1. Einleitung

1.1 Problemstellung und Zielsetzung

„Qualität ist nicht alles, aber ohne Qualität ist alles nichts wert."[1]

Walter Masing erkannte schon früh (1980), dass dem Qualitätsmanagement (QM) große Bedeutung beizumessen ist.[2] Immer wieder erscheinen diesbezüglich Negativmeldungen in der Presse, wie „Grober Behandlungsfehler: Patientin aus Bielefeld stirbt nach Operation"[3], „Instrumenten-Mangel im Operationssaal"[4], „Klinik-Skandal in Köln: Patienten nach Spritze mit lebensgefährlichem Keim infiziert"[5] und „Hygiene-Skandal in Bremen: auf der Suche nach den Schuldigen"[6]. Anhand dieser Schlagzeilen wird deutlich, dass begangene Fehler immer häufiger thematisiert werden und in den Fokus der Aufmerksamkeit der Öffentlichkeit rücken. Anhand dieser Fehler wird Krankenhäusern oftmals eine „schlechte Qualität" unterstellt. Der Statistik des Medizinischen Diensts der Krankenversicherung (MDK) ist zu entnehmen, dass aktuell 14.133 fachärztliche Gutachten zu vermuteten Behandlungsfehlern vorliegen. Knapp jedem vierten Fall liegt ein Fehler zu Grunde.[7] Etwa 30 unentdeckte Fälle gehen jedem festgestellten Behandlungsfehler voraus, so wissenschaftliche Studien. Die Dunkelziffer ist dabei noch um einiges höher.[8] Nicht allein der Fachkräftemangel[9] ist für diese Situation verantwortlich zu machen. Dieser kann Fehler zweifellos begünstigen, aber auch Mängel in der Aus-, Fort- und Weiterbildung[10] sowie Kommunikationsdefizite[11] und fehlende Transparenz[12] und nicht zuletzt geringes Qualitätsbewusstsein können zu Fehlern führen.[13] Über 60% der gemeldeten unerwünschten Ereignisse sind auf Kommunikationsfehler zurückzuführen.[14]

Das Bundesministerium für Gesundheit hat am 01.01.2016 das Krankenhausstrukturgesetz erlassen. Demzufolge sollte die Qualität der Krankenhäuser stärker kontrolliert und Qualitätszu- und -abschläge für Leistungen eingeführt werden.[15] Diese Qualitätsoffensive[16]

---

[1] Pfeifer und Schmitt (2014), S. V.
[2] Vgl. Masing (1980), S. 1.
[3] Middelhauve (2019), o. S.
[4] Mitzlaff (2015), o. S.
[5] Ivitis (2019) vgl. hierzu auch Deutsche Presse-Agentur (2019), o. S.
[6] Hibbeler (2011), S. 2586.
[7] Vgl. Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (2019), S. 6, 8.
[8] Vgl. Gehms (2019), o. S.
[9] Vgl. Ostwald et al. (2010), S. 10.
[10] Vgl. Löber (2012), S. 156 f.
[11] Vgl. Löber (2012), S. 145 f.
[12] Vgl. Löber (2012), S. 146.
[13] Vgl. Bühner (1993), S. 10 f.
[14] Vgl. Arora et al. (2005), zit. nach Löber (2012), S. 146.
[15] Vgl. Gemeinsamer Bundesausschuss (2018), S. 61 f. sowie § 136a Abs. 3 S. 3 SGB V i.d.F. vom 20.11.2019.
[16] Vgl. Norden (2014), S. 6 sowie Osterloh (2014), S. 2139.

war sicherlich notwendig, um den Blick auf die Qualität zu lenken.[17] Jedoch sollte nicht außer Acht gelassen werden, dass ein kontinuierlicher Verbesserungsprozess angestrebt werden sollte, um nachhaltig und langfristig Verbesserungen zu erzielen.[18] Eine offene, transparente Kultur, die Fehler akzeptiert und nicht sanktioniert,[19] sondern sie als Anreiz für Handlungsbedarf sieht, um aus den Fehlern zu lernen,[20] ist von hoher Bedeutung. Dass aus Fehlern gelernt werden kann und aus diesen somit etwas Positives zu entnehmen ist, wird nicht nur von den Medien, sondern auch von der Gesellschaft weitestgehend ignoriert. Ein Fehler ist automatisch etwas „Schlechtes".[21] Um diese Denkweise zu verändern, wird in der vorliegenden Arbeit versucht, in beinahe entstandenen Fehlern ein Positivum zu sehen. Soll Qualität in einem Krankenhaus stets auf hohem Niveau gehalten werden, ist es wichtig, dass aus Fehlern gelernt wird,[22] um Behandlungsergebnisse zu verbessern.[23] Ohne den Nachweis eines gewissen Qualitätsstandards sind die Anstrengungen der Krankenhäuser, auf dem Markt zu bestehen, vergebens.[24] Viele ergreifen Initiativen zur Qualitätsverbesserung, die über die gesetzlichen Vorgaben hinausgehen.[25] Maßnahmen zur Qualitätssicherung sind bspw. Zertifizierungen.[26] Diese haben in den letzten Jahren deutlich zugenommen.[27] Damit wollen die Krankenhäuser bestätigen, dass sie eine hohe Qualität erbringen.[28] „Quality improvements are of increasing importance in the field of health care."[29] Diese Schlussfolgerung einer niederländischen Studie gilt ebenso für das deutsche Gesundheitswesen. Die gesetzliche Verpflichtung zur Einführung eines internen QM-Systems,[30] externer Qualitätssicherungsmaßnahmen[31] und von Mindestmengenregelungen[32] zeigen die Bedeutung von Qualität im deutschen Gesundheitssystem, den Wunsch nach Transparenz und das Ziel kontinuierlicher Verbesserung der medizinischen Versorgungs-

[17] Vgl. Straub (2014), S. 96 f.
[18] Vgl. Friers und Riehle (2016), S. 35, 38.
[19] Vgl. Seyfarth-Metzger et al. (2005), S. 758 f.
[20] Vgl. Georg Ernst Stahl, zit. nach Bühle (2014), S. 43.
[21] Vgl. Paula (2007), S. 5.
[22] Vgl. Flanagan (1954), S. 336 f.
[23] Vgl. Kuntsche und Börchers (2017), S. 275.
[24] Vgl. Robert Koch Institut (2015), S. 358 f.
[25] Vgl. Robert Koch Institut (2015), S. 358 f.
[26] Vgl. Stöcker (2013), S. 57.
[27] Vgl. Freistühler et al. (2018), S. 332-335; Wienke (2017), S. 341-343 sowie Ergebnisse der unveröffentlichten Studie „Zertifizierte Krankenhäuser in Baden-Württemberg", Universität Hohenheim, Lehrstuhl für Ökonomik und Management sozialer Dienstleistungen (2019). Weitere Informationen können bei der Autorin dieser Arbeit angefordert werden.
[28] Vgl. Wienke und Sailer (2014), S. 600.
[29] Scholte et al. (2014), S. 261.
[30] Vgl. § 135a Abs. 2 Nr. 2 SGB V i.d.F. vom 01.01.2016.
[31] Vgl. § 135a Abs. 2 Nr. 1 SGB V i.d.F. vom 01.01.2016.
[32] Vgl. § 136 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V i.d.F. vom 01.01.2017.

qualität.[33] Eine Optimierung aller Systeme und Prozesse eines Krankenhauses wird angestrebt, um den komplexen Anforderungen des Marktes, dem erhöhten Wettbewerbs- und Kostendruck sowie den steigenden Wissensanforderungen gerecht zu werden.[34] Aktuell weisen die deutschen Krankenhäuser ein hohes Qualitätsniveau auf.[35] Doch Herausforderungen des deutschen Gesundheitsmarktes zeichnen sich ab, nicht nur die ökonomischen und gesetzlichen Vorgaben steigen, auch die demografische Alterung setzt erkennbare Zeichen.[36] Eine effiziente Krankenhausführung, ein wirksames QM sowie eine strukturierte und auf die Bedarfe der Klinik ausgelegte Personalentwicklung[37] sind für die Zukunft zu beachten.[38] Die Qualifikation des Personals ist dabei von besonderer Bedeutung,[39] da die Mitarbeiter durch ihre fachlich kompetente, motivierte, patientenorientierte und effiziente Arbeit zur Wettbewerbsfähigkeit und zum Unternehmenserfolg des Klinikums entscheidend beitragen.[40] Fortbildungen der Mitarbeiter sollen fortwährend „auf dem jeweils aktuellen medizinischen Wissensstand“[41] durchgeführt werden.[42] Die Integration der zahlreichen zu absolvierenden Fortbildungen in einen eng getakteten Arbeitsablauf, der durch Schichtdienst und knappe Zeitressourcen geprägt ist, kann heutzutage kaum noch durch Präsenzveranstaltungen abgedeckt werden. Online-Schulungen stellen durch ihre Orts- und Zeitunabhängigkeit eine Alternative dar, um Lernprozesse zu optimieren und einen nachhaltigen Lerntransfer zu erreichen.[43] Moderne Führungsstrategien, wozu Online-Schulungen zählen,[44] führen zu verbesserter Mitarbeiterzufriedenheit und diese wiederum zu einer stärkeren Bindung des Mitarbeiters an das Krankenhaus.[45] Aus diesem Grund sollte das Potenzial an innovativen Herangehensweisen voll ausgeschöpft werden.[46]

Die vorliegende Arbeit legt den thematischen Fokus auf einen Teilbereich des QM, nämlich das Risikomanagement, konkret auf das Critical Incident Reporting System (CIRS), welches ein Berichtssystem über kritische Vorkommnisse ist.[47] Die drei Einheiten sind ver-

[33] Vgl. Tiemann et al. (2017), S. 52 sowie Klakow-Franck (2014), S. 458 f.
[34] Vgl. Thunder und Ober (2017), S. 1 sowie Richter et al. (2016), S. 876.
[35] Vgl. o. V. (2019), S. 928 sowie Bundesministerium für Gesundheit (2014), S. 2.
[36] Vgl. Thunder und Ober (2017), S. 1; Ertl-Wagner et al. (2013), S. 16 sowie Welz-Spiegel (2010), S. 105.
[37] Vgl. Ertl-Wagner et al. (2013), S. 16 sowie Dittler (2003), S. 10.
[38] Vgl. Roeder und Franz (2014), S. 16.
[39] Vgl. Stock-Homburg (2013), S. 202 sowie Eichhorn und Friedrich (2007), S. 5.
[40] Vgl. Eichhorn und Friedrich (2007), S. 5.
[41] Sostmann et al. (2013), S. 5.
[42] Vgl. Probst et al. (2012), S. 16.
[43] Vgl. Kerres (2018), S. 100-103 sowie Sostmann et al. (2013), S. 5.
[44] Vgl. Negri (2016), S. 169.
[45] Vgl. Eichhorn und Friedrich (2007), S. 44 f.; Lüthy und Schmiemann (2004), S. 111 sowie Somers und Birnbaum (2000), S. 361.
[46] Vgl. Tripathi et al. (2017), S. 1084 sowie Al-Shorbaji et al. (2015), S. V.
[47] Vgl. Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V. (2016), S. 30.

gleichbar mit einer russischen Matroschka. Die umfassendste ist das QM, die mittlere das Risikomanagement und die kleinste CIRS. Sollte das klinische Feld noch mit in die Betrachtung genommen werden, könnte von einer vierteiligen Einheit ausgegangen werden mit dem klinischen Feld als äußerer Hülle. Diese Einteilung ist in der folgenden Abbildung 1 dargestellt.

Abbildung 1: Russische Matroschka am Bsp. CIRS[48]

Nachfolgend werden der Kontext der **Problemstellung** und Interdependenzen der betroffenen Forschungsfelder aufgezeigt. Die Forschungsfrage fokussiert im Rahmen des umfassenden Feldes QM Möglichkeiten und Grenzen interaktiver Online-Schulung im klinischen Bereich. Die Verflechtung der genannten Handlungsfelder wird in den ersten Kapiteln auf theoretischer Ebene dargelegt. Jedoch liegt die besondere Herausforderung des Projekts auf dem Transfer auf das konkrete Praxisfeld eines Krankenhauses. Dadurch besteht die Chance, die Forschungsschwerpunkte „Gesundheitsmanagement" und „Empirische Sozialforschung" konstruktiv miteinander zu verbinden. Für die Fallstudie wurde das renommierte Robert-Bosch-Krankenhaus (RBK) in Stuttgart, das selbstverständlich über ein hochelaboriertes QM verfügt, gewählt. Das RBK handelt bereits seit 1998 nach dem RBK-spezifischen „Prinzip der kontinuierlichen Verbesserung" (= Continuous Improvement Process, kurz: CIP).[49] CIRS wurde am RBK im Jahr 2013 eingeführt. Es ist eine Art „Fehler-Frühwarn-System", in welchem Beinahe-Fehler gemeldet werden sollen.[50] Somit erfolgt die Meldung bevor ein Schaden entstanden ist. Aus diesen beinahe entstandenen Fehlern

[48] Quelle: Eigene Darstellung.
[49] Vgl. Robert-Bosch-Krankenhaus (2019b), o. S.
[50] Vgl. Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin (2018c), o. S.

kann ein Lernprozess abgeleitet werden, denn die Meldung wird innerhalb eines Teams bearbeitet und analysiert. Aus diesen Erkenntnissen werden Handlungsmöglichkeiten abgeleitet, die zur Prävention führen sollen.[51] Innerhalb des RBK erfolgt die Analyse und Bewertung der Meldungen durch die CIRS-Verantwortlichen. Diese arbeiten bei Bedarf Maßnahmen aus und prüfen deren Umsetzung. Die jeweiligen Bereiche haben die Aufgabe, die Mitarbeiter über die Maßnahmen zu informieren. Geht eine Meldung von übergeordneter Bedeutung ein, nimmt sich die CIRS-Expertengruppe dieser an. Alle Maßnahmen werden in eine Datenbank eingepflegt,[52] sodass letztendlich jeder aus dem Beinahe-Fehler eines anderen lernen könnte.[53] Das Problem, welches allerdings im RBK vorliegt, ist eine mangelnde Anwendung von CIRS. Aus diesem Grund wurden Experteninterviews am RBK in Stuttgart geführt, um den aktuellen Stand von CIRS zu erheben. Weitergehend wurden das Qualitätsverständnis, das Vorhandensein einer offenen Fehlerkultur und der Umgang mit neuen Medien erhoben. Das Ergebnis dieser umfassenden Befragung zeigt, dass Handlungsbedarf in Bezug auf CIRS besteht. Somit wurde als Pilotprojekt ein Online-Schulungsmodul entwickelt, welches speziell auf den vorliegenden Bedarf ausgerichtet ist und ein umfassendes Verständnis für CIRS schafft. Die Verwendung der vorherrschenden Online-Meldemaske von CIRS wurde trainiert und schließlich wurde ein Abschlusstest erstellt, der die Überprüfung des angeeigneten Wissens vornimmt. Die Inhalte, welche es innerhalb der formativen und summativen Evaluation[54] zu prüfen gilt, schließen den Prozess ab.

Innerhalb des vorliegenden **Forschungsdesigns** werden Aspekte der Durchführbarkeit von E-Learning im Klinikalltag erfasst. Kosten-Nutzen-Abwägungen für die Träger der klinischen Einrichtung und mögliche Konsequenzen für Patienten und Mitarbeiter werden flankierend geprüft. Die Experteninterviews werden bewusst offen gehalten, um diffundierende Aussagen berücksichtigen und bewerten zu können.[55] Die qualitative Analyse ist in diesem Bereich der quantitativen Analyse vorzuziehen, da die Aussagen der Experten in einem Interview umfassender, aber auch detaillierter abgebildet werden können als in einem vorgefertigten Fragebogen.[56] Die Untersuchung umfasst zudem deskriptive Elemente (Beschreibung und Auswahl der Zielgruppen) und kausale Elemente (Dissemination von Schulungserfahrungen).

---

[51] Vgl. Gemeinsamer Bundesausschuss (2015), S. 5 sowie Stoffers (2010), S. 72.
[52] Vgl. Robert-Bosch-Krankenhaus (o. J.b), S. 11-13.
[53] Vgl. Roeder und Wächter (2015), S. 130.
[54] Vgl. Dörre et al. (1997), S. 134 f.
[55] Vgl. Przyborski und Wohlrab-Sahr (2014), S. 123 f., 57 f. sowie Helfferich (2011), S. 114-117.
[56] Vgl. Kuckartz et al. (2008), S. 66-68.

Forschungsziel der empirischen Analysen und der Schulungskonzepterstellung ist zum einen die Ermittlung eines konkreten Bedarfs, welcher vermutlich vergleichbar auch in anderen Krankenhäusern feststellbar wäre und zum anderen die Generierung eines Mehrwerts durch ein umfassendes Online-Schulungskonzept, welches einen sensiblen Bereich des Risikomanagements abdeckt. Ein Transfer dieses Prozesses auf das Selbstverständnis einer Klinik als „lernende Organisation" ist Teilziel des Projekts. Die Studie konkretisiert die Entwicklung eines Aus- und Fortbildungstools für Mitarbeiter des RBK. Seine Wirksamkeit reicht über eine Verbesserung der Warnfunktion bei lokalen Fehlermeldungen hinaus und begreift Risikomanagement als wichtigen Teilaspekt von QM. Die am RBK verfolgte Leitidee des CIP kann dadurch nachhaltig unterstützt und ausgebaut werden.

Die vorliegende Untersuchung basiert auf einer umfassenden Literaturanalyse zu QM, Risikomanagement und CIRS sowie zu Möglichkeiten der digitalen Wissensvermittlung. Der Interviewleitfragebogen wurde zunächst in einem Pretest erprobt, daraufhin angepasst und schließlich 2017 zur Bedarfsanalyse am RBK eingesetzt. Hierzu wurden zehn Experteninterviews mit Mitarbeitern des Klinikums aus verschiedenen Aufgabenbereichen und auf unterschiedlichen Verantwortungsebenen durchgeführt und anschließend mittels qualitativer Inhaltsanalyse nach Mayring (2015) ausgewertet. Zweck dieser Maßnahme ist, ein Abbild des aktuellen Ist-Zustands und des Bedarfs innerhalb des QM, speziell von CIRS, im RBK zu erhalten. Die Interviews wurden mit Vertretern aller Hierarchieebenen und Berufsfelder (Chefarzt, Oberarzt, Assistenzarzt, Stationsleitung Pflege, Pflegekraft, Pflegehelfer, Physiotherapeut, Verwaltung, QM-Beauftragter, CIRS-Experte) durchgeführt, um eine möglichst große, durchgängige Bandbreite von Wissen und Einstellungen zu erfassen. Die Vertreter wurden von der Klinik auf Grundlage einer möglichst breiten Streuung von männlich/weiblich, kurzer/langer Betriebszugehörigkeit und jüngerer/älterer Mitarbeiter ausgewählt. Nach ausgiebiger Analyse der Interviewergebnisse konnte der notwendige Bedarf an einer umfassenden Wissensvermittlung zu CIRS festgestellt werden. Hierzu wurde, wie bereits erwähnt, ein ziel- und empfängerorientiertes Konzept für eine Online-Schulung entwickelt, die zu einer Verbesserung der Anwendung des am RBK installierten Fehlermeldesystems CIRS führen soll. Die von der Gesetzgebung seit 2014 an allen Krankenhäusern verlangte Besetzung der Position eines Beauftragten für das Risikomanagement und für das Beschwerdemanagement von Patienten bedingt logischerweise die Einrichtung eines Fehlermeldesystems, in dem das Gesundheitspersonal einer Klinik kritische Zwischenfälle

anonym und sanktionsfrei mitteilen kann.[57] Die Entwicklung und Etablierung einer „Meldekultur“ als sensibles Organ des Risikomanagements wird damit zum wesentlichen Bestandteil des QM an Kliniken.[58] Aus diesem Grund ist die gezielte Schulung aller Mitarbeiter wichtig. Das vorgestellte Konzept kann in das digitale, hausinterne Schulungsprogramm des Irmgard-Bosch-Bildungszentrums (IBBZ) aufgenommen werden. Nach erfolgter Implementierung kann die Schulung von den Mitarbeitern absolviert werden. Das Schulungskonzept wurde zwar speziell auf den Bedarf des RBK hin ausgelegt, da jedoch die Anwendung von CIRS in vielen weiteren Krankenhäusern problematisch verläuft, kann das Konzept auch in anderen Krankenhäusern eingesetzt werden. Nach erfolgter Implementierung ist die Evaluierung und Überprüfung der Nachhaltigkeit der Online-Schulung wichtig, um Schwachstellen zu erkennen und das Konzept stetig zu optimieren.[59] Das Schulungskonzept enthält viele Vorteile, wie bspw. die flexible Lerngestaltung[60], den verständlichen Aufbau, die einfache Bedienung,[61] die Verwendung von Praxisbeispielen[62], die Möglichkeit der Wiederholung[63], die interessant aufbereiteten Beiträge, das Lernen im eigenen Lerntempo[64], die Interaktivität und die Möglichkeit der Rückmeldung[65]. Nachteilig kann zum einen sein, dass wenig Vorgaben vorhanden sind[66] und zum anderen, dass der eigene Lerntyp ein anderer ist[67]. Des Weiteren kann es zu technischen Schwierigkeiten kommen, einerseits anwenderseitig und andererseits softwareseitig.[68] Die Akzeptanz spielt ebenfalls eine wichtige Rolle.[69] Eine Nicht-Anwendung der Schulungsinhalte kann negative Auswirkungen für das Krankenhaus haben.

Die technische und folglich praktische Umsetzung der Online-Schulung sowie die Durchführung der Evaluation nach erfolgter Schulung übersteigen den Rahmen der hier vorliegenden Arbeit und werden daher ausschließlich konzeptionell beschrieben.

---

[57] Vgl. Gemeinsamer Bundesausschuss (2015), S. 5, 9 sowie Stoffers (2010), S. 72.
[58] Vgl. Haeske-Seeberg (2008), S. 98-100, 129 f.
[59] Vgl. Dörre et al. (1997), S. 133 f.
[60] Vgl. Erpenbeck et al. (2015), S. 1, 4 sowie Bachmaier und Stiller (2013), S. 199.
[61] Vgl. Arnold et al. (2018), S. 218.
[62] Vgl. Arnold et al. (2018), S. 184; Treumann et al. (2012), S. 40 f. sowie Wache (2003), S. 3.
[63] Vgl. Roth (2004), S. 504.
[64] Vgl. Erpenbeck et al. (2015), S. 1 sowie Bachmaier und Stiller (2013), S. 199.
[65] Vgl. Gardner und Thielen (2015), S. 21 f.; Treumann et al. (2012), S. 139; Ruf et al. (2008), S. 1061, 1063 f. sowie Hettrich und Koroleva (2003), S. 4.
[66] Vgl. Dittler (2011), S. 134 f.
[67] Vgl. Erpenbeck et al. (2015), S. 1; Bienzle (2008), S. 14 sowie Ehlers (2002), S. 3, 5-8.
[68] Vgl. Dietzel und Lüngen (2016), S. 404.
[69] Vgl. MMB-Institut für Medien- und Kompetenzforschung (2014a), S. 9, 18 f.; MMB-Institut für Medien- und Kompetenzforschung (2014b), S. 6; Ruf et al. (2008), S. 1066 f. sowie Vollmar (2007), S. 88.

Aus dem vorgestellten Ansatz dieser Untersuchung ergeben sich weitere, spezifizierende Fragestellungen, zum einen hinsichtlich der infrastrukturellen Bedingungen einer Online-Schulung im Klinikalltag und zum anderen hinsichtlich der Relevanz der Studie für die involvierten Teilnehmer. Eine interaktiv gestaltete Online-Schulung erfordert grundsätzlich keine zusätzlichen Ressourcen, wie bspw. Räumlichkeiten[70] oder Präsenz eines Dozenten. Der Schulungsraum entsteht virtuell, der Dozent ist online erreichbar, feste Schulungstermine entfallen, Teilnehmer können die Schulung absolvieren, wann sie wollen.[71] Soll dies während der Arbeitszeit möglich sein, stellt sich die Frage nach der Integrierbarkeit in den Klinikalltag. Ein qualitativ anspruchsvolles Programm, wie die in dieser Arbeit konzipierte Schulung, erfordert Phasen zeitlicher Aufmerksamkeit und Möglichkeiten räumlicher Konzentration. Beides ist in der üblichen Präsenzbereitschaft klinischer Mitarbeiter auf allen Tätigkeits- und Verantwortungsebenen nicht von vornherein gewährleistet. Soll die Absolvierung der Schulung während der Arbeitszeit möglich sein, liegt in der Bereitstellung hochwertiger Lehr-Lern-Arrangements der Schlüssel für den Erfolg dieser Online-Schulung. Forschung im sozialen Feld benutzt und nutzt Informationen über Teilnehmer mit dem Ziel, deren Wirklichkeit zu gestalten bzw. zu verändern.[72] Empirische Forschung wird damit zu ideell geleiteter Praxis, deren Vorgaben ökonomischer, politischer, sozialer, juristischer, pädagogischer, psychologischer, soziologischer u.a. Art sein können. Der Mehrwert der qualitativen Evaluation liegt in der Orientierung am konkreten Fall, somit steht der Prozess im Mittelpunkt.[73]

Der grundsätzliche **Erkenntnisgewinn** dieser Arbeit könnte darin liegen, die Wirksamkeit eines konkreten Instruments für den Anstoß weitreichender Veränderungen aufzuzeigen. Es wird ein Konzept vorgestellt, das zur Qualitätsverbesserung und Patientensicherheit beitragen soll. Durch funktionsgerechte Nutzung von CIRS kann das Krankenhaus zu einer lernenden und wissenden Organisation werden.[74] Meldungen hierzu müssen jedoch bearbeitet und den Mitarbeitern gegenüber offengelegt werden,[75] denn nur dadurch kann Transparenz und Lernen voneinander erzielt werden.[76] Langfristig soll eine offene Fehler-

[70] Vgl. Moskaliuk et al. (2016), S. 163.
[71] Vgl. Arnold et al. (2018), S. 59; Kerres (2018), S. 100; Pape (2016b), S. 15; Born (2014), S. 196, 235 f.; Fischer (2013), S. 66 f., 100; Kerres et al. (2009), S. 103 sowie Ehlers (2002), S. 5.
[72] Vgl. Przyborski und Wohlrab-Sahr (2014), S. 44.
[73] Vgl. Kuckartz et al. (2008), S. 66 f.
[74] Vgl. Giuliani et al. (2014), S. 332 sowie Manser (2011), S. 170, 174.
[75] Vgl. Rall und Oberfrank (2013a), S. 57.
[76] Vgl. Stoffers (2010), S. 72.

kultur etabliert werden[77] und die Patientensicherheit steigen.[78] Je mehr Beinahe-Fehler schon vorab entdeckt werden, desto drastischer werden sich kostenintensive Schadensfälle reduzieren lassen. Bereits im ersten Jahr nach der Implementierung können somit Kosteneinsparungen erzielt werden.[79]

Zum **aktuellen Forschungsstand** ist festzuhalten:
Bis zum Jahre 2016 konnten keine interaktiven Online-Schulungen nachgewiesen werden. Zwar werden mittlerweile interaktive Online-Schulungen zum QM angeboten, doch kann aufgrund des kostenpflichtigen und zugriffsbeschränkten Zugangs nicht analysiert werden, inwiefern diese in den Berufsalltag der Teilnehmer integrierbar sind. Einige Pflichtfortbildungen (wie bspw. Datenschutz und Hygiene) werden derzeit teilweise im Online-Format angeboten, weisen aber nur geringe Interaktionsmöglichkeiten auf. Allgemeine CIRS-Schulungen sind zwischenzeitlich ebenfalls auf dem Markt vorhanden, jedoch konnte keine Online-Schulung gefunden werden, die der Konzeption der vorgesehenen Schulung entspricht und explizit auf die Bedarfe der Klinik ausgerichtet ist. Bis Anfang 2020 konnten keine Studien gefunden werden, die CIRS im Feld untersuchen und dessen strukturierte Analyse sowie konzeptionelle Optimierung beinhalten.

1.2 Aufbau der Arbeit

Neben der Einleitung (**Kapitel 1**) und einer Konklusion mit Ausblick und Diskurs (**Kapitel 8**) besteht diese Arbeit aus sechs Kapiteln.

In **Kapitel 2** wird das Ziel verfolgt, einige grundsätzliche Rahmenbedingungen des QM im Krankenhaus und dessen Besonderheiten darzustellen sowie die Herausforderungen zu benennen, die insbesondere für die Qualität im Gesundheitswesen von Bedeutung sind. Die Qualitätsdimensionen nach Donabedian (1988) und die Qualitätszertifizierungen werden dabei genauer betrachtet, ebenso die Instrumente, die zur Qualitätssicherung und -kontrolle zur Verfügung stehen. Weiter wird auf Qualitätsverbesserungsinitiativen eingegangen und die Brücke zum Risikomanagement in Kapitel 3 geschlagen.

Innerhalb des **dritten Kapitels** werden zunächst die rechtlichen Vorgaben wiedergegeben sowie Charakteristika des Risikomanagements aufgezeigt. Eine Prozessbeschreibung führt

[77] Vgl. Hart et al. (2008), S. 1109.
[78] Vgl. Peilnsteiner (2016), S. 14 sowie Köbberling (2005), S. 147.
[79] Vgl. Banduhn und Schlüchtermann (2013), S. 286.

zur Darstellung der Gründe für den Einsatz von Risikomanagement im Krankenhaus. Die Patientensicherheit steht hierbei im Fokus der Arbeit. Auf Entstehungsmöglichkeiten von Fehlern und mögliche Vermeidungsstrategien wird eingegangen sowie die Bedeutung einer Fehlerkultur hervorgehoben.

Ausführlich thematisiert wird CIRS in **Kapitel 4**. Der Konzeptvorstellung schließt sich eine Übersicht über Ausgestaltungsmöglichkeiten an. Auf wissenschaftstheoretische Begründungen von Luhmann (Systemtheorie, 1969) und Stachowiak (Modelltheorie, 1973) wird bei der Analyse von CIRS Bezug genommen. Eine Strengths-Weaknesses-Opportunities-and Threats (SWOT) -Analyse wird ebenfalls auf CIRS appliziert. Zudem erfolgt eine Überprüfung des Systems auf Praxistauglichkeit. Diese genannten Elemente sind für das Verständnis von CIRS von substanzieller Bedeutung. Wie CIRS aktuell am Untersuchungsort RBK gestaltet ist und welche Ziele dort mit CIRS verfolgt werden, wird in Kapitel 4.6 ausgeführt. Zudem werden der aktuelle CIRS Jahresbericht (2018) und der Qualitätsbericht (2017) des RBK untersucht, um den aktuellen Ist-Zustand zu erheben. Die Kapitel 2-4 bilden die Basis für die folgenden Ausführungen.

Im Rahmen des **fünften Kapitels** wird die verwendete Methode der Experteninterviewführung vorgestellt und begründet, weshalb qualitative Forschung der quantitativen in diesem Bereich vorzuziehen ist. Zunächst erfolgte ein Pretest, bevor es nach der Überarbeitung des Leitfadenkatalogs zur Durchführung von zehn Experteninterviews am RBK kam. Die Experten wurden zunächst dazu befragt, wie bedeutsam für sie Qualität ist und in welchen Bereichen sie besonders auf hohe Qualität Wert legen. Hierdurch sollte herausgefunden werden, ob die Mitarbeiter über ein starkes Qualitätsverständnis verfügen oder ob dies eher schwächer ausgeprägt ist. Daraufhin wurde erfragt, welche Erfahrungen bisher mit dem QM am RBK gemacht wurden. In diesem Themenblock ergaben sich viele Nachfragen, bspw. zur Instrumentenverwendung, zu CIP, zur bisherigen Entwicklung, zur vorhandenen Qualitätskultur, etc. Der Umgang mit möglichen Risiken wurde ebenfalls thematisiert, bevor das Hauptthema CIRS angesprochen wurde. Die Fragen zu CIRS sind sehr präzise formuliert, denn die Antworten sollten möglichst detailgenau wiedergeben, wie der aktuelle Stand von CIRS in Wirklichkeit ist. Der Fokus lag auf der Anwendung und der anschließenden Kommunikation der Meldungen. Die Akzeptanz wurde ebenso erfragt, wie der Bedarf einer noch besseren Integration in den Klinikalltag. Abschließend wurden die neuen Medien thematisiert, um herauszufinden, wie aufgeschlossen die Mitarbeiter diesem