



Stand des klinischen Risikomanagements in Deutschland

Fiona Mc Dermott, Tanja Manser

Partner und Förderer

- » Kooperationspartner:
Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V., AOK-Bundesverband,
Techniker Krankenkasse/WINEG
- » Zusätzliche finanzielle Unterstützung durch das BMG
- » Ideelle Unterstützung seitens Gemeinsamer Bundesausschuss und
Deutsche Krankenhausgesellschaft
- » Unterstützung bei der inhaltlichen Überarbeitung des Fragebogens:
Arbeitsgruppe Risikomanagement der Gesellschaft für
Qualitätsmanagement in der Gesundheitsversorgung e.V.



Agenda

- » **Hintergrund und Projektziele**
- » **Methodik / Datengrundlage**
- » **Zentrale Ergebnisse**
- » **Ergebnisse zur Entwicklung 2010 / 2015**
- » **Fazit und Ausblick**

Klinisches Risikomanagement

- » Koordination, Ausführung und Kontrolle aller Maßnahmen, die zur Vermeidung unbeabsichtigter krankenhausesinduzierter Patientenschädigungen bzw. zur Begrenzung ihrer Auswirkungen dienen (Middendorf 2005)

Nutzen für Patienten und Mitarbeitende

- » Unterstützt Mitarbeitende darin, Risiken in der Patientenversorgung
 - zu erkennen
 - zu reduzieren
 - zu bewältigen (Manser et al. 2007)
- » Schafft die Voraussetzungen für eine systematische Förderung der Patientensicherheit

Befragung zum Entwicklungsstand des klinischen Risikomanagements - Projektziele:

Primäre Ziele:

- » Abbildung des Status Quo
- » Entwicklungen seit 2010

Weitere Ziele:

- » Identifikation von Schlüsselfaktoren (vgl. Briner et al. 2013)
- » Etablierung eines kontinuierlichen Monitorings

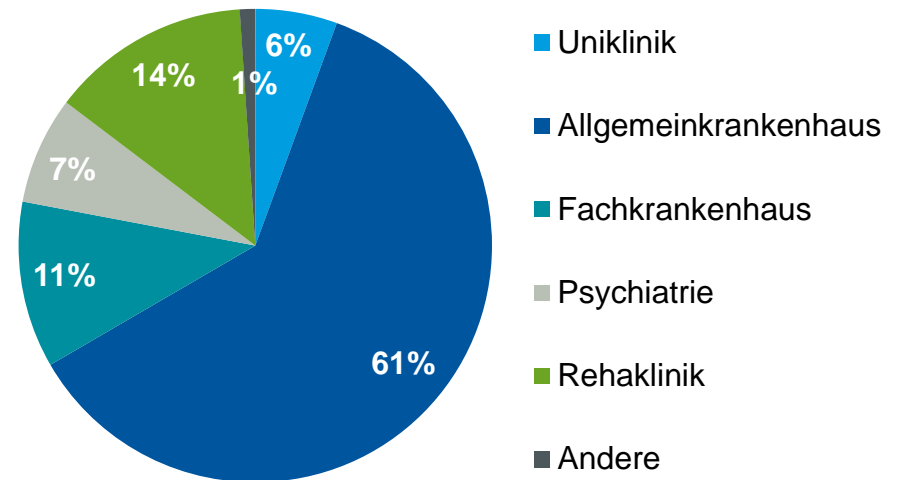
Methodik

- » **Aktualisierung des Fragebogens zum kRM (Briner et al., 2010)**
Anpassung an wissenschaftlichen Stand, Abgleich mit nationalen und internationalen Instrumenten, Pretest, Kooperation mit AG kRM der GQMG
- » **Nutzung des Transtheoretischen Modells**
- » **Online-Befragung von 2617 Krankenhäusern und Rehabilitationskliniken gemäß Statistischem Bundesamt**
Ausschluss von Krankenhäusern ohne Versorgungsauftrag/-vertrag (sie unterliegen nicht den Regelungen nach SGB V)
Einschluss von Häusern mit Betten <50 (im Gegensatz zu 2010)
Einschluss von Rehakliniken (§§137d I 1 i.V.m. 135a II Nr. 1 und 2 i.V.m. 137 und 137d SGB V)
- » **Erhebungszeitraum: März bis Juni 2015**

Datengrundlage

» 572 teilnehmende Krankenhäuser / Rehabilitationskliniken

- Krankenhausart
Siehe Grafik
- Trägerschaft
32% privat
38% frei-/gemeinnützig
29% öffentlich
- Repräsentativer Rücklauf
nach Bundesländern

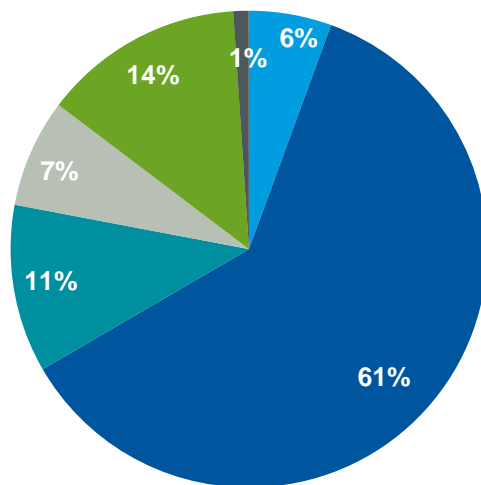


Quelle: IfPS

Datengrundlage

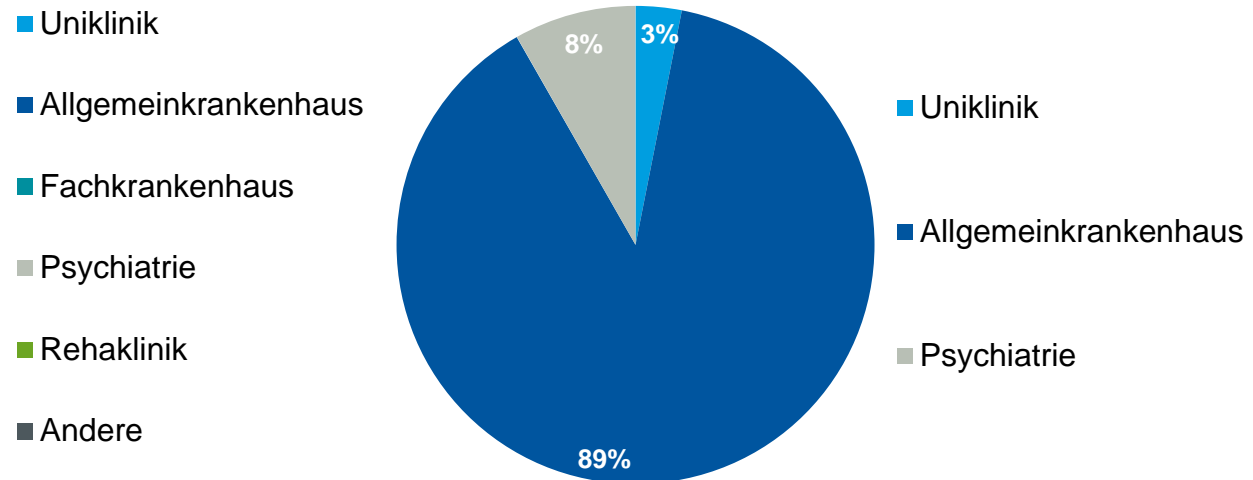
Krankenhausart

2015 n=572



Quelle: IfPS

2010 n=484

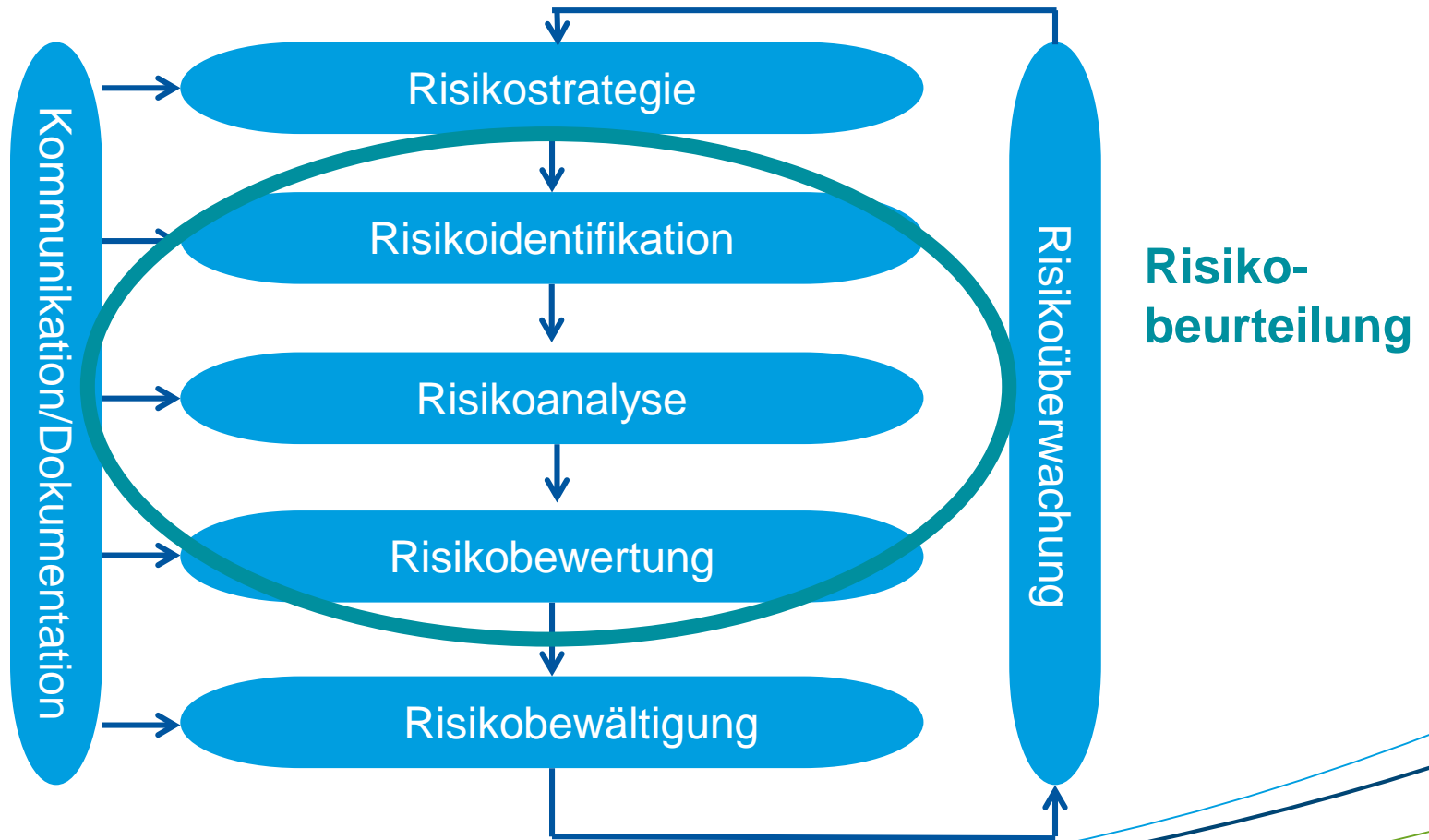


Quelle: IfPS

» Ausreichende Vergleichbarkeit mit 2010

- Teilweise Rekodierung auf Skalenniveau 2010 erforderlich

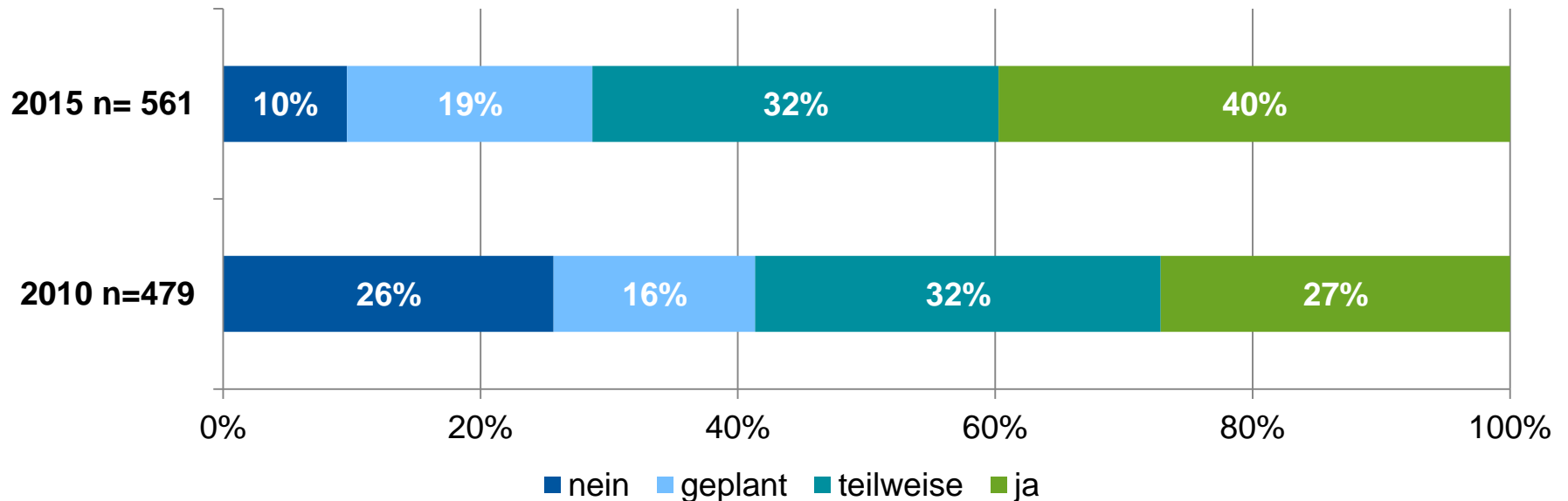
Risikomanagement-Prozess (vgl. ONR 49000; ISO 31000)



Thema: Strategien und Ziele des kRM

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

Quelle: IfPS

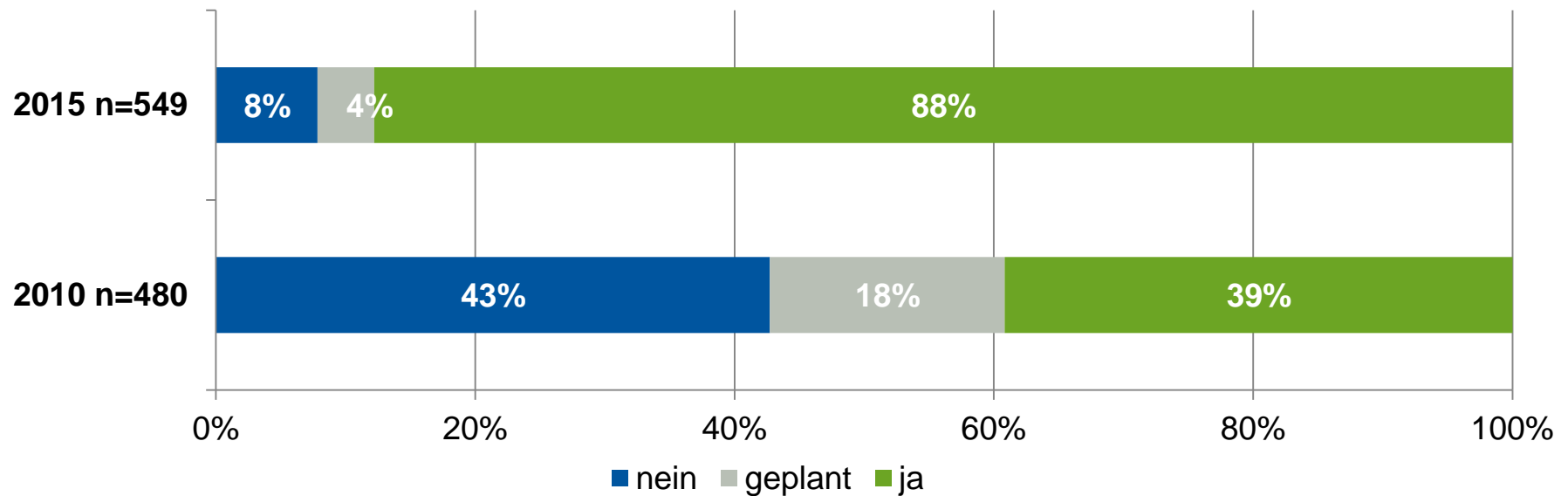


* Daten beider Jahre rekodiert auf Skalenniveau von 2010

Thema: Strategien und Ziele des kRM

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

Quelle: IfPS

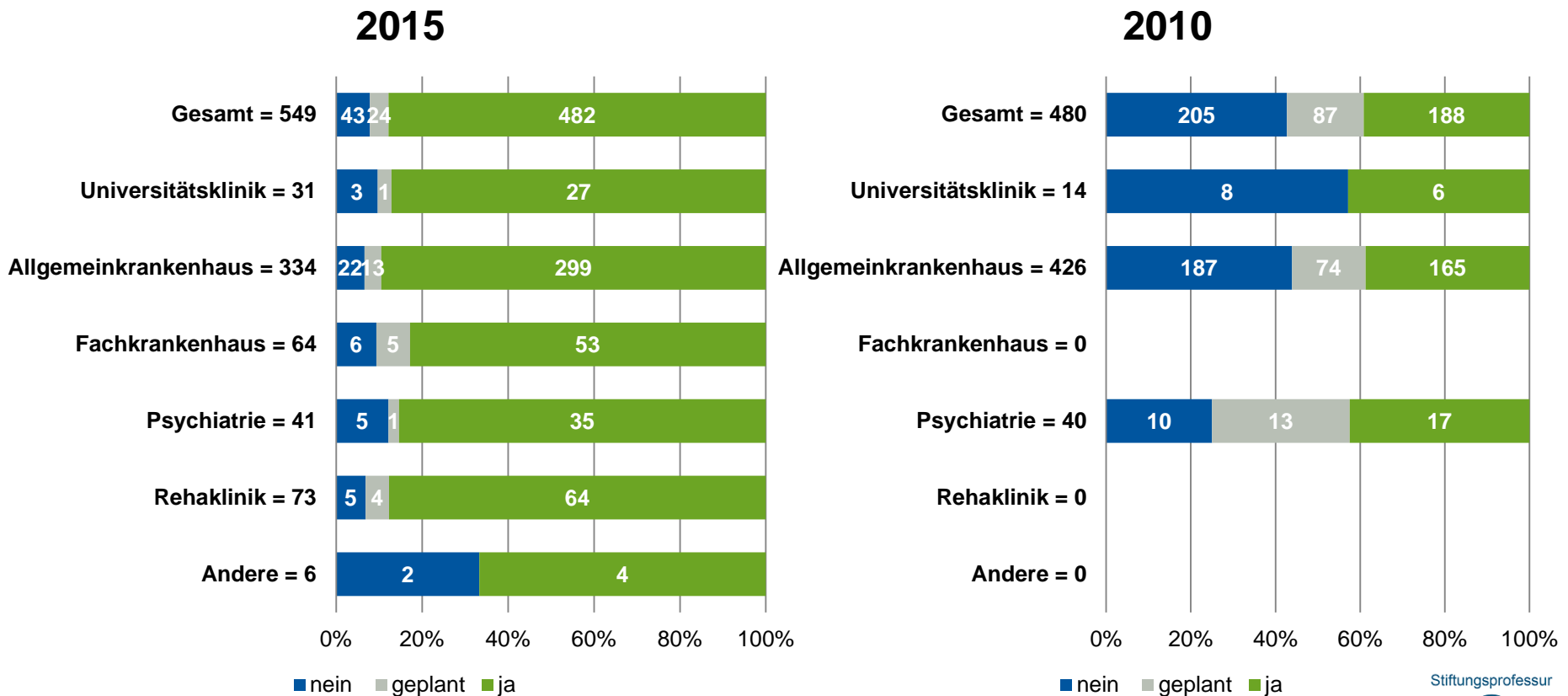


* Daten beider Jahre rekodiert auf Skalenniveau von 2010

Thema: Strategien und Ziele des kRM

Quelle: IfPS

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



* Daten beider Jahre rekodiert auf Skalenniveau von 2010

Risikobeurteilung (Risikoidentifikation, -analyse, -bewertung)

Positiv

- » Nutzung eines breiten Spektrums an Datenquellen
 - Beschwerdemanagement (99%; 2010: 93%)
 - **Patientenbefragungen (98%; 2010: 47%)**
 - Analyse von Kennzahlen (96%; 2010: 86%)
 - Direkte Beobachtung / Datenerhebung (91%; 2010: 84%)
 - Auswertung von Schadensfällen (91%; 2010: 79%)

Optimierungsbedarf

- Einsatz von Verfahren zur prospektiven Risikoanalyse (35%; 2010: n.a.)
- Integration von Analyseergebnisse, die auf den verschiedenen Risiko-
Informationsquellen beruhen, in Gesamtanalyse (63%; 2010: 36%)

Risikoschwerpunkte

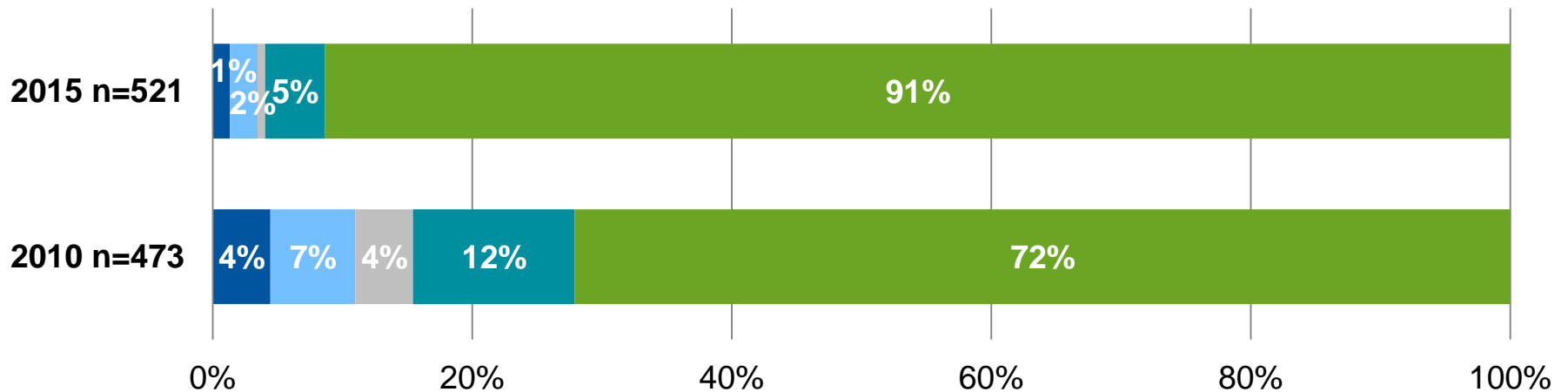
Quelle: IfPS

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

Risikobewältigung am Beispiel der Infektionsprävention

Umsetzung von systematischen MRSA-Screening von Risikopatienten*

Quelle: IfPS



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

* Daten beider Jahre rekodiert auf Skalenniveau von 2010

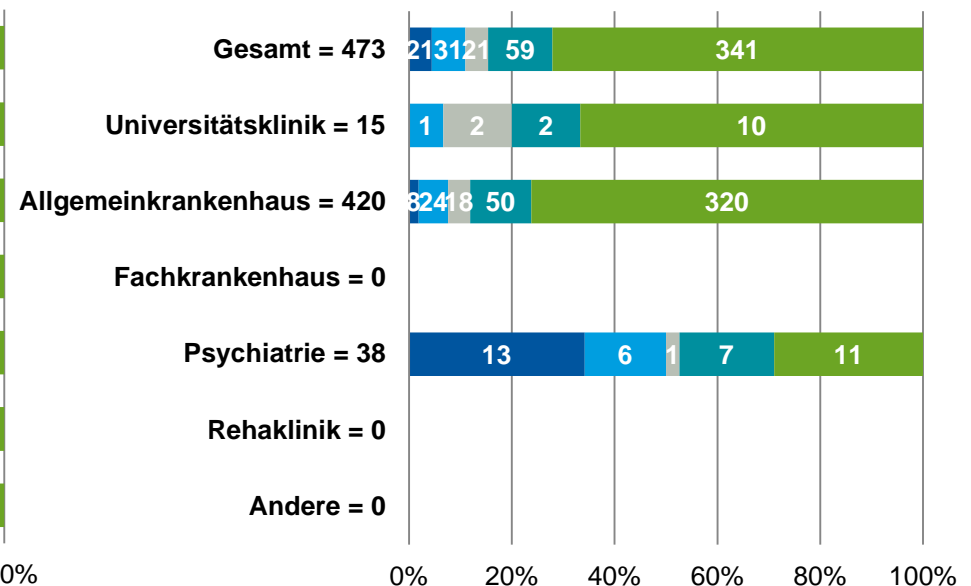
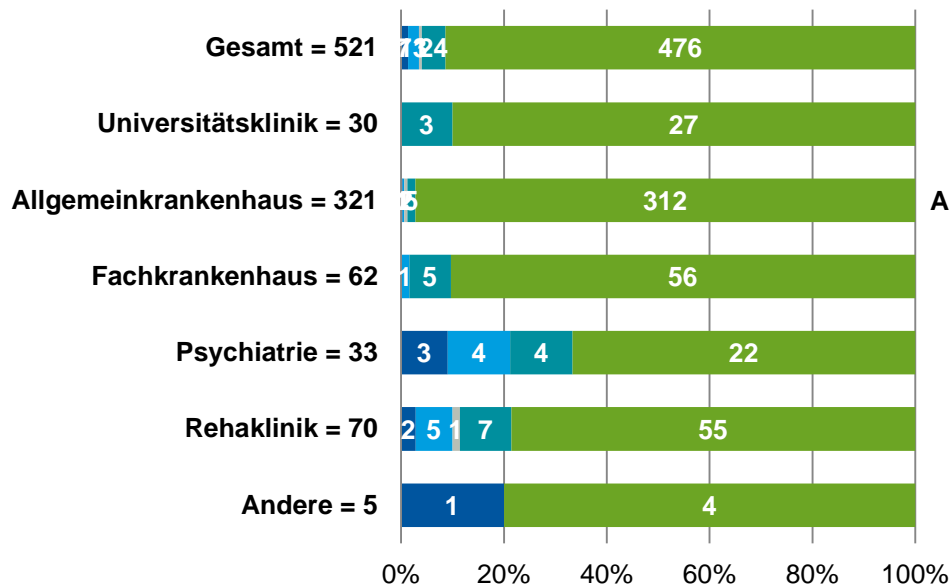
Risikobewältigung am Beispiel der Infektionsprävention

Quelle: IfPS

Umsetzung von systematischen MRSA-Screening von Risikopatienten*

2015

2010



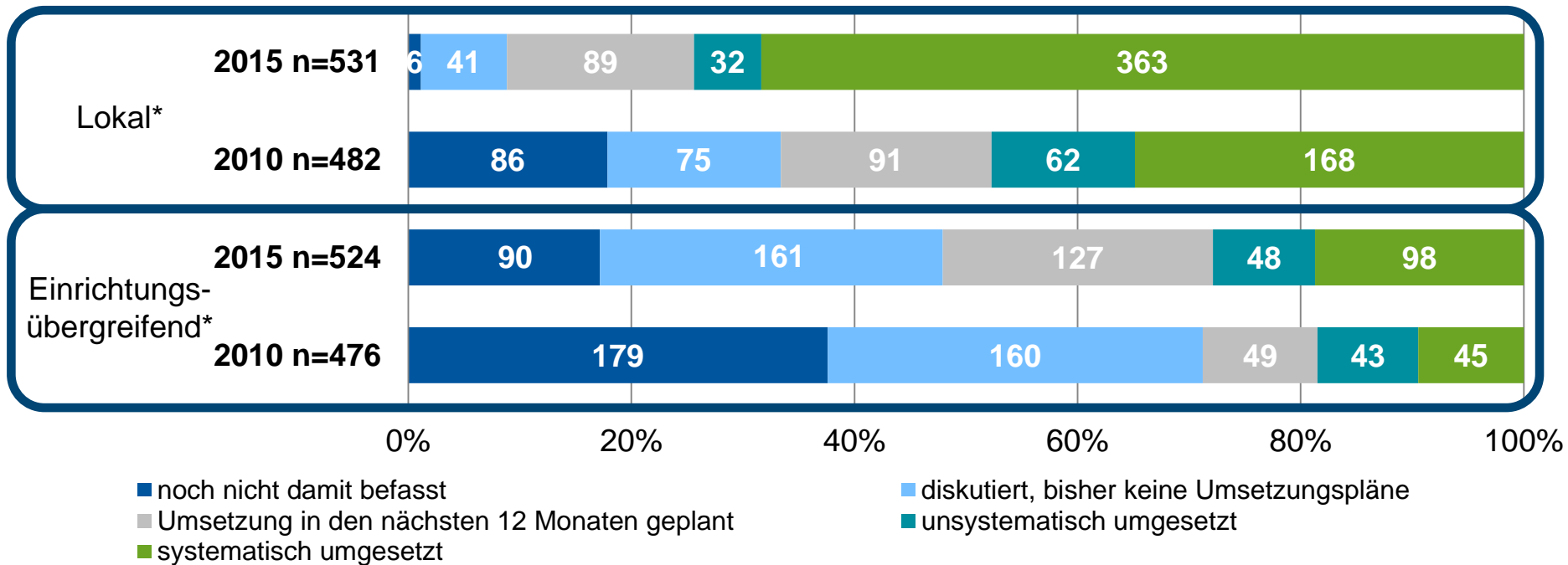
- noch nicht damit befasst
- diskutiert, aber keine Umsetzungspläne
- Umsetzung in den nächsten 12 Monaten geplant
- unsystematisch umgesetzt
- systematisch umgesetzt

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

* Daten beider Jahre rekodiert auf Skalenniveau von 2010

Schwerpunktthema: Critical Incident Reporting

Quelle: IfPS



* Daten beider Jahre rekodiert auf Skalenniveau von 2010

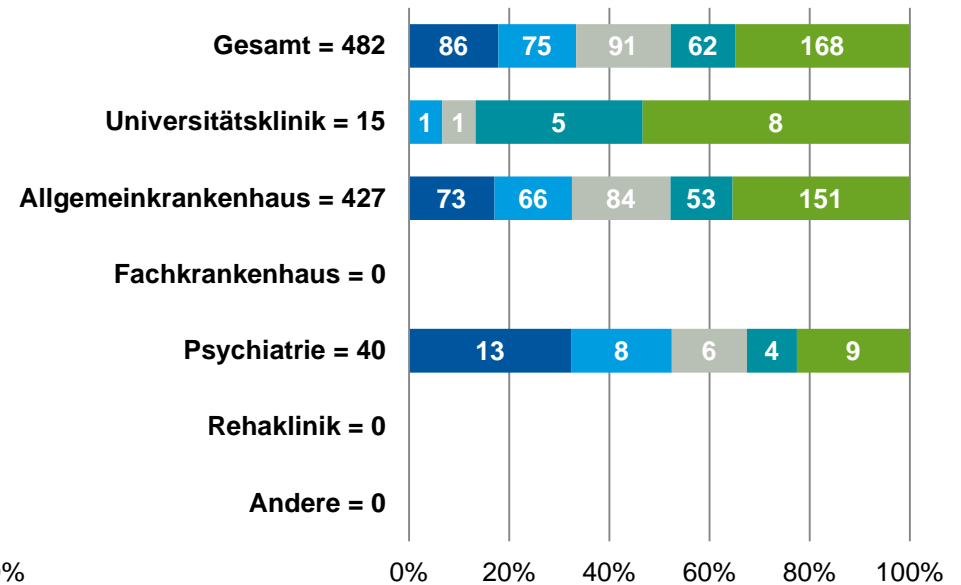
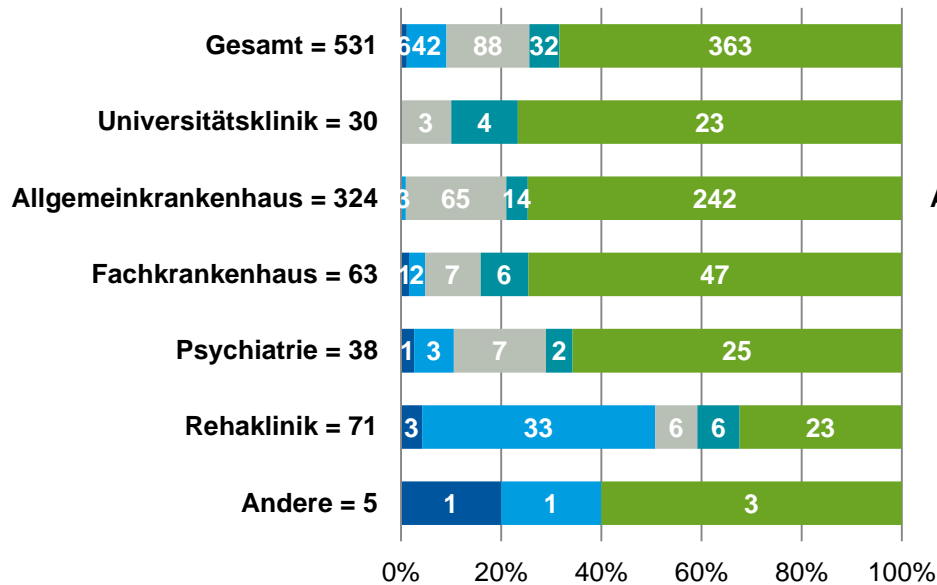
Schwerpunktthema: Critical Incident Reporting

Quelle: IfPS

Lokales CIRS*

2015

2010



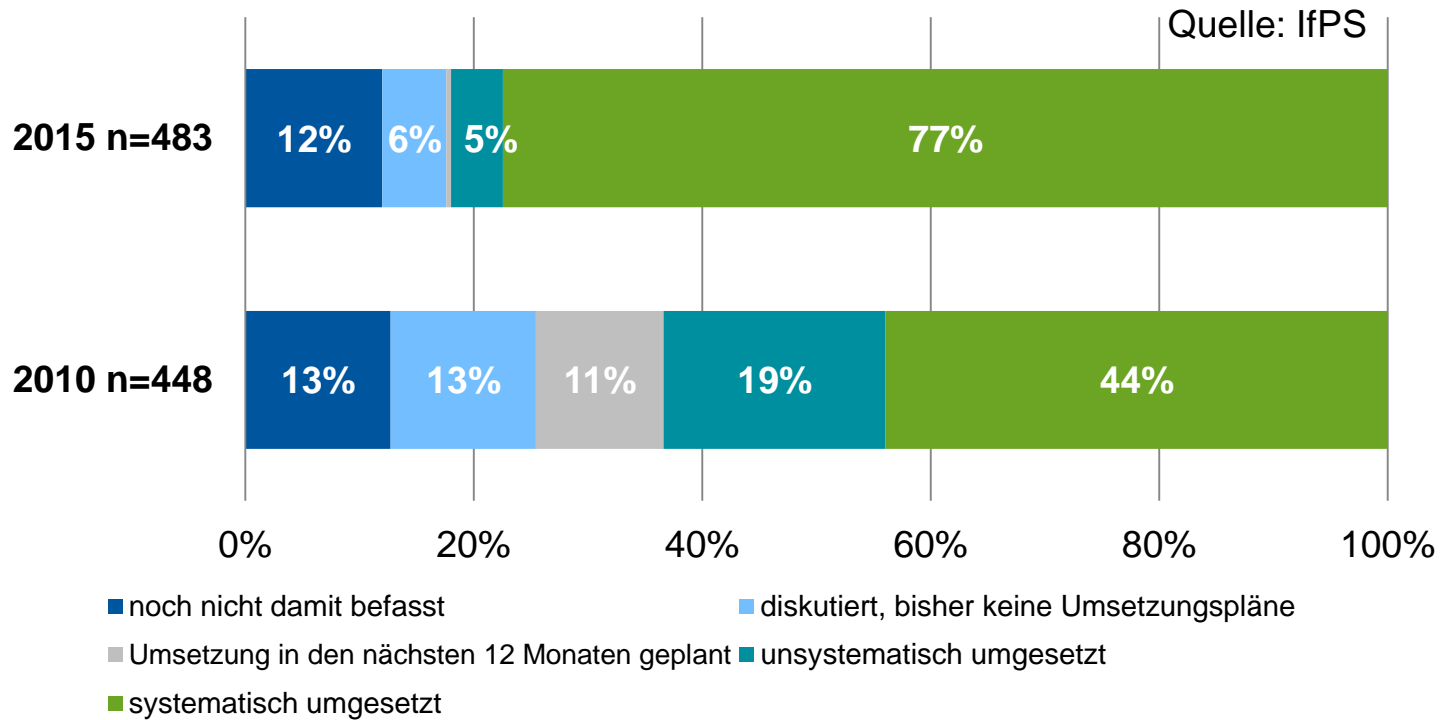
- noch nicht damit befasst
- diskutiert, aber keine Umsetzungspläne
- Umsetzung in den nächsten 12 Monaten geplant
- unsystematisch umgesetzt
- systematisch umgesetzt

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

* Daten beider Jahre rekodiert auf Skalenniveau von 2010

Risikobewältigung: Fortschritte

Einsatz von perioperativen Checklisten*

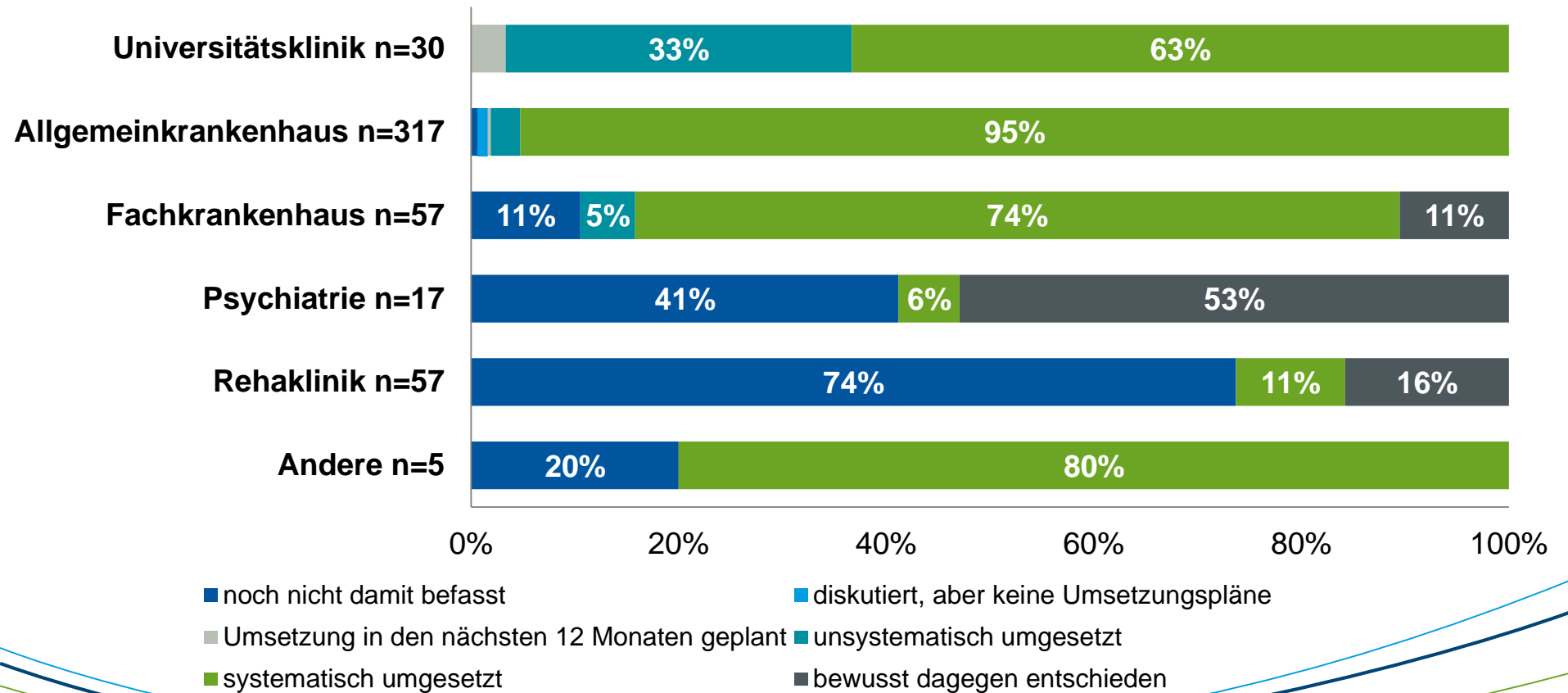


* Daten beider Jahre rekodiert auf Skalenniveau von 2010

Risikobewältigung: Unterschiede nach Krankenhausart 2015

Einsatz von perioperativen Checklisten

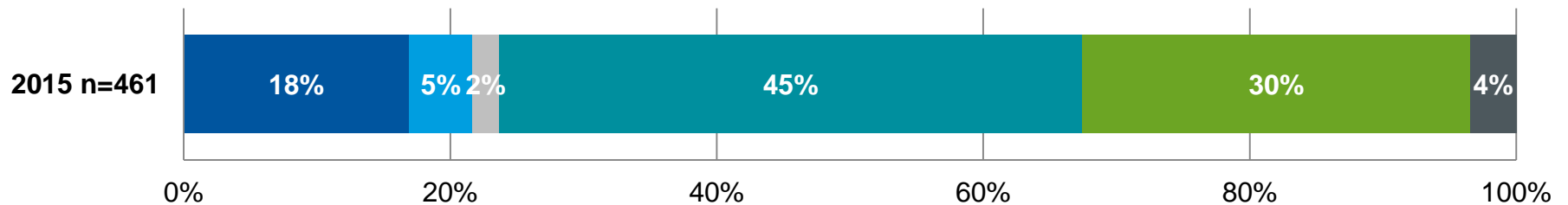
Quelle: IfPS



Risikobewältigung: Aufholbedarf

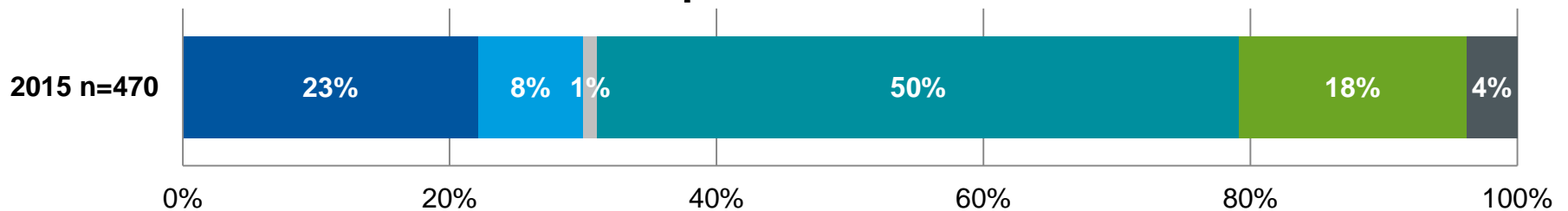
bundle interventions

Quelle: IfPS



Maßnahmen zur Früherkennung von Patienten mit Komplikationen

Quelle: IfPS

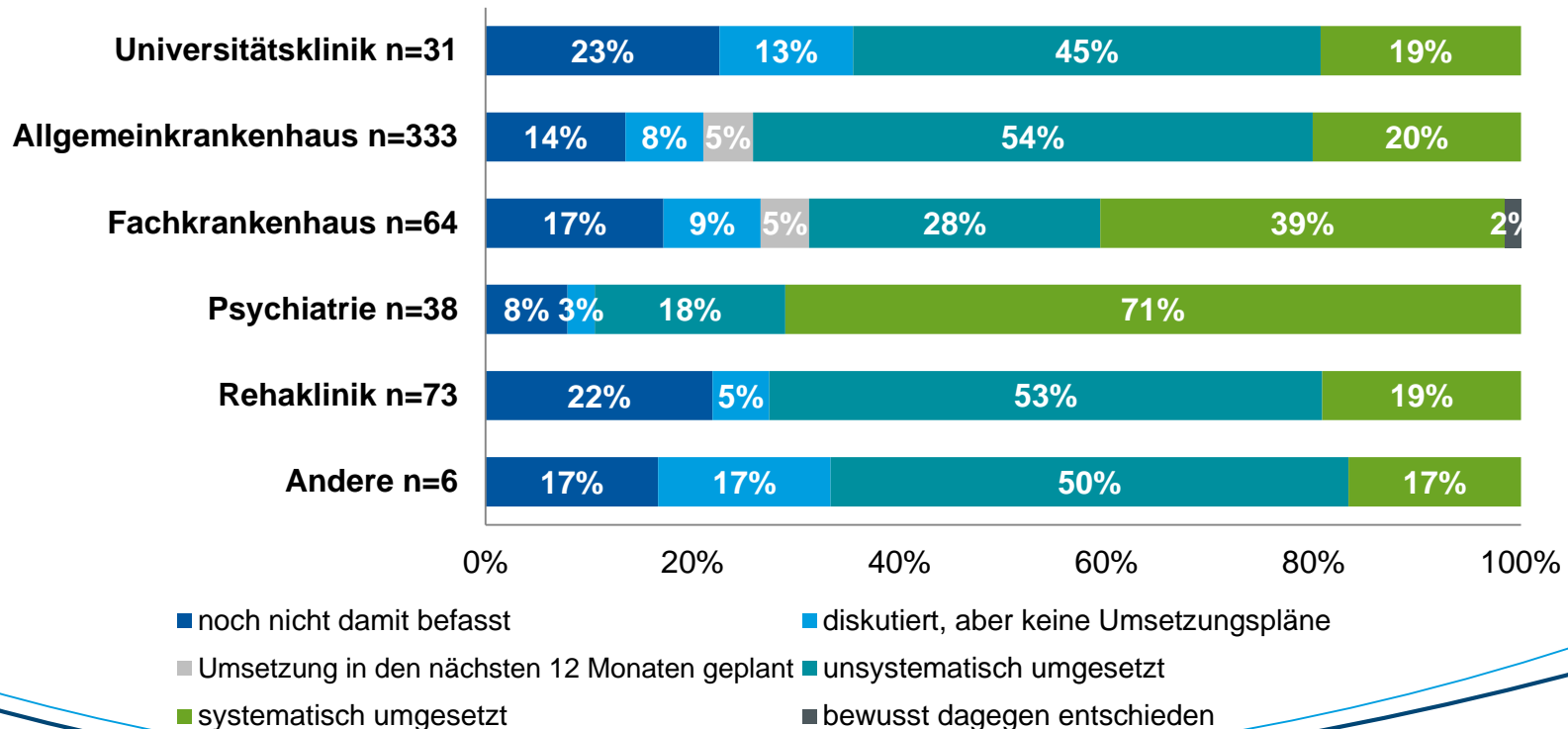


- noch nicht damit befasst
- diskutiert, bisher keine Umsetzungspläne
- Umsetzung in den nächsten 12 Monaten geplant
- unsystematisch umgesetzt
- systematisch umgesetzt
- bewusst dagegen entschieden

Unterschiede zwischen Krankenhausarten: Voneinander Lernen

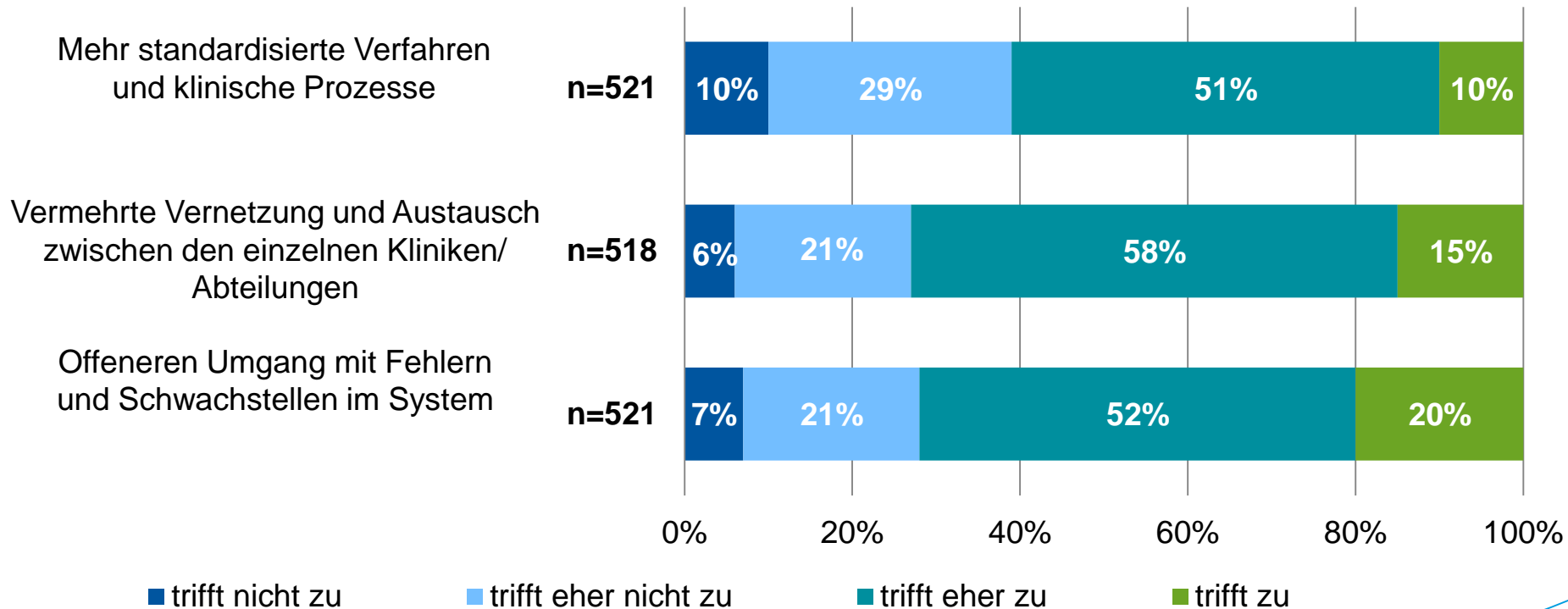
Gibt es ein Unterstützungsangebot für alle involvierten Mitarbeiter nach einem kritischen Ereignis oder Fehler im Behandlungsverlauf? (2015)

Quelle: IfPS



Optimierungspotential: Die Top 3 in 2015

Quelle: IfPS



Nächste Schritte

- » Erstellung eines Indexes mittels Faktorenanalyse
- » Bewertung der Krankenhäuser auf Basis des Transtheoretischen Modells möglich:
 - Je Faktor
 - Genereller kRM-Index
 - Einordnung in niedrigen oder hohen Implementierungsgrad
- » Ermittlung der Prädiktoren mittels Regressionsanalyse
- » Ergebnis: **Identifikation von Struktur- und/oder Organisationsmerkmalen, die Einfluss auf die erfolgreiche Einführung von kRM haben**

Fazit

- » Positiver Trend seit 2010
 - auch wenn Ziel deutlich noch nicht erreicht
- » Interpretation unter Berücksichtigung von Patientengut, Fachrichtung und Strukturen
- » Große Häuser haben eher zentrale Ressourcen im kRM, aber in vielen Aspekten einen höheren Anteil an „unsystematisch umgesetzt“
- » Wenn man Skalenniveau reduziert verliert man Information, die man für strategische Steuerung benötigt

Fazit

- » Erfolgreiche Implementierung des kRM erfordert eine Strategie zur Systematisierung und Integration von Einzelmaßnahmen
- » Politische Forderungen zeigen Wirkung
 - müssen aber Raum für Anpassung an spezifische Risikokonstellationen lassen
 - müssen aber durch entsprechende Förderung von Kompetenz und Ressourcen begleitet sein
- » Kontinuierliches Monitoring bedarf wissenschaftlicher Begleitung

Literatur

- » Briner M, Manser T & Kessler O (2013) Clinical risk management in hospitals: strategy, central coordination and dialogue as key enablers. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 19, 363.
- » Briner M, Kessler O, Pfeiffer Y, Wehner T & Manser T (2010) Assessing hospitals' clinical risk management: development of a monitoring instrument. *BMC Health Services Research*, 10, 337.
- » Manser T, Kessler O, Briner M, Pfeiffer Y & Wehner T (2007) Klinisches Risikomanagement in Schweizer Spitälern. *Schweizerische Ärztezeitung* (88), 51-52.
- » Middendorf C (2005) *Klinisches Risikomanagement: Implikationen, Methoden und Gestaltungsempfehlungen für das Management klinischer Risiken in Krankenhäusern*. Münster: Lit; 2005.

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit

Fiona Mc Dermott, Dipl-Ges.oec.
Wissenschaftliche Mitarbeiterin
fiona.mc_dermott@ukb.uni-bonn.de

<http://www.ifpsbonn.de/>

Institut für Patientensicherheit
Stiftsplatz 12
53111 Bonn

