug auf kRM…
- Methoden der Risikoinformationssammlung (ohne CIRS)



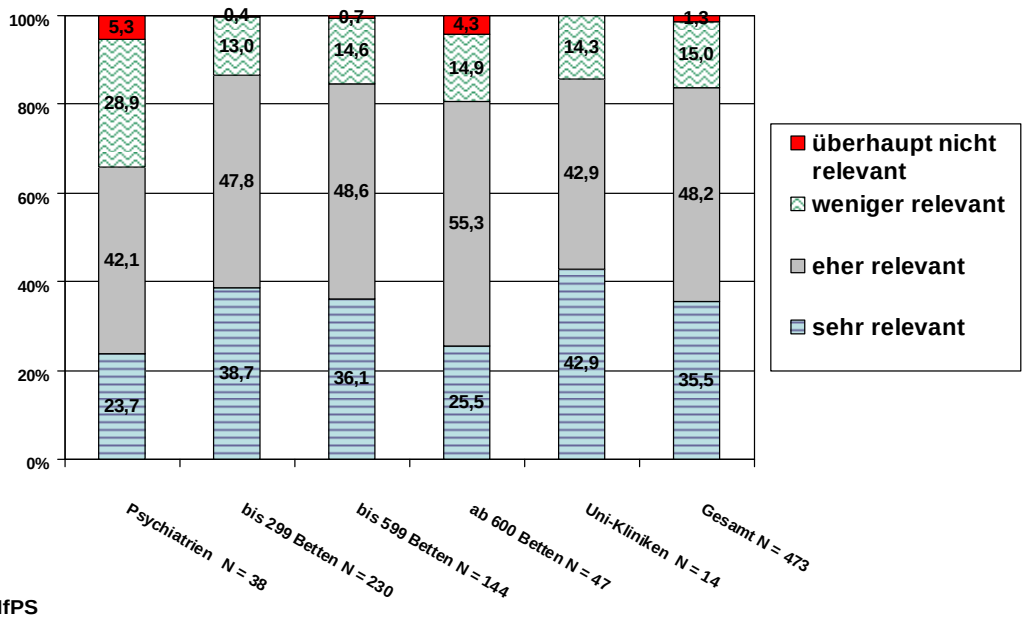
© IfPS

10.1c Fortbildungsbedarf für unser Krankenhaus in Bezug auf kRM…
- Risikoanalyse und Bewertung



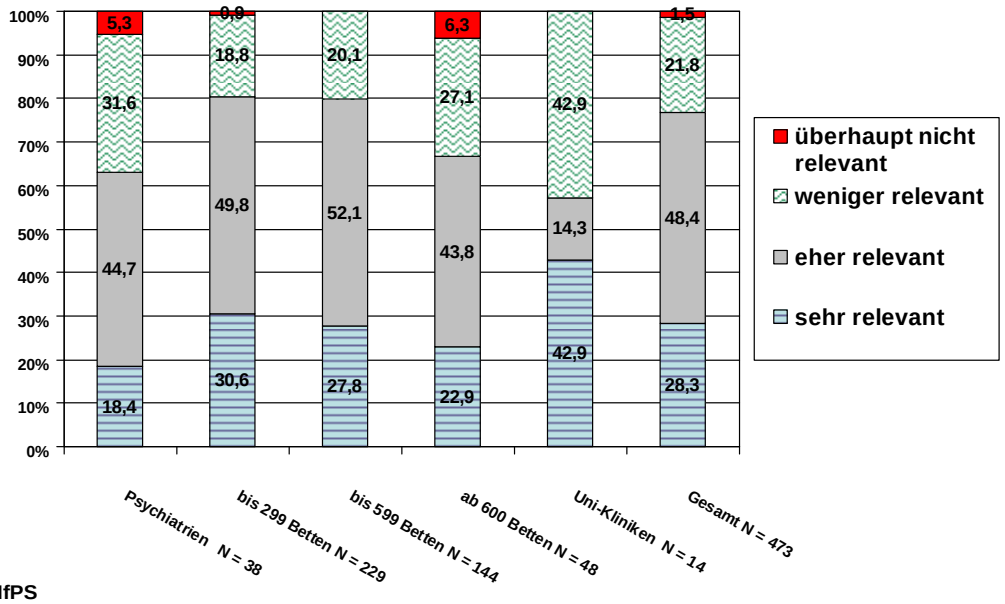
© IfPS

10.1d Fortbildungsbedarf für unser Krankenhaus in Bezug auf kRM…
- Maßnahmen zur Risikobeeinflussung / -steuerung



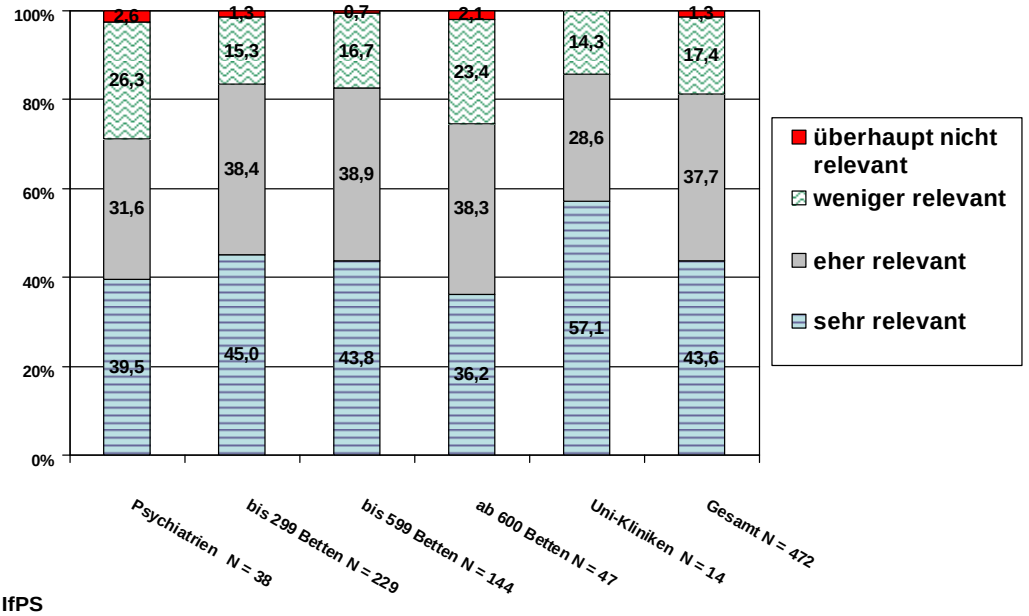
© IfPS

10.1e Fortbildungsbedarf für unser Krankenhaus in Bezug auf kRM…
- Risiko-Überwachung



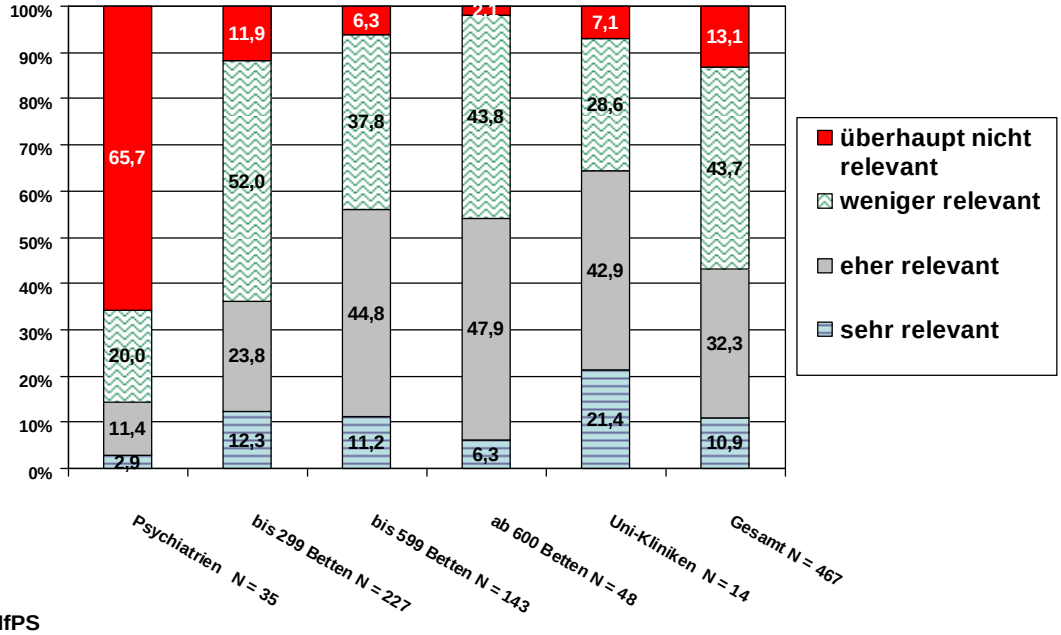
© IfPS

10.1f Fortbildungsbedarf für unser Krankenhaus in Bezug auf kRM…
- Förderung der Sicherheitskultur



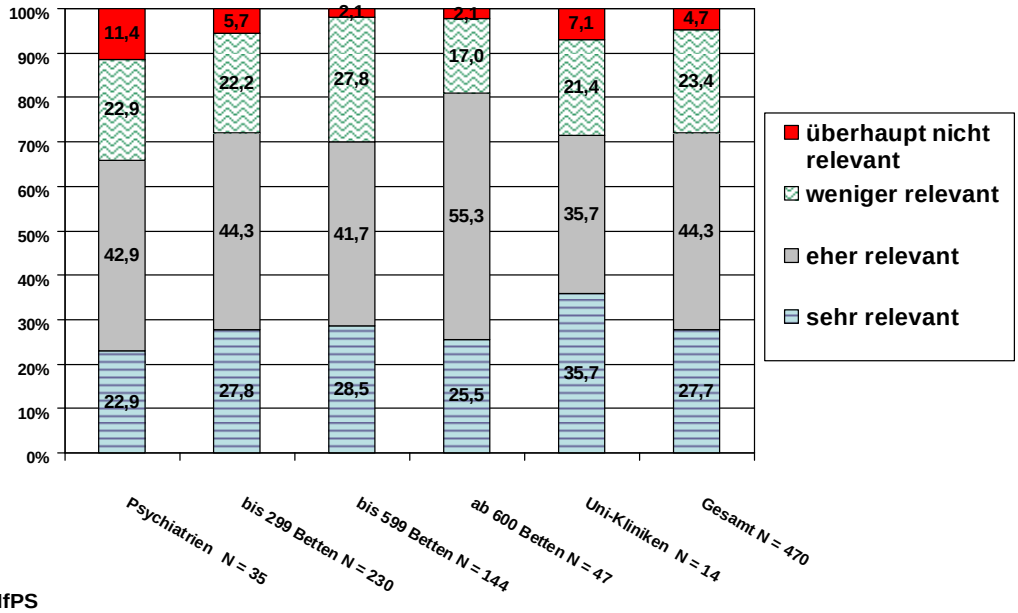
© IfPS

10.1g Fortbildungsbedarf für unser Krankenhaus in Bezug auf kRM…
- Simulator- / Simulationstraining (OP´s, Notfälle etc.)



© IfPS

10.1h Fortbildungsbedarf für unser Krankenhaus in Bezug auf kRM…
- Kommunikation mit betroffenen Patienten / Angehörigen



© IfPS

3.12 Risikoschwerpunkte

In diesem Teil der Befragung wurden die Krankenhäuser gebeten, aus einer vorgegebenen Liste die zwei vermutlich wichtigsten Risikoschwerpunkte in Ihrer Klinik auszuwählen. In der Betrachtung des Gesamtbildes hat sich mit deutlichem Abstand die Schnittstellenproblematik (Aufnahme, Entlassung, Abteilungswechsel, Übergaben) als erstrangiges Risikofeld in der Sicht der Krankenhäuser gezeigt. Es rangiert mit 46,5% der Nennungen vor den Risikoschwerpunkten Arzneimitteltherapie (34,3%) und nosokomiale Infektionen / Hygiene (32,2%).

Die Antworten zu dieser Frage lassen auch die zuvor mehrfach unterstellten Unterschiede in den klinischen Risikoprofilen der Einrichtungen entsprechend ihres Versorgungsschwerpunktes sichtbar werden. So wird die Arzneimitteltherapie in den psychiatrischen Kliniken noch vor den Schnittstellenproblemen als Hauptrisikoschwerpunkt genannt, auch Stürze und Diagnosefehler nehmen dort einen vergleichsweise hohen Rangplatz ein. Kein Risiko stellen dort nachvollziehbarerweise Operationsfehler und Risiken durch Medizintechnik und Geräte dar. Letzteres spielt aber in den von High-Tech geprägten Universitätsklinika eine größere Rolle als in anderen Kliniktypen.

Es bleibt als ein Hauptbefund festzuhalten, dass zumindest in Allgemeinkrankenhäusern unterschiedlicher Größe das klinische Risikoprofil auf den ersten Rangplätzen 1-4 identisch und auch ansonsten überwiegend vergleichbar ist.

11. Wo vermuten Sie nach Ihren Erkenntnissen die zwei wichtigsten klinischen Risikoschwerpunkte in Ihrem Krankenhaus?

Rang	Klinische Risikoschwerpunkte Allgemeinkrankenhäuser 50-299 Betten N = 232	N	%
1.	Schnittstellen (Aufnahme, Entlassung, Abteilungswechsel, Übergaben)	98	41,9 %
2.	Nosokomiale Infektionen / Hygiene	73	31,2 %
3.	Arzneimitteltherapie	67	28,6 %
4.	Wechselnde Risikoschwerpunkte	52	22,2 %
5.	Stürze	32	13,7 %
6.	Verwechslung von Patienten, Proben, Befunden (Identifikation)	25	10,7 %
7.	Diagnosefehler	20	8,5 %
7.	Operationsfehler	20	8,5 %
9.	Keine Identifikation von Risikoschwerpunkten möglich	15	6,4 %
10.	Notfallversorgung bei stationär bereits aufgenommenen Patienten	10	4,3 %
11.	Sonstige	7	3,0 %
12.	Medizintechnik, Geräte	5	2,1 %

Rang	Klinische Risikoschwerpunkte Allgemeinkrankenhäuser 300-599 Betten N = 145	N	%
1.	Schnittstellen (Aufnahme, Entlassung, Abteilungswechsel, Übergaben)	74	50,7 %
2.	Nosokomiale Infektionen / Hygiene	54	37,0 %
3.	Arzneimitteltherapie	50	34,2 %
4.	Wechselnde Risikoschwerpunkte	24	16,4 %
5.	Verwechslung von Patienten, Proben, Befunden (Identifikation)	19	13,0 %
6.	Operationsfehler	11	7,5 %
6.	Stürze	11	7,5 %
8.	Keine Identifikation von Risikoschwerpunkten möglich	8	5,5 %
9.	Medizintechnik, Geräte	7	4,8 %
10.	Sonstige	6	4,1 %
11.	Diagnosefehler	4	2,7 %
12.	Notfallversorgung bei stationär bereits aufgenommenen Patienten	3	2,1 %

11. Wo vermuten Sie nach Ihren Erkenntnissen die zwei wichtigsten klinischen Risikoschwerpunkte in Ihrem Krankenhaus?

Rang	Klinische Risikoschwerpunkte Allgemeinkrankenhäuser ab 600 Betten N = 49	N	%
1.	Schnittstellen (Aufnahme, Entlassung, Abteilungswechsel, Übergaben)	34	69,4 %
2.	Nosokomiale Infektionen / Hygiene	16	32,7 %
3.	Arzneimitteltherapie	14	28,6 %
4.	Wechselnde Risikoschwerpunkte	8	16,3 %
5.	Verwechslung von Patienten, Proben, Befunden (Identifikation)	6	12,2 %
6.	Operationsfehler	3	6,1 %
7.	Sonstige	2	4,1 %
7.	Keine Identifikation von Risikoschwerpunkten möglich	2	4,1 %
7.	Diagnosefehler	2	4,1 %
10.	Notfallversorgung bei stationär bereits aufgenommenen Patienten	1	2,0 %
10.	Medizintechnik, Geräte	1	2,0 %
12.	Stürze	0	0 %

Rang	Klinische Risikoschwerpunkte Universitätskliniken N = 15	N	%
1.	Schnittstellen (Aufnahme, Entlassung, Abteilungswechsel, Übergaben)	8	53,3 %
1.	Arzneimitteltherapie	8	53,3 %
1.	Nosokomiale Infektionen / Hygiene	8	53,3 %
4.	Sonstige	2	13,3 %
4.	Medizintechnik, Geräte	2	13,3 %
6.	Wechselnde Risikoschwerpunkte	1	6,7 %
7.	Notfallversorgung bei stationär bereits aufgenommenen Patienten	0	0 %
7.	Keine Identifikation von Risikoschwerpunkten möglich	0	0 %
7.	Diagnosefehler	0	0 %
7.	Stürze	0	0 %
7.	Verwechslung von Patienten, Proben, Befunden (Identifikation)	0	0 %
7.	Operationsfehler	0	0 %

11. Wo vermuten Sie nach Ihren Erkenntnissen die zwei wichtigsten klinischen Risikoschwerpunkte in Ihrem Krankenhaus?

Rang	Klinische Risikoschwerpunkte Psychiatrien N = 39	N	%
1.	Arzneimitteltherapie	27	67,5 %
2.	Schnittstellen (Aufnahme, Entlassung, Abteilungs-wechsel, Übergaben)	11	27,5 %
3.	Stürze	7	17,5 %
4.	Diagnosefehler	6	15,0 %
5.	Wechselnde Risikoschwerpunkte	5	12,5 %
6.	Nosokomiale Infektionen / Hygiene	5	12,5 %
7.	Sonstige	3	7,5 %
8.	Verwechslung von Patienten, Proben, Befunden (Identifikation)	3	7,5 %
9.	Keine Identifikation von Risikoschwerpunkten möglich	2	5,0 %
10.	Notfallversorgung bei stationär bereits aufgenommenen Patienten	1	2,5 %
11.	Medizintechnik, Geräte	0	0 %
12.	Operationsfehler	0	0 %

Rang	Klinische Risikoschwerpunkte Gesamtgruppe N = 480	N	%
1.	Schnittstellen (Aufnahme, Entlassung, Abteilungs-wechsel, Übergaben)	225	46,5 %
2.	Arzneimitteltherapie	166	34,3 %
3.	Nosokomiale Infektionen / Hygiene	156	32,2 %
4.	Wechselnde Risikoschwerpunkte	90	18,8 %
5.	Verwechslung von Patienten, Proben, Befunden (Identifikation)	53	11,0 %
6.	Stürze	50	10,3 %
7.	Operationsfehler	34	7,0 %
8.	Diagnosefehler	32	6,6 %
9.	Keine Identifikation von Risikoschwerpunkten möglich	27	5,6 %
10.	Sonstige	20	4,1 %
11.	Notfallversorgung bei stationär bereits aufgenommenen Patienten	15	3,1%
11.	Medizintechnik, Geräte	15	3,1 %

3.12 Abschlussbewertung / Zertifizierung

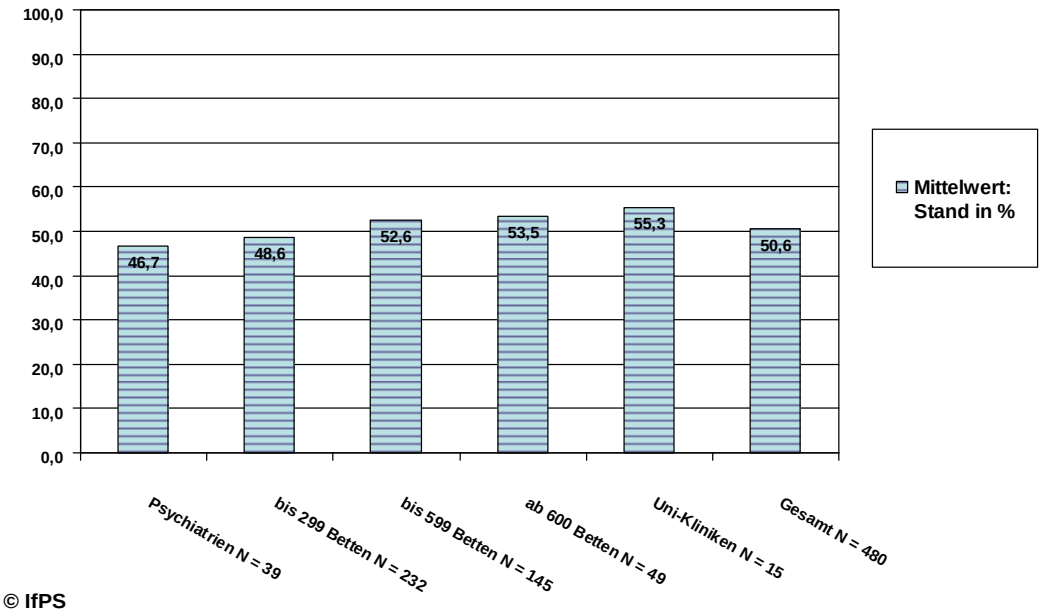
Im vorletzten Abschnitt des Erhebungsinstruments wurde eine Selbsteinschätzung der Befragungsteilnehmer in Hinblick auf die eigenen kRM-Aktivitäten erbeten. Im statistischen Mittel sehen sich die Befragten bei der Einführung von kRM (12a) genauso weit wie andere Häuser aus ihrer Referenzgruppe. Hingegen glauben die Befragten im Mittel, dass sie bezogen auf die eigenen Fernziele (12b) für das klinische Risiko-Management etwa 39% des Angestrebten erreicht haben.

Sieht man die Selbstbeurteilung von Wirksamkeit und Nutzen (12c) der umgesetzten kRM-Maßnahmen, so wird in der Gesamtgruppe nur sehr selten ein negatives Votum dazu abgegeben. Weit überwiegend werden die Maßnahmen als wirksam und nützlich angesehen, dabei steigt die positive Einschätzung bei den Allgemein-Krankenhäusern auch tendenziell mit der Größe. Jeder fünfte Befragte, dabei noch mehr in Psychiatrien, äußert sich unentschieden

zu dieser Frage. Inwieweit die Selbsteinschätzung des Nutzens von kRM jeweils auf belastbare Daten aus dem Risiko-Monitoring gestützt ist, wurde nicht direkt erfragt und kann daher nicht beurteilt werden.

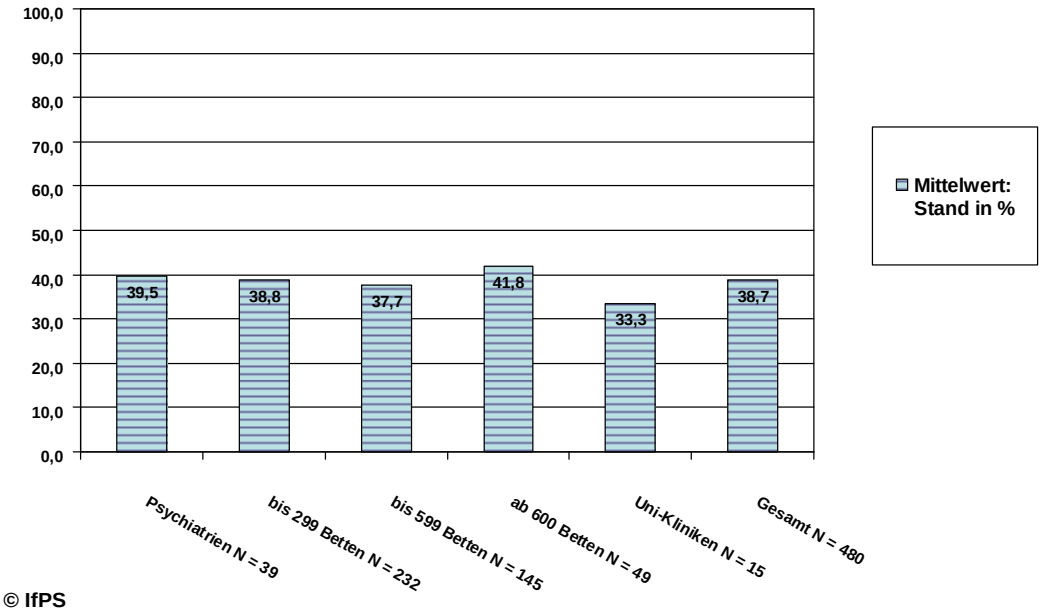
Im letzten Fragebogenteil wurde unter anderem die Teilnahme an Zertifizierungsverfahren thematisiert (13a). Tabelle 13a gibt die entsprechenden, mit den Markanteilen der Systeme insgesamt korrespondierenden Verteilungen wieder.

12 a. Wo vermuten Sie, steht heute Ihr Krankenhaus in Bezug auf die Einführung von kRM im Vergleich zum Durchschnitt (50 % = genauso weit) anderer Krankenhäuser Ihres Typs/Versorgungsschwerpunktes?



© IfPS

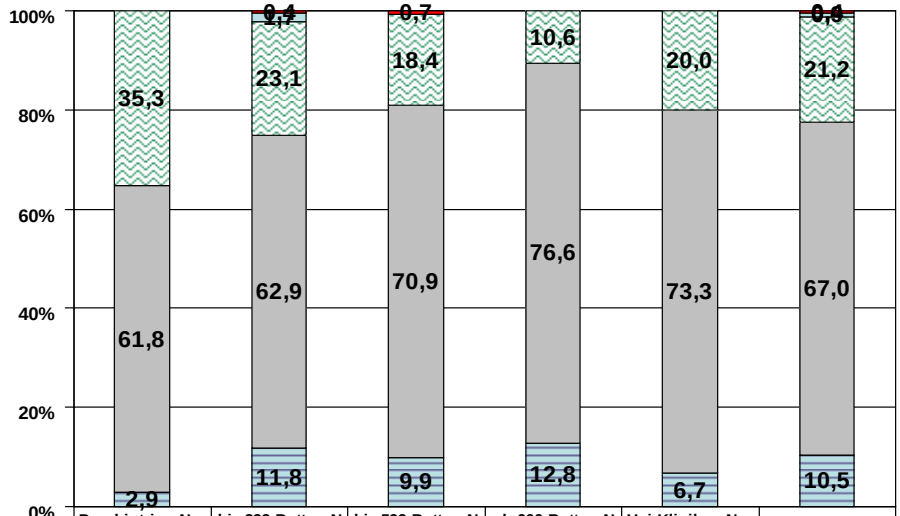
12 b. Wo glauben Sie, steht heute Ihr Krankenhaus in Bezug auf Ihre eigenen Fernziele für das kRM? (0 % = noch nichts davon erreicht, 100 % = alles schon erreicht)



© IfPS

12 c. Wie beurteilen Sie insgesamt Wirksamkeit und Nutzen der von Ihnen bereits in die Umsetzung gebrachten Maßnahmen des kRM?

© IfPS



	Psychiatrien N = 34	bis 299 Betten N = 229	bis 599 Betten N = 141	ab 600 Betten N = 47	Uni-Kliniken N = 15	Gesamt N = 466
sehr negativ		0,4	0,7			0,4
überwiegend negativ		1,7				0,9
unentschieden	35,3	23,1	18,4	10,6	20,0	21,2
überwiegend positiv	61,8	62,9	70,9	76,6	73,3	67,0
sehr positiv	2,9	11,8	9,9	12,8	6,7	10,5

13 a. Unser Krankenhaus nimmt an einem Zertifizierungsverfahren teil (Mehrfachnennungen möglich):

Verfahren	Psychiatrien N = 40	Allgemein-krankenhäuser 50 - 299 Betten N = 234	Allgemein-krankenhäuser 300 - 599 Betten N = 146	Allgemein-krankenhäuser ab 600 Betten N = 49	UNI-Kliniken N = 15	Gesamt-Gruppe N = 484
Nein	2 (5,0%)	18 (7,7%)	2 (1,4%)	1 (2,0%)	-	23 (4,8 %)
Nein, aber geplant	-	15 (6,4%)	7 (4,8%)	1 (2,0%)	-	23 (4,8%)
Nach KTQ	24 (60,0%)	114 (48,7%)	81 (55,5%)	19 (38,8%)	3 (20,0%)	241 (49,8%)
Nach ProCumCert	3 (7,5%)	24 (10,3%)	27 (18,5%)	1 (2,0%)	-	55 (11,4%)
Nach DIN ISO 9001	12 (30,0%)	72 (30,8%)	61 (41,8%)	29 (59,2%)	11 (73,3%)	185 (38,2%)
Nach JCI (Joint Commission International)	-	-	-	2 (4,1%)	-	2 (0,4%)
Nach EFQM	2 (5,0%)	1 (0,4%)	1 (0,7%)	1 (2,0%)	-	5 (1,0%)
Zertifizierung von Fachabteilungen (z.B. nach Fachgesellschaftsverfahren)	3 (7,5%)	74 (31,6%)	89 (61,0%)	40 (81,6%)	12 (80,0%)	218 (45,0%)
Andere	7 (17,5%)	23 (9,8%)	23 (15,8%)	9 (18,4%)	3 (20,0%)	65 (13,4%)

4. Zusammenfassung, Diskussion und Ausblick

Patientensicherheit ist ein international zunehmend beachtetes Thema seit der Publikation des US-amerikanischen Berichts „To err is human“ zur Jahrtausendwende [20]. Der Bericht mit beunruhigenden Zahlen über vermeidbare Medizinschäden und Behandlungsfehler in den USA war im gesundheitspolitischen Kontext eine Art „Urknall“ für eine Diskussion, die in Deutschland bis in die aktuelle Debatte zum Patientenrechtegesetz hinein reicht. Eine Leitfrage dieser Debatte ist, ob die Einrichtungen des Gesundheitswesens ausreichende Anstrengungen unternehmen, um durch klinisches Risiko-Management für die Patienten fehlerbedingte Behandlungsschäden präventiv zu vermindern?

Grundsätzlich kann man die Bemühungen der Leistungserbringer um die Patientensicherheit auf der Ebene von Strukturen, Prozessen und Ergebnissen abbilden. Die Ergebnisdimension ist aus methodischen Gründen am schwierigsten abzubilden, weshalb nationale oder internationale Bestandsaufnahmen sich mit Befragungsmethoden auf die Erhebung des Status Quo zur Umsetzung des klinischen Risiko-Managements zunächst auf Strukturen und Prozesse richten. Eine Untersuchung zur Lage in sieben europäischen Ländern [6] ohne deutsche Beteiligung deutet an, dass im internationalen Vergleich eine große Heterogenität in der Umsetzung von Qualitätsmanagement und kRM im Bereich von Krankenhäusern existiert. Die 2007/08 durchgeführte und inzwischen im Jahr 2010 wiederholte nationale Erhebung für Schweizer Krankenhäuser [14] hat ergeben, dass dort bei bereits relativ hohem Ausgangsniveau durch Einbettung in Unternehmensstrategien kRM-Strukturen ausgebaut und Prozesse zur Steigerung der Patientensicherheit zunehmend systematisiert und professionalisiert werden.

Da für den Status Quo zum kRM in deutschen Krankenhäusern bislang kaum detaillierte Daten vorhanden waren und ohne eine Art Ausgangsbestimmung nationale Entwicklungen schwer abschätzbar wären [21], finanzierte der AOK-Bundesverband dem Aktionsbündnis Patientensicherheit als Förderbeitrag zur Gründung des ersten deutschen Instituts für Patientensicherheit an der Universität Bonn diese Krankenhausbefragung. Es ist unstrittig, dass in Ergänzung zu solchen auf Selbstauskünften beruhenden Erhebungen möglichst kurzfristig methodisch belastbare Verfahren entwickelt werden müssen, welche Patientensicherheit auch einrichtungsbezogen vergleichbar auf der Ebene von Ergebnisqualität darstellen können. Zu Fragestellungen wie der

Validierung von Patientensicherheitsindikatoren aus Routinedaten (PSI) und Messkonzepten für relevante Patientensicherheitsmerkmale führt das IfPS daher in Ergänzung zu dieser Erhebung aktuell mehrere empirische Studien durch (siehe Projekte unter www.ifpsbonn.de).

Inhaltliche Ergebnisse

Ohne dass die kapitelweise in diesem Bericht vorgestellten Ergebnisse und deren Diskussion hier nochmals im Detail aufgegriffen werden sollen, lässt sich der Entwicklungsstand des kRM bei den 484 Befragungsteilnehmern in Grundzügen wie folgt skizzieren:

Noch selten besitzen Krankenhäuser auf detaillierten Strategien beruhende kRM-Gesamtsysteme mit kompletter Durchdringung aller Klinikbereiche und der planvollen Anwendung von kRM-Zyklen in allen klinischen Risikobereichen. Dennoch haben viele Befragungsteilnehmer bereits wichtige Elemente eines klinischen Risiko-Managementsystems mehr oder minder systematisch umgesetzt, in anderen Bereichen wird der Einsatz von kRM-Instrumenten oder -Prozessen schon für die nahe Zukunft geplant oder zumindest diskutiert. Die zahlreichen genannten Planungen und erwähnten Pilotierungen neuer kRM-Elemente in einzelnen Kliniken und Abteilungen deuten bei den meisten Teilnehmern der Studie auf eine allgemeine Aufbruchs- und Lernphase sowie eine schritt- und stufenweise Umsetzungsstrategie bei der Organisationsveränderung in Hinblick auf kRM hin.

Wie auch in der Schweizer Ausgangserhebung 2007/2008 [13] festgestellt, ist in deutschen Krankenhäusern noch wenig Fachpersonal ausschließlich für das kRM eingesetzt, sondern überwiegend nur mit Stellenanteilen hiermit beschäftigt. Besprechungen zu kritischen Vorfällen, Schäden und Fehlern sind in den Krankenhäusern zumeist existent, aber vielfach unzureichend ausgestaltet, da sie nur in 60% berufsgruppenübergreifend oder mit klinischem Personal durchgeführt werden. Fast zwei Drittel der befragten Krankenhäuser haben externe Beratung bei der Planung und Umsetzung von kRM und dann überwiegend mehrfach in Anspruch genommen.
Wesentliche Teile der Befragung zielten darauf ab, möglichst konkret die Ausgestaltung des kRM-Zyklus in den Häusern zu erfassen: Bei Präferenz gewisser Erhebungsmethoden wird das komplette Spektrum von Instrumenten zur Risikoinformationssammlung in der Gesamtgruppe der befragten Häuser

genutzt. Jede Klinik nutzt ein eigenes Set von Methoden der Risikoinformationssammlung, allerdings mangelt es noch an der systematischen Zusammenführung der Risikoinformationen und Analyseergebnisse an einer Stelle im Klinikum.
Ein lokales CIRS zur Risikoinformationssammlung haben fast 48% der Befragten im Einsatz, aber mit 2,2 Jahren noch vergleichsweise kurz und mit einem ausbaufähigen Durchdringungsgrad von 35,5% der Abteilungen / Kliniken / Funktionsbereiche. In der Schweiz hatten bei der Ausgangserhebung [23] 2007/2008 bereits über 75% der Befragten ein CIRS im Einsatz, davon 63% spitalweit.

Die Risikoanalyse als zweiter Schritt des kRM-Zyklus wird noch selten regelhaft mittels standardisierter Verfahren durchgeführt. Im Gesamtbild der abgefragten und umgesetzten Sicherheitsaktivitäten gehören die Maßnahmen zur Erhöhung der Arzneitherapiesicherheit, zur Sturz- und Dekubitusprophylaxe, zu Hygiene- und Infektionsschutz, zur sicheren Patientenidentifikation und zum OP-Management mit Checklisten wie auch das Entlassungsmanagement bereits zu den etablierteren, wenngleich nicht flächendeckend systematisch umgesetzten Prozessen. Bislang wird erst eine Minderzahl der Maßnahmen (Spektrum zwischen 22,7% und 56,6%) aus systematischer Ableitung im Sinne des kRM-Zyklus ergriffen, sondern aus anderen Gründen ein- und durchgeführt. Für die Überwachung klinischer Risiken nutzen die Krankenhäuser bereits überwiegend administrative Routinedaten sowie eigene Kennzahlen, aber auch (methodisch limitierte) Parameter wie Schadensmeldungen und CIRS-Berichte pro Zeiteinheit.

Eine Berichterstattung der Schadens- und Zwischenfallstatistiken sowie der kRM-Aktivitäten ist insgesamt noch nicht üblich. Es überwiegt die interne gegenüber der externen Berichterstattung, was auch ein Indiz für die Unsicherheit im Umgang mit dem Thema Patientensicherheit im öffentlichen Raum ist. Verbesserungsbedarf wird selbstkritisch in fast allen abgefragten Bereichen gesehen, sowohl bei den finanziellen und personellen Ressourcen, als auch vor allem im Bereich der Organisations- und Fehlerkultur und der internen Zusammenarbeit. Die Antworten der Kliniken lassen darauf schließen, dass sie einen erheblichen Fortbildungsbedarf im Bereich des klinischen Risiko-Managements sehen.

Von den Studienteilnehmern angegebene Risikoschwerpunkte und Risikoprofile sind in Allgemeinkrankenhäusern unabhängig von der Größe identisch. Hervorhebenswert ist dabei die klare Führungsposition von Schnittstellenproblemen (46,5%) vor Arzneitherapie (34,4%) und Krankenhausinfektionen/Hygiene (32,2%). Unter dem Stichwort „hand-over"-Problematik wird das Thema der Risiken bei Aufnahme, Entlassung und bei Abteilungs- und Schichtwechseln bereits intensiv im internationalen Patientensicherheitsdiskurs behandelt.

Die zum Abschluss der Befragung erhobene Selbstbewertung der Kliniken erbrachte den Befund, dass die Befragten sich in Bezug auf die kRM-Entwicklung im Durchschnitt gleichauf mit anderen Kliniken sahen, aber weniger als die Hälfte der eigenen Fernziele für das kRM erreicht hatten, wobei die meisten Häuser (77,5%) Nutzen und Wirksamkeit der eigenen kRM-Maßnahmen sehr positiv oder positiv einschätzten.

Der durchgängig für die Ergebnisdarstellung in diesem Bericht genutzte Vergleich der fünf Krankenhausreferenzgruppen erbrachte für die wenigsten Merkmale den Befund relevanter Größenklasseneffekte z.B. im Sinne der Feststellung, dass größere Häuser weiter in der kRM-Umsetzung sind. Allerdings wurde ein gewisser Sonderstatus der Psychiatrie erkennbar. Bei den psychiatrischen Kliniken hat dies sicher mit einer anderen Patientenklientel und damit zusammenhängend zu Allgemeinkrankenhäusern unterschiedlichem klinischen Risikoprofil zu tun.

Limitationen der Untersuchung

Die Befragung war querschnittlich und hat sich auf die Erhebung von Strukturen und Prozessen des kRM sowie die Selbsteinschätzung von Fortbildungs-, Verbesserungsbedarf und erreichten Zielen fokussiert. Sicherheitskultur als Teil der Organisationskultur der Einrichtungen wurde ebenso wenig erfasst wie auf die Patientensicherheit bezogene Versorgungsergebnisse („outcomes"). Die Befragung fand auf Basis freiwilliger Teilnahme und von vertraulichen Selbstauskünften statt. Damit erheben sich Fragen nach der Repräsentativität der Teilnehmerstichprobe für die deutschen Krankenhäuser wie auch nach der Zuverlässigkeit der Antworten.

Die Repräsentativität der Studie für die 1815 deutschen Krankenhäuser mit mehr als 50 Betten ist mit gewissen Einschränkungen gegeben. Typisch für Vollerhebungen unter Krankenhäusern haben sich zwar nach den Ergebnissen größere Häuser überproportional an der Studie beteiligt. Insofern wären unter der Annahme von ausgeprägten Größenklasseneffekten der erfragten Merkmale zur kRM-Umsetzung nur eingeschränkte Interpretationen der Gesamtgruppenergebnisse zulässig. Die in diesem Ergebnisbericht durchgängig gewählte Form der Ergebnisdarstellung mit Ausweis von Referenz- und Größenklassengruppen bei den Allgemeinkrankenhäusern hat aber gezeigt, dass sich nur sehr wenige Merkmale und dann auch nur moderat systematisch mit der Größe verändern. Insofern hat die unterschiedliche Response nach Größenklassen kaum Effekte auf die Ergebnisse insgesamt.
Limitationen ergeben sich möglicherweise auch in Bezug auf die Aussagekraft einiger Antworten. Die analog zu den Schweizer Befragungen genutzte Entwicklungsskala hatte in der Anwendung dieser Studie spezifische Unschärfen. So etwa ist nicht eindeutig, ob die Antwortkategorie „unsystematisch" eine nicht durchgängige Umsetzung innerhalb aller Abteilungen des Krankenhauses meint oder unvollständig, nicht regelmäßig oder nicht lege artis durchgeführte kRM-Prozesse in den Abteilungen oder sogar beides. Distinkte und insofern detailliertere Antwortkategorien wären aber bei der Fülle der Fragen schwierig umsetzbar gewesen.

Ähnlich sind die exakten Durchdringungsgrade der kRM-Aktivitäten in den Abteilungen und Untergliederungen der Kliniken mit der hier möglichen Befragungstiefe nur schwer einschätzbar. Um ein präzises Bild über die Situation der kRM-Umsetzung in einzelnen Fachabteilungen bzw. medizinischen Fachgebieten zu gewinnen, bedarf es dezidierter Teilbefragungen wie z.B. für die Anästhesie [22].

Eine weitere Einschränkung der Studie in Bezug auf das gewählte Erhebungsinstrument ergibt sich aus der Sonderrolle von Psychiatrie und Psychosomatik, die in folgenden Originalzitaten aus den Freitextantworten von Teilnehmern zum Ausdruck gebracht wird:

> „Der Fragebogen berücksichtigt die Belange der Pychiatrien (ca. 200 in D) und psychiatrischen Abteilungen (ca. 200 in D) nicht ausreichend, z.B. besondere Vorkommnisse (wie Suizide, Entweichungen, Umgang mit der Aufnahme von

gefährdeten Patienten bei Überbelegung, Gewaltübergriffe oder Zuverlegung somatisch schwer kranker Patienten).“

„Klinisches Risikomanagement in der Psychiatrie braucht eigene Definitionen!“

„Einige Fragen sind für eine Psychosomatische Klinik nicht relevant.“

„Bei einigen Fragen ist "noch nicht damit befasst" nicht ausreichend, es fehlt "trifft nicht zu". So ist der Fragebogen zu "somatiklastig". Dies ist ein Bias!“

Abschließend soll in diesem Abschnitt die Reliabilität der Angaben angesprochen werden, und zwar zunächst unter dem Aspekt, inwiefern bei dem „heiklen“ Thema Patientensicherheit eine Tendenz zur sozialen Erwünschtheit der Antworten der Krankenhäuser vermutet werden kann. Neben der Aufforderung in der Fragebogeneinleitung zu ehrlichen Antworten, weil durch geschönte Antworten der Wert der Feed-back-Reports für alle Studienteilnehmer geschmälert würde, könnte die Anonymisierung der Daten über eine bewährte Vertrauensstelle einen Beitrag dazu geleistet haben, dass die Antworten weitgehend den tatsächlichen Verhältnissen entsprechen. Für die prinzipielle Reliabilität der Antworten spricht insbesondere die große Streuung der Angaben, die belegt, dass die Teilnehmer in einer Reihe von Bereichen das kRM noch wenig oder wenig systematisch umgesetzt haben und insofern auch in ihren Selbsteinschätzungen noch Verbesserungsbedarf sehen. Darüber hinaus wären auch 60% der Teilnehmer eindeutig (35%) oder zumindest eventuell (25%) bereit gewesen, sich nach der Befragung vor Ort von Mitarbeitern des IfPS als Forschungsinstitut besuchen und zu ihren Angaben genauer befragen zu lassen. Auch dies würde die Zuverlässigkeit der Angaben zumindest im Grundsatz bestätigen.

Ausblick

Um diese nationale Querschnittserhebung zu einer längsschnittlichen Betrachtung und Trendanalyse weiter entwickeln zu können, sollte diese Befragung im Jahr 2013 oder 2014 wiederholt werden. So könnten auch länderübergreifende Vergleiche (D – CH) einschließlich der Betrachtung von Qualität und Geschwindigkeit der kRM-Entwicklung zum transnationalen Lernen genutzt werden.

5. Literatur

[1] Middendorf C. Klinisches Risikomanagement – Implikationen, Methoden und Gestaltungsempfehlungen. Münster: LIT-Verlag, 2005

[2] Brand CA, Tropea J, Ibrahim JE, Elkadi SO, et al. Measurement for improvement: a survey of current practice in Australian public hospitals. MJA 2008; 189(1): 35-40

[3] Farley DO, Haviland A, Champagne S, Jain AK, et al. Adverse-event-reporting practices by US hospitals: results of a national survey. Qual. Saf Health Care 2008; 17: 416-23

[4] Longo DR, Hewett JE, Ge B, Schubert S. The long road to patient safety – a status report on patient safety systems. JAMA 2005; 294: 2858-65

[5] Makai P, Klazinga N, Wagner C, Boncz I, Gulacsi L. Quality management and patient safety: survey results from 102 Hungarian hospitals. Health Policy 2009; 89: 175-80

[6] Lombarts MJMH, Rupp I, Vallejo P, Suñol R, Klazinga NS. Application of quality improvement strategies in 389 european hospitals: results of the MARQuIS project. Qual Saf Health Care 2009, 18 (Suppl I): i28-i37

[7] Colla JB, Bracken AC, Kinney LM, Weeks WB. Measuring patient safety climate: a review of surveys. Qual. Saf Health Care 2005; 14: No.5: 364-366

[8] Flin R, Burns C, Mearns K, Yule S, et al. Measuring safety climate in health care. Qual. Saf Health Care 2006; 15: No 2: 109-15

[9] Nieva VF, Sorra J. Safety culture assessment: a tool for improving patient safety in healthcare organizations. Qual. Saf Health Care 2003; 12 Suppl 2: ii17-ii23

[10] Hellings J, Schrooten W, Klazinga N, Vleugels A. Challenging patient safety culture: survey results. Int. J. of Health Care Qual. Assur. 2007; 20: No.7: 620-32

[11] Manser T, Kessler O, Briner M, Pfeiffer Y, Wehner T. Klinisches Risikomanagement in Schweizer Spitälern. Schweizerische Ärztezeitung 2007; 88: 2168-9

[12] Briner M, Kessler O, Pfeiffer Y, Wehner T & Manser T. Assessing hospitals' clinical risk management: Development of a monitoring instrument. BMC Health Services Research 2010, 10: 337. DOI: http://dx.doi.org/10.1186/1472-6963-10-337

[13] Briner M, Kessler O, Pfeiffer Y, Wehner T & Manser T. Erste Schweizer Erhebung zum klinischen Risikomanagement im Spital. Zusammenfassung der Ergebnisse. Schweizerische Ärztezeitung 2009, 90 (15/16), 635-638

[14] Briner M. Zweites nationales Monitoring zum klinischen Risikomanagement im Spital. Zusammenfassung der Ergebnisse. Schweizerische Ärztezeitung 2011, 92 (12): 463-466

[15] Briner M, Manser T, Kessler O. Clinical risk management in hospitals: Strategy, central coordination and dialogue as key enablers. Journal of Evaluation in Clinical Practice 2012, accepted

[16] Deutsches Krankenhaus-Institut (Hrsg.). Krankenhausbarometer 2008. Düsseldorf: Deutsches Krankenhausinstitut; 2008

[17] Levesque,D.A.; Prochaska,J.M.; Prochaska,J.O.; Dewart,S.R. Organizational Stages and Processes of Change for Continuous Quality Improvement Health Care, Consulting Psychology Journal: Practice and Research 2010; 53: No. 3: 139-53

[18] Prochaska,J.M.; Prochaska,J.O.; Levesque,D.A. A transtheoretical approach to changing organizations. Adm Policy Ment Health 2001; 28 No.4: 247-61

[19] National Quality Forum (NQF). Safe Practices for better Healthcare – 2010 Update: A Consensus Report. Washington DC: NQF; 2010

[20] Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS (Eds.). To err is human: Building a safer health system. 2000, Washington DC: National Academies Press

[21] Lauterberg J. Sicherheitskultur in verdichteten Arbeitsbedingungen – Die Entwicklung in Deutschland in den letzten 10 Jahren. Z Evid Fortbild Qual Gesundhwes 2009; 103 (8): 498-503

[22] Balzer F, Spies C, Schaffartzik W et al. Patient safety in anaesthesia: assessment of status quo in the Berlin-Brandenburg area, Germany. Eur J Anaesth 2011, 28: 749-52

[23] http://www.hslu.ch/ibr_forschungsprojekt_managementsummary_d.pdf

6. Anlage (Originalfragebogen)

“Primum nil nocere“

Zuallererst: Keinen Schaden zufügen

Grundsatz ärztlicher Ethik nach Hippokrates, 4. Jahrhundert vor Christus

Befragung zum Einführungsstand von klinischem Risiko-Management (kRM) in deutschen Krankenhäusern

Durchführung:
Institut für Patientensicherheit der Universität Bonn

universitätbonn

in Zusammenarbeit mit

DEUTSCHES KRANKENHAUS INSTITUT

ETH
Eidgenössische Technische Hochschule Zürich
Swiss Federal Institute of Technology Zurich

Lucerne University of Applied Sciences and Arts
HOCHSCHULE LUZERN
Wirtschaft

und Unterstützung von

BUNDESÄRZTEKAMMER

DEUTSCHE KRANKENHAUS GESELLSCHAFT

AKTIONSBÜNDNIS PATIENTENSICHERHEIT

Deutscher Pflegerat e.V.
Bundesarbeitsgemeinschaft Pflege- und Hebammenwesen

1. Einleitung

Worum geht es?

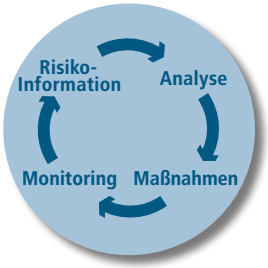
Diese streng vertraulich durchgeführte Krankenhausbefragung hat zwei Ziele. Erstens soll aus übergeordneter Perspektive ein repräsentativer Überblick über den Einführungsstand von klinischem Risiko-Management in deutschen Krankenhäusern geschaffen werden. Zweitens erhalten alle an der Befragung teilnehmenden Krankenhäuser auf Wunsch kostenfrei einen individuellen Report, der für das klinische Risiko-Management einen Vergleich des eigenen Stands mit der Gruppe jeweils vergleichbarer Kliniken (Größe, Versorgungstyp) erlaubt. Hierdurch kann die Weiterentwicklung im Bereich Patientensicherheit, Haftpflicht und der juristischen Absicherung von Krankenhäusern gefördert werden.

Was ist klinisches Risiko-Management?

Als Teil des umfassenden Risiko-Managements, das Krankenhäuser und ihre Träger zur Bestandssicherung und Weiterentwicklung betreiben, beinhaltet das klinische Risiko-Management die Strukturen, Prozesse, Instrumente und Aktivitäten, welche die Krankenhausmitarbeiter dabei unterstützen, die medizinisch-pflegerisch-therapeutischen Risiken bei der Patientenversorgung zu erkennen, zu reduzieren und zu bewältigen (Definition in Anlehnung an Manser et al. 2007). In Methodik und Zielsetzung existieren in der Praxis viele Überschneidungen mit dem Qualitätsmanagement, so dass dort die kRM-Massnahmen häufig ihre organisatorische und personelle Einbettung haben.

Welche Inhalte hat der Fragebogen?

Zunächst wird nach Strategien, Zielen, Strukturen und eventueller Fremdunterstützung des klinischen Risiko-Managements in Ihrem Haus gefragt. Gemäß nebenstehendem Schema des kRM möchten wir erheben, wie Sie Risikoinformationen gewinnen und auswerten, welche Maßnahmen Sie ergriffen haben und wie deren Wirksamkeit überprüft wird? Schließlich erfragen wir, wie Sie Ihre Aktivitäten im kRM dokumentieren und darlegen, welchen Optimierungs- und Fortbildungsbedarf Sie sehen und welche Risikoschwerpunkte Sie erkennen?



Wer unterstützt das Vorhaben?

Die Bundesärztekammer, die Deutsche Krankenhausgesellschaft, der Deutsche Pflegerat und das Aktionsbündnis Patientensicherheit bitten Sie, sich an dieser Erhebung zu beteiligen.

Wer finanziert die Studie und wer ist noch beteiligt?

Die finanziellen Mittel für die Studie wurden dem Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V. (APS) vom AOK-Bundesverband im Rahmen seines Engagements in Sachen Patientensicherheit gemeinnützig und ohne die Bedingung der Dateneinsichtsmöglichkeit und –verwendung zur Verfügung gestellt. Die wissenschaftliche Planung, Durchführung und Ergebnispublikation liegt beim Institut für Patientensicherheit der Universität Bonn, das Deutsche Krankenhausinstitut e.V. (DKI) ist erfahrener Kooperationspartner des Projekts und fungiert unter anderem als Vertrauensstelle für eine zuverlässige Anonymisierung der Befragungsteilnehmer.

Wurde der Fragebogen vorher getestet?

Risiko- und Qualitätsmanager von 11 Krankenhäusern aller Versorgungsstufen sowie 9 Experten auf dem Gebiet der Patientensicherheitsforschung und des klinischen Risiko-Managements haben den Fragebogen in einer Pilotphase gründlich getestet und kritisch kommentiert. Zahlreiche Änderungsvorschläge aus diesem Pretest sind in die vorliegende Form eingeflossen. Im Durchschnitt wurden von den Krankenhausvertretern

35 Minuten für die Bearbeitung des Fragebogens benötigt. Er basiert in wichtigen Teilen auf dem Monitoringinstrument zum kRM, das im Rahmen einer Studie mit ähnlicher Zielsetzung in der Schweiz von der ETH Zürich und der Hochschule Luzern – Wirtschaft im Jahr 2007/2008 entwickelt und eingesetzt wurde.

Ist für jede Betriebsstätte/jede Klinik eine eigene Antwort erforderlich?

Ja! Trotz eventuell zentral vorgegebener Regelungen zum Beispiel bei Klinikverbünden möchten wir wegen der Genauigkeit Antworten der Krankenhäuser auf der Ebene einzelner Betriebstätten.

Warum nur ehrliche und realistische Antworten helfen?

Etwa 60 % der Krankenhäuser stehen nach Ergebnissen des Krankenhaus-Barometers 2008 (DKI) bei der Einführung von klinischem Risiko-Management am Anfang. 21 % haben keine konkreten Planungen, 40 % sind in der Konzeptionsphase. Für eine realistische Bestandsaufnahme in Deutschland ist es in dieser Untersuchung wichtig, dass zuverlässige und nicht etwa wünschenswert erscheinende Antworten gegeben werden. Nur so ist der Ihnen angebotene Report mit einer Rückspiegelung Ihres aktuellen Standes bei der Umsetzung von kRM von Wert für Sie und alle übrigen Teilnehmer.

Wer soll den Fragebogen beantworten?

Dieser Fragebogen sollte möglichst von der Person federführend ausgefüllt werden, die in Ihrem Krankenhaus den besten Überblick über das kRM hat. Eventuell ist es erforderlich, zur genauen Beantwortung der Fragen weitere Personen (z.B. aus den einzelnen Kliniken/ Abteilungen, Hygienefachkraft etc.) hinzu zu ziehen.

Auf welchen Wegen können Sie den Fragebogen beantworten?

Bevorzugt sollten Sie diesen Fragebogen online ausfüllen. Dies verringert für Sie die Bearbeitungszeit und erlaubt den Ausdruck einer pdf-Quittung des ausgefüllten Fragebogens. Für das Forschungsteam stellt es eine große Arbeitserleichterung dar und reduziert mögliche Übertragungsfehler. Unser technischer Partner, die Firma Globalpark AG (www.globalpark.de) in Hürth, garantiert als Weltmarktführer für Befragungen im Internet die höchsten Sicherheitsstandards. Fragen hierzu beantworten wir Ihnen gerne. Sie haben im Anschreiben einen ausschließlich für Sie nutzbaren Einwahl-Code erhalten, mit dem Sie sich in Ihren eigenen Fragebogen einloggen können. Zur Einwahlerleichterung können Sie den Link nach aktiver Abforderung vom DKI (kRM-Befragung@dki.de) auch elektronisch zugesendet bekommen.

Wenn Sie allerdings Bedenken gegen diese Art der Datenübermittlung haben, können Sie mittels des beigefügten Freiumschlags auch den Weg der postalischen Übermittlung des Papierfragebogens an das Deutsche Krankenhausinstitut nutzen.

Rückfragen richten Sie bitte an:

Dr. Jörg Lauterberg
Institut für Patientensicherheit der Universität Bonn
Stiftsplatz 12
53111 Bonn
Tel.: 0228 / 73 83 - 67
E-mail: joerg.lauterberg@ukb.uni-bonn.de

oder

Dr. Karl Blum
Deutsches Krankenhaus-Institut e.V.
Hansaallee 201
40549 Düsseldorf
Tel.: 0211 / 47 051 - 17
E-mail: karl.blum@dki.de

2. Strategien und Ziele des klinischen Risiko-Managements

2.a Gibt es für Ihr Krankenhaus eine verbindliche, schriftlich festgelegte Strategie für das klinische Risiko-Management (kRM)?

❑ ja ❑ nein ❑ teilweise ❑ geplant

2.b Gibt es für Ihr Krankenhaus verbindliche, schriftlich festgelegte strategische Ziele für das kRM (z.B. Verbesserung der Arzneitherapiesicherheit im Bereich Verordnung oder Verteilung/ Medikationsgabe in den nächsten zwei Jahren)?

❑ ja ❑ nein ❑ teilweise ❑ geplant

2.c Gibt es für Ihr Krankenhaus verbindliche, schriftlich festgelegte operative Ziele für das kRM (z.B. Einführung eines standardisierten Sturz-Assessments für ältere Patienten, Reduktion der MRSA-Sepsisfälle auf Intensivstationen um 10 % binnen 2 Jahren)?

❑ ja ❑ nein ❑ teilweise ❑ geplant

2.d Aufgaben, Kompetenzen und Verantwortlichkeiten im kRM sind in Ihrem Krankenhaus klar definiert und MitarbeiterInnen verbindlich zugeordnet

❑ ja ❑ nein ❑ teilweise ❑ geplant

2.e Die Prozesse des kRM (Verfahrensanweisungen, Abläufe, Zuständigkeiten etc.) sind krankenhausweit definiert und dokumentiert, z.B. in einem Handbuch

❑ ja ❑ nein ❑ teilweise ❑ geplant

2.f Die Prozesse des kRM (Verfahrensanweisungen, Abläufe, Zuständigkeiten etc.) sind den Mitarbeitern kommuniziert

❑ ja ❑ nein ❑ teilweise ❑ geplant

2.g Für die Mitarbeiter werden regelmäßig Fortbildungen zum kRM angeboten

❑ ja ❑ nein ❑ geplant

2.h kRM und/oder Fragen der Patientensicherheit sind fester Bestandteil der Tagesordnung für die Sitzungen der Krankenhausleitung

❑ ja ❑ nein ❑ geplant

2.j Es existiert ein krankenhausinterner Standard, der sicherstellt, dass Patienten oder deren Angehörige über gravierende Behandlungsfehler mit Schadensfolge zeitnah informiert werden und ein Unterstützungsangebot erhalten

❑ ja ❑ nein ❑ geplant

© IfPS Universität Bonn, ETH Zürich, Hochschule Luzern 2010

3. Strukturen des klinischen Risiko-Managements

3.a Gibt es Mitarbeiter in Ihrem Krankenhaus, die in zentraler Funktion die Aktivitäten für das kRM koordinieren und deren Umsetzung steuern?

❑ nein ❑ ja, eine Person ❑ ja, mehrere

3.b Mit welchem Anteil der Arbeitszeit sind Mitarbeiter bei Ihnen mit Aufgaben des kRM beschäftigt? (z.B. 0,5 für einen Mitarbeiter, der mit 50 % einer vollen Wochenarbeitszeit für das kRM arbeitet)

_____,_____Vollzeitäquivalente

3.c Ist / Sind diese (-r) Mitarbeiter zugleich im Qualitätsmanagement beschäftigt?

❑ ja ❑ nein ❑ teilweise

3.d Gibt es auch in einzelnen Abteilungen / Kliniken / Funktionsbereichen Verantwortliche für das kRM?

❑ nein ❑ ja, in einzelnen ❑ ja, in allen Abteilungen/Kliniken/Funktionsbereichen

3.e Gibt es in Ihrem Krankenhaus Fallkonferenzen oder Besprechungen, in denen kritische Vorfälle, Schäden, Komplikationen und Fehler zum Thema gemacht werden? (bei Antwort „ja“ weiter mit 3.f, sonst weiter mit Frage 4.a)

❑ ja ❑ im kommenden Jahr geplant ❑ nein

3.f Solche Fallkonferenzen / Besprechungen finden statt (Mehrfachantworten möglich)

❑ vereinzelt ❑ in allen Abteilungen/Kliniken ❑ systematisch
❑ unsystematisch ❑ mit Beteiligung von klinischem Personal ❑ berufsgruppenübergreifend

4. Unterstützung durch Dritte

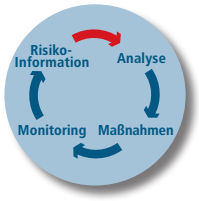
4.a Hat sich Ihr Krankenhaus in den letzten 5 Jahren in Bezug auf kRM jenseits von reiner Fortbildung professionelle Beratung und Unterstützung geholt? (bei Antwort „nein“weiter mit Frage 5.a)

❑ nein ❑ einmal ❑ zwei- bis fünfmal ❑ mehr als fünfmal

4.b Wobei haben Sie Unterstützung und Beratung durch externe Institutionen / Berater erhalten? (Mehrfachnennungen möglich)

❑ allgemeine Unterstützung zur Einführung von kRM ❑ Risikoanalyse ❑ Risiko-Audit
❑ juristische Beratung (Haftpflicht) ❑ Schulung /Fortbildung
❑ Überprüfung des kRM nach Einführung ❑ Einführung von CIRS

5. Informationssammlung



Informationen über Patienten gefährdende Risiken werden in Ihrer Klinik gewonnen durch:

		noch nicht damit befasst	diskutiert, bisher keine Umsetzungs-pläne	Umsetzung in den nächsten 12 Monaten geplant	unsystematisch umgesetzt	systematisch umgesetzt
5.a	Krankenaktenanalysen	❑ 1	❑ 2	❑ 3	❑ 4	❑ 5
5.b	Beschwerde-Management (Patienten und/ oder Angehörige und/oder Zuweiser)	❑ 1	❑ 2	❑ 3	❑ 4	❑ 5
5.c	Auswertung von Patientenschadensfällen und/oder Anspruchserhebungen	❑ 1	❑ 2	❑ 3	❑ 4	❑ 5
5.d	direkte Beobachtung klinischer Abläufe, direkte Datenerhebung (z.B. Beobachtung des Händedesinfektionsverhaltens oder stichprobenartige Erhebung der Fehler beim Stellen der Arzneimittel)	❑ 1	❑ 2	❑ 3	❑ 4	❑ 5
5.e	Mortalitäts- und Morbiditätskonferenzen	❑ 1	❑ 2	❑ 3	❑ 4	❑ 5
5.f	externe und interne Risiko-Audits (gezielte Risikoerhebung z.B. bei Begehungen oder Zertifizierungen)	❑ 1	❑ 2	❑ 3	❑ 4	❑ 5
5.g	Patientenbefragungen mit konkreten Fragen zur erlebten / erfahrenen Patientensicherheit	❑ 1	❑ 2	❑ 3	❑ 4	❑ 5
5.h	Analyse von Daten zur Abrechnung oder zur externen QS	❑ 1	❑ 2	❑ 3	❑ 4	❑ 5
5.i	Analyse eigener Kennzahlen (z.B. Sturzraten, oder eigene Komplikationsstatistiken)	❑ 1	❑ 2	❑ 3	❑ 4	❑ 5
5.j	(schriftliche) Mitarbeiterbefragungen	❑ 1	❑ 2	❑ 3	❑ 4	❑ 5
5.k	Hinweise der Haftpflichtversicherer oder deren Vermittler	❑ 1	❑ 2	❑ 3	❑ 4	❑ 5
5.l	Beteiligung an internet-basierten CIRS (Critical Incident Reporting System) von Fachgesellschaften, Berufsverbänden wie PASOS, CIRS-Medical u.a.	❑ 1	❑ 2	❑ 3	❑ 4	❑ 5
5.m	Lokales CIRS > falls hier 4 oder 5 angekreuzt, weiter mit Frage 5.1.a, sonst weiter mit Fragenteil 6	❑ 1	❑ 2	❑ 3	❑ 4	❑ 5

© IfPS Universität Bonn, ETH Zürich, Hochschule Luzern 2010

5.1. Fragen zum CIRS (Berichts- und Lernsysteme zu kritischen Ereignissen)

5.1.a Es existiert eine Definition von zu meldenden kritischen Ereignissen („Was soll berichtet werden“)

❑ ja ❑ nein

5.1.b Auch Schadensfälle werden ins Meldesystem einbezogen

❑ ja ❑ nein

5.1.c Das Berichtssystem erlaubt anonyme Meldungen

❑ ja ❑ nein

5.1.d Das Berichtssystem erlaubt dem Berichterstatter, sich zu identifizieren, um Nachfragen zu ermöglichen

❑ ja ❑ nein

5.1.e Das Meldesystem
❑ arbeitet mit elektronischen Meldungen
❑ arbeitet mit Papierbögen
❑ sieht beide genannten Meldewege vor

5.1.f Einführungen / Schulungen zum CIRS finden statt

❑ nie ❑ sehr selten ❑ gelegentlich ❑ häufig ❑ immer

5.1.g Meldende erhalten ein zeitnahes (innerhalb 14 Tage) Feed-back zu ihrem Bericht (direkt, falls Meldender bekannt, oder bei Anonymität der Meldenden indirekt z.B. durch Veröffentlichung eines Fallkommentars)

❑ nie ❑ sehr selten ❑ gelegentlich ❑ häufig ❑ immer

5.1.h Berichte / Ereignisse werden allen Mitarbeitern kommuniziert

❑ nie ❑ sehr selten ❑ gelegentlich ❑ häufig ❑ immer

5.1.i CIRS-Berichte werden nach einem festgelegten Schema analysiert

❑ nie ❑ sehr selten ❑ gelegentlich ❑ häufig ❑ immer

5.1.j Aus den Erkenntnissen der CIRS-Analysen werden Maßnahmen abgeleitet

❑ nie ❑ sehr selten ❑ gelegentlich ❑ häufig ❑ immer

5.1.k Diese Maßnahmen werden allen Mitarbeitern kommuniziert (z.B. per Intranet, Newsletter o.ä.)

❑ nie ❑ sehr selten ❑ gelegentlich ❑ häufig ❑ immer

5.1.l Die Umsetzung der Maßnahmen wird überprüft

❑ nie ❑ sehr selten ❑ gelegentlich ❑ häufig ❑ immer

5.1.m Wie lange existiert schon ein CIRS in Ihrem Krankenhaus?

seit _____ , ____ Jahren

5.1.n Seit wann gibt es eine krankenhausweite systematische Umsetzung in allen Kliniken/Abteilungen?

seit _____ , ____ Jahren

5.1.o Wieviel CIRS-Berichte gingen durch die Mitarbeiter in Ihrem Krankenhaus im letzten Jahr ein?

Anzahl:

5.1.p Wieviel Prozent der Abteilungen / Kliniken / Funktionsbereiche in Ihrem Krankenhaus beteiligen sich aktiv am CIRS?

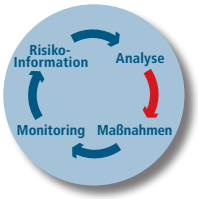
%

5.1.q Welche Besonderheiten Ihres CIRS sollten erwähnt werden?

_____

_____

6. Risikoanalyse

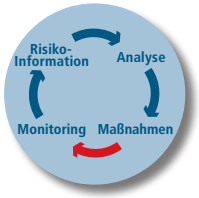


Unter Punkt 5 („Informationssammlung“) haben Sie angegeben, mit welchen Methoden sie Informationen über kritische Ereignisse und Patientenschäden in Ihrem Krankenhaus erheben. Geben Sie hier bitte in übergreifender Weise an, wie Sie diese Informationen und Geschehnisse analysieren und bewerten:

	noch nicht damit befasst	diskutiert, bisher keine Umsetzungs-pläne	Umsetzung in den nächsten 12 Monaten geplant	unsystematisch umgesetzt	systematisch umgesetzt
6.a Einsatz nicht standardisierter Verfahren (z.B. Thematisierung in Abteilungs- oder Klinik-besprechungen)	❑ 1	❑ 2	❑ 3	❑ 4	❑ 5
6.b Einsatz standardisierter Verfahren (z.B. Root Cause Analysis, Mensch-Technik-Organisation-Analyse, Fehlerbaum-Analyse, Warum-Warum-Fragemethode usw.)	❑ 1	❑ 2	❑ 3	❑ 4	❑ 5
6.c Die auf den verschiedenen Risiko-Informations-quellen beruhenden Analyseergebnisse wer-den für das Krankenhaus an einer Stelle für eine Gesamtanalyse der klinischen Risiken zusammen geführt.	❑ 1	❑ 2	❑ 3	❑ 4	❑ 5

 © IfPS Universität Bonn, ETH Zürich, Hochschule Luzern 2010

7. Konkrete Maßnahmen/Programme zur Beeinflussung klinischer Risiken in Ihrem Krankenhaus



Bitte geben Sie für jede geplante oder umgesetzte Maßnahme in der rechten Spalte an, ob diese aus einer eigenen Risiko-Analyse abgeleitet wurde!

	noch nicht damit befasst	diskutiert, bisher keine Umsetzungs-pläne	Umsetzung in den nächsten 12 Monaten geplant	unsystematisch umgesetzt	systematisch umgesetzt	falls die Maßnahme geplant oder umgesetzt ist, ist sie abgeleitet aus einer eigenen Risikoanalyse?	
7.a Arzneitherapie: Verhütung von Anwendungsfehlern (z.B. Vier-Augenprinzip beim Stellen der Medikamente, Vereinheitlichung von Perfusoren)	❑ 1	❑ 2	❑ 3	❑ 4	❑ 5	❑ ja	❑ nein
7.b Arzneitherapie: Einsatz von elektronischer Verordnungsunterstützung	❑ 1	❑ 2	❑ 3	❑ 4	❑ 5	❑ ja	❑ nein
7.c Hygiene: systematisches MRSA-Screening von Risikopatienten	❑ 1	❑ 2	❑ 3	❑ 4	❑ 5	❑ ja	❑ nein
7.d Hygiene: Teilnahme an der „Aktion Saubere Hände“	❑ 1	❑ 2	❑ 3	❑ 4	❑ 5	❑ ja	❑ nein
7.e Hygiene: Teilnahme am NRZ-KISS (Nationales Meldesystem für nosokomiale Infektionen beim RKI in Berlin)	❑ 1	❑ 2	❑ 3	❑ 4	❑ 5	❑ ja	❑ nein
7.f Einführung elektronischer Patientenakte (Lesbarkeit, Prozesssicherheit)	❑ 1	❑ 2	❑ 3	❑ 4	❑ 5	❑ ja	❑ nein
7.g Systematisches Dekubitus- und Wund-Management	❑ 1	❑ 2	❑ 3	❑ 4	❑ 5	❑ ja	❑ nein
7.h Sichere Patientenidentifikation (Vermeidung von Verwechslungen von Patienten, Proben, Befunden etc.)	❑ 1	❑ 2	❑ 3	❑ 4	❑ 5	❑ ja	❑ nein
7.i Einsatz von Checklisten bei Operationen (z.B. WHO-Checkliste “Safe Surgery“, “Team Time-Out”)	❑ 1	❑ 2	❑ 3	❑ 4	❑ 5	❑ ja	❑ nein
7.j Einsatz von Checklisten zur Prozesssteuerung in nicht-operativen Versorgungsbereichen	❑ 1	❑ 2	❑ 3	❑ 4	❑ 5	❑ ja	❑ nein
7.k Strukturiertes Entlassungs-Management	❑ 1	❑ 2	❑ 3	❑ 4	❑ 5	❑ ja	❑ nein
7.l Sturzprävention mit Sturz-Assessment bei Risikopatienten	❑ 1	❑ 2	❑ 3	❑ 4	❑ 5	❑ ja	❑ nein
7.m Trainings an Patientensimulatoren (z.B. für schwierige Operationen und Notfälle)	❑ 1	❑ 2	❑ 3	❑ 4	❑ 5	❑ ja	❑ nein
7.n Schulungsmaßnahmen zur Patientenaufklärung vor Eingriffen	❑ 1	❑ 2	❑ 3	❑ 4	❑ 5	❑ ja	❑ nein

© IfPS Universität Bonn, ETH Zürich, Hochschule Luzern 2010

8. Überwachung von klinischen Risiken

Zur Überwachung klinischer Risiken werden in Ihrem Krankenhaus folgende Daten beobachtet:

	noch nicht damit befasst	diskutiert, bisher keine Umsetzungs-pläne	Umsetzung in den nächsten 12 Monaten geplant	unsystematisch umgesetzt	systematisch umgesetzt
8.a Anzahl von CIRS-Berichten pro Zeiteinheit	❑ 1	❑ 2	❑ 3	❑ 4	❑ 5
8.b Anzahl von Schadensfällen und /oder Anspruchserhebungen pro Zeiteinheit	❑ 1	❑ 2	❑ 3	❑ 4	❑ 5
8.c Daten zur Abrechnung oder externen Qualitätssicherung	❑ 1	❑ 2	❑ 3	❑ 4	❑ 5
8.d eigens erhobene Kennzahlen (z.B. Komplikationsstatistiken, Sturzraten, Reanimationsergebnisse, Dekubitusfälle)	❑ 1	❑ 2	❑ 3	❑ 4	❑ 5
8.e speziell: Statistiken nosokomialer Infektionen	❑ 1	❑ 2	❑ 3	❑ 4	❑ 5

8.f Sonstige, und zwar:

_____

_____

9. Dokumentation und Darlegung der Aktivitäten des kRM

9.a Statistiken zu Patientenschäden oder CIRS-Meldungen werden dokumentiert (Mehrfachnennungen möglich!)

- ❑ ja, als regelmäßige interne Berichte
- ❑ ja, in einem internen Risikogesamtbericht
- ❑ ja, veröffentlicht im Qualitätsbericht nach § 137c SGB V
- ❑ ja, veröffentlicht im Unternehmensbericht
- ❑ nein, aber konkret geplant
- ❑ nein

9.b Die Aktivitäten des Krankenhauses zum kRM werden dokumentiert

- ❑ ja, als regelmäßige interne Berichte
- ❑ ja, veröffentlicht im Qualitätsbericht nach § 137c SGB V
- ❑ ja, veröffentlicht im Unternehmensbericht
- ❑ nein, aber konkret geplant
- ❑ nein

 © IfPS Universität Bonn, ETH Zürich, Hochschule Luzern 2010

10. Verbesserungsbedarf

Zur Verbesserung des kRM benötigen wir in unserem Krankenhaus:

		trifft nicht zu	trifft eher nicht zu	trifft eher zu	trifft zu
10.a	klarer definierte interne Ansprechpersonen	❑ 1	❑ 2	❑ 3	❑ 4
10.b	einen regelmäßigeren Austausch zwischen dem zentralen kRM und den einzelnen Abteilungen / Kliniken	❑ 1	❑ 2	❑ 3	❑ 4
10.c	vermehrte Vernetzung und Austausch zwischen den Abteilungen / Kliniken	❑ 1	❑ 2	❑ 3	❑ 4
10.d	klarere Regelungen der Aufgaben, Kompetenzen und Verantwortlichkeiten im kRM (Organisations- und Führungsstrukturen)	❑ 1	❑ 2	❑ 3	❑ 4
10.e	zusätzliche finanzielle Ressourcen	❑ 1	❑ 2	❑ 3	❑ 4
10.f	zusätzliche personelle Ressourcen	❑ 1	❑ 2	❑ 3	❑ 4
10.g	vermehrt standardisierte Verfahren und Prozesse (z.B. Behandlungspfade, Checklisten)	❑ 1	❑ 2	❑ 3	❑ 4
10.h	einen offeneren und ehrlicheren Umgang mit Fehlern und Schwachstellen im System	❑ 1	❑ 2	❑ 3	❑ 4
10.i	mehr Unterstützung aus den einzelnen Abteilungen und Kliniken	❑ 1	❑ 2	❑ 3	❑ 4
10.j	vermehrt Fortbildungen zu Themen des kRM und/oder der Patientensicherheit	❑ 1	❑ 2	❑ 3	❑ 4

10.1 Fortbildungsbedarf

Aus jetziger Sicht stellt sich für unser Krankenhaus in Bezug auf kRM der Fortbildungsbedarf wie folgt dar:

		überhaupt nicht relevant	weniger relevant	eher relevant	sehr relevant
10.1.a	CIRS	❑ 1	❑ 2	❑ 3	❑ 4
10.1.b	Methoden der Risikoinformationssammlung (ohne CIRS)	❑ 1	❑ 2	❑ 3	❑ 4
10.1.c	Risikoanalyse und –bewertung	❑ 1	❑ 2	❑ 3	❑ 4
10.1.d	Maßnahmen zur Risikobeeinflussung/ -steuerung	❑ 1	❑ 2	❑ 3	❑ 4
10.1 e	Risiko-Überwachung	❑ 1	❑ 2	❑ 3	❑ 4
10.1.f	Förderung der Sicherheitskultur	❑ 1	❑ 2	❑ 3	❑ 4
10.1.g	Simulator-/ Simulationstraining (OP´s, Notfälle etc.)	❑ 1	❑ 2	❑ 3	❑ 4
10.1.h	Kommunikation mit betroffenen Patienten / Angehörigen	❑ 1	❑ 2	❑ 3	❑ 4

11. Risikoschwerpunkte

Wo vermuten Sie nach Ihren Erkenntnissen die zwei wichtigsten klinischen Risikoschwerpunkte in Ihrem Krankenhaus:

❑ nosokomiale Infektionen / Hygiene
❑ Arzneimitteltherapie
❑ Stürze
❑ Operationsfehler
❑ Diagnosefehler
❑ Medizintechnik, Geräte
❑ Verwechslung von Patienten, Proben, Befunden (Identifikation)
❑ Notfallversorgung bei stationär bereits aufgenommenen Patienten
❑ Schnittstellen (Aufnahme, Entlassung, Abteilungswechsel, Übergaben)
❑ wechselnde Risikoschwerpunkte
❑ keine Identifikation von Risikoschwerpunkten möglich
❑ sonstige, und zwar

 © IfPS Universität Bonn, ETH Zürich, Hochschule Luzern 2010

12. Abschlussbewertung

12.a Wo vermuten Sie, steht heute Ihr Krankenhaus in Bezug auf die Einführung von kRM im Vergleich zum Durchschnitt (50 % = genauso weit) anderer Krankenhäuser Ihres Typs/Versorgungsschwerpunktes? Bitte einen der angegebenen Prozentwerte einkreisen!

0 % 10 % 20 % 30 % 40 % 50 % 60 % 70 % 80 % 90 % 100 %

12.b Wo glauben Sie, steht heute Ihr Krankenhaus in Bezug auf Ihre eigenen Fernziele für das kRM? (0 % = noch nichts davon erreicht, 100 % = alles schon erreicht). Bitte einen der angegebenen Prozentwerte einkreisen!

0 % 10 % 20 % 30 % 40 % 50 % 60 % 70 % 80 % 90 % 100 %

12.c Wie beurteilen Sie insgesamt Wirksamkeit und Nutzen der von Ihnen bereits in die Umsetzung gebrachten Maßnahmen des kRM

❑ sehr positiv ❑ überwiegend positiv ❑ unentschieden ❑ überwiegend negativ ❑ sehr negativ

12.d Was bisher nicht angesprochen wurde, aber für das Thema wichtig ist:

13. Abschließende Angaben

13.a Unser Krankenhaus nimmt an einem Zertifizierungsverfahren teil (Mehrfachnennung möglich):

❑ nein ❑ nein, aber geplant ❑ nach KTQ ❑ nach ProCumCert

❑ nach DIN ISO 9001 ❑ nach JCI (Joint Commission International) ❑ nach EFQM

❑ Zertifizierung von Fachabteilungen (z.B. nach Fachgesellschaftsverfahren)

❑ andere, und zwar nach _____

13.b Eine kleine Zahl (ca. 10 -20) zufällig ausgewählter Befragungsteilnehmer soll zur Validierung der erhobenen Daten in einer Nachuntersuchung tiefer gehend befragt werden. Wäre daher bei Ihnen ein Besuch durch Mitarbeiter des Instituts für Patientensicherheit für ein ca. 1,5-stündiges Gespräch zum Thema kRM und den Fragebogenangaben möglich?

❑ ja ❑ nein ❑ eventuell

13.c Wäre für die genannte Nachuntersuchung ein ca. 1-stündiges Telefonat mit Mitarbeitern des Instituts für Patientensicherheit zum Thema kRM und den Fragebogenangaben möglich?

❑ ja ❑ nein ❑ eventuell

13.d Im Zusammenhang mit einem künftigen Projekt zur Sicherheitskultur in Krankenhäusern möchten wir fragen, ob eine kurze Befragung einer kleinen Anzahl von Mitarbeitern (Ärzte, Pflegende) Ihrer Klinik denkbar wäre?

❑ ja ❑ nein ❑ eventuell

13.e Unser Krankenhaus ist an der Erstellung eines individuellen Reports zum Einführungsstand des kRM interessiert (Versand ca. 8 Wochen nach Ende der Gesamtbefragung):

❑ ja ❑ nein

13.f Bitte geben Sie hier in Druckschrift die e-mail-Adresse an, an die bei Interesse der Report (in Dateiform) für Ihr Krankenhaus geschickt werden soll:

_____

Vielen Dank für die Teilnahme an dieser Befragung

© IfPS Universität Bonn, ETH Zürich, Hochschule Luzern 2010