AKTIONSBÜNDNIS PATIENTENSICHERHEIT

Gefördert durch:
Bundesministerium für Gesundheit
aufgrund eines Beschlusses des Deutschen Bundestages

Ergebnisse der KhaSiMiR 21-Krankenhausstudie zur Sicherheit durch klinisches Risikomanagement 2021-2022

Dr. rer. medic. Martina Schmiedhofer MPH
Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V. Berlin
schmiedhofer@aps-ev.de

AKTIONSBÜNDNIS PATIENTENSICHERHEIT

Gliederung

1. Hintergrund und Ziel der Studie
2. Datenerhebung
3. Responserate / Auswertung

4. Übersicht ausgewählter Ergebnisse
- 4.1 Zertifizierungen
- 4.2 Strategien kRM
- 4.3.1 Struktur kRM Implementierung
- 4.3.2 Qualifikation und Ausbildung Leitung und Team
- 4.4 M & M Konferenzen / Risikobeurteilung
- 4.5 Critical Incident Reporting Systems (CIRS)
- 4.6 Second Victims

5. Ergebnisse qualitativer Befragung
6. Ergebnisse Arbeitsklima
7. Schlussfolgerungen

1. Hintergrund und Ziel der Studie

- 2010 und 2015 wurden Befragungen zum aktuellen Umsetzungsstand des klinischen Risikomanagement (kRM) durchgeführt

- Das Bundesgesundheitsministerium (BMG) hat das APS mit einer Wiederholungsbefragung für 2021/2022 beauftragt

- Partner: **Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V.**
  Institut für Patientensicherheit (IfPS) der Universitätsklinik Bonn
  Hochschule RheinMain, Professur für Patientensicherheit (HSRM)
  Ideelle Begleitung: Deutsches Krankenhausinstitut (DKI)

- Laufzeit August 2021 bis September 2022

1. Hintergrund und Ziel der Studie

- Erhalt eines aktuellen Überblicks über Fortschritte im kRM
- auch im internationalen Vergleich: OECD Indikatoren und Kriterien des WHO Patient Safety Action Plans
- Exemplarische Erfassung von Förderfaktoren und Barrieren

→ **Bereitstellung von Daten für Entscheidungs- und Verantwortungstragende**

- Feedbackberichte an teilnehmende Einrichtungen (benchmark)

2. Datenerhebung

Befragt wurden:

- alle nach § 108 SGB V zugelassenen **Allgemeinkrankenhäuser** mit mehr als 49 Betten
- alle **Krankenhäuser** mit ausschließlich psychiatrischen, psychotherapeutischen neurologischen und/oder geriatrischen Betten
  Zusammen: N = 1703

- Alle nach 107 Abs. 2 SGB V zugelassenen R**ehabilitationseinrich-tungen** für die Versorgungsaufträge nach § 111 SGB V bestehen
  N = 1003

- ∑ **2706** Krankenhäuser, Psychiatrien und Rehabilitationseinrichtungen

AKTIONSBÜNDNIS PATIENTENSICHERHEIT

2. Datenerhebung

- Postalische Einladung an die Geschäftsführungen der Einrichtungen ggfs. zur Weiterleitung an Qualitäts- oder Risikomanagement zur Beantwortung der Fragen

- Onlinebefragung zwischen Mitte März und Mitte Mai 2022

- Daten wurden ergänzt um Strukturdaten der DKI Krankenhaus-datenbank mit Informationen zur geographischen Lage, Trägerschaft und Einrichtungsart

- 615 Einrichtungen haben geantwortet (Rücklauf = 22,7 %)
- Antwort im Schnitt für 1,65 Standorte = Responserate von 37,5 %

- Responserate Krankenhäuser = 49,7 %
- Responserate Rehabilitationseinrichtungen = 16,7 %

AKTIONSBÜNDNIS PATIENTENSICHERHEIT

2. Datenerhebung: Fragebogen

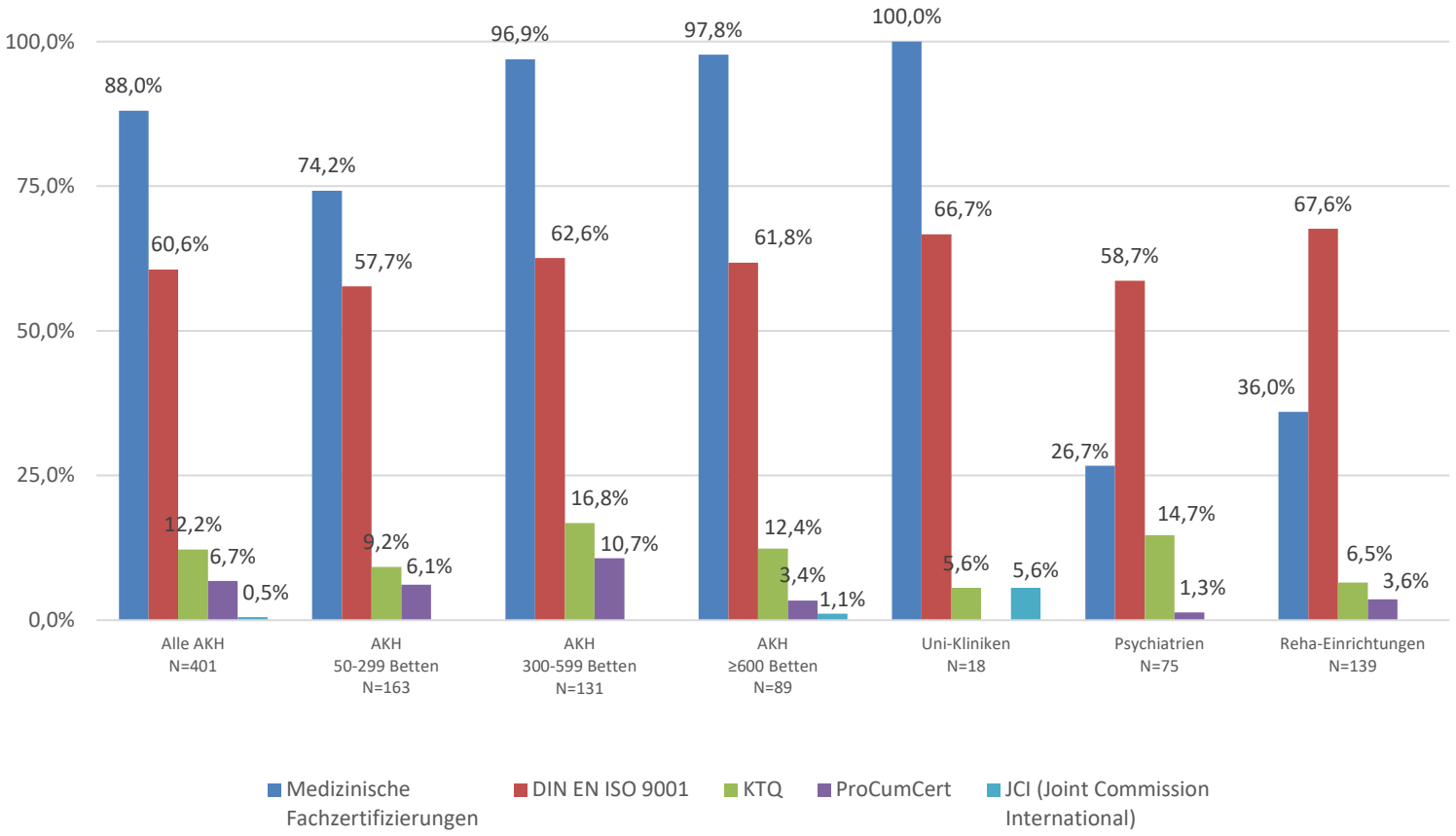
Abschnitte des Fragebogens	Erfolgte Änderung ggü. Vorversion(en)
1. Allgemeine Angaben	Aktualisierte Fragen aus der 2015 Erhebung
2. Strategien und Ziele des klinischen Risikomanagements (kRM)	
3. Strukturen des klinischen Risikomanagements (kRM)	
4. Risikobeurteilung (Risikoidentifikation, -analyse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

Durchführung einer ergänzenden qualitativen Befragung mit N = 10 Verantwortlichen des kRM mit besonders hoher bzw. niedriger Umsetzungsqualität des kRM zu Förderfaktoren und Barrieren

4. Ausgewählte Ergebnisse

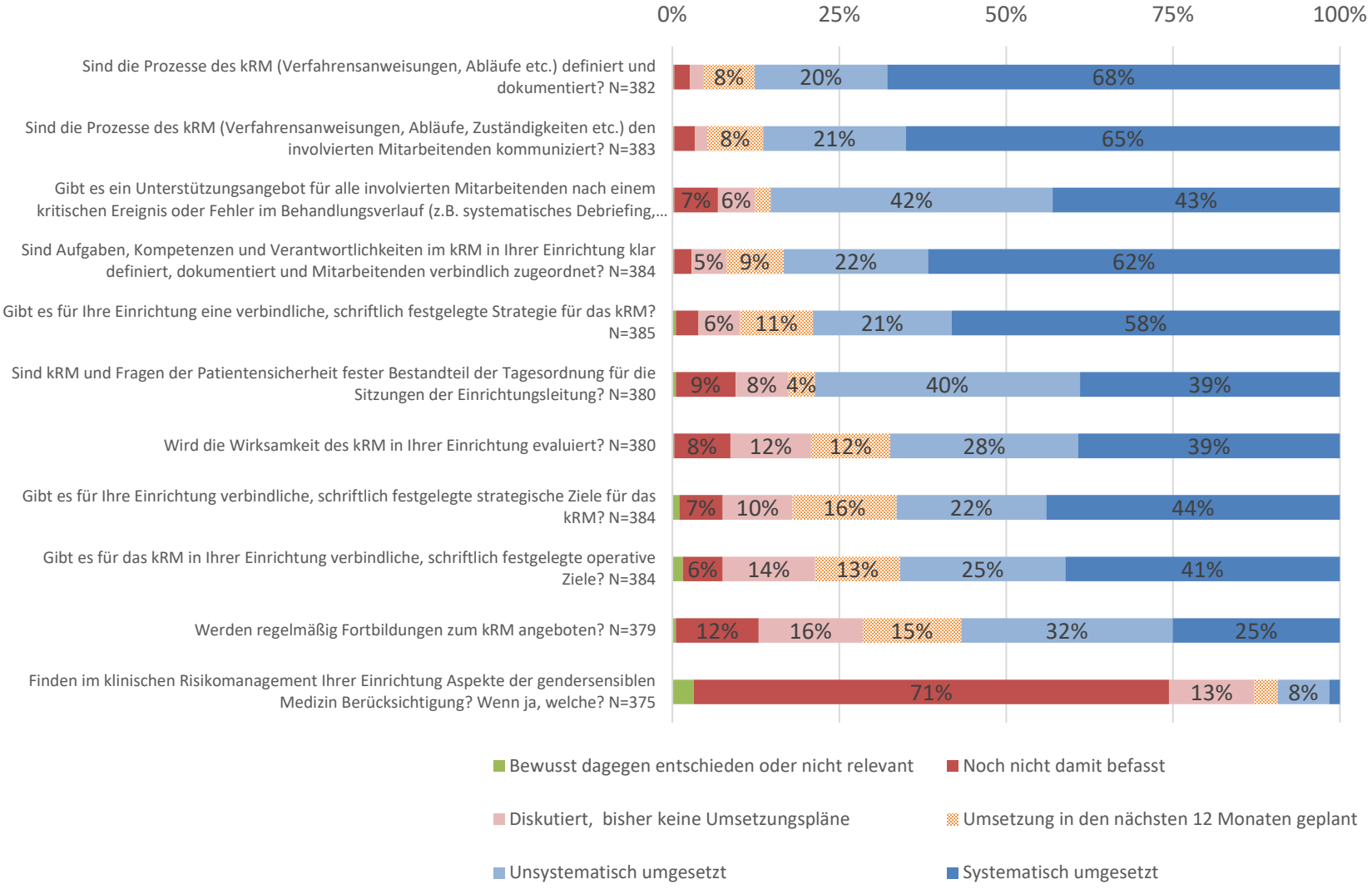
4.1 Zertifizierungen

Verfügt Ihre Einrichtung über die folgenden Zertifizierungen?



4. Ausgewählte Ergebnisse

4.2 Strategien des kRM - Allgemeinkrankenhäuser

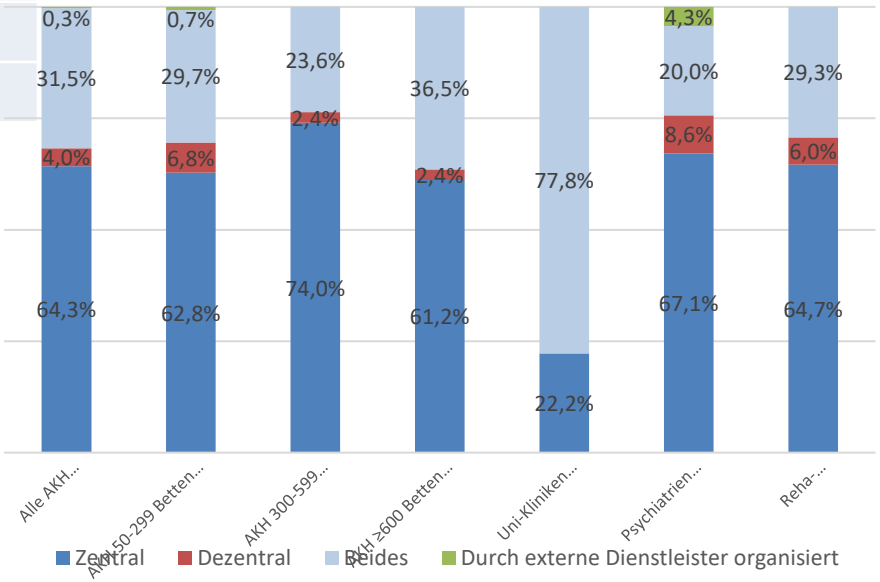


4. Ausgewählte Ergebnisse
4.3.1 Struktur Implementierung kRM

Wieviel Personen („Köpfe“) arbeiten im kRM?

	Mittelwert	Median
Alle Allgemeinkrankenhäuser	3,3	2
AKH 50-299 Betten	2,4	2
AKH 300-599 Betten	2,9	2
AKH ≥600 Betten	3,9	2
Uni-Kliniken	10,0	3
Psychiatrien	2,4	2
Reha-Einrichtungen	3,3	2

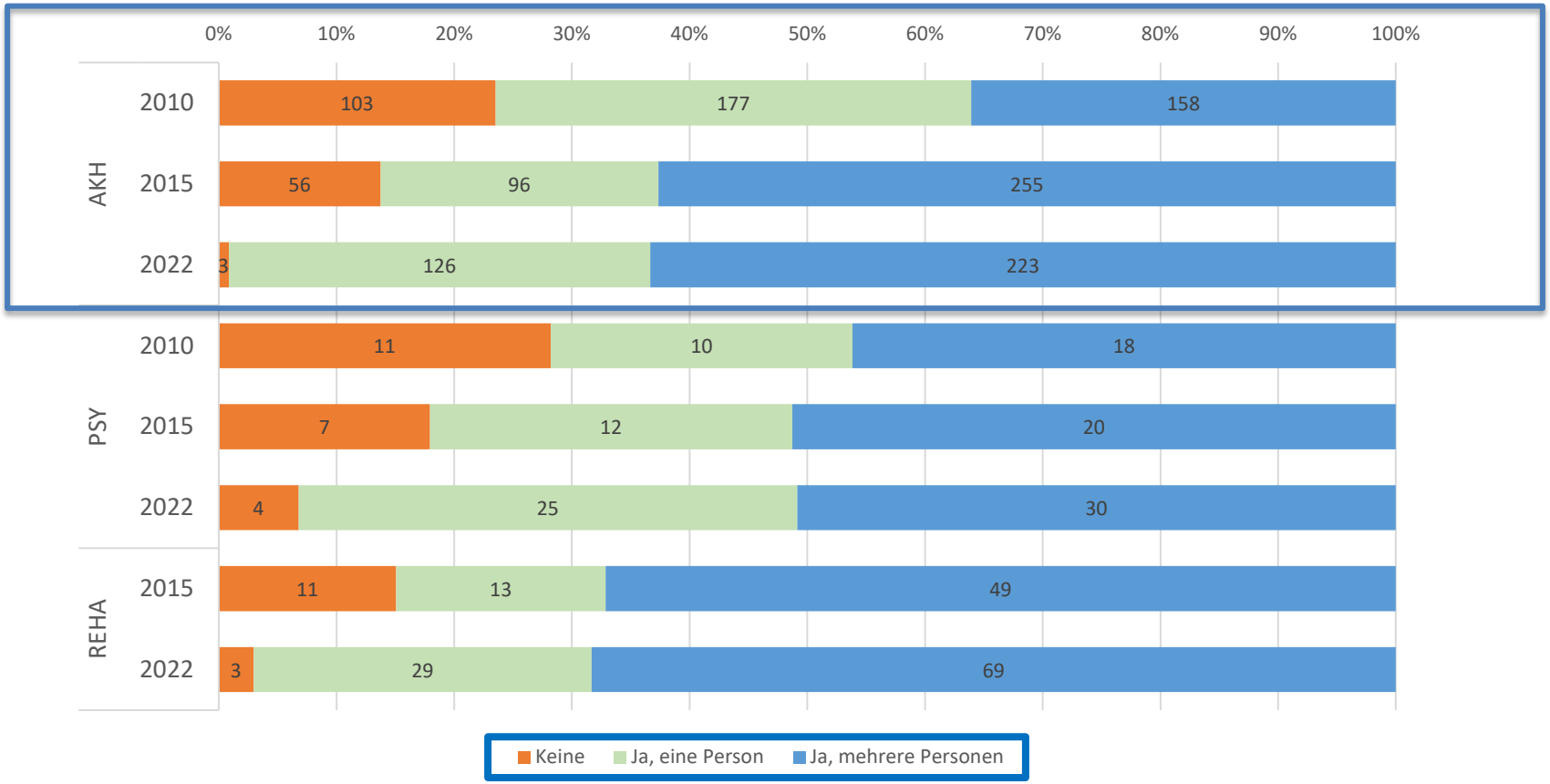
Organisationsform



4. Ausgewählte Ergebnisse

4.3.1 Struktur Implementierung *im Zeitverlauf*

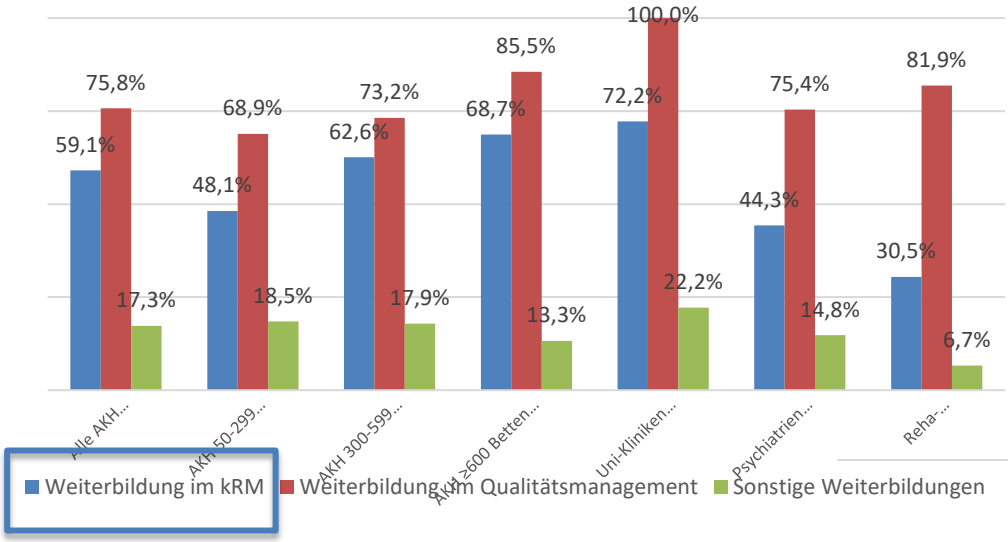
Wie viele Personen arbeiten momentan in der Organisation des kRM (in Köpfen)?



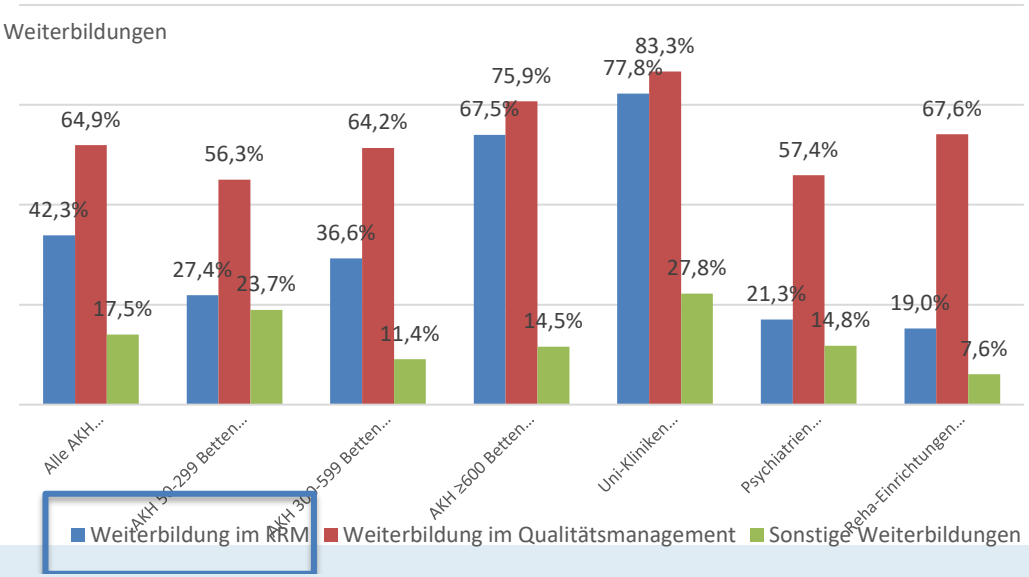
4. Ausgewählte Ergebnisse

4.3.2 Qualifikation und Ausbildung Leitung und Team

Leitung



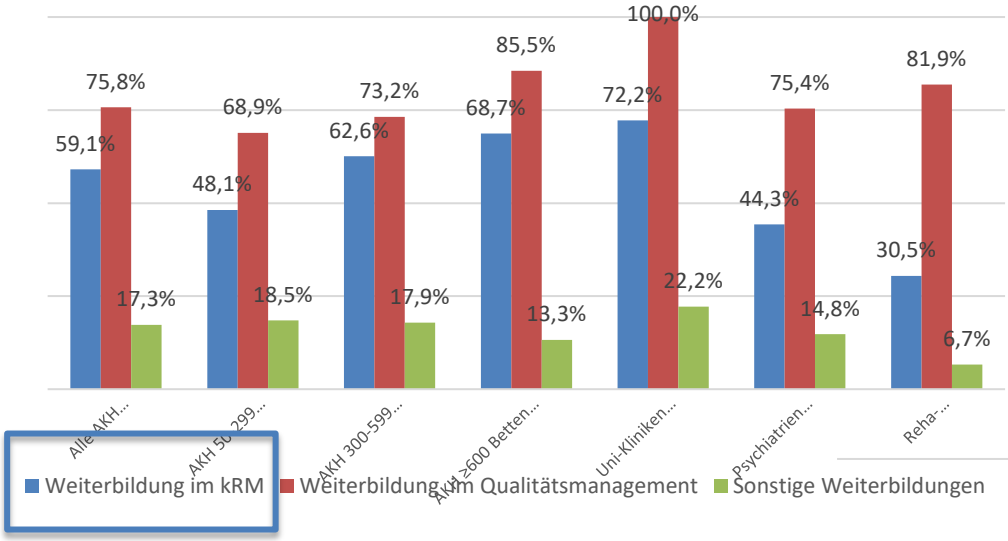
Team



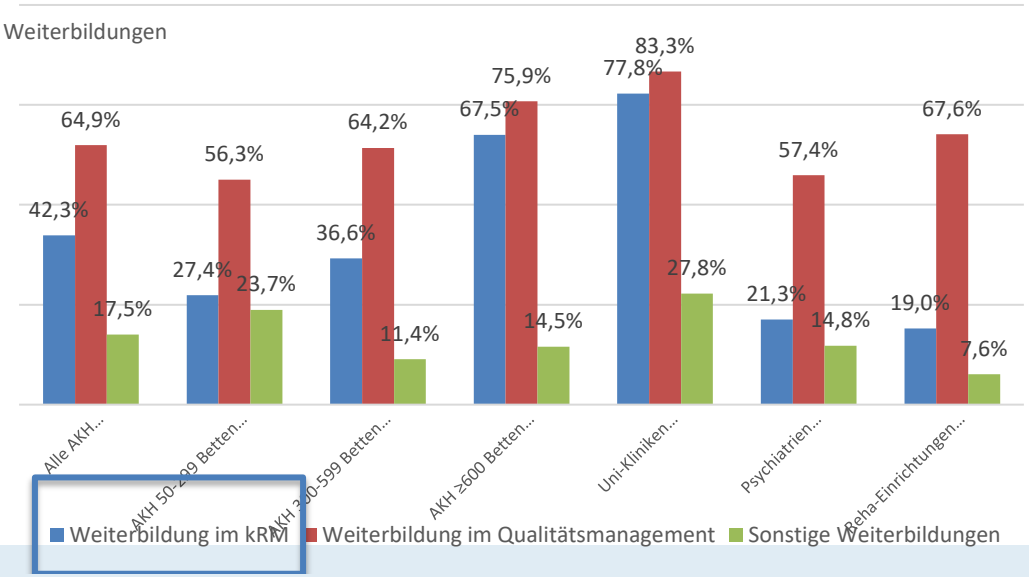
4. Ausgewählte Ergebnisse

4.3.2 Qualifikation und Ausbildung Leitung und Team

Leitung

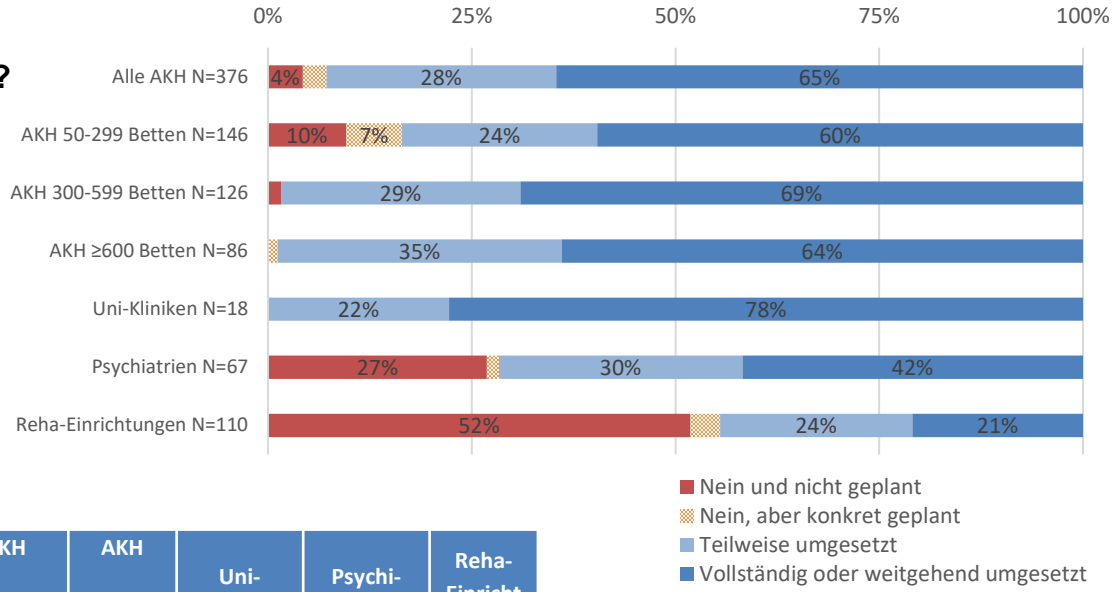


Team



4. Ausgewählte Ergebnisse
4.4 M & M Konferenzen

Werden M & M Konferenzen durchgeführt?

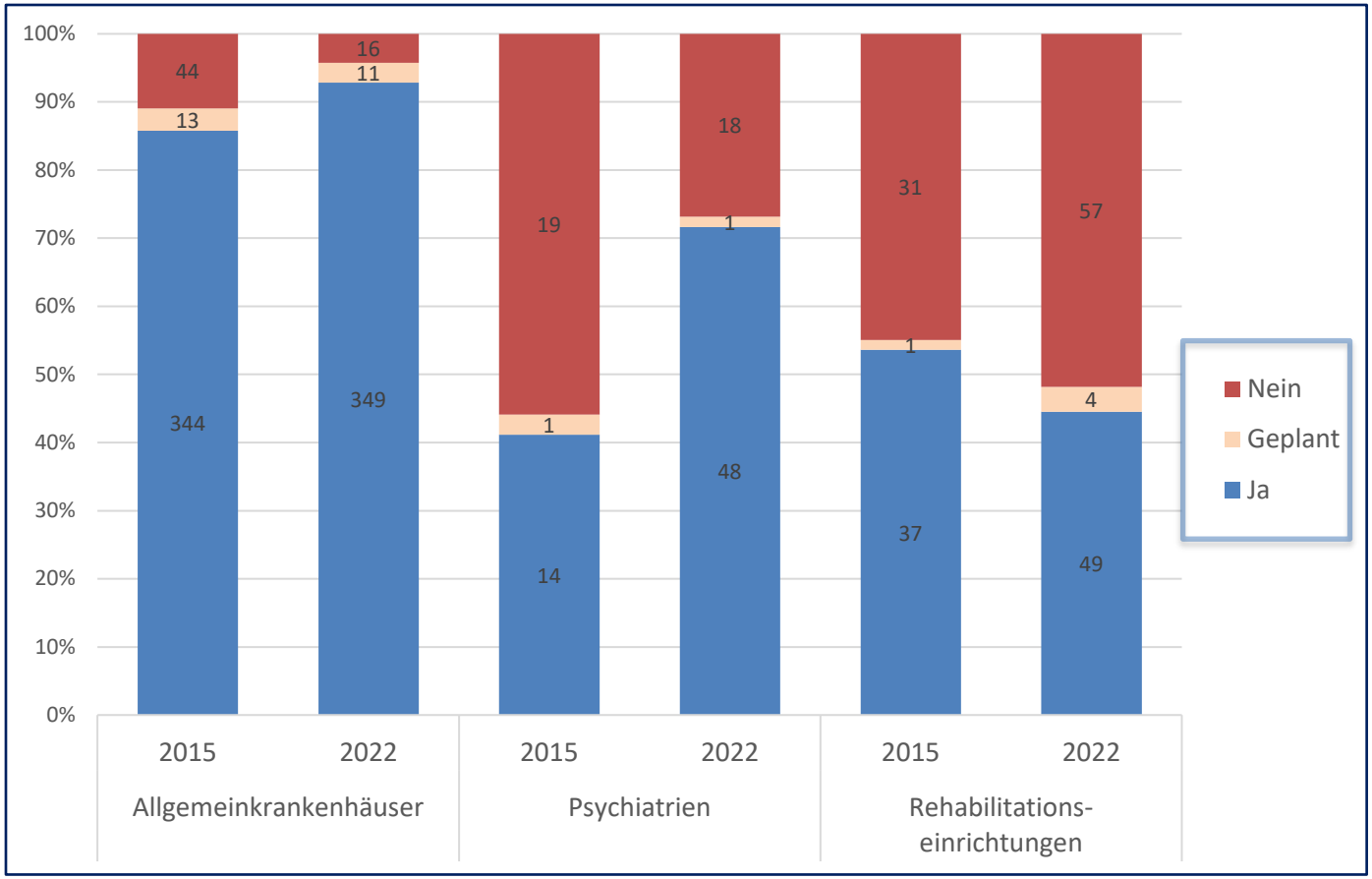


Wenn ja, in welcher Form?

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

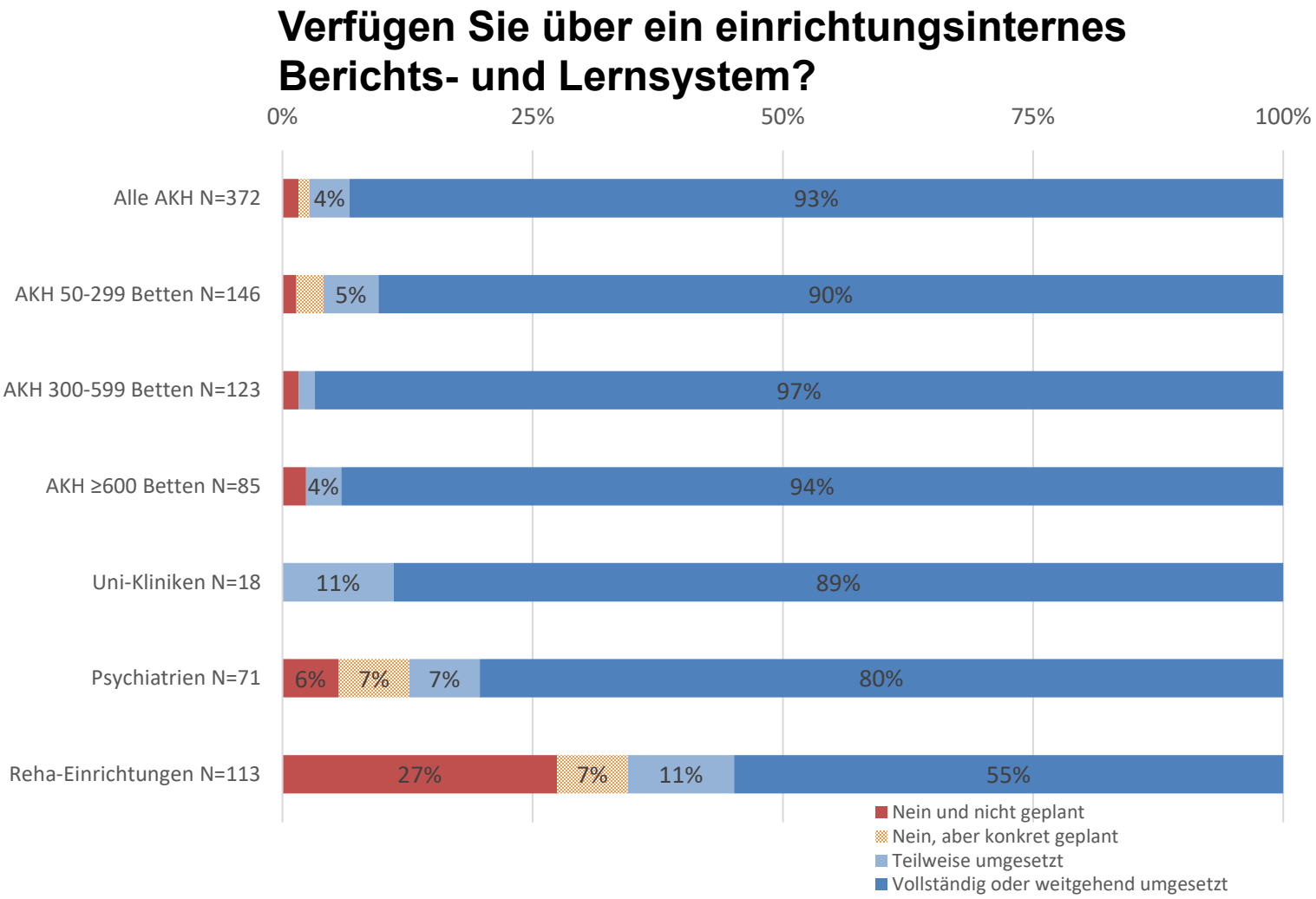
4. Ausgewählte Ergebnisse

4.4 M & M Konferenzen *im Zeitverlauf*



4. Ausgewählte Ergebnisse

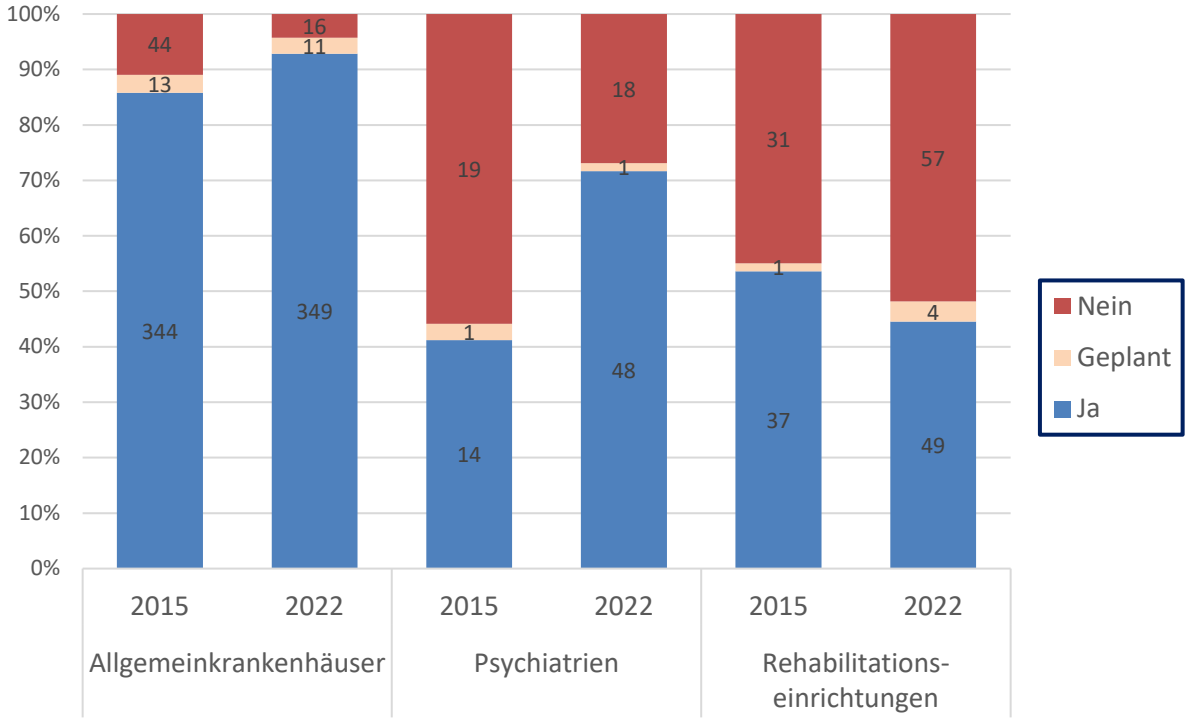
4.5 Critical Incident Reporting Systems



4. Ausgewählte Ergebnisse

4.5 Critical Incident Reporting Systems *im Zeitverlauf*

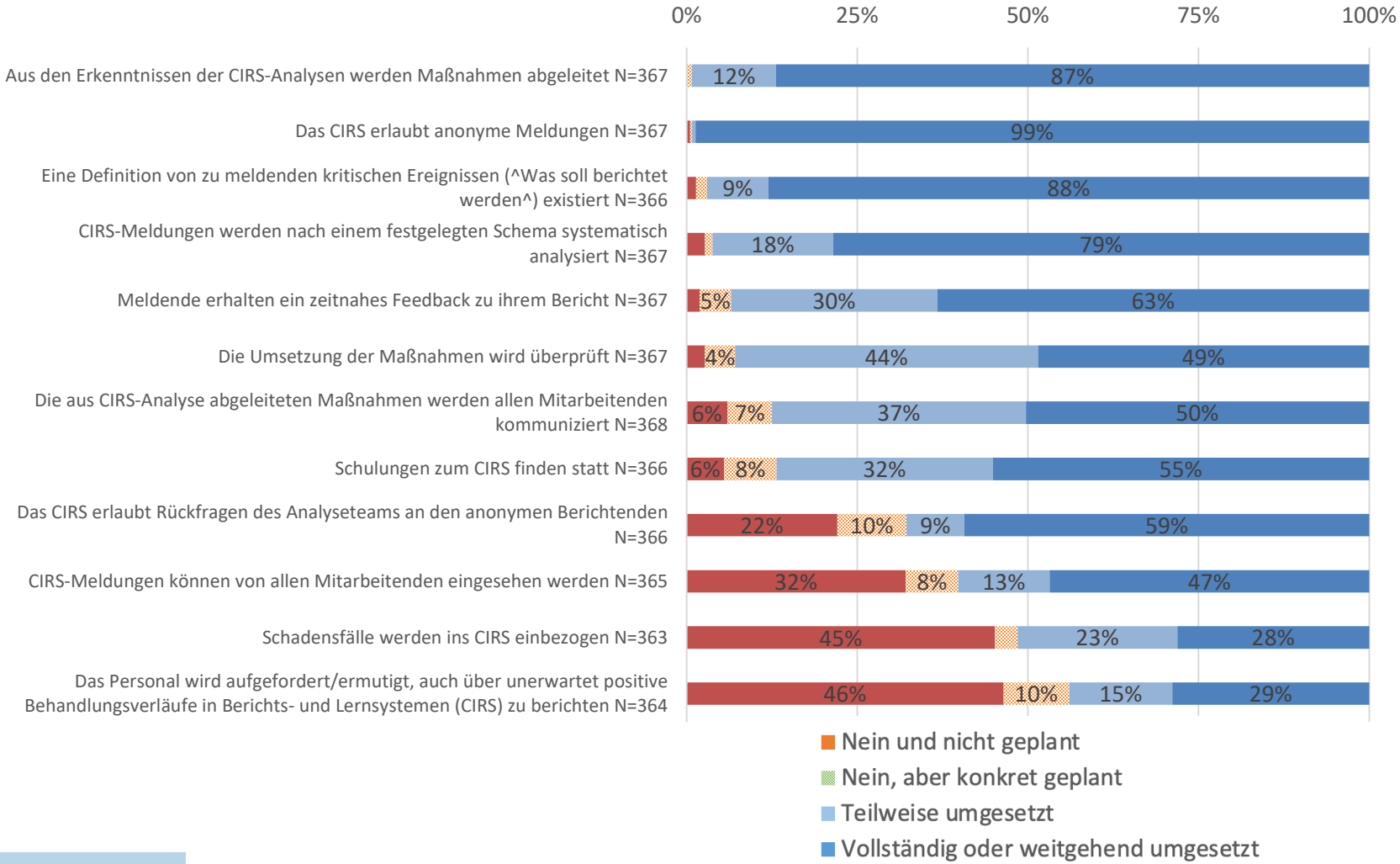
Verfügen Sie über ein einrichtungsinternes Berichts- und Lernsystem?



4. Ausgewählte Ergebnisse

4.5 Critical Incident Reporting Systems

Implementation und Nutzung: Allgemeinkrankenhäuser



4. Ausgewählte Ergebnisse

4.5 Critical Incident Reporting Systems

Wie viele Berichte gingen 2020 ein?

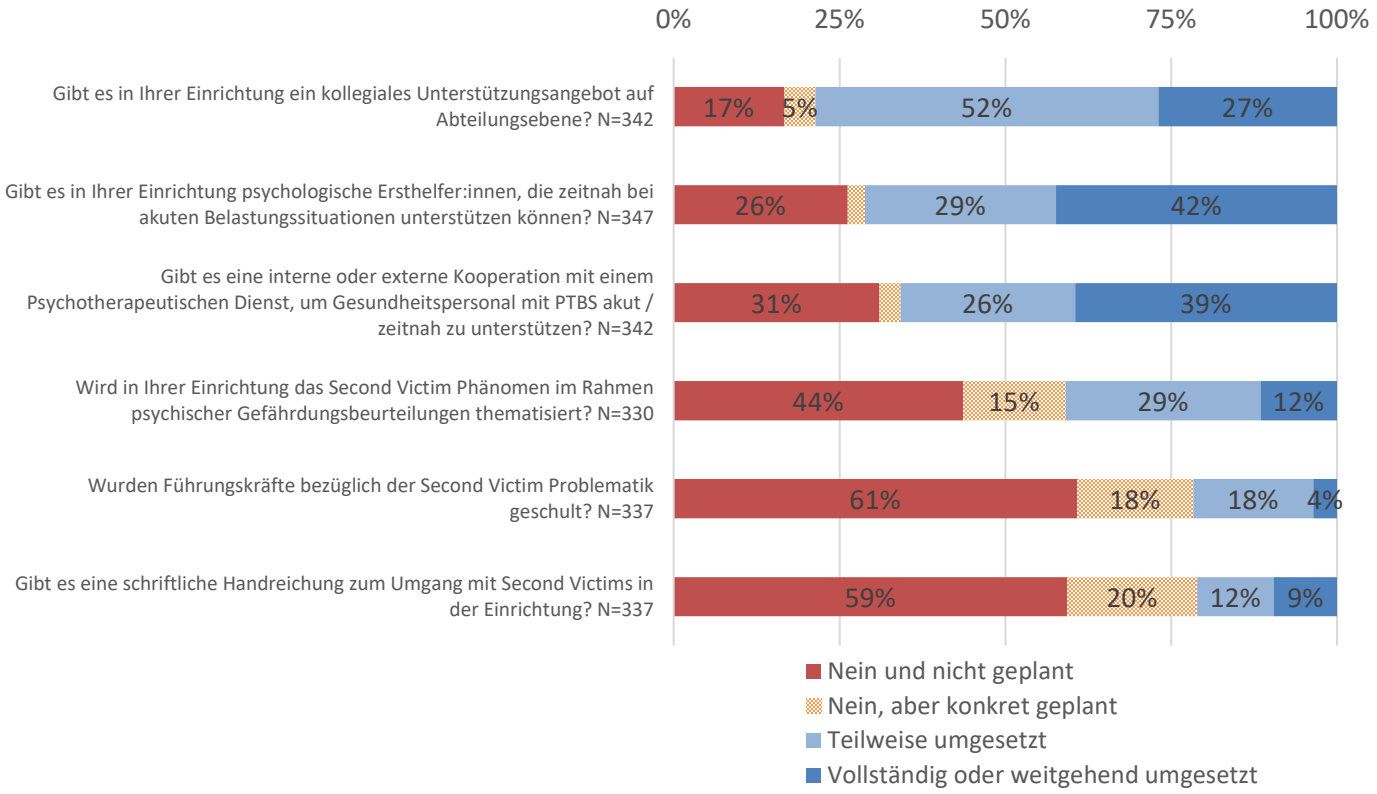
	Mittelwert	Median
Alle Allgemeinkrankenhäuser	54,0	25
AKH 50-299 Betten	25,7	15,0
AKH 300-599 Betten	37,2	28,5
AKH ≥600 Betten	71,3	52,0
Uni-Kliniken	294,7	181,0
Psychiatrien	24,9	11,5
Reha-Einrichtungen	18,0	9,5

Wie viele Prozent der Bereiche / Kliniken / Funktionsbereiche haben Berichte eingereicht?

	Mittelwert	Median
Alle Allgemeinkrankenhäuser	54,8	50
AKH 50-299 Betten	52,4	50
AKH 300-599 Betten	54,1	50
AKH ≥600 Betten	54,6	50
Uni-Kliniken	84,4	100
Psychiatrien	74,5	80
Reha-Einrichtungen	53,4	50

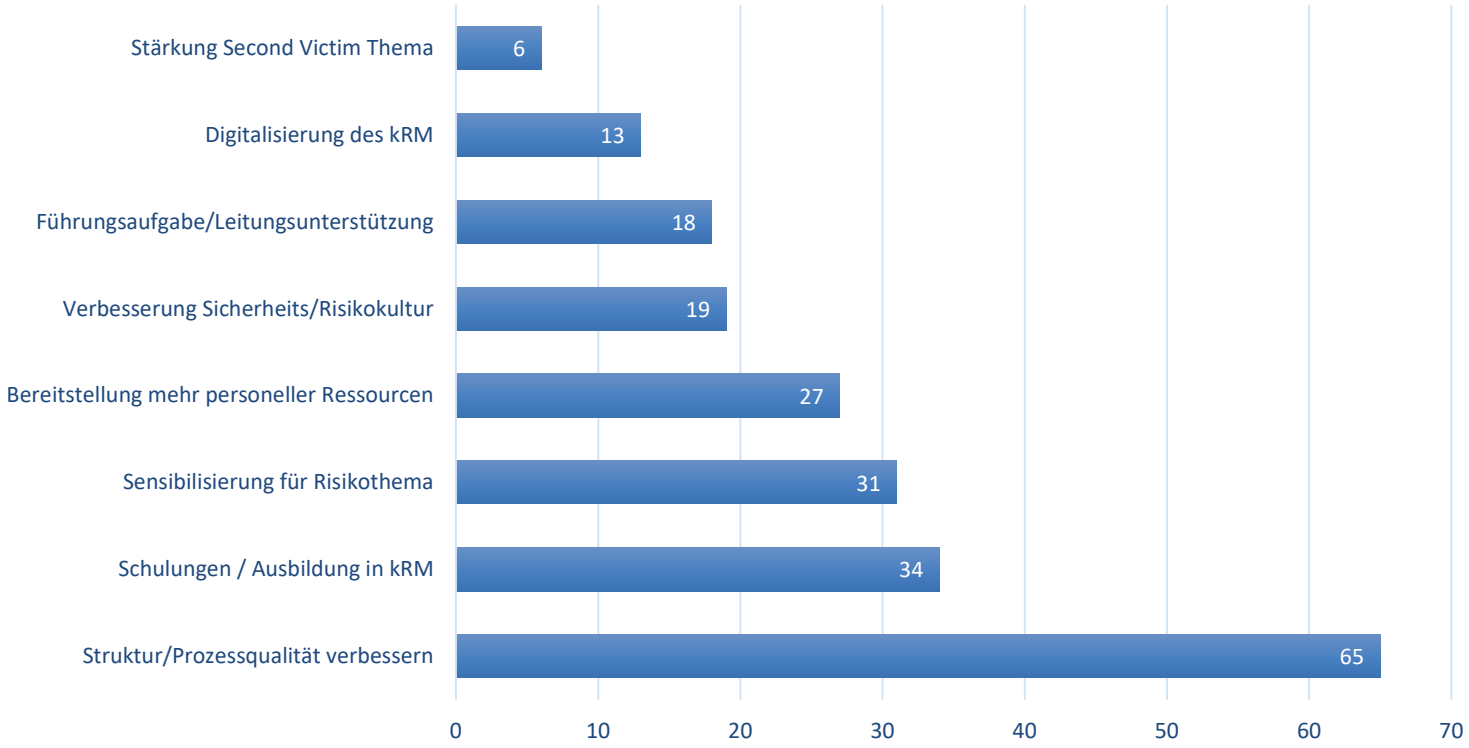
4.6 Second Victims

Umgang mit dem Second Victim Phänomen: Allgemeinkrankenhäuser



5. Ergebnisse qualitativer Befragung
5.1 Freitextfeld Fragebogen

Wo sehen Sie in Ihrer Einrichtung im kRM den größten Handlungsbedarf?
N = 177 Teilnehmer:innen haben insgesamt 215 Vorschläge gemacht:



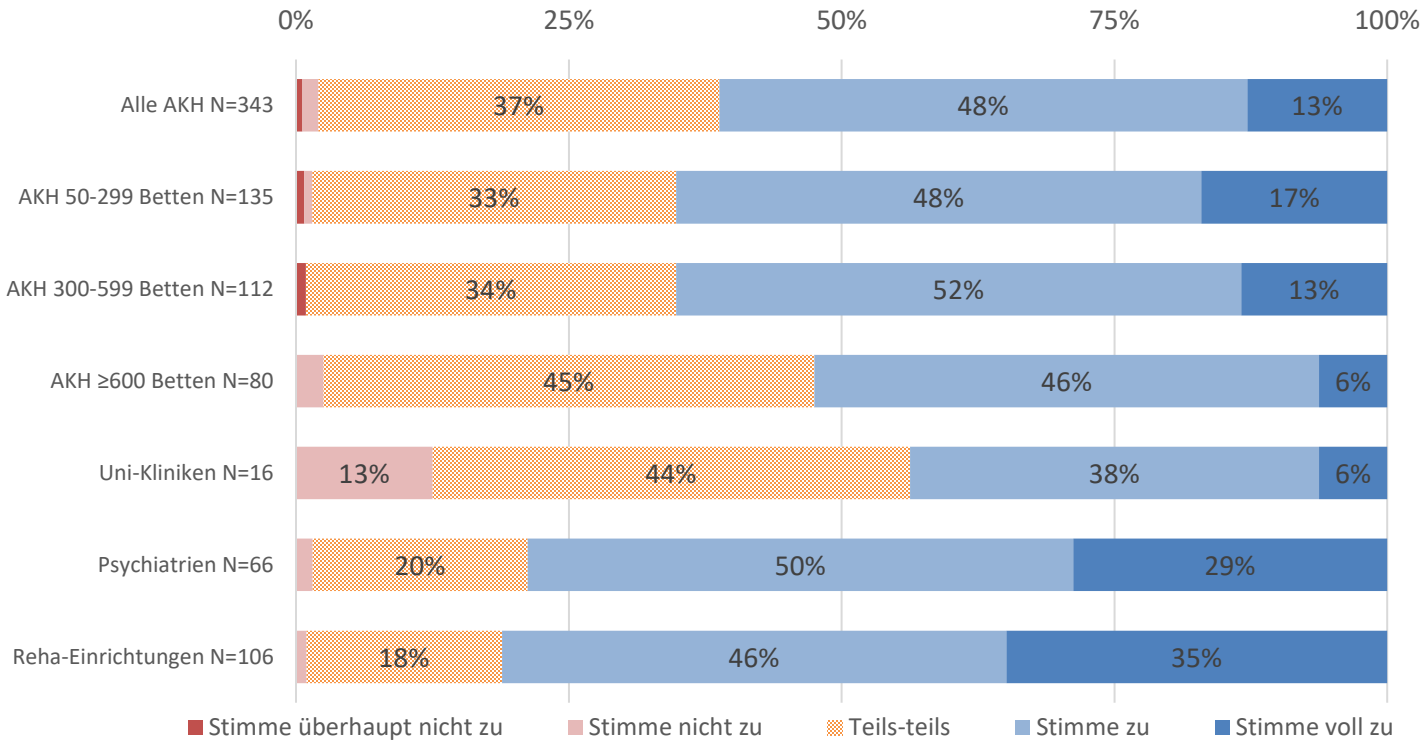
5. Ergebnisse qualitativer Befragung

5.2 Interviews mit 10 ausgewähltenTeilnehmer:innen

Barrieren bei der Umsetzung eines effektiven kRM	Förderfaktoren bei der Umsetzung eines effektiven kRM
Fehlerkultur - Zu häufig wird noch eine negative Fehlerkultur gelebt	Fehlerkultur - Entwicklung einer positiven Fehlerkultur
Verfügbarkeit von Ressourcen - Mangel an zeitlichen Ressourcen: Schwierigkeiten bei Terminfindung, großer Zeitaufwand des kRM - Mangel an personellen Ressourcen: Personalmangel im kRM - Mangel an finanziellen Ressourcen: fehlende Gelder für Instrumente wie Software	Verfügbarkeit von Ressourcen - Übergeordnete Zusammenarbeit
Mitwirkung der Beschäftigten - Versteifte Prozesse des Personals - Fehlende Sensibilisierung von Personal und Geschäftsführung - Geringe Wertzuschreibung zu kRM und entsprechenden Maßnahmen	Mitwirkung der Beschäftigten - Offenheit, Mitarbeit und Motivation der Beschäftigten
Einrichtungsinterne Strukturen - Fehlen von klinikinternen Strukturen für kRM - Eingeschränkte Messbarkeit der Wirksamkeit - Schnittmenge QM - RM die teilweise zu Doppelungen führt - Vielzahl von kRM-Systemen führt zur Unübersichtlichkeit	Einrichtungsinterne Strukturen - Gute Zusammenarbeit zwischen QM und RM - Aufklärungsgespräche, Schulungen, Workshops zur Sensibilisierung - Regelmäßige Treffen, strukturelle Vorgaben
Allgemeine Kenntnis von kRM - Fehlende Definition von kRM - Fehlen von einheitlichen Vorgaben - Fehlende Transparenz und Kommunikation zwischen Häusern - Fehlende Vergleichbarkeit	

6. Ergebnis Arbeitsklima

Die Leitungen schaffen ein Arbeitsklima, das die Patientensicherheit fördert



AKTIONSBÜNDNIS PATIENTENSICHERHEIT

7. Schlussfolgerungen und Ausblick

- **Im Zeitverlauf deutliche Fortschritte: gestiegenes Bewusstsein für Patientensicherheit und verpflichtende Einführung von kRM**
- Aber Beispiel CIRS: Verfügbarkeit eines Instrumentes keine Garantie für umfassende Nutzung
- **“positive“ Fehler-/Sicherheitskultur muss ‚von oben‘ vorgelebt werden**
- kRM benötigt finanzielle und personelle Ressourcen für die konsequente Umsetzung
- Strukturelle Maßnahmen mit vorhandenen Ressourcen mit Synergieeffektion möglich:
  - implementierbar:
  - Organisatorische Kooperation von kRM und Qualitätsmanagement
  - Integration von kRM Themen in Regelsitzungen

FAZIT: Es gibt noch viel zu tun!

Die Berichte sind auf der APS Homepage abrufbar unter:

Daten der aktuellen Befragung:

https://www.aps-ev.de/wp-content/uploads/2023/01/KHaSiMiR_Abschlussbericht_Teil-I.pdf

Vergleich im Zeitverlauf:

https://www.aps-ev.de/wp-content/uploads/2023/01/KHaSiMiR_Abschlussbericht_Teil-II.pdf

Ergebnisse der qualitativen Befragung:

https://www.aps-ev.de/wp-content/uploads/2023/01/KhaSiMiR-Abschlussbericht-Teil-III-Qualitative-Analyse.pdf

Danke für die Aufmerksamkeit!