
**Pressekonferenz des AOK-Bundesverbandes (AOK-BV),
des Aktionsbündnisses Patientensicherheit (APS),
des Instituts für Patientensicherheit (IfPS) des Universitätsklinikums Bonn
und der Techniker Krankenkasse (TK) am 17. September 2015**

„Wie weit ist das klinische Risikomanagement in Deutschland?“

Inhalt der Pressemappe

- **Pressemitteilung**
- **Statement Hedwig François-Kettner,**
Vorstandsvorsitzende des Aktionsbündnisses Patientensicherheit
- **Statement Martin Litsch,**
Kommissarischer Vorstand des AOK-Bundesverbandes
- **Statement Dr. Jens Baas,**
Vorstandsvorsitzender der Techniker Krankenkasse (TK)
- **Statement Prof. Tanja Manser,**
Direktorin des Instituts für Patientensicherheit (IfPS) des Universitätsklinikums Bonn
- **Präsentation Prof. Tanja Manser**
- **Infografiken**
 - Patientensicherheit: Hier sehen Krankenhäuser Verbesserungsbedarf bei sich
 - Patientensicherheit in der Klinik
 - Risikopatienten: neun von zehn Kliniken mit Keim-Screening
 - Kliniken: Simulatortrainings zunehmend verbreitet
- **Musterbericht zur deutschlandweiten Befragung
zum Einführungsstand des klinischen Risikomanagements**

**Pressemitteilung des AOK-Bundesverbandes (AOK-BV),
des Aktionsbündnisses Patientensicherheit (APS),
des Instituts für Patientensicherheit (IfPS) des Universitätsklinikums Bonn
und der Techniker Krankenkasse (TK) vom 17. September 2015**

Umfrage: Krankenhäuser tun mehr fürs Risikomanagement

Die Patientensicherheit an deutschen Krankenhäusern macht Fortschritte. Mehr als doppelt so viele Krankenhäuser wie noch 2010 nutzen inzwischen Patientenbefragungen, um Risikoquellen zu identifizieren. Das zeigt eine aktuelle Umfrage des Instituts für Patientensicherheit (IfPS) der Universitätsklinik Bonn unter 572 Krankenhäusern in Deutschland. Demnach nutzen heute weitaus mehr Kliniken Instrumente des klinischen Risikomanagements (kRM) als noch 2010 – zum Zeitpunkt der Vorgängerbefragung. Die Studie belegt aber auch, dass das kRM noch systematischer und vernetzter erfolgen könnte. Durchgeführt wurde die Umfrage in Kooperation mit dem Aktionsbündnis Patientensicherheit, dem AOK-Bundesverband und der Techniker Krankenkasse.

Fortschritte zeigen sich auf allen Feldern: So verwenden heute fast alle der befragten Krankenhäuser ein breites Spektrum an Datenquellen zur Risikoidentifikation. Patientenbefragungen werden heute bei 98 Prozent der Krankenhäuser durchgeführt (2010: 47 Prozent). 91 Prozent der befragten Krankenhäuser werten Schadensfälle aus (2010: 79 Prozent), 96 Prozent machen Kennzahlen-Analysen (2010: 86 Prozent) und 91 Prozent erheben selbst Daten (2010: 84 Prozent).

Auch im Bereich Risikobewältigung werden bewährte Verfahren immer breiter eingesetzt. So führen mittlerweile 91 Prozent der Krankenhäuser ein systematisches MRSA-Screening von Risikopatienten durch. Fünf Jahre zuvor waren es noch 72 Prozent. Auch die Einführung professioneller Fehlermeldesysteme, sogenannter Critical Incident Reportings (CIRS), deren Einsatz vom Gemeinsamen Bundesausschuss von Kliniken, Ärzten und Kassen empfohlen wurde, ist vorangekommen. Inzwischen setzen mit 68 Prozent der Kliniken doppelt viele Häuser auf ein lokales CIRS wie 2010 (34 Prozent).

Insgesamt hat sich das kRM seit 2010 positiv entwickelt, allerdings gibt es auch weiterhin weiße Flecken. So sind Verfahren der prospektiven Risikoanalyse noch Mangelware, fast die Hälfte der Krankenhäuser (43 Prozent) hat sich damit noch gar nicht befasst. Auch die Zusammenführung der gesammelten Risikoinformationen kann noch verbessert werden (63 Prozent ja, 2010: 36 Prozent). Auch fehlen in vielen Kliniken noch Strategie und Systematisierung der Einzelmaßnahmen.

Dementsprechend sehen die befragten Kliniken auch Verbesserungsbedarf im offenen Umgang mit Fehlern, bei Vernetzung und Austausch zwischen den Kliniken/Abteilungen und bei der Standardisierung der Verfahren.

Auch wurde wieder nach den wichtigsten Risikoschwerpunkten im Klinikalltag gefragt. Hier gibt es gegenüber 2010 einige Veränderungen. Zwar stehen Schnittstellenprobleme bei Aufnahme, Entlassung, Abteilungswechsel und Übergabe weiterhin an oberster Stelle, auch Platz 2 ist mit den Risiken bei der Arzneimitteltherapie gleich geblieben. Auf Platz 3 folgen diesmal aber diagnostische und therapeutische Risiken (2010: Rang 6), und neu auf Platz 4 ist es die Notfallaufnahme. Krankenhaus-Infektionen/Hygiene sind auf Platz 5 (2010: Platz 3).

Die schriftliche Online-Befragung wurde von März bis Juni 2015 durchgeführt, teilgenommen haben 572 Krankenhäuser und Rehabilitationskliniken. 32 Prozent der befragten Kliniken waren in privater Trägerschaft, 38 Prozent frei-/gemeinnützig und 29 Prozent öffentlich. Die Stichprobe setzt sich zusammen aus Universitätsklinika (6 Prozent), Allgemein-Krankenhäusern (61 Prozent), Fachkrankenhäusern (11 Prozent), Psychiatrien (7 Prozent), Rehabilitationskliniken (14 Prozent) und anderen (1 Prozent). Der Rücklauf entspricht der Verteilung der Grundgesamtheit über die Bundesländer.

Zitate

Hedwig Francois-Kettner

Vorstandsvorsitzende des Aktionsbündnisses Patientensicherheit (APS)

„Wer krank ist, geht zum Arzt oder ins Krankenhaus: Im Jahr 2012 waren dies 18,6 Millionen klinische Fälle und 700 Millionen ärztliche Beratungen oder Behandlungen im Folgejahr. Dabei passieren auch Fehler. Das Aktionsbündnis Patientensicherheit APS hat es sich zur Aufgabe gemacht, eine Plattform zu schaffen und weiterzuentwickeln, die ein kooperatives Arbeiten für mehr Patientensicherheit zwischen Krankenhaus, niedergelassenen Ärzten, Pflegepersonal, Hebammen und den Krankenkassen möglich macht. Unser Anspruch ist es, öffentlichkeitswirksam Mängel bei der Behandlungssicherheit anzusprechen und Fragen nach Gründen und Abhilfe zu stellen und Tools bereitzustellen, um damit das Prinzip der *Schuldigen-Suche* zu überwinden.“

Martin Litsch

Kommissarischer Vorstand des AOK-Bundesverbandes

„Behandlungsfehler in der Medizin sind bis heute eine heikle Angelegenheit. Die Patienten suchen deshalb im Fall der Fälle die Unterstützung ihrer Krankenkasse. Die AOKs halten seit vielen Jahren systematisierte Betreuungsangebote vor und bieten Zweitmeinungsverfahren an. Wenn man aber grundsätzlich die Patientensicherheit und Transparenz im Umgang mit Fehlern verbessern will, dann braucht man Fakten zur Häufigkeit von Diagnosen, Ergebnisqualität und Komplikationsraten. Das ist die Voraussetzung für die Kliniken, diese Themen strukturiert anzupacken, und zwar ohne Vorwürfe, sondern mit dem Ziel, keinen Fehler zweimal zu machen. Und es ist das Beste für den Patienten, der ein Recht auf einen vertrauensvollen und ehrlichen Umgang hat. Dank des QSR-Verfahrens wird für Kliniken und Patienten die medizinische Qualität transparent gemacht. Und das führt letztlich zu mehr Sicherheit für Patienten und das ist unser langfristiges Ziel.“

Dr. Jens Baas

Vorstandsvorsitzender der Techniker Krankenkasse (TK)

„Wichtig sind uns Aktivitäten, um Fehler gar nicht erst entstehen zu lassen. Hier ist das deutsche Gesundheitssystem deutlich weiter als vor zehn oder 20 Jahren. Dass es eine Studie gibt wie diese, wäre vor einer Generation unvorstellbar gewesen. Klinisches Risikomanagement klingt technisch, ist zu einem großen Teil aber auch eine kulturelle Frage, die Bewusstseinsveränderungen voraussetzt. Daher bin ich den beteiligten Kliniken sehr dankbar. Aufgrund der Relevanz der Patientensicherheit, der erforderlichen sektorübergreifenden Zusammenarbeit und der Nachhaltigkeit der so zu erzielenden Ergebnisse setze ich darauf, dass interdisziplinäre Aktivitäten hier künftig vom Innovationsfonds gefördert werden. Eine Fortschreibung der heute vorgestellten Befragung gehört in meinen Augen auch dazu.“

Prof. Tanja Manser

Direktorin des Instituts für Patientensicherheit (IfPS) des Universitätsklinikums Bonn

„Unsere Untersuchung von rund 600 Krankenhäusern hat gezeigt, dass diese mittlerweile ein breites Spektrum von Maßnahmen einsetzen, um die Patientensicherheit zu erhöhen. Dabei ist es eher selten, dass Risiken im Rahmen von Behandlungen in systematischer Form oder gar proaktiv analysiert werden. Ermutigend ist, dass es gerade bei Schulungen zu CIRS-Fehlermeldesystemen, bei der Reaktionszeit gegenüber Fehler-Meldenden und bei der Umsetzung von Maßnahmen zur Behandlungsspannen-Abhilfe gute Fortschritte erzielt werden konnten. Es kann aber auf ein strategisches Vorgehen, das eine Systematisierung und Implementierung der einzelnen Maßnahmen zur Patientensicherheit zum Ziel hat, nicht verzichtet werden. Insgesamt kann man sagen, dass die politischen Forderungen Wirkung zeigen, aber ohne die Förderung von Kompetenz und Ressourcen in den Kliniken wird es nicht gehen.“

Die Präsentation von Prof. Manser sowie einen kurzen Trailer über das Thema Patientensicherheit finden Sie unter: <https://ukbnewsroom.wordpress.com/>

ANSPRECHPARTNER

AKTIONSBÜNDNIS PATIENTENSICHERHEIT (APS)

Dr. Adelheid Liebendörfer | Pressereferentin | Tel. 0711-8931173 |
liebendoerfer@medizinkommunikation.org

AOK-BUNDESVERBAND

Dr. Kai Behrens | Pressesprecher | Tel. 030-346462309
kai.behrens@bv.aok.de

TECHNIKER KRANKENKASSE (TK)

Dorothee Meusch | Pressesprecherin | Tel. 040-69091783
dorothee.meusch@tk.de

INSTITUT FÜR PATIENTENSICHERHEIT (IFPS)

DES UNIVERSITÄTSKLINIKUMS BONN:

Magdalena Nitz | Pressesprecherin | Tel. 0228-28713457
magdalena.nitz@ukb.uni-bonn.de

Pressekonferenz, Donnerstag 17. September 2015
Der Stand des klinischen Risikomanagements in deutschen Krankenhäusern

Statement von Hedwig François-Kettner,
Vorstandsvorsitzende des Aktionsbündnisses Patientensicherheit (APS)

Patientensicherheit: aus Fehlern lernen!
Ziele und Voraussetzungen

Jeden Tag zu jeder Zeit findet eine Vielzahl von medizinischen Interventionen statt. In Deutschland sind dies pro Jahr 18,6 Millionen Krankenhausfälle (2012), in der ambulanten Versorgung gehen wir von 700 Millionen Behandlungs- oder Beratungsfällen aus (2013). Deutschland verfügt über ein leistungsfähiges Gesundheitssystem. Patientensicherheit ist eine große Herausforderung und ein wesentliches Qualitätselement aller Gesundheitssysteme und -leistungen. Patientensicherheit lässt sich daran messen, inwieweit unerwünschte Ereignisse bei einer Behandlung ausbleiben. Laut derzeit verfügbarer Zahlen erleiden acht bis zwölf Prozent der in der gesamten EU stationär eingewiesenen Patienten – wir sprechen also europaweit über mehr als drei Millionen Menschen – Schäden oder unerwünschte Ereignisse, darunter auch therapieassoziierte Infektionen, von denen 20 bis 30 Prozent als vermeidbar gelten.

Wir können viel dafür tun, dass die Versorgung der Patienten in Kliniken und Praxen sicher verläuft. Wir sind verpflichtet, dafür alles Menschen-Mögliche zu unternehmen. Doch wie hat sich die Patientensicherheit durch gezielte Maßnahmen in den letzten Jahren verbessert?

Heute stellen wir Ihnen dazu Ergebnisse einer Studie zum klinischen Risikomanagement in deutschen Krankenhäusern vor. Dabei handelt es sich um ein Kooperationsprojekt des Aktionsbündnisses Patientensicherheit, des Instituts für Patientensicherheit der Universität Bonn, des AOK Bundesverbandes und der Techniker Krankenkasse. Das Projekt wurde mit ideeller Unterstützung des Gemeinsamen Bundesausschusses (GBA) und der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) durchgeführt. Weitere Module werden durch das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) gefördert. In unserer heutigen Vorstellung der Projektergebnisse geht es um die Würdigung des bereits Erreichten und um die Identifikation von Optimierungspotenzialen. Die Direktorin des Instituts für Patientensicherheit, Frau Professorin Tanja Manser, wird Ihnen gleich Details zu den Ergebnissen vorstellen.

Einen weiteren Ausbau der Patientensicherheit und damit eine sichere Versorgung erreichen wir durch die Verbesserung des Systems. Die Fragen die wir zu stellen haben, lauten nicht „Wer hat etwas falsch gemacht?“, sondern „Was führte zu den Problemen?“ und „Wie können wir Abhilfe schaffen?“. Dabei sind alle Akteure der gesundheitlichen Versorgung gefragt.

Vor zehn Jahren wurde dazu in Deutschland das Aktionsbündnis Patientensicherheit (APS) gegründet. Es stellt die nationale Plattform zum Ausbau der Patientensicherheit in der Gesundheitsversorgung dar. Unser Ziel ist es, Methoden zur Verbesserung der Patientensicherheit zu erforschen, zu entwickeln und zu verbreiten. Ein weiteres Ziel ist der Ausbau des Risikomanagements in der gesundheitlichen Versorgung. Über 600 Mitglieder, die Hälfte davon Organisationen aus allen relevanten Bereichen des Gesundheitssystems, die andere Hälfte Einzelpersonen, engagieren sich in der Entwicklung und Verbreitung von Handlungsempfehlungen. Das APS wird ideell von der Politik unterstützt. So empfiehlt ein Beschluss der 87. Gesundheitsministerkonferenz allen Akteuren der Gesundheitsversorgung, das APS zu unterstützen. Der Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe, ist Schirmherr des APS.

Durch die Entwicklung und Verbreitung von APS-Handlungsempfehlungen etwa zur Einführung von OP-Checklisten, Maßnahmen der sicheren Patientenidentifikation oder zur Reduktion von Eingriffsverwechslungen konnte in den letzten zehn Jahren viel erreicht werden. Diese sogenannten „Tool-Sets“ sind ein wichtiger Beitrag zur Erhöhung der Patientensicherheit.

Darüber hinaus nimmt das APS zu aktuellen Themen Stellung und bezieht öffentlichkeitswirksam Position, um die Patientensicherheit weiterzuentwickeln. Grundlegen hierfür ist unsere Plattform die einen kontinuierlichen Austausch aller Akteure ermöglicht. Wir freuen uns sehr, dass in dem heute vorgestellten Projekt kassenarten-übergreifend Unterstützung und Kooperation gewährt wird. Beide Krankenkassen, die AOKen wie auch die TK, haben diese Erhebung sowohl mit Ihrem finanziellem Engagement als auch ihrer fachlichen Expertise und Kooperation maßgeblich befördert.

Zu den Aktivitäten des APS gehört außerdem, dass es erstmals den heutigen Internationalen Tag der Patientensicherheit ausrichtet. Diese Initiative wurde gemeinsam mit unseren Partnerorganisationen aus Österreich – der Plattform Patientensicherheit Österreich – und der Schweiz – der Schweizer Stiftung für Patientensicherheit – ins Leben gerufen. In allen Ländern finden heute vielfältige Veranstaltungen statt. Für Deutschland sind auf der Seite www.tag-der-patientensicherheit.de über 150 Veranstaltungen dokumentiert.

Der Schwerpunkt dieses Jahr bildet die Infektionsprävention. Dazu hat das APS z.B. gemeinsam mit zehn weiteren namhaften Fachorganisationen die „Infektion-Prävention Initiative“ gegründet und zum heutigen Tag eine Stellungnahme zur Infektionsprävention und Pflegepersonalausstattung veröffentlicht. Beim Ausbau der Patientensicherheit können wir nicht nur auf die Anwendung von Tools oder die Entwicklung einer Patientensicherheits-Kultur hinweisen. Wir müssen uns auch fragen, ob ausreichend Ressourcen für eine sichere Versorgung zur Verfügung stehen.

Der Ausbau der Patientensicherheit erfordert wissenschaftliche Expertise. Das APS hat dazu im Jahr 2009 das Institut für Patientensicherheit der Universität Bonn mitbegründet und finanziert es seit dieser Zeit. Seit 2014 wird das Institut von Frau Professorin Tanja Manser geleitet.

Lassen Sie mich abschließend zur Vorstellung der heutigen Studie zurückkommen. Derartige Erhebungen sind notwendig, um positive Entwicklungen angemessen zu würdigen und Entwicklungspotenziale für den Ausbau der Patientensicherheit korrekt identifizieren zu können. Diese Erhebungen stellen insofern einen unverzichtbaren Beitrag zur Qualitätssicherung dar. Da die Entwicklung der Patientensicherheit weitergehen wird, fordern wir politische Unterstützung und eine öffentliche Finanzierung von regelmäßigen Updates dieser Ergebnisse.

Über das Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V.:

Vertreter der Gesundheitsberufe, ihrer Verbände, der Patientenorganisationen sowie aus Industrie und Wirtschaft haben sich im Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V. zusammengeschlossen, um eine gemeinsame Plattform zur Verbesserung der Patientensicherheit in Deutschland aufzubauen. Zusammen entscheiden und tragen sie die Projekte und Initiativen des Vereins.

Das Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V. wurde im April 2005 als gemeinnütziger Verein gegründet. Es setzt sich für eine sichere Gesundheitsversorgung ein und widmet sich der Erforschung, Entwicklung und Verbreitung dazu geeigneter Methoden.

Mehr Informationen finden Sie unter www.aps-ev.de

ANSPRECHPARTNERIN FÜR DAS AKTIONSBÜNDNIS PATIENTENSICHERHEIT (APS)
Dr. Adelheid Liebendörfer | Pressereferentin | Tel. 0711-8931173 |
liebendorfer@medizinkommunikation.org

Pressekonferenz, Donnerstag 17. September 2015
Der Stand des klinischen Risikomanagements in deutschen Krankenhäusern

Statement von Martin Litsch,
Kommissarischer Vorstand des AOK-Bundesverbandes

**Wenn die Versorgung gut ist, stimmt auch
die Sicherheit für die Patienten**

Als 2010 das Institut für Patientensicherheit (IfPS) gegründet wurde, machte man sich gleich ans Werk und setzte eine wegweisende Studie zur Einführung des klinischen Risikomanagements (kRM) auf. Die AOK hat diese Pionierstudie gleich praktisch und finanziell unterstützt. Heute präsentiert Frau Manser die Neuauflage. Sie zeigt, wie sich die Sicherheit bei der stationären Behandlung in den vergangenen fünf Jahren entwickelt hat. Es hat sich zwar einiges getan beim klinischen Risikomanagement in Deutschland. Aber die Ampeln sind längst nicht auf grün.

Was tut die AOK für Patientensicherheit?

Medizinische Qualität und das Vorhandensein einer Sicherheitskultur sind für die AOK die beiden Grundpfeiler, wenn es um Risikoprävention geht. Deshalb haben wir seit über einem Jahrzehnt eine Reihe von Aktivitäten auf die Schiene gesetzt, um gemeinsam mit Partnern wie dem Aktionsbündnis Patientensicherheit, der Deutschen Krankenhausgesellschaft und anderen das Thema nach vorne zu bringen. Genannt seien hier nur einige wenige: Die legendäre Broschüre *Aus Fehlern lernen* von 2008, in der erstmals Persönlichkeiten aus der Medizin sich zu Fehlern bekannten (BILD-Coverthema, ARD-Tagesschau 20.15 Uhr), die Aktion *Saubere Hände* aus dem Bereich Hygiene oder das Teamtraining für Geburtshelfer *Simparteam*, das aus einer systematischen Fehleranalyse bei Geburtsvorgängen entwickelt wurde. Und nicht zu vergessen: Der Berliner Gesundheitspreis 2002, der unter dem Motto *Fehlervermeidung* und *Sicherheitskultur* stand, hat der Diskussion um Patientensicherheit einen wichtigen Schub gegeben.

Behandlungsfehler waren in der Medizin lange Zeit ein heikles Feld, so dass sich die Patienten hilfesuchend an die Krankenkassen gewendet haben. Die AOK unterstützt Patienten, die eine fehlerhafte Behandlung vermuten, seit vielen Jahren durch systematisierte Betreuungsangebote. Die AOK NORDWEST, von der ich komme, unterhält seit 2001 an drei Standorten Kompetenzzentren. Dort haben wir bis zum Jahresanfang 2015 rund 10.000 Behandlungsfälle bearbeitet, von denen etwa 20 Prozent das Ergebnis *Behandlungsfehler* ergeben haben. Ein wichtiger Baustein für mehr Transparenz im Umgang mit Behandlungsfehlern ist auch das Zweitmeinungsverfahren im Vorfeld einer planbaren Operation. So können unnötige Eingriffe vermieden werden. Mit der verpflichtenden Regelung im GKV-Versorgungsstärkungsgesetz wurde hier ein deutlicher Fortschritt erzielt. Die AOKs bieten Zweitmeinungsverfahren – das sei noch erwähnt - schon seit Jahren an.

QSR – Sicherheit durch Transparenz klinischer Behandlungsergebnisse

Das alles sind gute und wichtige Projekte zur Risikoprävention in der Medizin. Wenn man aber das Thema Patientensicherheit noch grundlegender verbessern will, muss man den Patienten Hinweise geben, wo die Behandlungsergebnisse gut und die Nebenwirkungen selten sind. Um das richtige Krankenhaus zu finden, braucht es Transparenz über die Häufigkeit von Diagnosen, Behandlungsprozeduren und Komplikationsraten. Und hier kommt unser wichtigstes Instrument ins Spiel: Qualitätssicherung mit Routinedaten, kurz QSR genannt.

Die AOK und ihr Wissenschaftliches Institut (WiDO) geben schon seit Jahren Patienten und ihren behandelnden Ärzten leicht verständliche Informationen an die Hand, wenn für eine planbare OP ein geeignetes und qualitativ gutes Krankenhaus gesucht wird. Um die Ergebnisqualität eines Krankenhauses zu ermitteln, werden – kurz gesagt - Abrechnungsdaten von ausgewählten Behandlungen untersucht und Komplikationsraten miteinander verglichen. Dieses Verfahren wurde 2002 in Kooperation mit den Helios-Kliniken und dem Forschungs- und Entwicklungsinstitut für das Sozial- und Gesundheitswesen Sachsen-Anhalt (FEISA) entwickelt. Die systematisch erfassten Rückmeldungen der Patienten zur ihren Erfahrungen bei der Krankenhausbehandlung komplettieren das Ganze.

Qualitätsdaten transparent zu machen, kann dazu beitragen, dass Fehlentwicklungen in Krankenhäusern erkannt werden: Beispielsweise bei der Versorgung von zu früh geborenen Babys wird anhand der Routinedaten ganz deutlich, wie wichtig Spezialisierung und Zentrenbildung in der Neonatologie für das Überleben von diesen Kindern ist. Besonders gefährdet sind Frühchen, die weniger als 1.250 Gramm wiegen. Die Wahrscheinlichkeit, dass diese Kinder sterben, liegt bei Kliniken mit weniger als 15 Fällen pro Jahr um 87 Prozent höher als bei Häusern, die mehr als 45 Kinder betreuen. Frühchen-Schutz heißt deshalb stärkere Spezialisierung der Kliniken und die Einführung von Mindestzahl an Fällen.

Aber nicht nur Patienten profitieren davon. Auch die Krankenhäuser bekommen umfangreiche Informationen über die Qualität ihrer Arbeit in Form eines QSR-Klinikberichts, den sie zur Verbesserung nutzen können. Mittlerweile liegen für sechs Indikationen Ergebnisse vor (Therapeutischer Herzkatheter bei Patienten ohne Herzinfarkt, Hüftgelenkersatz bei Arthrose, Hüftgelenkersatz nach Oberschenkelhalsbruch, Kniegelenkersatz bei Arthrose, Gallenblasen-Entfernung und Blinddarm-Entfernung). Das Spektrum an QSR-Indikationen wird ständig erweitert; so dass wir im Oktober Qualitätsdaten zu Prostata-Eingriffen veröffentlichen, einmal für die OP bei gutartiger Vergrößerung des Organs und bei Prostata-Karzinom.

Ein gutes Zeichen daher: Die anfangs teils entrüstet vorgetragene Kritik des einen oder anderen Krankenhauses ist einer sachlichen Diskussion gewichen. Die wenigen Rechtsstreits haben das Verfahren gestützt. Miteinander an der Verbesserung arbeiten, lautet das Motto. Nicht anklagen, besser machen. Die gute Nachricht an die Politik: Das QSR-Verfahren kann sofort in ganz Deutschland zum Einsatz kommen, wenn sich der Gesetzgeber dazu entschließt. Seine Qualität hat es bereits bewiesen, denn es funktioniert seit zehn Jahren flächendeckend und zuverlässig.

Krankenhaus-Reform: Patientenschutz intensivieren

Mit der aktuellen Krankenhaus-Reform will die Politik einen nachhaltigen Strukturwandel bewirken, der unter der Überschrift „qualitätsorientierter Umbau der Kliniklandschaft“ steht. Doch die Gegner der Reform sind dabei, das ganze Gesetz aufzuweichen, mehr Geld zu fordern und das Ziel - bessere Versorgungsqualität - zu konterkarieren. Wenn aber Mehrausgaben sich in Zukunft für die Patienten irgendwie rechnen sollen, muss unbedingt der Qualitätskern des Gesetzes erhalten bleiben.

Was wollen die Patienten? Fragt man sie, was ihnen angesichts eines Krankenhausaufenthalts für eine planbare OP wichtiger ist, Wohnortnähe oder Qualität, die in einer Spezialklinik oder einem Zentrum erbracht wird, dann fällt die Wahl unzweifelhaft auf die Behandlungsqualität und damit ein Mehr an Sicherheit. Deshalb unsere klare Forderung an die Krankenhaus-Reformer: Keine Abstriche an den Qualitätszielen, weil damit eine bessere Patientensicherheit wieder auf der langen Bank landet.

ANSPRECHPARTNER AOK-BUNDESVERBAND

Dr. Kai Behrens | Pressesprecher | Tel. 030-346462309
kai.behrens@bv.aok.de

Pressekonferenz, Donnerstag 17. September 2015
Der Stand des klinischen Risikomanagements in deutschen Krankenhäusern

Statement von Dr. Jens Baas,
Vorstandsvorsitzender der Techniker Krankenkasse

**„Klinisches Risikomanagement
auch durch Kulturwandel“**

Bei 19 Millionen Behandlungsfällen in Deutschlands Kliniken und 700 Millionen in den Praxen der niedergelassenen Ärzte wird schnell klar: Patientensicherheit ist ein zentrales Thema im Gesundheitssystem – und eines, das alle Beteiligten angeht. Kein Versorgungssektor, keine Institution oder Organisation kann wesentliche Fortschritte hier allein erreichen. Dies geht nur in Kooperation, daher sitzen wir heute auch in dieser nicht alltäglichen Konstellation hier.

Die Techniker Krankenkasse unterstützt ihre Versicherten schon seit vielen Jahren, wenn diese einen Behandlungsfehler vermuten. Das werden wir natürlich auch weiterhin tun, mindestens ebenso wichtig sind uns aber Aktivitäten, um Fehler gar nicht erst entstehen zu lassen. Und hier – das ist eine für die Patienten wirklich sehr gute Nachricht – ist das deutsche Gesundheitssystem schon deutlich weiter als vor zehn oder 20 Jahren. Dass es zum Beispiel eine Studie gibt wie die, die wir Ihnen heute vorstellen, wäre vor einer Generation nicht vorstellbar gewesen. Das klinische Risikomanagement spielt für die Patientensicherheit eine sehr große Rolle. Was so technisch klingt, ist zu einem großen Teil eine kulturelle Frage, die Bewusstseinsveränderungen voraussetzt. Daher bin ich den Kliniken, die sich an der von uns geförderten Befragung beteiligt haben, sehr dankbar. Und ich wage die Prognose, dass in fünf Jahren noch wesentlich mehr Krankenhäuser dabei sein werden.

Über den neu geschaffenen Innovationsfonds sollen künftig auch Vorgaben des Gemeinsamen Bundesausschusses (GBA) evaluiert werden. Die heute präsentierte Krankenhausbefragung gibt wichtige Auskünfte, inwieweit Vorgaben des GBA etwa zur Qualitätssicherung in den Versorgungsalltag Eingang gefunden haben. Mit der aktuellen Studie – finanziert vom Aktionsbündnis Patientensicherheit, der TK und dem AOK-Bundesverband – sind wir als Partner in Vorleistung gegangen. Aufgrund der Relevanz des Themas Patientensicherheit, der erforderlichen sektorübergreifenden Zusammenarbeit und der Nachhaltigkeit der damit zu erzielenden Ergebnisse setze ich darauf, dass interdisziplinäre Aktivitäten zur Verbesserung der Patientensicherheit künftig vom Innovationsfonds gefördert werden. Eine Fortschreibung der heute vorgestellten Befragung gehört in meinen Augen auch dazu.

Die TK befragt bereits seit zehn Jahren ihre Versicherten im Anschluss an einen Klinikaufenthalt nach ihrer allgemeinen Zufriedenheit, nach der Zufriedenheit mit dem Behandlungsergebnis, mit der medizinisch-pflegerischen Versorgung, mit der Information und Kommunikation sowie mit der Organisation und Unterbringung. Unsere anfängliche Erwartung, dass die eine oder andere Klinik den juristischen Weg einschlägt, wenn sie mit ihren Ergebnissen nicht zufrieden ist, hat sich nicht nur nicht bestätigt. Sie ist vielmehr der Erfahrung gewichen, dass die Krankenhäuser aktiv nachfragen und die Resultate als eine Grundlage für interne Verbesserungen nutzen – auch dies ein erfreulicher Ausdruck von Veränderungsbereitschaft.

Weil die Sicherheitskultur ein ganz wesentlicher Faktor für die Verbesserung der Patientensicherheit ist, nehmen wir diesen Aspekt jetzt auch in unsere regelmäßigen Befragungen auf. Während die Frage danach beim Klinikpersonal vergleichsweise etabliert ist, beschreiten wir mit der Erhebung der Patientensicherheitskultur aus Patientensicht seit Mai dieses Jahres einen ganz neuen Weg. Dazu haben wir – die TK und unser wissenschaftliches Institut WINEG – mit dem Institut für Patientensicherheit zusammengearbeitet und ein Fragen-Set entwickelt. Damit werden das Sicherheitserleben, eventuell wahrgenommene Fehler und wahrgenommene Aktivitäten der Patientensicherheit aus Sicht unserer Versicherten nach einem Klinikaufenthalt erhoben. Die Ergebnisse lassen Aussagen über relevante Kultur Aspekte zu – zum Beispiel den Einbezug der Patienten, die Zusammenarbeit und Informiertheit im Behandlungsteam oder die Verfügbarkeit von Informationen für die Patienten. Weitere Items fragen die Haltung des Personals ab oder die Möglichkeit, Bedenken äußern zu können. Ein erster Blick auf die Ergebnisse zeigt eine sehr positive Wahrnehmung und Akzeptanz des Fragebogens bei den Befragten. So zeigte sich in einer Zwischenauswertung von rund 3.000 Personen zum Beispiel, dass 67 Prozent der Befragten den Eindruck haben, „dass Patientensicherheit immer oberste Priorität hat“. Diese auf den ersten Blick hohe Zustimmung bedeutet im Umkehrschluss jedoch auch, dass 33 Prozent hier durchaus noch Spielraum für Verbesserung sehen. Nach Abschluss der Befragung werden wir die Ergebnisse nicht nur in unseren Klinikführer integrieren, sondern auch den einzelnen Kliniken zurückspeiegeln: Sie bekommen die Ergebnisse in Form eines Berichts, und auf Wunsch stellen wir sie auch in einem persönlichen Gespräch vor.

An unseren TK-spezifischen Instrumenten zur Verbesserung der Patientensicherheit werden wir natürlich festhalten – von Arzneimittel-Kontoauszug (TK-ViA) über Patientenschulungen bis hin zu Zweitmeinungsangeboten. Die fortschreitende Digitalisierung (die im Gesundheitssystem allerdings deutlich langsamer voranschreitet als in anderen Lebensbereichen) wird uns künftig noch deutlich erweiterte Möglichkeiten geben, unsere Aktivitäten auf diesem Gebiet weiter auszubauen.

ANSPRECHPARTNERIN DER TECHNIKER KRANKENKASSE (TK)
Dorothee Meusch | Pressesprecherin | Tel. 040-69091783
dorothee.meusch@tk.de

Pressekonferenz, Donnerstag 17. September 2015
Der Stand des klinischen Risikomanagements in deutschen Krankenhäusern

Statement von Prof. Tanja Manser,
Direktorin des Instituts für Patientensicherheit (IfPS) des Universitätsklinikums Bonn

**Forschungsprojekt zeigt positive Entwicklungen
und weiteres Optimierungspotenzial im Umgang
mit Behandlungsrisiken auf**

Die Einführung eines klinischen Risikomanagements findet zunehmend Verbreitung. Die Verankerung des klinischen Risikomanagements als Führungsaufgabe fehlt jedoch vielerorts. Dies geht aus einer deutschlandweiten Befragung hervor, die das Institut für Patientensicherheit in Kooperation mit dem Aktionsbündnis Patientensicherheit, dem AOK-Bundesverband und der Techniker Krankenkasse/WINEG durchführt.

Internationalen Studien zufolge ist etwa die Hälfte aller unerwünschten Ereignisse in der Patientenversorgung potenziell vermeidbar. Ein systematisches klinisches Risikomanagement befähigt Krankenhäuser, Risiken der Patientenversorgung zu erkennen, zu reduzieren und zu bewältigen, bevor Patienten zu Schaden kommen.

Seit 2014 ist die Umsetzung von Maßnahmen des klinischen Risikomanagements in Deutschland gesetzlich verankert. Dazu wie Krankenhäuser klinisches Risikomanagement umsetzen und mit welchen Herausforderungen sie dabei konfrontiert sind, liegen nun aktuelle Daten vor. Diese Daten lassen eine deutliche Entwicklung seit 2010 erkennen, als erstmals deutschlandweit Verantwortliche für Qualitäts- und Risikomanagement zum Thema klinisches Risikomanagement befragt wurden. Die Studienergebnisse sind entscheidend für die gezielte Steuerung des klinischen Risikomanagements und optimale Unterstützung von Aktivitäten zur Erhöhung der Patientensicherheit.

Systematisierung und proaktives Risikomanagement gefordert

Die Ergebnisse der Befragung bilden den aktuellen Stand sowie die Entwicklungen im klinischen Risikomanagement seit 2010 ab – zumindest in den 572 Einrichtungen, die sich dieses Jahr beteiligt haben.

Was ist der Stand?

Deutsche Krankenhäuser setzen ein breites Spektrum von Maßnahmen zur Erhöhung der Patientensicherheit um, sind hierbei jedoch häufig reaktiv; das heißt potenzielle Risiken von Behandlungsprozessen werden selten systematisch und vorausschauend identifiziert und analysiert.

Was hat sich getan seit 2010?

Im Bereich des Critical Incident Reportings ist die Umsetzung der Vorgaben des GBA zu lokalen und einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystemen (Critical Incident Reporting System=CIRS) weiter voran geschritten. Vielerorts ist ein CIRS bereits systematisch implementiert. Positive Entwicklungen zeigen sich insbesondere bei Schulungen zu CIRS, zeitnahe Feedback an Meldende und bei der Ableitung und Kommunikation von Maßnahmen aufgrund von CIRS-Analysen.

Verbesserungspotenzial

Ein systematisch geführtes klinisches Risikomanagement und eine offene Sicherheitskultur sind vielerorts noch keine etablierte Praxis. Entsprechend sehen die Verantwortlichen für klinisches Risikomanagement Verbesserungspotenziale hinsichtlich der Standardisierung von Prozessen bzw. Verfahren des Austauschs und der Vernetzung zwischen einzelnen Abteilungen und Funktionsbereichen und dem klinischen Risikomanagement als auch eines offeneren Umgangs mit Fehlern und Schwachstellen im System.

Nutzen und Vorteile für Patienten und Mitarbeiter

Ein systematisch implementiertes und geführtes klinisches Risikomanagement unterstützt die Krankenhausmitarbeiter darin, die medizinisch-pflegerisch-therapeutischen Risiken bei der Patientenversorgung zu erkennen, zu reduzieren und zu bewältigen. Dadurch werden die Voraussetzungen für eine nachhaltige Patientensicherheit geschaffen.

Kontinuierliches Monitoring gefordert

Das in der Befragung eingesetzte Instrument zum Monitoring des klinischen Risikomanagements hat in der Praxis mehrheitlich positive Resonanz und eine Sensibilisierung für Fragen des klinischen Risikomanagements ausgelöst. Derartige Befragungen sollen in Zukunft in regelmäßigen Abständen wiederholt werden. Dies ist eine wichtige Maßnahme, um das Bewusstsein für ein vorausschauendes, systematisches Risikomanagement zu fördern und die kontinuierlichen Weiterentwicklung gezielt zu unterstützen.

Weitere Informationen

Institut für Patientensicherheit
Prof. Dr. Tanja Manser
Projektleitung
Tel. 0228-28713782
tanja.manser@ukb.uni-bonn.de

Institut für Patientensicherheit
Fiona Mc Dermott, Dipl.-Ges.oec.
Wissenschaftliche Mitarbeiterin
Tel. 0228-738367
fiona.mc_dermott@ukb.uni-bonn.de

Was bedeutet für mich Patientensicherheit?

Hier der Link zu dem Video des IfPS: <https://ukbnewsroom.wordpress.com/>

Definition klinisches Risikomanagement

Klinisches Risikomanagement (kRM) ist die zielgerichtete Planung, Koordination, Ausführung und Kontrolle aller Maßnahmen, die zur Vermeidung unbeabsichtigter krankenhausesinduzierter Patientenschädigungen bzw. zur Begrenzung ihrer Auswirkungen dienen. (Middendorf, C. (2005). Klinisches Risikomanagement: Implikationen, Methoden und Gestaltungsempfehlungen für das Management klinischer Risiken in Krankenhäusern. Münster: Lit)

Methodik und zentrale Ergebnisse

Die Ergebnisse der deutschlandweiten Befragung zum klinischen Risikomanagement beruhen auf einer schriftlichen Online-Befragung der Verantwortlichen für klinisches Risikomanagement in deutschen Krankenhäusern und Rehakliniken im Zeitraum von März bis Juni 2015. Um neben dem aktuellen Stand auch geplante Entwicklungen aufzuzeigen, konnte zu jedem Punkt angegeben werden, wie systematisch dieser bereits umgesetzt wird bzw. ob dies erst diskutiert wird oder bereits konkrete Umsetzungspläne bestehen. 572 Krankenhäuser und Rehakliniken haben sich an der Befragung beteiligt. Der Rücklauf entspricht der Verteilung der Grundgesamtheit über die Bundesländer. An dieser Befragung haben sich Repräsentanten von unterschiedlichen Krankenhausarten beteiligt: Die Stichprobe setzt sich zusammen aus Universitätsklinik (6%), Allgemeinkrankenhäusern (61%), Fachkrankenhäusern (11%), Psychiatrien (7%), Rehabilitationskliniken (14%) und anderen (1%). Die Trägerschaft der teilnehmenden Krankenhäuser und Rehakliniken war zu 32% privat, 38% frei-/gemeinnützig und 29% öffentlich. Die Einführung eines klinischen Risikomanagements findet zunehmend Verbreitung. Eine positive Entwicklung im Vergleich zu 2010 zeigt sich in der weiteren Etablierung von Fehlermeldesystemen und hierbei insbesondere bei Schulungen zu CIRS, dem zeitnahen Feedback an Meldende und der Ableitung und Kommunikation von Maßnahmen aus CIRS-Analysen. Eine Strategie sowie die Verankerung des klinischen Risikomanagements als Führungsaufgabe fehlen jedoch vielerorts. Diese ist jedoch zwingend erforderlich um die identifizierten Optimierungspotenziale bestmöglich auszuschöpfen: Mehr standardisierte Verfahren und klinische Prozesse, vermehrte Vernetzung und Austausch zwischen den einzelnen Kliniken/Abteilungen und offeneren Umgang mit Fehlern und Schwachstellen im System.

Kooperationspartner und Unterstützer

Die Durchführung des Projektes erfolgt in Kooperation mit dem Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V., dem AOK-Bundesverband und der Techniker Krankenkasse/WINEG. Die wissenschaftliche Planung, Durchführung und Publikation liegt beim Institut für Patientensicherheit. Der Gemeinsame Bundesausschuss und die Deutsche Krankenhausgesellschaft unterstützen diese Studie ideell, welche in Teilen vom Bundesministerium für Gesundheit gefördert wird. Wir danken der Arbeitsgruppe Risikomanagement der Gesellschaft für Qualitätsmanagement in der Gesundheitsversorgung e.V. für ihre Unterstützung bei der inhaltlichen Überarbeitung des Fragebogens.

ANSPRECHPARTNERIN INSTITUT FÜR PATIENTENSICHERHEIT (IFPS)
DES UNIVERSITÄTSKLINIKUMS BONN:

Magdalena Nitz | Pressesprecherin | Tel. 0228-28713457
magdalena.nitz@ukb.uni-bonn.de



universität**bonn**



universitäts
klinikum**bonn**
Institut für Patientensicherheit



Stiftungsprofessur

AKTIONSBÜNDNIS
PATIENTENSICHERHEIT

Deutschlandweite Befragung zum Einführungsstand des klinischen Risikomanagements

Fiona Mc Dermott
Prof. Dr. Tanja Manser

Methodik & Datengrundlage

- » Online-Befragung von Krankenhäusern und Rehabilitationskliniken gemäß Statistischem Bundesamt
- » Erhebungszeitraum: März bis Juni 2015
- » 572 teilnehmende Krankenhäuser / Rehabilitationskliniken
 - Krankenhausart (6% Universitätsklinika, 61% Allgemeinkrankenhäuser, 11% Fachkrankenhäuser, 7% Psychiatrien, 14% Rehabilitationskliniken, 1% Andere)
 - Trägerschaft (32% privat, 38% frei-/gemeinnützig, 29% öffentlich)
 - Repräsentativer Rücklauf nach Bundesländern
- » Ausreichende Vergleichbarkeit mit 2010

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.

Risikoidentifikation

- » 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%)

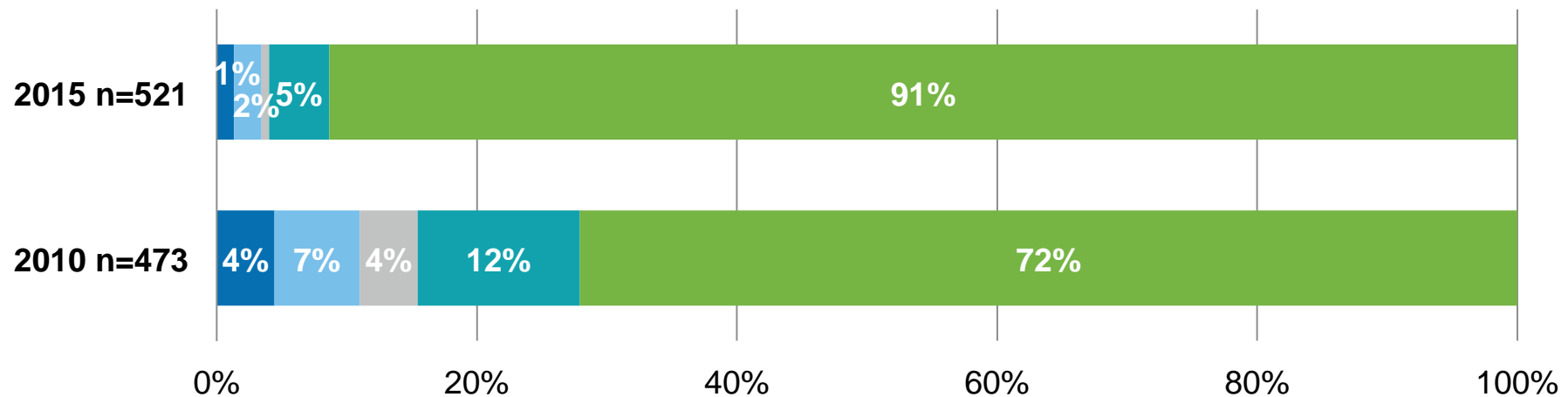
- » Kaum Nutzung von Verfahren zur prospektiven Risikoanalyse (35% ja; 43% noch gar nicht damit befasst)

- » Mangelnde Integration von Risikoinformation aus verschiedenen Datenquellen (63% ja; 2010: 36%)

Risikobewältigung am Beispiel der Infektionsprävention

Umsetzung von systematischen MRSA-Screening von Risikopatienten

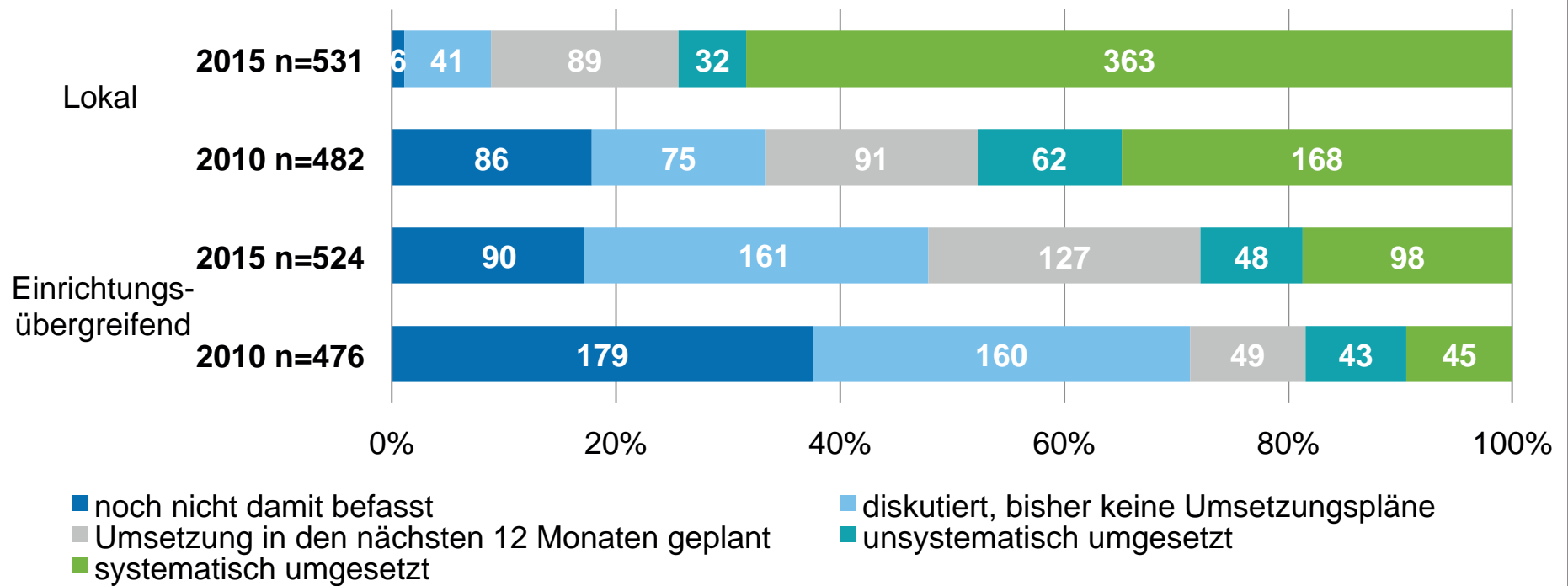
Quelle: IfPS



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

Schwerpunktthema: Critical Incident Reporting

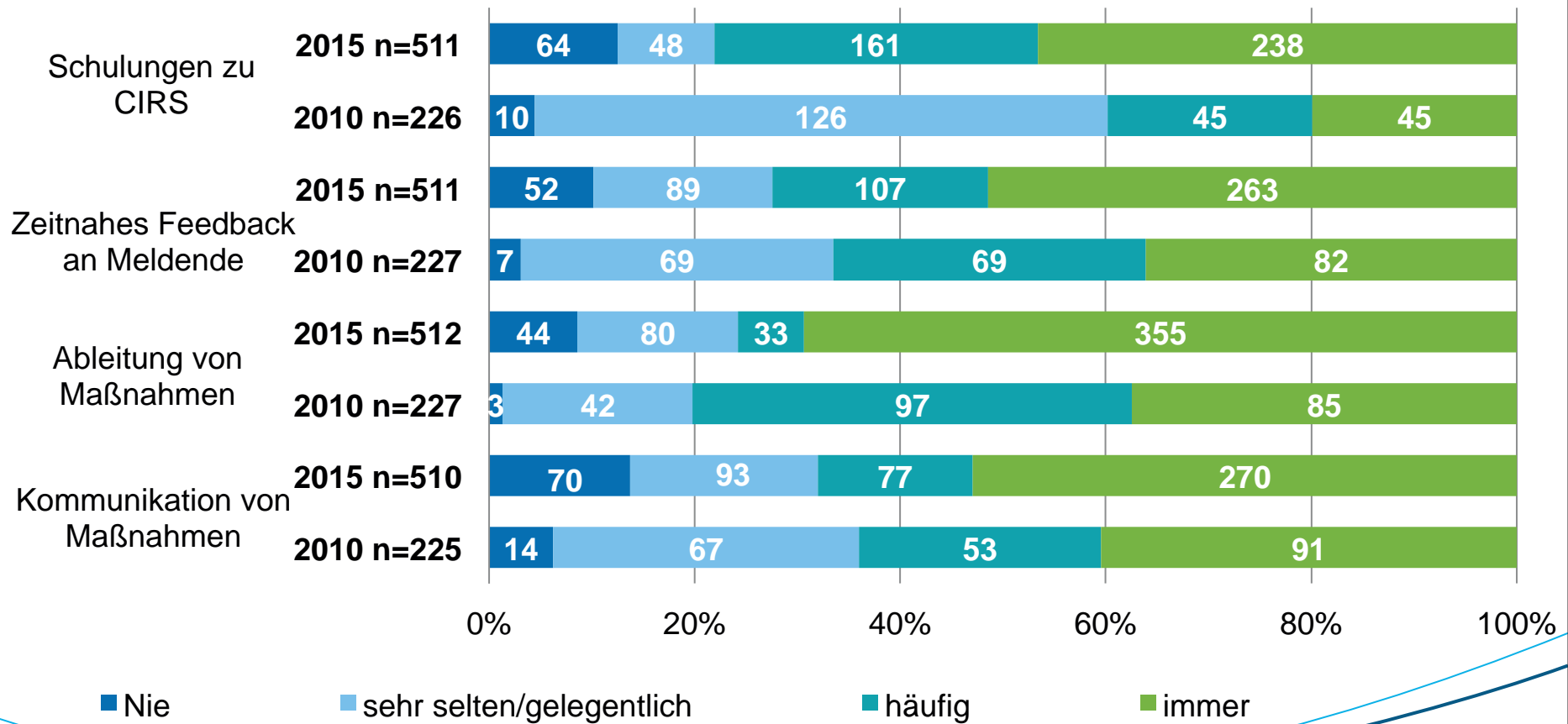
Quelle: IfPS



» Ausgestaltung des CIRS (2015 ca. 515 Häuser; 2010 ca. 230 Häuser)

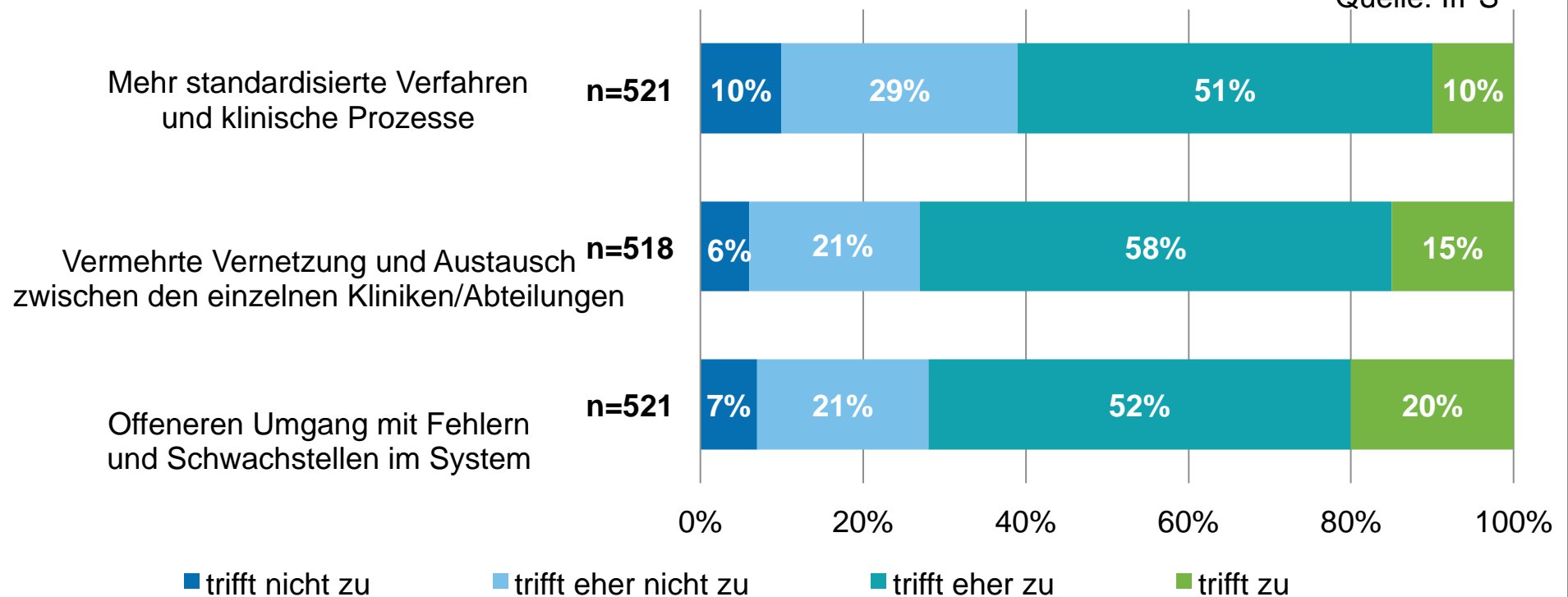
CIRS: Positive Entwicklungen

Quelle: IfPS



Optimierungspotenzial: Die Top 3 in 2015

Quelle: IfPS



» Bedarf nach Aus-/Weiterbildung in klinischem Risikomanagement

Nutzen für Patienten und Mitarbeiter

- » Unterstützt Mitarbeitende im Gesundheitswesen darin, Risiken in der Patientenversorgung
 - zu erkennen
 - zu reduzieren
 - zu bewältigen

- » Schafft die Voraussetzungen für eine systematische Förderung der Patientensicherheit

Fazit

- » Positiver Trend seit 2010
 - auch wenn Ziel deutlich noch nicht erreicht
- » Erfolgreiche Implementierung des klinischen Risikomanagements erfordert eine Strategie zur Systematisierung und Integration von Einzelmaßnahmen
- » Politische Forderungen zeigen Wirkung
 - müssen aber durch entsprechende Förderung von Kompetenz und Ressourcen begleitet sein

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit

Prof. Dr. Tanja Manser
Projektleitung
tanja.manser@ukb.uni-bonn.de

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

<http://www.ifpsbonn.de/>
<https://ukbnewsroom.wordpress.com/>

Institut für Patientensicherheit
Stiftsplatz 12
53111 Bonn



Patientensicherheit: Hier sehen Krankenhäuser Verbesserungsbedarf bei sich

(Angaben in Prozent)

Einen offeneren Umgang mit Fehlern und Schwachstellen im System



Vermehrte Vernetzung und Austausch zwischen den einzelnen Kliniken/Abteilungen/Funktionsbereichen



Mehr standardisierte Verfahren und klinische Prozesse (z.B. Behandlungspfade, Checklisten)



Patientensicherheit in der Klinik

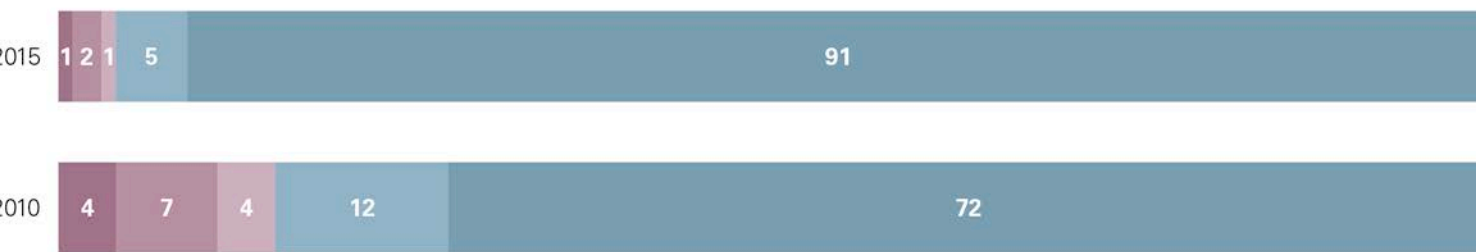
Wo Krankenhäuser 2015 die Risikoschwerpunkte vermuten

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

() Rang 2010

Risikopatienten: neun von zehn Kliniken mit Keim-Screening

Systematisches MRSA-Screening von Risikopatienten 2010 und 2015 – Das sagen die Krankenhäuser (Angaben in Prozent)

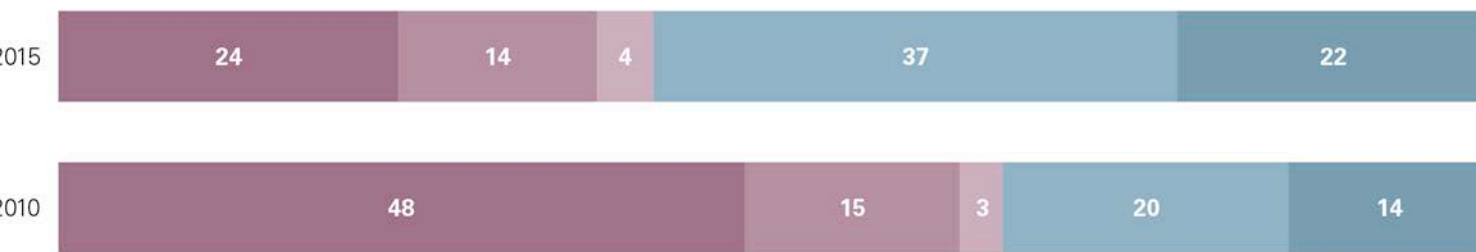


Rundungsdifferenzen sind möglich

- noch nicht damit befasst
- diskutiert, bisher keine Umsetzungspläne
- Umsetzung für die nächsten 12 Monate geplant
- unsystematisch umgesetzt
- systematisch umgesetzt

Kliniken: Simulatortrainings zunehmend verbreitet

Anteil der Krankenhäuser, die mit Simulatoren Notfälle und schwierige Operationen trainieren, 2010 und 2015 (Angaben in Prozent)



Rundungsdifferenzen sind möglich

- noch nicht damit befasst
- diskutiert, bisher keine Umsetzungspläne
- Umsetzung für die nächsten 12 Monate geplant
- unsystematisch umgesetzt
- systematisch umgesetzt

Deutschlandweite Befragung zum Einführungsstand des klinischen Risikomanagements

Musterbericht für fiktive Beispielklinik

**Diese Version des einrichtungsspezifischen Berichts ist lediglich ein Muster und stellt alle Fragen sowie jede verwendete Darstellungsart exemplarisch vor.
Die Daten sind rein fiktiv und haben keinen Bezug zu den wahren Daten der Befragung.**

Muster



Einrichtungsspezifischer Bericht zum Einführungsstand des klinischen Risikomanagements

Muster

Einrichtungsspezifischer Bericht zum Einführungsstand des klinischen Risikomanagements

Name der Einrichtung

Standort

Einleitung

Ihre Einrichtung hat im Frühjahr 2015 an der deutschlandweiten Befragung zum Einführungsstand des klinischen Risikomanagements (kRM) des Instituts für Patientensicherheit teilgenommen. Wie angekündigt erhalten Sie hier die detaillierte, auf Ihre Einrichtung bezogene Auswertung, die einen Überblick über die aktuelle Situation und die geplanten Entwicklungen im kRM sowie einen Vergleich mit Einrichtungen Ihres Typs und Größe gibt.

Definition klinisches Risikomanagement

Klinisches Risikomanagement (kRM) ist die zielgerichtete Planung, Koordination, Ausführung und Kontrolle aller Maßnahmen, die zur Vermeidung unbeabsichtigter krankenhausesinduzierter Patientenschädigungen bzw. zur Begrenzung ihrer Auswirkungen dienen (Middendorf 2006). 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).

Kooperationspartner und Unterstützer dieses Vorhabens

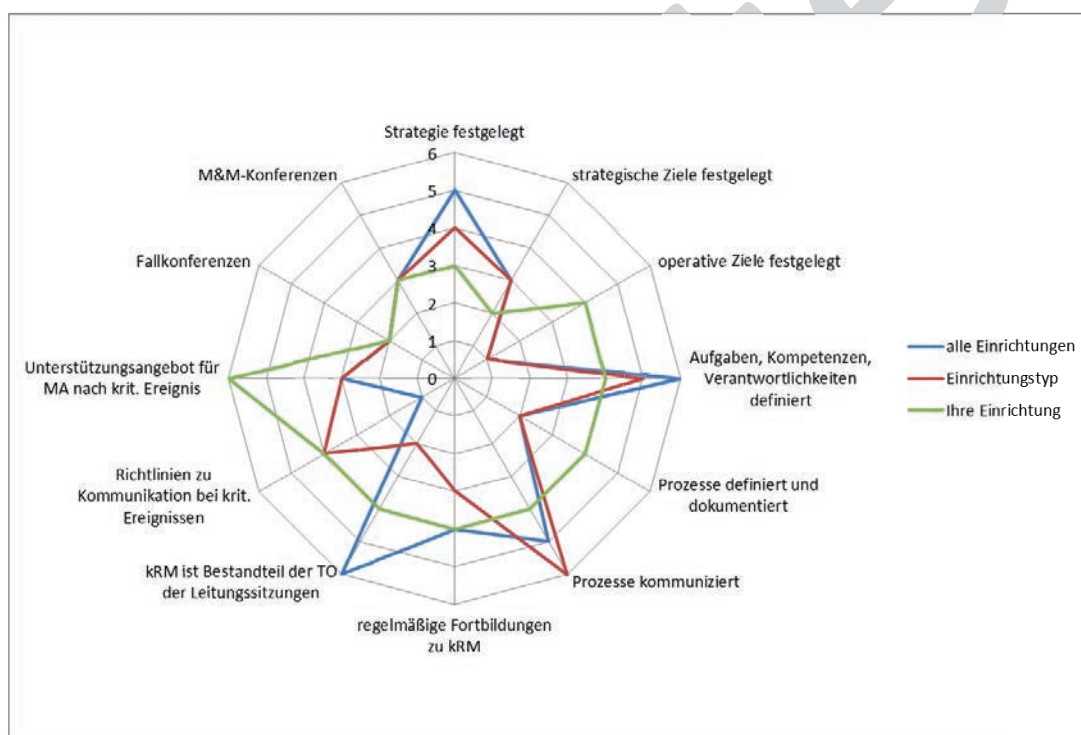
Die Durchführung des Projektes erfolgt in Kooperation mit dem Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V., dem AOK-Bundesverband und der Techniker Krankenkasse/WINEG. Die wissenschaftliche Planung, Durchführung und Publikation liegt beim Institut für Patientensicherheit. Der Gemeinsame Bundesausschuss und die Deutsche Krankenhausgesellschaft unterstützen diese Studie ideell, welche in Teilen vom Bundesministerium für Gesundheit gefördert wird. Wir danken der Arbeitsgruppe Risikomanagement der Gesellschaft für Qualitätsmanagement in der Gesundheitsversorgung e.V. für ihre Unterstützung bei der inhaltlichen Überarbeitung des Fragebogens.

1) Einrichtungsspezifische Ergebnisse zum klinischen Risikomanagement im Überblick

Vorbemerkung: Die folgenden Diagramme geben einen Überblick über die Ergebnisse der Studie. Abgebildet werden pro Themenbereich jeweils der Mittelwert jeder Frage bezogen auf alle Einrichtungen (blaue Linie) und bezogen auf ihren Einrichtungstyp (rote Linie). Zusätzlich wird der Wert, den Sie im Fragebogen für Ihre Einrichtung angegeben haben angezeigt (grüne Linie).

Die Skala beginnt jeweils bei (1). Wenn Sie für eine Frage keinen Wert angegeben haben, wird für Ihre Einrichtung der Wert „0“ angegeben bzw. die Linie geht zum Mittelpunkt des Diagramms.

Diagramm 1: Strategien und Ziele des kRM



2) Detaillierte Darstellung der einrichtungsspezifischen Ergebnisse zum klinischen Risikomanagement

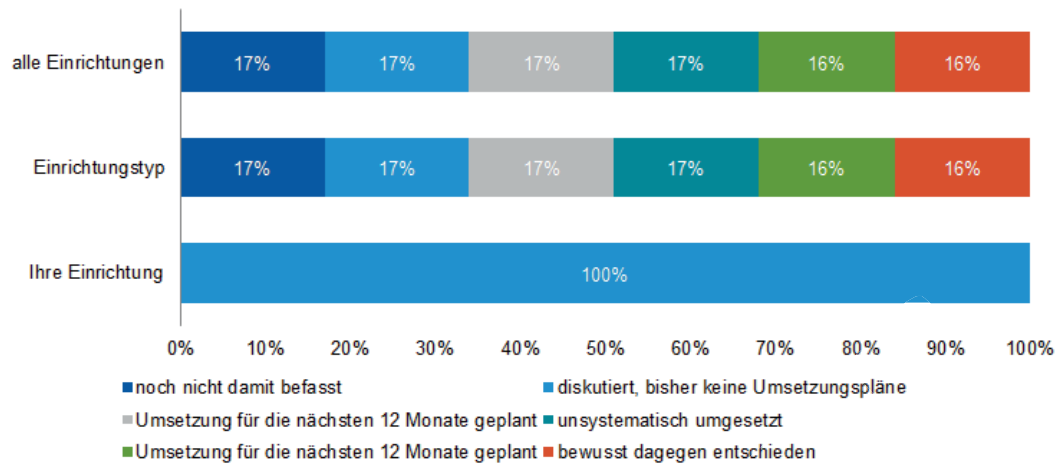
Lesen der Graphiken

- Es werden für jede Frage jeweils die Antworten aller Einrichtungen sowie die Antworten des Einrichtungstyps (Universitätsklinik, Allgemeinkrankenhaus, Fachkrankenhaus, Psychiatrie, Rehaklinik, Bundeswehrkrankenhaus, Andere) angegeben, zu dem Ihre Einrichtung nach eigenen Angaben zählt.
- Links der Graphik ist die Gruppe der Antwortenden angegeben, auf die sich die Angaben beziehen (alle Einrichtungen, Einrichtungstyp und Ihre Einrichtung) und wie viele Einrichtungen diese 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 angegeben.
- Falls Sie eine Frage nicht beantwortet haben, erscheint kein umrundeter Wert in der Graphik und unterhalb der Graphik der Hinweis: „Es liegen uns keine Angaben zu Ihrer Einrichtung vor“.

Muster

Strategien und Ziele des klinischen Risikomanagements

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



Weitere Fragen zu diesem Themenbereich

Gibt es für Ihr Haus verbindliche, schriftlich festgelegte strategische Ziele für das kRM?

Gibt es für das kRM in Ihrem Haus verbindliche, schriftlich festgelegte operative Ziele?

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

Sind die Prozesse des kRM (Verfahrensanweisungen, Abläufe etc.) definiert und dokumentiert?

Sind die Prozesse des kRM (Verfahrensanweisungen, Abläufe, Zuständigkeiten etc.) den involvierten Mitarbeitern kommuniziert?

Werden regelmäßig Fortbildungen zum kRM angeboten?

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

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

Gibt es ein Unterstützungsangebot für alle involvierten Mitarbeiter nach einem kritischen Ereignis oder Fehler im Behandlungsverlauf (z.B. systematisches Debriefing oder psychologische Unterstützung)?

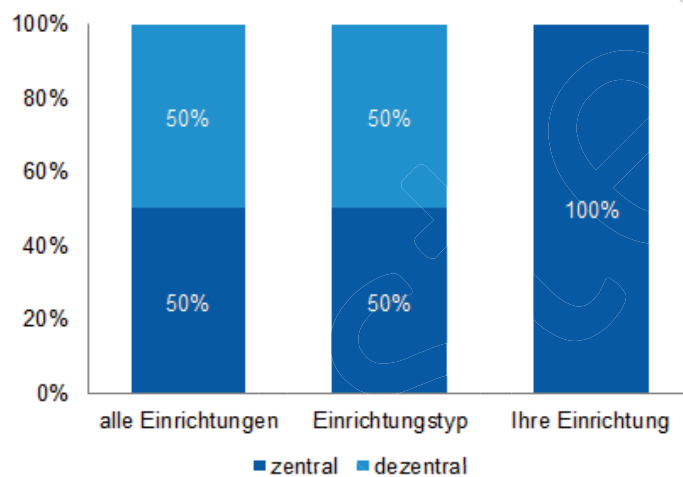
Strukturen des klinischen Risikomanagements

Wie viele Personen arbeiten momentan im klinischen Risikomanagement in Ihrer Einrichtung?

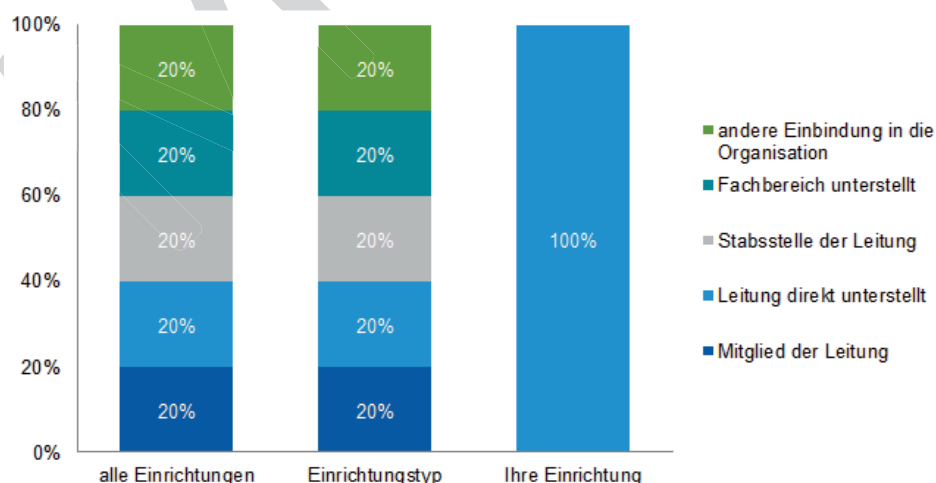
	Mittelwert (Standardabweichung)
Alle Einrichtungen	3 (2,5)
Einrichtungstyp	2 (1,25)
Ihre Einrichtung	1*

* eigene Angabe (kein Mittelwert, keine Standardabweichung)

Wie ist das kRM in Ihrer Einrichtung organisiert?



Wie ist das zentrale kRM-Team organisatorisch in Ihrer Einrichtung eingegliedert?



Welche beruflichen Hintergründe sowie Aus- und Weiterbildungen bringen Sie persönlich und ggf. die Mitglieder des zentralen kRM-Teams in die Arbeit ein? (Mehrfachantworten möglich)

	Ihre Einrichtung	Einrichtungstyp	alle Einrichtungen
Approbation	0	11	110
Facharzt	0	11	110
Examierte Pflegefachkraft	1	11	110
Medizinisch-technische Ausbildung	0	11	110
Medizinisch-therapeutische Ausbildung	0	11	110
Studium der Pflegewissenschaft	1	11	110
Betriebswirtschaftliche Aus-/Weiterbildung	0	11	110
Psychologische Aus-/Weiterbildung	0	11	110
Weiterbildung im kRM	1	11	110
Weiterbildung im Qualitätsmanagement	1	11	110
Andere	0	11	110

Weitere Fragen zu diesem Themenbereich

An welchem Risikomanagementsystem orientiert sich Ihr zentrales Risikomanagement?

Welche Kompetenzen planen Sie in den nächsten Monaten in Ihrem zentralen kRM-Team zu verstärken oder neu zu integrieren? (Mehrfachantworten möglich)

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

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

Gibt es in Ihrer Einrichtung Fallkonferenzen?

Wie sind diese Fallkonferenzen organisiert?

Gibt es in Ihrer Einrichtung M&M-Konferenzen?

Wie sind diese M&M-Konferenzen organisiert?

Risikobeurteilung (Risikoidentifikation, -analyse, -bewertung)

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

Krankenaktenanalysen

Beschwerde-Management (Patienten und/oder Angehörige und/oder Zuweiser)

Auswertung von Behandlungsschäden und/oder Anspruchserhebungen

Direkte Beobachtung klinischer Abläufe, direkte Datenerhebung (z.B. Beobachtung des Händedesinfektionsverhaltens oder stichprobenartige Erhebung der Fehler beim Stellen der Arzneimittel)

Interne Risiko-Audits

Externe Risiko-Audits

Analyse von Daten zur externen Qualitätssicherung

Analyse von Daten zur Abrechnung

Analyse eigener Kennzahlen (z.B. Sturzraten oder eigene Komplikationsstatistiken)

Patienten- bzw. Angehörigenbefragungen

(Schriftliche) Mitarbeiterbefragungen zur Sicherheitskultur

Hinweise der Haftpflichtversicherer oder deren Vermittler

Gesetzliche Meldesysteme

Einsatz von Verfahren zur Ereignisanalyse (z.B. Root Cause Analysis, London Protokoll usw.)

Einsatz von Verfahren zur prospektiven Risikoanalyse (z.B. Prozessrisikoanalyse oder FMEA)

Einsatz dialogorientierter Verfahren (z.B. Thematisierung in Abteilungs- oder Klinikbesprechungen)

Analyseergebnisse, die auf den verschiedenen Risiko-Informationsquellen beruhen, werden für das Krankenhaus an einer Stelle für eine Gesamtanalyse der klinischen Risiken zusammengeführt

Critical Incident Reporting (CIRS)

Verfügen Sie in Ihrem Haus über ein CIRS?

Beteiligen Sie sich an einem einrichtungsübergreifenden CIRS (Krankenhaus-CIRS-Netz Deutschland, CIRS-NRW, CIRSmedical Anästhesiologie)?

Wie viel Prozent der Abteilungen/Kliniken/Funktionsbereiche in Ihrem Haus beteiligen sich am CIRS?

Bitte geben Sie an, inwiefern folgende Aussagen auf Ihre Einrichtung zutreffen.

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

Schadensfälle werden ins CIRS einbezogen.

Das CIRS erlaubt anonyme Meldungen.

Das CIRS erlaubt Rückfragen des Analyseteams an den anonymen Berichtenden.

Schulungen zum CIRS finden statt.

Meldende erhalten ein zeitnahes Feedback zu ihrem Bericht (direkt, falls Meldender bekannt, oder bei Anonymität der Meldenden indirekt z.B. durch Veröffentlichung eines Fallkommentars).

CIRS-Meldungen können von allen Mitarbeitern eingesehen werden.

CIRS-Meldungen werden nach einem festgelegten Schema systematisch analysiert.

Aus den Erkenntnissen der CIRS-Analysen werden Maßnahmen abgeleitet.

Die aus CIRS-Analyse abgeleiteten Maßnahmen werden allen Mitarbeitern kommuniziert.

Die Umsetzung der Maßnahmen wird überprüft.

Risikobewältigung

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

Umsetzung eines systematischen Vorgehens zur Patientenidentifikation.

Nutzung einer elektronischen Patientenakte (Lesbarkeit, Prozesssicherheit).

Einbindung von klinischem Fachpersonal (Apotheker, Pharmazeuten, Pharmakologen) zur Reduktion von Arzneimittelnebenwirkungen.

Ausführung spezieller Maßnahmen zur Erhöhung der Arzneimitteltherapiesicherheit.

Umsetzung von systematischen MRSA-Screening von Risikopatienten.

Konsequente Umsetzung von bundle interventions (z.B. zur Prävention von zentralvenösen Katheterinfektionen, zur Reduktion unnötig verwendeter Urinkatheter, zur Prävention beatmungsassoziierter Pneumonien).

Einsatz von systematischem Dekubitusmanagement.

Einsatz von systematischem Wundmanagement.

Sturzprävention mit Sturz-Assessment bei Risikopatienten.

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

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

Umsetzung von Maßnahmen zur Früherkennung von Patienten mit Komplikationen (z.B. "rapid response").

Anwendung von systematischem Entlassungsmanagement.

Überwachung und Bericht von klinischen Risiken

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

Statistiken zu Patientenschäden werden dokumentiert

Anzahl von Schadensfällen und /oder Anspruchserhebungen pro Zeiteinheit

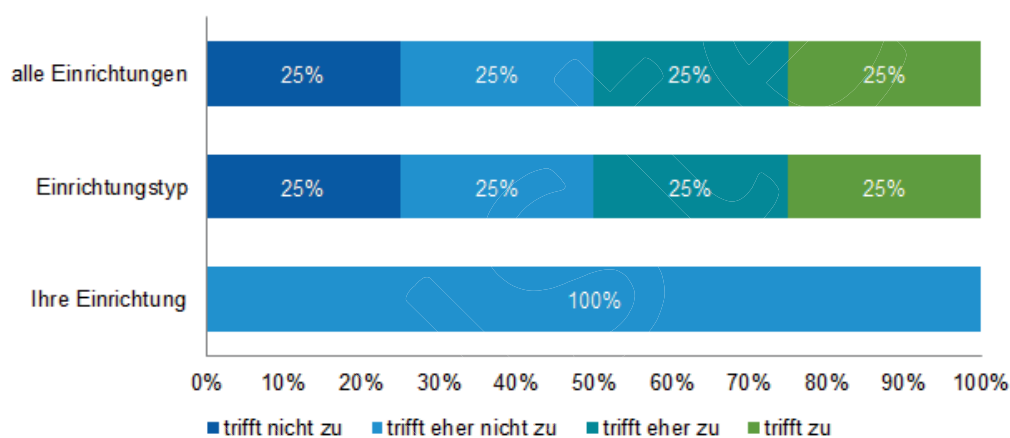
Statistiken nosokomialer Infektionen

Die Aktivitäten der Einrichtung zum kRM werden dokumentiert

Verbesserungsbedarf

Wo sehen Sie Verbesserungspotential in Ihrer Einrichtung?

Systematische Prozess- und Strukturoptimierung



Weitere Fragen zu diesem Themenbereich

Klarer definierte interne Ansprechpersonen in den Kliniken/Abteilungen/Funktionsbereichen, die die Schnittstelle zum zentralen kRM sicherstellen

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

Vermehrte Vernetzung und Austausch zwischen den Abteilungen/Kliniken/Funktionsbereichen

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

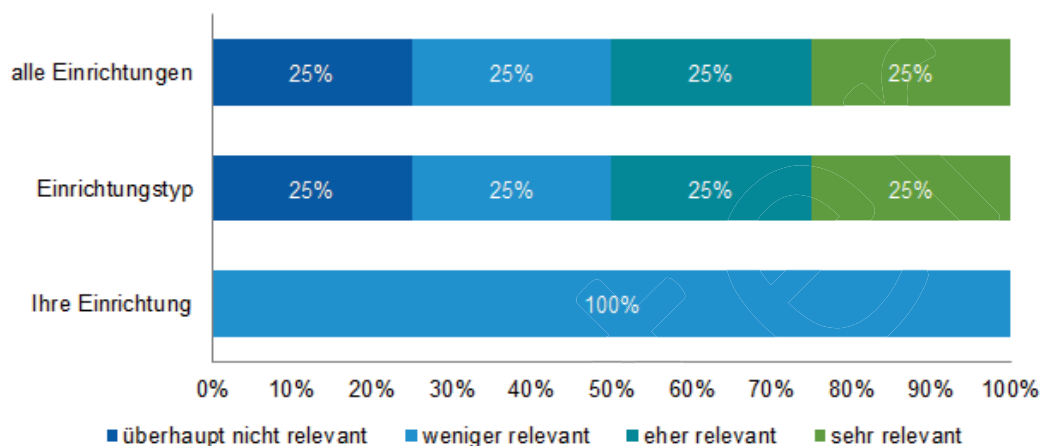
Vermeehrt standardisierte Verfahren und klinische Prozesse (z.B. Behandlungspfade, Checklisten)

Einen offeneren Umgang mit Fehlern und Schwachstellen im System
Zusätzliche personelle Ressourcen

Fortbildungsbedarf

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

Förderung der Sicherheitskultur



Weitere Fragen zu diesem Themenbereich

Rolle der Führung im kRM

Risikoanalyse und -bewertung

Risiko-Überwachung

Maßnahmen zur Risikobeeinflussung/-steuerung

CIRS

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

Kommunikation mit Patienten/Angehörigen nach einem kritischen Ereignis

Risikoschwerpunkte

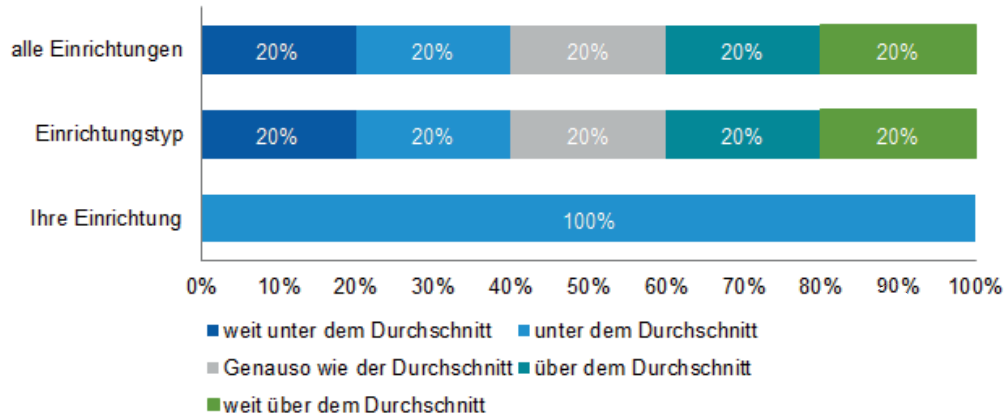
Wo vermuten Sie nach Ihren Erkenntnissen die wichtigsten klinischen Risikoschwerpunkte in Ihrer Einrichtung? (Bitte geben Sie eine Rangfolge an.)

	Ihre Einrichtung	Einrichtungstyp	alle Einrichtungen
Notfallaufnahme			
Schnittstellen (Aufnahme, Entlassung, Abteilungswechsel, Übergabe)			
Diagnostik/Therapie			
Verwechslung von Patienten, Proben, Befunden (Identifikation)			
Arzneimitteltherapie			
nosokomiale Infektionen/Hygiene			
Stürze			
Medizintechnik, Geräte			
Demenzsensitivität			
Personalkompetenz			
Sonstige			

MUSTER

Abschlussbewertung

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



Weitere Fragen zu diesem Themenbereich

Hat die Einführung des klinischen Risikomanagements (kRM) Auswirkungen auf die Prämienkonstellation Ihres Haftpflichtversicherers?

Verfolgen Sie einen systematischen Ansatz im Umgang mit Patienten mit kognitiven Einschränkungen?

Wo glauben Sie, steht heute Ihre Einrichtung in Bezug auf Ihre eigene Idealvorstellung für das kRM? (Angabe in Prozent von 0-100)

Falls Sie Rückmeldungen oder Fragen haben, wenden Sie sich bitte an

Fiona Mc Dermott, Dipl-Ges.oec.

Institut für Patientensicherheit

Stiftsplatz 12

53111 Bonn

Tel. : 0228 – 73 86 67

Email: fiona.mc_dermott@ukb.uni-bonn.de