

## Befragung zum Umsetzungsstand des klinischen Risikomanagements (kRM) in Rehabilitationskliniken und Krankenhäusern in Deutschland 2021/2022

### Projekt des Aktionsbündnisses Patientensicherheit für das Bundesministerium für Gesundheit

#### Kooperationspartner:

- Institut für Patientensicherheit der Universität Bonn
- Lehrstuhl Medizin für Ökonomen der Hochschule RheinMain
- Deutsches Krankenhausinstitut

Sehr geehrte Damen und Herren,

im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit führt ein Konsortium unter Leitung des Aktionsbündnisses Patientensicherheit eine Online-Befragung zum klinischen Riskmanagement durch. Ziel des Projektes ist eine umfassende Bestandsaufnahme zur Patientensicherheit durch das Management klinischer Risiken. Wir möchten Sie herzlich um eine Teilnahme ersuchen.

Weitere Projektpartner sind das Deutsche Krankenhausinstitut, das Institut für Patientensicherheit der Universität Bonn und die Hochschule RheinMain in Wiesbaden.

Ihr besonderer Vorteil: Für jede teilnehmende Klinik wird ein kostenloser Ergebnisbericht erstellt. Darin werden jeweils Ihre klinikindividuellen Daten den Vergleichswerten der Gesamterhebung bzw. zu Kliniken Ihres Typs gegenübergestellt. So wissen Sie auf einen Blick, wo Sie im klinischen Risiko-Management stehen. Eine günstige Gelegenheit, in diesem Bereich gezielt Verbesserungen zu erkennen und umzusetzen.

Wir möchten Sie bitten, den Fragebogen bis zeitnah zu beantworten oder beantworten zu lassen, etwa durch Ihr Qualitäts- oder Risiko-Management. Nur mit breiter Beteiligung an der Studie kann ein repräsentatives Bild zur nationalen Lage entstehen.

Wir sichern Ihnen ausdrücklich zu, dass die Ergebnisse der Untersuchung ausschließlich in anonymisierter Form dargestellt werden. Jedwede Rückschlüsse auf einzelne Kliniken sind ausgeschlossen. Ihre Angaben werden streng vertraulich behandelt und nicht an Dritte außerhalb des Projektkonsortiums weitergeleitet.

Für Rückfragen steht Ihnen zur Verfügung:

**Dr. Karl Blum**  
Tel.: 0211 – 47 051-17  
Fax: 0211 – 47 051-67  
E-Mail: [forschung@dki.de](mailto:forschung@dki.de)

**Deutsches Krankenhausinstitut**  
Hansaallee 201  
40549 Düsseldorf

---

**Vielen Dank für Ihre Mitarbeit an diesem wichtigen Projekt!**

<b>1 Allgemeine Angaben</b>			
<b>1A Allgemeine Angaben zu Ihrer Einrichtung:</b>			
Wie viele <b>Standorte</b> umfasst Ihre <b>Einrichtung insgesamt</b> (Anzahl Standorte)?	_____ Anzahl Standorte <b>insgesamt</b>		
<b>Anzahl der Planbetten aller Standorte insgesamt?</b>	_____ Anzahl Planbetten <b>insgesamt</b> (für alle Standorte)		
Für <b>wie viele Standorte</b> füllen Sie diesen <b>Fragebogen</b> aus?	_____ Anzahl Standorte ( <b>im Fragebogen</b> )		
Für welche <b>Einrichtung(en)</b> füllen Sie <b>diesen Fragebogen</b> aus ( <b>Name</b> der Einrichtung / Standort)?			
<b>Anzahl der Planbetten</b> der Standorte, für die Sie <b>diesen Fragebogen</b> ausfüllen?	_____ Anzahl Planbetten ( <b>im Fragebogen</b> )		
<b>1B</b> Verfügt Ihre Einrichtung über die folgenden Zertifizierungen? <b>Wenn ja:</b> In welchem Jahr fand die letzte (Re-)Zertifizierung statt?	Nein	Ja →	Jahr der letzten (Re-)Zertifizierung
KTQ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> →	_____
ProCumCert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> →	_____
DIN EN ISO 9001	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> →	_____
JCI (Joint Commission International)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> →	_____
<b>1C</b> Liegen für Ihr Haus medizinische Fachzertifizierungen vor (z. B. zertifiziertes Brustzentrum, zertifizierte Stroke Unit)?	Nein	Ja	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>Wenn ja, welche?</b>			
<b>1D</b> Wenn Sie noch Anmerkungen zum Kapitel „Allgemeine Angaben“ haben, können Sie uns diese hier gerne mitteilen!			

## 2 Strategien und Ziele des klinischen Risikomanagements (kRM)

2A Bitte geben Sie an, inwiefern folgende Aussagen auf Ihre Einrichtung zutreffen.	Noch nicht damit befasst	Diskutiert, bisher <b>keine</b> Umsetzungs-pläne	Umsetzung in den nächsten 12 Monaten geplant	Unsystematisch umgesetzt	Systematisch umgesetzt	Bewusst <b>dagegen</b> entschieden oder <b>nicht relevant</b> für die Einrichtung
Gibt es für Ihre Einrichtung eine verbindliche, <b>schriftlich festgelegte Strategie</b> für das kRM?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gibt es für Ihre Einrichtung verbindliche, <b>schriftlich festgelegte strategische Ziele</b> für das kRM?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gibt es für das kRM in Ihrer Einrichtung verbindliche, <b>schriftlich festgelegte operative Ziele</b> ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sind Aufgaben, Kompetenzen und Verantwortlichkeiten im kRM in Ihrer Einrichtung <b>klar definiert, dokumentiert</b> und Mitarbeitenden <b>verbindlich zugeordnet</b> ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sind die <b>Prozesse</b> des kRM (Verfahrensweisungen, Abläufe etc.) <b>definiert</b> und <b>dokumentiert</b> ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sind die <b>Prozesse</b> des kRM (Verfahrensweisungen, Abläufe, Zuständigkeiten etc.) den <b>involvierten Mitarbeitenden kommuniziert</b> worden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wird die <b>Wirksamkeit</b> des kRM in Ihrer Einrichtung <b>evaluiert</b> ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Werden regelmäßig <b>Fortbildungen</b> zum kRM angeboten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sind kRM und Fragen der <b>Patientensicherheit</b> fester Bestandteil der <b>Tagesordnung für die Sitzungen</b> der <b>Einrichtungsleitung</b> ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gibt es ein <b>Unterstützungsangebot</b> für alle involvierten Mitarbeitenden nach einem <b>kritischen Ereignis oder Fehler im Behandlungsverlauf</b> (z. B. systematisches Debriefing, Supervision oder psychosoziale Unterstützung)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Finden im kRM Ihrer Einrichtung <b>Aspekte der gendersensiblen Medizin Berücksichtigung</b> ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Wenn ja, welche?</b>						
2B Wenn Sie noch Anmerkungen zum Kapitel „Strategien und Ziele des kRM“ haben, können Sie uns diese hier gerne mitteilen!						

<b>3 Strukturen des klinischen Risikomanagements (kRM)</b>			
<b>3A Wie viele Personen</b> arbeiten momentan mit wieviel Stellenprozent <b>in der Organisation</b> des klinischen Risikomanagements in Ihrer Einrichtung?			
Anzahl Personen / Köpfe:	_____ Köpfe		
Vollzeitäquivalente <b>insgesamt</b> in Prozent der Personen / Köpfe:	_____ %		
<b>3B Wie ist das kRM in Ihrer Einrichtung organisiert?</b>			
Zentral	<input type="checkbox"/>	Dezentral	<input type="checkbox"/>
Beides	<input type="checkbox"/>	Durch externe Dienstleister organisiert	<input type="checkbox"/>
<b>3C An welchem Risikomanagementsystem orientiert sich Ihr zentrales Risikomanagement?</b>			
ONR 49001	<input type="checkbox"/>	DIN EN 15224	<input type="checkbox"/>
DIN EN ISO 31000	<input type="checkbox"/>	<b>Keine Orientierung</b> an einem vorhandenen System	<input type="checkbox"/>
<b>Keines</b> der genannten	<input type="checkbox"/>	Sonstiges, und zwar:	
<b>3D Wie ist das zentrale kRM-Team organisatorisch</b> in Ihrer Einrichtung eingegliedert?			
Mitglied der Leitung	<input type="checkbox"/>	Der Leitung direkt unterstellt	<input type="checkbox"/>
Eine Stabsstelle der Leitung	<input type="checkbox"/>	Folgendem Fachbereich unterstellt (Ärztliche Direktion, Pflegedirektion, Kaufm. Leitung etc.):	
<b>Andere Einbindung</b> in die Organisation	<input type="checkbox"/>		
Bitte beschreiben Sie die <b>andere Einbindung in die Organisation</b> (Verantwortlichkeiten, Einheit, Stufe etc.):			
<b>3E Inwieweit</b> haben die Mitarbeitenden in dem zentralen kRM-Team Ihrer Einrichtung die folgenden Qualifikationen?	Weiterbildung im kRM	Weiterbildung im QM	Sonstige Weiterbildungen
Leitung des Teams	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Mitarbeitende des Teams	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

3F Hat Ihre Einrichtung in den **letzten 5 Jahren** Beratung durch **externe Institutionen / Personen** in folgenden Themen in Anspruch genommen?

Einführung von kRM	<input type="checkbox"/>	Risikoanalyse*	<input type="checkbox"/>
Risiko-Audit**	<input type="checkbox"/>	Juristische Beratung (Haftpflicht)	<input type="checkbox"/>
Schulung / Fortbildung	<input type="checkbox"/>	Kommunikationsschulungen	<input type="checkbox"/>
Überprüfung des kRM nach Einführung	<input type="checkbox"/>	CIRS	<input type="checkbox"/>
Pandemie-Vorbereitung / -Management	<input type="checkbox"/>	Room of Horror	<input type="checkbox"/>
Simulationstraining	<input type="checkbox"/>	Human-Factor-Training	<input type="checkbox"/>
Stress- und Provokationstest	<input type="checkbox"/>	Anderes, und zwar:	<input type="checkbox"/>

\* Risikoanalyse: Systematische Ermittlung und Gebrauch von Informationen um ein Risiko zu verstehen und nach Wahrscheinlichkeit und Auswirkung auf eine Organisation oder auf ein System einzuschätzen (ONR 49000:2014)

\*\* Risiko-Audit: Systematischer unabhängiger und dokumentierter Prozess zur Erlangung von Auditrachweisen und zu deren objektiver Auswertung um zu ermitteln inwieweit die Auditkriterien erfüllt sind (ONR 49000:2014)

3G Bitte geben Sie an, inwiefern folgende Aussagen auf Ihre Einrichtung zutreffen.	Nein, und nicht geplant	Nein, aber konkret geplant	Teilweise umgesetzt	Vollständig oder weitgehend umgesetzt
Werden in Ihrer Einrichtung M&M-Konferenzen durchgeführt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Werden in den M&M-Konferenzen auch positive Fälle mit Lernbotschaft besprochen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3H In welcher Form finden die M&M-Konferenzen statt? (Bitte alle Zutreffenden ankreuzen)

Erfolgt nach einem einrichtungswest festgelegten Konzept	<input type="checkbox"/>	Erfolgt in einzelnen Kliniken / Abteilungen / Funktionsbereichen	<input type="checkbox"/>
Strukturiert	<input type="checkbox"/>	Dokumentiert	<input type="checkbox"/>
Fachabteilungs- / fachgebietsübergreifend	<input type="checkbox"/>	Berufsgruppenübergreifend	<input type="checkbox"/>
Regelmäßig	<input type="checkbox"/>		

3I Wenn Sie noch Anmerkungen zum Kapitel „Strukturen des kRM“ haben, können Sie uns diese hier gerne mitteilen!

#### 4 Risikobeurteilung (Risikoidentifikation, -analyse und -bewertung)

4A Inwieweit kommen die folgenden Verfahren der Risikobeurteilung in Ihrer Einrichtung zum Einsatz?	Noch <b>nicht</b> damit befasst	Diskutiert, bisher <b>keine Umsetzungspläne</b>	<b>Umsetzung</b> in den nächsten 12 Monaten <b>geplant</b>	Unsystematisch umgesetzt	Systematisch umgesetzt	Bewusst <b>dagegen entschieden</b> oder <b>nicht relevant</b> für die Einrichtung
Analysen der Patientenakten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beschwerdemanagement (Patient*innen und / oder Angehörige und / oder Zuweisende)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Auswertung von Behandlungsschäden, Behandlungsfehlern und / oder Anspruchserhebungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Direkte Beobachtung klinischer Abläufe, direkte Datenerhebung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Interne Risiko-Audits	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Externe Risiko-Audits	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Analyse von Daten zur externen Qualitätssicherung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Analyse von Daten zur Abrechnung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Analyse eigener Kennzahlen (z. B. Sturzraten oder eigene Komplikationsstatistiken)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schriftliche Befragungen der Patient*innen bzw. Angehörigen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schriftliche Befragungen der Mitarbeitenden zur Sicherheitskultur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hinweise der Haftpflichtversicherung oder deren Mittelsperson	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gesetzliche Meldesysteme*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Einsatz von Verfahren zur Fallanalyse (z. B. Root Cause Analysis, London Protokoll usw.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Einsatz von Verfahren zur prospektiven Risikoanalyse (z.B. Prozessrisikoanalyse oder FMEA**)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Einsatz dialogorientierter Verfahren (z. B. Thematisierung in Abteilungs- oder Klinikbesprechungen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Analyseergebnisse, die auf den verschiedenen Risiko- Informationsquellen beruhen, werden für die Einrichtung an einer Stelle für eine Gesamtanalyse der klinischen Risiken zusammengeführt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

\* Gesetzliche Meldesysteme sind die Meldung von unerwünschten Nebenwirkungen im Rahmen der Arzneimitteltherapie oder Anwendung von Medizinprodukten an das BfArM. Weitere gesetzliche Meldesysteme sind die externe Qualitätssicherung oder Meldungen an das RKI. ([www.gqmg.de](http://www.gqmg.de))

\*\* Failure Mode and Effects Analysis oder deutsch: Fehler-Möglichkeits- und Einflussanalyse: Bewertung eines Risikos nach Auswirkung, Eintrittswahrscheinlichkeit und Entdeckungswahrscheinlichkeit: quantifiziert Risiken mit einer Risikoprioritätszahl. Es werden sowohl die initialen Risiken als auch die verbleibenden Restrisiken nach Umsetzung der risikomindernden Maßnahmen bestimmt. ([www.gqmg.de](http://www.gqmg.de))

4B Wenn Sie noch Anmerkungen zum Kapitel „Risikobeurteilung“ haben, können Sie uns diese hier gerne mitteilen!

<b>5 Critical Incident Reporting System (CIRS)</b>				
5A Bitte geben Sie an, inwiefern folgende Aussagen auf Ihre Einrichtung zutreffen.	Nein und nicht geplant	Nein, aber konkret geplant	Teilweise umgesetzt	Vollständig oder weitgehend umgesetzt
Verfügen Sie in Ihrer Einrichtung über ein einrichtungsinternes Berichts- und Lernsystem (CIRS)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beteiligen Sie sich an einem einrichtungsübergreifenden Berichts- und Lernsystem (Krankenhaus-CIRS-Netz Deutschland, CIRSmedical Anästhesiologie, CIRS Health Care (CHC))?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5B Bitte geben Sie an, inwiefern folgende Aussagen auf Ihre Einrichtung zutreffen.	Nein und nicht geplant	Nein, aber konkret geplant	Teilweise umgesetzt	Vollständig oder weitgehend umgesetzt
Eine Definition von zu meldenden kritischen Ereignissen („Was soll berichtet werden“) existiert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schadensfälle werden ins CIRS einbezogen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Das CIRS erlaubt anonyme Meldungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Das CIRS erlaubt Rückfragen des Analyseteams an den anonymen Berichtenden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schulungen zum CIRS finden statt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Meldende erhalten ein zeitnahes Feedback zu ihrem Bericht (direkt, falls Meldender bekannt, oder indirekt, bei Anonymität der Meldenden, z. B. durch Veröffentlichung eines Fallkommentars)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CIRS-Meldungen können von allen Mitarbeitenden eingesehen werden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CIRS-Meldungen werden nach einem festgelegten Schema systematisch analysiert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aus den Erkenntnissen der CIRS-Analysen werden Maßnahmen abgeleitet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die aus CIRS-Analyse abgeleiteten Maßnahmen werden allen Mitarbeitenden kommuniziert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Umsetzung der Maßnahmen wird überprüft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Das Personal wird aufgefordert / ermutigt, auch über unerwartet positive Behandlungsverläufe in Berichts- und Lernsystemen (CIRS) zu berichten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5C <b>Seit wann</b> (Datum / Jahr) ist ein <b>CIRS</b> in Ihrer Einrichtung <b>eingesetzt</b> ?	_____			
5D <b>Wie viele CIRS-Berichte</b> gingen im Jahr 2020 ein?	_____			
5E <b>Wie viele positive Berichte</b> gingen im Jahr 2020 ein?	_____			
5F <b>Wieviel Prozent</b> der Abteilungen / Kliniken / Funktionsbereiche in Ihrer Einrichtung haben 2020 <b>CIRS-Berichte eingereicht</b> ?	_____ %			
5G Wenn Sie noch Anmerkungen zum Kapitel „Critical Incident Reporting System“ haben, können Sie uns diese hier gerne mitteilen!				

## 6 Risikobewältigung

6A Inwieweit kommen die folgenden Instrumente / Methoden für die Risikobewältigung in Ihrer Einrichtung zum Einsatz?	Noch <b>nicht</b> damit befasst	Diskutiert, bisher <b>keine Umsetzungspläne</b>	<b>Umsetzung</b> in den nächsten 12 Monaten <b>geplant</b>	Unsystematisch umgesetzt	Systematisch umgesetzt	Bewusst <b>dagegen entschieden</b> oder <b>nicht relevant</b> für die Einrichtung
Umsetzung eines systematischen Vorgehens zur Patient*innen-Identifikation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nutzung einer elektronischen Patientenakte (Lesbarkeit, Prozesssicherheit)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Einbindung von klinischem Fachpersonal (Apotheker*innen, Pharmazeut*innen, Pharmakolog*innen) zur Förderung der Arzneimitteltherapiesicherheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ausführung spezieller Maßnahmen zur Erhöhung der Arzneimitteltherapiesicherheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Umsetzung von systematischen MRSA-Screenings von Risikopatient*innen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Umsetzung von bundle interventions (z. B. zur Prävention von zentralvenösen Katheterinfektionen, zur Reduktion unnötig verwendeter Urinkatheter, zur Prävention beatmungsassoziiertes Pneumonien)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Einsatz von systematischem Dekubitusmanagement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Einsatz von systematischem Wundmanagement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sturzprävention mit Sturz-Assessment bei Risikopatient*innen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Einsatz von perioperativen (prä-, intra- und postoperativen) Checklisten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Durchführung von Simulatortrainings (z. B. für schwierige Operationen und Notfälle)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Umsetzung von Maßnahmen zur Früherkennung von Patient*innen mit Komplikationen (z. B. "rapid response")	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>6B Second victims sind Mitarbeitende Ihrer Einrichtung, die durch einen unvorhergesehenen Zwischenfall am Patienten, einen medizinischen Fehler und / oder einer Verletzung des Patienten selbst zum Opfer werden, da sie durch dieses Ereignis traumatisiert sind. Inwieweit treffen die folgende Aussagen zu Second Victims auf Ihre Einrichtung zu?</b>			<b>Nein und nicht geplant</b>	<b>Nein, aber konkret geplant</b>	Teilweise umgesetzt	Vollständig oder weitgehend umgesetzt
Wird in Ihrer Einrichtung das Second Victim Phänomen im Rahmen psychischer Gefährdungsbeurteilungen thematisiert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gibt es in Ihrer Einrichtung ein kollegiales Unterstützungsangebot auf Abteilungsebene?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gibt es in Ihrer Einrichtung psychologische Ersthelfer*innen, die zeitnah bei akuten Belastungssituationen unterstützen können?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gibt es eine interne oder externe Kooperation mit einem Psychotherapeutischen Dienst, um Gesundheitspersonal mit PTBS akut /	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gibt es eine schriftliche Handreichung zum Umgang mit Second Victims in der Einrichtung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wurden Führungskräfte bezüglich der Second Victim Problematik geschult?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



6C Wenn Sie noch Anmerkungen zum Kapitel „Risikobewältigung“ haben, können Sie uns diese hier gerne mitteilen!

## 7 Überwachung und Bericht von klinischen Risiken

7A Werden für die Überwachung klinischer Risiken und Messung der Effektivität des klinischen Risikomanagements (kRM) anhand eines kennzahlen-gestützten Controllings in Ihrer Einrichtung folgende Daten erhoben und beobachtet? Bitte geben Sie an, inwiefern folgende Aussagen auf Ihre Einrichtung zutreffen.	Nein und nicht geplant	Nein, aber konkret geplant	Teilweise umgesetzt	Vollständig oder weitgehend umgesetzt
Statistiken zu Patientenschäden werden dokumentiert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schadenfallstatistiken der Risikoträger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anzahl von Schadensfällen und / oder Anspruchserhebungen pro Zeiteinheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Statistiken nosokomialer Infektionen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Aktivitäten der Einrichtung zum kRM werden dokumentiert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7B Inwieweit werden die folgenden Gesundheitsindikatoren in Ihrer Einrichtung erhoben und überwacht?	Nein und nicht geplant	Nein, aber konkret geplant	Teilweise umgesetzt	Vollständig oder weitgehend umgesetzt
Fremdkörper, der während eines Eingriffs zurückgeblieben ist	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Transfusionszwischenfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dekubitalgeschwüre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Katheterassoziierte Blutstrominfektionen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Postoperative Komplikationen (z. B. Lungenembolie, tiefe Beinvenenthrombose, Sepsis)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Geburtstrauma (Verletzung des Neugeborenen oder der Mutter)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ungeplante Wiederaufnahmen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arzneimittelschäden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7C Falls Sie derzeit andere Kennzahlen nutzen oder zu nutzen planen, geben Sie diese bitte hier an:

7D Wenn Sie noch Anmerkungen zum Kapitel „Überwachung und Bericht von klinischen Risiken“ haben, können Sie uns diese hier gerne mitteilen!

<b>8 Entlassmanagement</b>					
8A	Inwieweit kommen die folgenden Instrumente / Methoden des Entlassmanagements in Ihrer Einrichtung zum Einsatz?	Nein und nicht geplant	Nein, aber konkret geplant	Teilweise umgesetzt	Vollständig oder weitgehend umgesetzt
	Standardisiertes initiales Assessment bei allen Patienten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Klare personelle Zuständigkeiten für das Entlassmanagement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Standardisiertes differenziertes Assessment bei allen Patient*innen mit Bedarf für ein umfassendes Entlassmanagement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Frühzeitiger Beginn der Entlass-Planung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Frühzeitige Kontaktaufnahme mit Nachversorgenden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Nahtloser Übergang der Patient*innen in die Anschlussversorgung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Aushändigung patientenorientierter Unterlagen mit wichtigen Informationen für die Zeit nach der Entlassung an alle Patient*innen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Überprüfung der Entlass-Planung nach der Entlassung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Systematische Dokumentation, Analyse und Evaluation der Wiederaufnahmen von Patient*innen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8B Wenn Sie noch Anmerkungen zum Kapitel „Entlassmanagement“ haben, können Sie uns diese hier gerne mitteilen!					
<b>9 Patientensicherheit</b>					
9A	Bitte geben Sie an, inwiefern folgende Aussagen auf Ihre Einrichtung zutreffen.	Nein und nicht geplant	Nein, aber konkret geplant	Teilweise umgesetzt	Vollständig oder weitgehend umgesetzt
	Gibt es in Ihrer Einrichtung einen Patientensicherheits-Beauftragten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Gibt es in Ihrer Einrichtung jährliche Zielvorgaben und Prioritäten bezüglich der Patientensicherheit?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Ist im Aufsichtsrat Ihrer Einrichtung ein Patientenvertreter Mitglied oder ständiger Gast?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Gibt es in Ihrer Einrichtung ein Meldesystem für die Patient*innen und deren Angehörige, um ihre Erfahrungen und Ergebnisse unsicherer Versorgung zu melden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Gibt es in Ihrer Einrichtung ein schriftlich dokumentiertes Verfahren zur Offenlegung von Zwischenfällen gegenüber Patient*innen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Gibt es in Ihrer Einrichtung ein schriftlich dokumentiertes Verfahren zur kontinuierlichen psychosozialen und anderweitigen Unterstützung von Patient*innen und deren Angehörigen nach einem schwerwiegenden Zwischenfall im Bereich der Patientensicherheit?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Gibt es in Ihrer Einrichtung ein schriftlich dokumentiertes Verfahren zum Einbezug von Patient*innen und Angehörigen mit Schadenserfahrungen in die Entwicklung von Strategien und die Festlegung von Maßnahmen zur Verringerung der Wahrscheinlichkeit eines erneuten Auftretens?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

9A (Fortsetzung) Bitte geben Sie an, inwiefern folgende Aussagen auf Ihre Einrichtung zutreffen.	Nein und nicht geplant	Nein, aber konkret geplant	Teilweise umgesetzt	Vollständig oder weitgehend umgesetzt
Hat sich Ihre Einrichtung schon einmal am Welttag der Patientensicherheit am 17. September beteiligt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben in Ihrer Einrichtung die Ziele des Welttags der Patientensicherheit schon einmal Berücksichtigung gefunden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gibt es in Ihrer Einrichtung regelmäßige Bewertungen der Kompetenzen der Mitarbeitenden im Bereich der Patientensicherheit?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

9B Setzt Ihre Einrichtung Software, Technologien oder Anwendungen mit künstlicher Intelligenz in der klinischen Versorgung ein (bspw. bei Diagnostik, Überwachung der Medikationssicherheit)?					
Noch nicht damit befasst	Diskutiert, bisher keine Umsetzungspläne	Umsetzung in den nächsten 12 Monaten geplant	Unsystematisch umgesetzt	Systematisch umgesetzt	Bewusst dagegen entschieden oder nicht relevant für die Einrichtung
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

9C Bewerten Sie bitte den durchschnittlichen Grad an Patientensicherheit innerhalb Ihrer Einrichtung aus Ihrer Sicht.				
Ungenügend	Schlecht	Akzeptabel	Sehr gut	Hervorragend
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

9D Wenn Sie noch Anmerkungen zum Kapitel „Patientensicherheit“ haben, können Sie uns diese hier gerne mitteilen!

## 10 Sicherheitskultur

10A Wie häufig kommen folgende Situationen in Abteilungen / Kliniken vor?	Nie	Selten	Gelegentlich	Meist	Immer
Die Mitarbeitenden innerhalb der Abteilungen / Kliniken erhalten Rückmeldung zu Veränderungen, die aufgrund von gemeldeten Ereignissen (z. B. Fehlern) umgesetzt wurden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Mitarbeitenden innerhalb der Abteilungen / Kliniken werden über Ereignisse (z. B. Fehler), die in diesen Abteilungen / Kliniken vorkommen, informiert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Mitarbeitenden innerhalb der Abteilungen / Kliniken diskutieren, wie das erneute Auftreten eines Ereignisses (z. B. eines Fehlers) vermieden werden kann.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

10B Inwiefern stimmen Sie den folgenden Aussagen zu?	Stimme überhaupt nicht zu	Stimme nicht zu	Teils, teils	Stimme zu	Stimme voll zu
Die Leitungen schaffen ein Arbeitsklima, das die Patientensicherheit fördert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Handlungen der Leitungen zeigen, dass die Patientensicherheit höchste Priorität hat.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Leitungen scheinen sich nur dann für die Patientensicherheit zu interessieren, wenn bereits ein Ereignis mit schädigenden Folgen für Patienten stattgefunden hat.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## 11 Verbesserungsbedarf

11A Wo sehen Sie Verbesserungspotential in Ihrer Einrichtung?	Trifft nicht zu	Trifft eher nicht zu	Trifft eher zu	Trifft zu
Systematische Prozess- und Strukturoptimierung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Klarer definierte interne Ansprechpersonen in den Kliniken / Abteilungen / Funktionsbereichen, die die Schnittstelle zum zentralen kRM sicherstellen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Einen regelmäßigeren Austausch zwischen dem zentralen kRM und den einzelnen Abteilungen / Kliniken / Funktionsbereichen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vermehrte Vernetzung und Austausch zwischen den Abteilungen / Kliniken / Funktionsbereichen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Klarere Regelungen der Aufgaben, Kompetenzen und Verantwortlichkeiten im kRM (Organisations- und Führungsstrukturen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vermehrt standardisierte Verfahren und klinische Prozesse (z. B. Behandlungspfade, Checklisten)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Einen offeneren Umgang mit Fehlern und Schwachstellen im System	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zeitnahe Bearbeitung von CIRS-Meldungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aktive Unterstützung des kRM durch die Führung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Umsetzung der QM-Richtlinie des G-BA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verpflichtende Meldungen an das BfARM	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Berücksichtigung von Aspekten der gendersensiblen Medizin im kRM	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstiges Verbesserungspotenzial, und zwar:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

11B Wenn Sie noch Anmerkungen zum Kapitel „Verbesserungsbedarf“ haben, können Sie uns diese hier gerne mitteilen!

## 12 Fortbildungsbedarf

12A Aus jetziger Sicht stellt sich für unsere Einrichtung in Bezug auf kRM der Fortbildungsbedarf wie folgt dar:	Überhaupt nicht relevant	Weniger relevant	Eher relevant	Sehr relevant
Förderung der Sicherheitskultur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rolle von Führung im kRM	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Risikoanalyse und -bewertung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Risiko-Überwachung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Maßnahmen zur Risikobeeinflussung /-steuerung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CIRS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Einsatz von Simulatoren für Notfalltrainings (OP, Notfall etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kommunikation mit Patient*innen / Angehörigen nach einem kritischen Ereignis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kommunikationsschulungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nutzung einer elektronischen Patientenakte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

12B Wenn Sie noch Anmerkungen zum Kapitel „Fortbildungsbedarf“ haben, können Sie uns diese hier gerne mitteilen!

## 13 Abschlussbewertung

13A Hat die Einführung des klinischen Risikomanagements (kRM) Auswirkungen auf die Prämienkonstellation Ihrer Haftpflichtversicherung?

Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>
Keine Angabe	<input type="checkbox"/>		

13B Was glauben Sie, wo Ihre Einrichtung in Bezug auf die Einführung von kRM im Vergleich zu anderen Einrichtungen Ihres Typs / Versorgungsschwerpunktes heute steht?

Weit unter dem Durchschnitt	<input type="checkbox"/>	Unter dem Durchschnitt	<input type="checkbox"/>
Genauso wie der Durchschnitt	<input type="checkbox"/>	Über dem Durchschnitt	<input type="checkbox"/>
Weit über dem Durchschnitt	<input type="checkbox"/>		

13C Wo glauben Sie, steht heute Ihre Einrichtung in Bezug auf die eigene Idealvorstellung für das kRM? (0 % = noch nichts davon erreicht, 100 % = alles schon erreicht):

\_\_\_\_\_ %

13D Wo sehen Sie in Ihrer Einrichtung im **kRM den größten Handlungsbedarf?**

13E Wenn Sie **weitere Anregungen oder Anmerkungen** zum kRM oder zum Erhebungsbogen haben, können Sie uns diese gerne hier mitteilen!

**Vielen Dank für Ihre Teilnahme!**