

Gefördert durch:



aufgrund eines Beschlusses  
des Deutschen Bundestages

## KHaSiMiR 21 – Krankenhausstudie zur Sicherheit durch Management innerklinischer Risiken 2021-22

Ergebnisse der qualitativen Analyse  
Bericht 3



07.11.2022

**Wiesbaden Institute for  
Healthcare Economics and Patient  
Safety (WiHELP)**

Bleichstr. 44  
65183 Wiesbaden

Ansprechpartnerin: Hannah Rösner, B.Sc.  
Email: [hannah.roesner@hs-rm.de](mailto:hannah.roesner@hs-rm.de)

Projektleitung: Dr. Martina Schmiedhofer  
Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V. (APS)  
Email: [schmiedhofer@aps-ev.de](mailto:schmiedhofer@aps-ev.de)

Hannah Rösner B. Sc. unter Mitarbeit von Dr. Karl Blum, Dr. Nikoloz Gambashidze,  
Dr. Martina Schmiedhofer, Prof. Dr. Reinhard Strametz, Prof. Dr. Matthias Weigl

## Inhaltsverzeichnis

|                     |    |
|---------------------|----|
| 1. Einleitung ..... | 3  |
| 2. Methodik.....    | 4  |
| 3. Ergebnisse.....  | 4  |
| 4. Diskussion.....  | 11 |

## 1. Einleitung

Das Management klinischer Risiken in Krankenhäusern und Rehabilitationseinrichtungen ist ein wesentlicher Baustein zur effektiven und effizienten Erhöhung der Sicherheit stationär versorgter Patient:innen. Angesichts der Vielzahl von strukturellen, finanziellen und personellen Anforderungen, mit denen Krankenhäuser und Rehabilitationskliniken heute – bereits vor der Covid-19 Pandemie und in besonderem Umfang während der aktuellen Ausnahmesituation – konfrontiert sind, ist die Umsetzung des klinischen Risikomanagements (kRM) eine explizite Anforderung an die Managementebene. Dabei trägt die Erhöhung der Patientensicherheit zur Weiterentwicklung der gesamten Organisation bei und fördert auch die berufliche Zufriedenheit der Beschäftigten. Gerade in der aktuellen Pandemiesituation gewinnt die systematische und umfassende Beschäftigung mit klinischen Risiken eine neue Dringlichkeit im Gesundheitswesen: Jeder vermiedene Patientenschaden bedeutet neben weniger gesundheitlichen Beeinträchtigungen und geringeren gesamtwirtschaftlichen Kosten auch weniger Bedarf an kritischen Ressourcen wie z.B. Pflegekräften oder Intensivbetten. Trotz der überwältigenden Gründe für Patientensicherheit weisen Berichte aus der Praxis darauf hin, dass die konkrete Umsetzung des kRM in den Einrichtungen mit unterschiedlicher Intensität, unterschiedlicher Ressourcenausstattung und unterschiedlichen inhaltlichen Schwerpunkten vorangetrieben wird.

Das Institut für Patientensicherheit (IfPS) an der Universität Bonn hat in den Jahren 2010 und 2015 in Zusammenarbeit mit dem Aktionsbündnis für Patientensicherheit (APS) jeweils eine Befragung zum aktuellen Umsetzungsstand durchgeführt. An diese Ergebnisse soll mit einer aktuell modifizierten bundesweiten Befragung 2021/22 zum Entwicklungsstand des kRM in nach § 108 SGB V Krankenhäusern und nach § 107 Abs. 2 SGB V zugelassenen Rehabilitationskliniken, für die ein Versorgungsvertrag nach § 111 SGB V besteht, angeknüpft werden. Die Datenerhebung soll zur Erfassung des kRM im Zeitverlauf sowohl die 2015 erhobenen Items wieder aufgreifen als auch darüber hinaus den Anpassungsbedarf an die neue QM-Richtlinie und damit die aktualisierte Umsetzung erfassen. Ein anonymisierter Ergebnisvergleich soll bei den Kliniken erfolgen, die sich bereits an vorherigen Befragungen beteiligt hatten. Darüber hinaus sollen die erhobenen Ergebnisse genutzt werden, um Förderfaktoren und Barrieren der erfolgreichen Umsetzung von kRM zu identifizieren durch die qualitative Analyse von n = 10 teilnehmenden Kliniken sowie allen teilnehmenden Krankenhäusern und Rehabilitationskliniken einen individualisierten Feedback-Bericht (Benchmark) zur Unterstützung zukünftiger Weiterentwicklungen zukommen zu lassen.

## 2. Methodik

Zur Identifikation von Barrieren und Förderfaktoren bei der Umsetzung von kRM wurden 10 Leitfaden-gestützte qualitative Interviews mit den für das Risikomanagement verantwortlichen Personen befragter Einrichtungen geführt. Es wurden primär Krankenhäuser kontaktiert. Um die Vergleichbarkeit der Ergebnisse zu gewährleisten, wurde auf den Einschluss von Rehakliniken verzichtet, da diese kein verpflichtendes kRM durchführen. 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 per Onlinemeeting geführt, die Audiospur wurde aufgezeichnet und im Anschluss transkribiert und mit der Software MAXQDA zur computergestützten qualitativen Daten- und Textanalyse ausgewertet.

Die qualitative Befragung erfolgte nach Einholung einer informierten Zustimmung. Die Teilnahme an der Befragung war freiwillig und die Anonymität der Auswertung wurde zugesichert. Die Teilnehmenden wurden vorab über datenschutzrechtliche Rahmenbedingungen informiert und konnten jederzeit der Teilnahme widersprechen oder die Befragung abbrechen. Die Ergebnisse lassen keinen Rückschluss auf Kliniken oder die jeweiligen Gesprächspersonen zu. Die gesamte Datenaufbereitung erfolgte aggregiert, so dass die Vertraulichkeit gewährleistet war. Personenbezogene Daten wurden nicht erhoben.

## 3. Ergebnisse

Es konnten mehrere Determinanten identifiziert werden, die eine Umsetzung von kRM fördern oder hemmen. Die zentralen Themen konnten folgenden Themenkomplexen zugeordnet werden: *Fehlerkultur, Verfügbarkeit von Ressourcen, Mitwirkung der Beschäftigten, einrichtungsinterne Strukturen* und *allgemeine Kenntnis von kRM*.

Im Folgenden werden die einzelnen Determinanten genauer erläutert.

### Fehlerkultur

Die Befragten berichten im qualitativen Interview, dass der Begriff „Risiko“ immer noch negativ behaftet ist. Das wirkt sich auch auf die Bearbeitung der Schuldkultur aus. Es wird berichtet, dass unter den Mitarbeitenden zu oft noch das Verständnis herrscht, dass im kRM primär nach der Frage des/der Verursachenden/Schuldigen gesucht wird und weniger nach Ursachen und Gründen für einen Fehler.

Oftmals hindert die gelebte Fehlerkultur das Umsetzen von entscheidenden Änderungen im Unternehmen. Unter dem Gesundheitspersonal besteht die Angst davor, etwas falsch zu machen. Und obwohl viele Fehlermeldesysteme auf Anonymität beruhen, ist die Hemmschwelle des Personals gegenüber deren Nutzung oftmals noch zu hoch. Manche Kliniken berichten von stetigen Versuchen, ihre Mitarbeitenden von der Anonymität und dem geschützten Gebrauch der übermittelten Informationen zu überzeugen, indem u.a. auch Strukturen zum Fehlermelden dauerhaft angepasst werden. Es wird von Bemühungen

berichtet, die aktuellen Systeme regelmäßig zu präsentieren, die Bedienung zu vereinfachen und den Zugang niederschwellig zu gestalten. Trotz Zusicherung, dass die Anonymität der Daten gewährleistet ist und die beteiligten Mitarbeiter:innen keine sozialen oder rechtlichen Konsequenzen befürchten müssen, berichten manche befragten Personen von einer Unsicherheit des Personals.

Obwohl die gegenwärtige Fehlerkultur in manchen Organisationen als Barriere bei der Umsetzung von kRM genannt wurde, konnten andere einen erheblichen Wandel beobachten und berichten von einer positiven Entwicklung der Fehlerkultur in ihrer Einrichtung aufgrund der vermehrten Einführung von kRM und Themen/öffentlichen Diskussionen in diesem Bereich. Entsprechend erleichtert eine offene Fehlerkultur auch die Umsetzung von Maßnahmen im Rahmen des kRM und führt zu einer effektiven Umsetzung. Aufklärungsgespräche, Schulungen und Workshops erläutern die Thematik und fördern das Bewusstsein und die Sensibilisierung des Gesundheitspersonals über kRM und den dazu gehörigen Instrumenten. Es wird im klinischen Alltag mehr über Fehler kommuniziert und Gefahrenquellen können schneller identifiziert werden. So können auch präventiv Maßnahmen eingeleitet werden, die Fehler verhindern.

- *[Interviewer:in]: Welche Vorgehensweisen haben sich seit der Einführung als besonders wertvoll bewährt? Welche positiven Entwicklungen ergaben sich?*  
*[Interviewte:r]: Ja sicherlich, dass auch die Sensibilität in dem Bereich noch gesteigert ist. Dadurch dass man eben die Risiken auch aufdeckt in den Abteilungen, dass sich die Abteilungen selbst mehr Gedanken machen, wo ist mein Patient gefährdet. Diesen risikobasierten Ansatz mehr in die Breite zu tragen. Das ist sicherlich sinnvoll.*
- *Aber man merkt, dass was ich feststelle ist, dass die Leute sensibler sind für Patientensicherheit oder Prozesse, die nicht gut laufen und sagen hier stimmt was nicht. Also da stellt man fest, dass das CIRS immer mehr angenommen wird, weil sich die Fälle oder die Meldungen auch vermehren.*

### **Verfügbarkeit von Ressourcen**

Von vielen Befragten wurde das Fehlen von zeitlichen, personellen und finanziellen Ressourcen als Hindernis bei der Umsetzung von kRM genannt.

Zeitliche Ressourcen: Eine wichtige Barriere, die von fast allen Befragten genannt wurde, ist die zeitliche Anforderung zur Nutzung des kRM: Schwierigkeiten bestehen zum einen darin, gemeinsame Termine für Absprachen zu finden aufgrund der starken zeitlichen Beanspruchung des Gesundheitspersonals sowie den Leitungsverantwortlichen und anderen Ansprechpersonen.

- *Das kostet Zeit und viel Energie der anderen, das erst mal zu überprüfen, weil wir müssen jedes Risiko ja auch erstmal einstufen.*
- *Und auch der Zeitaufwand für kRM für QM und für dies und jenes geht ja auch der Patientenbehandlung verloren.*

- *Gerade wenn man Risikoanalyse Gespräche führen will, das geht ja nicht unter zwei Stunden und wenn man das plant, schlagen die Chefärzte die Hände über den Kopf zusammen. Sagen, oh dafür soll ich mir zwei Stunden Zeit nehmen, die hab' ich nicht. Und ich muss Patienten versorgen. Das ist schon eine Barriere.*
- *Insbesondere durch die COVID-19-Pandemie und die damit verbundenen zusätzlichen Sitzungen, Kommissionen und Besprechungen.*

Personelle Ressourcen: Es wird in allen Interviews deutlich, dass ein kRM ohne die personellen Ressourcen und das aktive Mitwirken von einzelnen Mitarbeiter:innen nicht möglich ist. Eine effektive Umsetzung von kRM ist aufgrund der Knappheit und Unterbesetzung des Personals nicht immer gewährleistet. Die Fluktuation der Mitarbeitenden und die damit verbundenen Bemühungen immer wieder die neuen Beschäftigten erneut zum Thema kRM „abzuholen“, wird als weiteres Hindernis bei der Umsetzung von kRM gesehen.

- *Keiner hat Bock drauf, ich sag das mal so salopp, einfach noch eine Institution einzuführen. Also das ist leider so, gerade durch Corona ein oder zwei Corona Besprechungen, allein wegen Corona. Man muss ja auch zeitliche Schnittmengen finden, wo die Leute auch Zeit haben zu kommen. Also es gibt so viele Sitzungen und Kommissionen und Besprechungen, dass man einfach nicht will, dass es noch so was gibt. Und das kann ich vom Gedanken nachvollziehen. Die Leute, die man dabei haben will, müssen woanders abgezogen werden. Es heißt, dann können weniger Patienten versorgt werden, Schichtbetrieb. Umsetzungsschwierigkeiten. Da lassen sich immer welche entschuldigen.*
- *An den personellen Ressourcen hängt es eigentlich, dass es heißt, ich mach ein gutes kRM oder noch besseres, diskutiere Fälle und überlege mir Strategien, wie kann ich's machen, aber letztendlich ist fast keine Zeit dafür. Und da reicht nicht nur einer, sondern ich brauch aus verschiedenen Abteilungen jemanden. Und die irgendwie für ein oder zwei Stunden oder regelmäßig freizuschaulen, ist extrem schwer.*

Finanzielle Ressourcen: Auch der Mangel an finanziellen Ressourcen behindert eine effektive Umsetzung von kRM. Gelder für u.a. sinnvolle Instrumente des kRM, wie Software zur erleichterten Bearbeitung von Meldungen im kRM, werden von der Klinik nicht bereitgestellt oder können nicht finanziert werden. Es wird der Wunsch nach einem Budget explizit für das kRM geäußert, dass für Maßnahmen innerhalb eines Jahres zur Verfügung steht.

- *Und dann natürlich auch die finanzielle Seite, wenn dann was ist, dass man auch was verbessern könnte, sind dann die Kosten doch oft so hoch. Dass man erst mal nicht umsetzen kann oder ein Investment aufnehmen muss.*

### **Mitwirkung der Beschäftigten**

Damit ein kRM wirkungsvoll in die Praxis umgesetzt werden kann, ist die Mitarbeit von allen Beteiligten in der Klinik notwendig. Barrieren sind allerdings auch im Rahmen des beschäftigten Personals zu finden. Teilnehmende berichten von der ambivalenten Haltung von Mitarbeitenden gegenüber Veränderungen, die einer Einführung und Umsetzung neuer RM-

Maßnahmen entgegenstehen. Dies ist insbesondere bei langjährigen Mitarbeitenden zu beobachten. Auch die grundsätzliche Zugänglichkeit des Personals sehen manche Befragte als eingeschränkt. So sind nicht alle Menschen offen dem Thema gegenüber (*„Es gibt auch immer Menschen, die nicht so offen dem Thema gegenüberstehen, das sind dann unsere Barrieren. Oder wenn wir irgendwelche Sicherheitsvorgaben kommunizieren, dass das nicht bei jedem ankommt.“*). Des Weiteren hindert die fehlende Sensibilisierung in Teilen des Personals die Umsetzung eines effektiven kRM. Beteiligte Personen schreiben dem kRM einen geringen Wert zu und äußern sich widerwillig bezüglich der aktiven Teilnahme an Sitzungen und weiteren Terminen im Rahmen des kRM. Dies ist besonders darauf zurückzuführen, dass das Personal nicht an weiteren Gremien teilnehmen und dadurch zeitliche Ressourcen binden möchte. (*„Manche Leute, die haben auch oft keine Lust in die nächste Sitzung und nächste Sitzung wieder zu gehen. Und eigentlich müssen sie auf Station arbeiten.“*).

Als besonders wertvoll erweist sich die Unterstützung der Geschäftsführung. Allerdings wird die Sensibilisierung der Geschäftsführung in manchen Kliniken als unzureichend kritisiert. Manchmal sollte nach Ansicht der Befragten die Geschäftsführung noch besser aufgeklärt werden, damit diese auch die Relevanz der Thematik realisiert. Zwar berichten die meisten Teilnehmenden von einer guten Unterstützung durch die Geschäftsführung, allerdings wird auch der Wunsch thematisiert, dass die Geschäftsführung besser hinter dem Wirken des kRM steht und eine vorbildliche/angemessene Fehlerkultur vorlebt.

- *[Interviewer:in]: Welche anderen Herausforderungen sehen Sie bei Einführung und im Laufe der Zeit? [Interviewte:r]: Dass es nicht nur aus der Abteilung QRM kommt, sondern dass eben auch die Geschäftsführung dahintersteht, dass die auch versuchen die Fehlerkultur zu leben und da muss man halt anfangen. Dass die Geschäftsführung da auch mitgeht, dass die offen sind und dann muss man es halt runterbrechen. Das sehe ich als Herausforderung.*

Die Offenheit des Gesundheitspersonals wird als hilfreich bei der effektiven Umsetzung von kRM genannt. Dies gilt zum einen für das Thema kRM allgemein, aber auch die Offenheit gegenüber neuen Instrumenten vereinfacht die Arbeit im kRM. Ein weiterer Förderfaktor im Hinblick auf die personellen Strukturen bildet die Mitarbeit aller am kRM-Beteiligten. Dazu gehören nicht nur die Mitarbeitenden im kRM-Team, sondern alle an der Gesundheitsversorgung Beteiligten.

### **Einrichtungsinterne Strukturen**

Ein oft genanntes Hindernis bei der Umsetzung eines effektiven kRM ist das Fehlen von klinikinternen Strukturen und Vorgaben. Herausforderungen ergeben sich aufgrund einer fehlenden Stringenz und Regelmäßigkeit von Treffen bezüglich kRM und daraus folgend eine sporadische Entwicklung und Nachverfolgung von Maßnahmen. Befragte berichten weiterhin von der Übermittlung informeller Meldungen und der Schwierigkeit, wie damit umzugehen ist. (*„Dass man mehr oder weniger über Zufall erfährt. Und da ich schon seit langer Zeit an der Klinik bin, hab ich ein großes Vertrauensverhältnis zu vielen Personen, da erfähr ich ganz viel*

*informell. Aber darf man nicht offiziell machen. [...] Da fehlt irgendwie die gewisse Vorgabe.“). Auch gibt es vereinzelt Fälle, bei denen die Meldesysteme für andere Zwecke wie personelle Wünsche und Veränderungen genutzt werden.*

Die Interviewteilnehmenden wurden nach Vorgehensweisen befragt, die sich im Rahmen des kRM in ihrer Klinik als besonders wertvoll bewährt haben. Viele Befragte thematisieren dabei die Schwierigkeit, bestimmte Vorgehensweisen sowie den Nutzen von Maßnahmen zu messen. So können Verbesserungen nicht immer festgemacht und positive Entwicklungen dann nicht kommuniziert werden. Welche Vorgehensweisen sich als wertvoll bewähren, kann auch deswegen nicht nachvollzogen werden, da Maßnahmen sich oft auf Einzelfälle beziehen. Die Messung der Wirksamkeit und die Evaluation sind schwierig. Auch die Anonymisierung der Meldungen führt zu einer gewissen Schwierigkeit im Hinblick auf die Bearbeitung der Vorfälle und Formulierung von konkreten Gegenmaßnahmen.

Als ein weiterer kritischer Punkt wird die aus unterschiedlichen Anforderungen resultierende Vielzahl an Meldeportalen thematisiert. Dies führt nach Bericht der Befragten zu Unübersichtlichkeit und es besteht die Gefahr, dass Mitarbeitende nicht genau wissen, in welches System was zu melden ist. Meldungen werden irrtümlich in falsche Systeme abgesetzt, was dann zu einem Mehraufwand der Personen führt, die die Meldungen bearbeiten und richtig zuordnen müssen. Dabei wird die Anonymität der Fehlermeldungen als hinderlich empfunden und es sind Bearbeiter:innen notwendig, die sich gut mit der Thematik auskennen, damit Meldungen richtig zugeordnet werden können. Herausfordernd wird dabei auch die Rolle der kRM-Beauftragten als „Einzelkämpfer“ angesehen.

- *[Interviewer:in]: Sonstige Barrieren und Schwierigkeiten? [Interviewte:r]: Das, was wir festgestellt haben, es kommen mehr Systeme, mehr Meldeprogramme, das sehen wir halt auch. Wir haben einmal die Patientensicherheit, besondere Vorkommnisse, Datenschutz. Wir haben letztendlich die Schadensmeldung, CIRS. Wir sehen, dass die Mitarbeiter so viele Systeme haben, die wissen gar nicht mehr in welches System sie was melden müssen. Dann kommen noch die Medizinprodukte dazu. Oder die Arzneimittel. Das sind so viele Meldesysteme letztendlich. Und man muss echt alle kennen, um zu wissen, welche man wann benutzt. D.h. wir haben durchaus in unseren CIRS öfter Schadensfälle mit drin, wir haben da auch Medizinprodukte Meldungen drin. So dass man wirklich auf eine Person angewiesen ist, die diese Meldung erhält. Und die sozusagen Infos zusammenfließen und einschätzen kann, ach nee, das ist eine Medizinproduktmeldung, die kommt in ein anderes Feld oder Schadensfallmeldung, besondere Vorkommnisse. Das muss man sozusagen vorfiltern und an die Mitarbeiter zurückgeben. Sodass man das dann in die richtige Bahn lenkt.*
- *Und auch schwierig sind diese Plattformen. Welches Portal gilt für was, jeder benutzt irgendwie ein anderes. Also es gibt nicht eine Datenbank, sondern ich muss Datenbanken abfragen. Finde ich auch unübersichtlich.*

Auch die Größe eines Unternehmens führt zu einer besonderen Herausforderung im kRM. Befragte berichten von der Schwierigkeit, alle Mitarbeitenden zu Themen des kRM zu



erreichen. Dabei stellt sich insbesondere die Koordinierung von mehreren Standorten als herausfordernd dar.

Obwohl die Mehrheit mit der Nutzung der kRM-Instrumente zufrieden scheint, sehen vereinzelte Befragte den Gebrauch der klinikinternen Tools als Barriere gegenüber dem wirksamen Umsetzen von kRM. Es wird oft mit Excel-Dateien und Tabellen gearbeitet, die gerade bei einer langen Laufzeit des kRM unübersichtlich und unhandlich werden können. Viele Befragte erachten den Einsatz von spezifischer Software für kRM-Lösungen als sinnvoll. Diejenigen, die eine Software im Rahmen des kRM nutzen, sind zufrieden und sehen dies als Erleichterung der Arbeit.

Ein weiterer Punkt im qualitativen Interview ergab sich durch die Schnittmenge zwischen QM und RM. Während viele Kliniken von einer guten Einbettung des kRM in QM-Strukturen berichten, kritisieren andere eine fehlende Abgrenzung und fehlende Zusammenarbeit von QM und RM innerhalb derselben Organisation. Eine Klinik berichtet von der Problematik, dass das kRM als Zusatz, sog. Add-on zum QM, und weniger als eigenständige Stabsabteilung gesehen wird und aus diesem Grund weniger Aufmerksamkeit bekommt oder Doppelungen in Kauf genommen werden müssen. Die Mehrheit der Befragten sprechen sich für eine sinnvolle Verknüpfung von QM und kRM aus.

Kliniken, bei denen das kRM in den Strukturen des QM, z.B. als eine gemeinsame Stabsstelle, eingebettet ist, berichten von einer guten Zusammenarbeit und effektiven Umsetzung von Maßnahmen im Rahmen von kRM. (*„Und dadurch, dass wir eine Abteilung sind, können wir auch Risiken ableiten. Wenn das jetzt, wenn wir nicht zusammenarbeiten würden, dann würde da einiges verloren gehen. Und so finde ich das bei uns super, dass das eine Abteilung ist.“*). Auch die Abgrenzung des klinischen RM zum kaufmännischen RM wird als Entlastung angesehen, da die Aufgaben den zeitlich begrenzten Rahmen von betroffenen Individuen sprengen würde. Sowohl in Hinblick auf die zeitliche als auch personelle Ressourcen stellt sich die Verknüpfung von Themen des kRM mit ähnlichen Themen, wie bspw. Arbeitssicherheit, als sinnvoll heraus.

### **Allgemeine Kenntnis zu kRM**

Eine weitere wichtige Barriere, die im Rahmen der Interviews identifiziert werden konnte, ist das Fehlen von offiziellen und einheitlichen Vorgaben sowie Definitionen bzw. unzureichende Kenntnisse bezüglich der Thematik kRM. Zwar sind die Krankenhausbeschäftigten mit dem Begriff des kRM vertraut, allerdings wird das Fehlen einer einheitlichen Bedeutung und einer klaren Definition des Begriffs kRM sowohl für die Verantwortlichen als auch für die gesamte Belegschaft als ein Hindernis bei der effektiven Umsetzung benannt. Es besteht der Wunsch nach mehr Transparenz, Verständnis und Informationen über die Thematik von einer zentralen Stelle. Weiterhin soll es eine Übersicht geben, mit einer klaren Abgrenzung des kRM von anderen Aktivitäten. Desweiterem wird um leichteren Zugang, eine bessere Strukturierung und offenere Kommunikation gebeten, auch über Anbieter, die im Rahmen des kRM auf dem Markt tätig sind.

Insbesondere bei Kliniken mit mehreren Standorten wurde eine fehlende Vergleichbarkeit von Häusern untereinander als weiteres Hindernis bemängelt. Befragte wünschen sich zum einen mehr Kommunikation zwischen den Häusern aber auch Transparenz und eine Vereinheitlichung von Grundzügen des kRM.

- *Bewertungsmaßstäbe sollten auch einheitlich sein. Wie soll ich Risikoeinschätzungen von einem Haus mit dem anderen vergleichen, kann ich nicht. Weil es das nicht einheitlich gibt. Wieder nicht vergleichbar. Eine transparente strukturierte Kommunikation wäre mega sinnvoll.*
- *Allgemeine Definition, was ist denn kRM, und was muss ich erfüllen, um überhaupt vom kRM sprechen zu können. Also das finde ich schwierig.*
- *Ich würde mir wünschen, dass es für kRM eine Definition gibt. Und nicht nur Fragezeichen, sie können, sollen, dürfen oder müssen.*

Die folgende Tabelle fasst die in der Analyse identifizierten Barrieren und Förderfaktoren bei der erfolgreichen Umsetzung von kRM kurz zusammen.

| <b>Barrieren bei der Umsetzung eines effektiven kRM</b>   | <b>Förderfaktoren bei der Umsetzung eines effektiven kRM</b>  |
|---|---|
| <p>Fehlerkultur</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Zu häufig wird noch eine negative Fehlerkultur gelebt</li> </ul>   | <p>Fehlerkultur</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Entwicklung einer positiven Fehlerkultur</li> </ul>                              |
| <p>Verfügbarkeit von Ressourcen</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mangel an zeitlichen Ressourcen: Schwierigkeiten bei Terminfindung, großer Zeitaufwand des kRM</li> <li>- Mangel an personellen Ressourcen: Personalmangel im kRM</li> <li>- Mangel an finanziellen Ressourcen: fehlende Gelder für Instrumente wie Softwares</li> </ul> | <p>Verfügbarkeit von Ressourcen</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Übergeordnete Zusammenarbeit</li> </ul>                          |
| <p>Mitwirkung der Beschäftigten</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Versteifte Prozesse des Personals</li> <li>- Fehlende Sensibilisierung von Personal und Geschäftsführung</li> <li>- Geringe Wertzuschreibung zu kRM und entsprechenden Maßnahmen</li> </ul>  | <p>Mitwirkung der Beschäftigten</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Offenheit, Mitarbeit und Motivation der Beschäftigten</li> </ul> |
|   |   |

|  |  |
|--|--|
| <p>Einrichtungsinterne Strukturen</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Fehlen von klinikinternen Strukturen für kRM</li> <li>- Eingeschränkte Messbarkeit der Wirksamkeit</li> <li>- Schnittmenge QM - RM die teilweise zu Doppelungen führt</li> <li>- Vielzahl von kRM-Systemen führt zur Unübersichtlichkeit</li> </ul> | <p>Einrichtungsinterne Strukturen</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Gute Zusammenarbeit zwischen QM und RM</li> <li>- Aufklärungsgespräche, Schulungen, Workshops zur Sensibilisierung</li> <li>- Regelmäßige Treffen, strukturelle Vorgaben</li> </ul> |
| <p>Allgemeine Kenntnis von kRM</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Fehlende Definition von kRM</li> <li>- Fehlen von einheitlichen Vorgaben</li> <li>- Fehlende Transparenz und Kommunikation zwischen Häusern</li> <li>- Fehlende Vergleichbarkeit</li> </ul>  |  |

#### 4. Diskussion

Die vielfältigen Ergebnisse aus den Interviews mit ausgewählten Funktionsträgern helfen die verschiedenen Herausforderungen im Klinikalltag besser nachzuvollziehen sowie Bedarfe für Weiterentwicklungen und Anpassungen zu identifizieren. Während zahlreiche Barrieren bei der Umsetzung von kRM identifiziert werden konnten, berichten die Befragten im Vergleich nur von wenigen Förderfaktoren.

Besonders auffällig war das Bewusstsein der Befragten darüber, dass das Personal und die Mitarbeit aller an der Versorgung Beteiligten ausschlaggebend für die Umsetzung eines effektiven kRM ist. Auch die Führungsebene spielt bei der effektiven Umsetzung eine bedeutende Rolle, da diese mit vorbildlichem Engagement eine positive Fehlerkultur vorleben und die Strukturen des kRM unterstützen soll.

Während die mangelnde Verfügbarkeit von personellen, zeitlichen und finanziellen Ressourcen nur begrenzt verändert werden kann, können zeitsparende Maßnahmen, z.B. im Rahmen von themenübergreifenden Treffen, eingerichtet werden.

Die Mitarbeitenden in der Versorgung sowie weitere Ansprechpartner und Verantwortliche in der Organisation benötigen eine klare Abgrenzung und Definition darüber, was kRM beinhaltet und wie die vorhandenen Instrumente des kRM zu bedienen sind. Eine allgemeine Kenntnis von kRM muss flächendeckend etabliert werden. Die Befragten fordern Vorgaben einer externen zentralen Stelle, aber auch 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. Wichtig ist außerdem eine Integration oder zumindest gute Absprache und Zusammenarbeit mit dem QM, um Doppelungen zu verhindern, die zugleich verwirrend wirken können. Es besteht der Wunsch nach Schulungen, die bereits während der Ausbildung stattfinden mit dem Ziel der frühen und vertieften Sensibilisierung der Mitarbeitenden für das Thema mit der Hoffnung, die Fehlerkultur bereits früh im Berufsleben positiv zu entwickeln.

Insgesamt lassen sich mit den erhobenen Informationen und Einsichten aktuelle und zukünftige Herausforderung für das klinische Risikomanagement identifizieren sowie für kommende Entwicklungs- und Verbesserungsprojekte in der klinischen Praxis wie auch Forschung nutzen.