

Hochschule für angewandte Wissenschaften Hamburg

Fakultät Life Sciences

Departement Gesundheitswissenschaften

Bachelorthesis

Zur Erlangung des akademischen Grades Bachelor of Science im Studiengang
Gesundheitswissenschaften

Fehlermeldesysteme an deutschen Krankenhäusern

Eine Querschnittstudie zu der individuellen Umsetzung von CIRS sowie
zur Identifikation der damit verbundenen Herausforderungen und
Chancen

Vorgelegt von:

Nele Linka Reuter



Hamburg, 30.08.2022

Erstgutachter: Prof. Dr. (mult.) Dr. h.c. (mult.) Walter Leal (HAW Hamburg)

Zweitgutachter: Sven Kannenberg (HAW Hamburg)

Zusammenfassung

Hintergrund: Fehler im Gesundheitswesen verursachen nicht nur zum Teil hohe Folgekosten, sondern können auch die Gefährdung von Menschenleben bedeuten. Fehlermeldesysteme wie CIRS (Critical Incident Reporting System) sollen einen Beitrag dazu leisten, Fehler zu verhindern, indem die Beschäftigten von Krankenhäusern anonym Beinahe-Fehler melden können. Die Nutzung von Fehlermeldesystemen an deutschen Krankenhäusern ist gesetzlich verpflichtend, die individuelle Ausgestaltung obliegt den Einrichtungen selbst.

Methodik: Es wurde eine Querschnittstudie mit einem einmaligen Erhebungszeitraum vom 27.09.2021 bis zum 24.10.2021 durchgeführt. Ziel der Erhebung war es, die Umsetzung und Nutzung von CIRS an deutschen stationären Einrichtungen der Gesundheitsversorgung zu erfassen, sowie positive Aspekte und Hindernisse zu ermitteln. Dazu wurden Qualitätsmanagementbeauftragte befragt. Für die Analyse konnten 150 Antworten berücksichtigt werden. Zur Auswertung der erhobenen Daten wurden die Programme SPSS Version 27 und MAXQDA 2020 verwendet.

Ergebnisse: In beinahe 90 % der Einrichtungen gibt es eine*n CIRS-Beauftragte*n und über 80 % der Einrichtungen nehmen an einem einrichtungsübergreifenden CIRS teil. Bei den Vorteilen von CIRS überwiegt die Zustimmung zu den abgefragten Aussagen für jede These. Für die abgefragten Nachteile von CIRS wurde eine Aussage mit mehr als 50 % Zustimmung bestätigt und sieben Thesen wurden mehrheitlich abgelehnt. Weiterhin konnte festgestellt werden, dass keiner der Teilnehmenden CIRS als sehr nützlich erachtet. Auch ein erhöhter Schulungsbedarf des Personals im Umgang mit CIRS wurde von mehr als der Hälfte der Befragten angegeben.

Schlussfolgerungen: Jede Maßnahme, die dazu beiträgt, Fehler im Gesundheitswesen zu verringern und somit die Sicherheit von Patient*innen zu erhöhen, kann grundsätzlich positiv bewertet werden. CIRS leistet folglich einen wichtigen Beitrag zur Verbesserung der Versorgungsqualität an deutschen Krankenhäusern. Um den Nutzen von CIRS auszubauen, sind Schulungen und Aufklärungskampagnen nötig, die die Beschäftigten über den richtigen Einsatz von CIRS informieren.

Inhaltsverzeichnis

Zusammenfassung	I
Inhaltsverzeichnis	II
Abbildungsverzeichnis	IV
Tabellenverzeichnis	IV
Abkürzungsverzeichnis	VII
Übersicht über die verwendeten Gesetzestexte	VIII
1. Einführung	1
2. Theoretische Grundlagen	3
2.1. Grundlegende Informationen zum Qualitätsmanagement an Krankenhäusern	3
2.2. PDCA-Zyklus	5
2.3. Der Umgang mit Fehlern im Rahmen des Risikomanagements in Krankenhäusern	6
2.4. Swiss Cheese Model	7
2.5. Entwicklung einer Fehler- und Sicherheitskultur	8
2.6. CIRS als Bestandteil des Risikomanagements	9
2.7. Vorteile und Grenzen von CIRS	10
2.8. Gesetzliche Grundlagen sowie externe Zertifizierungen	12
3. Herleitung der Studie	14
4. Methodisches Vorgehen	16
4.1. Studiendesign	16
4.2. Der Fragebogen	17
4.3. Studienpopulation	19
4.4. Datengewinnung	20
4.5. Datenbereinigung	21
4.6. Auswertung	22
4.6.1. Quantitative Datenanalyse	23
4.6.2. Qualitative Datenanalyse	23

5.	Ergebnisse der Studie	26
5.1.	Beschreibung der Stichprobe	27
5.2.	Verwendung von CIRS in den befragten Einrichtungen	29
5.3.	Vorteile aus Sicht der Befragten	32
5.4.	Herausforderungen aus Sicht der Befragten	35
5.5.	Verbesserungsmöglichkeiten von CIRS aus Sicht der Befragten	38
5.6.	Weitere Ergebnisse	40
6.	Diskussion	40
6.1.	Limitationen	41
6.2.	Methodendiskussion	42
6.3.	Ergebnisdiskussion	44
6.3.1.	Beantwortung der ersten Forschungsfrage	45
6.3.2.	Beantwortung der zweiten Forschungsfrage	47
6.3.3.	Beantwortung der dritten Forschungsfrage	49
7.	Fazit	51
	Literaturverzeichnis	55
	Anhang	62
	Anhang 1 – Fragebogen	62
	Anhang 2 – Auflistung angeschriebener Organisationen	73
	Anhang 3 – Anfrage zur Weiterleitung der Studie	75
	Anhang 4 – Einladung zur Teilnahme an der Befragung	76
	Anhang 5 – Übersicht über das Datenniveau	77
	Anhang 6 – Übersicht in MAXQDA importierte Variablen	79
	Anhang 7 – Übersicht aller Codes mit Häufigkeit	80
	Anhang 8 – Ergebnistabellen der quantitativen Analyse	89
	Eidesstattliche Erklärung	

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1 Schema des PDCA-Zyklus (eigene Darstellung in Anlehnung an Wolf & Kossack, 2016, S. 20–21)	5
Abbildung 2 Swiss Cheese Model (Gunkel et al., 2013, S. 4)	7
Abbildung 3 Wortwolke (eigene Darstellung, erstellt mit MAXQDA 2020)	27
Abbildung 4 Darstellung der Berufserfahrung (eigene Darstellung)	28
Abbildung 5 Größe der befragten Einrichtungen in Betten (eigene Darstellung)	29
Abbildung 6 Darstellung der Modalwerte zur Einschätzung der positiven Aspekte von CIRS (eigene Darstellung)	33
Abbildung 7 Darstellung der Modalwerte zur Einschätzung der Hindernisse in der Arbeit mit CIRS (eigene Darstellung)	35
Abbildung 8 Anzahl an Krankenhäusern in Deutschland sortiert nach der Bettengröße im Jahr 2020 (eigene Darstellung nach Destatis, 2022b, S. 14)	44

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1 „Wer ist für die Betreuung des CIRS Ihrer Einrichtung zuständig?“ Sonstiges Antworten (eigene Darstellung)	29
Tabelle 2 Genannte Probleme bei den Anwendenden von CIRS (eigene Darstellung)	32
Tabelle 3 Häufigkeitstabelle DD02 Geschlecht (eigene Darstellung)	89
Tabelle 4 Häufigkeitstabelle DD05_01 Bildungsabschluss Berufsausbildung (eigene Darstellung)	89
Tabelle 5 Häufigkeitstabelle DD05_02 Bildungsabschluss Studium (eigene Darstellung)	90
Tabelle 6 Häufigkeitstabelle DD05_03 Bildungsabschluss Promotion (eigene Darstellung)	90
Tabelle 7 Häufigkeitstabelle DD05_04 Bildungsabschluss Sonstiges (eigene Darstellung)	90
Tabelle 8 Häufigkeitstabelle DD01 Berufserfahrung (eigene Darstellung)	91
Tabelle 9 Häufigkeitstabelle AF04 CIRS-Beauftragte (eigene Darstellung)	91
Tabelle 10 Häufigkeitstabelle AF05 Anzahl Betten (eigene Darstellung)	92
Tabelle 11 Häufigkeitstabelle AF06 CIRS Betreuung (eigene Darstellung)	93
Tabelle 12 Häufigkeitstabelle AF07 Nutzungsdauer CIRS (eigene Darstellung)	93
Tabelle 13 Häufigkeitstabelle VE01 Einrichtungsübergreifendes CIRS (eigene Darstellung)	94
Tabelle 14 Häufigkeitstabelle VE02 Meldung Vorfall (eigene Darstellung)	94

Tabelle 15 Häufigkeitstabelle VE03 Filterfrage Lösungssuche (eigene Darstellung)	95
Tabelle 16 Häufigkeitstabelle VE04 Filterfrage grundsätzliche Meldebereitschaft (eigene Darstellung)	95
Tabelle 17 Häufigkeitstabelle VE05 Bereiche CIRS-Nutzung (eigene Darstellung)	96
Tabelle 18 Häufigkeitstabelle VE06 Nutzungshäufigkeit (eigene Darstellung)	96
Tabelle 19 Häufigkeitstabelle VE07 Auswertung Vorfälle (eigene Darstellung)	97
Tabelle 20 Häufigkeitstabelle VE09 CIRS-Meldeportal (eigene Darstellung)	98
Tabelle 21 Häufigkeitstabelle VE10 Filterfrage Häufigkeit des Lesens (eigene Darstellung)	98
Tabelle 22 Häufigkeitstabelle VE11 Filterfrage Gründe für das Nicht-Lesen (eigene Darstellung)	99
Tabelle 23 Häufigkeitstabelle HE01 Meldung von Problemen (eigene Darstellung)	99
Tabelle 24 Häufigkeitstabelle HE02_05 Filterfrage Kategorien Probleme	100
Tabelle 25 Häufigkeitstabelle HE02_06 Filterfrage Kategorien Probleme	100
Tabelle 26 Häufigkeitstabelle HE02_02 Filterfrage Kategorien Probleme	101
Tabelle 27 Häufigkeitstabelle HE02_01 Filterfrage Kategorien Probleme „Technische Probleme“ (eigene Darstellung)	101
Tabelle 28 Häufigkeitstabelle HE02_03 Filterfrage Kategorien Probleme	101
Tabelle 29 Häufigkeitstabelle HE02_04 Filterfrage Kategorien Probleme	102
Tabelle 30 Häufigkeitstabelle HE02_07 Filterfrage Kategorien Probleme „Sonstiges“ (eigene Darstellung)	102
Tabelle 31 Häufigkeitstabelle HE03_01 Positive Aspekte: Bewusstsein Beinahe- Fehler (eigene Darstellung)	103
Tabelle 32 Häufigkeitstabelle HE03_02 Positive Aspekte: Kollektiver Lernzuwachs (eigene Darstellung)	103
Tabelle 33 Häufigkeitstabelle HE03_03 Positive Aspekte: Vermeidung von Fehlern (eigene Darstellung)	104
Tabelle 34 Häufigkeitstabelle HE03_04 Positive Aspekte: Kostensenkung (eigene Darstellung)	104
Tabelle 35 Häufigkeitstabelle HE03_05 Positive Aspekte: Meldebereitschaft (eigene Darstellung)	105
Tabelle 36 Häufigkeitstabelle HE03_06 Positive Aspekte: CIRS als Bereicherung (eigene Darstellung)	105
Tabelle 37 Häufigkeitstabelle HE03_07 Positive Aspekte: Schulungen (eigene Darstellung)	106
Tabelle 38 Häufigkeitstabelle HE03_08 Positive Aspekte: detaillierte Berichte (eigene Darstellung)	106
Tabelle 39 Häufigkeitstabelle HE03_09 Positive Aspekte: Transparenz (eigene Darstellung)	107
Tabelle 40 Häufigkeitstabelle HE03_10 Positive Aspekte: Sicherheit von Patient*innen (eigene Darstellung)	107

Tabelle 41 Häufigkeitstabelle HE05_01 Hindernisse: Zeitmangel (eigene Darstellung)	108
Tabelle 42 Häufigkeitstabelle HE05_02 Hindernisse: Mangel an Computerplätzen (eigene Darstellung)	108
Tabelle 43 Häufigkeitstabelle HE05_03 Hindernisse: Computer-Bedienung (eigene Darstellung)	109
Tabelle 44 Häufigkeitstabelle HE05_04 Hindernisse: Unwissenheit über CIRS (eigene Darstellung)	109
Tabelle 45 Häufigkeitstabelle HE05_05 Hindernisse: Unwissenheit über CIRS an Klinik (eigene Darstellung)	110
Tabelle 46 Häufigkeitstabelle HE05_06 Hindernisse: Unwissenheit, wo CIRS zu finden ist (eigene Darstellung)	110
Tabelle 47 Häufigkeitstabelle HE05_07 Hindernisse: Gewährleistung der Anonymität (eigene Darstellung)	111
Tabelle 48 Häufigkeitstabelle HE05_08 Hindernisse: Rückfrage-Möglichkeit (eigene Darstellung)	111
Tabelle 49 Häufigkeitstabelle HE05_09 Hindernisse: ungenaue Beschreibungen (eigene Darstellung)	112
Tabelle 50 Häufigkeitstabelle HE05_10 Hindernisse: Ableitung von Gegenmaßnahmen (eigene Darstellung)	112
Tabelle 51 Häufigkeitstabelle HE05_11 Hindernisse: zu spezielle Vorfälle (eigene Darstellung)	113
Tabelle 52 Häufigkeitstabelle PE01 Nützlichkeit CIRS (eigene Darstellung)	113
Tabelle 53 Häufigkeitstabelle PE02 Schulungsbedarf (eigene Darstellung)	114
Tabelle 54 Statistik zur Datenbereinigung (eigene Darstellung)	114

Abkürzungsverzeichnis

APS	Aktionsbündnis Patientensicherheit
CIRS	Critical Incident Reporting System
DIN	Deutsches Institut für Normung
EFQM	European Foundation for Quality Management
EN	Europäische Normung
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
ISO	International Organization for Standardization
KTQ	Kooperation für Transparenz und Qualität im Gesundheitswesen
Qb-R	Regelungen zum Qualitätsbericht der Krankenhäuser
QM	Qualitätsmanagement
QMB	Qualitätsmanagementbeauftragte
QM-System	Qualitätsmanagementsystem
QS	Qualitätssicherung
RM	Risikomanagement
RSI	Relative Speed Index
TN	Teilnehmende
TQM	Total Quality Management
üFMS	Einrichtungsübergreifendes Fehlermeldesystem

Übersicht über die verwendeten Gesetzestexte

- Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V) - Gesetzliche Krankenversicherung - (Artikel 1 des Gesetzes v. 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477):
 - § 135a Verpflichtung der Leistungserbringer zur Qualitätssicherung
 - § 136 Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Qualitätssicherung
 - § 136a Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Qualitätssicherung in ausgewählten Bereichen
 - § 136b Beschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Qualitätssicherung im Krankenhaus
 - § 137 Durchsetzung und Kontrolle der Qualitätsanforderungen des Gemeinsamen Bundesausschusses
- Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über grundsätzliche Anforderungen an ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement für Vertragsärztinnen und Vertragsärzte, Vertragspsychotherapeutinnen und Vertragspsychotherapeuten, medizinische Versorgungszentren, Vertragszahnärztinnen und Vertragszahnärzte sowie zugelassene Krankenhäuser (Qualitätsmanagement-Richtlinie/QM-RL)
 - In der Fassung vom 17. Dezember 2015, veröffentlicht im Bundesanzeiger (BAnz AT 15.11.2016 B2) und in Kraft getreten am 16. November 2016. Zuletzt geändert am 17. September 2020, veröffentlicht im Bundesanzeiger (BAnz AT 08.12.2020 B2) und in Kraft getreten am 9. Dezember 2020.
- Bestimmung des Gemeinsamen Bundesausschusses von Anforderungen an einrichtungsübergreifende Fehlermeldesysteme (üFMS-B)
 - In der Fassung vom 17. März 2016, veröffentlicht im Bundesanzeiger (BAnz AT vom 4. Juli 2016 B3) und in Kraft getreten am 5. Juli 2016.
- Vereinbarung gemäß § 137 Abs. 1 Satz 3 Nr. 1 SGB V über die grundsätzlichen Anforderungen an ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement für nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser
 - BAnz. Nr. 242 (S. 16 896) vom 22.12.2005

- Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses gemäß § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 SGB V über Inhalt, Umfang und Datenformat eines strukturierten Qualitätsberichts für nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser (Regelungen zum Qualitätsbericht der Krankenhäuser, Qb-R)
 - In der Fassung vom 16. Mai 2013, veröffentlicht im Bundesanzeiger (BAnz AT 24.07.2013 B5) und in Kraft getreten am 25. Juli 2013. Zuletzt geändert am 16. Juni 2022, veröffentlicht im Bundesanzeiger (BAnz AT 29.07.2022 B2) und in Kraft getreten am 30. Juli 2022.

„Errare humanum est, sed in errare perseverare diabolicum.“

„Irren ist menschlich, aber auf Irrtümern zu bestehen, ist teuflisch.“

Seneca (ca. 62-64 n. Chr.) in Epistulae morales VI, 57, 12

1. Einführung

Das eingangs zitierte lateinische Sprichwort ist beinahe 2000 Jahre alt und beschreibt dennoch die Grundlage für das heutige Fehlermanagement, indem es auf den richtigen Umgang mit Fehlern hinweist. Das Fehler als Schwäche empfunden werden und Menschen oft Angst davor haben, Fehler zu machen oder noch schlimmer, die Fehler zuzugeben, ist insbesondere auf die Normen und Werte unserer Gesellschaft zurückzuführen und wird bereits Kindern verinnerlicht. Dies verhindert sowohl, dass Fehler für die persönliche Weiterentwicklung genutzt werden können als auch, dass andere Personen, aus diesen Fehlern lernen können (Bühmann, 2015, S. 1103).

Im Gesundheitswesen haben Fehler weitreichende Auswirkungen, da hier Menschenleben betroffen sein können. Der Bericht aus dem Jahr 2000 „To Err Is Human – Building a Safer Health System“ legte dar, dass hochgerechnet jedes Jahr zwischen 44.000 und 98.000 US-Amerikaner*innen aufgrund eines medizinischen Behandlungsfehler starben. Die aufgrund von Behandlungsfehler entstandenen Kosten wurden damals auf einen Betrag zwischen 17 und 29 Milliarden Dollar geschätzt (Corrigan et al., 2000, S. 1–2). Bei ungefähr 10 % der stationären Klinikaufenthalte kommt es zu patientengefährdenden oder -schädigenden Zwischenfällen, von denen wiederum ungefähr die Hälfte der Zwischenfälle vermeidbar gewesen wäre (Rose & Hess, 2008, S. 721). Das Aktionsbündnis Patientensicherheit (APS) gibt an, dass es bei 5 bis 10 % der Klinikaufenthalten zu unerwünschten Ereignissen kommt, wovon zwischen 2 und 4 % der Ereignisse vermeidbar gewesen wären (Schrappe, 2018, S. 327). Die Analyse von verschiedenen Katastrophen hat gezeigt, dass 70 bis 80 % der Unfälle nicht auf technisches, sondern auf menschliches Versagen zurückzuführen sind. In der Analyse konnte ebenfalls gezeigt werden, dass menschliches Fehlverhalten insbesondere durch eine falsche

Wahrnehmung oder falsche Entscheidungen sowie eine mangelhafte Problemlösung und Teamarbeit ausgelöst wird. Die auf das menschliche Verhalten wirkenden Faktoren werden auch als „Human Factors“ bezeichnet. Auch für das Gesundheitswesen konnte in mehreren Studien bestätigt werden, dass 70 bis 80 % an Patient*innen gefährdenden Zwischenfällen sich auf Human Factors zurückführen ließen (St. Pierre et al., 2011, S. 5–7). Die Kosten von medizinischen Behandlungsfehlern belaufen sich jedes Jahr auf ungefähr 15 % der Krankenhausausgaben, wie eine Studie der Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD) ergab (Slawomirski et al., 2017, S. 9). Um die Sicherheit von Patient*innen zu erhöhen, wurden Institutionen wie das APS gegründet und Maßnahmen gestaltet, die dazu beitragen sollen, die Zahl an Fehlern zu senken. Eine von diesen Maßnahmen war die Einführung von krankenhausesweiten Fehlermeldesystemen, sogenannten Critical Incident Reporting Systems (CIRS) (Rohe et al., 2012, S. 25; Rose & Hess, 2008, S. 721). Fehlermeldesysteme wie CIRS leisten einen Beitrag dabei, Beinahe-Fehler zu erkennen und durch Analyse der Ursachen tatsächliche Fehler zu verhindern. CIRS wird als Instrument des Risikomanagements betrachtet und trägt zusammen mit weiteren Maßnahmen zur Fehlerreduktion und -vermeidung bei (Roeder & Wächter, 2015, S. 130).

Die folgende Arbeit beschäftigt sich mit dem Fehlermeldesystem CIRS und seiner Verwendung an deutschen stationären Einrichtungen. Dazu wurden in einer Querschnittstudie Qualitätsmanagementbeauftragte (QMB) deutscher stationärer Einrichtungen befragt. Als zu untersuchende Forschungsfragen wurden festgelegt:

1. Wie erfolgt die Umsetzung und Nutzung von CIRS an deutschen Krankenhäusern?
2. Wie beurteilen Qualitätsmanagementbeauftragte deutscher Krankenhäuser die Vor- und Nachteile von CIRS?
3. Welche Verbesserungsmöglichkeiten sehen Qualitätsmanagementbeauftragte für CIRS?

Zu Beginn der Arbeit wird der relevante theoretische Hintergrund erläutert, der sich auf Qualitäts- und Risikomanagement an Krankenhäusern fokussiert und den Umgang mit Fehlern innerhalb von Einrichtungen des Gesundheitswesens

thematisiert. Zudem soll der gesetzliche Hintergrund kurz dargestellt werden. Darauf folgend werden in Kapitel 3 die untersuchten Forschungsfragen erläutert und es wird in Kapitel 4 auf die angewendete Methodik eingegangen, wobei das Vorgehen bei der Entwicklung, Durchführung und Auswertung der Studie dargestellt wird. Im weiteren Verlauf der Arbeit werden in Kapitel 5 die Ergebnisse der Datenauswertung der Studie dargestellt. Anschließend werden im Rahmen der Diskussion in Kapitel 6 sowohl das methodische Vorgehen als auch die Ergebnisse diskutiert und Limitationen der Arbeit aufgezeigt. Den Abschluss der Arbeit bildet das Fazit in Kapitel 7 mit einem Ausblick für mögliche Verbesserungsansätze von CIRS.

2. Theoretische Grundlagen

Das folgende Kapitel erläutert die für diese Arbeit relevanten theoretischen Grundlagen. Grundlegend gilt, dass im deutschen Gesundheitswesen zwischen der ambulanten Versorgung, dem Krankenhaussektor und ambulanten sowie stationären Rehabilitationseinrichtungen unterschieden wird (Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen [IQWiG], 2018). Wie bereits erwähnt, wird in dieser Arbeit der stationäre Sektor betrachtet. Im Fokus der Arbeit steht der Krankenhaussektor.

2.1. Grundlegende Informationen zum Qualitätsmanagement an Krankenhäusern

In Deutschland gab es im Jahr 2020 1.903 Krankenhäuser mit insgesamt 487.783 Betten (Statistisches Bundesamt [Destatis], 2022a). Krankenhäuser sind Institutionen, die sowohl für die Daseinsfürsorge des Individuums als auch für die ganze Gesellschaft unabdingbar sind (Knon et al., 2013, S. 5). Es werden „Gesundheitsleistungen“ erbracht, die das Ziel haben „ein Bedürfnis nach Gesundheit zu befriedigen“ (Hensen, 2019, S. 3–4). Solche Gesundheitsleistungen können sowohl als Dienstleistungen erbracht werden, zum Beispiel in Form von einer Behandlung durch einen Arzt beziehungsweise eine Ärztin, aber auch durch materielle Sachgüter wie Medikamente. Oft finden beide Formen in Verbindung miteinander Anwendung und sind nicht klar voneinander zu trennen (Hensen, 2019, S. 3–4). Weitere relevante

Begriffe sind das „Gesundheitswesen“ sowie das „Gesundheitssystem“. Unter dem breit gefassten Begriff des Gesundheitswesens, wird das Umfeld verstanden, in dem sämtliche Gesundheitsleistungen ausgeführt werden. Dagegen ist der Begriff des Gesundheitssystems enger gefasst und wird zum Beispiel durch gesetzliche Regelungen eingegrenzt (Hensen, 2019, S. 4–10).

Bei Krankenhäusern handelt es sich um sehr komplexe Einrichtungen mit vielen Abteilungen und Mitarbeitenden. Dieser Tatsache ist auch geschuldet, dass nicht alle übergreifenden Arbeitsabläufe optimal aufeinander abgestimmt sind. Ein Qualitätsmanagementsystem (QM-System) kann dabei helfen, für mehr Struktur in allen Bereichen der Klinik zu sorgen und den Betrieb kontinuierlich den sich wandelnden Anforderungen, wie zum Beispiel durch veränderte Gesetzeslagen, anzupassen. Auf lange Sicht kann ein QM-System somit zur Schonung von Ressourcen beitragen und die Gesamtleistung der Einrichtung verbessern. Dies hilft dabei, die Zufriedenheit der Mitarbeitenden sowie von Patient*innen zu steigern (Wolf & Kossack, 2016, S. 11–14).

Das Qualitätsmanagement (QM) hat sich aus der Qualitätssicherung (QS) entwickelt. Während die QS zum Ziel hat, Fehler zu erkennen und festzustellen, ob am Ende eines Produktionsprozesses die angestrebten Qualitätsmerkmale erreicht wurden, betrachtet das QM nicht nur die Produktionsprozesse, sondern alle Bereiche des unternehmerischen Handelns (Ertl-Wagner et al., 2013, S. 11; Hensen, 2019, S. 42-43, 48-49). Der Begriff „Qualität“ hat seit den 1920er im Bereich der Wirtschaft an Bedeutung zu genommen, während er im Gesundheitswesen erst seit den 1980ern an Relevanz gewonnen hat. Mit der Entwicklung hat sich auch das Verständnis für den Begriff weiterentwickelt: Beginnend bei einem Ansatz mit einer eher passiven Reaktion auf aufgetretene Probleme hin zu einem aktiveren Verständnis, bei dem Probleme vorausschauend erkannt werden sollen, um diese gänzlich zu vermeiden. Inzwischen wird in der Fachsprache von einem umfassenden Qualitätsmanagement gesprochen (engl. Total Quality Management, TQM), bei dem eine kontinuierliche Verbesserung der Prozesse einer Institution zentral ist (Ertl-Wagner et al., 2013, S. 11–12).

2.2. PDCA-Zyklus

Der sogenannte PDCA-Zyklus (Plan – Do – Check – Act), dargestellt in Abbildung 1, gehört zu den Grundlagen von QM-Systemen und geht auf einen der Pioniere des QM William Edwards Deming (1900 – 1993) zurück. Der Zyklus ist in vier Bereiche eingeteilt und stellt das grundlegende Vorgehen bei der Etablierung von neuen QM-Prozessen sowie zur Problemlösung dar. In der initialen Phase der Planung (*Plan*) sollen Möglichkeiten für Verbesserungen erfasst werden, indem erst der aktuelle Zustand analysiert wird und anschließend ein darauf aufbauendes Konzept entwickelt wird. Das entwickelte Konzept wird dann in der zweiten Phase (*Do*) umgesetzt. Dies kann auch im Rahmen von Pilotprojekten erfolgen und erst in einem späteren Schritt auf die gesamte Einrichtung ausgeweitet werden. In der dritten Phase (*Check*) werden die umgesetzten Maßnahmen auf ihre Wirksamkeit hin geprüft. Somit wird kontrolliert, ob die umgesetzten Maßnahmen adäquat sind, die vorab festgelegten Ziele zu erreichen. Die abschließende Phase (*Act*) setzt eventuell notwendige Korrekturen sowie mögliche weitere Verbesserungen um und weitet, sofern vorhanden, das Pilotprojekt auf den gesamten betreffenden Bereich aus. Der Zyklus beginnt danach von Neuem, sodass ein kontinuierlicher Entwicklungsprozess gewährleistet werden kann (Kahla-Witzsch, 2009, S. 15–16; Wolf & Kossack, 2016, S. 20–21).

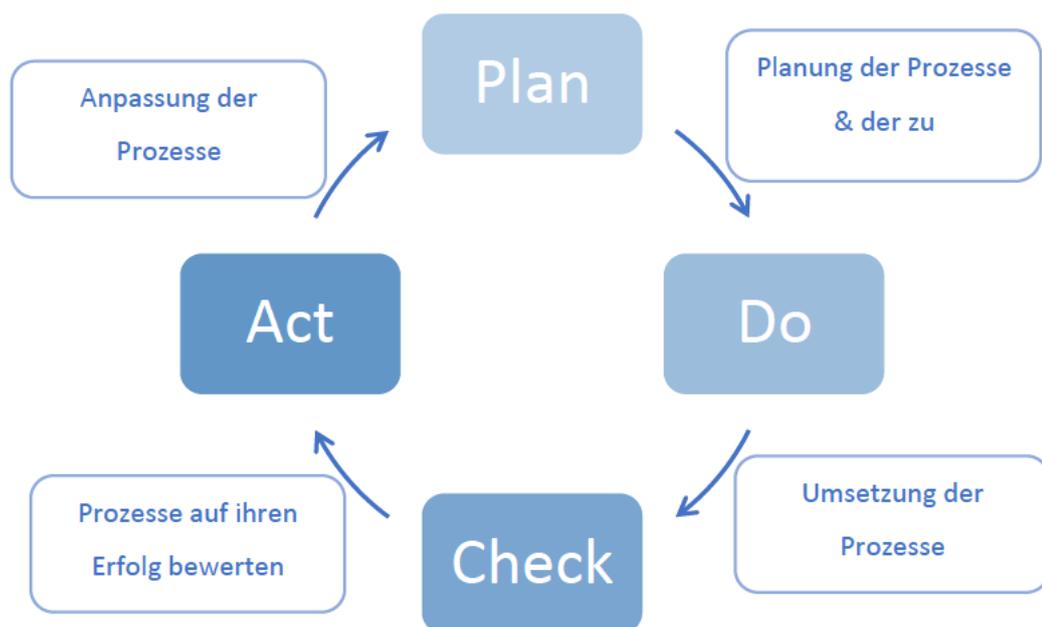


Abbildung 1 Schema des PDCA-Zyklus (eigene Darstellung in Anlehnung an Wolf & Kossack, 2016, S. 20–21)

2.3. Der Umgang mit Fehlern im Rahmen des Risikomanagements in Krankenhäusern

Das Risikomanagement (RM) wird als ein Bestandteil des QM betrachtet (Kuntsche & Börchers, 2017, S. 30). Die Prozesse im RM bauen auf dem PDCA-Zyklus auf und gelten für den gesamten Klinikbereich. Dabei wird versucht, Risiken zu identifizieren und aufgrund der vorhandenen Informationen die Gefährdungen zu bewerten. Die danach erstellte Risikobewertung wiegt die Wahrscheinlichkeit eines Schadenseintritts gegen das anzunehmende Schadensausmaß ab. Es folgt die Risikosteuerung, in der geklärt wird, ob das betrachtete Risiko vermeidbar oder reduzierbar ist. Zudem wird abgewogen, ob das Risiko so gering ist, dass keine Maßnahmen ergriffen werden müssen. In diesem Fall muss geklärt werden, welches Restrisiko verbleiben würde. Auf Basis der Ergebnisse aus der Risikosteuerung werden im Bedarfsfall Maßnahmen ergriffen, die den möglichen Risiken und Folgen angemessen sind. Diese Maßnahmen werden im Sinne des PDCA-Zyklus auf ihre Wirksamkeit hin überwacht und bewertet, was als Wirksamkeitskontrolle bezeichnet wird (Wolf & Kossack, 2016, S. 53–55).

Das klinische Risikomanagement versucht den Aufenthalt der Patient*innen möglichst sicher zu gestalten, indem potenziell gefährdende Ereignisse betrachtet werden und die Prozesse verbessert werden. Um solche vermeidbaren Ereignisse verhindern zu können, ist das erste Erkennen von potenziellen Gefahrenquellen von entscheidender Bedeutung. Das Fehlermanagement beschäftigt sich mit dem Umgang von Fehlern in der Klinik. Hierbei werden alle gemeldeten Ereignisse ausgewertet. Auch gemeldete Beinahe-Fehler in CIRS können dabei einen entscheidenden Beitrag leisten (Ertl-Wagner et al., 2013, S. 154; Rose & Hess, 2008, S. 721). Bei Beinahe-Fehlern (engl. near-miss) handelt es sich um Fehler, die beinahe passiert wären, jedoch noch rechtzeitig erkannt wurden und somit verhindert werden konnten. Der Unterschied zum tatsächlichen Fehler liegt darin, dass die Handlung in diesem Fall positiv ausgefallen ist (Thomeczek et al., 2004, S. 834–835). Dabei dürfen solche Fehler jedoch nicht isoliert betrachtet werden, sondern müssen immer im Kontext der Einflussfaktoren betrachtet werden, was auch als „systemorientierte Sichtweise“ (Rohe et al., 2012, S. 25) bezeichnet wird. In einem

komplexen System wie einem Krankenhaus sind diese Faktoren vielfältig. So hängt die Sicherheit der Patient*innen nicht nur von den an der Betreuung und Behandlung beteiligten Personen ab, sondern auch von den zur Verfügung stehenden Geräten, der Arbeitsorganisation vor Ort oder den institutionellen Rahmenbedingungen sowie weiteren Faktoren ab. In der Regel entstehen Fehler nicht aufgrund von individuellem Fehlverhalten, sondern sind überwiegend Folge eines „Systemversagens“ (Thomeczek et al., 2004, S. 834–835).

2.4. Swiss Cheese Model

Wie es zum Eintritt eines tatsächlichen Fehlers trotz Sicherheitsmechanismen kommen kann, stellt das als „Swiss Cheese Model“ bezeichnete Modell von James Reason (Abbildung 2) dar.

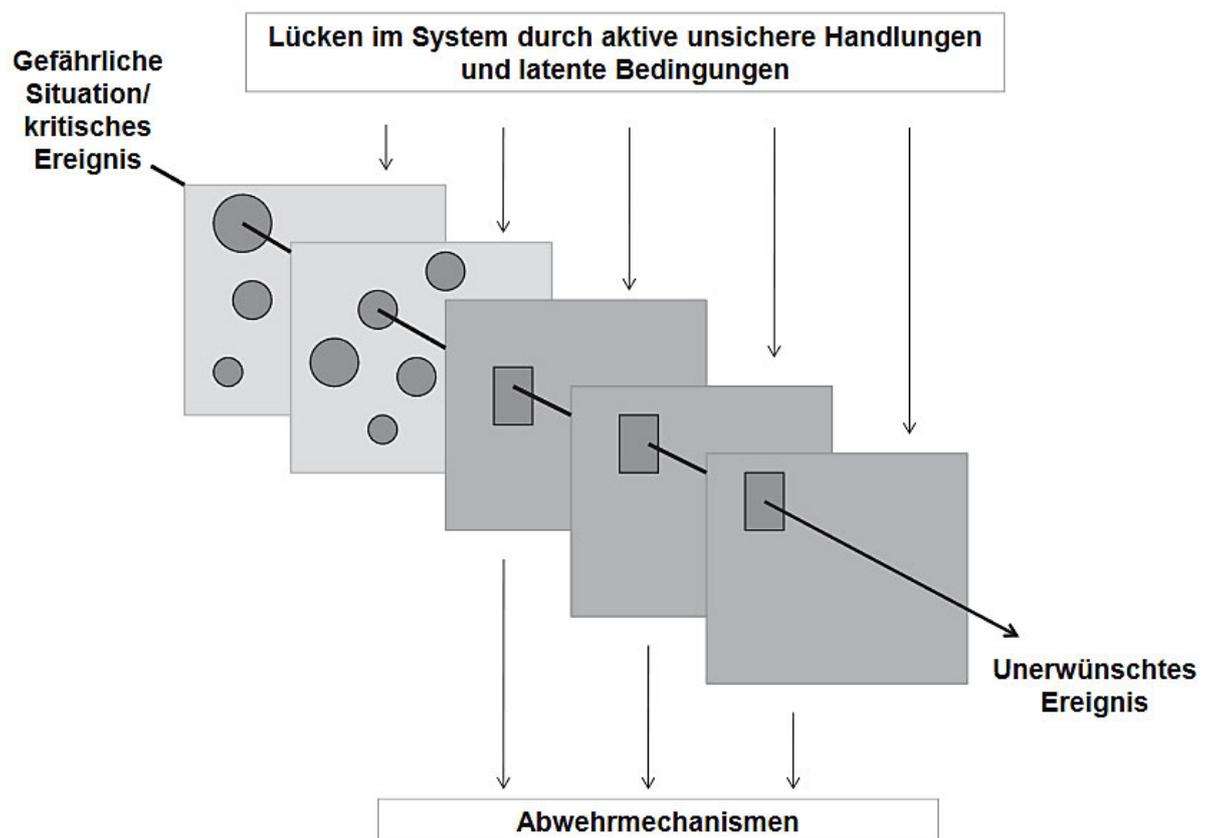


Abbildung 2 Swiss Cheese Model (Gunkel et al., 2013, S. 4)

Das Modell zeigt, wie fehlerbegünstigende Umgebungsfaktoren in Kombination mit Fehlhandlungen (zum Beispiel versehentliches Verwechseln der Medikamente) die vorhandenen Sicherheitsmechanismen außer Kraft setzen, sodass ein unerwünschtes, aber vermeidbares Ereignis eintreten kann. Die

fehlerbegünstigenden Umgebungsfaktoren, wie oben bereits beschrieben, werden als latente Rahmenbedingungen oder auch als latente Fehler bezeichnet. Dabei stellen die einzelnen „Käsescheiben“ in der Grafik jeweils einen Sicherheitsmechanismus zur Fehlerabwehr dar. Da jede Scheibe jedoch Löcher hat, sind die Arbeitsschritte grundsätzlich fehleranfällig. Die jeweiligen Sicherheitsmechanismen verhindern, dass ein Fehler eintreten kann, da der Fehler an einer Stelle bemerkt werden sollte. Im schlimmsten Fall wird der Fehler jedoch von keinem Sicherheitsmechanismus abgefangen und der tatsächliche Fehler tritt ein (Bühle, 2014, S. 46–47; Gunkel et al., 2013, S. 3–4).

2.5. Entwicklung einer Fehler- und Sicherheitskultur

Der Umgang mit Fehlern in Krankenhäusern, allgemein als Fehlerkultur bezeichnet, hat sich über die Jahre verändert. Als Ausgangspunkt wird die sogenannte „Null-Fehler-Kultur“ (engl. culture of blame) betrachtet, in welcher Fehler personenbezogen verurteilt wurden. Diese hat sich zu einer offener gestalteten Fehlerkultur weiterentwickelt, die auch als Sicherheitskultur (engl. safety culture) bezeichnet wird. In dieser werden die Fehler als Problem des Systems erkannt und entsprechend wird auch auf diese reagiert; ohne dass das primäre Ziel ist, Einzelpersonen zu bestrafen (Löber, 2011, S. 222; Thomeczek et al., 2004, S. 836). Um einen größtmöglichen Nutzen aus gemachten Fehlern oder Beinahe-Fehlern zu ziehen, muss aus den Fehlern gelernt werden, da „Fehlerlernprozesse“ die Wahrscheinlichkeit senken, dass sich die Fehler wiederholen. Dies trägt dazu bei, dass die Einrichtungen sich langfristig besser auf neue Entwicklungen einstellen können (Löber, 2011, S. 238). Das Konzept der „lernenden Organisation“ hat zum Ziel, dass ein kontinuierlicher Lernprozess in der Organisation stattfindet, wobei ein besonderer Fokus der Kontinuität gilt. Die Lernprozesse des Einzelnen werden hier mit der ganzen Organisation verknüpft, sodass die Organisation als Ganzes von den Lernprozessen der Angestellten profitieren kann. Daher sollen die Individuen in ihrem Lernprozess unterstützt werden (Kühnle, 2001, S. 364–365). Ergänzend gibt es auch einen wirtschaftlichen Anreiz, ein effektives Fehlermanagementsystem zu betreiben, da Erfahrungen aus der Wirtschaft gezeigt haben, dass je später ein Fehler bemerkt wird, desto höher fallen die Kosten aus, um den Fehler zu beheben (Kuntsche &

Börchers, 2017, S. 32). Hinzu kommen die Kosten, die durch den Vertrauensverlust entstehen, denn wenn medizinische Behandlungsfehler bekannt werden, kann dies zu längerfristigen Belegungsrückgängen führen (Schmola, 2016, S. 292–293).

2.6. CIRS als Bestandteil des Risikomanagements

CIRS zählt zu den Berichts- und Lernsystemen und gilt somit als Instrument des klinischen Risikomanagements (Aktionsbündnis Patientensicherheit [APS] et al., 2016, S. 4). Hier können die Beschäftigten sicherheitsrelevante Vorfälle anonym melden, mit dem Ziel, dass andere Beschäftigte aus den Erfahrungen lernen können und diese Fehler somit zukünftig vermieden werden können (Rohe et al., 2011, S. 92). Gemeldet werden kritische Zwischenfälle. Dies sind Ereignisse, die die Patient*innen gefährden können, bei denen jedoch kein Schadensfall eingetreten ist. Tatsächliche Schadensfälle gehören nicht zu CIRS und müssen anders bearbeitet werden als Beinahe-Fehler. Kritische Zwischenfälle können zu unerwünschten Ereignissen führen oder die Wahrscheinlichkeit dafür deutlich erhöhen. Als unerwünschtes Ereignis wird eine Schädigung eines Patienten beziehungsweise einer Patientin aufgrund von Behandlungsfehlern bezeichnet. Dabei wird unterschieden zwischen vermeidbaren und unvermeidbaren Vorfällen (Ertl-Wagner et al., 2013, S. 152, 156). Neben den üblichen Meldungen der kritischen Zwischenfälle können auch positive Ereignisse gemeldet werden, die zu einer Risikominderung beitragen (APS, 2016, o. S.). Die gemeldeten Berichte werden analysiert und zur Entwicklung von Maßnahmen sowie zur Ursachenforschung genutzt (Rohe et al., 2011, S. 92; Rohe et al., 2012, S. 25–26).

Als eines der Vorreiter-Systeme gilt das St. Galler CIRS, welches 2002 an einem Schweizer Krankenhaus entwickelt wurde. Das System zeichnet sich durch mehrere Kernmerkmale aus, welche gleichberechtigt zum Erfolg des Systems beitragen. Dazu zählen unter anderem die Grundsätze, dass keine Schäden gemeldet werden, dass das CIRS-Meldeformular kurz und simpel gestaltet ist, dass regelmäßige CIRS-Fall-Besprechungen durchgeführt werden, die Anonymität der Meldenden gewahrt wird und es feste Verantwortliche für CIRS gibt (Rose & Hess, 2008, S. 721–722). Weiterhin muss für die Meldenden Sanktionsfreiheit gelten und die Bearbeitung der Meldungen

sollte nach definierten Abläufen stattfinden, um die Transparenz zu sichern. Es muss jedoch auch klar sein, dass CIRS durch die Führungskräfte unterstützt wird, da sonst keine Maßnahmen umgesetzt werden können (Behle, 2014, S. 104–105). Zu den wichtigsten Kennzahlen, um zu beurteilen, ob das CIRS funktioniert, gehört die Anzahl umgesetzter Verbesserungen aufgrund der Meldungen. Diese Kennzahl gibt darüber Auskunft, ob das CIRS in der Lage ist, sein Hauptziel, das Umsetzen von Verbesserungsmaßnahmen, zu erreichen. Die Anzahl an CIRS-Meldungen allein, hat keine Aussagekraft darüber, ob die Einrichtung ihr CIRS im Sinne des PDCA-Zyklus bis zur letzten Phase „Act“ umsetzen konnte (Rose & Germann, 2005, S. 88).

Bei einem einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystem (üFMS) werden die Vorfälle nicht nur in dem CIRS System des eigenen Krankenhauses gemeldet, sondern auch andere, an dem Netzwerk beteiligte Krankenhäuser haben Zugriff auf die gemeldeten Fälle. Diese Datenbanken werden von externen Firmen oder Einrichtungen betrieben, die dann als Fachpersonen Maßnahmen vorschlagen (Deutsche Krankenhaus Gesellschaft, o. D.). Die Voraussetzung für die Teilnahme an einem üFMS ist, dass die gängigen Anforderungen wie die Wahrung der Anonymität von den Mitgliedern gewährleistet werden (Schmola, 2016, S. 294). Solche üFMS erweitern die Reichweite der Meldungen, wodurch noch mehr Krankenhausbeschäftigte von den Meldungen profitieren, und mehr Fehler vermieden werden können. Aus den Meldungen können präventive Maßnahmen für die eigene Einrichtung abgeleitet und in das betriebliche Risikomanagement integriert werden (Deutsche Krankenhaus Gesellschaft, o. D.). Gleichzeitig bietet die hohe Menge an Daten die Chance, dass Muster erkannt werden, die innerhalb einer Organisation nicht erkennbar gewesen wären, da die Vorfälle zu selten auftreten. So kann auch für weitverbreitete Fehler nach Lösungen gesucht werden (APS et al., 2016, S. 33).

2.7. Vorteile und Grenzen von CIRS

Zu den bekannten Schwierigkeiten in der Arbeit mit CIRS gehört, dass ärztliches Personal eine geringe Meldemotivation und -frequenz hat als andere Berufsgruppen. Zudem ist in kleineren Einrichtungen eine Wahrung der Anonymität kaum möglich

(Rose & Hess, 2008, S. 726). Da es zu Schwankungen in der Teilnahmemotivation kommen kann, müssen Verantwortliche einer „kontinuierliche[n] Informationsstrategie“ (Rose & Hess, 2008, S. 726) nachgehen, sodass CIRS allzeit präsent ist. Auch das reine zur Verfügung stellen des Meldesystems hat keinen Nutzen, da für die Meldenden erkennbar sein muss, dass aus den Meldungen Verbesserungen beziehungsweise Verbesserungsvorschläge abgeleitet werden und die gewonnenen Daten systemorientiert analysiert und verarbeitet werden. Weiterhin muss beachtet werden, dass sich die Häufigkeit der Meldungen eines Vorfalls nur bedingt auf die tatsächliche Häufigkeit im Klinikalltag übertragen lässt. Die Anzahl der gemeldeten Vorfälle in CIRS stellen vermutlich nur einen Bruchteil der sicherheitsrelevanten Vorfälle da. Die Gründe für die Diskrepanz sind vielfältig. Ein wichtiger Grund ist der Zeitmangel der Beschäftigten für solche Meldungen, aber auch die Angst davor, einen Vorfall zu melden oder ein fehlendes Bewusstsein dafür, dass es sinnvoll wäre, den Vorfall zu melden (Rohe et al., 2012, S. 26–27). Da CIRS ein Instrument ist, dessen System auf einer freiwilligen Nutzung basiert, kann es zur Identifikation von Risiken dienen und damit dazu beitragen, die Ursachen für die Fehler zu verhindern. Fehlerfreiheit kann jedoch in keinem Fall garantiert werden (APS et al., 2016, S. 8).

Davon ausgehend, dass das Erkennen von Risiken ein wichtiges Instrument zur Vermeidung von Fehlern ist, stellt jedes System, welches dabei hilft, Risiken zu erkennen, eine Steigerung der Qualität dar. Wichtig ist, dass die gewonnenen Erkenntnisse in einem effektiven RM genutzt werden. CIRS ist zum einen eine wichtige Voraussetzung, damit ein effektives RM betrieben werden kann, zum anderen wäre CIRS ohne ein darauf aufbauendes RM aber auch nutzlos, da die Meldungen nicht analysiert werden würden und auch keine Maßnahmen abgeleitet werden würden. Wird CIRS aktiv in der Einrichtung genutzt, so werden nicht nur Fehler verringert und Gefahrenquellen vermindert, sondern auch die Qualität der Versorgung steigt, was zu einer Steigerung der Zufriedenheit der Patient*innen beiträgt. Diese sorgt dafür, dass die Klinik konkurrenzfähig bleibt und senkt auch die in Kapitel 2.4. beschriebenen Folgekosten (APS, 2016, o. S.). Weiterhin kann CIRS dazu beitragen, die Sicherheit der Patient*innen zu gewährleisten, indem Gefährdungsquellen bereits vorzeitig erkannt und beseitigt werden. Dies sichert auch

den hohen Behandlungsstandard. Langfristig trägt CIRS zum Aufbau einer Sicherheitskultur bei, die dazu führt, dass sich für die Sicherheit positive Verhaltensweisen selbst verstärken und das Risikobewusstsein der Beschäftigten steigt. Die im CIRS gewährleistete Anonymität kann die Hemmschwelle zum Melden von sicherheitsrelevanten Vorfällen senken (Behle, 2014, S. 104–105; Rohe et al., 2012, S. 26). Die Nutzung von Fehlermeldesystemen kann die Angestellten einer Klinik sowohl für Risiken als auch für Lösungsmöglichkeiten sensibilisieren und vermittelt präventives Wissen zum Umgang mit Risiken an die Mitarbeitenden (APS et al., 2016, S. 8).

Abschließend muss hervorgehoben werden, dass CIRS eines von vielen Instrumenten des Risiko- und Qualitätsmanagements an Krankenhäusern darstellt. Es hilft dabei, die Perspektive der Mitarbeitenden stärker zu erfassen und kann dazu beitragen, die Ursachen von Fehlern zu erkennen und in der Folge zu beheben. Nichtsdestotrotz muss CIRS durch weitere Instrumente ergänzt werden, um ein wirkungsvolles Fehlermanagement zu gewährleisten (APS et al., 2016, S. 8).

2.8. Gesetzliche Grundlagen sowie externe Zertifizierungen

Das QM in deutschen Krankenhäusern unterliegt verschiedenen gesetzlichen Anforderungen. Im Folgenden werden die für diese Arbeit relevanten Passagen erläutert. Die genauen gesetzlichen Bezeichnungen finden sich in der Übersicht über die verwendeten Gesetztexte, die zu Beginn dieser Arbeit aufgeführt ist.

Die Einrichtungen des Gesundheitswesens mit einem kassenärztlichen Versorgungsauftrag sind gesetzlich dazu verpflichtet, ein QM-System zu führen und dieses kontinuierlich weiterzuentwickeln. Dazu gehört für Krankenhäuser auch die Durchführung eines patientenorientierten Beschwerdemanagements (§ 135a Abs. 2 Nr. 2 SGB V). Auch die erbrachten Leistungen müssen qualitätsgesichert und weiterentwickelt werden (§ 135a Abs. 1 S. 1 SGB V). In § 136 Abs. 1 SGB V wird festgelegt, dass der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) für die genaue Ausgestaltung der Vorgaben in Form von Richtlinien verantwortlich ist. Dieser Vorgabe wird durch die Qualitätsmanagement-Richtlinie (QM-RL) des G-BA Folge geleistet, welche die grundsätzlichen Anforderungen an das einrichtungsinterne QM-Systeme definiert.

Das Ziel ist die „kontinuierliche Sicherung und Verbesserung der Patientenversorgung sowie der Organisationsentwicklung“ (Präambel Abs. 1 S. 1 QM-RL). Unter Qualitätsmanagement wird vom G-BA die stetige Durchführung von Aktivitäten verstanden, die zu einer kontinuierlichen Qualitätsförderung in der Versorgung von Patient*innen führen. Diese Aktivitäten müssen regelmäßig auf ihren Nutzen geprüft werden, sodass das QM immer weiterentwickelt und verbessert wird (Teil A § 1 Abs. 1 S. 1 - 3 QM-RL). Kommen die Krankenhäuser ihren Verpflichtungen nicht nach, kann dies Abschläge in der Vergütung zur Folge haben (§ 137 Abs. 1 Nr. 1 SGB V).

In der „Vereinbarung gemäß § 137 Abs. 1 Satz 3 Nr. 1 SGB V über die grundsätzlichen Anforderungen an ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement für nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser“ (BAnz. Nr. 242) des G-BA ist festgelegt, dass die QM-Systeme in den Krankenhäusern nach dem „Prinzip des umfassenden Qualitätsmanagements“ gestaltet werden sollen. Zu diesem Prinzip gehören die folgenden Elemente:

- Patientenorientierung
- Verantwortung und Führung
- Wirtschaftlichkeit
- Prozessorientierung
- Mitarbeiterorientierung und -beteiligung
- Zielorientierung und Flexibilität
- Fehlervermeidung und Umgang mit Fehlern
- Kontinuierlicher Verbesserungsprozess

Diese sollen mit einer Qualitätskultur verknüpft werden, der eine „ethische, moralische und humanitäre Werteorientierung“ zu Grunde liegt (Präambel, BAnz. Nr. 242).

Besonders relevant für ein Fehlermeldesystem wie CIRS ist die Regelung, dass Meldungen aus den Fehlermeldesystemen nicht zum Nachteil des Meldenden ausgelegt werden dürfen. Dieser Grundsatz gilt nur dann nicht, wenn eine Straftat besonders schwer wiegt (§ 135a Abs. 3 SGB V). Die Anforderungen, wie die Risikomanagement- und Fehlermeldesysteme an den Krankenhäusern gestaltet sein

müssen, werden ebenfalls durch den G-BA festgelegt (§ 136 Abs. 3 S. 1 SGB V). Nehmen die Krankenhäuser an einem üFMS teil, dass die Mindeststandards des G-BA erfüllt, so kann das Krankenhaus dafür Vergütungszuschläge erhalten (§ 136a Abs. 3 S. 3 SGB V). Diese Vergütungszuschläge liegen für die Jahre 2020 bis 2022 bei 0,81 Euro pro vollstationärem Fall (GKV-Spitzenverband, 2019). Die Anforderungen an die üFMS werden in der „Bestimmung des Gemeinsamen Bundesausschusses von Anforderungen an einrichtungsübergreifende Fehlermeldesysteme“ (üFMS-B) ausgeführt. Zu den Anforderungen gehört unter anderem, dass das üFMS grundsätzlich für alle Krankenhäuser über das Internet zugänglich ist, die Daten vertraulich bearbeitet werden und von Expert*innen analysiert werden sowie dass ein strukturiertes Meldeformular vorliegt. Es wird jedoch kein konkretes System vorgegeben (§ 3, üFMS-B).

Neben den gesetzlichen Vorgaben an Qualitätsmanagementsysteme, gibt es auch externe Zertifizierungsmöglichkeiten. Die von der International Organization for Standardization (ISO) erstellten ISO Normen sind weltweit verbreitet und zählen zu den angesehensten. Für das QM im Gesundheitswesen hat die DIN EN ISO Norm 9001:2015 eine besondere Relevanz, wobei das DIN für „Deutsches Institut für Normung“ steht und das EN für „Europäische Normung“. Ebenfalls im deutschen Gesundheitswesen weit verbreitet ist eine Zertifizierung nach KTQ, der „Kooperation für Transparenz und Qualität im Gesundheitswesen“. Auf europäischer Ebene gibt es noch das EFQM-Modell (European Foundation for Quality Management), welches branchenübergreifenden angewandt wird (Kuntsche & Börchers, 2017, S. 119–120).

3. Herleitung der Studie

Da in der durchgeführten Studie nur deutsche stationäre Einrichtungen befragt wurden, wird für die Darstellung des aktuellen Forschungsstands nur auf Deutschland bezogene Literatur berücksichtigt.

Eine Umfrage aus dem Jahr 2015 legte dar, dass deutsche Krankenhäuser im Vergleich zu 2010 dem RM deutlich mehr Bedeutung zu wiesen. Weiterhin wurde auch der Einsatz von CIRS erfragt. Damals gaben 68 % der befragten Einrichtungen an, CIRS zu nutzen. An einem üFMS beteiligten sich nur 19 % der befragten

Einrichtungen (Institut für Patientensicherheit [IfPS], 2016, S. 43). Es konnten keine weiteren vergleichbaren Publikationen mehr gefunden. Wie das Institut für Patientensicherheit auf Anfrage mitteilte, wird derzeit eine identische Befragung zentral durch das APS koordiniert, aus der jedoch noch keine Ergebnisse vorliegen (Stand: 17.08.2022).

Ziel dieser Arbeit ist es, den Einsatz des Fehlermeldesystems CIRS an deutschen Krankenhäusern detailliert zu erfassen und dadurch sowohl Stärken als auch Problemfelder des Systems zu ermitteln. Die dazu durchgeführte Studie verfolgte mehrere Ziele. Durch die Befragung von QMB sollte die Haltung der Personen, die täglich mit CIRS arbeiten, erfasst werden. Außerdem war von Interesse, wie sie die Nutzung von CIRS durch die Nutzer*innen, also das Krankenhauspersonal, wahrnehmen. Weitere betrachtete Aspekte waren, ob die Mitarbeitenden ausschließlich CIRS-relevante Vorfälle melden oder ob im CIRS auch unpassende Meldungen vorgenommen werden und wie das Nutzungsverhalten der Meldenden ausfällt. Die Ausgestaltung von CIRS an Krankenhäusern ist insbesondere deshalb relevant, da die genaue Ausgestaltung des Systems den Einrichtungen selbst obliegt. Wie in Kapitel 2.6. erläutert wurde, sind durch die gesetzlichen Grundlagen lediglich Mindestanforderungen an die Gestaltung von Fehlermeldesystemen in Krankenhäusern festgelegt worden. Dies führt dazu, dass CIRS unterschiedlich praktiziert wird. Durch das Erfassen des Umsetzungsstands können Rückschlüsse darauf gezogen werden, welche Ausprägungsformen und Schwierigkeiten besonders verbreitet sind.

Wie bereits dargelegt wurde, ist jedes Krankenhaus dazu verpflichtet, ein internes Fehlermanagement zu betreiben. Auch die Teilnahme an einem üFMS lohnt sich aufgrund der Vergütungszuschläge für die Krankenhäuser. Die Masse an Einrichtungen, die folglich von Verbesserungsvorschlägen für CIRS profitieren können, ist groß.

Aus der dargestellten Sachlage ergeben sich folgende zu untersuchende Forschungsfragen:

1. Wie erfolgt die Umsetzung und Nutzung von CIRS an deutschen Krankenhäusern?
2. Wie beurteilen Qualitätsmanagementbeauftragte deutscher Krankenhäuser die Vor- und Nachteile von CIRS?
3. Welche Verbesserungsmöglichkeiten sehen Qualitätsmanagementbeauftragte für CIRS?

4. Methodisches Vorgehen

Im Folgenden soll das methodische Vorgehen zur Entwicklung und Umsetzung der durchgeführten Studie erläutert werden.

Zur Entwicklung der Forschungsfragen wurde zuerst eine Literaturrecherche durchgeführt, deren Ziel es war, den Wissensstand zu Fehlermeldesystemen, insbesondere zu CIRS, und zum QM in Krankenhäusern zu erweitern. Auf Basis der Rechercheergebnisse wurden die Zielgruppe sowie die zu untersuchenden Forschungsfragen festgelegt und darauf aufbauend der Fragebogen entwickelt.

Im Folgenden soll das methodische Vorgehen im Einzelnen erläutert werden. Dabei wird auf das Studiendesign, den Fragenbogen sowie die Abläufe der Datengewinnung, -bereinigung und der Auswertung eingegangen. Im Zuge der Darstellung des Auswertungsvorgehens wird im Einzelnen erläutert, wie die quantitativen sowie qualitativen Daten ausgewertet wurden.

4.1. Studiendesign

Zur Beantwortung der formulierten Forschungsfragen wurde ein Fragebogen entwickelt, welcher im Rahmen einer Querschnittstudie eingesetzt wurde. Ziel der Befragung war es, möglichst viele Einschätzungen von QMB zu erhalten, um Aussagen über die Verwendung von CIRS und den damit einhergehenden Herausforderungen treffen zu können. Die Studie hatte einen einmaligen Erhebungszeitraum von 26 Tagen. Der Befragungszeitraum startete am 27.09.2021 und lief bis einschließlich den 24.10.2021. Er wurde bewusst so lang gewählt, da in den Erhebungszeitraum die Herbstferien 2021 fielen, welche Auswirkungen auf die Erreichbarkeit der potenziellen Teilnehmenden (TN) hätten haben können. Die

Befragung fand online statt und wurde technisch mittels SoSci Survey umgesetzt (<https://www.soscisurvey.de/>, letzter Aufruf: 29.08.2022).

4.2. Der Fragebogen

Die Interviewsituation, in der die Befragung durchgeführt wurde, lässt sich als stark strukturiert einordnen, da die Befragung ausschließlich schriftlich stattfand (Atteslander, 2010, S. 133). Der Fragebogen (Anhang 1) wurde standardisiert designt; das bedeutet, dass die Fragen sich zu Kategorien zusammenfassen lassen. Dabei enthielt der Fragebogen sowohl geschlossene Fragen mit vorgegeben Antwortmöglichkeiten als auch fünf offene Fragen, bei denen die TN ihre eigene Meinung äußern konnten. Fünf der geschlossenen Fragen enthielten zusätzlich die Option „Sonstiges“ bei der die TN eigene Aspekte anführen konnten. Freitextantworten, also qualitative Daten, ergänzen die quantitativen Daten und geben somit Raum für die Erfahrungen und Ansichten der QMB (Rädiker & Kuckartz, 2020, S. 4). Es wurden sowohl dichotome Variablen, also solche mit nur zwei Merkmalsausprägungen, sowie polytome Variablen, mit mindestens drei Merkmalsausprägungen, eingesetzt (Döring & Bortz, 2016, S. 238). Die „Keine Antwort“-Antwortmöglichkeit wird dabei nicht als tatsächliche Merkmalsausprägung betrachtet, weshalb sie für die Einordnung in dichotom oder polytom vernachlässigt werden kann.

Insgesamt enthielt der Fragebogen 28 Fragen, wovon fünf Fragen sogenannte Filterfragen waren, die nur bei bestimmten vorangegangenen Antworten angezeigt wurden. Zwei Fragen enthielten mehrere Unterfragen, die im Format einer Ad-hoc-Skala abgefragt wurden. Eine Ad-hoc-Skala besteht aus mehreren Aussagen (Items), von denen der Grad der Zustimmung beziehungsweise Ablehnung der TN ermittelt werden soll. Die Ad-hoc-Skala grenzt sich von der bekannten Likert-Skala insofern ab, dass die verwendeten Items vorher keiner eingehenden psychometrischen Prüfung unterzogen wurden. In der Regel wird eine fünfstufige Ratingskala verwendet, sodass die Intensität des Merkmals beurteilt werden kann. Zu beachten ist dabei, dass die Items einfach und eindeutig formuliert sind. Oft werden sowohl positiv als auch negativ gepolte Items innerhalb einer Skala verwendet, um Antworttendenzen zu

vermeiden (Döring & Bortz, 2016, S. 269–270). Auf dieses Vorgehen wurde verzichtet, da innerhalb der Skalen jeweils explizit nach Vorteilen beziehungsweise nach Hindernissen gefragt wurde. Zudem kann die Verwendung von beidseitig gepolten Items dazu führen, dass die positiv gepolten Items sich stark ähneln; gleiches gilt für die negativ gepolten Items untereinander (Döring & Bortz, 2016, S. 270). Weiterhin haben vier Fragen Daten zur Person, wie Alter und berufliche Stellung, abgefragt. Diese Fragen lassen sich als soziodemografische Daten einordnen und dienen insbesondere der Stichprobenbeschreibung (ebd. S. 265). In zehn Fragen wurden allgemeine Aspekte zur Verwendung von CIRS in der Einrichtung und zu der eigenen Nutzung von CIRS abgefragt. Weitere neun Fragen haben positive und negative Aspekte von CIRS sowie mögliche Schwierigkeiten bei der Arbeit mit CIRS abgefragt.

Für die Formulierung der Fragestellungen im Fragebogen, wurden die drei Kriterien Genauigkeitskriterium, Exklusivitätskriterium und Exhaustivitätskriterium beachtet. Das Genauigkeitskriterium legt fest, dass die Ausprägungen des zu untersuchenden Merkmals genau definiert werden müssen. Im Rahmen des Exklusivitätskriterium wird festgelegt, dass die Ausprägungen sich nicht überschneiden dürfen. Abschließend legt das Exhaustivitätskriterium fest, dass die genannten Ausprägungen das Merkmal erschöpfend beschreiben müssen (Döring & Bortz, 2016, S. 238).

Die Fragen wurden selbstständig in Absprache mit der Betreuung entwickelt. Hilfreich für die Entwicklung der Fragen, war eine Befragung zum Thema Patientensicherheit in der Anästhesiologie, da dort ebenfalls CIRS thematisiert wurde (Berufsverband Deutscher Anästhesisten [BDA] & Deutsche Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin [DGAI], 2012). Bei der Entwicklung des Fragebogens wurden die Leitlinien zur Sicherung guter wissenschaftlicher Praxis berücksichtigt (Deutsche Forschungsgemeinschaft [DFG], 2019). Es wurde ein Pre-Test durchgeführt, an dem acht Personen teilnahmen. Nach Sichtung der Anmerkungen wurde der Fragebogen nochmals angepasst.

4.3. Studienpopulation

In der Studie wurden QMB deutscher Krankenhäuser befragt, da es möglich ist, deren Kontaktdaten öffentlich zugänglich über das Internet zu erhalten. Diese werden oft auf den Internetseiten von Krankenhäusern namentlich und mit Kontaktmöglichkeit vorgestellt. Zudem sind Krankenhäuser gesetzlich verpflichtet, einen Qualitätsbericht zu veröffentlichen. § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V legt fest, dass der G-BA die Anforderungen an den jährlich zu veröffentlichenden strukturierten Qualitätsbericht in der Richtlinie „Regelungen zum Qualitätsbericht der Krankenhäuser“ (Qb-R) bestimmt. In diesem Bericht muss ebenfalls die für das QM verantwortliche Person angegeben werden, um Patient*innen und anderen Interessierten, die Möglichkeit zu geben, mit den für die Leistungserbringung verantwortlichen Personen Kontakt aufzunehmen (§ 14 Abs. 1 S. 3 Qb-R).

Im Internet gibt es Such- und Vergleichsportale für Krankenhäuser, unter anderem von den Krankenkassen als Service an ihre Versicherten, in denen ebenfalls QMB mit ihrer Kontaktadresse gelistet sind. Für die Recherche wurde das Portal BKK Klinikfinder (<https://klinikfinder.bkk-dachverband.de/>, letzter Aufruf: 29.08.2022) genutzt. Unter der Rubrik „Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung“ (BKK Dachverband, 2022) werden die verantwortlichen Personen mit ihrer E-Mail-Adresse genannt. Da die Informationen in diesen Portalen auf den Qualitätsberichten nach der Qb-R basieren (ebd.), hätte auch jedes andere Portal genutzt werden können.

Um die Reichweite der Studie zu vergrößern, wurde der Link zur Befragung an alle deutschen Landes-Krankenhausgesellschaften, die Deutsche Krankenhausgesellschaft sowie mehrere Anbieter von CIRS Software gesendet, mit der Bitte, den Link in einem Newsletter zu erwähnen oder die Befragung an die Mitgliedskrankenhäuser weiterzuleiten. Hierzu waren fünf Einrichtungen bereit. Eine Übersicht, über die kontaktierten Organisationen ist Anhang 2 zu entnehmen. Das Anschreiben, mit dem Organisationen gebeten wurden, den Link zur Befragung zu teilen, ist dem Anhang beigefügt (Anhang 3).

4.4. Datengewinnung

Mithilfe der beschriebenen Suchmethoden wurde eine Liste mit 450 QMB erstellt, die direkt per E-Mail über SoSci Survey kontaktiert werden konnten. Davon waren 26 E-Mail-Adressen nicht mehr gültig, sodass insgesamt 424 Nachrichten zugestellt werden konnten. Zwei Personen, haben sich per E-Mail gemeldet und rückgemeldet, dass sie nicht an der Befragung teilnehmen werden.

Die TN, die eine Einladung zur Teilnahme an der Studie direkt erhalten haben, haben einen personalisierten Link erhalten. Das Anschreiben in der E-Mail ist dem Anhang beigefügt (Anhang 4). Mithilfe der personalisierten Links konnten Erinnerungs-Mails an die Personen verschickt werden, die den Fragebogen noch nicht ausgefüllt hatten. Außerdem war so erkennbar, welche Personen den Fragebogen nur angefangen haben und welche ihn auch beendet haben. Es wurden dreimal Erinnerungs-Mails an die Personen verschickt, die den Fragebogen bis zu dem jeweiligen Zeitpunkt nicht begonnen hatten. Das Anschreiben der Erinnerungs-Mail war mit dem ersten Anschreiben (Anhang 4) identisch. Mithilfe des personalisierten Links ist es den Personen möglich, eine abgebrochene Befragung an der entsprechenden Stelle fortzusetzen. Das Verfahren ermöglicht es, Erinnerungs-Mails gezielt nur an die Personen zu versenden, die den Link zum Fragebogen bisher nicht angeklickt hatten. Mithilfe des Pseudonyms wird die Anonymität weiterhin gewahrt, da die Projektleitung keinen Zugriff auf die Zuordnung hat und somit nicht erkennen kann, welche Antworten von welchen TN stammen (SoSci Survey, o. D.a).

Die Abschlussquote (engl. response rate) ergibt sich aus der Anzahl an abgeschlossenen Fragenbögen dividiert durch die Anzahl an versandten Einladungen (SurveyMonkey, o. D.b). Die Schwierigkeit bei der Angabe der Response Rate besteht bei dieser Umfrage darin, dass die TN sowohl über den ihnen zugesandten Link an der Befragung teilnehmen konnten als auch über den generellen Link, den die Einrichtungen versendet haben, die sich dazu bereit erklärt hatten, die Befragung weiterzuverbreiten. So konnten Personen nicht nur über den ihnen direkt zugesandten Link, sondern über den allgemeinen Link an der Befragung teilnehmen.

Die Anzahl an Personen, die insgesamt eine Einladung zur Teilnahme an der Befragung erhalten haben, ist somit nicht bekannt.

110 Personen haben über den Ihnen zugesandten Link den Fragebogen abgeschlossen, 29 Personen haben die Bearbeitung zwar begonnen, jedoch nicht abgeschlossen. 110 ausgefüllte Fragebögen von 424 zugestellten Nachrichten entsprechen einer Response Rate von ungefähr 26 %. Insgesamt wurden 329 Aufrufe auf den Fragebogen festgestellt, hierbei sind Mehrfach-Klicks miteingeschlossen. Dabei wurden 193 Interviews insgesamt begonnen, von denen 166 Datensätze abgeschlossen wurden. Ausgehen von 329 Aufrufen des Fragebogens und 166 abgeschlossenen Datensätzen, könnte die Response Rate mit ungefähr 50 % angegeben werden.

Ergänzend kann die Beantwortungsquote (engl. completion rate) berücksichtigt werden. Sie ergibt sich aus der Anzahl an abgeschlossenen Befragungen (Personen, die den Fragebogen bis zur letzten Seite bearbeitet haben) dividiert durch die Anzahl an Personen, die die Befragung angefangen haben (SurveyMonkey, o. D.b). Von den 193 Personen, die die Befragung begonnen haben, liegen 166 abgeschlossene Datensätze vor. Daraus ergibt sich eine Completion Rate von 86 %.

4.5. Datenbereinigung

Um die Validität der Ergebnisse zu erhöhen, wurden die Daten bereinigt. Für die Auswertung des Fragebogens wurden nur solche Datensätze berücksichtigt, die den Fragebogen bis zur vorletzten Seite bearbeitet hatten und maximal 50 % fehlende Antworten (engl. missings; Variablenname: MISSING) hatten. Ebenfalls wurde der „relative speed index“ (RSI) berücksichtigt. Mithilfe des RSI können solche Datensätze rausgefiltert werden, bei denen die Personen den Fragebogen auffallend schnell beantwortet haben. Dabei wird die pro Fragebogenseite benötigte Zeit mit dem Median der gesamten Befragung verglichen, sodass Ausreißer mit einer besonders schnellen Bearbeitungszeit bereinigt werden können (Leiner, 2019, S. 231–242; SoSci Survey, o. D.b). Alle Personen, die über dem festgelegten kritischen Wert von 2 lagen, wurden in der Auswertung nicht berücksichtigt (Variablenname: TIME_RSI). Bei der Befragung wurden keine Werte angegeben, die als unplausibel hätten eingeordnet

werden müssen. Als untere Grenze für die Bearbeitungszeit wurden 180 Sekunden festgelegt und als obere Grenze 900 Sekunden (Variablenname: TIME_SUM). Zusätzlich wurden Maluspunkte für ein zu schnelles Ausfüllen des Fragebogens berücksichtigt (SoSci Survey, o. D.b). Als Grenze wurde hier ein Wert von 50 festgelegt (Variablenname: DEG_TIME).

Im Median haben die TN 387 Sekunden zum Ausfüllen des Fragebogens benötigt. Dabei lag die minimal benötigte Zeit bei 195 Sekunden und das Maximum bei 720 Sekunden. Bezüglich des RSI liegt der Median bei 1,01 Punkten. Das Minimum beträgt 0,27 und das Maximum 1,92. Für die Maluspunkte liegt ein Median von 9,00 vor. Das Minimum beträgt 0 und das Maximum 48 Punkte. Die Übersicht über alle Werte ist in Tabelle 54 in Anhang 8 dargestellt.

16 der abgeschlossenen Datensätze wurden aufgrund von einer zu hohen Zahl an Missings ausgeschlossen. Nach der Bereinigung der Daten blieben 150 Datensätze übrig, die für die Auswertung der Studie analysiert werden konnten.

4.6. Auswertung

Die Auswertung der Studie wurde mithilfe von IBM SPSS Version 27 sowie mit MAXQDA 2020 durchgeführt. Da sowohl quantitative als auch qualitative Daten kombiniert in der Studie erhoben wurden, entspricht die Auswertung einem Mixed Methods Ansatz (Kelle, 2014, S. 153). Die Erfassung einer Thematik durch verschiedene Methoden wird generell als Triangulation bezeichnet, im konkreten Fall als Methodentriangulation (Hussy et al., 2013, S. 287–289). Die Studie lässt sich dabei wie folgt nach den Kriterien von Morse (1991) systematisieren: Die Erhebung der qualitativen und quantitativen Daten erfolgt in einem Fragebogen und daher simultan, dabei überwiegt in der Summe der Anteil an quantitativen Elementen, sodass die Studie sich als übergeordnet quantitativ einordnen lässt (ebd., S. 299).

Im Folgenden wird erst das Vorgehen zur quantitativen Datenanalyse beschrieben und anschließend folgt die Beschreibung des Vorgehens zur Analyse der qualitativen Daten. Eine Übersicht über alle quantitativ ausgewerteten Variablen mit Datenniveau findet sich in Anhang 5. Anhang 6 zeigt alle Variablen, die mithilfe von MAXQDA qualitativ ausgewertet wurden.

4.6.1. Quantitative Datenanalyse

Es wird eine deskriptive Analyse der Daten zur Beschreibung der Stichprobe durchgeführt. Dabei werden numerische Stichprobenwerte zusammenfassend mithilfe von Stichprobenkennwerten ausgewertet (Döring & Bortz, 2016, S. 613). Die Erhebung soll insbesondere den Ist-Zustand von CIRS an deutschen Krankenhäusern erfassen. Es wird ermittelt, welche Gemeinsamkeiten und Unterschiede es zwischen den Krankenhäusern gibt. Daher wurden überwiegend nominale Daten erhoben sowie einige ordinale Daten. Um den Ist-Zustand bestmöglich zu beschreiben, wird eine univariate Analyse durchgeführt.

In der Fachsprache wird zwischen den vier verschiedenen Mess- beziehungsweise Skalenniveaus Nominal-, Ordinal-, Intervall- und Verhältnisskala unterschieden. Während eine Nominalskala gleichwertige Daten erhebt, bilden ordinale Daten eine Rangfolge ab. Die metrischen Intervall und Verhältnis Skalen bilden Zahlenwerte ab und können unter anderem die Größe eines Merkmalsunterschieds angeben (Döring & Bortz, 2016, S. 232–233).

Zu den ausgewerteten Stichprobenkennwerten im Rahmen der univariaten Analyse gehört die Analyse der Häufigkeitsverteilung der Antworten sowie der Lage- und Streuungsmaße innerhalb der Stichprobe. Zur Auswertung der nominalen Daten wird als Lagemaß der Modalwert berechnet. Die Lagemaße für ordinale Variablen sind der Modalwert und der Median. Zur Darstellung der Streuung innerhalb der Stichprobe wird für die ordinalen Daten die Range und die Quartile berechnet. Die einzelnen Werte lassen sich Anhang 8 entnehmen. Die Häufigkeitsverteilung wird mittels absoluter Häufigkeiten und prozentualen Angaben dargestellt. Die als Ad-hoc-Skala aufgebauten Variablen HE03 und HE05 werden ordinal ausgewertet.

4.6.2. Qualitative Datenanalyse

In MAXQDA ist jeder Fall ein eigenes Textdokument, der sich anhand der durch SoSci Survey vergebenen Case-Nummer den TN zuordnen lässt. Die im Fragebogen vergebenen Variablennamen werden als Code übernommen (Rädiker & Kuckartz,

2020, S. 6–7). Eine Übersicht über alle in MAXQDA importierten Variablen findet sich in Anhang 6.

Zur Analyse des Materials wurde die von Mayring als Häufigkeits- oder als Frequenzanalyse bezeichnete Variante im Rahmen der qualitativen Inhaltsanalyse gewählt (Mayring, 2015, S. 13–14), da das Ziel dieser Arbeit insbesondere war, häufig verbreitete Muster und zum Beispiel oft vorkommende Schwierigkeiten zu ermitteln. Eine solche Verbindung von qualitativen und quantitativen Verfahrensweisen ist insbesondere dann sinnvoll, wenn es um eine Verallgemeinerung der Ergebnisse geht (ebd., S. 53). Mayring verweist darauf, dass die Inhaltsanalyse immer an das Material angepasst werden muss, da sie kein Standardinstrument ist, welches sich auf jede Fragestellung gleich anwenden lässt (ebd., S. 52). Um die gegebenen Antworten bestmöglich analysieren zu können, wurde das nachfolgend beschriebene Vorgehen gewählt. Zu beachten war dabei, dass es sich in der Regel nur um sehr kurze Antworten handelte, weshalb die Analyse der Texte weniger komplex war als bei Interviews im klassischen Sinne und einige von Mayring vorgesehene Analyseschritte vernachlässigt werden konnten. Das von Mayring vorgesehene Ablaufmodell zur Durchführung einer Frequenzanalyse wurde entsprechend an das Datenmaterial angepasst:

1. Formulierung der Fragestellung
2. Bestimmung der Analyseeinheiten
3. Codierung
4. Quantitative Analyse der Häufigkeiten
5. Darstellung und Interpretation der Ergebnisse (Mayring, 2015, S. 15)

Nachdem die Daten in MAXQDA übertragen wurden, wurde eine kurze Datenexploration durchgeführt. Das damit verbundene Ziel war, einen ersten Überblick über die vorhandenen Daten zu gewinnen. Dabei wurde ein Fallorientierter Ansatz gewählt, indem alle Antworten eines TN betrachtet wurden und nicht die Antworten aller TN auf nur eine Frage (Rädiker & Kuckartz, 2020, S. 8–10).

Die inhaltsanalytischen Analyseeinheiten setzen sich aus den Auswertungs-, Codier- und Kontexteinheiten zusammen. Die Analyseeinheit legt die Reihenfolge fest, in der

die Textteile ausgewertet werden sollen. Die Kontexteinheit stellt den größten Textbestandteil dar, der einer Kategorie zugeordnet werden kann. Abschließend legt die Codiereinheit fest, welches der kleinste Textbestandteil sein darf (Mayring, 2015, S. 61). Bezogen auf die Studie, ist somit jeder einzelne Fall eine Analyseeinheit. Als Kontexteinheit gilt die gesamte Antwort auf die jeweilige Frage und als Codiereinheit wurde mindestens ein Wort festgelegt.

Im nächsten Schritt folgt die Datencodierung. Beim Codieren wird einer Freitextantwort beziehungsweise einem Teil der Antwort eine thematisch passende Kategorie zugeordnet. Mithilfe der Kategorien können die gesammelten Daten ausgewertet werden (Rädiker & Kuckartz, 2020, S. 13–14). Mayring betont, dass „das Kategoriensystem [...] das zentrale Instrument der Analyse [darstellt]“ (Mayring, 2015, S. 51). Durch das Arbeiten mit Kategorien kann eine Vergleichbarkeit der Ergebnisse hergestellt werden (ebd., S. 52). Das Codieren fand manuell statt und wurde nicht mithilfe von MAXQDA zur Verfügung gestellter, automatisierter Funktionen durchgeführt (Rädiker & Kuckartz, 2020, S. 14). Dadurch, dass die Fragen bereits den Variablen zugeordnet waren, war eine erste grobe Kategorisierung bereits gegeben. Für die weitere Kategorisierung der Antworten wurde dann der induktive Ansatz gewählt, bei dem die Kategorien datengeleitet anhand der Antworten in einem Verallgemeinerungsprozess abgeleitet werden und nicht bereits vor Beginn des Codierungsprozesses gegeben sind. Der induktive Ansatz stellt sicher, dass die Kategorien nicht durch Vorannahmen des Forschenden verzerrt werden und stellt die Daten möglichst gegenstandsnahe dar (Mayring, 2015, S. 86). Die Kategorien wurden hierarchisch aufgebaut (Rädiker & Kuckartz, 2020, S. 14). Die oberste Kategorienebene stellen die Variablen des Fragebogens dar. Innerhalb der Variablen wurden dann weitere Kategorien gebildet, die bei Bedarf noch um Unterkategorien ergänzt wurden.

Anhang 7 zeigt alle erstellten Codes mit Häufigkeiten. Die Tabelle ist nach der hierarchischen Kategorisierung der Codes geordnet. Insgesamt haben 146 TN auf mindestens eine Freitextfrage geantwortet. In nur vier Fällen wurde auf keine der Freitextfragen beziehungsweise der „Sonstiges“-Antwortmöglichkeit eingegangen. Die Häufigkeiten im Codesystem sind hierarchisch aufgebaut. Die oberste Kategorie,

dies entspricht der Variable aus dem Fragebogen, umfasst alle Antworten, die auf diese Frage gegeben wurden. Um die Antworten zu strukturieren, wurden Unterkategorien gebildet. Um die jeweilige Unterkategorie zu gliedern, wurde diese durch weitere Codes ergänzt. Bei Bedarf wurden diese Codes um eine zusätzliche Ebene erweitert, um besondere Aspekte hervorzuheben. Die Variable AF03_01 Berufe mit der Fragestellung „Welche Position(en) haben Sie in Ihrer Einrichtung inne?“ hatte ein Textfeld als Antwortmöglichkeit zur Verfügung, weshalb die TN alle ihre Positionen in nur einem Feld angegeben haben. Um die Antworten auszuwerten, wird daher die als erstes genannte Position als Erstberuf geführt, die als zweites genannte Position als Zweitberuf usw. Vereinzelt haben TN mehrere Aspekte zu einer Fragestellung genannt, die dann in einzelnen Codes vermerkt wurden. Daher übersteigt die Summe der untergeordneten Codes teilweise die Summe der höheren Kategorie. In Einzelfällen haben TN ein Freitextfeld genutzt, um noch Ergänzungen oder Äußerungen zu vorherigen Fragen zu geben. Dementsprechend waren die Antworten thematisch für diese explizite Frage unpassend und wurden daher, wenn möglich, der passenden Fragestellung zugeordnet und dementsprechend codiert. Dadurch kann es sein, dass die Zahl an Codierung in MAXQDA die Zahl aus der univariaten Analyse in SPSS übersteigt, beziehungsweise niedriger ausfällt.

5. Ergebnisse der Studie

Im Folgenden werden die Ergebnisse dargestellt. Zuerst erfolgt die Beschreibung der Stichprobe und anschließend die univariate Analyse. Weiterhin wird auf die qualitative Analyse der Freitexte eingegangen. Wie bereits erwähnt, umfasst die Stichprobe 150 TN. Im Folgenden werden nur einige relevante Zahlen aus jeder Fragestellung hervorgehoben, die genauen Zahlen und Ergebnisse können Anhang 7 und Anhang 8 entnommen werden. Die Darstellung der Prozentzahlen bezieht sich immer auf die gültigen Prozente. Das bedeutet, dass für die Berechnung der Prozentwerte immer nur die Anzahl an TN berücksichtigt wurden, die auch eine Antwort auf diese Frage gegeben haben.

Einleitend in die Ergebnisse der Studie, kann die in Abbildung 3 gezeigte Wortwolke einen guten Überblick ermöglichen. Sie stellt die häufigsten Wortnennungen in den

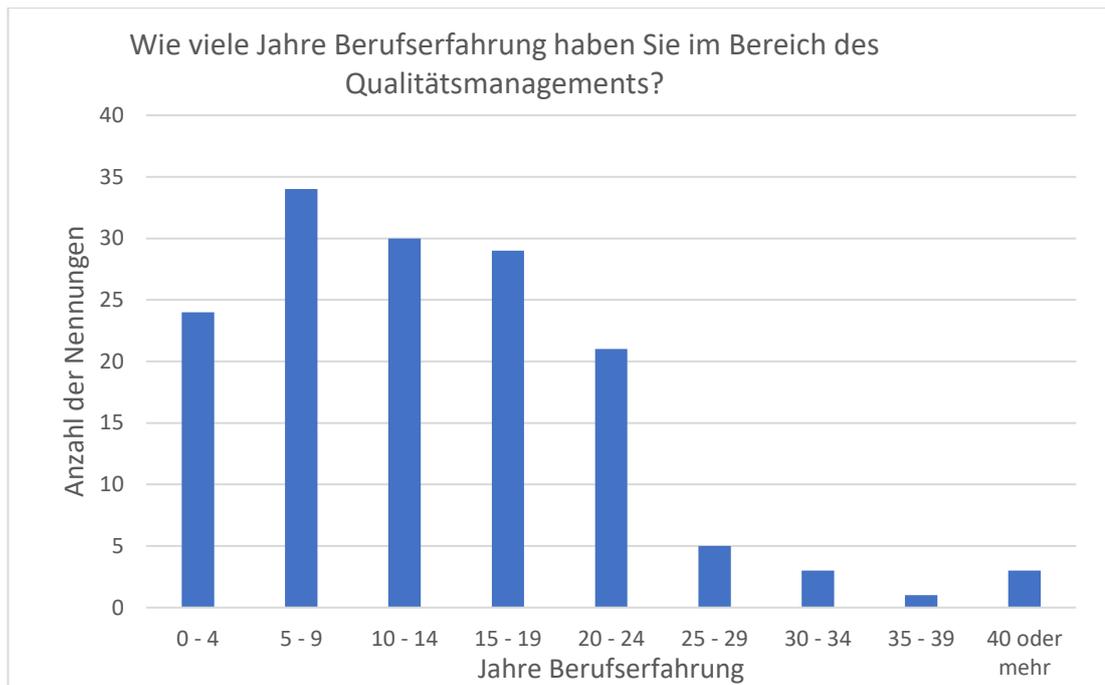


Abbildung 4 Darstellung der Berufserfahrung (eigene Darstellung)

Insgesamt haben 102 Personen angegeben studiert zu haben, als zweithäufigster Bildungsabschluss wurde 43-mal eine Berufsausbildung angegeben und 22 Personen gaben an, promoviert zu haben (n= 150; Mehrfach-Antworten waren möglich). Die Frage nach der genauen Position innerhalb der Einrichtung wurde, wie bereits in Kapitel 4.6.2. erläutert, in Erst- (n= 141), Zweit- (n= 28), Dritt- (n= 3) und Viertberuf (n= 1) untergliedert. Der am häufigsten genannte Erstberuf ließ sich dem Bereich des Qualitäts- und Risikomanagement (n= 120) zuordnen. Gleiches gilt für den Zweitberuf; hier wurde sowohl achtmal Qualitätsmanagement als auch die Position als CIRS-Beauftragte*r genannt.

Die meisten TN arbeiten in Einrichtungen mit mehr als 800 Betten (29,7 %). Knapp die Hälfte der Befragten (49,6 %) arbeitet in Einrichtungen, die zwischen 100 und 499 Betten haben. Somit sind die Ergebnisse der Studie insbesondere vor dem Hintergrund zu betrachten, dass vor allem größere Krankenhäuser repräsentiert werden (Abbildung 5).

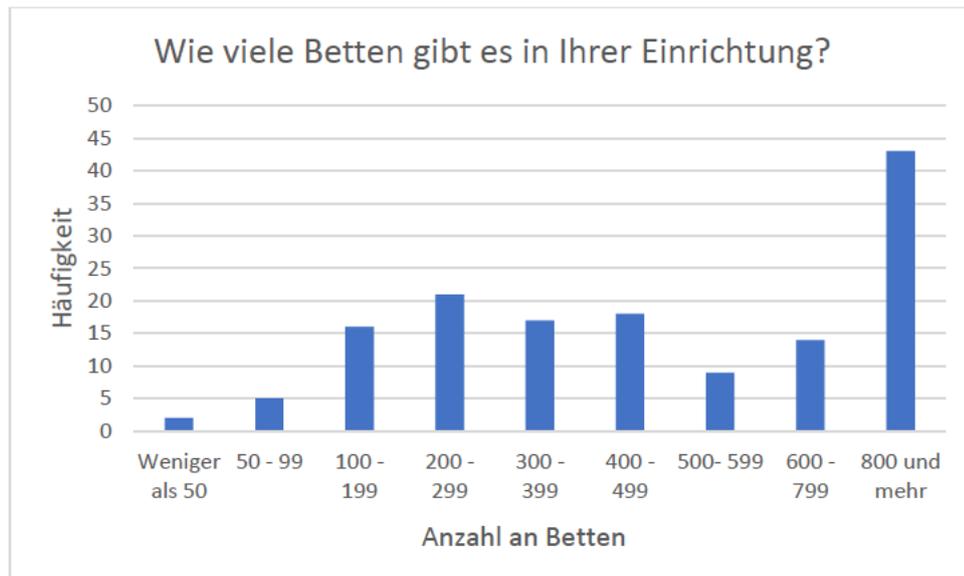


Abbildung 5 Größe der befragten Einrichtungen in Betten (eigene Darstellung)

5.2. Verwendung von CIRS in den befragten Einrichtungen

Fast 90 % der TN (n= 148) geben an, dass es in ihrer Einrichtung eine*n CIRS-Beauftragte*n gibt. In über der Hälfte der Organisationen (54,4 %) ist dabei das QM als eigenständige Abteilung für die Betreuung der CIRS-Fälle zuständig (n= 149). Als zweithäufigste Ausprägung (20,1 %) wurde „Sonstiges“ gewählt, die einzelnen Angaben sind in Tabelle 1 dargestellt.

Tabelle 1 „Wer ist für die Betreuung des CIRS Ihrer Einrichtung zuständig?“ Sonstiges Antworten (eigene Darstellung)

	Nennungen
Qualitäts- und klinisches Risikomanagement	14
CIRS Team	9
QM & RM mit CIRS Team	2
Verwaltung	2
QM & CIRS Team	1
Konzernweite Betreuung	1
Rechtsabteilung & Risikomanagement	1
AG klinisches Risikomanagement	1
DOKUMENTE mit Code(s)	31

In knapp jeder fünften Einrichtung ist das RM als Abteilung für die Betreuung zuständig. Eigene CIRS-Abteilungen gibt es dagegen in nur 6 % der Einrichtungen und nur eine Einrichtung hat die Betreuung von CIRS an eine externe Firma übertragen.

In fast der Hälfte der Einrichtungen (44,4 %; n= 142) ist CIRS ein noch vergleichsweise neues Instrument mit einem Nutzungszeitraum von 5 bis 9 Jahren. Demgegenüber steht, dass 35,2 % der Einrichtungen CIRS bereits seit mehr als 20 Jahren nutzen. In 10,6 % der Einrichtungen wird CIRS weniger als fünf Jahre genutzt. Die Möglichkeit an einem einrichtungsübergreifenden CIRS teilzunehmen, wird von über 80 % der Einrichtungen genutzt (83,8%; n= 148). Zudem wird CIRS in den Kliniken in der Regel (86,4 %; n= 147) für die ganze Klinik eingesetzt und nicht nur in einzelnen Bereichen. Sehr ähnlich sind sich die befragten Einrichtungen ebenso bezüglich der Auswertung von CIRS Meldungen. 93,2 % gaben an die Auswertung der Meldungen und die Entwicklung von Maßnahmen selbst zu übernehmen (n= 148). Zwei TN haben angegeben, dass sie die Auswertung zwar selbst übernehmen, für die Entwicklung von Maßnahmen jedoch mit einer externen Firma zusammenarbeiten. Nur einmal wurde angegeben, dass die Meldungen nicht ausgewertet werden. Außerdem wählten acht TN die Option „Sonstiges“, die Antworten können dem Anhang 7 entnommen werden.

In einem weiteren Abschnitt wurden die Meldungen im CIRS der Einrichtungen thematisiert. Dabei wurden die TN unter anderem gefragt, ob sie bereits selbst Vorfälle im CIRS gemeldet hätten (n= 142). Dies bejahten 57,0 % der TN und 43,0 % gaben an, bisher noch keinen Vorfall gemeldet zu haben. Von den 57,1 % der Befragten, die bejahten hatten, bereits Meldungen in CIRS vorgenommen zu haben, gaben 85,2 % an, dies bereits mehrfach getan zu haben. Zudem wurden diese TN gefragt (n= 80), ob nach ihrer Meldung eine Lösung gefunden werden konnte, was 93,8 % bejahen konnten. In drei Fällen wurde zwar nach einer Lösung gesucht, es konnte jedoch keine gefunden werden und in zwei Fällen wurde nicht nach einer Lösung gesucht. Die TN, die angegeben hatten, noch keine Meldung in CIRS getätigt zu haben, wurden nach ihrer grundsätzlichen Meldebereitschaft befragt (n= 60). Dabei gaben 91,7 % an, grundsätzlich zu einer Meldung bereit zu sein. Weitere fünf Personen sagten aus, dass dies von der Relevanz des Vorfalls abhinge. Die Option

„Nein“ wurde nicht gewählt. Daraus folgend lässt sich ableiten, dass bei allen Befragten eine Meldebereitschaft vorhanden ist und auch viele bereits CIRS für Meldungen genutzt haben. Im Falle einer Meldung konnte in der Mehrzahl der Fälle eine Lösung gefunden werden.

Weiterhin wurde die Nutzung der CIRS Plattform befragt. Dabei gaben 87,9 % der TN an, dass sie das CIRS Meldeportal auch nutzen, um sich selbst zu informieren (n= 132). Die TN, die das Meldeportal nutzen, wurden nach ihrer Nutzungshäufigkeit gefragt (n= 113). Jeweils 30,1 % der TN gaben an, dass sie die Berichte wöchentlich beziehungsweise bei Bedarf lesen. Die TN, die angegeben hatten, dass sie die Berichte im Portal nicht lesen, wurden nach ihren Gründen dazu gefragt (n= 14). Dabei wählten die meisten TN (n= 9) die Option „Sonstiges“ und erklärten ihre Gründe im Freitextformat. Dabei gaben sechs Personen an, dass sie grundsätzlich alle Meldungen lesen und weitere vier Personen gaben an, dass es für sie keine Möglichkeit gibt, die Meldungen zu lesen. In der Befragung gab eine befragte Person an anderer Stelle eine Antwort, die thematisch zu dieser Fragestellung passt, weshalb die Antwort dementsprechend umcodiert wurde.

In der Befragung wurden auch die Anwendenden von CIRS betrachtet. Die QMB wurden gebeten, einzuschätzen, wie oft die Mitarbeitenden in ihrer Einrichtung CIRS nutzen. 41,1 % der TN schätzten, dass CIRS monatlich genutzt wird; die zweithäufigste Ausprägung war die Schätzung einer wöchentlichen Nutzung (28,4 %; n= 141). Darüber hinaus wurden die TN befragt, ob sie bereits Meldungen über Probleme in der Nutzung von CIRS aus dem Kollegium erhalten haben, was von 63,4 % der TN verneint wurde (n= 145). Die TN, die angegeben hatten, bereits Meldungen über Probleme bekommen zu haben (n= 53), wurden in einer weiteren Frage mit Mehrfachantwortmöglichkeit darum gebeten, die gemeldeten Probleme Kategorien zuzuordnen. Anhand der Zahl an Mehrfachantworten lässt sich ableiten, dass das Problemspektrum vielfältig ist. 37 TN haben zwei oder mehr Probleme genannt. Die Zustimmung zu den abgefragten Thesen im Fragebogen lässt sich Tabelle 2 entnehmen.

Tabelle 2 Genannte Probleme bei den Anwendenden von CIRS (eigene Darstellung)

Beschriebenes Problem	Häufigkeit der Nennung
Die Kolleg*innen wussten nicht, wo sie CIRS finden können	26
Probleme bei der Beschreibung des Vorfalls	20
Die Kolleg*innen wussten nicht, wo sie einen Vorfall melden sollen	19
Probleme bei der Kategorisierung des Vorfalls	16
Unklarheiten bei der Bedienung	15
Sonstiges	14
Technische Probleme	7

Die „Sonstiges“-Antworten ließen sich in mehreren Bereichen zusammenfassen:

- Zu knappe zeitliche Ressourcen (n= 5)
- Melde-Bedenken (n= 3)
- Probleme bei der Einordnung eines Vorfalls (n= 2)
- Analyse und Maßnahmenmanagement (n= 1)

Von den 14 Antworten konnten nur elf Antworten auf diese Fragestellung bezogen werden. Zwei Antworten wurden anderen Fragestellungen zugeordnet und eine Person hat zwar die Option „Sonstiges“ gewählt, jedoch keinen Text angegeben.

5.3. Vorteile aus Sicht der Befragten

Abbildung 6 zeigt die häufigsten Antworten, die in der Ad-hoc-Skala gegeben wurden. Wenn mehr als 50 % der TN die gleiche Antwortkategorie angegeben haben, wird der Farbton dunkel dargestellt. Liegt der Modalwert einer Fragestellung bei unter 50 % wird der Farbton hell dargestellt.

	Stimme voll zu	Stimme eher zu	Neutral	Stimme eher nicht zu	Stimme gar nicht zu	Keine Antwort
Das Bewusstsein für Beinahe-Fehler wird gestärkt	●	○	○	○	○	○
Es entsteht ein kollektiver Lernzuwachs	○	●	○	○	○	○
Fehler können vermieden werden	○	●	○	○	○	○
Durch das Vermeiden von Schäden können Kosten gesenkt werden	●	○	○	○	○	○
Die Anonymität erhöht die Meldebereitschaft	●	○	○	○	○	○
CIRS ist eine Bereicherung für ein QM-System	●	○	○	○	○	○
Schulungen für die Verwendung des CIRS verbessern die Berichte	●	○	○	○	○	○
Je detaillierter der Bericht, desto passgenauer können Maßnahmen abgeleitet werden	●	○	○	○	○	○
CIRS führt zu mehr Transparenz in der Einrichtung	●	○	○	○	○	○
CIRS erhöht die Sicherheit der Patient*innen	●	○	○	○	○	○

● = mehr als 50 % der TN haben diese Auswahl gewählt

● = weniger als 50 % der TN haben dieser Aussage zugestimmt

Abbildung 6 Darstellung der Modalwerte zur Einschätzung der positiven Aspekte von CIRS (eigene Darstellung)

Die vier Aussagen

- „CIRS erhöht die Sicherheit der Patient*innen“ (95,3 %; n= 150)
- „CIRS ist eine Bereicherung für ein QM-System“ (92,0 %; n= 150)
- „Das Bewusstsein für Beinahe-Fehler wird gestärkt“ (91,9 %; n= 149)
- „Je detaillierter der Bericht, desto passgenauer können Maßnahmen abgeleitet werden“ (91,3 %; n= 150)

erreichen mit jeweils über 90% Zustimmung durch stimme voll zu und stimme eher zu die höchsten Zustimmungswerte.

Abgefragt wurden ebenfalls zwei Fragen, die sich mit der Umsetzung von CIRS in den Einrichtungen beschäftigten. Zum einen, die These, dass die Anonymität von CIRS die Meldebereitschaft erhöht, was die Zustimmung von 80,7 % der TN erhält (48,7 % stimmen voll zu; 32,0 % stimmen eher zu; n= 150). Zum anderen, dass Schulungen zur Verwendung von CIRS dabei helfen, die Berichte zu verbessern; dies erhält die Zustimmung von 76,7 % der TN (44,5 % stimmen voll zu; 32,2 % stimmen eher zu; n= 146).

Der Nutzen von CIRS wurde anhand mehrerer Aussagen abgefragt. Dabei erhielt die Aussage, dass Fehler durch CIRS vermieden werden können, in diesem Bereich mit insgesamt 84,0 % die höchste Zustimmung (34,7 % stimmen voll zu; 49,3 % stimmen eher zu; n= 150). Weiterhin sehen 76,8 % der Befragten eine erhöhte Transparenz durch CIRS innerhalb ihrer Einrichtung (41,3 % stimmen voll zu; 35,3 % stimmen eher zu; n= 150). Dass CIRS zu einem „kollektiver Lernzuwachs“ führt, sehen 73,4 % der Befragten so (32,7 % stimmen voll zu; 40,7 % stimmen eher zu; n= 150). Die Zustimmung zu der Aussage „Durch das Vermeiden von Schäden können Kosten gesenkt werden“ liegt bei 73,0 % (38,5 % stimmen voll zu; 34,5 % stimmen eher zu; n= 148).

Auf die Frage „Sehen Sie weitere positive Aspekte von CIRS?“ äußerten 34 TN insgesamt 52 Aspekte. Im Folgenden werden nur die relevanten beziehungsweise oft genannten Äußerungen dargestellt. Die vollständige Übersicht über alle genannten Codes ist in Anhang 7 dargestellt.

Dabei beschäftigten sich die meisten Nennungen (n= 17) mit den positiven Auswirkungen von CIRS auf den Umgang mit Fehlern in der Einrichtung. Der positive Einfluss, den CIRS auf die Fehlerkultur hat, wurde dabei zehnmal hervorgehoben. Weiterhin wurde ein stärkeres Bewusstsein für Fehler durch die Nutzung von CIRS hervorgehoben (n= 5). Es wurden auch Vorteile für die Einrichtung selbst betont (n= 12). Auch der Aspekt einer Lernenden Organisation wurde erwähnt (n= 4). Die bereits in Kapitel 2.4. angesprochene Sicherheitskultur wurde auch von einigen TN (n= 3) angesprochen. Weitere genannte Vorteile für die Einrichtung waren, dass CIRS die Sicherheit der Mitarbeitenden erhöht (n= 1), dass die klinischen Teams durch CIRS entlastet werden (n= 1), dass die Meldungen auf die Notwendigkeit moderner Geräte aufmerksam machen (n= 1) und dass CIRS die Entwicklung von Best-Practice Beispielen ermöglicht (n= 1). Acht TN hoben hervor, dass CIRS zu einer Verbesserung des eigenen QM beiträgt, indem es für mehr Struktur und Qualität im QM der Einrichtung sorgt (n= 2), zu Standardisierungen führt (n= 1) und bereits bekannte Probleme erneut auf die Agenda, der im QM Beschäftigten, bringt (n= 1). Auch der Aspekt, dass CIRS die einzige Möglichkeit darstellt, um einen Beinahe-Fehler zu melden, wurde hervorgehoben (n= 1). Durch acht QMB wurde verdeutlicht, dass CIRS

auch zu einer Partizipation von Mitarbeitenden führt, da das System so niedrigschwellig gestaltet ist (n= 2) und indem es das Teamgefühl stärkt (n= 1) sowie einen Berufsgruppen- und hierarchieübergreifenden Austausch ermöglicht. Von fünf Befragten wurde der Vorteil, der mit CIRS einhergehenden Anonymität hervorgehoben. Als abschließende Gruppe lässt sich noch die Nennung der Erhöhung der Patientensicherheit von zwei Befragten nennen.

5.4. Herausforderungen aus Sicht der Befragten

Im Folgenden werden verschiedene Hindernisse aus Sicht der Befragten thematisiert. Die Zustimmung zu den abgefragten Thesen, zeigt sich in der Skala in Abbildung 7.

	Stimme voll zu	Stimme eher zu	Neutral	Stimme eher nicht zu	Stimme gar nicht zu	Keine Antwort
Die Kolleg*innen haben keine Zeit, um Vorfälle zu melden	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Die Kolleg*innen haben keinen freien Computerplatz, um einen Vorfall zu melden	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Die Kolleg*innen haben Probleme bei der Bedienung eines Computers, weshalb sie CIRS nicht nutzen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Die Kolleg*innen wissen nicht, was CIRS ist	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Die Kolleg*innen wissen nicht, dass CIRS an Ihrer Klinik genutzt wird	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Die Kolleg*innen wissen nicht, wo sie das klinikinterne CIRS finden können	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Die Anonymität kann nicht gewährleistet werden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
Aufgrund der Anonymität können keine Rückfragen gestellt werden, was die Auswertung der Vorfälle erschwert	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Die gemeldeten Vorfälle werden nicht genau genug beschrieben	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Es lassen sich keine Gegenmaßnahmen aus den gemeldeten Vorfällen ableiten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Die geschilderten Vorfälle sind so speziell, dass sie sich nicht auf den Klinikalltag übertragen lassen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

= mehr als 50 % der TN haben diese Auswahl gewählt

= weniger als 50 % der TN haben dieser Aussage zugestimmt

Abbildung 7 Darstellung der Modalwerte zur Einschätzung der Hindernisse in der Arbeit mit CIRS (eigene Darstellung)

Die Aussage „Die Kolleg*innen haben keine Zeit, um Vorfälle zu melden“ war die einzige Aussage, die insgesamt eine Zustimmung von über 50 % erhielt (20,4 % stimmen voll zu; 38,1 % stimmen eher zu; n= 147) und die sich damit bestätigen ließ.

Der Modalwert der Aussage „Die Kolleg*innen haben keinen freien Computerplatz, um einen Vorfall zu melden“ liegt bei „stimme eher zu“; dies wurde von 29,9 % der TN ausgewählt. Weitere 10,2 % der TN stimmen dieser Aussage voll zu, wodurch sich eine Zustimmung von 40,1 % ergibt. Zusammengerechnet überwiegt allerdings die Ablehnung dieser Aussage mit 49,0 % (29,3 % stimmen eher nicht zu; 19,7 % stimmen gar nicht zu; n= 147). Der Aussage „Die gemeldeten Vorfälle werden nicht genau genug beschrieben“ (Modalwert: 31,7 % stimmen eher zu; n= 145) stimmen insgesamt 38,6 % zu, während sie von insgesamt 31,0 % abgelehnt wird. Auch die Aussage „Aufgrund der Anonymität können keine Rückfragen gestellt werden, was die Auswertung der Vorfälle erschwert“ hat einen Modalwert, der im Bereich der Zustimmung liegt (28,6 % stimmen eher zu; n= 147). Insgesamt stimmen 42,2 % entweder voll oder eher zu. Auf der anderen Seite stimmen 37,4 % dieser Aussage eher nicht oder gar nicht zu.

Folgende weitere Aussagen wurden zusammengerechnet mehrheitlich abgelehnt

- Die Anonymität kann nicht gewährleistet werden (Ablehnung: 87,8 %; Zustimmung: 5,5 %; n= 148)
- Die geschilderten Vorfälle sind so speziell, dass sie sich nicht auf den Klinikalltag übertragen lassen (Ablehnung: 78,7 %; Zustimmung: 5,5 %; n= 146)
- Die Kolleg*innen wissen nicht, dass CIRS an Ihrer Klinik genutzt wird (Ablehnung: 67,6 %; Zustimmung: 16,2 %; n= 148)
- Es lassen sich keine Gegenmaßnahmen aus den gemeldeten Vorfällen ableiten (Ablehnung: 63,2 %; Zustimmung: 15,6 %; n= 147)
- Die Kolleg*innen wissen nicht, wo sie das klinikinterne CIRS finden können (Ablehnung: 61,5 %; Zustimmung: 19,6 %; n= 148)
- Die Kolleg*innen wissen nicht, was CIRS ist (Ablehnung: 58,8 %; Zustimmung: 25,0 %; n= 148)

- Die Kolleg*innen haben Probleme bei der Bedienung eines Computers, weshalb sie CIRS nicht nutzen (Ablehnung: 57,3 %; Zustimmung: 21,4 %; n= 145)

Weiterhin stellte sich in der Studie heraus, dass keiner der TN CIRS als sehr nützlich erachtet. Allerdings schätzen 51,7 % der Befragten CIRS als nützlich ein, während 43,0 % dem Nutzen von CIRS neutral gegenüberstehen (n= 149). Zudem sieht die Mehrheit der Befragten (57,8 %; n= 147) zum Zeitpunkt der Befragung einen erhöhten Schulungsbedarf im Umgang mit CIRS bei den Beschäftigten ihrer Einrichtung.

In den Freitextantworten auf die Frage „Sehen Sie weitere Hindernisse bei der Arbeit mit CIRS?“ äußerten sich 33 TN, sodass insgesamt 56 Nennungen erfasst werden konnten. Die meisten Nennungen wiesen darauf hin, dass es Probleme in der Umsetzung von Maßnahmen gibt (n= 16). Dabei wurden unter anderem hervorgehoben, dass die Informationsweitergabe an Mitarbeitende teilweise nur mangelhaft funktioniert (n= 2), ebenso wie dass der finanzielle Aufwand von Maßnahmen zu hoch wäre (n= 2). Als weitere Punkte wurde genannt, dass die Software selbst ein Hindernis darstellt, Schulungen benötigt werden und die Einbeziehung von Schnittstellen notwendig wäre (jeweils n= 1). Auch wurde im Freitext nochmal hervorgehoben, dass den Auswertenden teilweise zu wenig Informationen zur Beurteilung eines Vorfalls zur Verfügung stehen (n= 1). Als weiteres Problemfeld wurde von 15 TN geäußert, dass CIRS oft falsch beziehungsweise nicht sachgemäß verwendet wird. Dabei handelt es sich insbesondere um Meldungen, für die CIRS nicht konzipiert ist. Eine teilnehmende Person hob hervor, dass bei den Mitarbeitenden unter Umständen Unsicherheit herrscht, was genau ein CIRS Fall ist. Dass Mitarbeitende CIRS gegenüber misstrauisch sind, wurde von 10 QMB als Hindernis angegeben. Ein thematisierter Aspekt war dabei die Anonymität (n= 4), die in zweifacher Hinsicht ein Problem darstellen kann. So wurde sowohl hervorgehoben, dass es sich in mancher Hinsicht schwierig gestaltet, die Anonymität zu wahren, als auch, dass die Anonymität selbst ein Problem ist, indem dadurch die Beschreibung der Vorfälle konstruiert wirken oder es nicht möglich ist, den Meldenden eine Rückmeldung zu geben. Weitere zwei Befragte erwähnten, dass es in Teilen der Belegschaft eine mangelnde Bereitschaft zur

Nutzung von CIRS gibt und eine Person war der Ansicht, dass die Erwartungshaltung an CIRS zu hoch ist. Als weiteres Hindernis wurde geäußert, dass Führungskräfte innerhalb der Einrichtung keine Verantwortung für CIRS übernehmen, zum Beispiel durch mangelnde Unterstützung für CIRS (n= 7). Ebenfalls von sechs QMB als Hindernis für ein erfolgreiches CIRS wahrgenommen, wurde die Tatsache, dass innerhalb der Einrichtung entweder zu wenig Zeit oder auch zu wenig Personal vorhanden ist, um ein effektives CIRS betreiben zu können. Abschließend wies eine Person darauf hin, dass nur eine mangelhafte Fehlerkultur im Unternehmen vorhanden sei.

5.5. Verbesserungsmöglichkeiten von CIRS aus Sicht der Befragten

Die TN hatten im Rahmen der Befragung die Möglichkeit, Ideen zu Verbesserungsansätzen für CIRS zu äußern. Diese Möglichkeit wurde von 27 Personen genutzt. Durch mehrfach Nennungen von TN, konnten insgesamt 48 Nennungen identifiziert werden. Der größte Bereich beschäftigt sich mit Verbesserungsvorschlägen für das CIRS selbst (n= 28). So wurde neunmal eine Kontaktmöglichkeit für Rückfragen gewünscht und vier Personen betonten, wie wichtig kurzfristiges Reagieren und schnelle Antworten für ein erfolgreiches CIRS seien. Ebenfalls viermal wurde geäußert, dass die Sichtbarkeit der Ergebnisse, die aufgrund einer CIRS-Meldung umgesetzt wurden, erhöht werden sollte. Eine Person regte an, dass konsequente Wirksamkeitsprüfungen durchgeführt werden sollten. Ebenfalls wurde erwähnt, dass eine verstärkte Aufklärung und Schulung von Mitarbeitenden notwendig seien (n= 3). Es wurde auch angeregt, dass es erforderlich wäre, die Meldung von Schadensfällen in CIRS zu verhindern, da CIRS nicht für solche Meldungen ausgelegt ist (n= 2).

Es wurden noch verschiedene Punkte von Einzelpersonen erwähnt. Zu den Verbesserungsvorschlägen für CIRS selbst gehörten unter anderem die folgenden Vorschläge:

- Etablierung einer „Just Culture“ (Anmerkung: bei dem Begriff Just Culture handelt es sich um eine Arbeitsweise, die insbesondere durch gegenseitiges

Vertrauen geprägt ist und die besonderen Wert darauf legt, dass Betroffene nicht für unbeabsichtigte Fehler belangt werden (Rascher, 2019, S. 9–10))

- CIRS auf allen Ebenen etablieren
- Interne Kommunikation zwischen den an CIRS beteiligten Abteilungen verbessern
- Die Sicherheitskultur erhöhen
- Die Niedrigschwelligkeit gewährleisten
- CIRS-Fälle mit aufgetretenen Fehlern verbinden

Der nächste Bereich, zu dem sich die Verbesserungsvorschläge zusammenfassen ließen, beschäftigt sich mit Personalaspekten (n= 8). Dabei wurden sowohl zweimal genannt, dass ein eigenes CIRS-Team zur Bearbeitung der Meldungen notwendig wäre, als auch dass bereits vorhandene CIRS-Teams zielorientiert besetzt werden müssen. Zudem seien klare Verantwortlichkeiten, ausreichendes Personal zur Bearbeitung der Meldungen und ein Einbinden der Geschäftsführung in CIRS notwendig (jeweils n= 1). Aus Sicht eines TN, war die Etablierung eines Top-Down Prinzips erforderlich, damit CIRS erfolgreich arbeiten könne.

Durch sechs TN wurde der Bereich Digitalisierung angesprochen, dabei forderten die QMB verstärkte digitale Möglichkeiten und einen Ausbau der bestehenden Software. Von einer Person kam der Vorschlag, dass eine App zur Handynutzung von CIRS entwickelt werden könnte und auch die Entwicklung einer Diktiermöglichkeit im Portal wurde von einer weiteren Person vorgeschlagen.

Auf die Möglichkeit, dass CIRS durch externe Einflüsse verbessert werden kann, wurde durch fünf TN hingewiesen. Darunter verstanden die TN, dass der Bekanntheitsgrad von CIRS erhöht werden sollte, sowie dass die Öffentlichkeit über CIRS aufgeklärt werden sollte, da dies die Sicherheit der Patient*innen erhöhen würde. Außerdem wurden Verbesserungen auf Bundesebene angeregt, die auch eine verpflichtende Teilnahme an einem CIRS Netzwerk beinhalten könnten (jeweils n= 1). Eine weitere teilnehmende Person schlug vor, dass ebenfalls im einrichtungsübergreifenden CIRS Verbesserungsvorschläge für die Fälle gemacht werden könnten.

Eine Person äußerte, dass aus ihrer Perspektive keine Verbesserungen an CIRS notwendig wären.

5.6. Weitere Ergebnisse

In der letzten Frage konnten die TN abschließende Ergänzungen und Anmerkungen mitteilen. Diese Möglichkeit wurde von 16 Befragten wahrgenommen, sodass insgesamt 22 Anmerkungen verzeichnet wurden. Im Folgenden werden die relevanten Aspekte erläutert.

Eine teilnehmende Person verwies auf die Möglichkeit, die Nutzung von CIRS mit Incentives zu verbinden, um die Nutzung attraktiver zu gestalten. Um CIRS bereits den Auszubildenden nahe zu bringen, erläuterte eine weitere Person, dass CIRS in der Einrichtung bereits in der Ausbildung thematisiert werde und dort „unterrichtet“ wird. Auf die Bedeutung der Fehlerkultur wurde auch hier nochmal eingegangen, indem eine Person die Meinung anmerkte, dass der Erfolg von CIRS von der Fehlerkultur in der Einrichtung abhinge.

Auch hier wurden nochmals negative Aspekte genannt, so waren drei TN der Meinung, dass CIRS überbewertet werden würde. Eine Person war der Ansicht, dass die Angestellten zu hohe Erwartungen an CIRS hätten, weshalb sie in der Folge oft enttäuscht würden. Und eine weitere Person vertrat die Auffassung, dass die CIRS Plattform zu anspruchsvoll wäre, weshalb sie nicht dafür geeignet sei, dass die Anwendenden sich dort informieren können. Der Einfluss der Corona-Pandemie stellte für die Bedeutung der Studie keine nennenswerte Relevanz dar und wurde auch nur in einer Freitextnennung angesprochen.

6. Diskussion

Das Ziel dieser Arbeit war es mithilfe der durchgeführten Studie den aktuellen Stand in der Gestaltung und Nutzung von CIRS an deutschen stationären Einrichtungen zu erfassen. Zudem sollte die Haltung von QMB gegenüber CIRS erfasst werden, indem die Zustimmung zu formulierten Vor- und Nachteilen abgefragt wurde und die TN eigene Aspekte ergänzen konnten. Ebenso wurden die TN nach möglichen Verbesserungsansätzen aus ihrer Perspektive gefragt. Um die angesprochenen

Punkte bestmöglich analysieren zu können, wurde eine univariate Analyse der quantitativen Daten durchgeführt, die um eine qualitative Analyse der Freitextantworten ergänzt wurde.

Im Folgenden soll zunächst die verwendete Methodik kritisch reflektiert werden und anschließend werden die Ergebnisse der Studie diskutiert. Im Rahmen der Methoden-Diskussion wird ebenfalls auf die Limitationen dieser Arbeit eingegangen. Die formulierten Forschungsfragen werden in der Ergebnisdiskussion abschließend beantwortet.

6.1. Limitationen

Die Erhebung der Daten unterliegt mehreren nachfolgend beschriebenen Limitationen. Die zugrundeliegenden Daten dieser Arbeit wurden, wie in Kapitel 4.2. beschrieben, mithilfe eines selbsterstellten Fragebogens erhoben. Es wurde ein Pre-Test mit acht TN durchgeführt und der Fragebogen wurde den Anmerkungen entsprechend angepasst. Allerdings wurde in diesem Rahmen keine Testung der Reliabilität, Objektivität und Validität der abgefragten Items durchgeführt, weshalb nicht ausgeschlossen werden kann, dass die Daten nicht berücksichtigte Fehlerquellen enthalten. Durch das Studiendesign einer Querschnittstudie ist es nicht möglich, Kausalzusammenhänge zu ermitteln.

Die TN hatten sowohl die Möglichkeit über den ihnen direkt zugesendeten Link an der Befragung teilzunehmen als auch über den generellen Link, der durch mehrere Organisationen verschickt wurde. Somit hätten TN mehrfach an der Studie teilnehmen können. Wie der Fragebogenansicht in Anhang 1 entnommen werden kann, mussten die TN vor Beginn der Befragung den Datenschutzbestimmungen zustimmen. Wenn eine befragte Person über den individuellen Link den Fragebogen geöffnet hat und dann versehentlich die Datenschutzbestimmungen abgelehnt hat, die Person danach nicht mehr in der Lage in den Fragebogen auszufüllen. Einige TN haben sich daraufhin per Mail gemeldet, sodass sie den generellen Link erhalten haben und trotzdem noch an der Studie teilnehmen konnten. Die in Kapitel 4.4. beschriebenen Zahlen können dadurch verfälscht worden sein.

6.2. Methodendiskussion

Das methodische Vorgehen der Arbeit bestand primär aus der Durchführung und Auswertung der mit der Studie erhobenen quantitativen und qualitativen Daten. Die Entscheidung, stationäre Einrichtungen zu untersuchen, lässt sich damit begründen, dass diese, wie in Kapitel 2.6. erläutert, gesetzlich dazu verpflichtet sind, ein Fehlermanagement zu betreiben.

Die Überlegung, die Anwendenden von CIRS, also zum Beispiel Pflegefachkräfte, zu befragen, wurde aufgrund der erschwerten Erreichbarkeit verworfen. Da QMB, wie in Kapitel 4.3. beschrieben wurde, über eine bessere Erreichbarkeit durch ihre Internetpräsenz verfügen, wurden diese als Zielgruppe der Befragung ausgewählt. Da die Studie insbesondere den Ist-Zustand zur Umsetzung und Nutzung von CIRS sowie die individuellen Einschätzungen von QMB erfassen sollte, wurde keine, über die univariate Analyse hinausgehende, Analyse durchgeführt. In der Studie wurden zum überwiegenden Teil nominale Daten erhoben und nur sehr wenige Daten mit ordinalem Datenniveau, weshalb sich zudem weiterführende statistische Test nicht angeboten haben.

Der induktive Ansatz zur Kategorienbildung, der im Rahmen der qualitativen Auswertung gewählt wurde, kann zu einem Researcher Bias geführt haben, da die Kategorienbildung nur durch eine Person vorgenommen wurde. Zur Erfüllung der Gütekriterien für die Kategorisierung von qualitativen Daten und zur Verhinderung eines solchen Researcher Bias wird in der Regel die Methode der Intercooderreliabilität verwendet. Dabei werden die Antworten von mehreren Personen codiert und die Ergebnisse werden anschließend verglichen (Mayring, 2015, S. 53). Die Durchführung dieser Methode war aufgrund des alleinigen Durchführens der Studie leider nicht möglich.

Bei der Auswertung einiger Fragen muss beachtet werden, dass zum einen die subjektive Meinung der Befragten abgebildet wird und zum anderen die TN um Schätzungen gebeten wurden, was ebenfalls gewisse Ungenauigkeiten birgt. Zudem bezogen sich einige Fragen, auf das Wissen von den QMB über ihre Einrichtung. Je nachdem wie vertraut die TN mit den Fakten ihrer Einrichtung sind oder auch wie

lange sie bereits für die Einrichtung arbeiten, kann es auch hier zu Verzerrungen gekommen sein.

Die Variable AF03_01, die die Position der QMB in der Einrichtung erfasst hat, stellte im Nachhinein eine Herausforderung dar, da die Kodierung anders als erwartet umgesetzt werden musste. Zur Auswertung dieser Frage, wäre es vermutlich einfacher gewesen, den TN weitergefasste Kategorien zur Auswahl zu stellen, denen sie sich hätten zuordnen können. Eine andere Option wäre es gewesen, mehrere Textfelder zu erstellen, sodass die TN ihre unterschiedlichen Positionen innerhalb der Einrichtung nach der Rangfolge hätten sortieren können. Die Entscheidung, die genannten Positionen nach der Reihenfolge der Nennung in die erste, zweite und dritte Position zu unterteilen, spiegelt nicht zwanghaft die tatsächliche Reihenfolge wider. In Variable VE10, die erfasst hat, wie oft die Befragten, die Berichte im CIRS-Meldeportal lesen, wurde die Antwortmöglichkeit „Bei Bedarf“ nicht näher definiert, sodass es zu einem unterschiedlichen Antwortverhalten der Befragten und damit zu Verzerrungen in den Daten gekommen sein kann.

Wie bereits im Kapitel 4.6.2. erwähnt wurde, haben einige Befragte in den Freitextantworten zum Teil thematisch unpassende Anmerkungen gegeben, die dann anderen Fragen für die Auswertung zugeordnet wurden. Dies deutet darauf hin, dass einige Fragen missverständlich formuliert wurden. Missverständnisse von Fragen können dazu führen, dass das Item nicht das tatsächlich beabsichtigte Forschungsinteresse beantwortet. In zukünftigen Erhebungen sollte daher insbesondere bei Fragen dieser Art auf den genauen Wortlaut geachtet werden oder ein erklärender Text beigefügt werden. Das beschriebene Vorgehen zur Auswertung dieser Freitextantworten hat das Auswertungsverfahren merklich verkompliziert, weshalb im Nachhinein der Auswertungsansatz präferiert worden wäre, unpassende sowie unverständliche Antworten nicht in die Auswertung miteinzubeziehen. Um jedoch möglichst viele der gegebenen Antworten auszuwerten und in Anbetracht der zu erwartenden niedrigeren Antwortquote bei den Freitextantworten keine der erhaltenen Informationen unberücksichtigt zu lassen, wurde zu Beginn der Studie der beschriebene Ansatz gewählt. Damit die Zahl an thematisch unpassenden Antworten beziehungsweise ergänzenden Antworten zu vorherigen Fragen minimiert werden

kann, sollten noch weitere Textfelder zur freien Antwortmöglichkeit im Fragebogen ergänzt werden.

6.3. Ergebnisdiskussion

Wie in Kapitel 5.1. dargestellt, sind in der Befragung insbesondere größere Einrichtungen repräsentiert. Der Modalwert lag bei Einrichtungen mit mehr als 800 Betten (29,7 %). Kleinere Krankenhäuser mit bis zu 100 Betten sind in der Studie kaum vertreten (4,8 %). Wie in Abbildung 8 zu sehen ist, stellen in Deutschland Krankenhäuser mit bis zu 50 Betten die größte Gruppe im Jahr 2020 dar, während große Einrichtungen nur einen kleinen Teil der Krankenhauslandschaft ausmachen (Destatis, 2022b, S. 14). Somit muss für die Beurteilung der Ergebnisse aus der Studie berücksichtigt werden, dass die teilnehmenden Einrichtungen die reale Krankenhauslandschaft nur bedingt vertreten.

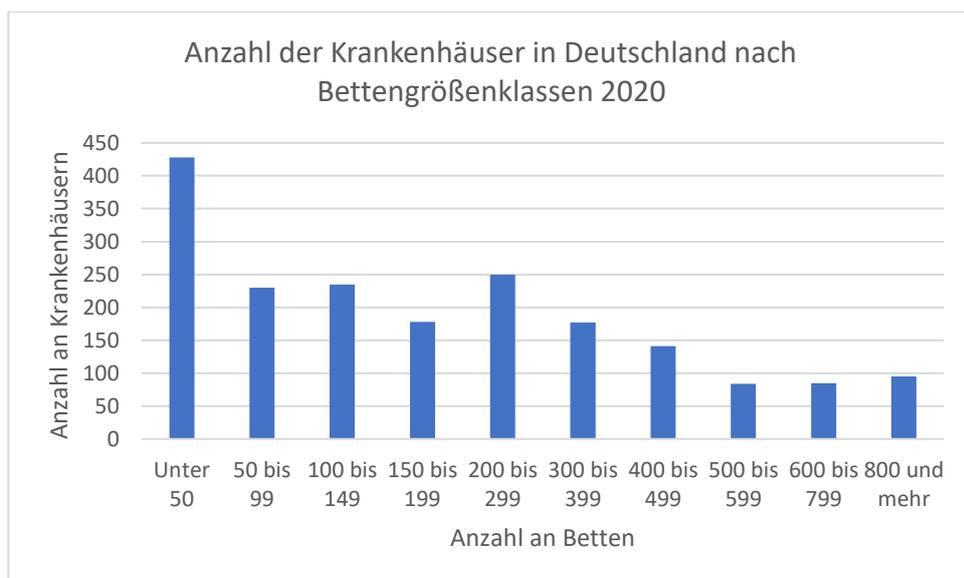


Abbildung 8 Anzahl an Krankenhäusern in Deutschland sortiert nach der Bettengröße im Jahr 2020 (eigene Darstellung nach Destatis, 2022b, S. 14)

Die Studie ist als nicht repräsentativ für die Grundgesamtheit, den QMB deutscher Krankenhäuser, einzuordnen. Ausgehend von 1.903 Krankenhäusern im Jahr 2020 mit jeweils einer Person als QMB, bei einem 95 % Konfidenzintervall und einer 5 % Fehlerspanne, würden 320 TN für eine repräsentative Umfrage benötigt werden (SurveyMonkey, o. D.a). Somit lassen sich die Ergebnisse nicht auf die Grundgesamtheit übertragen und es auch nicht beurteilt werden, inwieweit die Ergebnisse übertragbar wären. Der in Kapitel 4.6.2. erwähnte Verallgemeinerungs-

prozess, der durch das Verbinden von qualitativen mit quantitativen Elementen erreicht werden soll, kann damit nicht in dem notwendigen Maße gewährleistet werden, als dass die Ergebnisse sich als repräsentativ für die Grundgesamtheit übertragen ließen.

Über 60 % der TN arbeitet bereits mehr als 10 Jahre im Bereich des QM. Weiterhin haben 102 TN studiert und 120 Nennungen des Erstberufs ließen sich dem Bereich aus Qualitäts- und Risikomanagement zuordnen. Im Zweitberuf waren die häufigsten Nennungen ebenfalls dem QM-Bereich sowie der Position als CIRS-Beauftragte*r zuzuordnen. Im Folgenden sollen die formulierten Forschungsfragen nacheinander beantwortet werden.

6.3.1. Beantwortung der ersten Forschungsfrage

Als erste Forschungsfrage wurde festgelegt „Wie erfolgt die Umsetzung und Nutzung von CIRS an deutschen Krankenhäusern?“.

Beinahe 90 % der Einrichtungen haben eine*n CIRS-Beauftragte*n und über 80 % der Einrichtungen nehmen an einem üFMS teil. In der in Kapitel 3 zitierten Erhebung des IfPS aus dem Jahr 2015 waren es erst 19 % gewesen. Es gibt noch spezialisierte CIRS-Varianten, wie zum Beispiel CIRS-AINS, welches nur für die Anästhesiologie konzipiert ist. Im Jahr 2020 nahmen 94 Kliniken an dieser spezialisierten CIRS-Form teil (Neuhaus et al., 2020, S. 794). Wie ebenfalls in Kapitel 3 erläutert wurde, konnten keine weiteren, thematisch vergleichbaren Erhebungen zu der Nutzung von Fehlermeldesystemen und Einstellung von QMB in Deutschland gefunden werden, weshalb es nicht möglich ist, die nachfolgend beschriebenen Ergebnisse in Verbindung mit Fachliteratur zu setzen.

Für die Betreuung von CIRS ist in über 50 % der Einrichtungen das QM als eigenständige Abteilung zuständig, eine eigene CIRS-Abteilung gibt es jedoch in nur 6 % der Einrichtungen. Die Auswertung von CIRS und Entwicklung von Maßnahmen wird in über 90 % der Einrichtungen selbst übernommen. Aus der Tatsache, dass nur eine Einrichtung die Betreuung von CIRS an eine externe Firma übergeben hat und dass für die Auswertung der Meldungen und Entwicklung von Maßnahmen nur zwei Einrichtungen mit einer externen Firma kooperieren, lässt sich ableiten, dass die

Krankenhäuser sehr selbstständig mit CIRS umgehen. Der Nutzungszeitraum von CIRS in den Einrichtungen unterscheidet sich dagegen. So wird CIRS in 44,4 % der Einrichtungen zwischen fünf und neun Jahren genutzt, während 35,2 % der Krankenhäuser CIRS bereits seit mehr als 20 Jahren nutzen. Eine hohe Übereinstimmung zwischen den Befragten, gibt es in der Tatsache, dass in 86,4 % der Einrichtungen CIRS für das gesamte Krankenhaus eingesetzt wird und nicht nur in einzelnen Bereichen.

In der Nutzung von CIRS zeigte sich, dass knapp 90 % der TN das Meldeportal nutzen, um sich selbst zu informieren. Dabei gaben jeweils 30 % der Befragten an, dass sie das Portal nach Bedarf nutzen, beziehungsweise dass sie wöchentlich die Berichte lesen. Die Schätzung der Nutzungshäufigkeit durch die Anwendenden von CIRS ergab, dass etwas über 40 % von einer monatlichen Nutzung ausgingen und knapp 30 % eine wöchentliche Nutzungsfrequenz schätzten. Knapp 50 % der QMB gaben zudem an, bereits mehrfach selbst CIRS-Meldungen getätigt haben und weitere 8,5 % gaben an, bisher einmal einen Vorfall gemeldet zu haben. Über 90 % der entsprechenden TN gaben an, dass anschließend auch eine Lösung gefunden werden konnte. Die Frage nach der Meldebereitschaft bei den TN, die in der vorherigen Fragestellung angegeben hatten, noch keine Meldung getätigt zu haben, ergab, dass über 90 % grundsätzlich zu einer Meldung bereit wären. Die QMB wurden ebenfalls gefragt, ob sie bereits Meldungen von Problemen aus dem Kollegium erhalten hätten, was über 60 % verneinten. Die häufigste Kategorie, die die betreffenden TN, bei der Frage nach dem Problem auswählten, war, dass Personen aus dem Kollegium nicht wussten, wo sie CIRS finden können (n= 26) und dass es Probleme bei der Beschreibung des Vorfalls gab (n= 20). Es zeigte sich ein vielfältiges Problemspektrum, da alle der sieben vorgeschlagenen Optionen mehrfach ausgewählt wurden und in der „Sonstiges“-Antwortmöglichkeit noch weitere Punkte ergänzt wurden.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass es viele Übereinstimmungen in der Umsetzung von CIRS zwischen den Einrichtungen gibt, die größten Unterschiede zwischen den Krankenhäusern lassen sich bezüglich der Nutzungsdauer sowie der Zuständigkeit in der Betreuung von CIRS feststellen. Bezüglich der Nutzung von CIRS gibt es deutlichere Unterschiede zwischen den Einrichtungen, zum Beispiel was die

Nutzungsfrequenz von den CIRS-Anwendenden betrifft. Auch die beschriebenen Probleme, über die die Befragten durch Personen aus der Kollegschaft in Kenntnis gesetzt wurden, waren vielfältig.

6.3.2. Beantwortung der zweiten Forschungsfrage

Die zweite Forschungsfrage "Wie beurteilen Qualitätsmanagementbeauftragte deutscher Krankenhäuser die Vor- und Nachteile von CIRS?" sollte die Herausforderungen sowie positiven Aspekte von CIRS aus Sicht der QMB erfassen, wozu jeweils Ad-hoc-Skalen entwickelt wurden und Textfelder zur freien Antwortmöglichkeit gegeben waren.

Insgesamt ergibt sich bei den positiven Aspekten ein einheitliches Bild. Die Zustimmung zu allen abgefragten Thesen überwiegt und in vier von zehn Fragen konnte zusammengerechnet eine Zustimmung von über 90 % ermittelt werden. In den Freitexten wurde unter anderem der positive Einfluss von CIRS auf den Umgang mit Fehlern hervorgehoben (n= 17) sowie, dass CIRS verschiedene Vorteile für die Einrichtung (n= 12) bietet. Dass CIRS zu einer Verbesserung des eigenen QM beiträgt und zu einer Partizipation von Mitarbeitenden führt, wurde jeweils achtmal hervorgehoben.

Wie in Kapitel 1 beschrieben wurde, hat eine mangelnde Sicherheit in Krankenhäusern schwerwiegende Folgen, die nicht nur hohe finanzielle Ausgaben zur Folge haben, sondern auch Patient*innen gefährden können. Das APS sieht als einen der Gründe für solche gefährdenden Situationen eine mangelnde Sicherheitskultur (Hecker, 2022, S. XI), was durch das Leitprinzip „Einführung einer Sicherheitskultur bei der Gestaltung und Erbringung von Gesundheitsleistungen“ (Bundesministerium für Gesundheit, 2021, S. 7) aus dem Globaler Aktionsplan für Patientensicherheit 2021-2030 der WHO untermauert wird. CIRS ist ein Instrument, um den Zustand einer Sicherheitskultur zu erreichen, ist allein jedoch nicht ausreichend, um eine tatsächliche Sicherheitskultur zu schaffen. Diese Ansicht vertritt das APS (Hecker & Köster-Steinebach, 2022, S. 6), zeigt sich jedoch auch in der Tatsache, dass keine der befragten Personen in der Studie CIRS als „sehr nützlich“ eingestuft hat. So hängt der Erfolg von CIRS eben auch von der Sicherheitskultur in der Einrichtung ab (Hecker &

Köster-Steinebach, 2022, S. 6–7). Eine große Übereinkunft gibt es dagegen bei den TN darüber, dass CIRS die Sicherheit der Patient*innen erhöht (95,3 % Zustimmung) sowie das Bewusstsein für Beinahe-Fehler stärkt (91,7 % Zustimmung), was darauf hinweist, dass CIRS durchaus einen Beitrag zum Schutz der Patient*innen leistet. Dies wurde ebenfalls in einigen Freitexten der TN deutlich, die auf den Beitrag von CIRS für die Fehlerkultur in der Einrichtung (n= 10) beziehungsweise für die Entwicklung einer Sicherheitskultur (n= 3) hinwiesen. Wie gut die Sicherheitskultur in der Einrichtung etabliert ist, hängt insbesondere davon ab, wie sehr diese Thematik durch Führungskräfte berücksichtigt wird. Dies wird auch in den in Kapitel 5.4. beschriebenen Freitextantworten aus der durchgeführten Studie deutlich. Das APS folgert daher, dass die Sicherheit von Patient*innen in Krankenhäusern von der vorherrschenden Kultur sowie von den verantwortlichen Führungskräften abhängt (Hecker & Köster-Steinebach, 2022, S. 7).

Insgesamt zeigt sich bei den elf Aussagen bezüglich der Hindernisse ein weniger einheitliches Bild als bei den positiven Aspekten. Nur eine Aussage erhält einen Modalwert von mehr als 50 % Zustimmung für eine Antwortkategorie und es wurde nur eine Aussage mehrheitlich bestätigt, während sieben Aussagen mehrheitlich abgelehnt wurden. Bestätigt wurde die These „Die Kolleg*innen haben keine Zeit, um Vorfälle zu melden“ mit knapp 60 % Zustimmung. Die in der direkten Pflege Beschäftigten sind die größte Berufsgruppe innerhalb der Gesundheitsberufe. Dass diese Berufsgruppe in Deutschland unter Zeitmangel und Überlastung leidet, ist ein bereits seit längerem allgemein bekanntes Problem (Hofmann, 2012, S. 1161). Die NEXT-Studie (nurses' early exit study) aus dem Jahr 2005 ergab, dass Beschäftigte von Krankenhäusern ihre zu bewältigende Arbeitsmenge während der Arbeitszeit auf einer Skala von 0 (niedrig) bis 100 (hoch) mit 61 Punkten bewerteten. Die Belastung durch Burn-Out, ebenfalls auf einer Skala von 0 bis 100 ermittelt, lag für Beschäftigte von Krankenhäusern bei 36,4 Punkten (Simon et al., 2005, S. 14-15, 46-47). Wie in Kapitel 2.7. erläutert wurde, wurde bei dem ärztlichen Personal eine geringe Meldemotivation festgestellt. Es wäre daher interessant, CIRS-Berichte umfassend zu untersuchen, um festzustellen, welche Berufsgruppen CIRS am meisten nutzen.

Die QMB gaben mehrheitlich an, dass sie zum Zeitpunkt der Befragung, einen erhöhten Schulungsbedarf im Umgang mit CIRS bei den Beschäftigten ihrer Einrichtung sahen. In den Freitextantworten stellte sich heraus, dass die größte ermittelte Gruppe, Probleme bei der Umsetzung von Maßnahmen betrifft. Als weitere mehrfach genannte Problemfelder konnten ermittelt werden, dass des Öfteren Meldungen in CIRS getätigt werden, für die CIRS nicht konzipiert worden ist sowie, dass Mitarbeitende teilweise CIRS gegenüber misstrauisch sind. Dies wurde ebenfalls als eine Einschränkung von CIRS in Kapitel 2.7. erfasst. Auf Basis dieser Studienergebnisse und der gefundenen Literatur sollten daher verstärkt Aufklärungsmaßnahmen ergriffen werden, die über den richtigen Einsatz von CIRS informieren sowie den Nutzen von CIRS Meldungen den Beschäftigten vermitteln. Der Nutzen von CIRS sollte dabei kritisch betrachtet werden. So vertreten Vincent, Burnett und Carthy die Auffassung, dass in Großbritannien die tatsächliche Messung von Schäden zu Gunsten der reinen Meldung von Schäden, dem Incident Reporting, vernachlässigt wurde (Vincent et al., 2014, S. 670). Weiterhin schreibt das APS, dass CIRS aufgrund einer geringen Sensitivität und Spezifität nicht geeignet ist, um Interventionen zur Förderung der Sicherheit von Patient*innen zu evaluieren (Schrappe, 2018, S. 390).

Zusammenfassend lässt sich hervorheben, dass CIRS ein gut geeignetes Instrument zur Prävention von Fehlern in Krankenhäusern ist. CIRS hat viele Vorteile, welche sich sowohl aus der dargestellten wissenschaftlichen Literatur ableiten lassen als auch in den Ergebnissen der Studie sichtbar werden. Je aktiver CIRS in der Einrichtung gelebt und umgesetzt wird, desto mehr kann die Einrichtung von den Vorteilen profitieren. Wie jedoch mehrfach in dieser Arbeit thematisiert wurde, ist CIRS eines von mehreren Instrumenten des Fehlermanagements und sollte daher nicht als alleinige Lösung betrachtet werden.

6.3.3. Beantwortung der dritten Forschungsfrage

Die dritte Forschungsfrage „Welche Verbesserungsmöglichkeiten sehen Qualitätsmanagementbeauftragte für CIRS?“ sollte aus der Perspektive der Befragten Verbesserungsmöglichkeiten für CIRS ermitteln.

Da nur 27 von 150 TN Verbesserungsvorschläge genannt haben, sind die Ergebnisse hier weniger aussagekräftig im Vergleich zu anderen Ergebnissen der Studie. Für die geringere Rücklaufquote dieser Fragestellung sind verschiedene Gründe möglich. Zum einen, war die Frage kurz vor Ende des Fragebogens gestellt, sodass unter Umständen bereits weniger Motivation zur Beantwortung von Fragen vorhanden war. Wie sich auch in den anderen Freitextantworten zeigt, fällt die Antwortquote bei diesen Fragen insgesamt niedriger aus. Das Beantworten von Freitexten ist vergleichsweise aufwändiger als das Anklicken der entsprechenden Antwortmöglichkeit, was ebenfalls einen Grund für die niedrigere Rücklaufquote darstellen könnte. Abschließend könnte ein weiterer Grund sein, dass die TN keine Verbesserungsvorschläge für CIRS hatten, was einerseits bedeuten kann, dass sie vollständig mit CIRS zufrieden sind oder andererseits, dass sie sich bisher noch nicht mit Verbesserungsmöglichkeiten auseinandergesetzt haben.

Die meisten erhaltenen Verbesserungsvorschläge beschäftigten sich mit Verbesserungsmöglichkeiten für CIRS selbst. Dabei wünschten sich neun QMB eine Kontaktmöglichkeit für Rückfragen. Bei der Fragen nach den Hindernissen stimmten 42,2 % der Befragten der These „Aufgrund der Anonymität können keine Rückfragen gestellt werden, was die Auswertung der Vorfälle erschwert“ zu. In zukünftigen Erhebungen wäre es daher sinnvoll, abzufragen, wie viele Krankenhäuser ein CIRS mit Kontaktmöglichkeit nutzen, um herauszufinden, wie verbreitete diese Möglichkeit in Deutschland bisher ist.

Wie oben bereits erwähnt wurde, sieht eine Mehrheit von knapp 60 % der Befragten einen erhöhten Schulungsbedarf im Umgang mit CIRS. Dieser Aspekt wurde hier in den Freitexten nochmal durch drei Personen hervorgehoben. Neben verschiedenen Einzelmeinungen, die unter anderem auf den kulturellen Aspekt im Umgang mit Fehlern im Unternehmen eingingen, beschäftigten sich auch mehrere Nennungen mit der Relevanz von Personalaspekten, wie zum Beispiel der Bedeutung eines eigenen CIRS Teams und der notwendigen Unterstützung durch Führungskräfte. Wie oben beschrieben wurde, misst auch das APS den Führungskräften eine hohe Bedeutung bei. Auch der Bereich der Digitalisierung wurde mehrfach thematisiert,

indem verstärkte digitale Möglichkeiten sowie eine Weiterentwicklung der bestehenden Software gefordert wurden.

Es gibt bereits verschiedene Orientierungshilfen für Einrichtungen des Gesundheitswesens, die Hilfestellungen für eine erfolgreiche Etablierung von CIRS bieten. So erläutert das APS in seiner „Empfehlung zur Einführung von CIRS im Krankenhaus“ ein aus sieben Schritten bestehendes Verfahren zur Etablierung von CIRS, wozu unter anderem zählt, dass CIRS regelmäßig evaluiert werden sollte und das Verfahren dementsprechend angepasst wird (APS, 2016, o. S.). Die zusammengehörigen Betreiber der Software „CIRS Health Care“ haben ebenfalls eine Liste mit zehn verschiedenen Tipps veröffentlicht, die bei der Einführung von CIRS helfen sollen. Dabei heben sie unter anderem hervor, wie wichtig die Unterstützung der Geschäftsleitung sei und dass auch Personal- und Betriebsrat eingebunden werden sollten (Inworks & InPASS, o. D.). Um Fehler bestmöglich zu verhindern, sollte eine Methodenkombination im RM genutzt werden (Thomas, 2021, S. 34–35).

Zusammenfassend lässt sich diese Forschungsfrage damit beantworten, dass die QMB grundsätzlich Verbesserungsmöglichkeiten für CIRS sehen. Als erstes ist hier der Wunsch nach einer Kontaktmöglichkeit für Rückfragen zu nennen sowie den personellen Aspekten rund um die Etablierung von eigenen CIRS-Teams und des Weiteren der Notwendigkeit einer verstärkten Involvierung von Führungskräften in CIRS-Themen. Ebenso angesprochen wurde der Bereich der Digitalisierung. Insbesondere zur Etablierung von CIRS gibt es bereits mehrere Handlungsleitfäden und Hilfestellungen, die die Krankenhäuser zur Unterstützung nutzen können.

7. Fazit

Im Gesundheitswesen haben Fehler oft besonders schwerwiegende Folgen, da sie nicht nur hohe Kosten verursachen können, sondern unter Umständen auch Menschenleben gefährden. Wie in dieser Arbeit erläutert wurde, ist ungefähr die Hälfte an Zwischenfällen, die Patient*innen gefährden, vermeidbar. In ungefähr 80 % der gefährdenden Zwischenfälle, ist dabei nicht technisches, sondern menschliches Versagen schuld. Oft sind Fehler nicht die Folge individuellen Fehlverhaltens, sondern ein Resultat eines Systemversagens. Daher muss der Kontext der Einflussfaktoren

berücksichtigt werden. Krankenhäuser sind sehr komplexe Einrichtungen, weshalb es sein kann, dass die Abläufe nicht optimal aufeinander abgestimmt sind, was wiederum das Entstehen von Fehlern begünstigen kann.

Die Einführung von Fehlermeldesystemen, zu denen CIRS zählt, soll dabei helfen, die Zahl an Fehlern und damit an gefährdenden Zwischenfällen, zu senken. Beschäftigte von Krankenhäusern können in CIRS anonym Beinahe-Fehler melden, welche in der Regel dann auf einer meist Firmeninternen Plattform veröffentlicht werden. So können Erfahrungen geteilt werden und Beschäftigte können voneinander lernen, sodass Fehler langfristig vermieden werden können. Um den Erfolg von CIRS in der Einrichtung zu beurteilen, kann die Zahl an umgesetzten Verbesserungsmaßnahmen betrachtet werden. Einrichtungsübergreifende Fehlermeldesysteme bieten die Möglichkeit, dass Krankenhäuser voneinander lernen, indem sie beispielsweise auf bisher unbekannte Fehlerquellen aufmerksam gemacht werden. Um aus tatsächlichen Fehlern und Beinahe-Fehlern lernen zu können und diese nicht mehr personenbezogen zu verurteilen, muss sich die Fehlerkultur innerhalb der Einrichtung zu einer Sicherheitskultur weiterentwickeln.

Grundsätzlich kann jedes System, was einen Beitrag zur Vermeidung von Fehlern leistet, als positiv bewertet werden. Eine aktive Nutzung von CIRS kann die Zahl an Fehlern und Gefahrenquellen verringern, was zu einer Steigerung der Versorgungsqualität und der Zufriedenheit von Patient*innen beiträgt. Die Anonymität kann dazu führen, dass die Hemmschwelle, Vorfälle zu melden, gesenkt wird. Zudem kann CIRS präventives Wissen an Mitarbeitende vermitteln sowie diese für Risiken und Lösungsmöglichkeiten sensibilisieren. Des Weiteren kann es dabei helfen, die Perspektive der Mitarbeitenden zu erfassen. Für die Beschäftigten muss erkennbar sein, welche Verbesserungsmaßnahmen aufgrund ihrer Meldungen umgesetzt wurden, da sonst die Meldemotivation sinkt. Weiterhin muss berücksichtigt werden, dass die Zahl an Meldungen in CIRS nicht die tatsächliche Anzahl an gefährdenden Zwischenfällen darstellt, da nur ein geringer Teil gemeldet wird. CIRS garantiert keine Fehlerfreiheit und ist nur eines von mehreren Instrumenten des RM zur Vermeidung von Fehlern.

Die durchgeführte Studie repräsentiert insbesondere größere Krankenhäuser. Es konnte gezeigt werden, dass sich die Krankenhäuser in der Anwendung von CIRS zwar in vielen Teilen ähnlich sind, es jedoch auch Unterschiede gibt. So gibt es an beinahe 90 % der Einrichtungen eine für CIRS beauftragte Person, jedoch gibt es an nur 6 % der Einrichtungen eine eigene CIRS-Abteilung. Unterschiede gibt es ebenso im Nutzungszeitraum von CIRS als auch bei der Frage, wie oft die Anwendenden von CIRS dieses nutzen. Während es bei den abgefragten Vorteilen immer mindestens 50 % Zustimmung gab, unterschied sich die Haltung der QMB bei den vorgeschlagenen Hindernissen stärker. Wie deutlich wurde, besteht aus Sicht der QMB ein erhöhter Schulungsbedarf im Umgang mit CIRS. Daher sollten verstärkt Maßnahmen und Aufklärungskampagnen entwickelt werden, um das Personal zum einen über das Vorhandensein von CIRS in der Einrichtung zu informieren und zum anderen, um das Personal in der richtigen Anwendung von CIRS zu schulen. Dabei muss ein besonderer Fokus darauf liegen, wie das Personal erkennt, ob es sich um einen in CIRS zu meldenden Beinahe-Fehler handelt oder nicht. Um die Arbeit mit CIRS den QMB zu erleichtern, sollte standardmäßig eine Möglichkeit zum Stellen von Rückfragen etabliert werden. Um eine effektive Prävention von Fehlern zu ermöglichen, muss insbesondere die Fehlerkultur in deutschen Krankenhäusern zu einer Sicherheitskultur weiterentwickelt werden. Dazu ist die Unterstützung von Führungskräften unverzichtbar. Zudem sollte angestrebt werden, dass mehrere Methoden des Fehlermanagements miteinander kombiniert werden, sodass möglichst viele Beinahe-Fehler sowie tatsächliche Fehler verhindert werden können.

Für die weitere Forschung sollten Studien durchgeführt werden, die Daten mit höheren Datenniveaus beinhalten, um weitreichendere Aussagen treffen zu können. Auch repräsentative Studien sind notwendig, um tatsächliche Aussagen über die Grundgesamtheit treffen zu können. So sollten auch kleinere Krankenhäuser stärker berücksichtigt werden, da diese einen Großteil der deutschen Krankenhauslandschaft ausmachen. Ebenfalls von Interesse für die weitere Forschung wären Studien, die die Anwendenden von CIRS, also beispielsweise das Pflegepersonal, befragen, um deren Haltung zu CIRS erfassen zu können. Mithilfe von Langzeitstudien könnten unter anderem Schwankungen im Nutzungsverhalten

erfasst werden. Um Ungenauigkeiten aufgrund von Schätzungen auszuschließen, könnten Daten von Einrichtungen ausgewertet und verglichen werden. Bereits in der Ergebnisdiskussion wurden Möglichkeiten für die weiterführende Forschung aufgezeigt. Dazu zählt unter anderem die Forschungsmöglichkeit dazu, welche Berufsgruppen CIRS am meisten nutzen und in wie vielen deutschen Krankenhäusern eine Rückfragemöglichkeit im CIRS gegeben ist.

Literaturverzeichnis

- Aktionsbündnis Patientensicherheit. (2016). *Empfehlung zur Einführung von CIRS im Krankenhaus*. <https://www.aps-ev.de/wp-content/uploads/2016/08/07-07-25-CIRS-Handlungsempfehlung.pdf>
- Aktionsbündnis Patientensicherheit, Plattform Patientensicherheit & Stiftung Patientensicherheit. (2016). *Einrichtung und erfolgreicher Betrieb eines Berichts- und Lernsystems (CIRS): Handlungsempfehlung für stationäre Einrichtungen im Gesundheitswesen*. Berlin. https://www.aps-ev.de/wp-content/uploads/2016/10/160913_CIRS-Broschuere_WEB.pdf
- Atteslander, P. (2010). *Methoden der empirischen Sozialforschung* (13. Aufl.). *ESV basics*. Erich Schmidt Verlag.
- Behle, S. (2014). CIRS im Krankenhaus. In W. Merkle (Hrsg.), *Erfolgskonzepte Praxis- & Krankenhaus-Management. Risikomanagement und Fehlervermeidung im Krankenhaus* (S. 103–107). SpringerMedizin. https://doi.org/10.1007/978-3-642-38045-7_9
- Berufsverband Deutscher Anästhesisten & Deutsche Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin. (2012). *Onlinebefragung zum Thema Patientensicherheit in der Anästhesiologie*. <https://www.patientensicherheit-ains.de/literatur/schlagworte/befragung-umfrage-patientensicherheit-ains-cirs-ains-.html>
- BKK Dachverband. (2022). *BKK Klinikfinder*. BKK Dachverband. <https://klinikfinder.bkk-dachverband.de/>, zuletzt aufgerufen am 29.08.2022
- Bühle, E. H. (2014). Erfolgreiche Strategien zur Fehlervermeidung, -erkennung und -korrektur sowie zur Fehlerbehebung: Analogien zur Luftfahrt. In W. Merkle (Hrsg.), *Erfolgskonzepte Praxis- & Krankenhaus-Management. Risikomanagement und Fehlervermeidung im Krankenhaus* (S. 43–58). SpringerMedizin. https://doi.org/10.1007/978-3-642-38045-7_4
- Bühmann, W. (2015). Errare humanum est – Fehler zu machen, etwa nicht? *Der Urologe*, 54(8), 1103–1104. <https://doi.org/10.1007/s00120-015-3901-5>
- Bundesministerium für Gesundheit. (2021). *Globaler Aktionsplan für Patientensicherheit 2021-2030: Auf dem Weg zur Beseitigung vermeidbarer Schäden in der Gesundheitsversorgung*.

https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/P/Patientensicherheit/WHO_Global_Patient_Safety_Action_Plan_2021-2030_DE.pdf

Corrigan, J., Kohn, L. T. & Donaldson, M. S. (2000). *To err is human: Building a safer health system. Quality chasm series*. National Academy Press.

Deutsche Forschungsgemeinschaft. (2019). *Leitlinien zur Sicherung guter wissenschaftlicher Praxis: Kodex*. Bonn.

https://www.dfg.de/download/pdf/foerderung/rechtliche_rahmenbedingungen/gute_wissenschaftliche_praxis/kodex_gwp.pdf

Deutsche Krankenhaus Gesellschaft. (o. D.). *Best Practice Beispiele*

Fehlermeldesysteme. <https://www.dkgev.de/themen/qualitaet-hygiene-sicherheit/patientensicherheit/aktionsbuendnis-patientensicherheit/best-practice-beispiele-fehlermeldesysteme/>, zuletzt aufgerufen am 29.08.2022

Döring, N. & Bortz, J. (2016). *Forschungsmethoden und Evaluation in den Sozial- und Humanwissenschaften* (5. Aufl.). *Springer-Lehrbuch*. Springer.

<https://doi.org/10.1007/978-3-642-41089-5>

Ertl-Wagner, B., Steinbrucker, S. & Wagner, B. C. (2013). *Qualitätsmanagement und Zertifizierung: Praktische Umsetzung in Krankenhäusern, Reha-Kliniken, stationären Pflegeeinrichtungen: mit 23 Tabellen* (2. Aufl.). *Erfolgskonzepte Praxis- & Krankenhaus-Management*. Springer. <https://doi.org/10.1007/978-3-642-25316-4>

GKV-Spitzenverband. (2019). *Gemeinsame Vereinbarung der DKG, der GKV und der PKV über die Zuschläge für einrichtungsübergreifende Maßnahmen zur Qualitätssicherung für die Jahre 2020, 2021 und 2022*. https://www.gkv-spitzenverband.de/krankenversicherung/krankenhaeuser/krankenhaeuser_abrechnung/zu_abschlaege/zu_abschlaege.jsp, zuletzt aufgerufen am 29.08.2022

Gunkel, C., Rohe, J., Sanguino Heinrich, A., Hahnenkamp, C. & Thomeczek, C. (2013). CIRS – Gemeinsames Lernen durch Berichts- und Lernsysteme. In N. Herbig, S. Poppelreuter & H. Thomann (Hrsg.), *Qualitätsmanagement im Gesundheitswesen* (31. Aufl., S. 1–46). TÜV Media.

<https://doi.org/10.6101/azq/000161>

- Hecker, R. (Hrsg.). (2022). *Risiko- und Sicherheitskultur im Gesundheitswesen* (1. Auflage). Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.
<https://doi.org/10.32745/9783954666720>
- Hecker, R. & Köster-Steinebach, I. (2022). Sicherheitskultur als Kernelement einer nachhaltigen Patientenversorgung: ein Überblick und eine Einordnung. In R. Hecker (Hrsg.), *Risiko- und Sicherheitskultur im Gesundheitswesen* (1. Aufl., S. 3–10). Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.
- Hensen, P. (2019). *Qualitätsmanagement im Gesundheitswesen: Grundlagen für Studium und Praxis* (2. Auflage). Springer Fachmedien Wiesbaden.
<https://doi.org/10.1007/978-3-658-25913-6>
- Hofmann, I. (2012). Die Rolle der Pflege im Gesundheitswesen: Historische Hintergründe und heutige Konfliktkonstellationen [The role of caregivers in health care. Historical backgrounds and current conflict situations]. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, 55(9), S. 1161–1167. <https://doi.org/10.1007/s00103-012-1540-1>
- Hussy, W., Schreier, M. & Echterhoff, G. (2013). *Forschungsmethoden in Psychologie und Sozialwissenschaften für Bachelor* (2. Aufl.). Springer-Lehrbuch. Springer.
<https://doi.org/10.1007/978-3-642-34362-9>
- Institut für Patientensicherheit. (2016). *Deutschlandweite Befragung zum Einführungsstand des klinischen Risikomanagements: Teil I: Deskriptive Ergebnisse zur Implementierung des klinischen Risikomanagements 2015*.
<https://www.aps-ev.de/wp-content/uploads/2016/08/ifps-beitrag-3.pdf>
- Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen. (2018). *Gesundheitsversorgung in Deutschland: Das deutsche Gesundheitssystem*.
<https://www.gesundheitsinformation.de/das-deutsche-gesundheitssystem.html>, zuletzt aufgerufen am 29.08.2022
- Inworks & InPASS. (o. D.). *10 Tipps zur CIRS-Einführung*.
https://www.inpass.de/fileadmin/Bilder/10_Tipps_zur_CIRS_Einfuehrung.pdf
- Kahla-Witzsch, H. A. (2009). *Praxiswissen Qualitätsmanagement im Krankenhaus: Hilfen zur Vorbereitung und Umsetzung* (2. Aufl.). Kohlhammer Verlag.

- Kelle, U. (2014). Mixed Methods. In N. Baur & J. Blasius (Hrsg.), *Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung* (S. 153–166). Springer VS.
https://doi.org/10.1007/978-3-531-18939-0_8
- Knorr, D., Goerig, R.-M. & Gietl, G. (2013). *Qualitätsmanagement in Krankenhäusern* (2. Aufl.). *Pocket-Power: Bd. 038*. Hanser.
- Kühnle, S. (2001). Konzept für eine lernende Healthcare-Organisation: Erfolgsfaktoren von Lern- und Veränderungsprozessen. *Zeitschrift Führung + Organisation (zfo)*, 70(6), S. 364–370.
- Kuntsche, P. & Börchers, K. (2017). *Qualitäts- und Risikomanagement im Gesundheitswesen: Basis- und integrierte Systeme, Managementsystemübersichten und praktische Umsetzung*. Springer Gabler.
<https://doi.org/10.1007/978-3-642-55185-7>
- Leiner, D. J. (2019). Too Fast, too Straight, too Weird: Non-Reactive Indicators for Meaningless Data in Internet Surveys. *Survey Research Methods*, 13(3), S. 229–248. <https://doi.org/10.18148/srm/2019.v13i3.7403>
- Löber, N. (2011). Fehler und Fehlerkultur im Krankenhaus – eine theoretisch-konzeptionelle Betrachtung. In S. Fließ (Hrsg.), *Fokus Dienstleistungsmarketing. Beiträge zur Dienstleistungsmarketing-Forschung: Aktuelle Forschungsfragen und Forschungsergebnisse* (1. Aufl., S. 221–251). Gabler. https://doi.org/10.1007/978-3-8349-6592-9_10
- Mayring, P. (2015). *Qualitative Inhaltsanalyse: Grundlagen und Techniken* (12., überarb. Aufl.). Beltz.
- Neuhaus, C., Holzschuh, M., Lichtenstern, C. & St Pierre, M. (2020). Erkenntnisse aus 10 Jahren CIRS-AINS: Eine Analyse von Nutzerverhalten und Ausblick auf neue Herausforderungen [Findings from 10 years of CIRS-AINS : An analysis of usepatterns and insights into new challenges]. *Der Anaesthetist*, 69(11), S. 793–802. <https://doi.org/10.1007/s00101-020-00829-z>
- Rädiker, S. & Kuckartz, U. (2020). *Offene Survey-Fragen mit MAXQDA analysieren: Schritt für Schritt* (1. Auflage). MAXQDA Press. <https://www.maxqda-press.com/catalog/guides/maxqda-press-offene-survey-fragen-mit-maxqda-analysieren/download?d=978-3-948768010#download>

- Rascher, S. (2019). *Just Culture in Organisationen: Wie Piloten eine konstruktive Fehler- und Vertrauenskultur schaffen. essentials*. Springer.
<https://doi.org/10.1007/978-3-658-25851-1>
- Roeder, N. & Wächter, C. (2015). Bedeutung von Humanfaktoren im Qualitäts- und Risikomanagement in Medizin und Luftfahrt. *das Krankenhaus*(2), S. 126–136.
https://www.interpersonis.de/images/pdf/Das_Krankenhaus_Humanfaktoren.pdf
- Rohe, J., Sanguino Heinrich, A. & Thomeczek, C. (2011). CIRSmedical.de: Netzwerk für Patientensicherheit. *Deutsches Ärzteblatt*, 108(3), S. 92–94.
<https://www.aerzteblatt.de/archiv/80367/CIRSmedical-de-Netzwerk-fuer-Patientensicherheit>
- Rohe, J., Sanguino Heinrich, A., Weidringer, J. W. & Thomeczek, C. (2012). Critical-Incident-Reporting-System (CIRS): Ein Baustein des Risikomanagements zur Verbesserung der Patientensicherheit. *Notfall & Rettungsmedizin*, 15(1), S. 25–29. <https://doi.org/10.1007/s10049-011-1495-z>
- Rose, N. & Germann, D. (2005). Resultate eines krankenhausweiten Critical Incident Reporting System (CIRS): Das St. Galler CIRS-Konzept. *Gesundheitsökonomie & Qualitätsmanagement*(10), S. 83–89.
https://www.meldeportal.ch/wordpress/wp-content/uploads/2016/05/doc_Thieme-Krankenhausweites_CIRS.pdf
- Rose, N. & Hess, U. (2008). Melden von Near Misses im Krankenhaus: Klinisches Risikomanagement in der Onkologie. *Der Onkologe*, 14(7), S. 721–726.
<https://doi.org/10.1007/s00761-008-1402-5>
- Schmola, G. (2016). Grundlagen und Instrumente des Risikomanagements. In G. Schmola & B. Rapp (Hrsg.), *Compliance, Governance und Risikomanagement im Krankenhaus: Rechtliche Anforderungen - Praktische Umsetzung - Nachhaltige Organisation* (S. 289–339). Springer Gabler.
<https://doi.org/10.1007/978-3-658-10667-6>
- Schrappé, M. (2018). *APS-Weißbuch Patientensicherheit: Sicherheit in der Gesundheitsversorgung: neu denken, gezielt verbessern*. Berlin.

https://www.aps-ev.de/wp-content/uploads/2018/08/APS-Weissbuch_2018.pdf

- Simon, M., Tackenberg, P., Hasselhorn, H.-M., Kümmerling, A., Büscher, A. & Müller, B. (2005). *Auswertung der ersten Befragung der NEXT-Studie in Deutschland*. https://www.researchgate.net/profile/Michael-Simon-4/publication/325908204_Auswertung_der_ersten_Befragung_der_NEXT-Studie_in_Deutschland/links/5b2bf38fa6fdcc8506bc6c3d/Auswertung-der-ersten-Befragung-der-NEXT-Studie-in-Deutschland.pdf
- Slawomirski, L., Auraaen, A. & Klazinga, N. (2017). *The economics of patient safety: Strengthening a value-based approach to reducing patient harm at national level* (DI161105). OECD.
<https://doi.org/10.1093/med/9780192846877.003.0005>
- SoSci Survey. (o. D.a). *Serienmailversand mit SoSci Survey*.
<https://www.soscisurvey.de/help/doku.php/de:survey:mailing:sosci>, zuletzt aufgerufen am 29.08.2022
- SoSci Survey. (o. D.b). *Zusätzliche Variablen in der Datenausgabe*.
<https://www.soscisurvey.de/help/doku.php/de:results:variables#qualitaetsindikatoren>, zuletzt aufgerufen am 29.08.2022
- St. Pierre, M., Hofinger, G. & Buerschaper, C. (2011). *Notfallmanagement: Human factors und Patientensicherheit in der Akutmedizin* (2., aktualisierte und erw. Aufl.). SpringerMedizin. <https://doi.org/10.1007/978-3-642-16881-9>
- Statistisches Bundesamt. (2022a). *Einrichtungen, Betten und Patientenbewegung: Krankenhäuser*. <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Krankenhaeuser/Tabellen/gd-krankenhaeuser-jahre.html>, zuletzt aufgerufen am 29.08.2022
- Statistisches Bundesamt. (2022b). *Grunddaten der Krankenhäuser 2020* (Gesundheit Fachserie 12 Reihe 6.1.1).
- SurveyMonkey. (o. D.a). *Stichprobenrechner*.
<https://www.surveymonkey.de/mp/sample-size-calculator/>, zuletzt aufgerufen am 29.08.2022

- SurveyMonkey. (o. D.b). *Unterschied zwischen Abschlussquote und Beantwortungsquote*. <https://www.surveymonkey.de/mp/what-is-the-difference-between-a-response-rate-and-a-completion-rate/>, zuletzt aufgerufen am 29.08.2022
- Thomas, V. (2021). *Fehlermeldeverhalten in der Pflege: Rekonstruktion und Typisierung handlungsleitender Orientierungen von Pflegefachkräften. Research*. Springer VS. <https://doi.org/10.1007/978-3-658-33675-2>
- Thomeczek, C., Bock, W., Conen, D., Ekkernkamp, A., Everz, D., Fischer, G., Gerlach, F., Gibis, B., Gramsch, E., Jonitz, G., Klakow-Frank, R., Oesingmann, U., Schirmer, H.-D., Smentkowski, U., Ziegler, M. & Ollenschläger, G. (2004). Das Glossar Patientensicherheit - Ein Beitrag zur Definitionsbestimmung und zum Verständnis der Thematik „Patientensicherheit“ und „Fehler in der Medizin“. *Das Gesundheitswesen*, 66(12), S. 833–840. <https://doi.org/10.1055/s-2004-813849>
- Vincent, C., Burnett, S. & Carthey, J. (2014). Safety measurement and monitoring in healthcare: a framework to guide clinical teams and healthcare organisations in maintaining safety. *BMJ quality & safety*, 23(8), S. 670–677. <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2013-002757>
- Wolf, K. & Kossack, P. (2016). *Qualitätsmanagement im Krankenhaus verstehen und anwenden: Die ISO 9001:2015 in Kliniken und anderen Einrichtungen des Gesundheitswesens* (1. Auflage). Symposion.

Anhang

Anhang 1 – Fragebogen



cirs_in_deutschen_krankenhausern -> base

Seite 01

Sehr geehrte Damen und Herren,

EI01

ich studiere im 6. Semester Gesundheitswissenschaften an der Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg. Als studentische Mitarbeiterin des Forschungs- und Transferzentrum „Nachhaltigkeit und Klimafolgenmanagement“ der HAW Hamburg erforsche ich im Rahmen meiner Bachelorarbeit **aktuelle Herausforderungen und Schwierigkeiten** in der Anwendung von **CIRS** (Critical Incident Reporting System) an deutschen Krankenhäusern. Die Zielgruppe sind Qualitätsmanagementbeauftragte oder Personen in vergleichbaren Positionen.

Die Befragung nimmt ungefähr 10 Minuten in Anspruch und ist bis zum 22.10.2021 verfügbar. Bei Fragen oder für weitere Informationen melden Sie sich gerne bei mir unter [REDACTED]

Vorab schon einmal vielen Dank für Ihre Teilnahme!

Nele Reuter

Die Befragung ist freiwillig und erfolgt anonym. Die erhobenen Daten werden nur im Rahmen der Bachelorarbeit weiterverarbeitet. Rückschlüsse auf Ihre Person sind nicht möglich. Sie können die Befragung jederzeit ohne Angabe von Gründen beenden.

EI02

Bitte bestätigen Sie, dass Sie die Hinweise zum Datenschutz zur Kenntnis genommen haben.

Ich möchte nicht an der Befragung teilnehmen.

Ich möchte an der Befragung teilnehmen und habe die oben genannten Informationen zum Datenschutz verstanden.

1 aktive(r) Filter

Filter EI02/F1

Wenn eine der folgenden Antwortoption(en) ausgewählt wurde: 2
Dann nach dem Klick auf "Weiter" den Text **TE01** anzeigen und das Interview beenden

Seite 02

Danke, dass Sie sich die Zeit nehmen, an dieser Befragung teilzunehmen.
Wenn möglich, beantworten Sie bitte alle Fragen, damit erhöhen Sie die Aussagekraft der Studie.

AF01

1. Welchem Geschlecht fühlen Sie sich zugehörig?

DD02

2. Welchen Bildungsabschluss haben Sie?

DD05

(Mehrfachnennungen sind möglich)

Berufsausbildung

Studium

Promotion

Sonstiges:

Keine Antwort

3. Wie viele Jahre Berufserfahrung haben Sie im Bereich des Qualitätsmanagements?

DD01

0 – 4 Jahre

15 – 19 Jahre

30 – 34 Jahre

5 – 9 Jahre

20 – 24 Jahre

35 – 39 Jahre

10 – 14 Jahre

25 – 29 Jahre

40 Jahre oder mehr

Keine Antwort

4. Welche Position(en) haben Sie in Ihrer Einrichtung inne?

AF03

Gerne können Sie diese im Folgenden kurz nennen.

 Keine Antwort**5. Gibt es in Ihrer Einrichtung eine/n CIRS-Beauftragte/n?**

AF04

6. Wie viele Betten gibt es in Ihrer Einrichtung?

AF05

 Weniger als 50 Betten 200 – 299 Betten 500 – 599 Betten 50 – 99 Betten 300 – 399 Betten 600 – 799 Betten 100 – 199 Betten 400 – 499 Betten 800 und mehr Betten Keine Antwort**7. Wer ist für die Betreuung des CIRS Ihrer Einrichtung zuständig?**

AF06

 Es gibt eine eigene CIRS-Abteilung Das Qualitätsmanagement ist dafür zuständig Das Risikomanagement ist dafür zuständig Die Betreuung von CIRS wurde an externe Firma übergeben Sonstiges: Keine Antwort

8. Seit wann nutzt Ihre Einrichtung CIRS?

AF07

- Weniger als 5 Jahre
- 5 bis 9 Jahre
- 10 bis 14 Jahre
- 15 bis 19 Jahre
- Mehr als 20 Jahre
- Keine Antwort

9. Nimmt Ihre Einrichtung an einem einrichtungsübergreifenden CIRS teil?

VE01

10. Haben Sie schon einmal einen Vorfall in dem CIRS Ihrer Einrichtung gemeldet?

VE02

- Ja, einmal
- Ja, bereits mehrfach
- Nein
- Keine Antwort

2 aktive(r) Filter**Filter VE02/F1**

Wenn eine der folgenden Antwortoption(en) ausgewählt wurde: 1, 2
Dann Frage/Text VE03 später im Fragebogen anzeigen (sonst ausblenden)

Filter VE02/F2

Wenn eine der folgenden Antwortoption(en) ausgewählt wurde: 3
Dann Frage/Text VE04 später im Fragebogen anzeigen (sonst ausblenden)

11. Wurde nach der Meldung des Vorfalls nach einer Lösung gesucht, um ein erneutes Auftreten des Vorfalls zu verhindern? VE03 

- Ja, und es wurde auch eine Lösung gefunden
- Ja, aber es konnte keine Lösung gefunden werden
- Nein, es wurde nicht nach einer Lösung gesucht

Keine Antwort

12. Würden Sie grundsätzlich einen Vorfall im CIRS melden? VE04 

- Ja
- Nein
- Hängt von der Relevanz des Vorfalls ab

Keine Antwort

13. Wird CIRS in allen Bereichen Ihrer Einrichtung genutzt?

VE05

- Ja
- Nur in einigen Bereichen
- Nur in einem Bereich

Keine Antwort

14. Bitte schätzen Sie, wie häufig die Mitarbeitenden in Ihrer Einrichtung CIRS verwenden:

VE06

-
-
-
-
-
-

15. Inwiefern werden die gemeldeten Vorfälle ausgewertet?

VE07

- Die Auswertung der Vorfälle und die Entwicklung von Maßnahmen werden von meiner Einrichtung selbst vorgenommen
- Die Vorfälle werden von meiner Einrichtung selbst ausgewertet, für die Entwicklung von Maßnahmen besteht eine Zusammenarbeit mit einer externen Firma
- Die Auswertung der Vorfälle und die Entwicklung von Maßnahmen wurde einer externen Firma übertragen
- Die Meldungen werden nicht ausgewertet
- Sonstiges:

Keine Antwort

16. Nutzen Sie das CIRS-Meldeportal Ihrer Einrichtung, um Ihren eigenen Informationsstand über aktuelle Vorfälle zu erweitern? VE09

2 aktive(r) Filter

Filter VE09/F1

Wenn eine der folgenden Antwortoption(en) ausgewählt wurde: **1**
Dann Frage/Text **VE10** später im Fragebogen anzeigen (sonst ausblenden)

Filter VE09/F2

Wenn eine der folgenden Antwortoption(en) ausgewählt wurde: **2**
Dann Frage/Text **VE11** später im Fragebogen anzeigen (sonst ausblenden)

17. Warum lesen Sie die Berichte im CIRS-Meldeportal nicht? VE11

- Keine Zeit
- Kein Interesse
- Faulheit
- Bin bisher nicht auf die Idee dazu gekommen
- Sonstiges:

- Keine Antwort

18. Wie oft lesen Sie die Berichte auf dem CIRS-Meldeportal? VE10

Täglich

Wöchentlich

Monatlich

Bei Bedarf

Keine Antwort

19. Haben Kolleg*innen Ihnen von Problemen bei der Nutzung von CIRS berichtet?

HE01 **1 aktive(r) Filter****Filter HE01/F1**

Wenn eine der folgenden Antwortoption(en) ausgewählt wurde: 1
Dann Frage/Text HE02 später im Fragebogen anzeigen (sonst ausblenden)

20. Welchen Kategorien sind diese Probleme zuzuordnen?

HE02 

(Mehrfachnennungen sind möglich)

- Die Kolleg*innen wussten nicht, wo sie CIRS finden können
- Die Kolleg*innen wussten nicht, wo sie einen Vorfall melden sollen
- Unklarheiten bei der Bedienung
- Technische Probleme
- Probleme bei der Beschreibung des Vorfalls
- Probleme bei der Kategorisierung des Vorfalls

Sonstiges:

 Keine Antwort

21. Im Folgenden werden verschiedene positive Aspekte genannt, die sich aus der Arbeit mit CIRS ergeben können. HE03

Bitte geben Sie an, inwiefern Sie diesen Aussagen zustimmen.

	Stimme voll zu	Stimme eher zu	Neutral	Stimme eher nicht zu	Stimme gar nicht zu	Keine Antwort
Das Bewusstsein für Beinahe-Fehler wird gestärkt	<input type="radio"/>					
Es entsteht ein kollektiver Lernzuwachs	<input type="radio"/>					
Fehler können vermieden werden	<input type="radio"/>					
Durch das Vermeiden von Schäden können Kosten gesenkt werden	<input type="radio"/>					
Die Anonymität erhöht die Meldebereitschaft	<input type="radio"/>					
CIRS ist eine Bereicherung für ein QM-System	<input type="radio"/>					
Schulungen für die Verwendung des CIRS verbessern die Berichte	<input type="radio"/>					
Je detaillierter der Bericht, desto passgenauer können Maßnahmen abgeleitet werden	<input type="radio"/>					
CIRS führt zu mehr Transparenz in der Einrichtung	<input type="radio"/>					
CIRS erhöht die Sicherheit der Patient*innen	<input type="radio"/>					

22. Sehen Sie weitere positive Aspekte von CIRS? HE04

Gerne können Sie diese im Folgenden stichpunktartig nennen. Sollten Sie keine Vorschläge haben, klicken Sie einfach auf „Weiter“.

23. Im Folgenden werden mögliche Hindernisse bei der Arbeit mit CIRS beschrieben.

HE05

Bitte geben Sie an, inwiefern Sie diesen Aussagen zustimmen.

	Stimme voll zu	Stimme eher zu	Neutral	Stimme eher nicht zu	Stimme gar nicht zu	Keine Antwort
Die Kolleg*innen haben keine Zeit, um Vorfälle zu melden	<input type="radio"/>					
Die Kolleg*innen haben keinen freien Computerplatz, um einen Vorfall zu melden	<input type="radio"/>					
Die Kolleg*innen haben Probleme bei der Bedienung eines Computers, weshalb sie CIRS nicht nutzen	<input type="radio"/>					
Die Kolleg*innen wissen nicht, was CIRS ist	<input type="radio"/>					
Die Kolleg*innen wissen nicht, dass CIRS an Ihrer Klinik genutzt wird	<input type="radio"/>					
Die Kolleg*innen wissen nicht, wo sie das klinikinterne CIRS finden können	<input type="radio"/>					
Die Anonymität kann nicht gewährleistet werden	<input type="radio"/>					
Aufgrund der Anonymität können keine Rückfragen gestellt werden, was die Auswertung der Vorfälle erschwert	<input type="radio"/>					
Die gemeldeten Vorfälle werden nicht genau genug beschrieben	<input type="radio"/>					
Es lassen sich keine Gegenmaßnahmen aus den gemeldeten Vorfällen ableiten	<input type="radio"/>					
Die geschilderten Vorfälle sind so speziell, dass sie sich nicht auf den Klinikalltag übertragen lassen	<input type="radio"/>					

24. Sehen Sie weitere Hindernisse bei der Arbeit mit CIRS?

HE06

Gerne können Sie diese im Folgenden stichpunktartig nennen. Sollten Sie keine Vorschläge haben, klicken Sie einfach auf „Weiter“.

25. Haben Sie Verbesserungsvorschläge für CIRS?

HE07

Gerne können Sie diese im Folgenden stichpunktartig nennen. Sollten Sie keine Vorschläge haben, klicken Sie einfach auf „Weiter“.

26. Wie nützlich finden Sie die Verwendung von CIRS?

PE01

Sehr nützlich

Nützlich

Neutral

Wenig nützlich

Nicht nützlich

Keine Antwort

27. Sehen Sie aktuell in Ihrer Einrichtung einen erhöhten Schulungsbedarf im Umgang mit CIRS?

PE02

Ja

Nein

Keine Antwort

28. Haben Sie noch Anmerkungen oder würden Sie gerne noch etwas ergänzen?

DD04

Sollten Sie keine weiteren Anmerkungen haben, klicken Sie einfach auf „Weiter“.

Letzte Seite

Vielen Dank für Ihre Teilnahme an der Umfrage!

Sollten Sie Interesse an den Ergebnissen haben, so können Sie sehr gerne an der **kostenlosen online Fachveranstaltung** am **07. Dezember** dieses Jahres von 16 bis 18 Uhr teilnehmen. Zu dieser Veranstaltung werden auch weitere Redner*innen erwartet und es wird eine **abschließende Diskussion** geben, sodass Sie mit Kolleg*innen in Kontakt kommen können und sich gegenseitig austauschen können.

Bei Interesse melden Sie sich gerne bei mir unter nele.reuter@haw-hamburg.de.

Ihre Antworten wurden gespeichert, Sie können das Browser-Fenster nun schließen.

[Nele Reuter, Forschungs- und Transferzentrum „Nachhaltigkeit und Klimafolgenmanagement“, Fakultät Life Sciences, Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg – 2021](#)

Anhang 2 – Auflistung angeschriebener Organisationen

Organisationen, die zur Weiterleitung der Umfrage bereit waren:

Deutsche Krankenhaus Gesellschaft (DKG)

Pasis - Tübinger Patientensicherheits- und Simulationszentrum am
Universitätsklinikum Tübingen

Krankenhausgesellschaft Schleswig-Holstein

Krankenhausgesellschaft Mecklenburg-Vorpommern

Krankenhausgesellschaft Rheinland-Pfalz

Organisationen, die eine Teilung der Befragung abgelehnt haben:

Krankenhausgesellschaft Sachsen-Anhalt

Landeskrankenhausgesellschaft Thüringen

Baden-Württembergische Krankenhausgesellschaft

Bayerische Krankenhausgesellschaft

Berliner Krankenhausgesellschaft

Krankenhausgesellschaft der Freien Hansestadt Bremen

Niedersächsische Krankenhausgesellschaft

Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen

Weitere kontaktierte Organisationen, ohne Rückmeldung:

CIRS Health Care

CIRSmedical.de

KH-CIRS

Netzwerk CIRS Berlin

Patientensicherheit-Online.de

Ipro consulting

Deutsche Ärzteschaft (Bundesärztekammer)

Hessische Krankenhausgesellschaft

Saarländische Krankenhausgesellschaft

Landeskrankenhausgesellschaft Brandenburg

Hamburgische Krankenhausgesellschaft

Anhang 3 – Anfrage zur Weiterleitung der Studie

Sehr geehrte Damen und Herren,

mein Name ist Nele Reuter und ich studiere im 6. Semester Gesundheitswissenschaften an der HAW Hamburg. Als Teil des Forschungs- und Transferzentrum „Nachhaltigkeit und Klimafolgenmanagement“ der HAW Hamburg unter der Leitung von Herrn Prof. Dr. Dr. Walter Leal beschäftige ich mich derzeit mit einer Studie zu den Herausforderungen und Schwierigkeiten in der Arbeit mit CIRS (Critical Incidents Reporting System) an deutschen Krankenhäusern. Dazu führe ich eine Online-Umfrage bei Qualitätsmanagementbeauftragten oder Personen in vergleichbaren Positionen durch.

Wie ich Ihrer Internetseite entnehmen konnte, haben Sie einen Newsletter. Wäre es möglich, dass in einem der nächsten Newsletter oder auf Ihrer Internetseite ein Verweis auf meine Umfrage eingefügt wird? Sie würden damit nicht nur mir bei der Bearbeitung des Themas helfen, sondern auch dazu beitragen, den Forschungsstand zum Umgang mit CIRS in deutschen Krankenhäusern zu erweitern. Die Umfrage soll im Zeitraum vom 27.09. bis zum 22.10.2021 durchgeführt werden. Den Link zur Umfrage würde ich Ihnen zeitnah zusenden.

Die Ergebnisse sollen in einer kostenlosen online Fachveranstaltung am 07. Dezember dieses Jahres von 16 bis 18 Uhr vorgestellt werden. Zu dieser Veranstaltung werden auch weitere Redner*innen mit Expertise im Gebiet CIRS Vorträge halten und es wird eine abschließende Diskussion geben, die einen Austausch untereinander ermöglicht. Ein Verweis auf diesen Vortrag in Ihrem Newsletter wäre ebenfalls sehr hilfreich.

Sollten Sie noch weitere Details wissen wollen oder Fragen haben, können Sie sehr gerne mich oder Herrn Prof. Dr. Dr. Walter Leal unter walter.leal2@haw-hamburg.de kontaktieren.

Viele Grüße,

Nele Reuter

Anhang 4 – Einladung zur Teilnahme an der Befragung

Sehr geehrter Herr XXX,

mein Name ist Nele Reuter und ich studiere im 6. Semester Gesundheitswissenschaften an der Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg. Als Teil des Forschungs- und Transferzentrum „Nachhaltigkeit und Klimafolgenmanagement“ (FTZ-NK) der HAW Hamburg erforsche ich derzeit **aktuelle Herausforderungen und Schwierigkeiten** in der Anwendung von **CIRS** (Critical Incidents Reporting System) in deutschen Krankenhäusern. Dazu führe ich eine **Online-Umfrage** bei Qualitätsmanagementbeauftragten oder Personen in vergleichbaren Positionen durch.

Ich würde mich sehr freuen, wenn Sie sich die Zeit nehmen an der Befragung teilzunehmen, sie nimmt ungefähr 10 Minuten in Anspruch. Die Befragung ist bis zum 22.10.2021 verfügbar: → [Zum Fragebogen](#)

Funktioniert der obige Link nicht korrekt? Dann kopieren Sie bitte folgende URL in die Adresszeile Ihres Browsers:

https://www.soscisurvey.de/cirs_in_deutschen_krankenhausern/?d=SCN9SN8E9YYZLY7R

Am 07. Dezember veranstaltet das FTZ-NK eine **zweistündige Online-Veranstaltung** zum Thema CIRS. Sollten Sie Interesse an einer Teilnahme haben, melden Sie sich gerne bei mir.

Für weitere Details oder bei Fragen, kontaktieren Sie gerne mich unter nele.reuter@haw-hamburg.de oder Herrn Prof. Dr. Dr. Walter Leal, den Leiter des FTZ-NK unter walter.leal2@haw-hamburg.de.

Mit freundlichen Grüßen
Nele Reuter

Diese E-Mail wird mit SoSci Survey versendet ([Impressum](#)). Fragen zum Datenschutz und zum Inhalt dieser E-Mail beantwortet Ihnen gerne [Nele Reuter](#).

Falls Sie keine weiteren E-Mails über SoSci Survey erhalten möchten, klicken Sie bitte [hier](#).

Anhang 5 – Übersicht über das Datenniveau

Die folgende Liste zeigt alle Variablen, die mithilfe von SPSS Version 27 ausgewertet wurde. Dabei wird zwischen dem nominalen und ordinalen Datenniveau unterschieden. Die Variablen sind nach ihrem Erscheinen im Fragebogen sortiert.

Folgende Variablen sind als nominalskaliert einzuordnen:

Hervorgehoben werden nur die Variablen, die dichotome Ausprägungen haben. Die anderen Variablen haben polytome Ausprägungen.

- DD02: Geschlecht
- DD05: Bildungsabschluss
 - Mit den Items: DD05_01, DD05_02, DD05_03, DD05_04
- AF04 (dichotom): CIRS Beauftragte
- AF06: CIRS Betreuung
- VE01 (dichotom): Einrichtungsübergreifendes CIRS
- VE02: Meldung Vorfall
- VE03: Filterfrage Lösungssuche
- VE04: Filterfrage grundsätzliche Meldebereitschaft
- VE05: Bereiche CIRS-Nutzung
- VE07: Auswertung Vorfälle
- VE09 (dichotom): CIRS-Meldeportal
- VE10: Filterfrage Häufigkeit des Lesens
- VE11: Filterfrage Gründe für das Nicht-Lesen
- HE01 (dichotom): Meldung von Problemen
- Variable HE02: Filterfrage Kategorien Probleme
 - Mit den Items: HE02_01, HE02_02, HE02_03, HE02_04, HE02_05, HE02_06, HE02_07
- PE02 (dichotom): Schulungsbedarf

Folgende Variablen sind ordinal skaliert:

- DD01: Berufserfahrung
- AF05: Anzahl Betten

- AF07: Nutzungsdauer CIRS
- VE06: Nutzungshäufigkeit
- Variable HE03: Positive Aspekte
 - Mit den Items: HE03_01, HE03_02, HE03_03, HE03_04, HE03_05, HE03_06, HE03_07, HE03_08, HE03_09, HE03_10
- Variable HE05: Hindernisse
 - Mit den Items: HE05_01, HE05_02, HE05_03, HE05_04, HE05_05, HE05_06, HE05_07, HE05_08, HE05_09, HE05_10, HE05_11
- PE01: Nützlichkeit

Die folgenden metrischen Daten sind nur für die Datenbereinigung relevant:

- TIME-SUM: Verweildauer gesamt in Sekunden
- MISSING: Anteil fehlender Antworten in Prozent
- TIME_RSI: Relative Speed Index
- DEG_TIME: Maluspunkte für schnelles Ausfüllen

Anhang 6 – Übersicht in MAXQDA importierte Variablen

Nachfolgend findet sich eine Liste mit den Variablen, die in MAXQDA importiert wurden. Die Liste ist sortiert nach dem chronologischen Erscheinen im Fragebogen.

- CASE: Die Fallnummer
- SERIAL: Das Pseudonym, das SoSci Survey den TN zugeordnet hat, die die Befragung über den individuellen Link bearbeitet haben
- DD05_04a: Sonstiger Berufsabschluss
- AF03_01: Berufe
 - Da viele TN mehr als eine Position in ihrer Einrichtung einnehmen, wurde zwischen Erst-, Zweit-, Dritt- und Viertberuf unterschieden
- AF06_05: Praktizierung CIRS Sonstiges
- VE07_05: Auswertung Sonstiges
- VE11_04: Filterfrage Gründe für das Nicht-Lesen Sonstiges
- HE02_07a: Kategorisierung von Problemen Sonstiges
- HE04x01: Vorteile
- HE06x01: Hindernisse
- HE07x01: Verbesserungsvorschläge
- DD04x01: Anmerkungen & Ergänzungen

Anhang 7 – Übersicht aller Codes mit Häufigkeit

CASE			150
SERIAL			106
DD05_04a Sonstiger Berufsabschluss			12
	QM Weiterbildung		5
	Besonderes Studium		4
	Ausbildung & Studium		1
	Fachstudium		1
	Facharzt / Fachärztin		1
	Zweitstudium Gesundheitsökonomie		1
	Zertifizierung als klinische*r Risikomanager*in		1
AF03_01 Berufe			141
Erstberuf			141
	QM-Bereich		120
		Qualitätsmanagement	78
		Qualitäts- und Risikomanagement	27
		Risikomanagement /-koordination	13
		CIRS-Beauftragte	2
	Ärztlicher Bereich		9
		Pflegedienst	4
		Oberarzt / Oberärztin	3

		Ärztliche Direktion / Leitung		2
	Andere Berufe			8
		Organisationsentwicklung		3
		Fachkraft für Arbeitssicherheit		1
		Verwaltung		4
			Kaufmännische Leitung	2
			Krankenhaus Management	2
Zweitberuf				28
	Qualitätsmanagement			8
	CIRS-Beauftragte			8
	Leitung Bildungszentrum			1
	Controlling			1
	Qualitätssicherung			1
	Pflege Leitung			1
	Beschwerdemanagement			1
	Qualitäts- und Risikomanagement			1
	Risikomanagement			1
	Datenschutzkoordination			1
	Sicherheitsbeauftragte*r			1
	Verwaltung			1
	Personalmanagement			1
	Referent*in der ärztlichen Leitung			1
Drittberuf				3

	Oberarzt / Oberärztin			1
	Arzneimittelkommission			1
	Risikomanagement			1
Viertberuf				1
	Hygienekommission			1
AF06_05 Praktizierung CIRS Sonstiges				31
	Qualitäts- und klinisches Risikomanagement			14
	CIRS Team			9
	QM & RM mit CIRS Team			2
	Verwaltung			2
	QM & CIRS Team			1
	Konzernweite Betreuung			1
	Rechtsabteilung & Risikomanagement			1
	AG klin. Risikomanagement			1
VE07_05 Auswertung Sonstiges				8
	Auswertung durch ein CIRS Gremium			2
	Erst auf Träger-Ebene dann in der Einrichtung			1
	Erst externe Analyse dann interne Weiterbearbeitung			1
	Konzernweite Auswertung			1

	Externe Firma			1
	CIRS-Netzwerk Berlin			1
	Auswertung individuell an jedem Klinikstandort			1
VE11_04 Filterfrage Gründe für das Nicht-Lesen Sonstiges				10
	Liest alle Meldungen			6
	Keine Möglichkeit zum Lesen			4
HE02_07a Kategorisierung von Problemen Sonstiges				11
	Zeitliche Ressourcen			5
	Melde Bedenken			3
	Probleme bei der Einordnung eines Vorfalls			2
	Analyse und Maßnahmenmanagement			1
HE04x01 Vorteile				34
	Anonymität			5
	Erhöhung der Sicherheit von Patient*innen			2
	Fehler			17
		Fehlerkultur		10

		Erhöhte Awareness (mehr Aufmerksamkeit für Fehler)	5
		Verhinderung von Betriebsblindheit	1
	Vorteile für die Einrichtung		12
		Lernende Organisation	4
		Entwicklung einer Sicherheitskultur	3
		Beschaffung moderner Geräte wird angeregt	1
		Erhöhte Sicherheit der Mitarbeitenden	1
		Entlastung der klinischen Teams	1
		Vertrauensbeweis	1
		Best-Practice Lösungen	1
	Verbessert das eigene QM		8
		Struktur & Qualität	2
		Setzt bekannte Probleme auf die Agenda	1
		Einzigste Möglichkeit Beinahe Fehler zu melden	1
		Standardisierung	1
		Trigger für Audits	1
	Partizipation von Mitarbeitenden		8
		Niedrigschwelligkeit	2
		Berufsgruppen- und hierarchieübergreifender Austausch	1
		Stärkung des Teamgefühls	1

HE06x01 Hindernisse			33
	Zu wenig Zeit / Personal		6
	Mangelhafte Fehlerkultur		1
	Vergleichbarkeit der Kliniken untereinander		1
	Umsetzung der Maßnahmen		16
		Mangelhafte Informationsweitergabe an Mitarbeitende	2
		Finanzieller Aufwand von Maßnahmen	2
		Schulungen	1
		Kein Meldeportal vorhanden	1
		Software selbst	1
		Einbeziehung von Schnittstellen	1
		Kontinuität & Informationsweitergabe sicherstellen	1
		Zu wenig Informationen	1
	Nicht CIRS-Meldungen		15
		Unsicherheit was als CIRS Fall gilt	1
	Misstrauen von Mitarbeitenden		10
		Wahrung der Anonymität	4
		Mangelnde Bereitschaft zur Nutzung	2
		Zu hohe Erwartungshaltung an CIRS	1
	Führungskräfte übernehmen keine Verantwortung		7

		Zu starke Hierarchien		1
HE07x01				27
Verbesserungsvorschläge				
	Keine Verbesserungen notwendig			1
	Verbesserungen für CIRS innerhalb			28
		Kontaktmöglichkeit für Rückfragen		9
		Kurzfristiges Reagieren		4
		Sichtbarkeit von Ergebnissen erhöhen		4
			Konsequente Wirksamkeitsprüfungen	1
		Aufklärung/ Schulung von Mitarbeitenden		3
		Meldung von Schadensfällen verhindern		2
		CIRS Meldebögen auf Papier auslegen		1
		CIRS mit aufgetretenen Fehlern verbinden		1
		CIRS auf allen Ebenen etablieren		1
		Interne Kommunikation		1
		Sicherheitskultur erhöhen		1
		Just Culture		1
		Senior Commitment to Safety		1
		Niedrigschwelligkeit gewährleisten		1
	Personalaspekte			8
		Zielorientierte Besetzung des CIRS Team		2
		Eigenes CIRS Team		2
		Klare Verantwortlichkeiten		1

		Ausreichendes Personal zur Bearbeitung	1
		Top-Down Prinzip	1
		Einbinden der Geschäftsführung	1
	Digitalisierung		6
		App zur Handynutzung	1
		Diktiermöglichkeit im Meldeportal	1
	Verbesserungen für CIRS außerhalb		5
		Verbesserungsvorschläge im einrichtungsübergreifenden CIRS	1
		CIRS Bekanntheitsgrad erhöhen	1
		Menschen außerhalb über CIRS aufklären (Patientensicherheit)	1
		Verpflichtende Teilnahme an einem CIRS Netzwerk	1
		Verbesserungen auf Bundesebene	1
DD04x01 Anmerkungen & Ergänzungen			16
	Individuelle Meinung		3
	CIRS wird überbewertet		3
	Persönliches Vorgehen beim Auswerten		3
	CIRS wird unterrichtet		1
	CIRS wird nicht genutzt		1
	Einfluss Corona		1

	Kopplung an Incentives			1
	Regelmäßiger CIRS Bericht -> Schulungen			1
	Probleme mit IT			1
	Rückfragen an Meldenden sind möglich			1
	Meldewege			1
	Schwierigkeiten bei der Etablierung			1
	Risiken sind teilw. schwer zu beeinflussen			1
	Erfolg ist von Fehlerkultur abhängig			1
	Zu hohe Erwartungen an CIRS			1
	CIRS Plattform zu anspruchsvoll			1

Anhang 8 – Ergebnistabellen der quantitativen Analyse

Die dargestellten Häufigkeitstabellen sind nach der Reihenfolge der Variablen im Fragebogen sortiert.

Tabelle 3 Häufigkeitstabelle DD02 Geschlecht (eigene Darstellung)

Welchem Geschlecht fühlen Sie sich zugehörig?			
	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozent
Weiblich	80	53,3 %	56,7 %
Männlich	61	40,7 %	43,3 %
Divers	0	0,0 %	0,0 %
Gesamt	141	94,0 %	100,0 %
Fehlend	7	4,7 %	
Keine Antwort	2	1,3 %	
Gesamt Total	150	100,0 %	
Modalwert = Weiblich			

Bei der Variable DD05 Bildungsabschluss waren Mehrfach-Antworten möglich, daher wird im Folgenden in einzelnen Tabellen (Tabelle 4 bis 7) dargestellt, wie viele Personen je einer Aussage zugestimmt haben.

Tabelle 4 Häufigkeitstabelle DD05_01 Bildungsabschluss Berufsausbildung (eigene Darstellung)

Welchen Bildungsabschluss haben Sie? Berufsausbildung			
	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozent
Ausgewählt	43	28,7 %	28,7 %
Nicht ausgewählt	107	71,3 %	71,3 %
Gesamt	150	100,0 %	100,0 %
Fehlend	0	0,0 %	
Gesamt Total	150	100,0 %	
Modalwert = Nicht ausgewählt			

Tabelle 5 Häufigkeitstabelle DD05_02 Bildungsabschluss Studium (eigene Darstellung)

Welchen Bildungsabschluss haben Sie? Studium			
	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozent
Ausgewählt	102	68,0 %	68,0 %
Nicht ausgewählt	48	32,0 %	32,0 %
Gesamt	150	100,0 %	100,0 %
Fehlend	0	0,0 %	
Gesamt Total	150	100,0 %	
Modalwert = Nicht ausgewählt			

Tabelle 6 Häufigkeitstabelle DD05_03 Bildungsabschluss Promotion (eigene Darstellung)

Welchen Bildungsabschluss haben Sie? Promotion			
	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozent
Ausgewählt	22	14,7 %	14,7 %
Nicht ausgewählt	128	85,3 %	85,3 %
Gesamt	150	100,0 %	100,0 %
Fehlend	0	0,0 %	
Gesamt Total	150	100,0 %	
Modalwert = Nicht ausgewählt			

Tabelle 7 Häufigkeitstabelle DD05_04 Bildungsabschluss Sonstiges (eigene Darstellung)

Welchen Bildungsabschluss haben Sie? Sonstiges			
	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozent
Ausgewählt	12	8,0 %	8,0 %
Nicht ausgewählt	138	92,0 %	92,0 %
Gesamt	150	100,0 %	100,0 %
Fehlend	0	0,0 %	
Gesamt Total	150	100,0 %	
Modalwert = Nicht ausgewählt			

Tabelle 8 Häufigkeitstabelle DD01 Berufserfahrung (eigene Darstellung)

Wie viele Jahre Berufserfahrung haben Sie im Bereich des Qualitätsmanagements?			
	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozent
0 – 4 Jahre	24	16,0 %	16,0 %
5 – 9 Jahre	34	22,7 %	22,7 %
10 – 14 Jahre	30	20,0 %	20,0 %
15 – 19 Jahre	29	19,3 %	19,3 %
20 – 24 Jahre	21	14,0 %	14,0 %
25 – 29 Jahre	5	3,3 %	3,3 %
30 – 34 Jahre	3	2,0 %	2,0 %
35 – 39 Jahre	1	0,7 %	0,7 %
40 Jahre oder mehr	3	2,0 %	2,0 %
Gesamt	150	100,0 %	100,0 %
Fehlend	0	0,0 %	0,0 %
Keine Antwort	0	0,0 %	0,0 %
Gesamt Total	150	100,0 %	
Modalwert = 5 - 9 Jahre; Median = 10 - 14 Jahre Range = 8; C25 = 2, C50 = 3, C75 = 4			

Tabelle 9 Häufigkeitstabelle AF04 CIRS-Beauftragte (eigene Darstellung)

Gibt es in Ihrer Einrichtung eine/n CIRS-Beauftragte/n?			
	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozent
Ja	130	86,7 %	87,8 %
Nein	18	12,0 %	12,2 %
Gesamt	148	98,7 %	100,0 %
Fehlend	1	0,7 %	
Keine Antwort	1	0,7 %	
Gesamt Total	150	100,0 %	
Modalwert = Ja			

Tabelle 10 Häufigkeitstabelle AF05 Anzahl Betten (eigene Darstellung)

Wie viele Betten gibt es in Ihrer Einrichtung?			
	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozent
Weniger als 50 Betten	2	1,3 %	1,4 %
50 – 99 Betten	5	3,3 %	3,4 %
100 – 199 Betten	16	10,7 %	11,0 %
200 – 299 Betten	21	14,0 %	14,5 %
300 – 399 Betten	17	11,3 %	11,7 %
400 – 499 Betten	18	12,0 %	12,4 %
500 – 599 Betten	9	6,0 %	6,2 %
600 – 799 Betten	14	9,3 %	9,7 %
800 und mehr Betten	43	28,7 %	29,7 %
Gesamt	145	96,7 %	100,0 %
Fehlend	2	1,3 %	
Keine Antwort	3	2,0 %	
Gesamt Total	150	100,0 %	
Modalwert = 800 und mehr Betten; Median = 400 - 499 Betten Range = 9; C25 = 5, C50 = 7, C75 = 10			

Tabelle 11 Häufigkeitstabelle AF06 CIRS Betreuung (eigene Darstellung)

Wer ist für die Betreuung des CIRS Ihrer Einrichtung zuständig?			
	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozent
Es gibt eine eigene CIRS-Abteilung	9	6,0 %	6,0 %
Das Qualitätsmanagement ist dafür zuständig	81	54,0 %	54,4 %
Das Risikomanagement ist dafür zuständig	28	18,7 %	18,8 %
Die Betreuung von CIRS wurde an externe Firma übergeben	1	0,7 %	0,7 %
Sonstiges	30	20,0 %	20,1 %
Gesamt	149	99,3 %	100,0 %
Fehlend	0	0,0 %	
Keine Antwort	1	0,7 %	
Gesamt Total	150	100,0 %	
Modalwert = Das Qualitätsmanagement ist dafür zuständig			

Tabelle 12 Häufigkeitstabelle AF07 Nutzungsdauer CIRS (eigene Darstellung)

Seit wann nutzt Ihre Einrichtung CIRS?			
	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozent
Weniger als 5 Jahre	15	10,0 %	10,6 %
5 bis 9 Jahre	63	42,0 %	44,4 %
10 bis 14 Jahre	14	9,3 %	9,9 %
15 bis 19 Jahre	0	0,0 %	0,0 %
Mehr als 20 Jahre	50	33,3 %	35,2 %
Gesamt	142	94,7 %	100,0 %
Fehlend	0	0,0 %	
Keine Antwort	8	5,3 %	
Gesamt Total	150	100,0 %	
Modalwert = 5 bis 9 Jahre; Median = 5 bis 9 Jahre			
Range = 4; C25 = 2, C50 = 2, C75 = 5			

Tabelle 13 Häufigkeitstabelle VE01 Einrichtungsübergreifendes CIRS (eigene Darstellung)

Nimmt Ihre Einrichtung an einem einrichtungsübergreifenden CIRS teil?			
	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozent
Ja	124	82,7 %	83,8 %
Nein	24	16,0 %	16,2 %
Gesamt	148	98,7 %	100,0 %
Fehlend	0	0,0 %	
Keine Antwort	2	1,3 %	
Gesamt Total	150	100,0 %	
Modalwert = Ja			

Tabelle 14 Häufigkeitstabelle VE02 Meldung Vorfall (eigene Darstellung)

Haben Sie schon einmal einen Vorfall in dem CIRS Ihrer Einrichtung gemeldet?			
	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozent
Ja, einmal	12	8,0 %	8,5 %
Ja, bereits mehrfach	69	46,0 %	48,5 %
Nein	61	40,7 %	43,0 %
Gesamt	142	94,7 %	100,0 %
Fehlend	0	0,0 %	
Keine Antwort	8	5,3 %	
Gesamt Total	150	100,0 %	
Modalwert = Ja, bereits mehrfach			

Table 15 Häufigkeitstabelle VE03 Filterfrage Lösungssuche (eigene Darstellung)

Wurde nach der Meldung des Vorfalls nach einer Lösung gesucht, um ein erneutes Auftreten des Vorfalls zu verhindern?			
	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozent
Ja, und es wurde auch eine Lösung gefunden	75	50,0 %	93,8 %
Ja, aber es konnte keine Lösung gefunden werden	3	2,0 %	3,8 %
Nein, es wurde nicht nach einer Lösung gesucht	2	1,3 %	2,5 %
Gesamt I	80	53,3 %	100,0 %
Fehlend	0	0,0 %	
Keine Antwort	1	0,7 %	
Gesamt II	81	54,0 %	
Gesamt Total	150	100,0 %	
Modalwert = Ja, und es wurde auch eine Lösung gefunden			

Table 16 Häufigkeitstabelle VE04 Filterfrage grundsätzliche Meldebereitschaft (eigene Darstellung)

Würden Sie grundsätzlich einen Vorfall im CIRS melden?			
	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozent
Ja	55	36,7 %	91,7 %
Nein	0	0,0 %	0,0 %
Hängt von der Relevanz des Vorfalls ab	5	3,3 %	8,3 %
Gesamt I	60	40,0 %	100,0 %
Fehlend	0	0,0 %	
Keine Antwort	1	0,7 %	
Gesamt II	61	40,7 %	
Gesamt Total	150	100,0 %	
Modalwert = Ja			

Tabelle 17 Häufigkeitstabelle VE05 Bereiche CIRS-Nutzung (eigene Darstellung)

Wird CIRS in allen Bereichen Ihrer Einrichtung genutzt?			
	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozent
Ja	127	84,7 %	86,4 %
Nur in einigen Bereichen	20	13,3 %	13,6 %
Nur in einem Bereich	0	0,0 %	0,0 %
Gesamt	147	98,0 %	100,0 %
Fehlend	0	0,0 %	
Keine Antwort	3	2,0 %	
Gesamt Total	150	100,0 %	
Modalwert = Ja			

Tabelle 18 Häufigkeitstabelle VE06 Nutzungshäufigkeit (eigene Darstellung)

Bitte schätzen Sie, wie häufig die Mitarbeitenden in Ihrer Einrichtung CIRS verwenden:			
	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozent
Täglich	8	5,3 %	5,7 %
Mehrmals pro Woche	19	12,7 %	13,5 %
Wöchentlich	40	26,7 %	28,4 %
Monatlich	58	38,7 %	41,1 %
Jährlich	14	9,3 %	9,9 %
Gar nicht	2	1,3 %	1,4 %
Gesamt	141	94,0 %	100,0 %
Fehlend	0	0,0 %	
Keine Antwort	9	6,0 %	
Gesamt Total	150	100,0 %	
Modalwert = Monatlich; Median = Monatlich			

Tabelle 19 Häufigkeitstabelle VE07 Auswertung Vorfälle (eigene Darstellung)

Inwiefern werden die gemeldeten Vorfälle ausgewertet?			
	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozent
Die Auswertung der Vorfälle und die Entwicklung von Maßnahmen werden von meiner Einrichtung selbst vorgenommen	138	92,0 %	93,2 %
Die Vorfälle werden von meiner Einrichtung selbst ausgewertet, für die Entwicklung von Maßnahmen besteht eine Zusammenarbeit mit einer externen Firma	0	0,0 %	0,0 %
Die Auswertung der Vorfälle und die Entwicklung von Maßnahmen wurde einer externen Firma übertragen	2	1,3 %	1,4 %
Die Meldungen werden nicht ausgewertet	1	0,7 %	0,7 %
Sonstiges	7	4,7 %	4,7 %
Gesamt	148	98,7 %	100,0 %
Fehlend	0	0,0 %	
Keine Antwort	2	1,3 %	
Gesamt Total	150	100,0 %	
Modalwert = Die Auswertung der Vorfälle und die Entwicklung von Maßnahmen werden von meiner Einrichtung selbst vorgenommen			

Tabelle 20 Häufigkeitstabelle VE09 CIRS-Meldeportal (eigene Darstellung)

Nutzen Sie das CIRS-Meldeportal Ihrer Einrichtung, um Ihren eigenen Informationsstand über aktuelle Vorfälle zu erweitern?			
	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozent
Ja	116	77,3 %	87,9 %
Nein	16	10,7 %	12,1 %
Gesamt	132	88,0 %	100,0 %
Fehlend	0	0,0 %	
Keine Antwort	18	12,0 %	
Gesamt Total	150	100,0 %	
Modalwert = Ja			

Tabelle 21 Häufigkeitstabelle VE10 Filterfrage Häufigkeit des Lesens (eigene Darstellung)

Wie oft lesen Sie die Berichte auf dem CIRS-Meldeportal?			
	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozent
Täglich	17	11,3 %	15,0 %
Wöchentlich	34	22,7 %	30,1 %
Monatlich	28	18,7 %	24,8 %
Bei Bedarf	34	22,7 %	30,1 %
Gesamt I	113	75,3 %	100,0 %
Fehlend	0	0,0 %	
Keine Antwort	3	2,0 %	
Gesamt II	116	77,3 %	
Gesamt Total	150	100,0 %	
Modalwerte = Wöchentlich, Bei Bedarf; Median = Monatlich			

Table 22 Häufigkeitstabelle VE11 Filterfrage Gründe für das Nicht-Lesen (eigene Darstellung)

Warum lesen Sie die Berichte im CIRS-Meldeportal nicht?			
	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozent
Keine Zeit	4	2,7 %	28,6 %
Kein Interesse	0	0,0 %	0,0 %
Faulheit	0	0,0 %	0,0 %
Bin bisher nicht auf die Idee dazu gekommen	1	0,7 %	7,1 %
Sonstiges	9	6,0 %	64,3 %
Gesamt I	14	9,3 %	100,0 %
Fehlend	0	0,0 %	
Keine Antwort	2	1,3 %	
Gesamt II	16	10,7 %	
Gesamt Total	150	100,0 %	
Modalwert = Sonstiges			

Table 23 Häufigkeitstabelle HE01 Meldung von Problemen (eigene Darstellung)

Haben Kolleg*innen Ihnen von Problemen bei der Nutzung von CIRS berichtet?			
	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozent
Ja	53	35,3 %	36,6 %
Nein	92	61,3 %	63,4 %
Gesamt	145	96,7 %	100,0 %
Fehlend	0	0,0 %	
Keine Antwort	5	3,3 %	
Gesamt Total	150	100,0 %	
Modalwert = Nein			

Die Variable HE02 ist eine Filterfrage der Variable HE01. Da Mehrfach-Antworten möglich waren, wird im Folgenden in einzelnen Tabellen (Tabelle 24 bis 30) dargestellt, wie viele Personen je einer Aussage zugestimmt haben.

*Tabelle 24 Häufigkeitstabelle HE02_05 Filterfrage Kategorien Probleme
„Die Kolleg*innen wussten nicht, wo sie CIRS finden können“ (eigene Darstellung)*

Die Kolleg*innen wussten nicht, wo sie CIRS finden können			
	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozent
Ausgewählt	26	17,3 %	49,1 %
Nicht ausgewählt	27	18,0 %	50,9 %
Gesamt	53	35,3 %	100,0 %
Fehlend	0	0,0 %	
Gesamt Total	150	100,0 %	
Modalwert = Nicht ausgewählt			

*Tabelle 25 Häufigkeitstabelle HE02_06 Filterfrage Kategorien Probleme
„Die Kolleg*innen wussten nicht, wo sie einen Vorfall melden sollen“ (eigene Darstellung)*

Die Kolleg*innen wussten nicht, wo sie einen Vorfall melden sollen			
	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozent
Ausgewählt	19	12,7 %	35,8 %
Nicht ausgewählt	34	22,7 %	64,2 %
Gesamt	53	35,5 %	100,0 %
Fehlend	0	0,0 %	
Gesamt Total	150	100,0 %	
Modalwert = Nicht ausgewählt			

Tabelle 26 Häufigkeitstabelle HE02_02 Filterfrage Kategorien Probleme
 „Unklarheiten bei der Bedienung“ (eigene Darstellung)

Unklarheiten bei der Bedienung			
	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozent
Ausgewählt	15	10,0 %	28,3 %
Nicht ausgewählt	38	25,3 %	71,7 %
Gesamt	53	35,3 %	100,0 %
Fehlend	0	0,0 %	
Gesamt Total	150	100,0 %	
Modalwert = Nicht ausgewählt			

Tabelle 27 Häufigkeitstabelle HE02_01 Filterfrage Kategorien Probleme „Technische Probleme“ (eigene Darstellung)

Technische Probleme			
	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozent
Ausgewählt	7	4,7 %	13,2 %
Nicht ausgewählt	46	30,7 %	86,8 %
Gesamt	53	35,3 %	100,0 %
Fehlend	0	0,0 %	
Gesamt Total	150	100,0 %	
Modalwert = Nicht ausgewählt			

Tabelle 28 Häufigkeitstabelle HE02_03 Filterfrage Kategorien Probleme
 „Probleme bei der Beschreibung des Vorfalls“ (eigene Darstellung)

Probleme bei der Beschreibung des Vorfalls			
	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozent
Ausgewählt	20	13,3 %	37,7 %
Nicht ausgewählt	33	22,0 %	62,3 %
Gesamt	53	35,3 %	100,0 %
Fehlend	0	0,0 %	
Gesamt Total	150	100,0 %	
Modalwert = Nicht ausgewählt			

*Tabelle 29 Häufigkeitstabelle HE02_04 Filterfrage Kategorien Probleme
„Probleme bei der Kategorisierung des Vorfalls“ (eigene Darstellung)*

Probleme bei der Kategorisierung des Vorfalls			
	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozent
Ausgewählt	16	10,7 %	30,2 %
Nicht ausgewählt	37	24,7 %	69,8 %
Gesamt	53	35,3 %	100,0 %
Fehlend			
Gesamt Total	150	100,0 %	
Modalwert = Nicht ausgewählt			

Tabelle 30 Häufigkeitstabelle HE02_07 Filterfrage Kategorien Probleme „Sonstiges“ (eigene Darstellung)

Sonstiges			
	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozent
Ausgewählt	14	9,3 %	26,4 %
Nicht ausgewählt	39	26,0 %	73,6 %
Gesamt	53	35,3 %	100,0 %
Fehlend	0	0,0 %	
Gesamt Total	150	100,0 %	
Modalwert = Nicht ausgewählt			

Tabelle 31 Häufigkeitstabelle HE03_01 Positive Aspekte: Bewusstsein Beinahe-Fehler (eigene Darstellung)

Das Bewusstsein für Beinahe-Fehler wird gestärkt			
	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozent
Stimme voll zu	85	56,7 %	57,0 %
Stimme eher zu	52	34,7 %	34,9 %
Neutral	9	6,0 %	6,0 %
Stimme eher nicht zu	2	1,3 %	1,3 %
Stimme gar nicht zu	1	0,7 %	0,7 %
Gesamt	149	99,3 %	100,0 %
Fehlend	1	0,7 %	
Keine Antwort	0	0,0 %	
Gesamt Total	150	100,0 %	
Modalwert = Stimme voll zu, Median = Stimme voll zu Range = 4; C25 = 1, C50 = 1, C75 = 2			

Tabelle 32 Häufigkeitstabelle HE03_02 Positive Aspekte: Kollektiver Lernzuwachs (eigene Darstellung)

Es entsteht ein kollektiver Lernzuwachs			
	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozent
Stimme voll zu	49	32,7 %	32,7 %
Stimme eher zu	61	40,7 %	40,7 %
Neutral	28	18,7 %	18,7 %
Stimme eher nicht zu	11	7,3 %	7,3 %
Stimme gar nicht zu	1	0,7 %	0,7 %
Gesamt	150	100,0 %	100,0 %
Fehlend	0	0,0 %	
Keine Antwort	0	0,0 %	
Gesamt Total	150	100,0 %	
Modalwert = Stimme eher zu, Median = Stimme eher zu Range = 4; C25 = 1, C50 = 2, C75 = 3			

Tabelle 33 Häufigkeitstabelle HE03_03 Positive Aspekte: Vermeidung von Fehlern (eigene Darstellung)

Fehler können vermieden werden			
	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozent
Stimme voll zu	52	34,7 %	34,7 %
Stimme eher zu	74	49,3 %	49,3 %
Neutral	20	13,3 %	13,3 %
Stimme eher nicht zu	4	2,7 %	2,7 %
Stimme gar nicht zu	0	0,0 %	0,0 %
Gesamt	150	100,0 %	100,0 %
Fehlend	0	0,0 %	
Keine Antwort	0	0,0 %	
Gesamt Total	150	100,0 %	
Modalwert = Stimme eher zu, Median = Stimme eher zu Range = 3; C25 = 1, C50 = 2, C75 = 2			

Tabelle 34 Häufigkeitstabelle HE03_04 Positive Aspekte: Kostensenkung (eigene Darstellung)

Durch das Vermeiden von Schäden können Kosten gesenkt werden			
	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozent
Stimme voll zu	57	38,0 %	38,5 %
Stimme eher zu	51	34,0 %	34,5 %
Neutral	32	21,3 %	21,6 %
Stimme eher nicht zu	8	5,3 %	5,4 %
Stimme gar nicht zu	0	0,0 %	0,0 %
Gesamt	148	98,7 %	100,0 %
Fehlend	0	0,0 %	
Keine Antwort	2	1,3 %	
Gesamt Total	150	100,0 %	
Modalwert = Stimme voll zu, Median = Stimme eher zu Range = 3; C25 = 1, C50 = 2, C75 = 3			

Tabelle 35 Häufigkeitstabelle HE03_05 Positive Aspekte: Meldebereitschaft (eigene Darstellung)

Die Anonymität erhöht die Meldebereitschaft			
	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozent
Stimme voll zu	73	48,7 %	48,7 %
Stimme eher zu	48	32,0 %	32,0 %
Neutral	17	11,3 %	11,3 %
Stimme eher nicht zu	11	7,3 %	7,3 %
Stimme gar nicht zu	1	0,7 %	0,7 %
Gesamt	150	0,0 %	100,0 %
Fehlend	0	0,0 %	
Keine Antwort	0	0,0 %	
Gesamt Total	150	100,0 %	
Modalwert = Stimme voll zu, Median = Stimme eher zu Range = 4; C25 = 1, C50 = 2, C75 = 2			

Tabelle 36 Häufigkeitstabelle HE03_06 Positive Aspekte: CIRS als Bereicherung (eigene Darstellung)

CIRS ist eine Bereicherung für ein QM-System			
	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozent
Stimme voll zu	96	64,0 %	64,0 %
Stimme eher zu	42	28,0 %	28,0 %
Neutral	10	6,7 %	6,7 %
Stimme eher nicht zu	2	1,3 %	1,3 %
Stimme gar nicht zu	0	0,0 %	0,0 %
Gesamt	150	100,0 %	100,0 %
Fehlend	0	0,0 %	
Keine Antwort	0	0,0 %	
Gesamt Total	150	100,0 %	
Modalwert = Stimme voll zu, Median = Stimme voll zu Range = 3; C25 = 1, C50 = 1, C75 = 2			

Tabelle 37 Häufigkeitstabelle HE03_07 Positive Aspekte: Schulungen (eigene Darstellung)

Schulungen für die Verwendung des CIRS verbessern die Berichte			
	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozent
Stimme voll zu	65	43,3 %	44,5 %
Stimme eher zu	47	31,3 %	32,2 %
Neutral	25	16,7 %	17,1 %
Stimme eher nicht zu	8	5,3 %	5,5 %
Stimme gar nicht zu	1	0,7 %	0,7 %
Gesamt	146	97,3 %	100,0 %
Fehlend	1	0,7 %	
Keine Antwort	3	2,0 %	
Gesamt Total	150	100,0 %	
Modalwert = Stimme voll zu, Median = Stimme eher zu Range = 4; C25 = 1, C50 = 2, C75 = 2			

Tabelle 38 Häufigkeitstabelle HE03_08 Positive Aspekte: detaillierte Berichte (eigene Darstellung)

Je detaillierter der Bericht, desto passgenauer können Maßnahmen abgeleitet werden			
	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozent
Stimme voll zu	98	65,3 %	65,3 %
Stimme eher zu	39	26,0 %	26,0 %
Neutral	8	5,3 %	5,3 %
Stimme eher nicht zu	5	3,3 %	3,3 %
Stimme gar nicht zu	0	0,0 %	0,0 %
Gesamt	150	100,0 %	100,0 %
Fehlend	0	0,0 %	
Keine Antwort	0	0,0 %	
Gesamt Total	150	100,0 %	
Modalwert = Stimme voll zu, Median = Stimme voll zu Range = 3; C25 = 1, C50 = 1, C75 = 2			

Tabelle 39 Häufigkeitstabelle HE03_09 Positive Aspekte: Transparenz (eigene Darstellung)

CIRS führt zu mehr Transparenz in der Einrichtung			
	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozent
Stimme voll zu	62	41,3 %	41,3 %
Stimme eher zu	53	35,3 %	35,3 %
Neutral	25	16,7 %	16,7 %
Stimme eher nicht zu	10	6,7 %	6,7 %
Stimme gar nicht zu	0	0,0 %	0,0 %
Gesamt	150	100,0 %	100,0 %
Fehlend	0	0,0 %	
Keine Antwort	0	0,0 %	
Gesamt Total	150	100,0 %	
Modalwert = Stimme voll zu, Median = Stimme eher zu Range = 3; C25 = 1, C50 = 2, C75 = 2			

Tabelle 40 Häufigkeitstabelle HE03_10 Positive Aspekte: Sicherheit von Patient*innen (eigene Darstellung)

CIRS erhöht die Sicherheit der Patient*innen			
	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozent
Stimme voll zu	98	65,3 %	65,3 %
Stimme eher zu	45	30,0 %	30,0 %
Neutral	7	4,7 %	4,7 %
Stimme eher nicht zu	0	0,0 %	0,0 %
Stimme gar nicht zu	0	0,0 %	0,0 %
Gesamt	150	100,0 %	100,0 %
Fehlend	0	0,0 %	
Keine Antwort	0	0,0 %	
Gesamt Total	150	100,0 %	
Modalwert = Stimme voll zu, Median = Stimme voll zu Range = 2; C25 = 1, C50 = 1, C75 = 2			

Tabelle 41 Häufigkeitstabelle HE05_01 Hindernisse: Zeitmangel (eigene Darstellung)

Die Kolleg*innen haben keine Zeit, um Vorfälle zu melden			
	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozent
Stimme voll zu	30	20,0 %	20,4 %
Stimme eher zu	56	37,3 %	38,1 %
Neutral	19	12,7 %	12,9 %
Stimme eher nicht zu	36	24,0 %	24,5 %
Stimme gar nicht zu	6	4,0 %	4,1 %
Gesamt	147	98,0 %	100,0 %
Fehlend	1	0,7 %	
Keine Antwort	2	1,3 %	
Gesamt Total	150	100,0 %	
Modalwert = Stimme eher zu, Median = Stimme eher zu Range = 4; C25 = 2, C50 = 2, C75 = 4			

Tabelle 42 Häufigkeitstabelle HE05_02 Hindernisse: Mangel an Computerplätzen (eigene Darstellung)

Die Kolleg*innen haben keinen freien Computerplatz, um einen Vorfall zu melden			
	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozent
Stimme voll zu	15	10,0 %	10,2 %
Stimme eher zu	44	29,3 %	29,9 %
Neutral	16	10,7 %	10,9 %
Stimme eher nicht zu	43	28,7 %	29,3 %
Stimme gar nicht zu	29	19,3 %	19,7 %
Gesamt	147	98,0 %	100,0 %
Fehlend	1	0,7 %	
Keine Antwort	2	1,3 %	
Gesamt Total	150	100,0 %	
Modalwert = Neutral, Median = Stimme eher zu Range = 4; C25 = 2, C50 = 3, C75 = 4			

Tabelle 43 Häufigkeitstabelle HE05_03 Hindernisse: Computer-Bedienung (eigene Darstellung)

Die Kolleg*innen haben Probleme bei der Bedienung eines Computers, weshalb sie CIRS nicht nutzen			
	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozent
Stimme voll zu	2	1,3 %	1,4 %
Stimme eher zu	29	19,3 %	20,0 %
Neutral	31	20,7 %	21,4 %
Stimme eher nicht zu	59	39,3 %	40,7 %
Stimme gar nicht zu	24	16,0 %	16,6 %
Gesamt	145	96,7 %	100,0 %
Fehlend	2	1,3 %	
Keine Antwort	3	2,0 %	
Gesamt Total	150	100,0 %	
Modalwert = Stimme eher nicht zu, Median = Stimme eher nicht zu Range = 4; C25 = 3, C50 = 4, C75 = 4			

Tabelle 44 Häufigkeitstabelle HE05_04 Hindernisse: Unwissenheit über CIRS (eigene Darstellung)

Die Kolleg*innen wissen nicht, was CIRS ist			
	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozent
Stimme voll zu	4	2,7 %	2,7 %
Stimme eher zu	33	22,0 %	22,3 %
Neutral	24	16,0 %	16,2 %
Stimme eher nicht zu	63	42,0 %	42,6 %
Stimme gar nicht zu	24	16,0 %	16,2 %
Gesamt	148	98,7 %	100,0 %
Fehlend	1	0,7 %	
Keine Antwort	1	0,7 %	
Gesamt Total	150	100,0 %	
Modalwert = Stimme eher nicht zu, Median = Stimme eher nicht zu Range = 4; C25 = 2,25 C50 = 4 C75 = 4			

Tabelle 45 Häufigkeitstabelle HE05_05 Hindernisse: Unwissenheit über CIRS an Klinik (eigene Darstellung)

Die Kolleg*innen wissen nicht, dass CIRS an Ihrer Klinik genutzt wird			
	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozent
Stimme voll zu	0	0,0 %	0,0 %
Stimme eher zu	24	16,0 %	16,2 %
Neutral	24	16,0 %	16,2 %
Stimme eher nicht zu	59	39,3 %	39,9 %
Stimme gar nicht zu	41	27,3 %	27,7 %
Gesamt	148	98,7 %	100,0 %
Fehlend	1	0,7 %	
Keine Antwort	1	0,7 %	
Gesamt Total	150	100,0 %	
Modalwert = Stimme eher nicht zu, Median = Stimme eher nicht zu Range = 3; C25 = 3, C50 = 4, C75 = 5			

Tabelle 46 Häufigkeitstabelle HE05_06 Hindernisse: Unwissenheit, wo CIRS zu finden ist (eigene Darstellung)

Die Kolleg*innen wissen nicht, wo sie das klinikinterne CIRS finden können			
	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozent
Stimme voll zu	3	2,0 %	2,0 %
Stimme eher zu	26	17,3 %	17,6 %
Neutral	28	18,7 %	18,9 %
Stimme eher nicht zu	59	39,3 %	39,9 %
Stimme gar nicht zu	32	21,3 %	21,6 %
Gesamt	148	98,7 %	100,0 %
Fehlend	1	0,7 %	
Keine Antwort	1	0,7 %	
Gesamt Total	150	100,0 %	
Modalwert = Stimme eher nicht zu, Median = Stimme eher nicht zu Range = 4; C25 = 3, C50 = 4, C75 = 4			

Tabelle 47 Häufigkeitstabelle HE05_07 Hindernisse: Gewährleistung der Anonymität (eigene Darstellung)

Die Anonymität kann nicht gewährleistet werden			
	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozent
Stimme voll zu	2	1,3 %	1,4 %
Stimme eher zu	6	4,0 %	4,1 %
Neutral	10	6,7 %	6,8 %
Stimme eher nicht zu	35	23,3 %	23,6 %
Stimme gar nicht zu	95	63,3 %	64,2 %
Gesamt	148	98,7 %	100,0 %
Fehlend	1	0,7 %	
Keine Antwort	1	0,7 %	
Gesamt Total	150	100,0 %	
Modalwert = Stimme gar nicht zu, Median = Stimme gar nicht zu Range = 4; C25 = 4, C50 = 5, C75 = 5			

Tabelle 48 Häufigkeitstabelle HE05_08 Hindernisse: Rückfrage-Möglichkeit (eigene Darstellung)

Aufgrund der Anonymität können keine Rückfragen gestellt werden, was die Auswertung der Vorfälle erschwert			
	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozent
Stimme voll zu	20	13,3 %	13,6 %
Stimme eher zu	42	28,0 %	28,6 %
Neutral	30	20,0 %	20,4 %
Stimme eher nicht zu	32	21,3 %	21,8 %
Stimme gar nicht zu	23	15,3 %	15,6 %
Gesamt	147	98,0 %	100,0 %
Fehlend	1	0,7 %	
Keine Antwort	2	1,3 %	
Gesamt Total	150	100,0 %	
Modalwert = Neutral, Median = Stimme eher zu Range = 4; C25 = 2, C50 = 3, C75 = 4			

Tabelle 49 Häufigkeitstabelle HE05_09 Hindernisse: ungenaue Beschreibungen (eigene Darstellung)

Die gemeldeten Vorfälle werden nicht genau genug beschrieben			
	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozent
Stimme voll zu	10	6,7 %	6,9 %
Stimme eher zu	46	30,7 %	31,7 %
Neutral	44	29,3 %	30,3 %
Stimme eher nicht zu	36	24,0 %	24,8 %
Stimme gar nicht zu	9	6,0 %	6,2 %
Gesamt	145	96,7 %	100,0 %
Fehlend	1	0,7 %	
Keine Antwort	4	2,7 %	
Gesamt Total	150	100,0 %	
Modalwert = Neutral, Median = Stimme eher zu Range = 4; C25 = 2, C50 = 3, C75 = 4			

Tabelle 50 Häufigkeitstabelle HE05_10 Hindernisse: Ableitung von Gegenmaßnahmen (eigene Darstellung)

Es lassen sich keine Gegenmaßnahmen aus den gemeldeten Vorfällen ableiten			
	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozent
Stimme voll zu	4	2,7 %	2,7 %
Stimme eher zu	19	12,7 %	12,9 %
Neutral	31	20,7 %	21,1 %
Stimme eher nicht zu	60	40,0 %	40,8 %
Stimme gar nicht zu	33	22,0 %	22,4 %
Gesamt	147	98,0 %	100,0 %
Fehlend	1	0,7 %	
Keine Antwort	2	1,3 %	
Gesamt Total	150	100,0 %	
Modalwert = Stimme eher nicht zu, Median = Stimme eher nicht zu Range = 4; C25 = 3, C50 = 4, C75 = 4			

Tabelle 51 Häufigkeitstabelle HE05_11 Hindernisse: zu spezielle Vorfälle (eigene Darstellung)

Die geschilderten Vorfälle sind so speziell, dass sie sich nicht auf den Klinikalltag übertragen lassen			
	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozent
Stimme voll zu	0	0,0 %	0,0 %
Stimme eher zu	8	5,3 %	5,5 %
Neutral	23	15,3 %	15,8 %
Stimme eher nicht zu	70	46,7 %	47,9 %
Stimme gar nicht zu	45	30,0 %	30,8 %
Gesamt	146	97,3 %	100,0 %
Fehlend	1	0,7 %	
Keine Antwort	3	2,0 %	
Gesamt Total	150	100,0 %	
Modalwert = Stimme eher nicht zu, Median = Stimme eher nicht zu Range = 3; C25 = 4, C50 = 4, C75 = 5			

Tabelle 52 Häufigkeitstabelle PE01 Nützlichkeit CIRS (eigene Darstellung)

Wie nützlich finden Sie die Verwendung von CIRS?			
	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozent
Sehr nützlich	0	0,0 %	0,0 %
Nützlich	77	51,3 %	51,7 %
Neutral	64	42,7 %	43,0 %
Wenig nützlich	7	4,7 %	4,7 %
Nicht nützlich	1	0,7 %	0,7 %
Gesamt	149	99,3 %	100,0 %
Fehlend	1	0,7 %	
Keine Antwort	0	0,0 %	
Gesamt Total	150	100,0 %	
Modalwert = Nützlich; Median = Nützlich Range = 3; C25 = 2, C50 = 2, C75 = 3			

Tabelle 53 Häufigkeitstabelle PE02 Schulungsbedarf (eigene Darstellung)

Sehen Sie aktuell in Ihrer Einrichtung einen erhöhten Schulungsbedarf im Umgang mit CIRS?			
	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozent
Ja	85	56,7 %	57,8 %
Nein	62	41,3 %	42,2 %
Gesamt	147	98,0 %	100,0 %
Fehlend	0	0,0 %	
Keine Antwort	3	2,0 %	
Gesamt Total	150	100,0 %	
Modalwert = Ja			

Tabelle 54 Statistik zur Datenbereinigung (eigene Darstellung)

Statistiken					
		Verweildauer gesamt in Sekunden	Relative Speed Index	Maluspunkte für schnelles Ausfüllen	Anteil fehlender Antworten in Prozent
N	Gültig	150	150	150	150
	Fehlend	0	0	0	0
Mittelwert		395,98	1,05	12,39	7,45
Median		387,00	1,01	9,00	8,00
Modalwert		464	1,30	0a	9
Minimum		195	0,27	0	0
Maximum		720	1,92	48	31
a. Mehrere Modalwerte vorhanden. Der kleinste Wert wird angezeigt.					

Eidesstattliche Erklärung

Hiermit versichere ich, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig verfasst und keine anderen als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel benutzt habe. Alle Ausführungen, die anderen Schriften wörtlich oder sinngemäß entnommen wurden, sind kenntlich gemacht.

Nele Reuter, Hamburg den 30.08.2022