

## KURZBERICHT

Thema	<b>Deutschlandweite Befragung zum Einführungsstand des klinischen Risikomanagements</b> <b>Modul 3: aggregierter Vergleich der Daten von 2010 und 2015</b>
Schlüsselbegriffe	Klinisches Risikomanagement, Patientensicherheit, Befragung
Ressort, Institut	Institut für Patientensicherheit der Universität Bonn
Auftragnehmer(in)	Bundesministerium für Gesundheit
Projektleitung	Prof. Dr. Tanja Manser
Autor(en)	Fiona Mc Dermott
Beginn	01.07.2015
Ende	30.06.2016

### Vorhabenbeschreibung, Arbeitsziele

Seit der gesetzlichen Verpflichtung zur Einführung eines klinischen Risikomanagements (kRM) für alle zugelassenen Krankenhäuser kommt gerade der Erfüllung der grundsätzlichen Anforderungen an ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement nach § 137 Abs. 1 Satz 3 Nr. 1 SGB V eine besondere Bedeutung zu.

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

Mit der gesetzlichen Verpflichtung zur Einführung des kRM in Deutschland sollte auch ein kontinuierliches Monitoring des kRM in deutschen Krankenhäusern einhergehen, um eine Beobachtung der Implementierung und Verwendung sowie eine mögliche Steuerung über kRM zu erkennen und nachzuverfolgen.

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

### Durchführung, Methodik

Modul 3: Die Daten aus der aktuellen Befragung von 2015 wurden mit den Daten der Befragung aus dem Jahr 2010 aggregiert verglichen.

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

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

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

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

## Gender Mainstreaming

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

## Ergebnisse, Schlussfolgerungen, Fortführung

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

Nach wie vor sind die komplexen Themen der Schnittstellenproblematik und sicheren Arzneimitteltherapie bekannte Risikoschwerpunkte, es zeigt sich aber auch, dass eher neue Themen der Patientensicherheit in der Relevanz noch eher niedrig eingestuft werden, wie beispielsweise die Versorgung von Menschen mit kognitiven Einschränkungen. Begründet in der starken Betonung von einrichtungsübergreifenden Critical Incident Reporting (CIR)-Systemen in der aktuellen Gesetzgebung und den Anreizen für die Teilnahme an einrichtungsübergreifenden CIRS, wird es interessant zu beobachten sein, wie sich die Verteilung in den nächsten Jahren verschieben wird. Auf der einen Seite kann man annehmen, dass einige Einrichtungen sich an einrichtungsübergreifendem CIRS nur zur Erfüllung der gesetzlichen Anforderungen beteiligen werden, jedoch ohne Einfluss auf das organisationale Lernen und die Weiterentwicklung in Bezug auf Patientensicherheit. Auf der anderen Seite ist es auch denkbar, dass Einrichtungen Berichte aus dem einrichtungsübergreifenden CIRS nutzen werden, um prospektiv Ereignisse, welche (noch) nicht in der eigenen Einrichtung vorgefallen sind, zu analysieren als auch die Risiken für Patienten abzumildern. Um diese Entwicklungen evaluieren zu können, ist ein systematisches nationales Monitoring von kRM notwendig.

Ein nationales Monitoring von kRM kann dabei helfen, die Unterschiede in der Entwicklung des kRM transparent zu machen, dies in Verbindung zu bringen mit den unterschiedlichen Eigenschaften der teilnehmenden Einrichtungen und die Entwicklungen über die Zeit zu dokumentieren und zu überwachen.

### Publikationen:

MANSER, T., FRINGS, J., HEUSER, G. & MC DERMOTT, F. (2016). The German clinical risk management survey for hospitals: Implementation levels and areas for improvement in 2015. *The Journal of Evidence and Quality in Health Care (ZEFQ)*, 114, 28-38.

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

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

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

## Verwendete Literatur

BRINER, M.; KESSLER, O.; PFEIFFER, Y.; WEHNER, T.; MANSER, T. (2010): Assessing hospitals' clinical risk management: Development of a monitoring instrument. In: *BMC Health Serv Res* 10 (1), S. 337.

MANSER, T.; KESSLER, O.; BRINER, M.; PFEIFFER, Y.; WEHNER, T. (2007): Klinisches Risikomanagement in Schweizer Spitälern. In: *Schweizerische Ärztezeitung* (88), S. 51–52.

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

PROCHASKA, J.M.; PROCHASKA, J.O.; LEVESQUE, D. (2001): A Transtheoretical Approach to Changing Organizations. In: *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research* 28 (4), S. 247–261.