

# Abschlussbericht

## Projekt

**Deutschlandweite Befragung zum Einführungsstand des klinischen Risikomanagements**

Modul 3: aggregierter Vergleich der Daten von 2010 und 2015<sup>1</sup>

**Zuwendung aus dem Bundeshaushalt im Haushaltsjahr 2015**

**Kapitel 1502**

**Titel 684 04**

**Bewilligungszeitraum**

01.07.2015 – 30.06.2016

**Fördersumme**

30.000,00 Euro

**Verfasser:**

Fiona Mc Dermott, Tanja Manser

Institut für Patientensicherheit

Stiftsplatz 12

53111 Bonn

Email: [ifps@ukb.uni-bonn.de](mailto:ifps@ukb.uni-bonn.de)

Tel.: 0228 / 73 83 66

---

<sup>1</sup> Dieses Modul ist Teil der Dissertation von Fiona Mc Dermott, die alle empirischen Arbeiten maßgeblich durchgeführt hat, und wird in einer wissenschaftlichen Fachzeitschrift voraussichtlich in der Jahresmitte 2017 veröffentlicht werden.

# Verantwortliche

## Leitung

Prof. Dr. Tanja Manser

## Projektmitarbeiter

Wissenschaftliche Mitarbeiterin: Fiona Mc Dermott, Dipl.-Ges.oec.  
Studentische Hilfskräfte: Janina Frings  
Gregory Heuser  
Ruxandra Brutaru

## Kontaktdaten

Institut für Patientensicherheit  
der Universität Bonn

Stiftsplatz 12

53111 Bonn

Telefon: +49/ (0)2 28 / 73 83 66

Telefax: +49/ (0)2 28 / 73 83 05

E-Mail: [ifps@ukb.uni-bonn.de](mailto:ifps@ukb.uni-bonn.de)

## Datum der Erstellung

30.11.2016

## Inhalt

Zusammenfassung .....	1
1. Einleitung .....	2
2. Erhebungs- und Auswertungsmethodik .....	3
3. Durchführung, Arbeits- und Zeitplan .....	7
4. Ergebnisse .....	7
4.1 Stichprobe/Teilnehmer .....	7
4.2 Befragungsergebnisse .....	8
4.2.1 Strategien, Ziele und Strukturen des klinischen Risikomanagements (kRM) .....	8
4.2.2 Risikobeurteilung (Risikoidentifikation, -analyse, -bewertung) .....	19
4.2.3. Critical Incident Reporting System.....	26
4.2.4 Risikobewältigung.....	35
4.2.5 Überwachung und Bericht von klinischen Risiken .....	40
4.2.6 Verbesserungsbedarf .....	42
4.2.7 Fortbildungsbedarf.....	47
4.2.8 Risikoschwerpunkte .....	52
4.2.9 Abschlussbewertung.....	54
5. Diskussion der Ergebnisse und Gesamtbeurteilung .....	55
6. Gender Mainstreaming Aspekte.....	57
7. Verbreitung und Öffentlichkeitsarbeit der Projektergebnisse .....	57
8. Verwertung der Projektergebnisse (Nachhaltigkeit/Transferpotential).....	57
9. Publikationsverzeichnis .....	57
10. Literaturverzeichnis .....	58

## Zusammenfassung

Bereits 2010 hatte das IfPS eine Befragung zum Einführungsstand des klinischen Risikomanagements (kRM) durchgeführt. Der in dieser Befragung genutzte Fragebogen basiert auf dem von der ETH Zürich und der Hochschule Luzern entwickelten Fragebogen, mit dem in der Schweiz Befragungen zum Entwicklungsstand von kRM durchgeführt wurden (Briner et al. 2010). Mit der gesetzlichen Verpflichtung zur Einführung des kRM in Deutschland sollte auch ein kontinuierliches Monitoring des kRM in deutschen Krankenhäusern einhergehen, um eine Beobachtung der Implementierung und Verwendung sowie eine mögliche Steuerung über kRM zu erkennen und nachzuverfolgen.

Diese Studie ermöglicht die Abbildung des aktuellen Umsetzungsgrades der gesetzlichen kRM-Mindeststandards (Modul 1: Wiederholungsbefragung; deskriptive Auswertung; Förderung durch die TK/WINEG), die Identifikation von Schlüsselfaktoren für die erfolgreiche Implementierung des kRM (Modul 2: Zusammenhangsanalyse; Förderung durch den AOK-BV) und ein Monitoring des Entwicklungsstands (Modul 3: aggregierter Vergleich der Daten von 2010 und 2015; Ergebnisveröffentlichung; Förderung durch das BMG). Dadurch werden die kurz- und mittelfristigen Effekte der gesetzlichen Verpflichtung zu kRM aufgezeigt und langfristig deren Nachhaltigkeit sowie nationale Trends im kRM erhoben.

Modul 3: Die Daten aus der aktuellen Befragung von 2015 wurden mit den Daten der Befragung aus dem Jahr 2010 aggregiert verglichen. Die Auswertung der Antworten erfolgte mittels Microsoft Office Excel 2010 und IBM SPSS 22.

Die Verbreitung der Ergebnisse aus allen drei Modulen (deskriptive Ergebnisse, Zusammenhangsanalyse und Vergleich) sind ein Schwerpunkt im dritten Modul des Gesamtprojektes. Wissenschaftliche Publikationen wurden erstellt, welche in einschlägigen Fachzeitschriften national und international veröffentlicht wurden und die Ergebnisse erscheinen in drei aufeinander folgenden Bänden in der Schriftenreihe „Bonner Beiträge zur Patientensicherheit“ vom IfPS.

Diese Studie zeigt die Entwicklungen im Implementierungsgrad des kRM in deutschen Krankenhäusern seit 2010 auf. Insgesamt konnten deutliche Unterschiede im Umsetzungsgrad im Rahmen der Strategie, Ziele und Strukturen festgestellt werden, obgleich nicht alle Unterschiede signifikant sind. Gerade bei der Frage nach einer Strategie zu kRM und der Formulierung von strategischen Zielen ist der beobachtete Unterschied nicht signifikant, was jedoch auf die Interkorrelation dieser Items zurückzuführen sein kann. Auch im Bereich der Risikobeurteilung wird insgesamt festgestellt, dass die Einrichtungen bereits ein breites Spektrum an Datenquellen nutzen. Dennoch besteht Optimierungsbedarf insbesondere bei der Integration von Analyseergebnissen, die auf den verschiedenen Risiko-Informationsquellen beruhen, in die Gesamtanalyse. Bereits bekannte kRM-Maßnahmen weisen auch einen höheren Implementierungsgrad auf als eher neue Themen zu Patientensicherheit. Weiterhin zeigt sich großer Fortbildungsbedarf entlang des Risikomanagementprozesses bei Analyse und Bewertung von Risiken, Maßnahmen zur Risikobeeinflussung und -steuerung sowie bei der Überwachung von Risiken. Dieser Bedarf spiegelt sich auch in den Optimierungspotentialen der Krankenhäuser wider, wo gerade mehr Standardisierung und Strukturierung sowie die klare Regelung von Aufgaben und Verantwortlichkeiten im kRM gefordert werden.

## 1. Einleitung

Seit Inkrafttreten des Patientenrechtegesetzes im Februar 2013 und der Festlegung von Mindeststandards für das klinische Risikomanagement (kRM) durch den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) ist die Einführung von kRM für alle nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhäuser in Deutschland verpflichtend (G-BA 23.01.2014).

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

Bereits 2010 hat das IfPS eine Befragung zum Einführungsstand des kRM durchgeführt. Der in dieser Befragung genutzte Fragebogen basiert auf dem von der ETH Zürich und der Hochschule Luzern entwickelten Fragebogen, mit dem in der Schweiz Befragungen zum nationalen Entwicklungsstand von kRM durchgeführt wurden (Briner et al. 2010). Die Anpassungen des Fragebogens sowie die Aktualisierung an den wissenschaftlichen Stand erfolgten im Rahmen einer Vorstudie zu dieser Befragung in der zweiten Jahreshälfte 2014 (Finanzierung durch das APS).

Diese Studie ermöglicht die Abbildung des aktuellen Umsetzungsgrades der gesetzlichen kRM-Mindeststandards (Modul 1: Wiederholungsbefragung und Darstellung der „deskriptiven Ergebnisse zur Implementierung des klinischen Risikomanagements 2015“; Finanzierung durch die Techniker Krankenkasse/WINEG), die Identifikation von Schlüsselfaktoren für die erfolgreiche Einführung bzw. Umsetzung des kRM (Modul 2: Zusammenhangsanalyse zum Bestimmen von „Prädiktoren des Implementierungsgrads des klinischen Risikomanagements 2015“; Finanzierung durch den AOK-Bundesverband) und im Rahmen von Vergleichsanalysen ein Monitoring des Entwicklungsstands (Modul 3: „Veränderungen der Implementierung des kRM zwischen 2010 und 2015“ sowie die Ergebnisveröffentlichung; Förderung durch das BMG). Dadurch werden die kurz- und mittelfristigen Effekte der gesetzlichen Verpflichtung zu kRM aufgezeigt und langfristig deren Nachhaltigkeit sowie nationale Trends im kRM erhoben.

Dieser Abschlussbericht der deutschlandweiten Befragung zum Einführungsstand des kRM stellt die „aggregierter Vergleich der Daten von 2010 und 2015“ (Modul 3) dar, um so die Entwicklung seit der ersten Befragung in Deutschland aufzuzeigen. Zudem wird ein Überblick über die Ergebnisveröffentlichungen zu dem Gesamtprojekt mit allen drei Modulen gegeben.

## 2. Erhebungs- und Auswertungsmethodik

Als Grundlage für den Vergleich dienen die erhobenen Daten aus den deutschlandweiten Befragungen zum Einführungsstand des kRM aus den Befragungszeiträumen März bis Juni 2010 sowie März bis Juni 2015.

### Stichproben

2010 wurden insgesamt 1812 deutsche Krankenhäuser gemäß der DKI-Krankenhausdatei in drei Wellen zur Teilnahme an der Befragung eingeladen. Die Teilnahme an der Befragung war sowohl online als auch postalisch möglich. Ausgeschlossen wurden Rehakliniken und Krankenhäuser mit weniger als 50 Betten aufgrund ihres besonderen Leistungsspektrum oder ihrer besonderen Struktur.

2015 wurden 2617 Krankenhäuser und Rehabilitationskliniken auf Grundlage der Daten des Statistischen Bundesamts (Stand 31.12.2013) befragt, dabei allerdings Krankenhäuser ohne Versorgungsauftrag/-vertrag nicht mit eingeschlossen, da diese keine zugelassenen Krankenhäuser nach § 108 SGB V sind. Die Umsetzung von Maßnahmen des kRM ist in Deutschland seit 2014 gesetzlich verankert, sodass aufgrund der gesetzlichen Verpflichtung in die Befragung 2015 auch Rehakliniken eingeschlossen wurden. Die Teilnahme an der Befragung war nur über einen Link in Kombination mit einem einrichtungsspezifischen Zugangscode möglich, um Mehrfachantworten eines Hauses auszuschließen. Die Einrichtungen wurden in zwei Befragungswellen angeschrieben.

Die Stichproben sind unabhängig voneinander. Zur besseren Vergleichbarkeit der Daten musste bei der Stichprobe 2015 eine Auswahl getroffen werden, damit tatsächlich nur solche Einrichtungen in den Vergleich eingingen, die in beiden Stichproben repräsentiert waren. Somit wurden nachträglich aus der Stichprobe 2015 Rehakliniken sowie kleine Einrichtungen mit weniger als 50 Betten exkludiert.

### Erhebungsinstrumente

Der für die Befragung 2010 eingesetzte Fragebogen basiert in wesentlichen Teilen auf dem von der ETH Zürich und der Hochschule Luzern (Briner et al. 2010) für die Schweiz entwickelten Fragebogen mit dem in dort 2007/2008 Befragungen zum nationalen Entwicklungsstand des kRM durchgeführt wurden..

Der Fragebogen 2015 basiert grundsätzlich auf dem deutschen Fragebogen von 2010, bei welchem durch Modifizierung des schweizerischen Originalfragebogens insbesondere das Skalenniveau verändert wurde. Allerdings war für die Befragungsstudie 2015 das Skalenniveau nicht zielgerichtet, weshalb das Skalenniveau des Originalfragebogens genutzt wurde. Dieses Skalenniveau beruht auf dem Transtheoretischen Modell (TTM), das sich auf organisationale Veränderungen bezieht und somit eine Bewertung des Implementierungsgrades von kRM ermöglicht (Briner et al. 2010; Prochaska et al. 2001) (z.B. „noch nicht damit befasst“, „diskutiert, aber keine Umsetzungspläne“, „Umsetzung in den nächsten 12 Monaten geplant“, „unsystematisch umgesetzt“, „systematisch umgesetzt“ und zusätzlich „bewusst dagegen entschieden“). Dies wurde, wo immer möglich, angepasst.

Die Anpassungen des Fragebogens 2015 an die neu geltenden Rahmenbedingungen und der Abgleich mit internationalen Normen erfolgten auf Basis von Literaturanalysen zu den aktuellen kRM-Entwicklungen und relevanten Bewertungsinstrumenten sowie auf einer engen Zusammenarbeit mit einer kRM-Expertengruppe (AG Risikomanagement der GQMG), die verschiedene Versionen des Fragebogens begutachtete und vorprüfte.

Die Einrichtungen wurden zum einen nach den Strategien und Zielen sowie den Strukturen ihres kRM befragt. Entlang des Risikomanagementprozesses wurde nach Maßnahmen zur Risikoidentifikation, Risikobeurteilung (Risikoanalyse und -bewertung) und Überwachung klinischer Risiken gefragt. Aufgrund der gesetzlichen Verpflichtung zu Critical Incident Reporting (G-BA 23.01.2014) wurde wie schon 2010 hierauf erneut ein Schwerpunkt gelegt. Um den Unterstützungsbedarf der Einrichtungen ermitteln zu können, wurde weiterhin nach Verbesserungspotentialen, Fortbildungsbedarf und Risikoschwerpunkten gefragt.

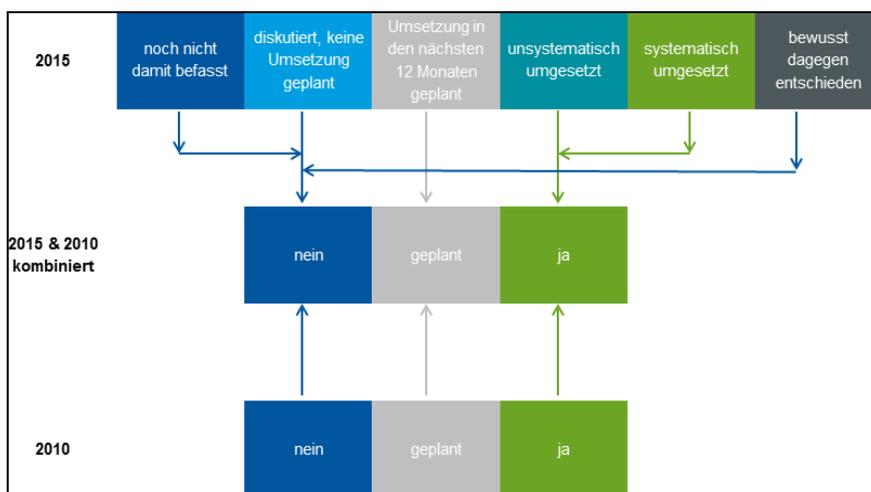
Aufgrund der unterschiedlichen Fragebögen 2015 und 2010, sind die erhobenen Daten nicht vollständig vergleichbar.

So wurden 2015 neue, 2010 noch nicht abgefragte Items ergänzt und darüber hinaus durch Literaturrecherchen weitere Risikoschwerpunkte wie Notfallaufnahme, Personalkompetenz und Demenzsensitivität identifiziert. Eine weitere Anpassung war die Teilung von Items, bei denen mehr als eine Information abgefragt wurde, weshalb weder ein Vergleich von den Angaben zu internen und externen Risiko-Audits, noch zu Analyse von Daten zur Abrechnung oder externen Qualitätssicherung und zu systematischen Dekubitus- und Wundmanagement nicht möglich ist. Nicht möglich ist außerdem aufgrund der unterschiedlichen Datenqualität ein Vergleich der abgefragten Personalressourcen. Auch wurden 2015 im Zuge der Anpassungen des Fragebogens an die aktuellen kRM-Entwicklungen und relevanten Bewertungsinstrumente einige Items nicht mehr abgefragt (Teilnahme an der „Aktion saubere Hände“, Teilnahme am NRZ-KISS, Einsatz von Checklisten zur Prozesssteuerung in nicht-operativen Versorgungsbereichen, zusätzliche finanzielle Ressourcen).

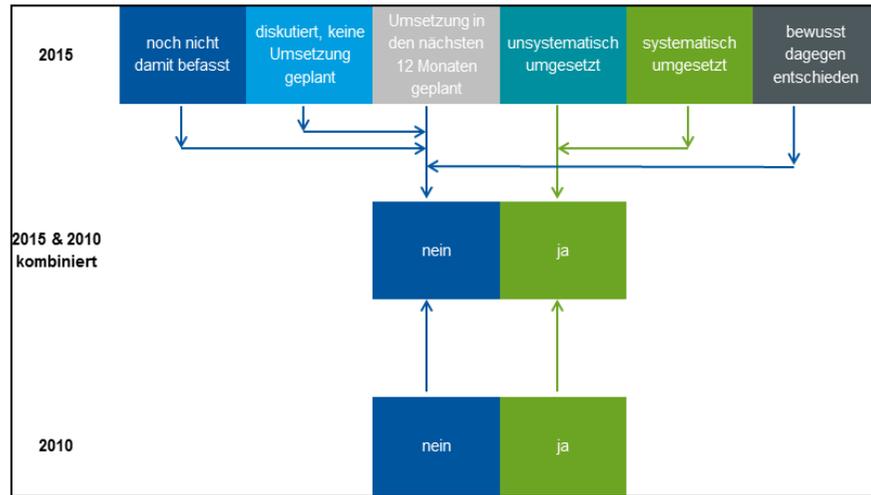
### Datenaufbereitung und Datenanalysen

Die Fragebögen von 2015 und 2010 nutzten unterschiedliche ordinale Skalenniveaus, wobei die Befragung 2010 das Transtheoretische Modell weniger stringent zur Anwendung brachte und für viele Items ein geringeres Skalenniveau bzw. weniger Antwortalternativen vorgab. Es war entsprechend notwendig, die Daten von 2015 zu recodieren, um eine gemeinsame Skala für den Vergleich zugrunde legen zu können (siehe Abbildungen 2.a bis 2.e).

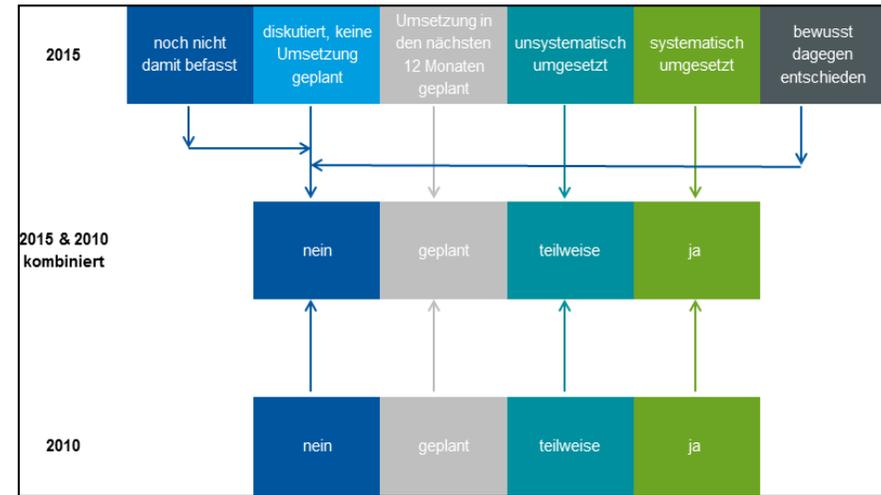
#### 2.a Recodierungsregel a



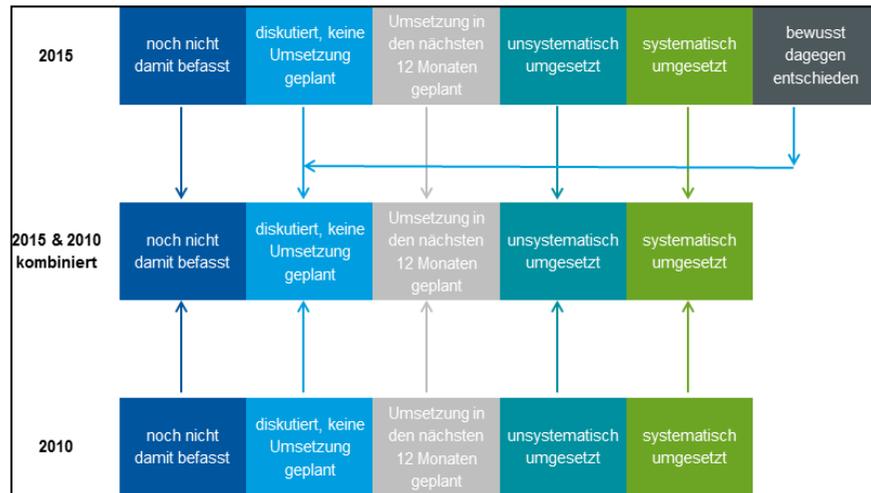
## 2.b Recodierungsregel b



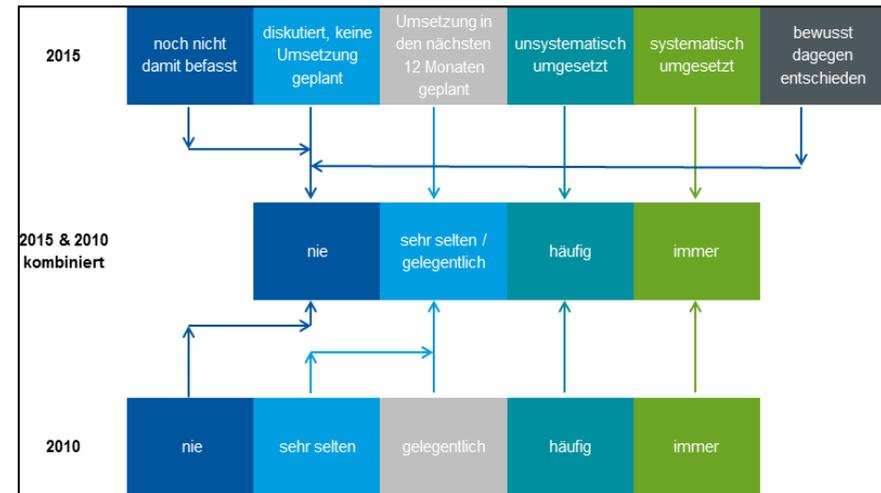
## 2.c Recodierungsregel c



## 2.d Recodierungsregel d



## 2.e Recodierungsregel e



Die Daten aus den Befragungen 2015 und 2010 wurden deskriptiv ausgewertet und auf signifikante Unterschiede in den Antwortkategorien getestet. Zur Testung der Signifikanz bei ordinal skalierten Variablen wurde der Mann-Whitney-U-Test für unabhängige Stichproben genutzt und für dichotome Variablen der Chi-quadrat-Test nach Pearson mit jeweils dem Signifikanzniveau  $p < 0,05$ ; die Feststellung einer nicht normalverteilten Stichprobe erfolgte mittels Shapiro-Wilk- und Kolmogrow-Smirnow-Test.

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

Einleitend fasst für jedes Kapitel ein kurzer Text die wesentlichen Ergebnisse zusammen. Zu jeder Frage werden die Antworten für die beiden Stichproben (2015 und 2010) angezeigt. Links der Graphik ist das jeweilige Befragungsjahr angegeben, auf die sich die Angaben der Antwortenden beziehen. Die Angaben zu „n“ stellen die Anzahl der Einrichtungen dar, die die entsprechende Frage beantwortet haben. In der Graphik wird für jede Antwortkategorie angegeben, wie viele Einrichtungen diese angekreuzt haben (absolute Zahlen). Am unteren Rand der Graphik ist die Häufigkeit der Antwortkategorien in Prozenten ablesbar. In der Legende der Graphik ist die jeweils verwendete Skalierung ausgewiesen.

### **3. Durchführung, Arbeits- und Zeitplan**

Im Bewilligungszeitraum von 01.07.2015 bis 30.06.2016 konnten alle Projektziele erreicht werden.

### **4. Ergebnisse**

#### **4.1 Stichprobe/Teilnehmer**

Befragt wurden im Jahr 2015 insgesamt 2617 Krankenhäuser und Rehabilitationskliniken gemäß Daten des Statistischen Bundesamtes mit Stand Dezember 2013. An der Befragung nahmen 572 Krankenhäuser und Rehabilitationskliniken teil. Der Rücklauf in Höhe von 22 % entspricht der Verteilung der Grundgesamtheit über die Bundesländer Deutschlands und ist ca. zu je einem Drittel öffentlich (29 %), privat (38 %) und frei-gemeinnützig (32 %). Hinsichtlich der Einrichtungsgröße zeigte sich, dass 20% der Teilnehmer Einrichtungen mit mehr als 600 Betten waren, 29 % Einrichtungen mit 300-599 Betten, 48 % mit 50-299 Betten und 3 % kleine Häuser mit weniger als 50 Betten.

Nach Auswahl der Einrichtungen für den Vergleich, umfasst die Stichprobe 466 Krankenhäuser, wobei sich das Verhältnis nach Trägerschaft wenig ändert (35 % öffentlich, 30 % privat, 37 % frei-gemeinnützig). Bezogen auf die Einrichtungsgröße enthält die angepasste Stichprobe 23 % Krankenhäuser mit mehr als 600 Betten, 32 % mit 300-599 Betten und 45 % mit 50-299 Betten.

An der Befragung 2010 beteiligten sich 484 Krankenhäuser von 1815 Krankenhäusern auf Grundlage der Statistik des Deutschen Krankenhausinstituts (DKI) mit Stand Dezember 2009. Die Rücklaufquote von 27 %, setzte sich zusammen aus 40 % öffentlichen, 46 % privaten und 14 % frei-gemeinnützigen Krankenhäusern. 14 % der Teilnehmer waren Krankenhäuser mit mehr als 600 Betten, 32 % mit 300-599 Betten und 55 % mit 50-299 Betten. Häuser mit weniger als 50 Betten wurden nicht befragt.

## 4.2 Befragungsergebnisse

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

Im Jahr 2015 waren rund 70 % (336 von n=463) befragte Einrichtungen zertifiziert, in der vorherigen Befragung 2010 gaben 90 % (424 von n=470) an zertifiziert zu sein (s. Abb. 4.2.1 a).

Eine verbindliche, schriftlich festgelegte Strategie für das kRM hatten jüngst 48 mehr Einrichtungen, hingegen gaben 29 Einrichtungen weniger an, eine Strategie für kRM nur teilweise zu haben (s. Abb. 4.2.1 b). Deutlich mehr Einrichtungen gaben 2015 an, strategische Ziele für das kRM formuliert zu haben (2015: 149; 2010: 86) und 12 Krankenhäuser weniger gaben an, strategische Ziele nur teilweise formuliert zu haben (2015: 148; 2010: 160) (s. Abb. 4.2.1 c). Bei dem Vergleich zu schriftlich festgelegten, operativen Zielen ist das Verhältnis zwischen den Befragungsjahren ähnlich, 2015 gaben 69 % an, operative Ziele formuliert zu haben (n=454, 144 ja, 170 teilweise) und 2010 waren es 67 % (n=479, 136 ja, 186 teilweise) (s. Abb. 4.2.1 d).

2015 gaben im Vergleich zur vorherigen Befragung mehr Einrichtungen an, die Verantwortlichkeiten im kRM klar definiert, dokumentiert und zugeordnet zu haben (2015: 270; 2010: 183), jedoch gaben 2010 weitere 185 an, zumindest teilweise dies umgesetzt zu haben (2015: 77) (s. Abb. 4.2.1 e).

Prozesse des kRM definiert und dokumentiert zu haben, gaben 2015 ca. 80 % an (n=450, 269 ja, 93 teilweise), 2010 waren es noch ca. 70 % (n=480, 129 ja, 211 teilweise) (s. Abb. 4.2.1 f).

Diese Prozesse den involvierten Mitarbeitern kommuniziert zu haben bestätigten in beiden Befragungsjahren über 80 %, wobei es in der Durchdringung Unterschiede gibt (2015: 280 ja, 89 teilweise; 2010: 192 ja, 188 teilweise) (s. Abb. 4.2.1 g).

Während 2010 noch 160 Einrichtungen planten, regelmäßige Fortbildungen zu kRM anzubieten und 119 dies umsetzten, so waren es 2015 bereits 300 Einrichtungen und 73 noch in der Planung. (s. Abb. 4.2.1 h).

KRM und Fragen der Patientensicherheit als festen Bestandteil der Tagesordnung für die Sitzungen der Einrichtungshausleitung hatten 2015 bereits rund 88 % (n=448), wohingegen es 2010 noch 39 %, Einrichtungen (n=480) waren (s. Abb. 4.2.1 i).

Hinsichtlich der Implementierung von Richtlinien, die sicherstellen, dass Patienten offen und proaktiv über kritische Ereignisse oder Fehler während ihrer Behandlung informiert werden, zeigte sich, dass bei der Befragung 2015 340 (77 %, n=441) der Einrichtungen solche Richtlinien umsetzten. Auch hier ist eine deutliche Veränderung zu 2010 zu verzeichnen, wo lediglich 103 (rund 21 %, n=476) der teilnehmenden Einrichtungen diese Richtlinien umsetzten und sich 100 Einrichtungen in Planung befanden (s. Abb. 4.2.1 j).

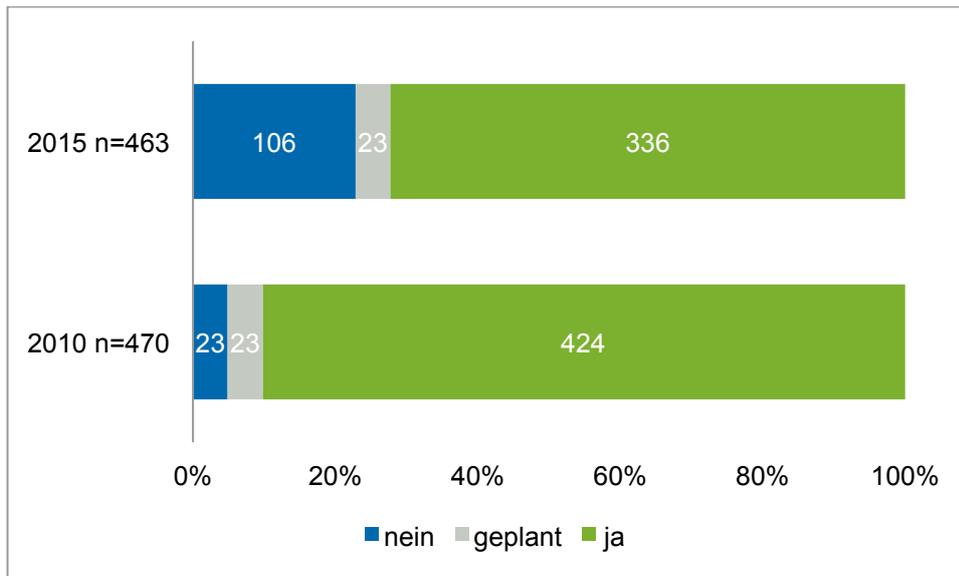
Wird der Frage nachgegangen, ob sich die Einrichtungen in den letzten fünf Jahren in Bezug auf kRM jenseits reiner Fortbildung professionelle Beratung und Unterstützung geholt haben, sind zwischen den verschiedenen Befragungsjahren hinsichtlich des Implementierungsstandes keine Unterschiede zu erkennen. 2015 und 2010 gaben über 60 % der Einrichtungen an, sich professionelle Beratung und Unterstützung eingeholt zu haben (2015: 242; 2010: 298) (s. Abb. 4.2.1 k). 2010 waren die häufigsten drei Beratungsthemen Einführung von CIRS und kRM sowie Risikoanalyse, ebenso zählten 2015 die Einführung

von CIRS und Risikoanalyse aber auch Risikoaudits zu den häufigsten Beratungsthemen (s. Abb. 4.2.1 l).

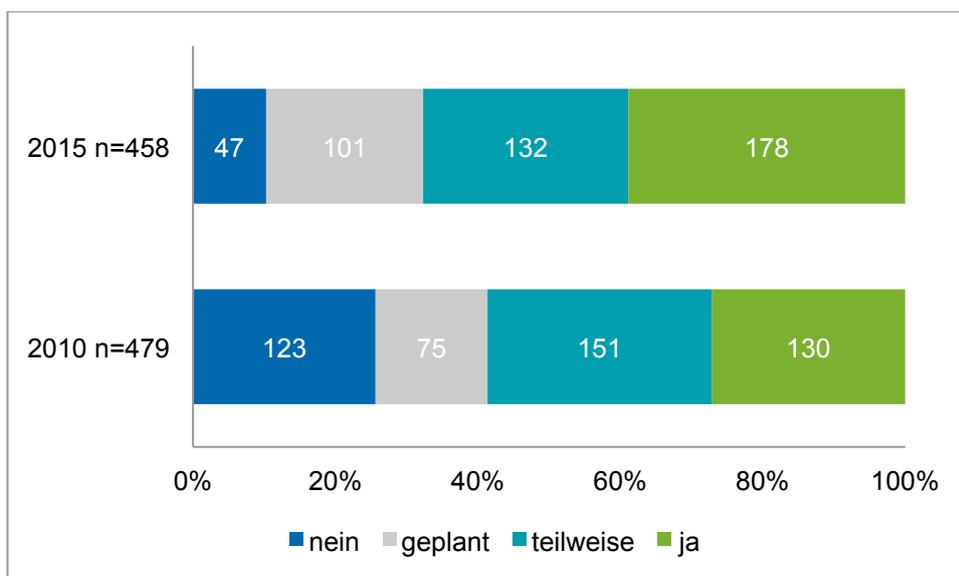
Bei der Umsetzung von Fallkonferenzen ist 2015 im Vergleich zu 2010 eine Steigerung um 67 Einrichtungen zu erkennen (2015: 412; 2010: 355) (s. Abb. 4.2.1 m). Auch das Abhalten von M&M-Konferenzen ist gestiegen. Im Jahr 2015 setzten über 80 % der Einrichtungen (n=433, 255 systematisch, 103 unsystematisch) diese um, während 2010 etwas über die Hälfte M&M-Konferenzen umsetzten (n=474, 117 systematisch, 148 unsystematisch) (s. Abb. 4.2.1 n).

In den nachfolgenden Abbildungen 4.2.1 a bis 4.2.1 n werden die Befragungsergebnisse von 2015 und 2010 für die einzelnen Fragen des Themenkomplexes Strategien, Ziele und Strukturen des kRM dargestellt.

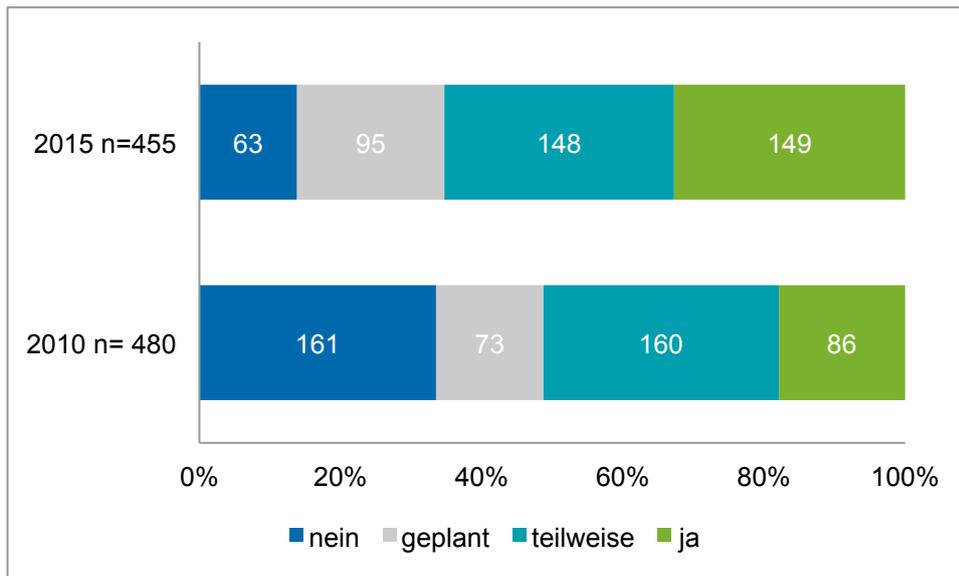
#### 4.2.1 a Ist Ihr Haus zertifiziert?



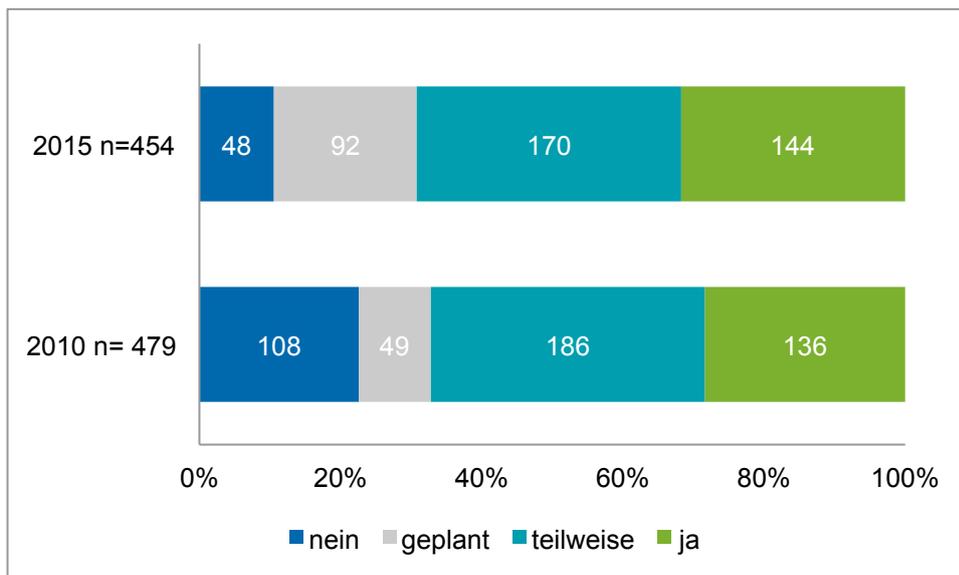
#### 4.2.1 b Gibt es für Ihre Einrichtung eine verbindliche, schriftlich festgelegte Strategie für das KRM?



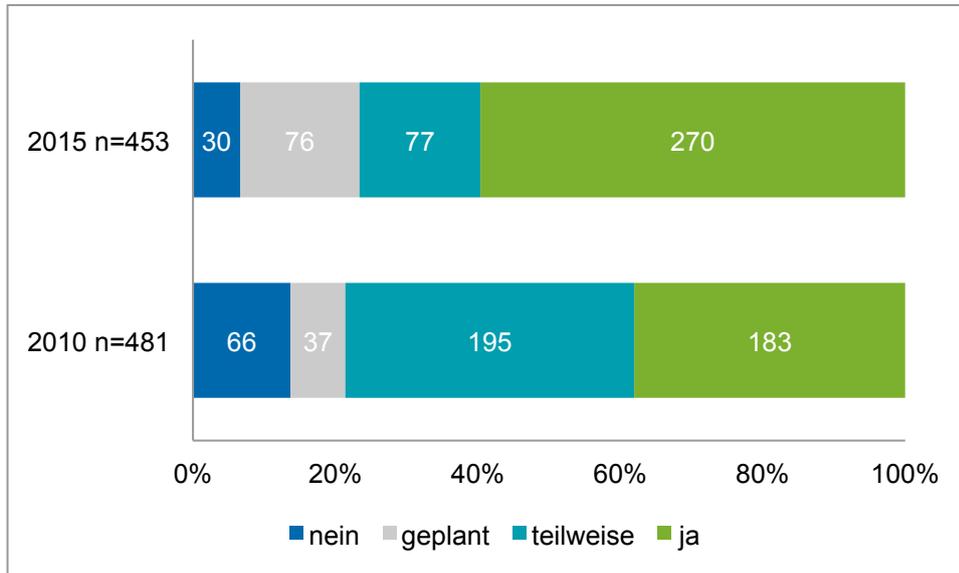
**4.2.1 c Gibt es für Ihre Einrichtung verbindliche, schriftlich festgelegte strategische Ziele für das kRM?**



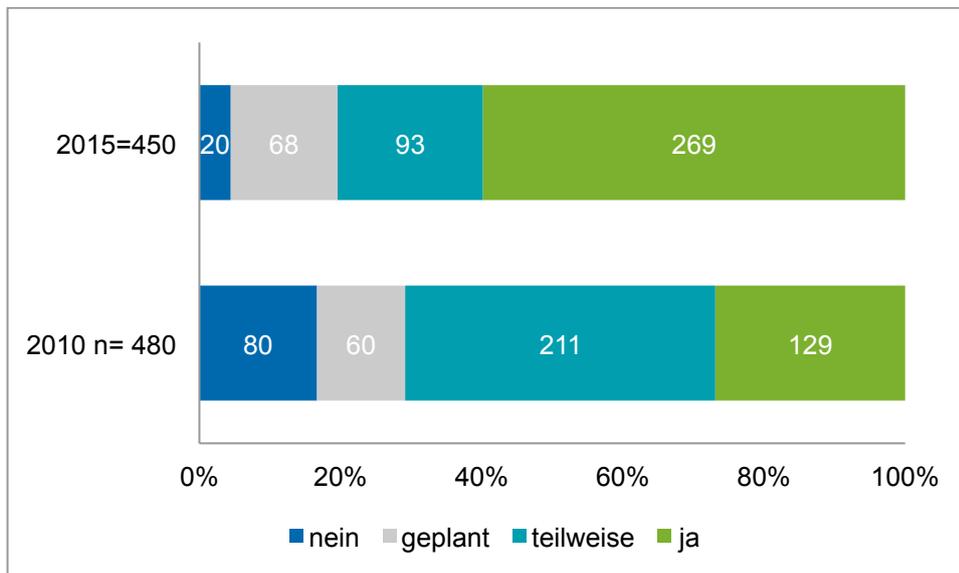
**4.2.1 d Gibt es für das kRM in Ihrer Einrichtung verbindliche, schriftlich festgelegte operative Ziele?**



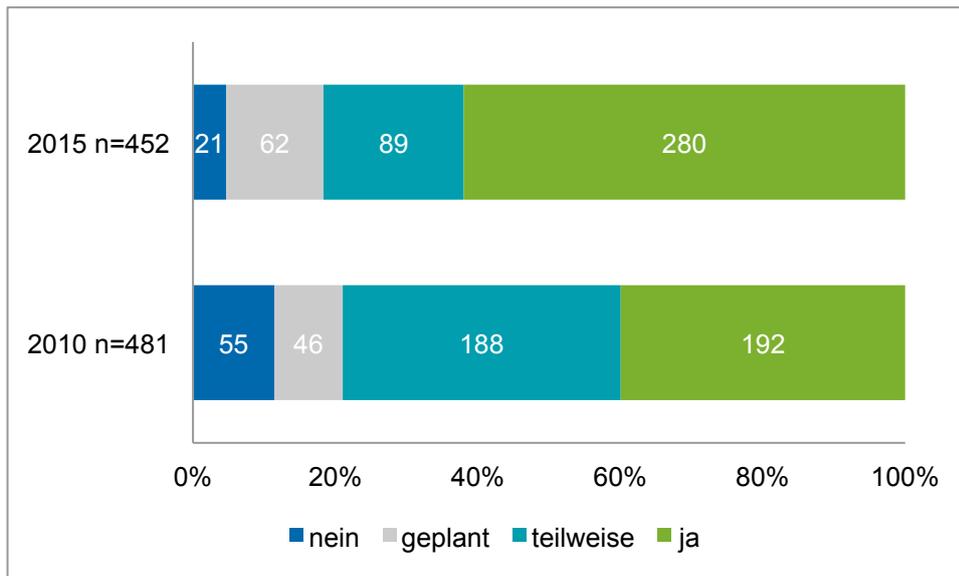
**4.2.1 e Sind Aufgaben, Kompetenzen und Verantwortlichkeiten im kRM in Ihrer Einrichtung klar definiert, dokumentiert und Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern verbindlich zugeordnet?**



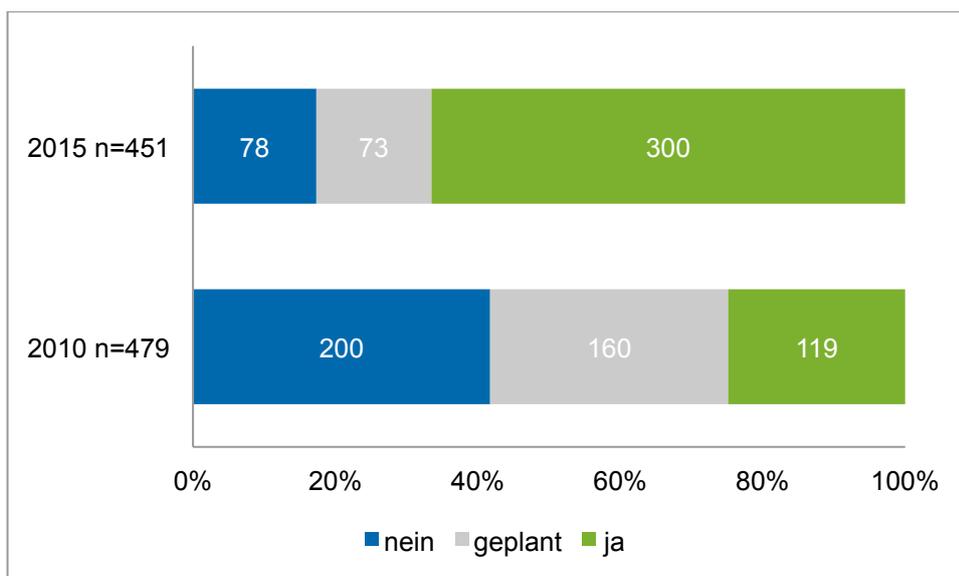
**4.2.1 f Sind die Prozesse des kRM (Verfahrensweisungen, Abläufe, Zuständigkeiten etc.) definiert und dokumentiert.**



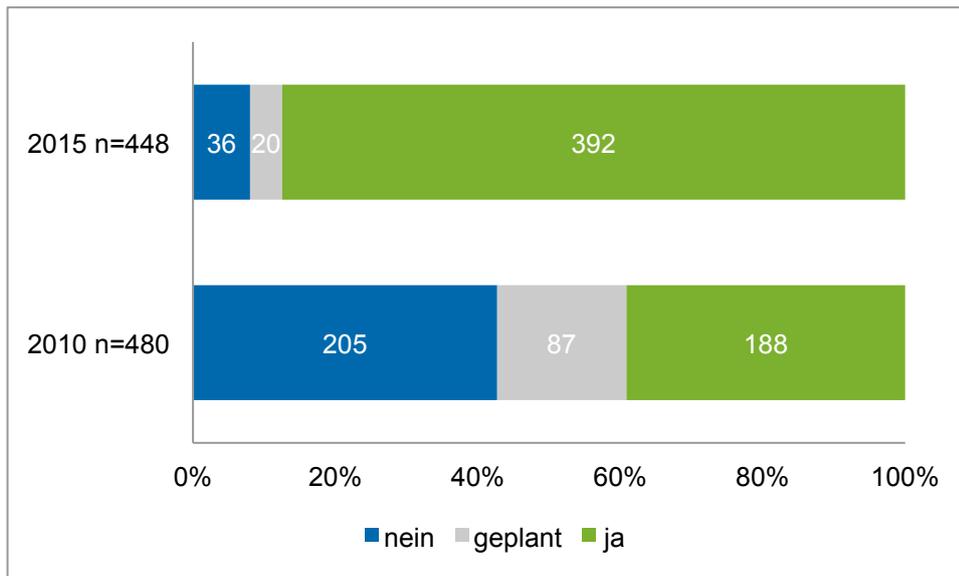
#### 4.2.1 g Sind die Prozesse des kRM (Verfahrensweisungen, Abläufe, Zuständigkeiten etc.) den involvierten Mitarbeitern kommuniziert?



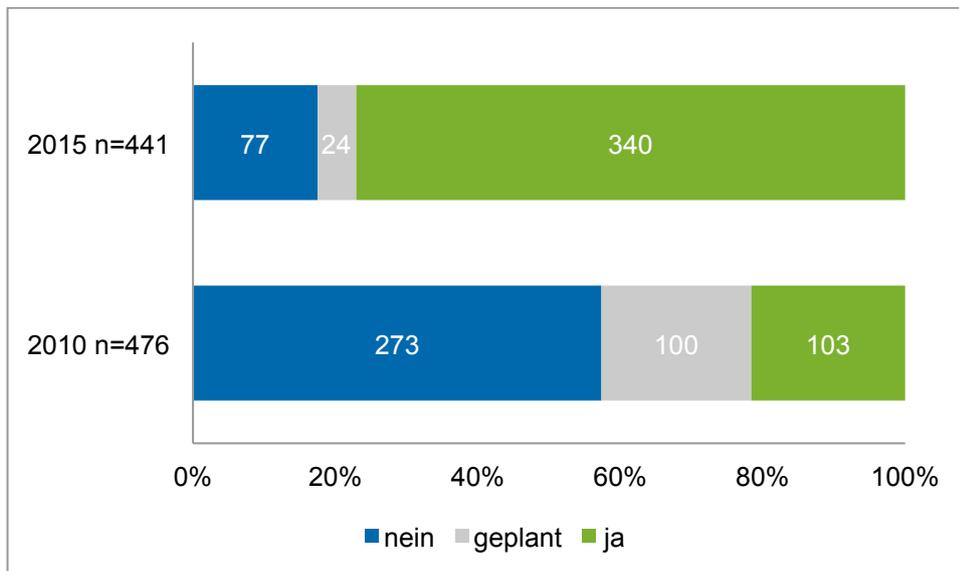
#### 4.2.1 h Werden regelmäßig Fortbildungen zum kRM angeboten?



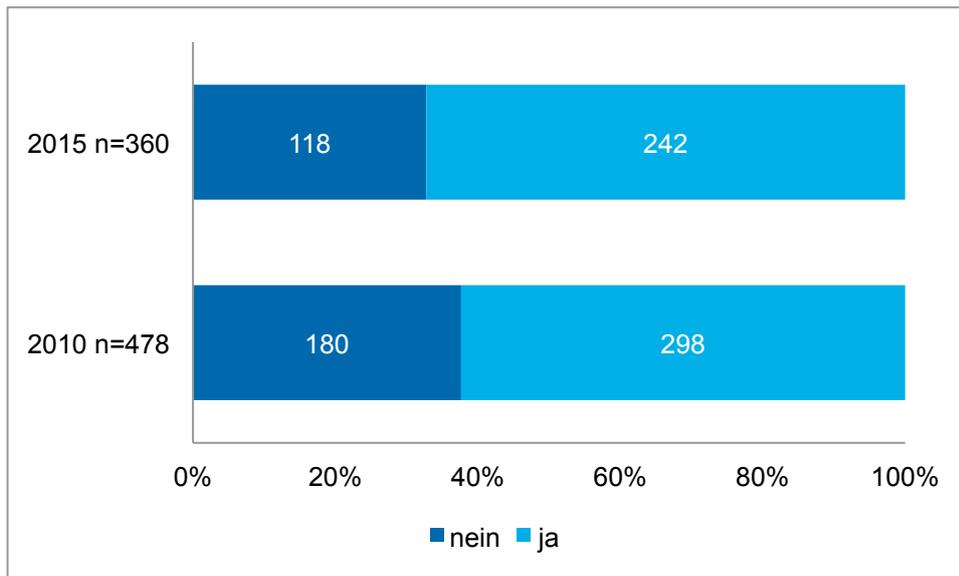
**4.2.1 i Sind kRM und Fragen der Patientensicherheit fester Bestandteil der Tagesordnung für die Sitzungen der Einrichtungsausleitung?**



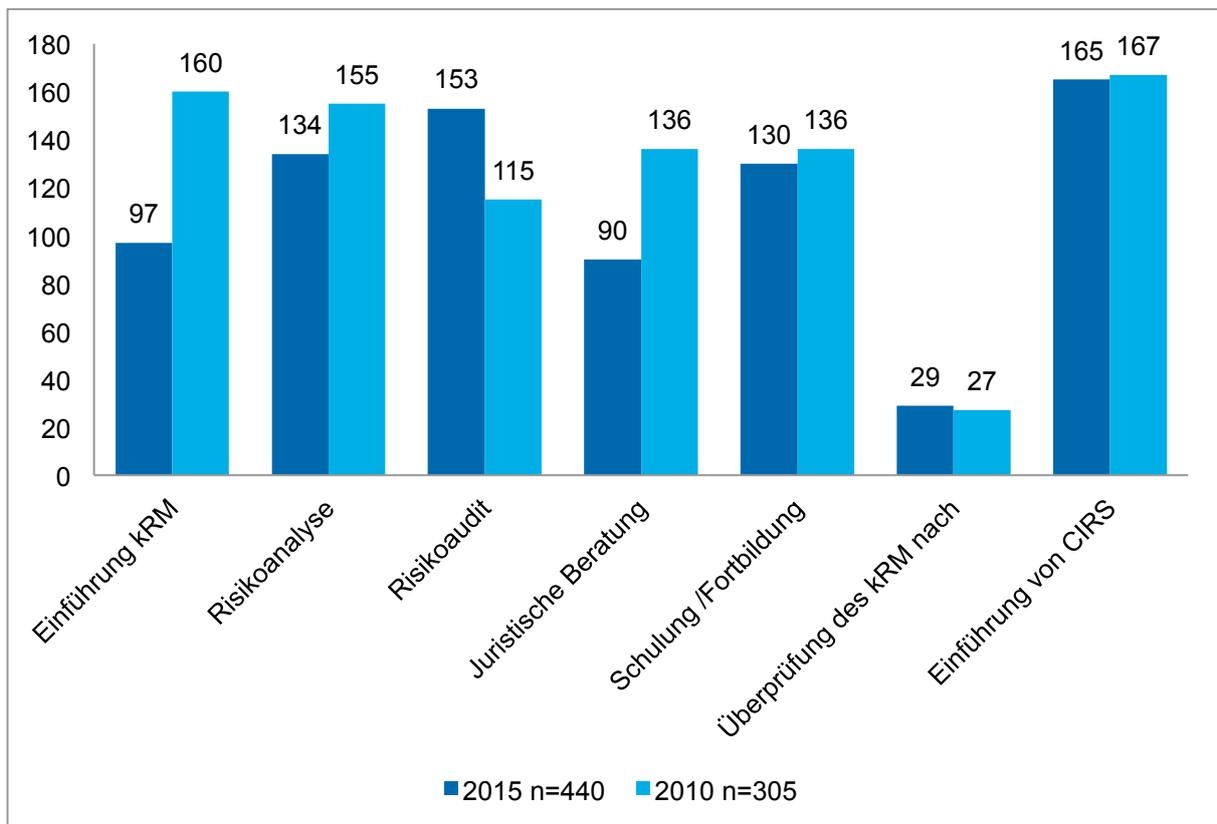
**4.2.1 j Werden die Richtlinien, die sicherstellen, dass Patienten offen und proaktiv über kritische Ereignisse oder Fehler während ihrer Behandlung informiert werden, konsequent umgesetzt?**



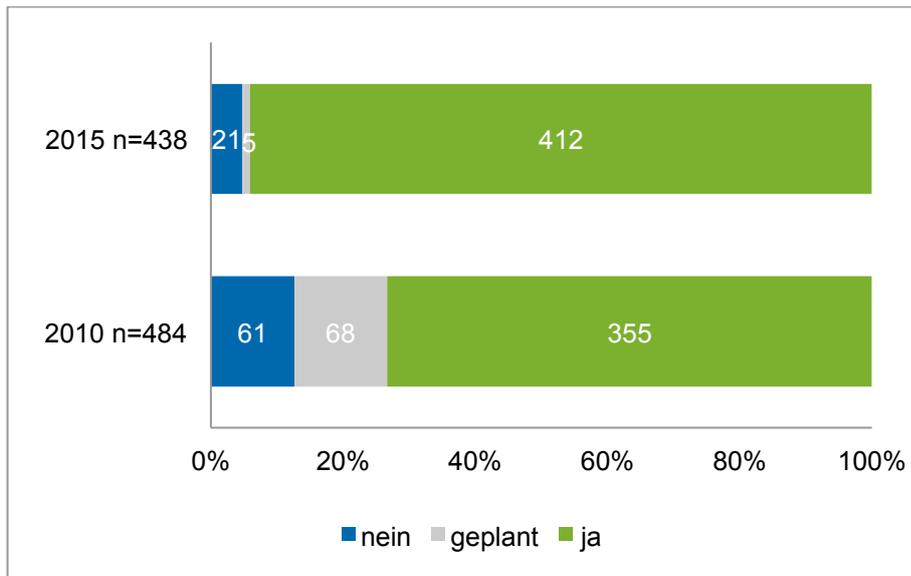
**4.2.1 k Hat sich Ihre Einrichtung in den letzten 5 Jahren in Bezug auf kRM jenseits von reiner Fortbildung professionelle Beratung und Unterstützung geholt?**



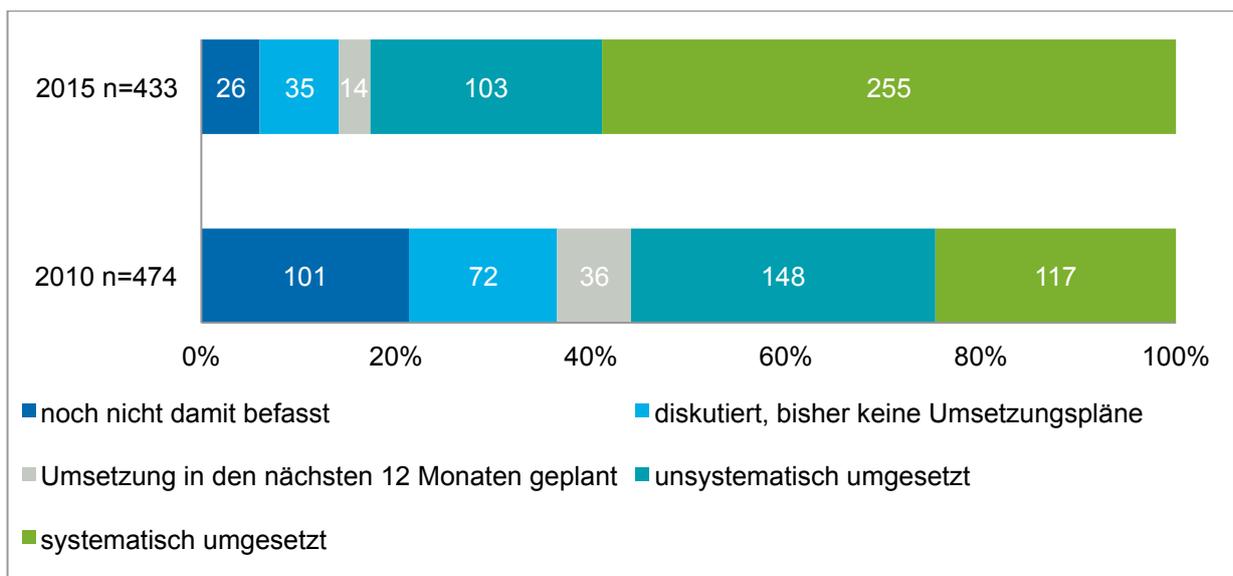
**4.2.1 l Wobei haben Sie Unterstützung und Beratung durch externe Institutionen /Berater erhalten? (Mehrfachantworten möglich; max. sieben)**



#### 4.2.1 m Gibt es in Ihrer Einrichtung Fallkonferenzen?



#### 4.2.1 n Gibt es in Ihrer Einrichtung M&M-Konferenzen?



#### 4.2.1 o Ergebnisse Mann-Whitney-U-Test auf Signifikanz

Variable	U	Z	p
Ist Ihr Haus zertifiziert?	88677,50	-7,24	0,000
Gibt es für Ihre Einrichtung eine verbindliche, schriftlich festgelegte Strategie für das kRM?	108524,00	-0,293	0,769
Gibt es für Ihr Haus verbindliche, schriftlich festgelegte strategische Ziele für das kRM?	107425,00	-0,446	0,655
Gibt es für das kRM in Ihrem Haus verbindliche, schriftlich festgelegte operative Ziele?	99450,00	-2,37	0,018
Sind Aufgaben, Kompetenzen und Verantwortlichkeiten im kRM in Ihrer Einrichtung klar definiert, dokumentiert und Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern verbindlich zugeordnet?	93015,50	-4,17	0,000
Sind die Prozesse des kRM definiert und dokumentiert?	80579,00	-7,13	0,000
Sind die Prozesse des kRM den involvierten Mitarbeitern kommuniziert?	90234,50	-4,89	0,000
Werden regelmäßig Fortbildungen zum kRM angeboten?	64059,00	-11,54	0,000
Sind kRM und Fragen der Patientensicherheit fester Bestandteil der Tagesordnung für die Sitzungen der Einrichtungsleitung?	56036,00	-14,70	0,000
Werden die Richtlinien, die sicherstellen, dass Patienten offen und proaktiv über kritische Ereignisse oder Fehler während ihrer Behandlung informiert werden, konsequent umgesetzt?	46175,50	-16,11	0,000

Anmerkungen: Sig. Testung (2-seitig), Signifikanzniveau  $p < 0,05$ .

#### 4.2.1 p Ergebnisse Chi-quadrat-Test auf Signifikanz

Variable	Chi <sup>2</sup>	df	p
Hat sich Ihre Einrichtung in den letzten 5 Jahren in Bezug auf kRM jenseits von reiner Fortbildung professionelle Beratung und Unterstützung geholt?	0,596 <sup>a</sup>	1	0,440
Einführung kRM	96,70 <sup>a</sup>	1	0,000
Risikoanalyse	45,14 <sup>a</sup>	1	0,000
Risiko-Audit	5,087 <sup>a</sup>	1	0,024
Juristische Haftpflicht	68,66 <sup>a</sup>	1	0,000
Schulung und Fortbildung	27,88 <sup>a</sup>	1	0,000
Überprüfung des kRM nach Einführung	3,314 <sup>a</sup>	1	0,069
Einführung CIRS	39,88 <sup>a</sup>	1	0,000

Anmerkung: a. 0 Zellen (,0%) haben die erwartete Anzahl von weniger als 5, Signifikanzniveau  $p < 0,05$ .

Die Überprüfung, ob die Unterschiede zwischen den beiden Stichproben 2015 und 2010 signifikant sind, hat ergeben, dass überwiegend signifikante Unterschiede festgestellt werden konnten. Nicht signifikant sind die Unterschiede bei den Fragen nach einer festgelegten Strategie für kRM sowie strategischen Zielen. Ebenfalls nicht signifikant sind die Unterschiede bei der Frage, ob sich die Einrichtung in Bezug auf kRM jenseits von reiner Fortbildung professionelle Beratung und Unterstützung geholt habe sowie insbesondere bei Überprüfung des kRM nach Einführung. Man kann davon ausgehen, dass die Unterschiede in absoluten Zahlen gesehen in beiden Befragungsjahren eher marginal sind, weshalb hier kein Zusammenhang zwischen den Befragungsjahren und den Antworten zu erkennen ist.

#### **4.2.2 Risikobeurteilung (Risikoidentifikation, -analyse, -bewertung)**

Eine häufig genutzte Quelle zur Identifikation von Risiken in Krankenhäusern und Rehakliniken war 2015 das Beschwerdemanagement mit 98 % (n=429, 95 % systematisch, 3 % unsystematisch) 2010 wurde es mit 91 % bei den Einrichtungen etwas weniger genutzt (n=483, 75 % systematisch, 18 % unsystematisch) (s. Abb. 4.2.2 b).

Ebenfalls weit verbreitet waren die Analyse von Kennzahlen 2015 mit 95 % (n=431, 78 % systematisch, 17 % unsystematisch), 2010 waren es 85 % der Einrichtungen (n=480, 50 % systematisch, 35 % unsystematisch) (s. Abb. 4.2.2 e).

Um das Doppelte gestiegen ist die Verwendung von Patientenbefragungen für die Risikoidentifikation von 47 % in 2010 (n=482, 28 % systematisch, 19 % unsystematisch) auf 98 % 2015 (n=432, 91 % systematisch, 7 % unsystematisch) (s. Abb. 4.2.2 f).

Die direkte Beobachtung klinischer Abläufe wurde 2015 (n=432) ebenso wie 2010 (n=479) bei weit über 80 % der Einrichtungen umgesetzt (2015: 43 % systematisch, 47 % unsystematisch; 2010: 29 % systematisch, 45 % unsystematisch) (s. Abb. 4.2.2 d).

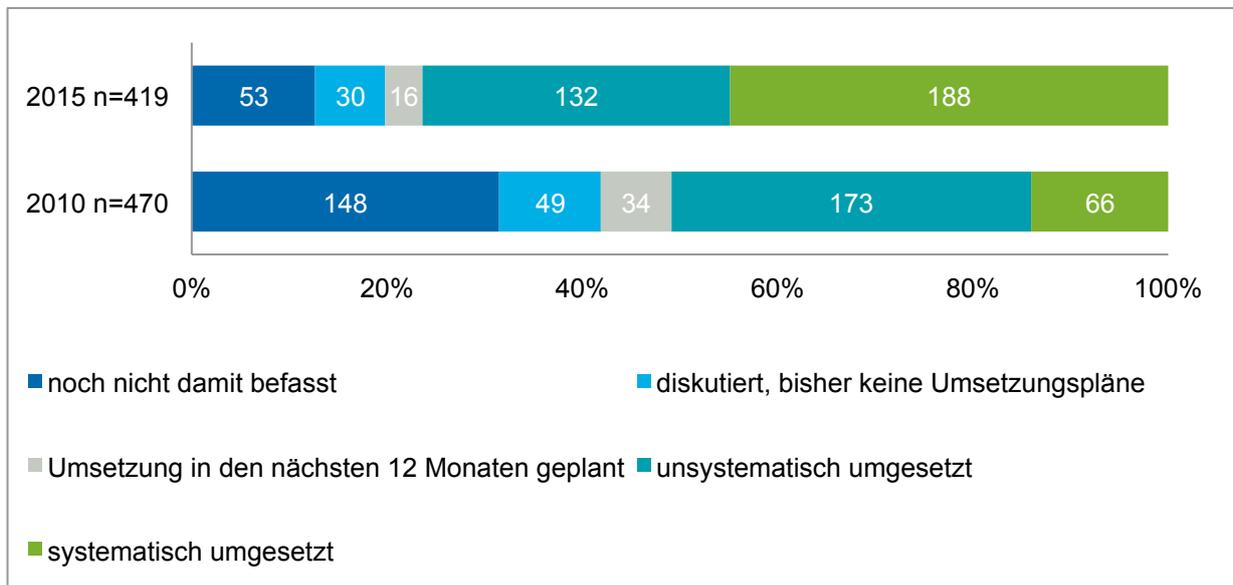
Die Angaben bezüglich der Auswertung von Patientenschadensfällen oder Anspruchserhebungen 2015 mit 83 % (n=424, 63 % systematisch, 25 % unsystematisch) einen etwas höheren Anteil als 2010 mit 78 % (n=424, 40 % systematisch, 38 % unsystematisch) (s. Abb. 4.2.2 c).

Wenig verbreitet waren Mitarbeiterbefragungen. Bei der Befragung 2015 nutzten 56 % der Einrichtungen Mitarbeiterbefragungen in ihren Einrichtungen als Risikoidentifikationsquelle (n=420, 25 % systematisch, 26 % unsystematisch 26 %). Es ist eine geringe Veränderung zu 2010 zu erkennen, wo 54 % (n=480, 38 % systematisch, 16 % unsystematisch) der Einrichtungen Mitarbeiterbefragungen nutzten (s. Abb. 4.2.2 g).

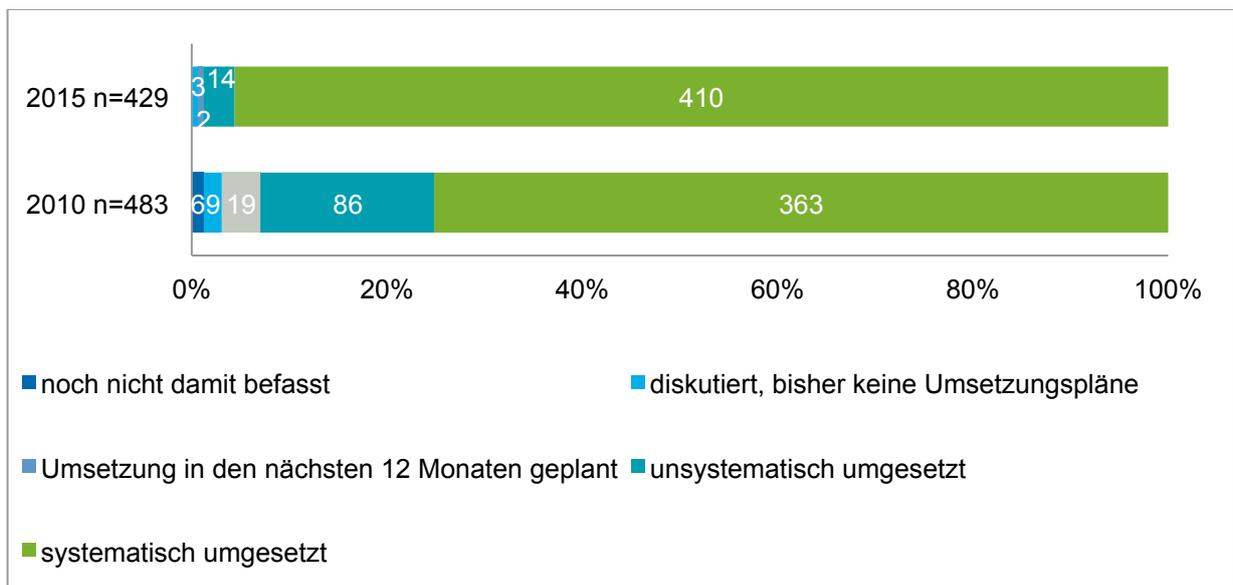
In den nachfolgenden Abbildungen 4.2.2 a bis 4.2.2 j werden die Befragungsergebnisse von 2015 und 2010 für die einzelnen Fragen des Themenkomplexes Risikobeurteilung dargestellt.

**Wie schätzen Sie den Umsetzungsgrad nachfolgend genannter Verfahren zur Risikobeurteilung in Ihrem Haus ein?**

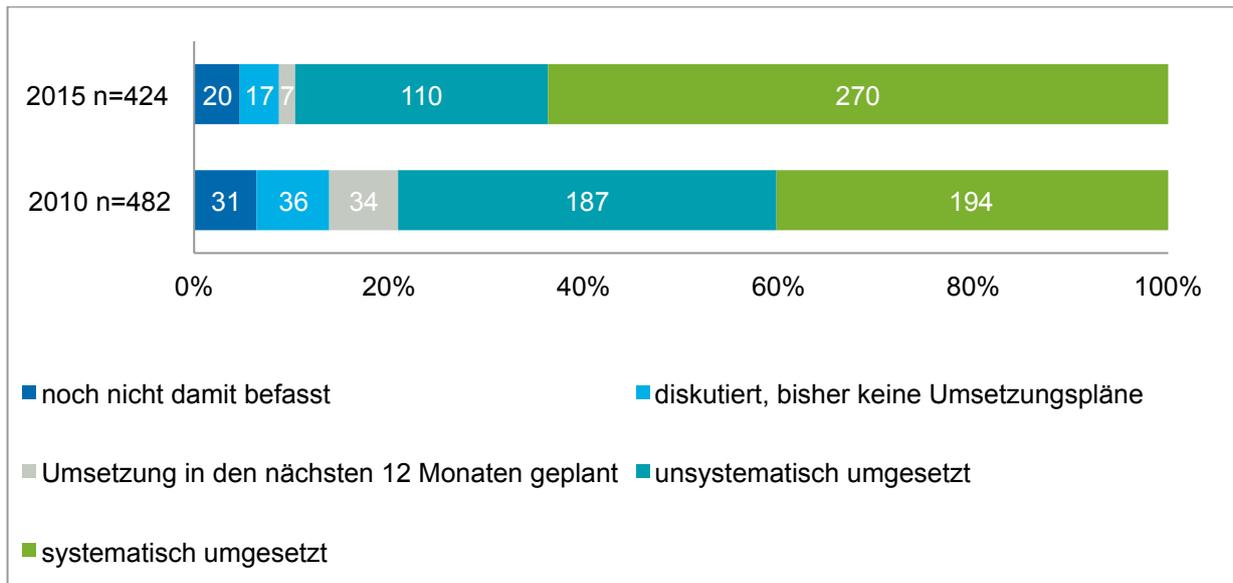
**4.2.2 a Krankenaktenanalysen**



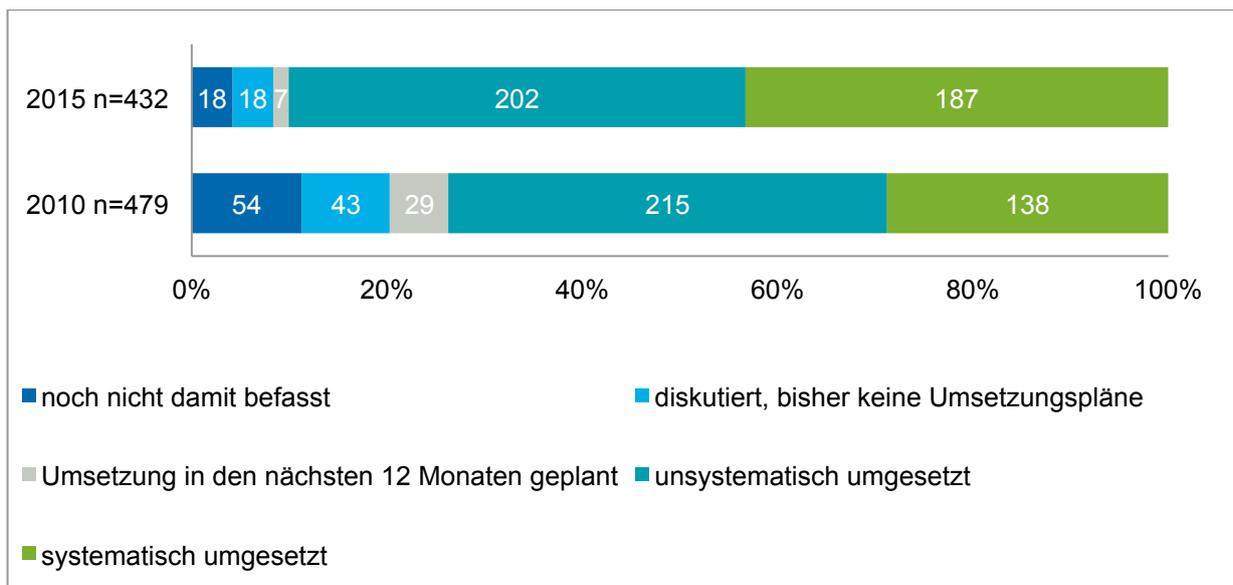
**4.2.2 b Beschwerde-Management (Patienten und/oder Angehörige und/oder Zuweiser)**



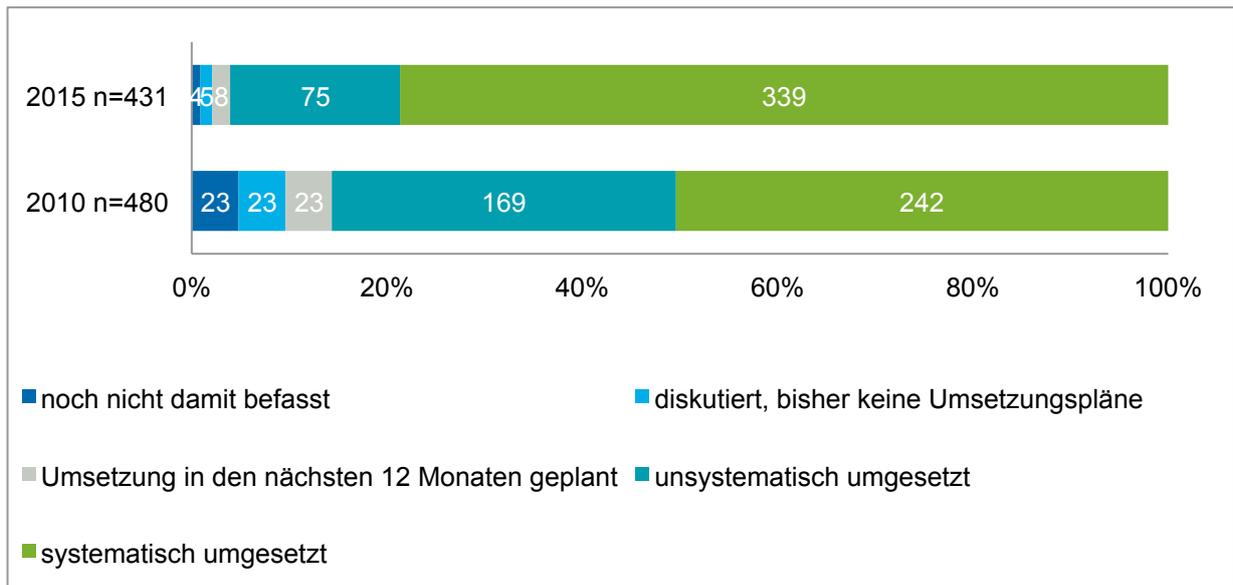
#### 4.2.2 c Auswertung von Patientenschadensfällen und/oder Anspruchserhebungen



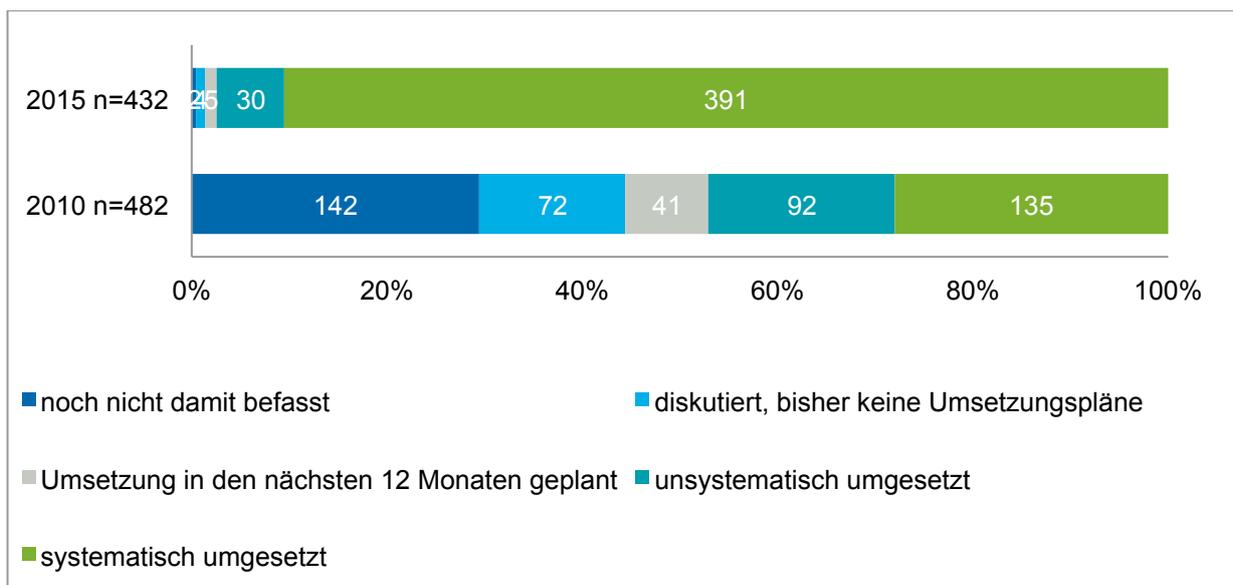
#### 4.2.2 d Direkte Beobachtung klinischer Abläufe, direkte Datenerhebung



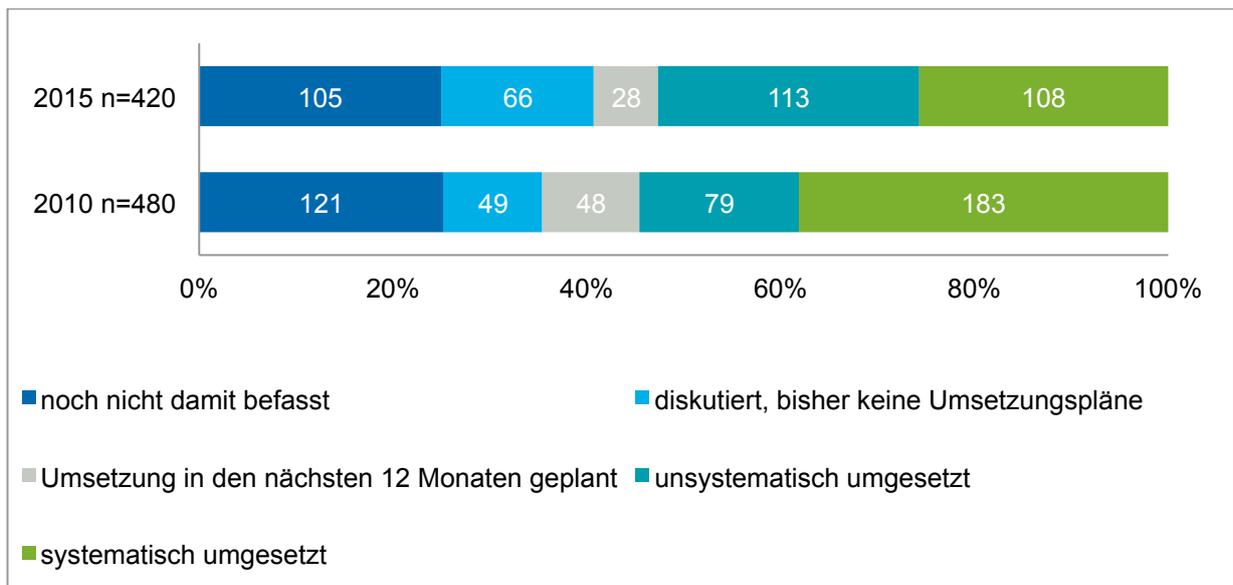
#### 4.2.2 e Analyse eigener Kennzahlen (z.B. Sturzszenarien, oder eigene Komplikationsstatistiken)



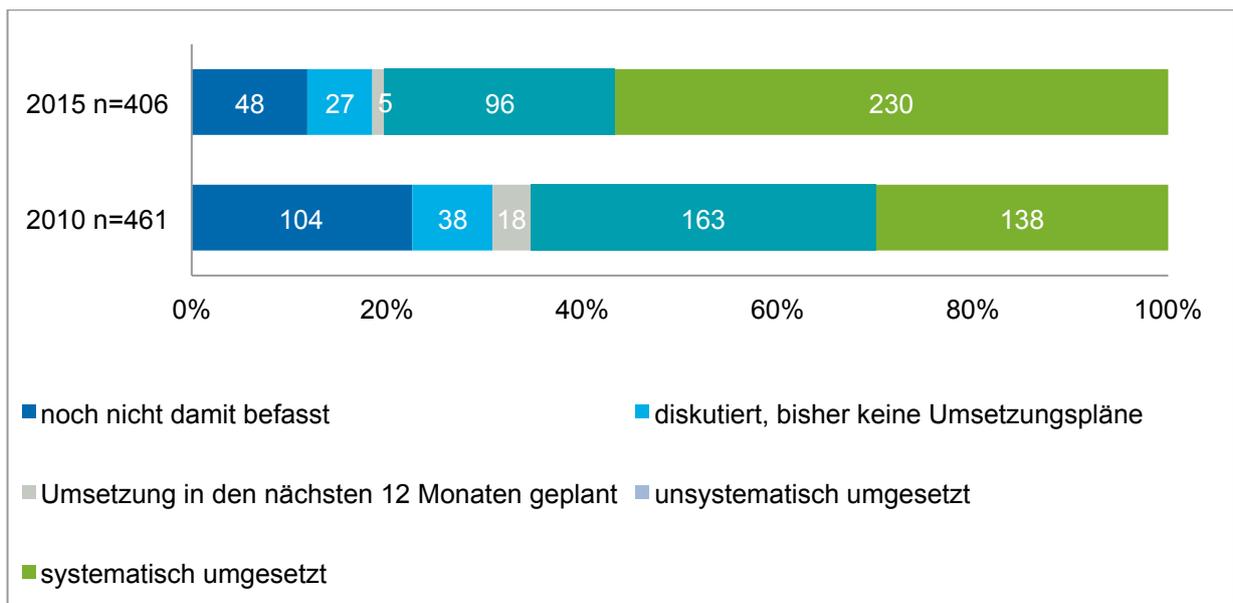
#### 4.2.2 f Patienten- bzw. Angehörigenbefragung



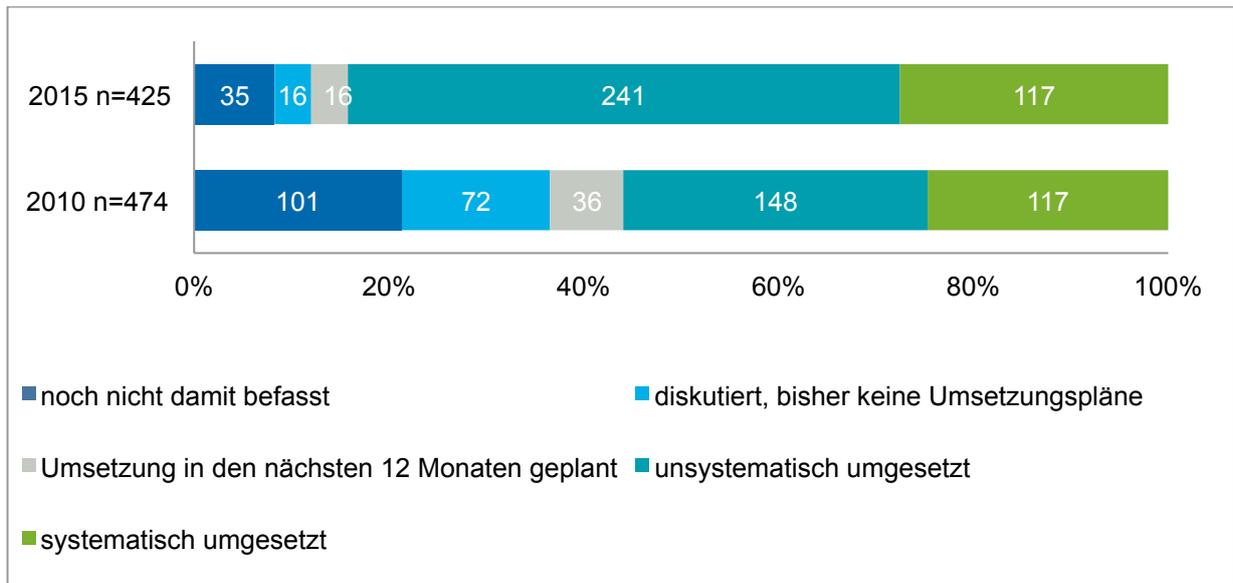
#### 4.2.2 g (Schriftliche) Mitarbeiterbefragungen



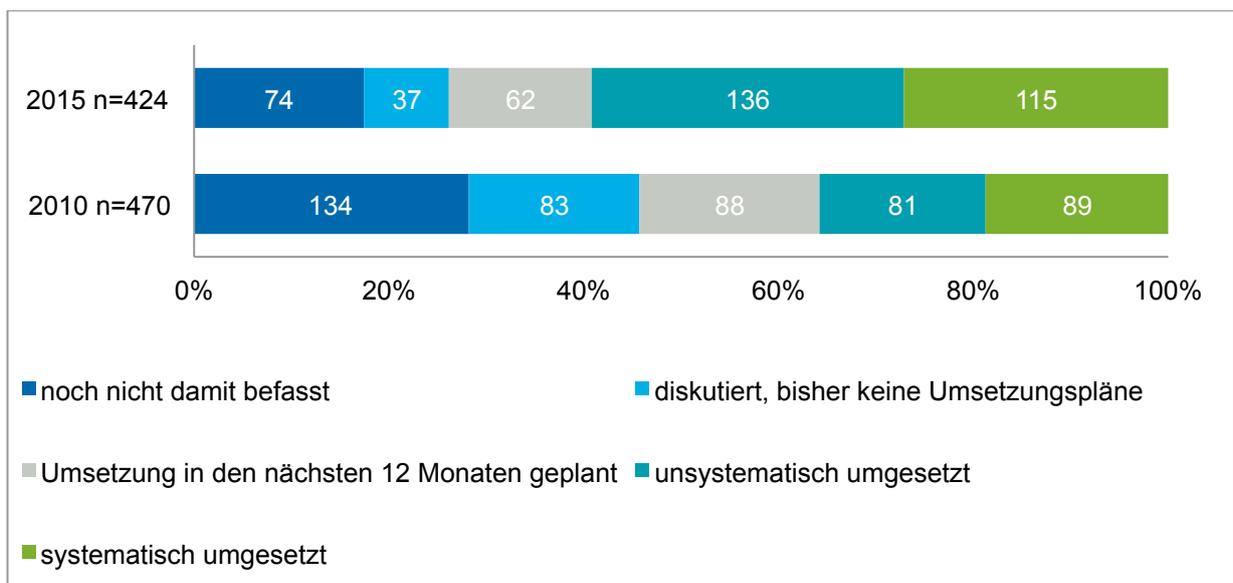
#### 4.2.2 h Hinweise der Haftpflichtversicherer oder deren Vermittler



#### 4.2.2 i Einsatz dialogorientierter Verfahren



#### 4.2.2 j Analyseergebnisse, die auf den verschiedenen Risiko-Informationsquellen beruhen, werden für Gesamtanalyse der klinische Risiken zusammengeführt



#### 4.2.2 k Ergebnisse Mann-Whitney-U-Test auf Signifikanz

Variable	U	Z	p
Einsatz dialogorientierter Verfahren	77618,00	-6,28	0,000
Krankenaktenanalysen	60343,00	-10,38	0,000
Beschwerde-Management	82433,50	-8,54	0,000
Auswertung von Patientenschadensfällen und/oder Anspruchserhebungen	77292,00	-6,95	0,000
Direkte Beobachtung klinischer Abläufe, direkte Datenerhebung	80465,50	-6,26	0,000
Patienten- bzw. Angehörigenbefragungen	35098,00	-19,34	0,000
Analyse eigener Kennzahlen	72988,00	-9,04	0,000
Hinweise der Haftpflichtversicherer oder deren Vermittler	67250,00	-7,58	0,000
Einsatz von Verfahren zur Ereignisanalyse	70417,50	-7,90	0,000
Die auf den verschiedenen Risiko- Informationsquellen beruhenden Analyseergebnisse werden für das Krankenhaus an einer Stelle für eine Gesamtanalyse der klinischen Risiken zusammen geführt.	77271,00	-6,17	0,000
Mitarbeiterbefragungen	92443,00	-2,22	0,027

Anmerkungen: Sig. Testung (2-seitig), Signifikanzniveau  $p < 0,05$ .

Die Ergebnisse des Mann-Whitney-U-Tests zeigen zu allen Items der Risikobeurteilung signifikante Unterschiede auf.

### 4.2.3. Critical Incident Reporting System

Hinsichtlich der Implementierung von Critical Incident Reporting Systemen (CIRS) ist eine positive Entwicklung zu verzeichnen. 2015 verfügten bereits 81 % der Einrichtungen über ein CIRS (n=433, 324 systematisch, 26 unsystematisch), wohingegen in der in der vorherigen Befragung erst 168 Einrichtungen CIRS systematisch und 62 Einrichtungen CIRS unsystematisch implementiert hatten. (s. Abb. 4.2.3 a).

Hinsichtlich des einrichtungsübergreifenden CIRS geben 2015 fast doppelt so viele Einrichtungen an, sich an einem solchen systematisch (2015: 94; 2010: 45) zu beteiligen. Weiterhin haben jedoch ca. ein Drittel der Befragten (2015: n=427, 33 %; 2010: n=476, 34%) die Teilnahme zwar diskutiert aber keine Umsetzungspläne (s. Abb. 4.2.3 b).

Bei den weiteren Ausführungen (Abbildungen 4.2.3 c bis 4.2.4 m) wurden nur Einrichtungen berücksichtigt, welche angaben, über ein lokales CIRS zu verfügen, dieses also bereits systematisch oder zumindest unsystematisch umsetzten, weshalb auch die Stichprobengrößen in beiden Befragungsjahren deutlich sanken.

Eine Definition der zu meldenden kritischen Ereignisse existierte bei den Befragungen 2015 mit 97 % (n=346) und 2010 mit 92 % (n=229) fast flächendeckend (s. Abb. 4.2.3 c).

Schadenfälle wurden in beiden Jahren mehrheitlich nicht mit ins CIRS einbezogen (2015: n=343, 65 % nein; 2010: n=227, 61 % nein) (s. Abb. 4.2.3 d).

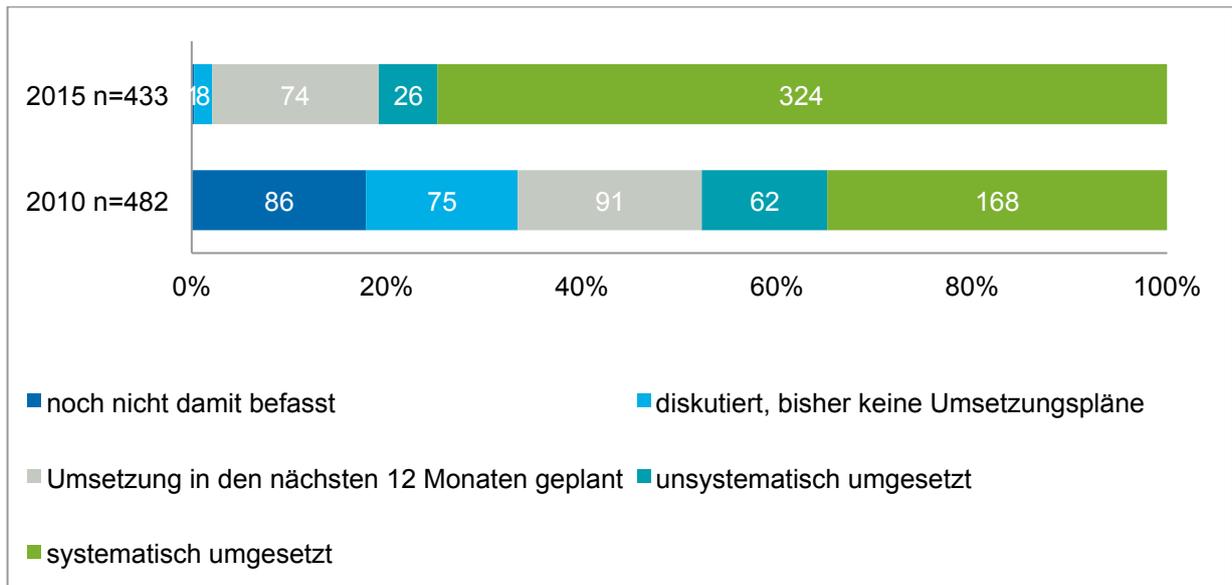
Sowohl in 2015 als auch schon in 2010 gaben die Teilnehmer fast vollständig an, das CIRS erlaube anonyme Meldungen (Abb. 4.2.3 e). Hinsichtlich Rückfragen an den anonym Berichtenden erlaubten dies 2015 weniger als 2010 (133 statt 174) (Abb. 4.2.3 f).

Positive Entwicklungen sind bei Schulungen und zeitnahe Feedback zu Berichten zu erkennen. 2015 geben die Einrichtungen zu 60 % bzw. 66 % an, dies immer zu tun, während 2010 20% bzw. 36 % dies immer umsetzten (s. Abb. 4.2.3 g-f).

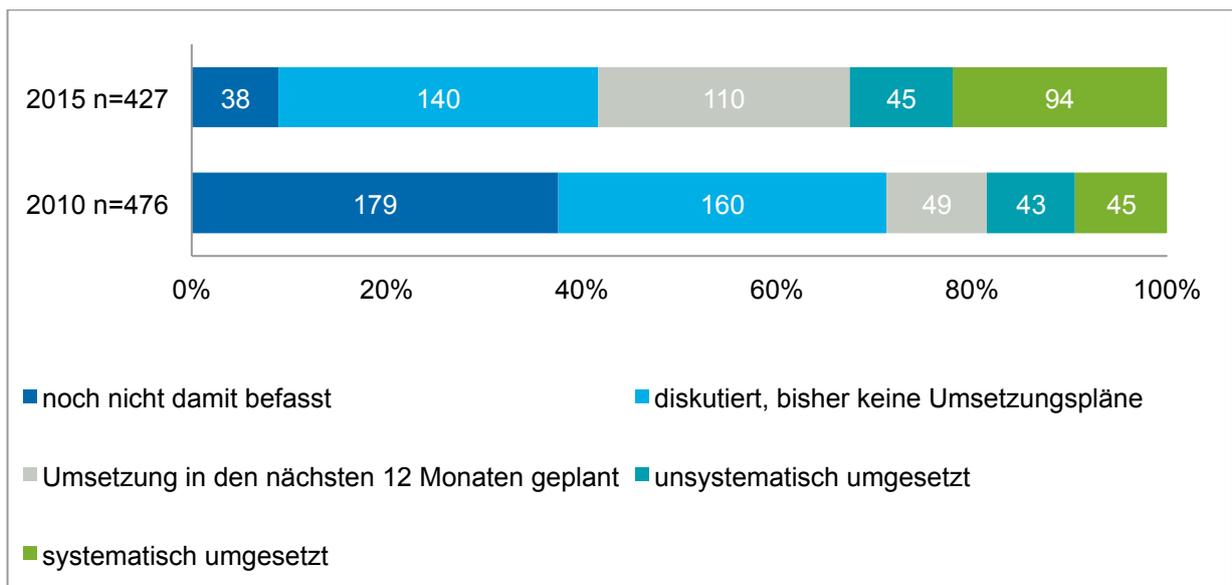
Weiterhin geben 2015 mehr Einrichtungen als 2010 an, systematische Analyse von CIRS-Berichten, Ableitung von Maßnahmen, Kommunikation der Maßnahmen und Überprüfung der Maßnahmen immer durchzuführen (2015: 286 bzw. 309 bzw. 235 bzw. 191; 2010: 136 bzw. 85 bzw. 91 bzw.93) (s. Abb. 4.2.3 j-m).

Die Abbildungen 4.2.3 a bis 4.2.3 m stellen die Angaben der Einrichtungen zu CIRS dar.

#### 4.2.3 a Verfügen Sie in Ihrem Haus über ein lokales CIRS?

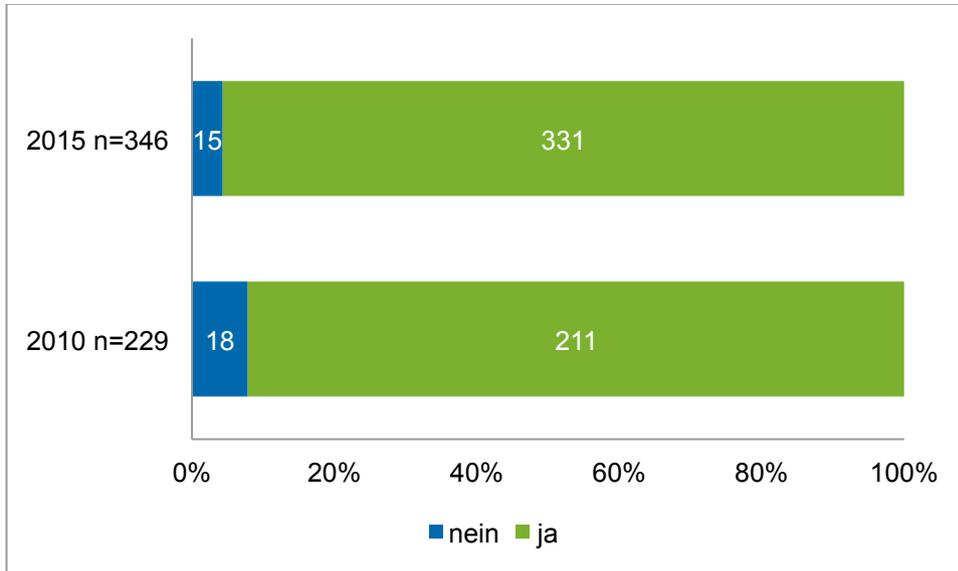


#### 4.2.3 b Beteiligen Sie sich an einem einrichtungsübergreifenden CIRS?

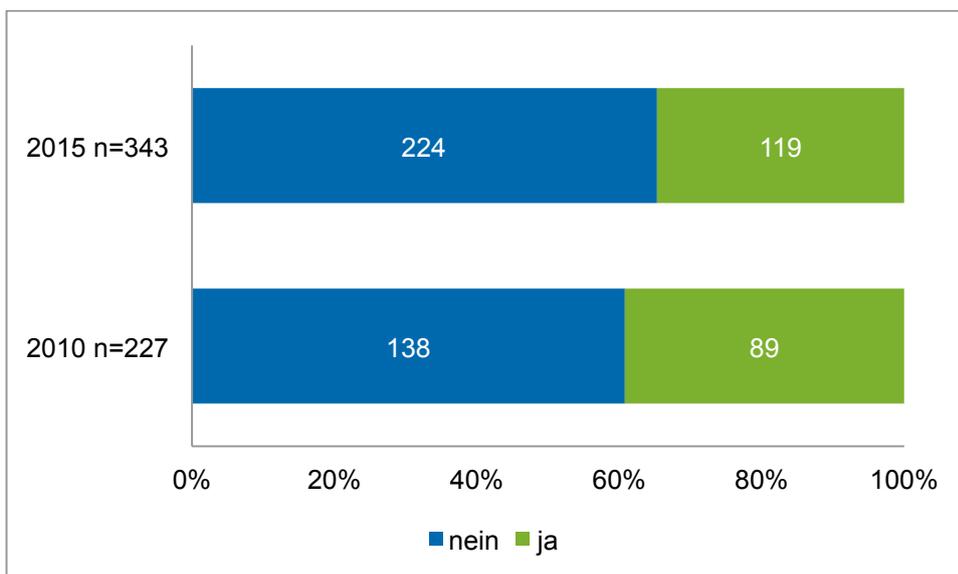


Bei den nachfolgenden Auswertungen wurden nur die Einrichtungen einbezogen, welche angaben, ein lokales CIRS umzusetzen.

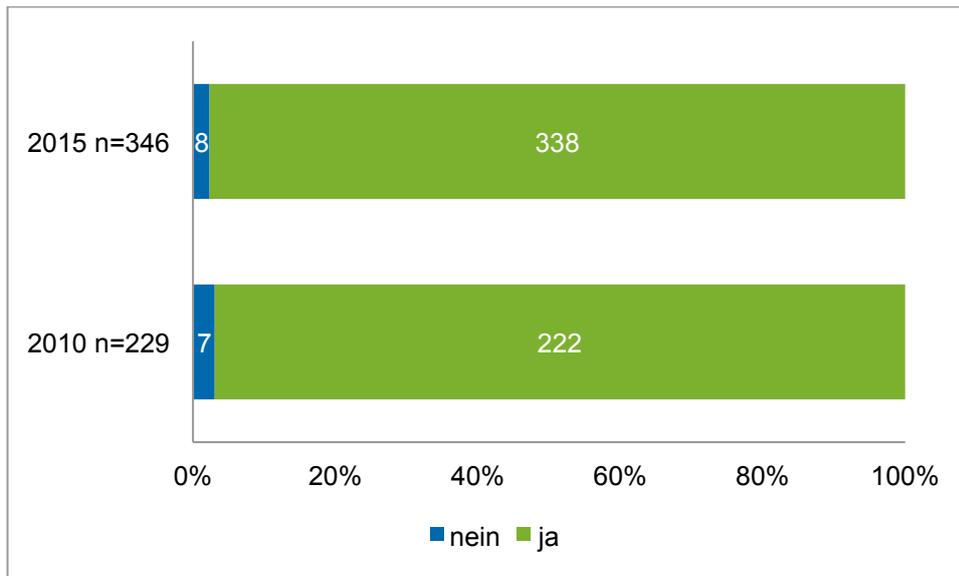
#### 4.2.3 c Eine Definition von zu meldenden kritischen Ereignissen („Was soll berichtet werden“) existiert.



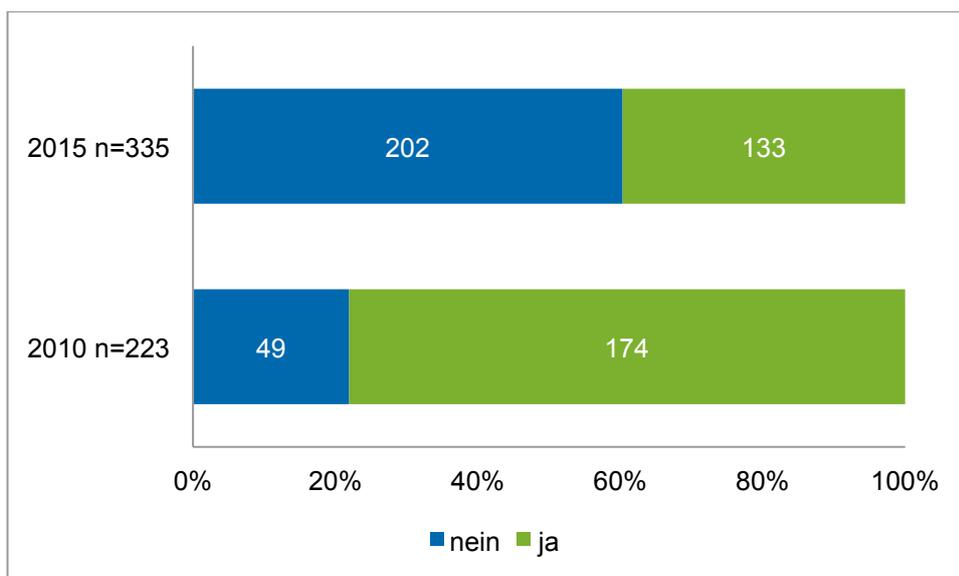
#### 4.2.3 d Schadensfälle werden ins CIRS einbezogen.



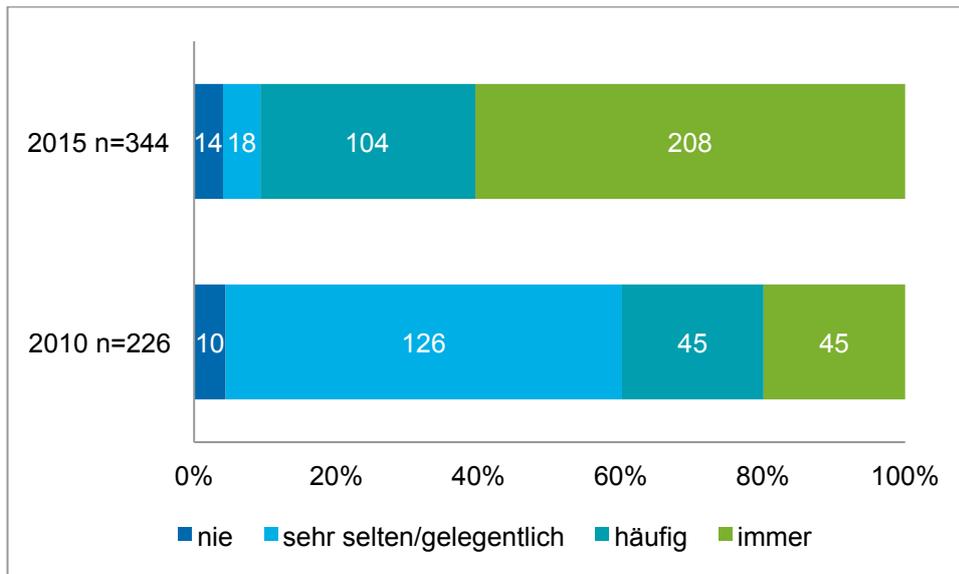
#### 4.2.3 e Das CIRS erlaubt anonyme Meldungen.



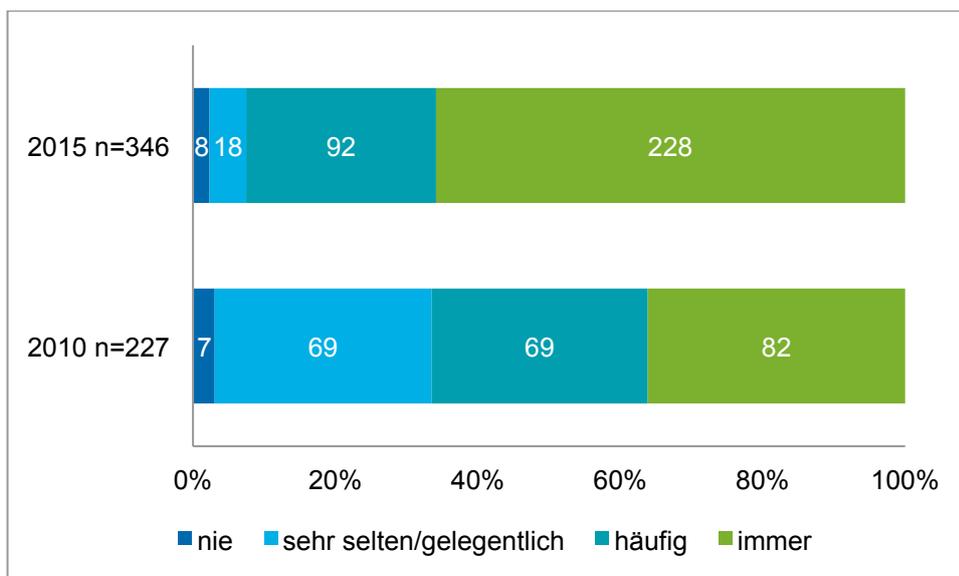
#### 4.2.3 f Das CIRS erlaubt Rückfragen des Analyseteams an den anonymen Berichtenden.



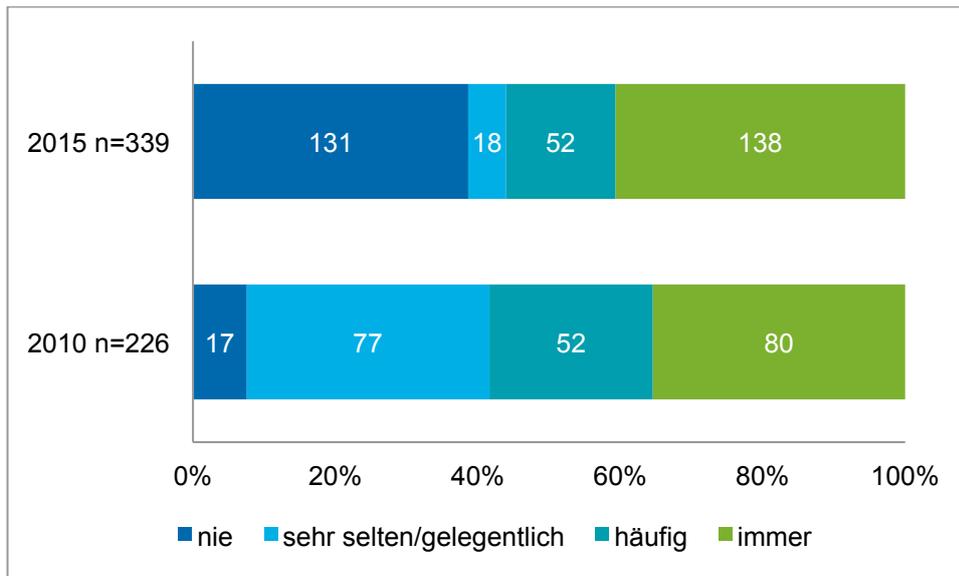
#### 4.2.3 g Schulungen zum CIRS finden statt.



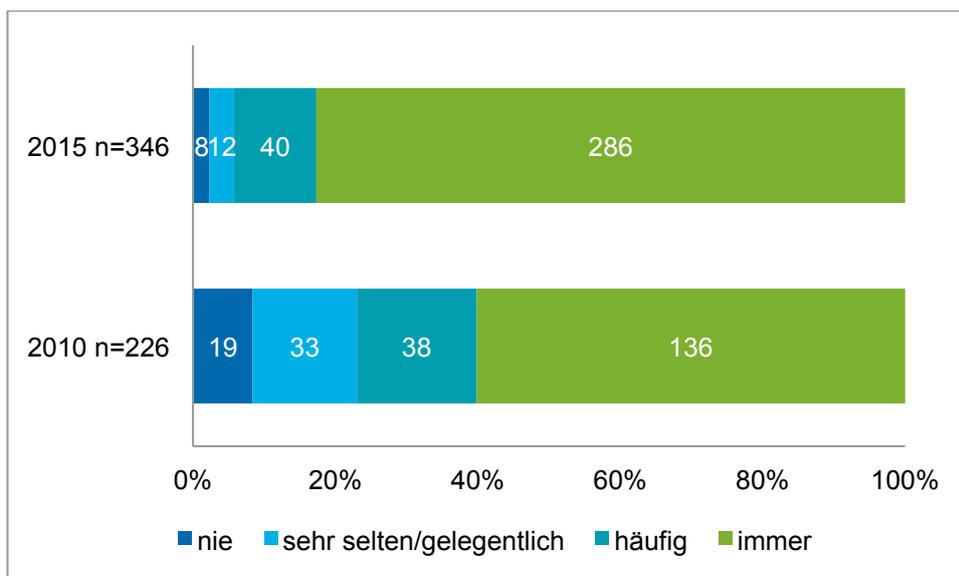
#### 4.2.3 h Meldende erhalten ein zeitnahes Feedback zu ihrem Bericht.



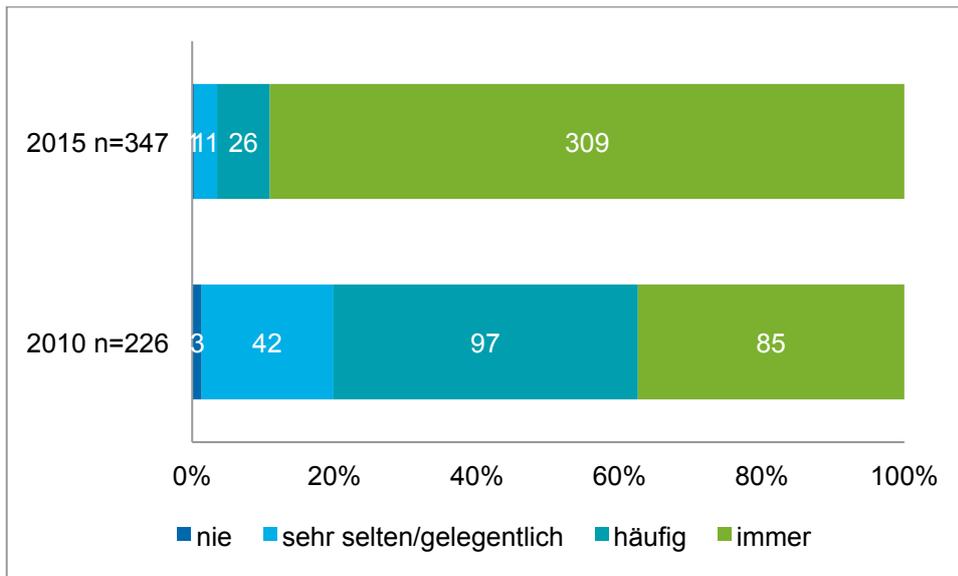
#### 4.2.3 i CIRS-Meldungen können von allen Mitarbeitern eingesehen werden.



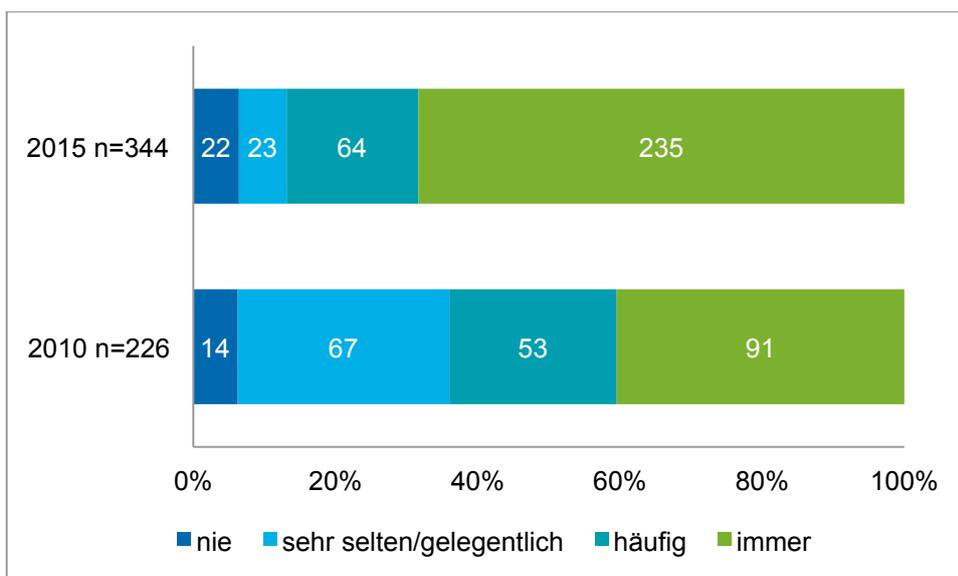
#### 4.2.3 j CIRS-Berichte werden nach einem festgelegten Schema analysiert.



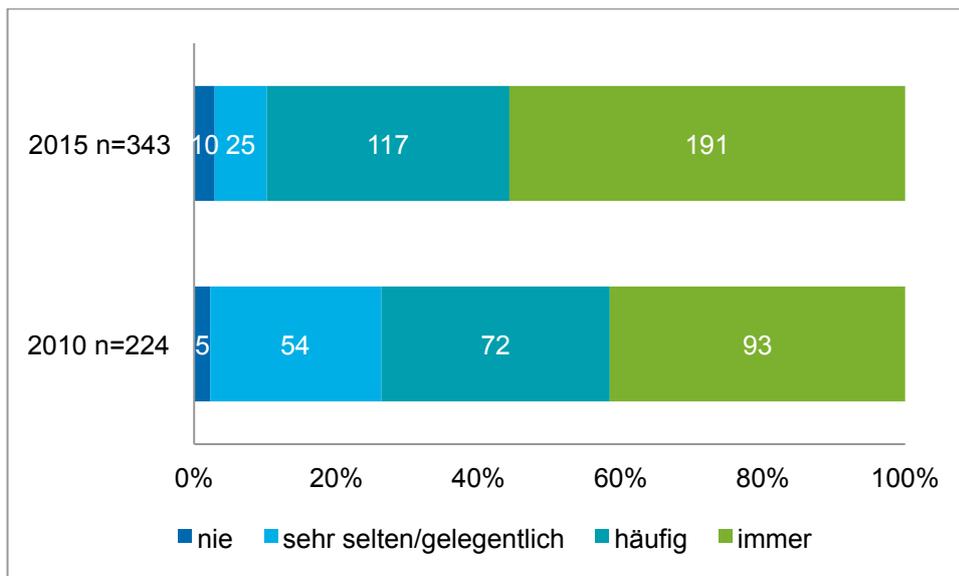
**4.2.3 k Aus den Erkenntnissen der CIRS-Analysen werden Maßnahmen abgeleitet.**



**4.2.3 l Diese aus den CIRS-Analysen abgeleiteten Maßnahmen werden allen Mitarbeitern kommuniziert.**



#### 4.2.3 m Die Umsetzung der Maßnahmen wird überprüft.



#### 4.2.3 o Ergebnisse Mann-Whitney-U-Test auf Signifikanz

Variable	U	Z	p
Beteiligen Sie sich an einem einrichtungsübergreifenden CIRS?	62437,00	-10,29	0,000
Verfügen Sie in Ihrem Krankenhaus über ein CIRS?	56084,00	-13,23	0,000
Schulungen zum CIRS finden statt.	17525,00	-11,79	0,000
Meldende erhalten ein zeitnahes Feedback zu ihrem Bericht	25121,00	-8,01	0,000
Berichte / Ereignisse werden allen Mitarbeitern kommuniziert.	33856,50	-2,36	0,018
CIRS-Berichte werden nach einem festgelegten Schema analysiert.	29626,00	-6,27	0,000
Aus den Erkenntnissen der CIRS-Analysen werden Maßnahmen abgeleitet.	19037,00	-12,78	0,000
Diese Maßnahmen werden allen Mitarbeitern kommuniziert.	27057,50	-6,72	0,000
Die Umsetzung der Maßnahmen wird überprüft.	30896,00	-4,23	0,000

Anmerkungen: Sig. Testung (2-seitig), Signifikanzniveau  $p < 0,05$ .

#### 4.2.3 p Ergebnisse Chi-quadrat-Test auf Signifikanz

Variable	Chi <sup>2</sup>	df	p
Definition von zu meldenden kritischen Ereignissen existiert	8,21 <sup>a</sup>	1	0,004
Anonyme Meldungen	22,60 <sup>a</sup>	1	0,000
CIRS erlaubt Rückfragen des Analyseteams an den anonymen Berichtenden	123,22 <sup>a</sup>	1	0,000
Schadensfälle	5,27 <sup>a</sup>	1	0,022

Anmerkung: a. 0 Zellen (,0%) haben die erwartete Anzahl von weniger als 5.

Die Ergebnisse des Mann-Whitney-U-Tests und des Chi-quadrat-Tests zeigen zu allen Items des Kapitels zu CIRS signifikante Unterschiede auf.

#### 4.2.4 Risikobewältigung

Zur Bewältigung von Risiken nutzten die Einrichtungen verschiedene Verfahren, deren Umsetzungsgrade im Folgenden näher betrachtet werden.

Bei den meisten aufgeführten Maßnahmen lässt sich ein positiver Trend erkennen. So hatten 2015 ein Vorgehen zur sicheren Patientenidentifikation 76 % der Einrichtungen systematisch umgesetzt (n=420); 2010 44 % (n=474) (s. Abb. 4.2.4 a).

Ein MRSA-Screening von Risikopatienten war in den teilnehmenden Einrichtungen weit verbreitet, so gaben in der 2015 Befragung die teilnehmenden Einrichtungen an, zu 98 % dies umzusetzen (n=424, 94 % systematisch und 4 % unsystematisch). Bei der Befragung 2010 waren es etwas weniger mit 84 % der Einrichtungen hatten ein MRSA-Screening umgesetzt (n=473, 72 % systematisch und 12 % unsystematisch) (s. Abb.4.2.4 c).

Ein ähnliches Bild zeigt sich bei der Umsetzung von Sturz-Assessment bei Risikopatienten, so setzten dies 2015 97 % der Einrichtungen um (n=427, 89 % systematisch, 8 % unsystematisch), 2010 setzten dies 82 % der um (n=471, 65 % systematisch, 17 % unsystematisch) (s. Abb.4.2.4 d).

Ebenso setzten 2015 bereits 92 % perioperative Checklisten ein (n=401, 87 % systematisch, 5 % unsystematisch), 2010 waren es 63 % der Einrichtungen (n=448, 44 % systematisch, 19 % unsystematisch) (s. Abb.4.2.4 e).

Auch bei der Umsetzung eines systematischen Entlassungsmanagements ist ein Aufwärtstrend zu verzeichnen. So bestätigten 2015 die Durchführung 88 % der teilnehmenden Einrichtungen (n=421, 66 % systematisch, 22 % unsystematisch), wohingegen 2010 dies 78 % der Einrichtungen angaben (n=474, 45 % systematisch, 33 % unsystematisch) (s. Abb.4.2.4 g).

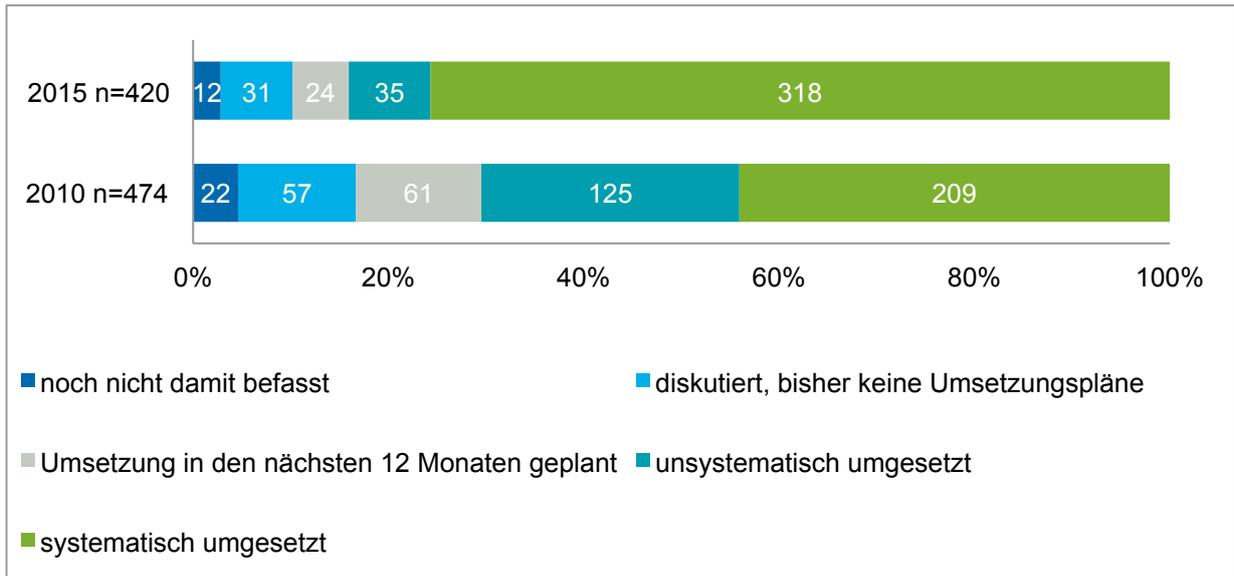
Eine nahezu Stagnation der Entwicklung ist bei der Implementierung von elektronischen Patientenakten zu erkennen. Sowohl 2015 als auch 2010 gaben 190 bzw. 195 der Teilnehmer an, elektronische Patientenakten eingeführt zu haben (2015: 95 systematisch, 95 unsystematisch; 2010: 93 systematisch, 102 unsystematisch) (s. Abb.4.2.4 b).

Zwar sind 2015 Simulatortrainings eine weiter verbreitete Maßnahme zur Bewältigung von Risiken als 2010 (2015:n=387, 65 %; 2010: n=454, 34 %), jedoch ist der Umsetzungsgrad meistens mit unsystematisch angegeben (2015: 95 systematisch, 156 unsystematisch; 2010: 63 systematisch, 93 unsystematisch) (s. Abb.4.2.4 f).

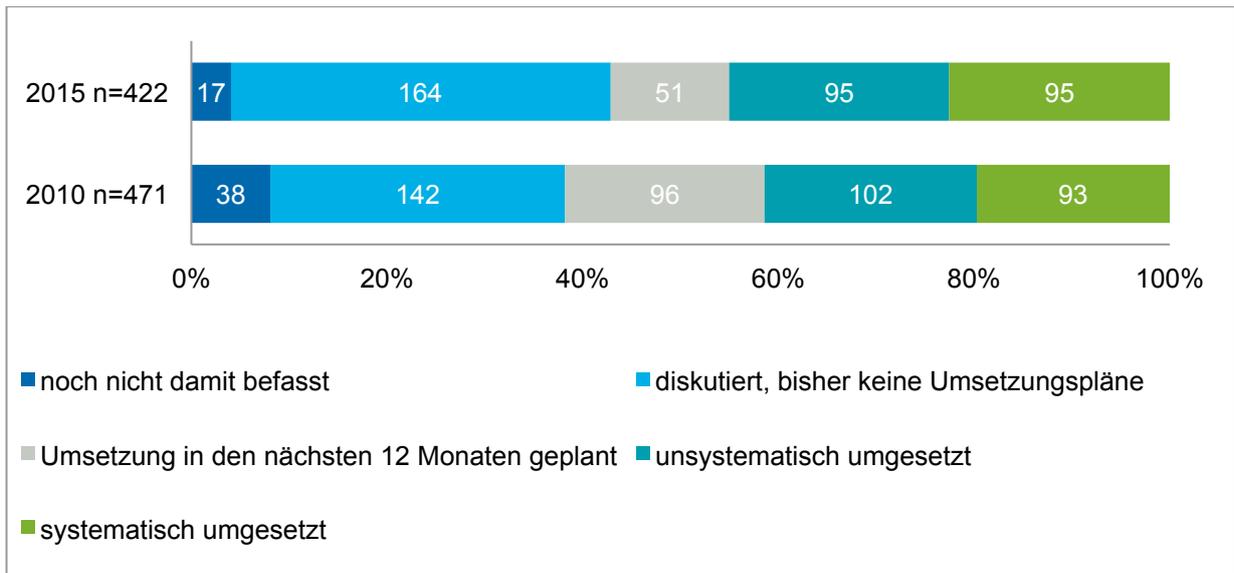
Die nachfolgenden Abbildungen 4.2.4 a bis 4.2.4 g stellen die einzelnen Fragen des Themenkomplexes Risikobewältigung dar.

**Bitte geben Sie an, inwiefern folgende Aussagen auf Ihr Haus zutreffen**

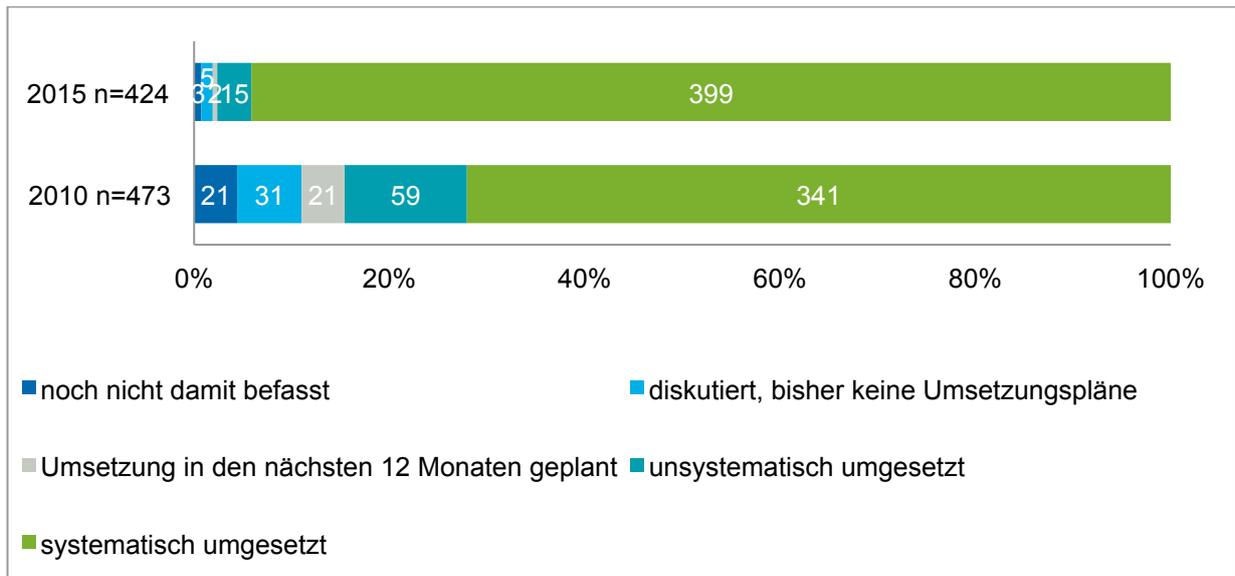
**4.2.4 a Umsetzung eines systematischen Vorgehens zur Patientenidentifikation.**



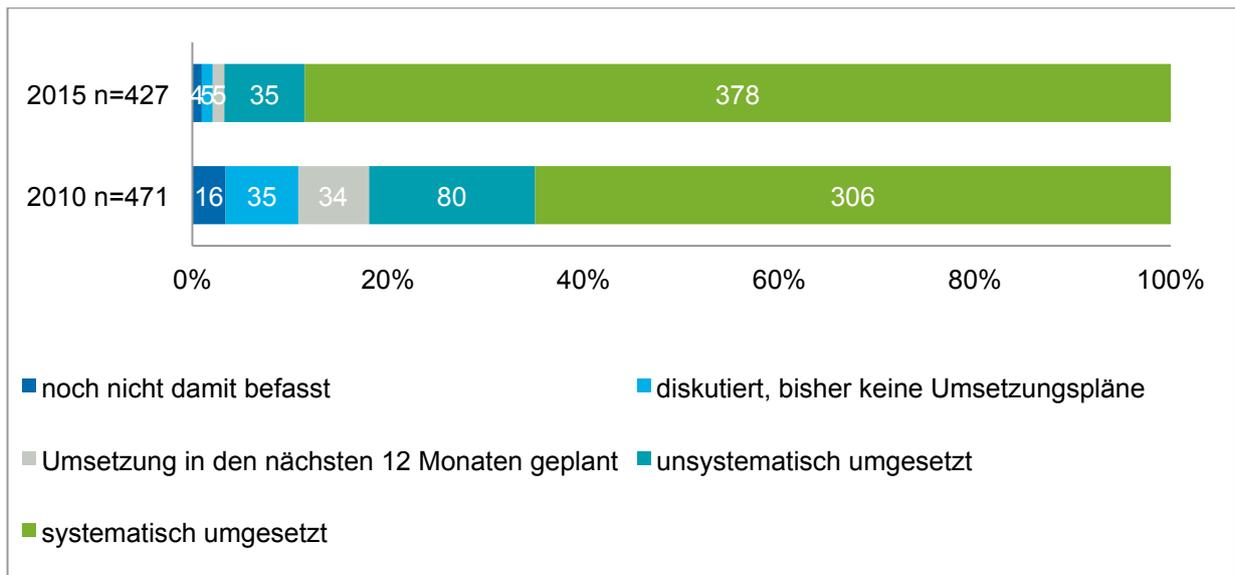
**4.2.4 b Nutzung einer elektronischen Patientenakte (Lesbarkeit, Prozesssicherheit).**



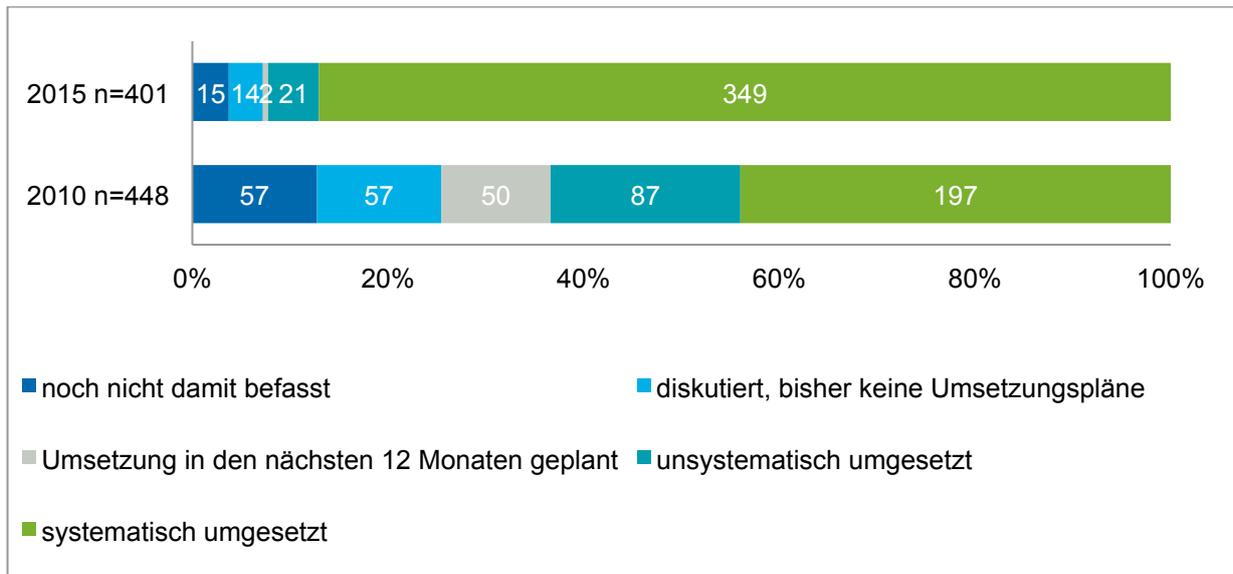
#### 4.2.4 c Umsetzung von systematischem MRSA-Screening von Risikopatienten.



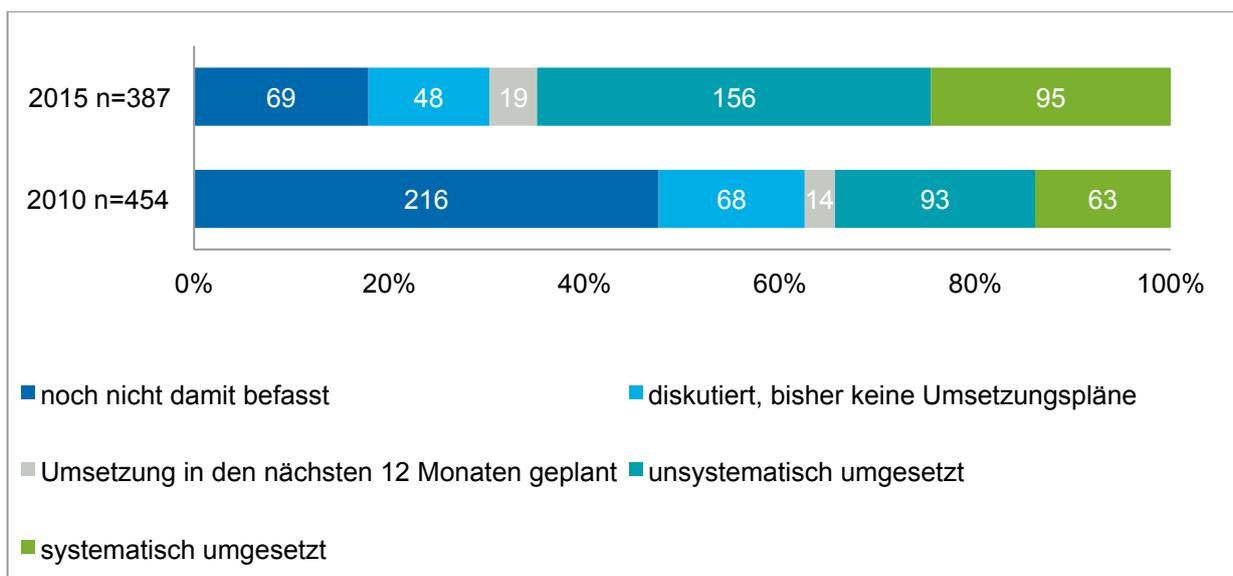
#### 4.2.4 d Sturzprävention mit Sturz-Assessment bei Risikopatienten.



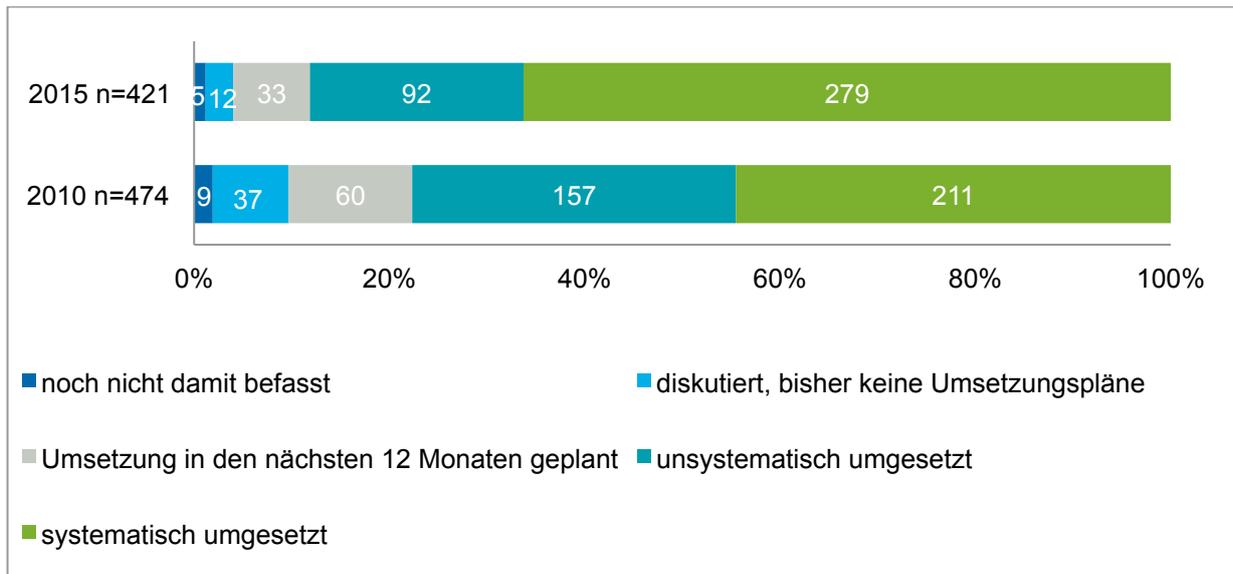
#### 4.2.4 e Einsatz von perioperativen (prä-, intra- und post-) Checklisten.



#### 4.2.4 f Durchführung von Simulatortrainings (z.B. für schwierige Operationen und Notfälle).



#### 4.2.4 g Anwendung von systematischem Entlassungsmanagement.



#### 4.2.4 h Ergebnisse Mann-Whitney-U-Test auf Signifikanz

Variable	U	Z	p
Umsetzung von systematischen MRSA-Screening von Risikopatienten	77978,00	-8,70	0,000
Nutzung einer elektronischen Patientenakte	97542,50	-,494	.621
Umsetzung eines systematischen Vorgehens zur Patientenidentifikation	70166,00	-8,59	0,000
Einsatz von perioperativen (prä-, intra- und post-) Checklisten	51355,50	-12,62	0,000
Systematisches Entlassungsmanagement	76908,00	-6,57	0,000
Sturzprävention mit Sturz-Assessment bei Risikopatienten	75998,50	-8,49	0,000
Durchführung von Simulatortrainings	56837,50	-9,18	0,000

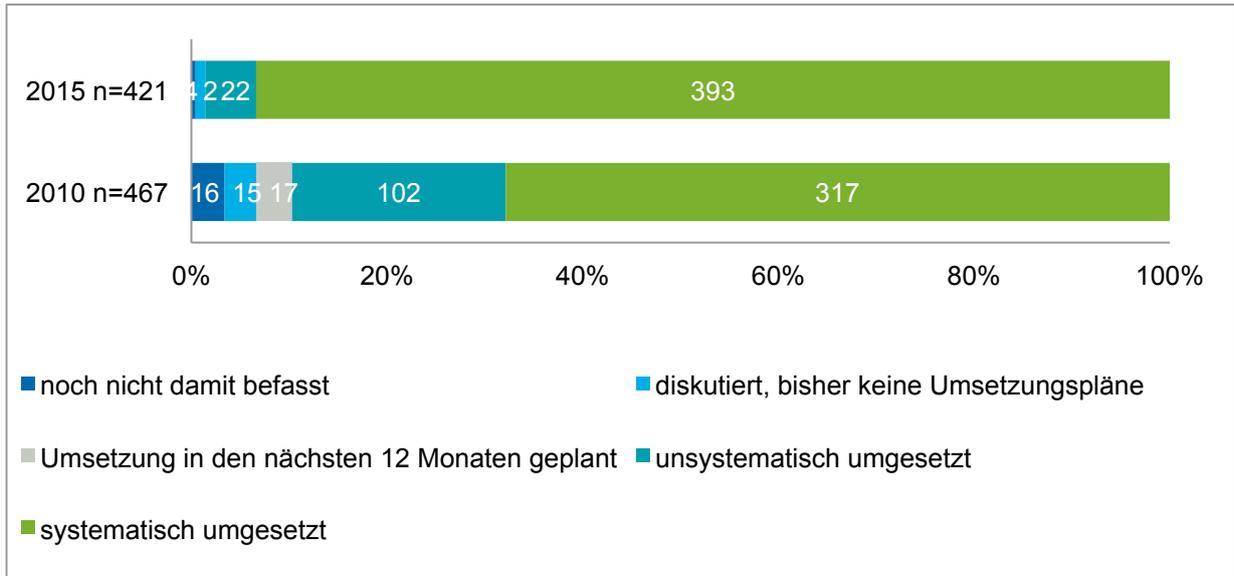
Anmerkungen: Sig. Testung (2-seitig), Signifikanzniveau  $p < 0,05$ .

Die Überprüfung, ob die Unterschiede zwischen den beiden Stichproben 2015 und 2010 signifikant sind, hat ergeben, alle Items signifikante Unterschiede aufweisen, bis auf die Nutzung einer elektronischen Patientenakte. Man kann davon ausgehen, dass die Unterschiede in absoluten Zahlen gesehen in beiden Befragungsjahren sehr gering sind, weshalb hier kein Zusammenhang zwischen den Befragungsjahren und den Antworten zu erkennen ist.

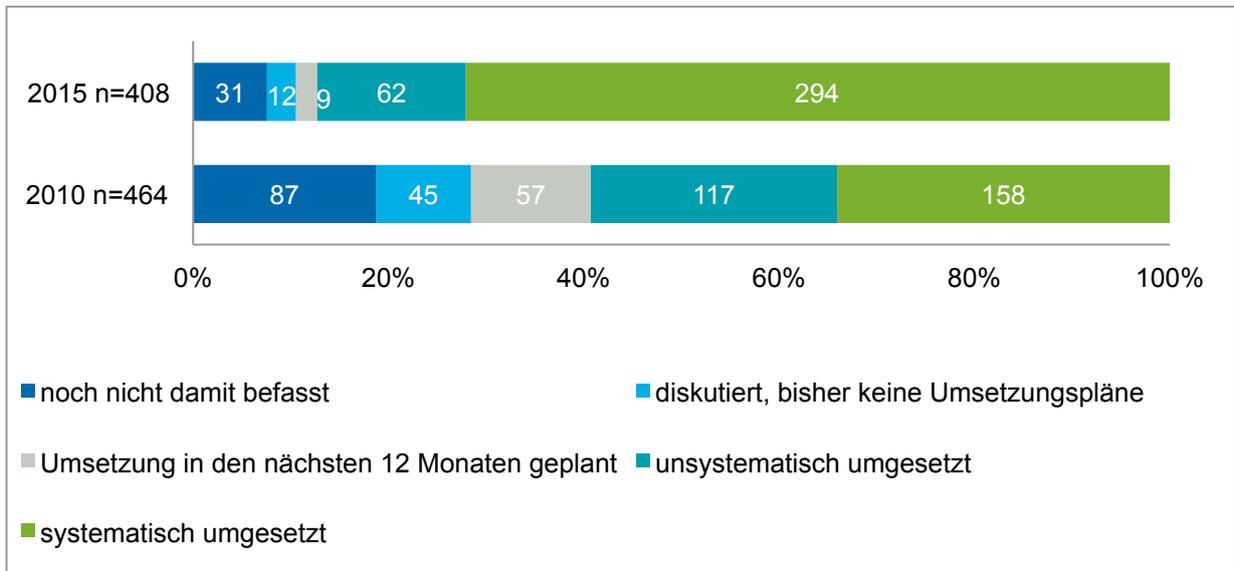
#### 4.2.5 Überwachung und Bericht von klinischen Risiken

Die Überwachung von klinischen Risiken erfolgte mit Statistiken zu nosokomialen Infektionen in beiden Befragungsjahren fast flächendeckend (2015: n=421, 93 % systematisch, 5 % unsystematisch; 2010: n=467, 68 % systematisch, 22 % unsystematisch) (s. Abb. 4.2.5 a). Die Überwachung anhand von Schadensfällen pro Zeiteinheit ist seit 2010 weiter verbreitet (2015: n=408, 72 % systematisch, 15 % unsystematisch; 2010: n=464, 34 % systematisch, 25 % unsystematisch) (s. Abb. 4.2.5 b).

##### 4.2.5 a Statistiken nosokomialer Infektionen



##### 4.2.5 b Anzahl von Schadensfällen und/oder Anspruchserhebungen pro Zeiteinheit



#### 4.2.4 h Ergebnisse Mann-Whitney-U-Test auf Signifikanz

Variable	U	Z	p
Anzahl von Schadensfällen und /oder Anspruchserhebungen pro Zeiteinheit	56670,00	-11.12	.000
Statistiken nosokomialer Infektionen	73078,50	-9.48	.000

Anmerkungen: Sig. Testung (2-seitig), Signifikanzniveau  $p < 0,05$ .

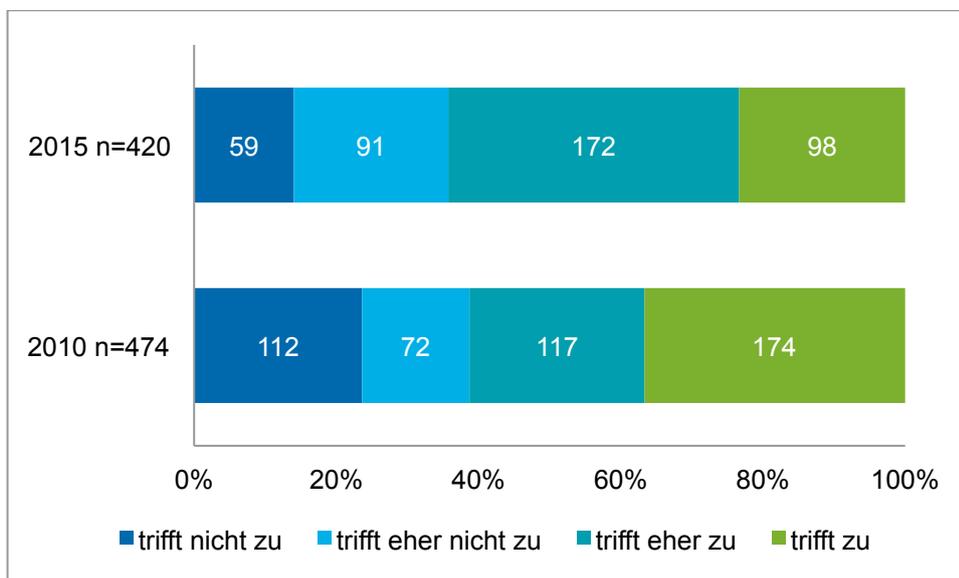
Die Ergebnisse des Mann-Whitney-U-Tests zeigen zu den beiden Items des Kapitels „Überwachung und Bericht von klinischen Risiken“ signifikante Unterschiede auf.

#### 4.2.6 Verbesserungsbedarf

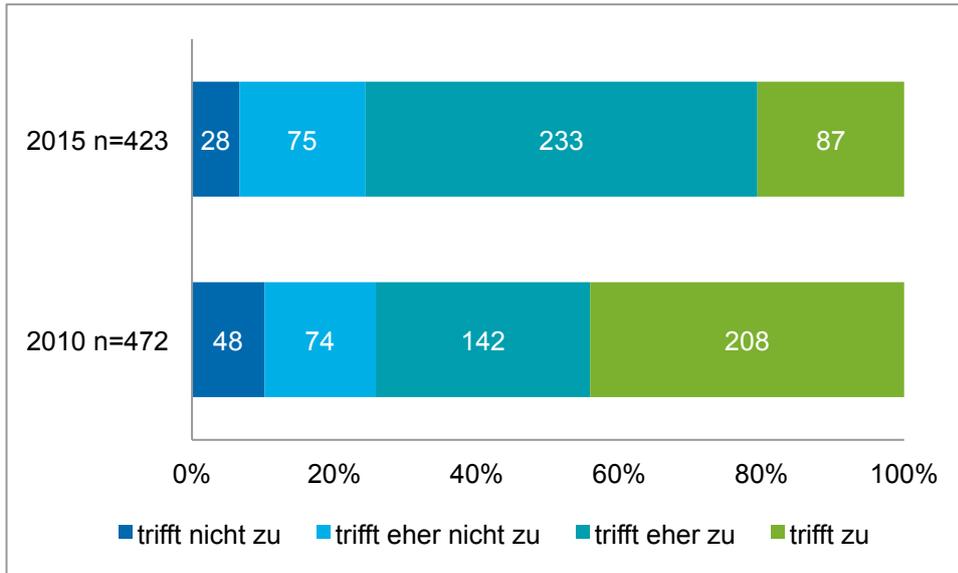
Die Einrichtungen wurden nach ihrer Einschätzung zu dem Verbesserungsbedarf verschiedener Bereiche gefragt.

In allen abgefragten Bereichen sahen mit bis zu 75 % („trifft zu“ und „trifft eher zu“) der Einrichtungen 2015 Verbesserungsbedarf. Bis zu 83 % („trifft zu“ und „trifft eher zu“) sahen 2010 Verbesserungsbedarf in den abgefragten Bereichen. Hinsichtlich des Zustimmungsgrades gab es jedoch Unterschiede, so wurde weniger häufig die deutliche Zustimmung „trifft zu“ als die etwas schwächere Zustimmung „trifft eher zu“ angegeben. (s. Abb. 4.2.6 a bis 4.2.6 g).

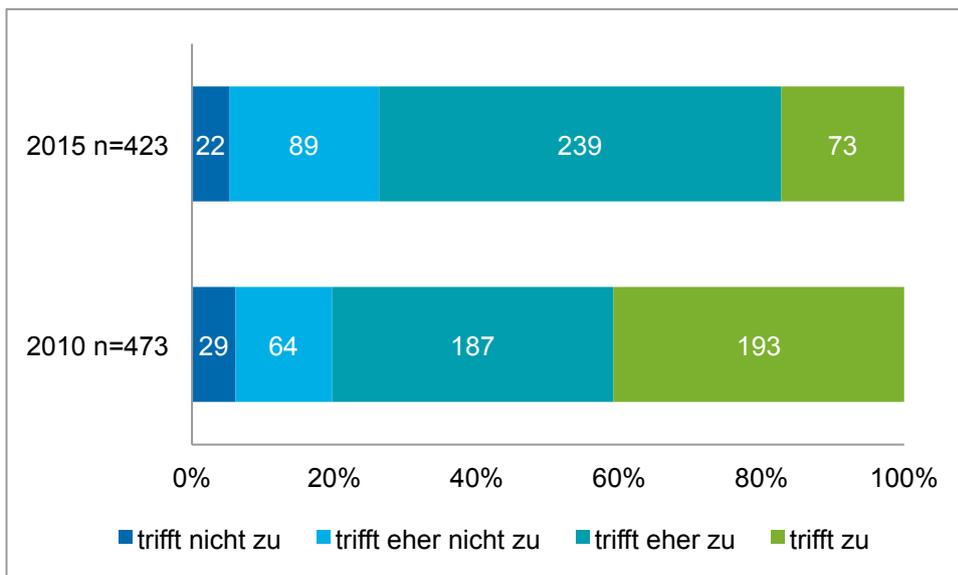
#### 4.2.6 a Klarer definierte interne Ansprechpersonen in den Kliniken/Abteilungen/ Funktionsbereichen, die die Schnittstelle zum zentralen KRM sicherstellen



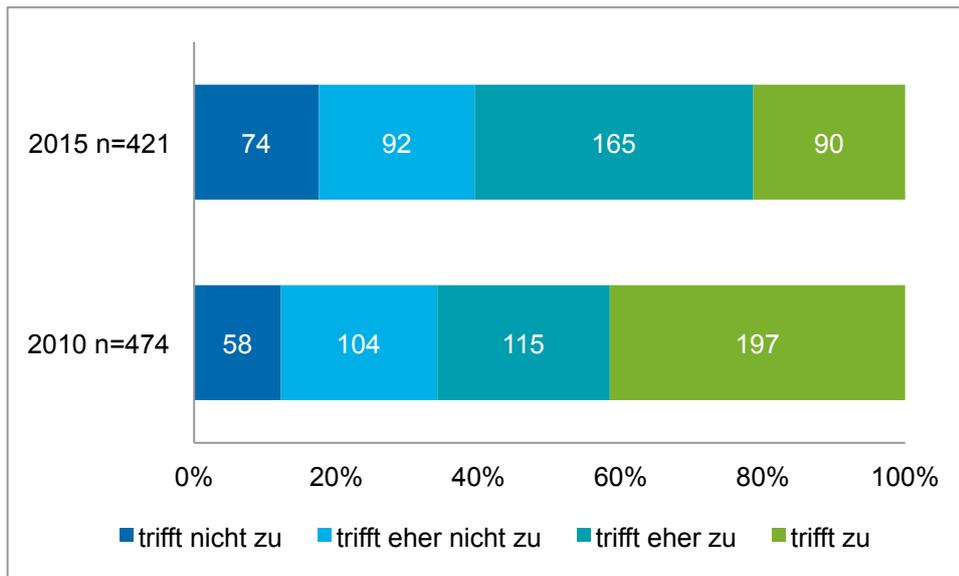
**4.2.6 b Einen regelmäßigeren Austausch zwischen dem zentralen kRM und den einzelnen Abteilungen/Kliniken/Funktionsbereichen**



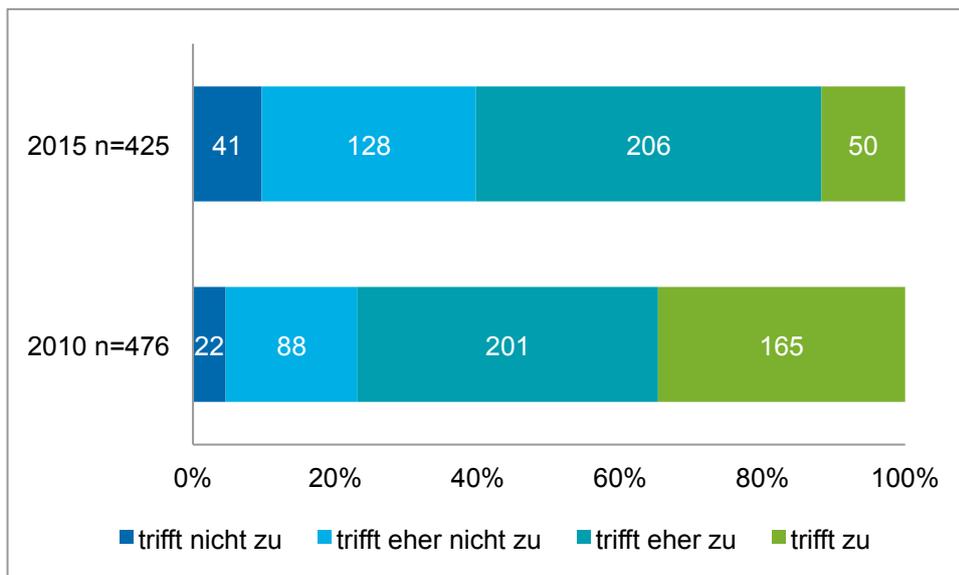
**4.2.6 c Vermehrte Vernetzung und Austausch zwischen den Abteilungen/Kliniken/Funktionsbereichen**



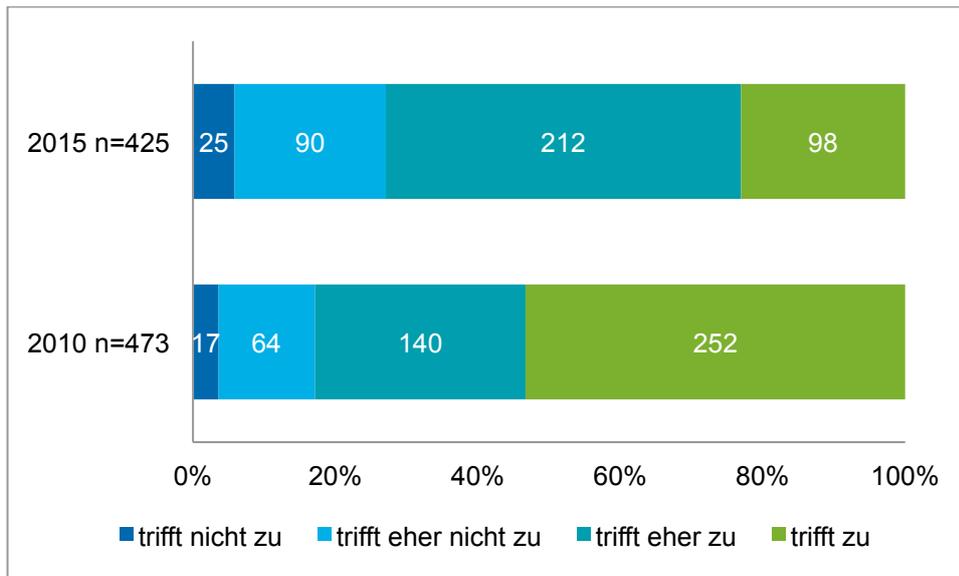
**4.2.6 d Klarere Regelungen der Aufgaben, Kompetenzen und Verantwortlichkeiten im kRM (Organisations- und Führungsstrukturen)**



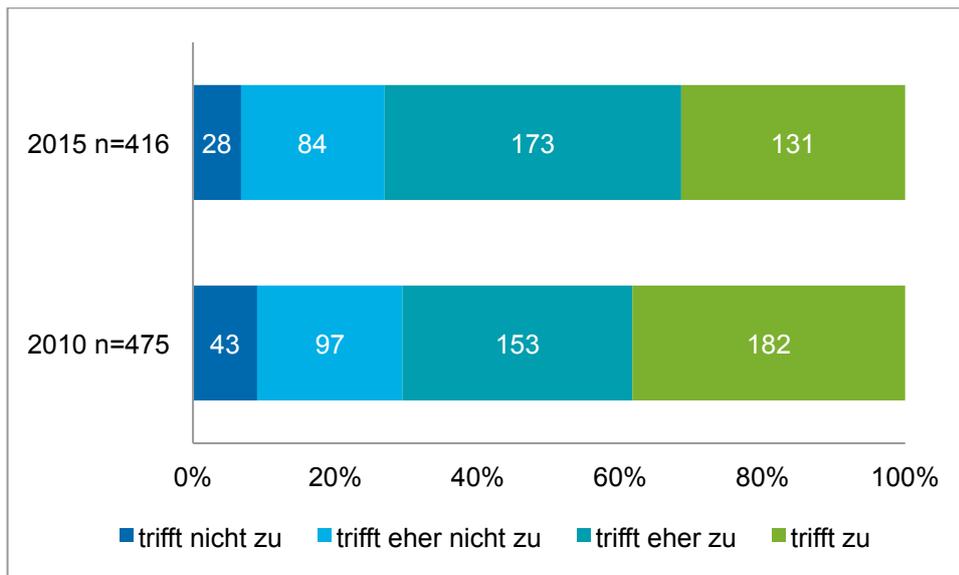
**4.2.6 e Vermehrt standardisierte Verfahren und klinische Prozesse (z.B. Behandlungspfade, Checklisten)**



#### 4.2.6 f Einen offeneren Umgang mit Fehlern und Schwachstellen im System



#### 4.2.6 g Zusätzliche personelle Ressourcen



#### 4.2.4 h Ergebnisse Mann-Whitney-U-Test auf Signifikanz

Variable	U	Z	p
Klarer definierte interne Ansprechpersonen in den Kliniken/Abteilungen/Funktionsbereichen, die die Schnittstelle zum zentralen kRM sicherstellen	96506,00	-0,874	0,382
Einen regelmäßigeren Austausch zwischen dem zentralen kRM und den einzelnen Abteilungen/Kliniken/Funktionsbereichen	84032,00	-4,35	0,000
Vermehrte Vernetzung und Austausch zwischen den Abteilungen/Kliniken/Funktionsbereichen	77806,00	-6,20	0,000
Klarere Regelungen der Aufgaben, Kompetenzen und Verantwortlichkeiten im kRM	82278,50	-4,72	0,000
Vermehrt standardisierte Verfahren und klinische Prozesse (z.B. Behandlungspfade, Checklisten)	71937,00	-7,99	0,000
Einen offeneren Umgang mit Fehlern und Schwachstellen im System	70640,50	-8,23	0,000
Zusätzliche personelle Ressourcen	96046,50	-0,758	0,449

Anmerkungen: Sig. Testung (2-seitig), Signifikanzniveau  $p < 0,05$ .

Die Unterschiede zwischen den beiden Stichproben 2015 und 2010 sind bei bis auf zwei Items in dem Kapitel Verbesserungsbedarf signifikant. Nicht signifikant sind die Unterschiede bei dem Bedarf an klarer definierten internen Ansprechpersonen in den Kliniken, die die Schnittstelle zum zentralen kRM sicherstellen sowie der Bedarf an zusätzlichen personellen Ressourcen.

#### 4.2.7 Fortbildungsbedarf

In Bezug auf den Fortbildungsbedarf zu kRM wurden die Einrichtungen gefragt, inwieweit dieser zu den verschiedenen Bereichen für sie relevant sei. Dabei zeigt sich, dass in allen abgefragten Bereichen noch immer überwiegend Fortbildungsbedarf besteht, jedoch hinsichtlich der Relevanz („sehr relevant“ und „eher relevant“) der einzelnen Themenbereiche sind die Angaben unterschiedlich.

Entlang des Risikoprozesses wurde die Relevanz des Fortbildungsbedarfes für Risikoanalyse und -bewertung sowie Maßnahmen zur Risikobeeinflussung/-steuerung über die beiden Befragungen mit 78-79 % bzw. 83-85 % und damit ungefähr gleich hoch bewertet (2015: n=425, 26 % sehr relevant, 52 % eher relevant; 2010: n=473, 35 % sehr relevant, 44 % eher relevant bzw. 2015: n=425, 21 % sehr relevant, 40 % eher relevant; 2010: n=473, 28 % sehr relevant, 48 % eher relevant) (s. Abb. 4.2.7 b und d). Im Bereich Risikoüberwachung hat die Relevanz für Fortbildungsbedarf seit 2010 deutlicher nachgelassen (2015: n=423, 21 % sehr relevant, 10 % eher relevant; 2010: n=473, 28 % sehr relevant, 48 % eher relevant) (s. Abb. 4.2.7 c).

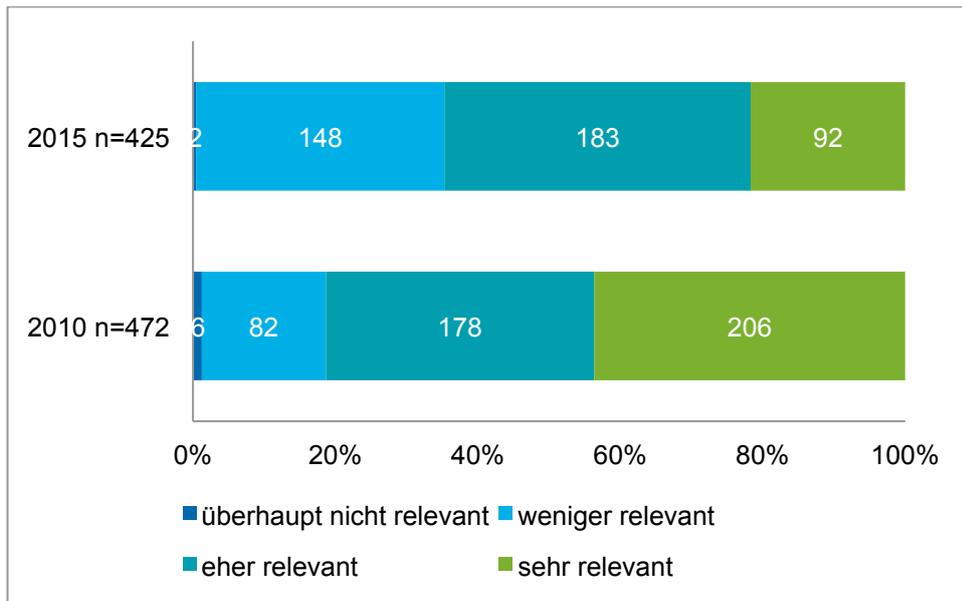
Ebenso ist der Fortbildungsbedarf zu CIRS seit 2010 gesunken, lag der Bedarf bei 39 % (n=422, 14 % sehr relevant, 25 % eher relevant) 2010 hingegen noch bei 70 % (n=469, 33 % sehr relevant, 37 % eher relevant) (s. Abb. 4.2.7 e).

Wenig sind Fortbildungen zum Einsatz von Simulatoren für Notfalltrainings im Vergleich zu den anderen Bereichen als relevant geschildert. Sowohl 2015 als auch 2010 schilderten rund 40 % der Einrichtungen hier Fortbildungsbedarf (2015: n=415, 11 % sehr relevant, 28 % eher relevant; 2010: n=467, 11 % sehr relevant, 32 % eher relevant) (s. Abb. 4.2.7 f).

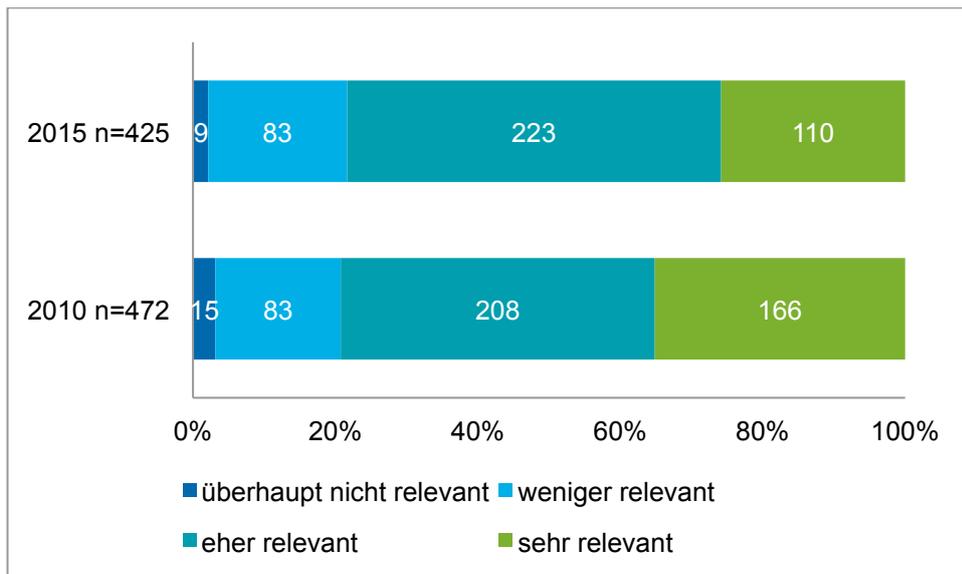
2015 schätzten die teilnehmenden Einrichtungen den Fortbildungsbedarf zur Förderung der Sicherheitskultur insgesamt nicht mehr so relevant ein als noch 2010 (2015: n=425, 18 % sehr relevant, 43 % eher relevant; 2010: n=472, 44 % sehr relevant, 38 % eher relevant) (s. Abb. 4.2.7 a). Ebenso verhält es sich bei dem Fortbildungsbedarf zu Kommunikation mit Patienten/ Angehörigen nach einem kritischen Ereignis (2015: n=424, 21 % sehr relevant; 41 % eher relevant; 2010: n=470, 28 % sehr relevant, 44 % eher relevant) (s. Abb. 4.2.7 g).

Die nachfolgenden Abbildungen 4.2.7 a bis 4.2.7 g stellen die einzelnen Fragen des Themenkomplexes Fortbildungsbedarf dar.

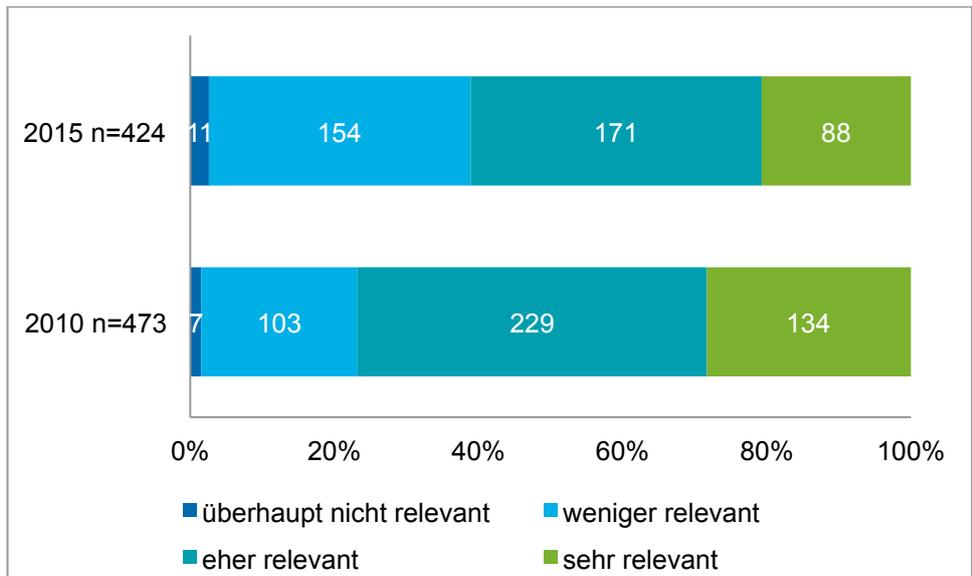
#### 4.2.7 a Förderung der Sicherheitskultur



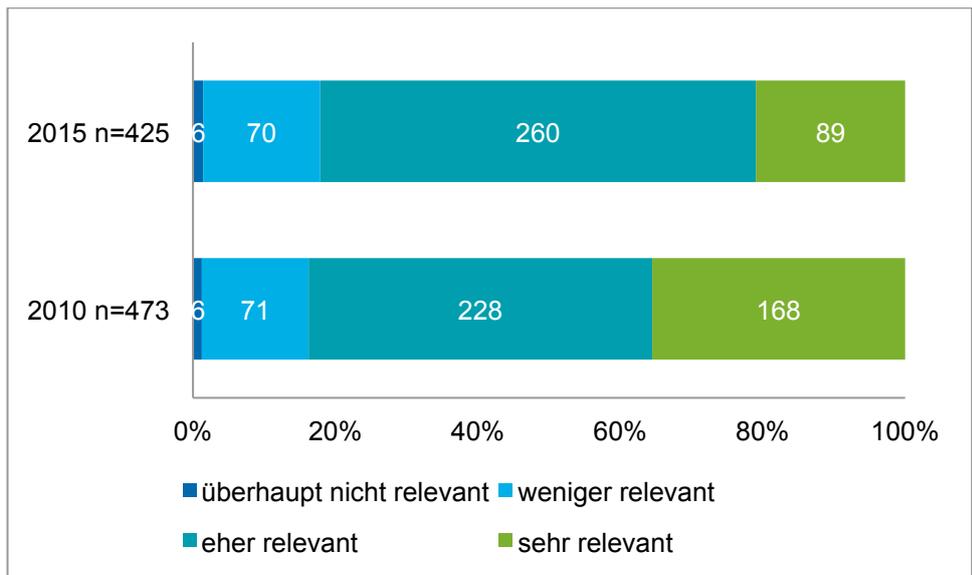
#### 4.2.7 b Risikoanalyse und -bewertung



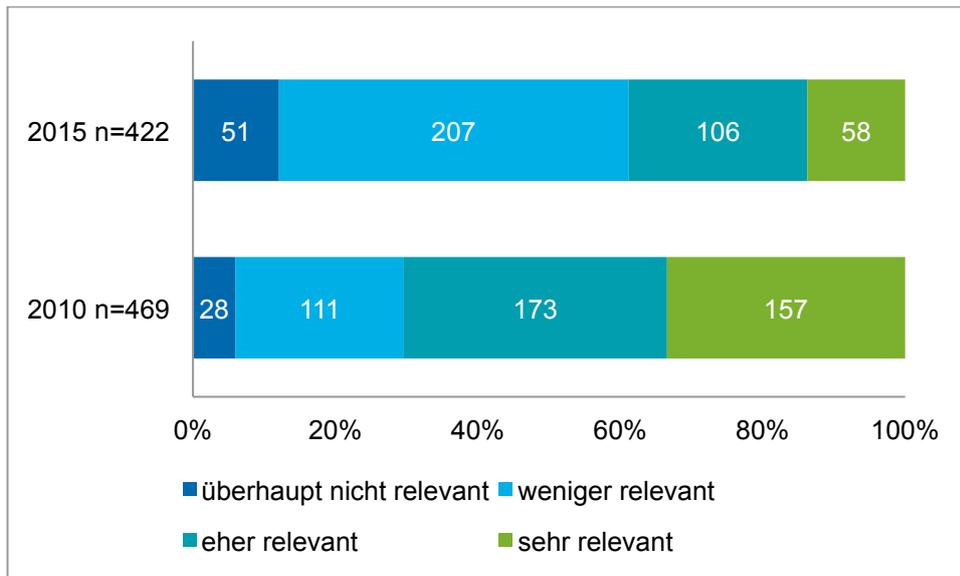
#### 4.2.7 c Risiko-Überwachung



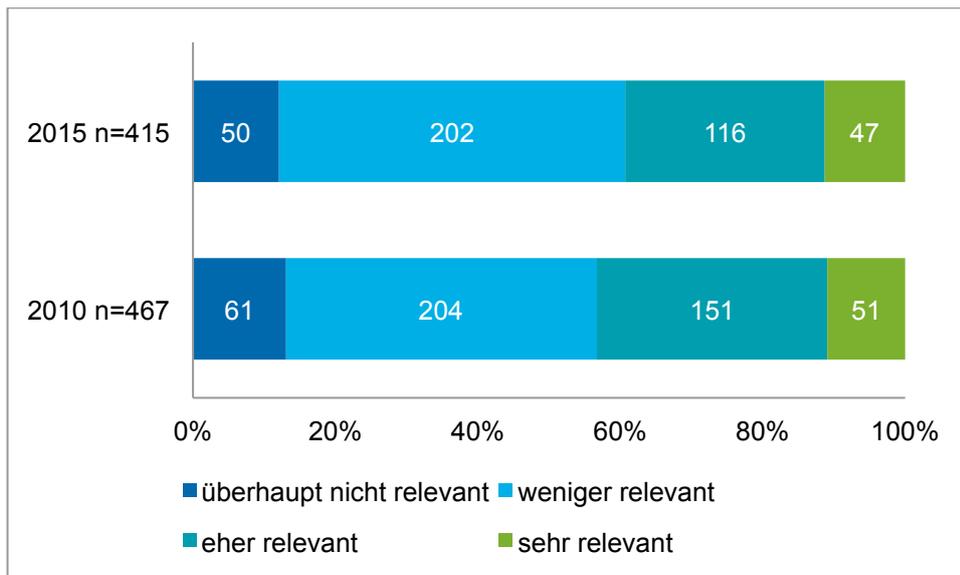
#### 4.2.7 d Maßnahmen zur Risikobeeinflussung/-steuerung



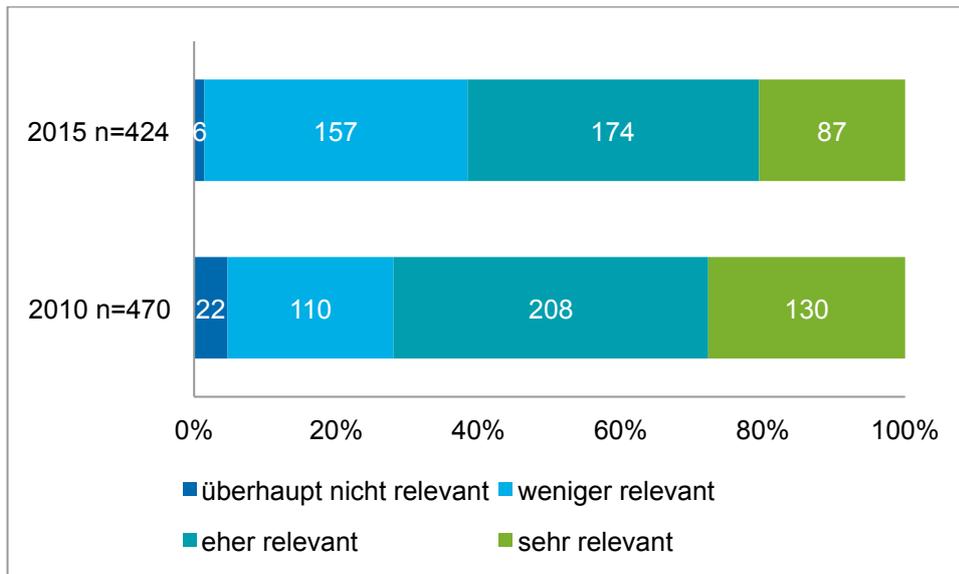
#### 4.2.7 e CIRS



#### 4.2.7 f Einsatz von Simulatoren für Notfalltrainings (OP, Notfall etc.)



#### 4.2.7 g Kommunikation mit Patienten/Angehörigen nach einem kritischen Ereignis



#### 4.2.4 h Ergebnisse Mann-Whitney-U-Test auf Signifikanz

Variable	U	Z	p
CIRS	64550,50	-9,41	0,000
Risikoanalyse und -bewertung	53435,00	-5,61	0,000
Maßnahmen zur Risikobeeinflussung/-steuerung	87204,00	-3,81	0,000
Risiko-Überwachung	83106,50	-4,69	0,000
Förderung der Sicherheitskultur	73301,00	-7,42	0,000
Einsatz von Simulatoren für Notfalltrainings	94699,50	-0,625	0,532
Kommunikation mit Patienten/Angehörigen nach einem kritischen Ereignis	88454,00	-3,09	0,002

Anmerkungen: Sig. Testung (2-seitig), Signifikanzniveau  $p < 0,05$ .

Die Unterschiede zwischen den beiden Stichproben 2015 und 2010 sind bei bis auf einem Item in dem Kapitel Fortbildungsbedarf signifikant. Nicht signifikant sind die Unterschiede bei dem Bedarf an Fortbildung zu dem Einsatz von Simulatortrainings. Nicht signifikant sind die Unterschiede bei den Fragen nach einer festgelegten Strategie für kRM sowie strategischen Zielen.

#### 4.2.8 Risikoschwerpunkte

In beiden Befragungsjahren sahen die befragten Einrichtungen Schnittstellen und Arzneimitteltherapiesicherheit als die beiden bedeutendsten Risikoschwerpunkte. Als neues Item wurde 2015 die Notfallaufnahme mit hinzugenommen und lag auf dem dritten Rang, wohingegen 2010 Krankenhaus-Infektionen/Hygiene noch auf den diesen Rang gewählt wurden (2015: Krankenhaus-Infektionen auf Rang 5) (s. Abb. 4.2.8. a).

#### 4.2.8 a Risikoschwerpunkte, Stichprobe 2015: n=418, Rehakliniken und Einrichtungen < 50 Betten ausgeschlossen

Rang 2015 n=418	Risikoschwerpunkte	Rang 2010 n=473
1.	Schnittstellen (Aufnahme, Entlassung, Abteilungswechsel, Übergabe)	1.
2.	Arzneimitteltherapie	2.
3.	Notfallaufnahme	n.a.
4.	Krankenhaus-Infektionen/Hygiene	3.
5.	Stürze	6.
6.	Diagnostik/Therapie	8.
7.	Personalkompetenz	n.a.
8.	Verwechseln von Patienten, Proben, Befunden	5.
9.	Medizintechnik/Geräte	11.
10.	Versorgung von Menschen mit kognitiven Einschränkungen	n.a.
11.	Andere	10.

Anmerkungen: n.a. =nicht abgefragt. Risikoschwerpunkte, die nach der Überarbeitung des Fragebogens in 2015 nicht mehr abgefragt wurden, finden hier keine Berücksichtigung: 2010: 4. Wechselnde Risikoschwerpunkte, 7. Operationsfehler, 9. Keine Identifikation von Risikoschwerpunkten möglich, ebenfalls 11. Notfallversorgung bei stationär bereits aufgenommenen Patienten.

Aufgrund der unterschiedlichen Datenerhebung und der Berechnung der Ränge, ist ein statistischer Vergleich über die Deskription hinaus nicht möglich.

Zum Vergleich zeigt Abbildung 4.2.8 b die Risikoschwerpunkte, wenn die gesamte Stichprobe von 2015 betrachtet wird und Rehakliniken sowie Einrichtungen < 50 Betten nicht exkludiert werden, dort gibt es eine Verschiebung auf den Rängen 4, 5, 6 und 8.

#### 4.2.8 b Risikoschwerpunkte, Stichprobe 2015: n=418, Rehakliniken und Einrichtungen < 50 Betten ausgeschlossen

Rang 2015 n=511	Risikoschwerpunkte	Rang 2010 n=473
1.	Schnittstellen (Aufnahme, Entlassung, Abteilungswechsel, Übergabe)	1.
2.	Arzneimitteltherapie	2.
3.	Notfallaufnahme	n.a.
4.	Diagnostik/Therapie	8.
5.	Krankenhaus-Infektionen/Hygiene	3.
6.	Verwechseln von Patienten, Proben, Befunden	5.
7.	Personalkompetenz	n.a.
8.	Stürze	6.
9.	Medizintechnik/Geräte	11.
10.	Versorgung von Menschen mit kognitiven Einschränkungen	n.a.
11.	Andere	10.

Anmerkung: n.a. =nicht abgefragt

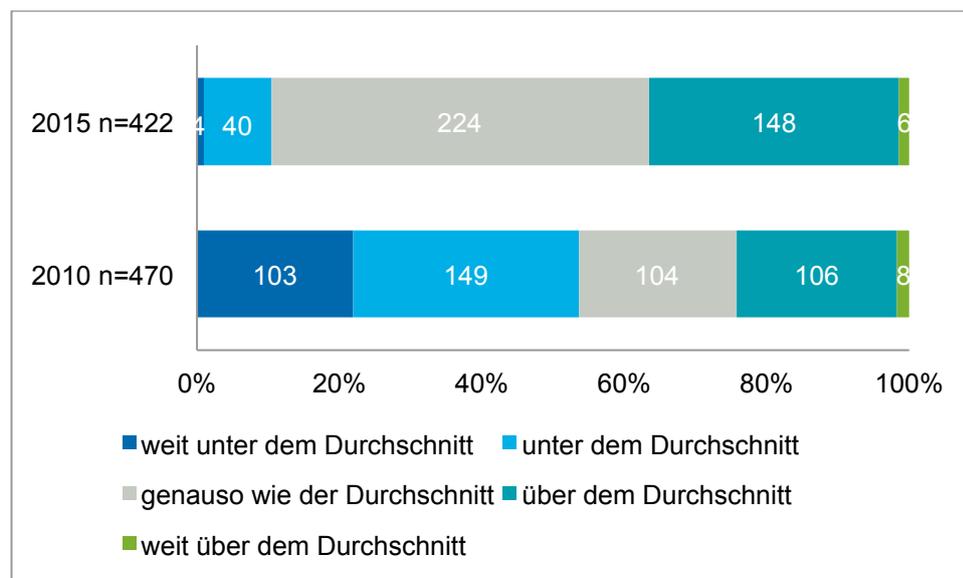
#### 4.2.9 Abschlussbewertung

In diesem Kapitel wurde als erstes nach der Selbsteinschätzung der Einrichtungen in Bezug auf kRM gefragt.

Hinsichtlich der Frage wie die eigene Einrichtung in Bezug auf die Einführung von kRM im Vergleich zu anderen Einrichtungen des gleichen Typs zum Befragungszeitpunkt stünde, zeigte sich, dass etwas mehr als die Hälfte aller Einrichtungen 2015 (53 %) sich mit dem Durchschnitt gleichsetzten. Etwas über dem Durchschnitt schätzte sich ein Drittel (35 %) der Einrichtungen ein. 2010 sahen sich mehr als die Hälfte der teilnehmenden Einrichtungen noch unterhalb des Durchschnitts (32 % unter dem Durchschnitt, 22 % weit unter dem Durchschnitt) (s. Abb. 4.2.9 a).

In Bezug auf die eigene Idealvorstellung gaben die Einrichtungen 2015 an, sich im Mittel bei einer Erfüllung von fast 50 % (SD=18 %) zu sehen, 2010 war diese Einschätzung im Mittel deutlich geringer bei knapp 40 % (SD=19%) (s. Abb. 4.2.9. b).

#### 4.2.9 a Was glauben Sie, wo Ihre Einrichtung in Bezug auf die Einführung von kRM im Vergleich zu anderen Einrichtungen Ihres Typs/ Versorgungsschwerpunktes heute steht?



#### 4.2.9. b Wo glauben Sie, steht heute Ihre Einrichtung in Bezug auf die eigene Idealvorstellung für das kRM?

Jahr	n	MW in Prozent (SD)
2015	346	49,52 (18,39)
2010	467	39,74 (18,76)

Anmerkung: n = Anzahl der Einrichtungen, MW = Mittelwert, SD = Standardabweichung

#### 4.2.9 c Ergebnisse Mann-Whitney-U-Test auf Signifikanz

Variable	U	Z	p
Was glauben Sie, wo Ihre Einrichtung in Bezug auf die Einführung von kRM im Vergleich zu anderen Häusern Ihres Typs/Versorgungsschwerpunktes heute steht?	59610,00	-10,76	0,000
Wo glauben Sie, steht heute Ihre Einrichtung in Bezug auf Ihre eigene Idealvorstellung für das kRM?	56994,50	-7,74	0,000

Anmerkungen: Sig. Testung (2-seitig), Signifikanzniveau  $p < 0,05$ .

Die Ergebnisse des Mann-Whitney-U-Tests zeigen zu den beiden Items zu der Selbsteinschätzung signifikante Unterschiede auf (s. Abb. 4.2.9 c).

## 5. Diskussion der Ergebnisse und Gesamtbeurteilung

Diese Studie zeigt die Entwicklungen im Implementierungsgrad des kRM in deutschen Krankenhäusern seit 2010 auf. Insgesamt konnten deutliche Unterschiede im Umsetzungsgrad im Rahmen der Strategie, Ziele und Strukturen festgestellt werden, obgleich nicht alle Unterschiede signifikant sind. Gerade bei der Frage nach einer Strategie zu kRM und der Formulierung von strategischen Zielen ist der beobachtete Unterschied nicht signifikant, was jedoch auf die Interkorrelation dieser Items zurückzuführen sein kann. Auch im Bereich der Risikobeurteilung wird insgesamt festgestellt, dass die Einrichtungen bereits ein breites Spektrum an Datenquellen nutzen. Dennoch besteht Optimierungsbedarf insbesondere bei der Integration von Analyseergebnissen, die auf den verschiedenen Risiko-Informationsquellen beruhen, in die Gesamtanalyse. Bereits bekannte kRM-Maßnahmen weisen auch einen höheren Implementierungsgrad auf als eher neue Themen zu Patientensicherheit. Weiterhin zeigt sich großer Fortbildungsbedarf entlang des Risikomanagementprozesses bei Analyse und Bewertung von Risiken, Maßnahmen zur Risikobeeinflussung und -steuerung sowie bei der Überwachung von Risiken. Dieser Bedarf spiegelt sich auch in den Optimierungspotentialen der Krankenhäuser wider, wo gerade mehr Standardisierung und Strukturierung sowie die klare Regelung von Aufgaben und Verantwortlichkeiten im kRM gefordert werden.

Nach wie vor sind die komplexen Themen der Schnittstellenproblematik und sicheren Arzneimitteltherapie bekannte Risikoschwerpunkte, es zeigt sich aber auch, dass eher neue Themen der Patientensicherheit in der Relevanz noch eher niedrig eingestuft werden wie beispielsweise die Versorgung von Menschen mit kognitiven Einschränkungen.

Begründet in der starken Betonung von einrichtungsübergreifenden CIR-Systemen in der aktuellen Gesetzgebung und den Anreizen für die Teilnahme an einrichtungsübergreifenden CIRS, wird es interessant zu beobachten sein, wie sich die Verteilung in den nächsten Jahren verschieben wird. Auf der einen Seite kann man annehmen, dass einige Einrichtungen sich an einrichtungsübergreifendem CIRS nur zu der Erfüllung der gesetzlichen Anforderungen beteiligen werden, jedoch ohne Einfluss auf das organisationale Lernen und die Weiterentwicklung in Bezug auf Patientensicherheit. Auf der anderen Seite ist es auch denkbar, dass Einrichtungen Berichte aus dem einrichtungsübergreifenden CIRS nutzen werden um prospektiv Ereignisse, welche (noch) nicht in der eigenen Einrichtung vorgefallen sind, zu analysieren als auch die Risiken für Patienten abzumildern. Um diese Entwicklungen evaluieren zu können ist ein systematisches nationales Monitoring von kRM notwendig.

Ein nationales Monitoring von kRM kann dabei helfen, die Unterschiede in der Entwicklung des kRM transparent zu machen, dies in Verbindung zu bringen mit den unterschiedlichen Eigenschaften der teilnehmenden Einrichtungen und die Entwicklungen über die Zeit zu dokumentieren und überwachen. Dies wird das Verständnis für den Einfluss von politischen Entscheidungen auf das kRM weiterführen und dabei helfen, den Einrichtungen die Unterstützung zu bieten, die sie bei der Einführung und Weiterentwicklung von kRM benötigen. Ausgehend von nationalen Befragungen zu Qualitätsmanagement und ihren Ergebnissen zu Verzögerungen zwischen politischen Änderungen und den Effekten auf die Umsetzung von Maßnahmen im stationären Sektor, kann davon ausgegangen werden, dass es zu erheblichen Verzögerungseffekten kommen wird (Lombarts et al. 2009a; Lombarts et al. 2009b; Makai et al. 2009; Spencer und Walshe 2009; Wagner et al. 2006).

## **Limitationen**

Zwar scheinen die Rücklaufquoten (2015: 22 %; 2010: 27 %) etwas niedrig zu sein, jedoch sind sie vergleichbar mit anderen freiwilligen Befragungen im Gesundheitswesen. Wie bei allen Befragungen mit freiwilliger Teilnahme ist auch hier ein Selektionsbias zu vermuten, so dass sich bei diesen Befragungen wohl eher Einrichtungen beteiligt haben, die sich bereits mit dem Thema kRM befassen. Die Daten beruhen auf einer Selbsteinschätzung der Antwortenden, wobei es sich bei den Verantwortlichen für kRM um institutionelle Repräsentanten handelt. Von der Richtigkeit der Daten kann ausgegangen werden, da für die Teilnehmer der Anreiz eines einrichtungsspezifischen Berichts bestand, aus dem der eigene Entwicklungsstand im Vergleich zu allen Teilnehmern und Einrichtungen des gleichen Krankenhaustyps hervorgeht. Eine positive Antwortverzerrung ist eher unwahrscheinlich, da einige teilnehmende kRM-Verantwortliche die Befragungsauswertung als interne Diskussions- und Entscheidungsgrundlage mit der Einrichtungsleitung genutzt haben. Eine weitere Limitation liegt darin, dass die teilnehmenden Einrichtungen nicht deckungsgleich sind und somit keine echte Längsschnittanalyse möglich war. Zudem zeigt sich, dass Informationen durch die Anpassung des Skalenniveaus auf eine weniger detaillierte Skala, verloren gehen.

## 6. Gender Mainstreaming Aspekte

In dieser Studie waren keine Gender Mainstreaming Aspekte zu berücksichtigen, da hier zwar Personen befragt wurden, dies jedoch als Repräsentanten für die Einrichtung.

## 7. Verbreitung und Öffentlichkeitsarbeit der Projektergebnisse

Eine erste wissenschaftliche Publikation der deskriptiven Ergebnisse konnte bereits erfolgreich bei der Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen publiziert werden. Weitere wissenschaftliche Publikationen zu dem Vergleich der Befragungsergebnisse von 2010 und 2015 sowie der Identifikation von Prädiktoren sind im Rahmen einer versorgungswissenschaftlichen Dissertation in Vorbereitung und sollen möglichst zeitnah international veröffentlicht werden.

Zudem werden die Abschlussberichte zu den jeweiligen Modulen in der Schriftenreihe des IfPS „Bonner Beiträge zur Patientensicherheit“ veröffentlicht; jedoch erst nach Erscheinen der wissenschaftlichen Originalarbeiten.

## 8. Verwertung der Projektergebnisse (Nachhaltigkeit/Transferpotential)

Im Rahmen des Modul 1 des Gesamtprojekts, erhielten die teilnehmenden Einrichtungen einen institutionenspezifischen Bericht, der den Erfüllungsgrad des kRM Mindeststandards für das eigene Haus aufzeigt und ein Benchmarking mit vergleichbaren Häusern ermöglicht. Damit zeigt der institutionenspezifische Report das eigene Entwicklungspotential auf und kann als interne Diskussions- und Entscheidungsgrundlage dienen.

Im Modul 2 des Gesamtprojekts konnten Prädiktoren für den Implementierungsgrad des kRM aufgedeckt werden. Diese Identifikation von Prädiktoren gibt den Krankenhäusern und Rehabilitationskliniken wichtige Hinweise für die Weiterentwicklung ihres kRM. Insbesondere zeigte sich, dass das Vorhandensein einer Strategie gegenüber der Implementierung einzelner Maßnahmen zu einem höheren Implementierungsgrad von kRM führt. Darüber hinaus liefern die Ergebnisse Handlungsimpulse zur Gestaltung des gesetzlichen Rahmens und decken vor allem Förderungsbedarf von Krankenhäusern und Rehabilitationskliniken bei der Implementierung von kRM auf.

Im Modul 3 des Gesamtprojekts lag neben dem Vergleich der Ergebnisse aus den Befragungsjahren 2010 und 2015 der Fokus vor allem auf der Publikation der Projektergebnisse.

## 9. Publikationsverzeichnis

Manser, T., Frings, J., Heuser, G. & Mc Dermott, F. (2016). The German clinical risk management survey for hospitals: Implementation levels and areas for improvement in 2015. The Journal of Evidence and Quality in Health Care (ZEFQ), 114, 28-38.

Bonner Beiträge zur Patientensicherheit. Beitrag 3 (im Druck). Deutschlandweite Befragung zum Einführungsstand des klinischen Risikomanagements. Teil I: Deskriptive Ergebnisse zur Implementierung des klinischen Risikomanagements 2015. Hrsg. Institut für Patientensicherheit, Bonn.

Bonner Beiträge zur Patientensicherheit. Beitrag 4 (in Vorbereitung). Deutschlandweite Befragung zum Einführungsstand des klinischen Risikomanagements. Teil II: Veränderungen der Implementierung des klinischen Risikomanagements zwischen 2010 und 2015. Hrsg. Institut für Patientensicherheit, Bonn.

Bonner Beiträge zur Patientensicherheit. Beitrag 5 (in Vorbereitung). Deutschlandweite Befragung zum Einführungsstand des klinischen Risikomanagements. Teil III: Prädiktoren des Implementierungsgrads des klinischen Risikomanagements 2015. Hrsg. Institut für Patientensicherheit, Bonn.

## 10. Literaturverzeichnis

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

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

Lombarts, M. J. M. H.; Rupp, I.; Vallejo, P.; Klazinga, N. S.; Suñol, R. (2009a): Differentiating between hospitals according to the "maturity" of quality improvement systems: a new classification scheme in a sample of European hospitals. In: *Quality & Safety in Health Care* 18 Suppl 1, i38-i43.

Lombarts, M. J. M. H., Rupp, I.; Vallejo, P.; Sunol, R.; Klazinga, N. S. (2009b): Application of quality improvement strategies in 389 European hospitals: results of the MARQuIS project. In: *Quality & Safety in Health Care* 18 Suppl 1, i28-37.

Makai, Peter; Klazinga, Niek; Wagner, Cordula; Boncz, Imre; Gulacsi, Laszlo (2009): Quality management and patient safety: survey results from 102 Hungarian hospitals. In: *Health policy (Amsterdam, Netherlands)* 90 (2-3), S. 175–180.

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

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

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

Spencer, E.; Walshe, K. (2009): National quality improvement policies and strategies in European healthcare systems. In: *Quality & Safety in Health Care* 18 Suppl 1, i22-7.

Wagner, C.; Gulacsi, L.; Takacs, E.; Outinen, M. (2006): The implementation of quality management systems in hospitals: a comparison between three countries. In: *BMC health services research* 6, S. 50.