



**Hybrid-Presskonferenz  
des Aktionsbündnis Patientensicherheit e. V. (APS) anlässlich der Vorstellung  
der Ergebnisse der KhaSiMiR 21-Krankenhausstudie**

Wie hat sich die Patientensicherheit seit der letzten Krankenhausstudie entwickelt?

**Termin: Donnerstag, 19. Januar 2023, 9.30 bis 10.30 Uhr, Ort:** Geschäftsstelle  
des Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V. **Anschrift:** Alte Jakobstraße 81, 10179  
Berlin **Online:** Zoom (siehe Link APS-Pressbereich auf [www.aps-ev.de](http://www.aps-ev.de))

**Themen:**

**Wie hat sich die Patientensicherheit seit der letzten Krankenhausstudie entwi-  
ckelt? Warum ist die KhaSiMiR 21-Krankenhausstudie wichtig und warum hat  
das Aktionsbündnis Patientensicherheit sie initiiert?** *Dr. Ruth Hecker, Vorsit-  
zende Aktionsbündnis Patientensicherheit*

**Verbesserungen in der Patientensicherheit in Deutschlands Krankenhäusern.  
Ein Vergleich der Studienergebnisse 2010, 2015 und 2022** *Dr. Gerald Gaß, Vor-  
standsvorsitzender, Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG)*

**Beschreibung des Studiendesigns, Befragung und Vorgehen, Zielsetzung der  
Studie** *Dr. Nikoloz Gambashidze, Wissenschaftlicher Mitarbeiter, Institut für Patien-  
tensicherheit (IfPS) des Universitätsklinikums Bonn*

**Was muss getan werden? Woran wird bereits gearbeitet? Praktische Beispiele  
der Umsetzung. Verbesserungspotenziale ausnutzen** *Dr. Karl Blum, Vorstand,  
Deutsches Krankenhausinstitut (DKI)*

**Ergebnisse der qualitativen Befragung** *Dr. Martina Schmiedhofer, Projektleitung  
KhaSiMiR 21-Krankenhausstudie, Aktionsbündnis Patientensicherheit,*

Moderation: Martina Kloepfer

**Ansprechpartnerin beim  
Aktionsbündnis Patientensicherheit:**

Melanie Hansen  
Alte Jakobstraße 81  
10179 Berlin  
Tel.: +49 30 3642816-27

[hansen@aps-ev.de](mailto:hansen@aps-ev.de)  
[www.aps-ev.de](http://www.aps-ev.de)

Gefördert durch:



aufgrund eines Beschlusses  
des Deutschen Bundestages

**Hybrid-Presskonferenz  
des Aktionsbündnis Patientensicherheit e. V. (APS) anlässlich der Vorstellung  
der Ergebnisse der KhaSiMiR 21-Krankenhausstudie**

Wie hat sich die Patientensicherheit seit der letzten Krankenhausstudie entwickelt?

**Termin: Donnerstag, 19. Januar 2023, 9.30 bis 10.30 Uhr, Ort:** Geschäftsstelle  
des Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V. **Anschrift:** Alte Jakobstraße 81, 10179  
Berlin

**Inhalt:**

**Redemanuskripte**

**Hintergrundinformationen**

## **Dr. Ruth Hecker, Vorsitzende Aktionsbündnis Patientensicherheit Im Rahmen der Pressekonferenz des Aktionsbündnis Patientensicherheit (APS) zur Vorstellung der Ergebnisse der KhaSiMiR 21-Krankenhausstudie**

Herzlich Willkommen, liebe Vertreterinnen und Vertreter der Medien, Presse, liebe Mitglieder und Patientensicherheitsinteressierte. Herzlich willkommen zu unserer Pressekonferenz, in der wir Ihnen die Ergebnisse der KhaSiMiR 21-Krankenhausstudie vorstellen möchten.

Wie Sie wissen, setzt sich das Aktionsbündnis Patientensicherheit seit langem für eine verbesserte Sicherheitskultur als wichtigstem Baustein zur Verbesserung der Patientensicherheit ein. Dazu gehört insbesondere ein offener Umgang mit Fehlern und (Beinahe-) Schäden in der medizinischen Versorgung, um zum Beispiel für die Zukunft zu lernen. Klinisches Risikomanagement ist unabdingbar für die Patientensicherheit und für die Resilienz in der gesamten Gesundheitsversorgung.

Entscheidend für die Patientensicherheit dabei ist, wie die Führung vor Ort die Methoden und Instrumente anerkennt und unterstützt, diese gelebt und in das alltägliche Handeln integriert werden. Entscheidend ist die Kultur.

Zur Klärung dieser Fragen hat das Aktionsbündnis Patientensicherheit im Auftrag und finanziert durch das Bundesgesundheitsministerium mit seinen Partnern die dritte bundesweite Erhebung zum Stand der Umsetzung des klinischen Risikomanagements vorgenommen.

Die Partner dieser Erhebung, das sind:

- Institut für Patientensicherheit (IfPS) des Universitätsklinikums Bonn
- Deutsches Krankenhausinstitut (DKI)
- Lehrstuhl für Patientensicherheit, Hochschule RheinMain Wiesbaden
- Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG)

Seit der letzten Erhebung im Jahr 2015 hat es in der klinischen Praxis und in der Implementierung der Sicherheitskultur Weiterentwicklungen gegeben, die für die Patient:innensicherheit und das klinische Risikomanagement relevant sind. Um diese zu erfassen, wurde der ursprüngliche Fragebogen um die Themen Patientenbeteiligung, das Entlassmanagement, die Themen „Second Victim“ und Sicherheitskultur erweitert. Zudem wurden ausgewählte Indikatoren aus dem Globalen Aktionsplan für Patientensicherheit 2021-2030 der WHO (World Health Organization 2021) und aus den OECD-Indikatoren für Patient:innensicherheit mit erfasst, um international anschlussfähig zu sein.

Die Ergebnisse weisen darauf hin, dass bei grundsätzlich erweitertem Einsatz von einzelnen Instrumenten zur Erhöhung der Sicherheitskultur die Nutzung der unterschiedlichen Instrumente und die Ausprägung der Sicherheitskultur im klinischen Alltag stark variieren.

Ziel der Studie ist die Bereitstellung von praxisbasierten Daten und Anregungen für politische Entscheidungsträger:innen, Krankenhäuser und Rehabilitationseinrichtungen zur Weiterentwicklung des klinischen Risikomanagements und damit zur Erhö-

hung der Patientensicherheit. Das Aktionsbündnis Patientensicherheit hatte die Projektleitung der KhaSiMiR 21-Krankenhausstudie inne und hat die Umsetzung der Studie koordiniert.

Festzuhalten ist vorab, dass Krankenhäuser Hochrisikorganisationen sind, und wir haben es in dem Feld mit unserem höchsten Gut zu tun: Der Gesundheit!

Ferner möchte ich voranstellen, dass gemäß der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über grundsätzliche Anforderungen an ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement in der Präambel, in Satz 2 folgendes formuliert ist: **Mit dem primären Ziel einer größtmöglichen Patientensicherheit sollen neben einer bewussten Patientenorientierung auch die Perspektiven der an der Gesundheitsversorgung beteiligten Akteure berücksichtigt werden.** Also, das primäre Ziel ist die größtmögliche Patientensicherheit, zu den Akteur:innen und Patient:innen kommen wir später noch.

Ich möchte hier die wichtigsten Eckpunkte benennen, bevor die Partner im Einzelnen auf ihre vorzustellenden Punkte eingehen werden.

Ziel der Studie war die Beantwortung der Frage: Wie hat sich die Patientensicherheit seit der letzten Krankenhausstudie entwickelt?

Die Studie zeigt deutlich auf – insbesondere im Vergleich der Jahre 2010-2015-2022 – dass wir in Deutschland die notwendigen Methoden und Instrumente implementiert haben.

Die Sicherheitskultur in Deutschland im Gesundheitswesen ist allerdings längst nicht dort, wo sie sein sollte. Es besteht unbedingt Handlungsbedarf. Die Anwendung der Methoden und Instrumente und wie wird das unterstützt? – hier besteht noch Verbesserungsbedarf.

Mut und Ehrlichkeit zur Transparenz, das ist eine wiederholte Forderung des APS. Das ist der Grund, warum das Aktionsbündnis Patientensicherheit diese Studie, die dritte in einer Reihe organisiert hat. Messbarmachung von Patientensicherheit ist eine wichtige Maßnahme, die auch von der Weltgesundheitsorganisation zur Verbesserung der medizinischen Versorgung gefordert wird. Bei fünf bis zehn Prozent aller behandelten Patientinnen und Patienten in Deutschland treten so genannte unerwünschte Ereignisse innerhalb der Behandlung auf – mehr als ein Drittel ist vermeidbar.

Dr. Ingo Härtel aus dem Bundesgesundheitsministerium für Gesundheit (BMG) zitiert in seinem Beitrag zum Buch „Risiko- und Sicherheitskultur im Gesundheitswesen“ eine Studie der OECD: 15 Prozent aller Krankenausgaben sind eine direkte Folge von unerwünschten Ereignissen. In Euros sprechen wir damit von 48 Milliarden € pro Jahr.

Der Globale Aktionsplan für Patientensicherheit 2021-2030 der WHO beschreibt den Weg zur Beseitigung vermeidbarer Schäden in der Gesundheitsversorgung. Er ist ein sehr detaillierter Bausteinkasten. Ein wesentlicher Punkt ist die „Einführung der Sicherheitskultur und in diesem Zusammenhang die Führungsverantwortung der Politik und der Organisationen“. Im vergangenen Jahr hat das Aktionsbündnis Patientensicherheit, wie Sie wissen, ein Buch dazu herausgebracht: „Risiko- und Sicherheitskultur im

Gesundheitswesen“, das sich für mehr Transparenz, für mehr Mut und Ehrlichkeit einsetzt und Ansätze aufzeigt, wie man mit Fehlern umgeht oder wie sie ganz vermieden werden können. Die Botschaft des Buchs lautet: Nur wenn Sicherheitskultur ganz oben auf der Agenda steht, gelingt es, die Risiken bestmöglich zu beherrschen und so das Gesundheitssystem für alle Beteiligten nachhaltig zu verbessern und resilienter zu gestalten.

Im Wesentlichen geht es darum, mutig, offen und ehrlich über Fehler und mögliche Schäden zu sprechen und vermeidbare unerwünschte Ereignisse von unvermeidbaren Ereignissen zu trennen. International bekannt als Never Events und in Deutschland definiert als „Schwerwiegende Ereignisse, die wir sicher Verhindern wollen“, die so genannte SEVer-Liste des Aktionsbündnis Patientensicherheit. Ziel der Veröffentlichung dieser Liste war, dass die Einrichtungen des Gesundheitswesens ihre Anstrengungen erhöhen, selbst zu überprüfen, ob sie die gelisteten Vorkommnisse mittels geeigneter Maßnahmen sicher verhindern. Denn die Maßnahmen um diese Ereignisse zu verhindern, gibt es in Deutschland. Die APS-SEVer-Liste (ausgesprochen safer wie das englische Wort für sicherer) umfasst insgesamt 22 schwerwiegende Vorkommnisse, die im Krankenhaus, aber auch in anderen Gesundheitseinrichtungen auftreten können. Darunter sind Klassiker der Patientensicherheit wie zum Beispiel die unbeachtet im Körper belassenen Objekte oder Patienten-, Eingriffs- oder Seitenverwechslungen. Andere Ereignisse sind weniger offensichtlich, aber nicht minder gravierend, zum Beispiel verwirrte Patient:innen, die ohne Betreuung entlassen werden oder Gefährdungen aufgrund unzureichender Instandhaltung von beziehungsweise Einweisung des Personals in Medizinprodukte. Die vollständige Liste samt Erläuterungen ist abrufbar auf unserer Webseite unter Publikationen => Handlungsempfehlungen.

Eine fehlerfreie medizinische Versorgung wird und kann es nicht geben. Wir sind Menschen und wir machen Fehler. Ich bin Ärztin und ich mache Fehler und manchmal kommen Patient:innen zu Schaden. Wir könnten aber alle mehr für eine sichere Versorgung tun, wenn wir die Dinge transparent machen und nach den fehlerbeeinflussenden Faktoren fragen. Die fehlerbeeinflussenden Faktoren zu kennen, sie ernst zu nehmen, sie zu bewerten und gegebenenfalls abzustellen, das ist Führungsaufgabe. Dies erfordert allerdings Mut und Ehrlichkeit.

Zur Patientensicherheit gehört mehr als nur eine Checkliste abzuhaken und festzustellen, ob man ein Medikament vertauscht hat. Die Rahmenbedingungen für die stationäre Versorgung müssen stimmen, damit Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sicher arbeiten können und dadurch die Patientinnen und Patienten sicher versorgt sind. Ich hoffe, dass die Krankenhausstrukturreform dies berücksichtigt.

Das individuelle Verhalten, der Human Factor, ist eine der Rahmenbedingungen für Patientensicherheit. Eine weitere Rahmenbedingung ist ausreichend und qualifiziertes Personal. Wir arbeiten im Krankenhaus in einem Hochrisikobereich und sollten auch danach agieren. Andere Hochrisikobereiche haben verpflichtende Simulations- und Teamtrainings und zwar für alle Bereiche und zum Beispiel auch Supervisionen. Diese Unterstützungsmaßnahmen für die Mitarbeitenden werden allerdings auch vollständig in der Finanzplanung berücksichtigt. Im Gesundheitswesen ist das in keiner Weise in der Finanzierung von Gesundheitsleistungen vorgesehen. Wie sieht es in der neuen Krankenhausstrukturreform aus?

Gleich stellen Ihnen die Partner der Umsetzung der Studie das Studiendesign und die Vorgehensweise vor. Es werden auch die wichtigsten Ergebnisse vorgestellt und praktische Beispiele der Umsetzung gezeigt. Was muss getan werden? Woran wird bereits gearbeitet? Ergebnisse der qualitativen Befragung werden beleuchtet werden.

Ich möchte an dieser Stelle auf zwei Punkte eingehen, die uns als Aktionsbündnis Patientensicherheit als die Dinge erscheinen, die es zu verstärken und zu verändern gilt und anhand derer wir Forderungen an die Politik ableiten.

1. Wir wollen alle Akteure im Gesundheitswesen anregen, dass die Methoden und Instrumente, die implementiert sind, noch stärker genutzt werden sollten. Als Beispiel zu nennen ist hier das CIRS (Critical Incident Reporting-System) und Schadensfallanalysen – die Studie lässt Rückschlüsse beziehungsweise Vermutungen zu, dass die Anwendung dieser Instrumente nicht genügend von der Leitung unterstützt werden (s. Bericht 1, Punkte 4.12.4 / 4.11.5/6: „die Hälfte der Befragten wünscht sich mehr Unterstützung durch die Leitung bzw. sagt: „Die Leitungen interessieren sich nur bei eingetretenen Schadensfällen für die Sicherheit“.)

Ich zitiere aus der Zusammenfassung Bericht 1, S.101: „Die Verwendung von Fehlermeldesystemen ist verpflichtend und fast alle Allgemeinkrankenhäuser geben an, über ein CIRS zu verfügen, im Mittel seit 2013. Dennoch liegt die durchschnittliche Zahl der Meldungen pro Jahr bei 54. Angesichts der Anzahl an Behandlungen und Mitarbeiter:innen ist davon auszugehen, dass nur ein Bruchteil der Fälle, die für organisatorisches Lernen und Qualitäts- und Sicherheitsverbesserungen genutzt werden könnten, gemeldet werden. (Zum Vergleich in Großbritannien sind es ca. 1.500 Meldungen pro Jahr). Dies macht den dringenden Bedarf nach Verstärkung sowohl des Berichtens, also auch der konsequenten Befassung mit Sicherheitskulturen in den Einrichtungen deutlich.“

2. Innerhalb der genannten Fokus-Rahmenbedingung für sichere medizinische Versorgung bildet die Aus-, Fort- und Weiterbildung für die Patientensicherheit ein besonderes Augenmerk. Es bedarf flächendeckend der Einbindung vorhandener Patientensicherheits-Expertinnen und Experten in die Ausbildung der Gesundheitsfachberufe. Patientensicherheit ist kein Wahlfach, es ist absolute Grundausbildung und Kern des Berufsethos. Ausbildung und Training schaffen Kompetenz. Kompetenz schafft Sicherheit im Handeln.

Zurzeit bestehen – und das ist nur ein Beispiel – selbst sogar noch Lücken in der Ausbildung zum klinischen Risikomanager, selbst bei den leitenden Personen für klinisches Risikomanagement – bei den Mitarbeitenden ist der Ausbildungsbedarf noch höher.

Wir leiten aus unseren Ergebnissen konkrete **Forderungen an die Politik** ab:

- 1.) Patientensicherheit muss Entscheidungskriterium sein und man kann es nicht an irgendeinen Mitarbeitenden oder Externen delegieren, der nur beratend tätig ist.

Die anerkannten und mittlerweile etablierten Methoden und Instrumente können nur ihre Wirksamkeit zum Wohl von Patient:innen und Mitarbeiter:innen zeigen, wenn die Führung es will und dahinter steht.

Diese Aufgabe muss neben den medizinischen, pflegerischen und wirtschaftlichen Themen in der Geschäftsführung und beim Vorstand liegen.

2.) Ziele sind wichtig, wenn man keinen Plan hat, läuft man durch die Gegend und kommt nicht an. Gerade bei der Einführung der Krankenhausstrukturreform ist es wichtig, auch Ziele zur Patientensicherheit zu formulieren, es ist eine einmalige Chance, das Thema der Patientensicherheit verantwortlich in die Führungsetagen der Krankenhäuser zu implementieren. Wir fordern zur Realisierung eine rechtlich verpflichtende Einrichtung von Patientensicherheitsverantwortlichen, analog wie Datenschutzbeauftragte oder Strahlenschutzverantwortliche.

3.) Die WHO fordert nicht nur die politische und organisationale Führungsverantwortung, sondern insbesondere die aktive Patienteneinbindung. Ein erster Schritt wäre es, bundesweit einheitlich PROMS (Patient Reported Outcomes Measures) und darüber hinaus PREMS (Patient Reported Experience Measures) zu etablieren. Auch dafür ist jetzt der richtige Zeitpunkt im Rahmen der Krankenhausstrukturreform.

4.) Es ist wie immer und wie wir es gebetsmühlenartig wiederholen: zur Bewältigung ihrer wichtigen Aufgaben benötigen die stationären Einrichtungen Ressourcen.

Die Ressourcen und Rahmenbedingungen, mit denen die vielfältigen Aufgaben in den Einrichtungen zu erledigen sind, müssen eben von der Politik berücksichtigt und geschaffen werden.

Hiermit gebe ich das Wort weiter an Dr. Gerald Gaß von der DKG. Sein Thema lautet: Verbesserungen in der Patientensicherheit in Deutschlands Krankenhäusern, Ein Vergleich der Studienergebnisse 2010, 2015 und 2022.

Danach ergreift Dr. Nikoloz Gambashidze vom Institut für Patientensicherheit (IfPS) des Universitätsklinikums Bonn das Wort mit der Vorstellung der Vorgehensweise und des Studiendesigns. Dr. Karl Blum vom Deutschen Krankenhausinstitut (DKI) in Düsseldorf stellt vor: Was muss getan werden? Woran wird bereits gearbeitet? Praktische Beispiele der Umsetzung. Verbesserungspotenziale ausnutzen. Gefolgt von Dr. Martina Schmiedhofer, die die Projektleitung der Studie innehatte und die die Ergebnisse der qualitativen Befragung mit den Vorschlägen zur Verbesserung der Sicherheitskultur vorstellen wird.

Vielen Dank Ihnen, dass Sie heute hier sind schon einmal und wenn Sie sich für die Ergebnisse im Einzelnen interessieren, so finden Sie diese in drei Berichten auf heute auf unserer Homepage. Bitte, Herr Gaß, ich leite hiermit zu Ihnen über.

Dr. Gerald Gaß  
Vorstandsvorsitzender

## Statement

### **Pressekonferenz am 19.01.2023 des Aktionsbündnis Patientensicherheit e. V. (APS) zur Vorstellung der Ergebnisse der KhaSiMiR 21-Krankenhausstudie**

#### **Patientensicherheit und Behandlungsqualität im Fokus**

Die aktuelle Studie zum klinischen Risikomanagement (kRM) bietet einen umfassenden Überblick über die Umsetzung des Risikomanagements und der Sicherheitskultur in deutschen Krankenhäusern und Rehabilitationskliniken von 2010 bis 2022. Die vergleichende Analyse zeigt, dass es in vielen Bereichen deutliche Fortschritte gibt: Diese sind zum Teil auf Vorgaben von Politik und Selbstverwaltung zur verpflichtenden Einführung von kRM zurückzuführen. Sie spiegeln aber auch ein wachsendes Bewusstsein der Häuser für die Verbesserung der Sicherheitskultur wider.

Die Vergleichsdaten zeigen, dass viele der Strukturen und Prozesse des kRM in der Stichprobe von 2022 im Vergleich zur Erhebung von 2010 deutlich häufiger umgesetzt sind. Dies gilt zum Beispiel insbesondere für die klare Definition, Dokumentation und Kommunikation von Strategien und Zielen des kRM, die Kommunikation an die verantwortlichen Mitarbeiter:innen oder den breiten Einsatz von Instrumenten wie Beschwerdemanagement und CIRS. In vielen dieser Bereiche zeichnen sich im Vergleich zu den Erhebungen 2010 und 2015 deutlich positiver Trends ab.

Auch bei der Einführung von CIRS zeigt sich ein deutlicher Anstieg. Mittlerweile haben fast alle Allgemeinkrankenhäuser, die meisten Psychatrien und viele Rehabilitationskliniken ein CIRS. Ein ähnlich signifikant positiver Trend ist bei der Beteiligung an einrichtungsüber-greifenden CIRS zu beobachten.

Dennoch wird deutlich, dass es noch einiges zu verbessern gibt. Das betrifft etwa die Zielorientierung von Maßnahmen im Risikomanagement und ihre Überprüfung, die Standardisierung und Durchdringung von Strukturen und Prozessen im kRM oder die Unterstützung durch Geschäftsführungen und Aufsichtsgremien. In dieser Hinsicht gibt es noch mehr oder weniger große Streuungen zwischen den Häusern. Manche Einrichtungen sind relativ weit, andere haben noch Nachholbedarf.

Der Bericht liefert insgesamt wertvolle Daten über mehr als ein Jahrzehnt von kRM in Deutschland. Verantwortliche für kRM, die Leitungen und das Management von Gesundheitseinrichtungen können diese Daten nutzen, um sich über den bestehenden Standard und die Trends in vergleichbaren Einrichtungen zu informieren und Verbesserungen gezielt zu planen. Politische Entscheidungsträger können die Daten

nutzen, um die Wirksamkeit von Interventionen zu bewerten und um auf dieser Grundlage Weiterentwicklungen anzustoßen. Ein besonderes Anliegen der Beschäftigten in den Krankenhäusern ist dabei die Fokussierung und Priorisierung vorhandener Regulierungen und bestehender Vorgaben. Über Jahre hinweg sind in deutschen Krankenhäusern immer neue Anforderungen formuliert, das Beauftragtenwesen ausgebaut und Berichtspflichten ausgeweitet worden. Die Bürokratie hat sich vielfach verselbständigt, ohne dass der dahinterstehende Nutzen noch erkennbar ist. Damit muss Schluss sein. Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter brauchen Zeit für die eigentliche Patientenversorgung und auch für die wirklich relevanten Aspekte der Qualitätssicherung und Patientenversorgung.

## Beitrag DKI für die Pressekonferenz KhaSiMiR 21 Dr. Karl Blum

Das klinische Risikomanagement (kRM) ist für die Krankenhäuser von hoher strategischer Relevanz. Die Prozesse im Risikomanagement, wie Verfahrensanweisungen und Abläufe, sind größtenteils klar definiert und dokumentiert. Aufgaben, Kompetenzen und Verantwortlichkeiten sind mehrheitlich klar definiert und den Mitarbeitern verbindlich zugeordnet. Den involvierten Mitarbeitern gegenüber werden die Prozesse im kRM kommuniziert. Bei kritischen Ereignissen oder Fehlern im Behandlungsverlauf werden den betroffenen Mitarbeitern in den meisten Krankenhäusern Unterstützungsangebote angeboten, etwa Supervision oder psychosoziale Unterstützung.

Verbesserungspotenziale gibt es insbesondere bei der Zielorientierung des kRM. So sind verbindliche strategische und operative Ziele für das kRM nicht flächendeckend schriftlich festgelegt. Auch Fortbildungen zum kRM werden vielfach nicht regelmäßig angeboten. Des Weiteren wird auch die Wirksamkeit des kRM in den Häusern noch zu selten systematisch evaluiert.

Zur Risikobeurteilung (Risikoidentifikation, Risikoanalyse und Risikobewertung) setzen die Krankenhäuser eine Fülle von Instrumenten ein. Neben den verpflichtende gesetzlichen Meldesystemen kommen dabei vor allem das Beschwerdemanagement durch Patienten und Patientenbefragungen zum Einsatz. Auch Analysen von Daten zur externen Qualitätssicherung, eigener Kennzahlen, wie Sturzraten und Komplikationen, oder von Behandlungsschäden und -fehlern und interne peer reviews sind sehr weit verbreitet. Fast jedes Krankenhaus nutzt mehrere Instrumente der Risikobeurteilung.

Teilweise ist ihr Einsatz systematisch umgesetzt, teilweise mangelt es noch an einer systematischen Umsetzung. Letzteres betrifft insbesondere komplexere Verfahren der Fall- und Risikoanalyse, externe Risiko-Audits oder Mitarbeiterbefragungen zur Sicherheitskultur.

Critical Incident Reporting- Systeme (CIRS), also Meldesysteme für kritische Ereignisse für die Patientensicherheit oder Beinahe-Fehler, sind in den Krankenhäusern flächendeckend verbreitet. Ein internes CIRS steht in 95 % der Allgemeinkrankenhäuser zur Verfügung. Im Mittel werden darüber 54 kritische Ereignisse pro Jahr und Krankenhaus gemeldet. Im Schnitt reicht etwa jede zweite Abteilung eines Krankenhauses CIRS-Bericht ein. In aller Regel werden aus den CIRS-Analysen konkrete Maßnahmen abgeleitet und die Umsetzung der Maßnahmen auch überprüft. Über das interne CIRS hinaus beteiligen sich rund 90 % der Allgemeinkrankenhäuser an einrichtungsübergreifenden Berichts- und Lernsystemen wie dem CIRS-Netz Deutschland.

Trotz vieler Fortschritte in den letzten 10 – 15 Jahren sehen die Krankenhäuser aber auch noch Verbesserungsbedarf im kRM. Dies betrifft unter anderem einen offeneren

Umgang mit Fehlern und Schwachstellen, eine vermehrte Vernetzung und einen regelmäßigen Austausch zwischen Abteilungen und Leistungsbereichen eines Krankenhauses, klarere Regelungen für die Organisations- und Führungsstruktur im kRM sowie die systematische Struktur- und Prozessoptimierung des Risikomanagements.

## **Dr. Nikoloz Gambashidze, Institut für Patientensicherheit (IfPS) des Universitätsklinikums Bonn**

Im Rahmen des KHaSiMiR-Projekts haben wir eine Querschnittserhebung in deutschen Krankenhäusern und Rehabilitationskliniken mit Hilfe eines Online-Fragebogens durchgeführt. Der Fragebogen wurde ursprünglich 2007-2008 in der Schweiz entwickelt und umgesetzt. Er wurde zunächst 2010 für Verwendung im deutschen Gesundheitswesen angepasst, dann 2015 und schließlich im letzten Jahr für unsere Studie adaptiert.

So wie sich die kRM kontinuierlich weiterentwickelt, so wurden auch die Erhebungsinstrumente weiterentwickelt, um die Entwicklungen in der kRM-Forschung und Praxis widerzuspiegeln. So wurde die letzte Version mit solchen Themen ergänzt, wie das Second Victim-Phänomen, verschiedene OECD-Indikatoren zur Patientensicherheit, Inhalte aus dem Globalen Aktionsplan für Patientensicherheit 2021-2030 der WHO und Patientensicherheitskultur. Gleichzeitig ist es wichtig, dass die Folgestudien auf den vorangegangenen Erhebungen aufbauen und so die Möglichkeit bieten, die Veränderungen in der kRM-Implementation im Laufe der Zeit zu beobachten.

Unser erster Schritt war die Entwicklung des Fragebogens. Das Instrument wurde als Online-Umfrage programmiert und mit einer begrenzten Anzahl von Teilnehmern getestet.

Das DKI erstellte die Datenbank der potenziellen Teilnehmer, die aus Krankenhäusern mit mindestens 50 Krankenhausbetten und Rehabilitationskliniken bestand. Um mögliche Unterschiede zwischen Allgemeinkrankenhäusern, Psychiatrien und Rehabilitationseinrichtungen zu berücksichtigen, haben wir die Daten für diese drei Organisationstypen getrennt analysiert und dargestellt. Die Teilnehmer wurden per Post zu einer Online-Umfrage eingeladen. Um die Teilnahmequote zu erhöhen, wurde etwa einen Monat später eine Erinnerung verschickt.

Natürlich ist der Datenschutz für unsere Studie sehr wichtig, und so wurde die Analyse mit anonymisierten Daten durchgeführt. Alle deskriptiven Ergebnisse der KHaSiMiR-Umfrage sind im ersten Teil des Projektberichts dargestellt.

Das weitere Ziel unseres Projekts bestand darin, die Daten aus den Jahren 2010, 2015 und 2022 zusammenzustellen und die beobachtbaren Trends bei der Umsetzung von KRM im Laufe der Zeit zu bewerten.

Aufgrund der kontinuierlichen Anpassungen des Fragebogens konnten wir nur die Variablen analysieren, die in den verschiedenen Erhebungen relativ unverändert blieben. Außerdem waren die Daten aus verschiedenen Zeitpunkten völlig unabhängig voneinander und wurden vor der Analyse anonymisiert. Trotz dieser Einschränkungen konnten wir eine Reihe interessanter Trends in der KRM-Implementierung seit 2010 beobachten, die im zweiten Teil des KHaSiMiR-Berichts dargestellt wurden.

Die Vergleichsdaten zeigen, dass viele Strukturen und Prozesse des kRM in der Stichprobe von 2022 im Vergleich zur Erhebung von 2010 häufiger umgesetzt werden. Zum Beispiel, in 2022 haben fast alle Teilnehmer ein oder mehr Personen in kRM, was früher nicht der Fall war. Außerdem zwischen 2010 und 2015-2022 ist ein signifikanter

Anstieg der Nutzung von CIRS zu beobachten. So geben fast alle Krankenhäuser sowie 65% der Rehabilitationseinrichtungen in 2022 an, über ein internes CIRS zu verfügen.

Ein anderes Bild ergibt sich bei der durchschnittlichen Anzahl der Berichte pro Jahr, bei der es zwischen 2010 und 2022 keine signifikante Veränderung gibt. Bis zu 75% der Allgemeinkrankenhäuser bekommen etwa 55 Berichte pro Jahr oder weniger. So zeigt unsere Analyse nicht nur die signifikanten Veränderungen im Laufe der Zeit, sondern auch Aspekte des kRM, die sich nicht verändert haben. Weitere Maßnahmen könnten erforderlich sein, um diese Bereiche anzugehen.

In den letzten Jahrzehnten hat Deutschland erhebliche Fortschritte bei der Nutzung von kRM zur kontinuierlichen Förderung von Qualität und Sicherheit der Versorgung gemacht. Wir brauchen Studien wie KHaSiMiR, die die aktuelle Umsetzung spezifischer KRM-Instrumente in deutschen Gesundheitsorganisationen analysieren. Und wenn ähnliche Studien in regelmäßigen Abständen durchgeführt werden, haben wir eine großartige Möglichkeit, die Veränderungen im Laufe der Zeit zu beobachten und zu untersuchen.

## Das Universitätsklinikum Bonn

Das Universitätsklinikum Bonn (UKB) orientiert sich am Wohl der ihm anvertrauten Menschen und der hier Tätigen.

Im UKB werden pro Jahr etwa 500.000 Patientinnen und Patienten betreut, es sind 8.800 Mitarbeitende beschäftigt und die Bilanzsumme beträgt 1,5 Mrd. Euro. Neben den über 3.300 Medizin- und Zahnmedizin-Studierenden werden pro Jahr weitere 580 Frauen und Männer in zahlreichen Gesundheitsberufen ausgebildet. Das UKB steht im Wissenschafts-Ranking auf Platz 1 unter den Universitätsklinika (UK) in NRW, weist den dritthöchsten Case Mix Index (Fallschweregrad) in Deutschland auf und hatte in den Corona- Jahren 2020 und 2021 als einziges der 35 deutschen Universitätsklinika einen Leistungszuwachs.

Seine besondere Leistungskraft beruht auf der Einheit und dem Zusammenspiel von Forschung, Lehre und Krankenversorgung als Grundlage exzellenter Hochschulmedizin. Das UKB versteht sich auch als ein Element der Universität, mit deren unterschiedlichen Fachbereichen ein intensiver wissenschaftlicher Austausch gepflegt wird. Die Würde des erkrankten und leidenden Menschen wird ebenso geachtet wie die aller Tätigen. Dies duldet keine Diskriminierung aufgrund von Herkunft, Geschlecht, Behinderung, Religion, Alter und sexueller Identität. Als prominente Einrichtung des Gesundheitswesens ist es sich seiner Verantwortung für das Gemeinwohl bewusst.

Weitere Informationen zum Universitätsklinikum Bonn (UKB) finden Sie unter [www.ukbonn.de](http://www.ukbonn.de) .

Das UKB ist außerdem auf Facebook, Instagram, Twitter, Youtube, LinkedIn und Xing.

### Ärztlicher Direktor und Vorstandsvorsitzender

Prof. Dr. med. Dr. h.c. mult.  
Wolfgang Holzgreve, MBA

Tel: +49 228 287-10900  
Fax: +49 228 287-9010900  
wolfgang.holzgreve@ukbonn.de

### Kommunikation und Medien

Viola Röser  
Leitung

Tel: +49 228 287-10469  
viola.roeser@ukbonn.de

Universitätsklinikum Bonn  
Kommunikation und Medien  
Venusberg-Campus 1  
Geb. 02  
53127 Bonn

Ihr Weg zu uns  
auf dem UKB-Gelände:



CDJ2JW

**Dr. Martina Schmiedhofer, APS**

### **Ergebnisse der qualitativen Befragung**

Die Studie hat u.a. das Ziel, durch die Rückmeldung der Ergebnisse Zusammenhänge zwischen Umsetzungserfolg und Charakteristika teilnehmender Kliniken zu identifizieren. Um Förderfaktoren und Barrieren der Umsetzung von kRM zu erfassen, wurden 10 Leitfaden-gestützte qualitative Interviews mit den für das Risikomanagement verantwortlichen Personen befragter Krankenhäuser geführt. Nach Auswertung der quantitativen Befragung wurden anhand einer projektinternen Analyse fünf Fälle mit dem höchsten und fünf Fälle mit dem niedrigsten Faktorwert der Qualitätsdaten randomisiert ausgewählt. Die Interviews wurden online geführt, transkribiert und mit der Software MAXQDA ausgewertet. Die qualitative Befragung erfolgte nach Einholung einer informierten Zustimmung über datenschutzrechtliche Rahmenbedingungen und war freiwillig. Ein Rückschluss auf Kliniken oder Gesprächspersonen ist nicht möglich.

Es wurden mehrere Themenkomplexe identifiziert, die eine Umsetzung von kRM fördern oder hemmen.

#### **Fehlerkultur:**

Bei einer negativen Fehlerkultur wird das Benennen von Risiken als Schuldkultur vermittelt, die zu Angst vor Fehlern, zu Unoffenheit und zu verminderten anonymen Meldungen führt. Eine positive Fehlerkultur wird durch regelmäßige Workshops, Schulungen und Aufklärungsgespräche erzielt. Im Alltag wird über mögliche Fehler und Risiken gesprochen.

#### **Verfügbarkeit von Ressourcen:**

Als **Barrieren** gegenüber erfolgreichem kRM wurden Zeitmangel, Finanzmangel (Erwerb von Softwares) Probleme bei Terminfindungen und geringe Bereitschaft, Arbeitszeiten für Sitzungen bereitzustellen, genannt. Personalfuktuation erfordert ständig neuen Anfänge und Personalmangel und Unterbesetzung erhöht den Widerstand gegenüber als zusätzlich wahrgenommenen Aufgaben. *„Gerade wenn man Risikoanalyse Gespräche führen will, das geht ja nicht unter zwei Stunden und wenn man das plant, schlagen die Chefarzte die Hände über den Kopf zusammen.“*

Als **Förderfaktor** wurde die Bereitstellung von zeitlichen und personellen Ressourcen beschrieben, die eine übergeordnete Zusammenarbeit ermöglicht.

### **Mitwirkung der Beschäftigten:**

Als **Barrieren** wurden Ambivalenz und Widerstand gegenüber Veränderungen bei Beschäftigten identifiziert, die sich in mangelnder Bereitschaft zur Teilnahme an Sitzungen ausdrücken, begründet in der Priorität der Patient:innenversorgung auf den Stationen aber auch mit einer geringen Bewertung des kRM. Benannt wurde zudem die fehlende Unterstützung durch die Geschäftsführung. Diese Haltung wird in den **Förderfaktoren** gespiegelt: (Vor)Leben der Fehlerkultur durch die Leitung fördert die Motivation der Beschäftigten und deren Offenheit für die Umsetzung der Instrumente im Klinikalltag.

### **Klinikinterne Strukturen:**

Als **Barrieren** wurden fehlende Stringenz und Nachhaltigkeit von Maßnahmen aufgrund unregelmässiger Treffen und Verabredungen benannt. Als weiterer Punkt wurde eine eingeschränkte Erfolgskontrolle durch die anonymen Meldungen erfasst. Zudem führe die Schnittmenge zwischen Qualitäts- und Risikomanagement sowie die Vielzahl der kRM-Systeme zur Unübersichtlichkeit:

*„es kommen mehr Systeme, mehr Meldeprogramme, ... Wir haben die Patientensicherheit, besondere Vorkommnisse, Datenschutz, die Schadensmeldung, CIRS (...). Dann kommen noch die Medizinprodukte dazu. Die Arzneimittel. Das sind so viele Meldesysteme letztendlich. Und man muss echt alle kennen, um zu wissen, welche man wann benutzt“.*

Zudem berichteten Befragte großer Kliniken, insbesondere mit mehreren Standorten von der Herausforderung, alle Mitarbeitenden zu erreichen. Teilweise wurden klinikinterne Tools, die als Excel-Dateien und Tabellen ausgefüllt werden müssen, als unhandlich beschrieben.

Als **Förderfaktoren** wurden etablierte kRM Strukturen benannt, die eine gute Zusammenarbeit zwischen Qualitäts- und Risikomanagement zB als gemeinsame Stabsstelle sicherstellen und im Klinikalltag feste Strukturen für regelmäßige Treffen, Aufklärungsgespräche, Schulungen und Workshops zur Sensibilisierung für das kRM beinhalten. Der Einsatz spezifischer kRM-Software wurde als hilfreich für die Handhabung des kRM beschrieben.

### **Allgemeine Kenntnis von kRM:**

Als hohe **Barriere** wurde das Fehlen einheitlicher Definitionen sowie unzureichende Kenntnisse der Thematik kRM identifiziert. Die Krankenhausbeschäftigten sind mit dem Begriff vertraut, aber Unklarheiten über die einheitliche Bedeutung wurde als Hin-

dernis effektiver Umsetzung benannt. Zur Überwindung Informationen auch über Anbieter, die im Rahmen des kRM auf dem Markt tätig sind gewünscht. Von Kliniken mit mehreren Standorten wurden fehlende Vergleichbarkeiten von Häusern untereinander bemängelt und mehr Kommunikation und Transparenz gewünscht.

### **Zusammenfassung**

Die Befragten betonten, dass die Mitarbeit aller an der Versorgung Beteiligten ausschlaggebend für die Umsetzung eines effektiven kRM ist – kR Manager keine „Einzelkämpfer“. Die Führungsebene hat eine bedeutende Rolle, da sie eine positive Fehlerkultur vorleben und die Strukturen des kRM unterstützen muss. Der Mangel personellen, zeitlichen und finanziellen Ressourcen ist unter den bestehenden Finanzierungsbedingungen nur begrenzt zu beheben. Zeitsparende Maßnahmen, z.B. im Rahmen von themenübergreifenden Treffen, können umgesetzt werden. Die Mitarbeitenden in der Versorgung und Verantwortlichen in der Organisation benötigen eine klare Definition des kRM und Vorgaben zur Nutzung der Instrumente des kRM. Die Kenntnis von kRM muss flächendeckend etabliert werden. Dazu fordern die Befragten Vorgaben externer Stellen und ein strukturierteres Vorgehen innerhalb der Organisation. Klare Regeln und einrichtungsinterne Strukturen bieten eine gute Basis für ein funktionierendes kRM in einer Organisation. Als besonders wertvoll erwies sich eine gut ausgebaute kRM-Struktur mit regelmäßigen Treffen und einem festen Team. Effektiv ist außerdem eine Integration oder zumindest enge Zusammenarbeit mit dem QM um Doppelungen zu verhindern, die zugleich verwirrend wirken können. Schulungen sollen bereits während der Ausbildung stattfinden, um frühzeitig im Berufsleben für das Thema zu sensibilisieren.