



# GQMG Kompakt IX

Berlin, 27. April 2006

## Einführung von CIRS im Krankenhaus

### 4-Schritt-Methode

María Cartes  
Risikomanagerin  
Ärztliche Qualitätsbeauftragte



## Risikomanagement in der MHH

### Entwicklung in der MHH

- Jahr 1999:** Präsidiumsentscheidung  
Implementierung und Etablierung des Risikomanagement
- Jahr 2000:** Einführung Incident Reporting in den Pilot-Abteilungen
- Jahr 2002:** Einrichtung einer zusätzlichen Stelle für  
Risikomanagement
- Jahr 2003:** Evaluation des Qualitäts- und Risikomanagement  
Ausweitung des Incident Reporting
- Jahr 2004:** RM-Report
- Jahr 2005:** Erstellung von Referenzprozesse  
Mitgliedschaft Aktionsbündnis Patientensicherheit
- Jahr 2006:** Erstellung Konzept „Ergebnissicherheit durch  
prozessorientiertes Risikomanagement“



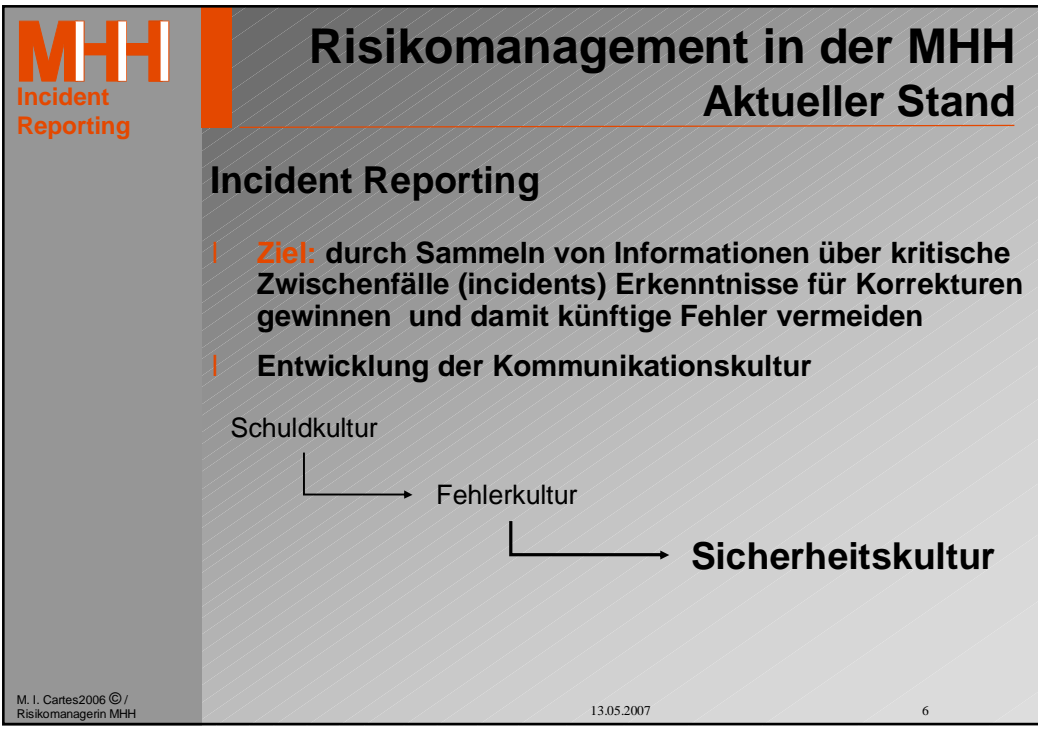
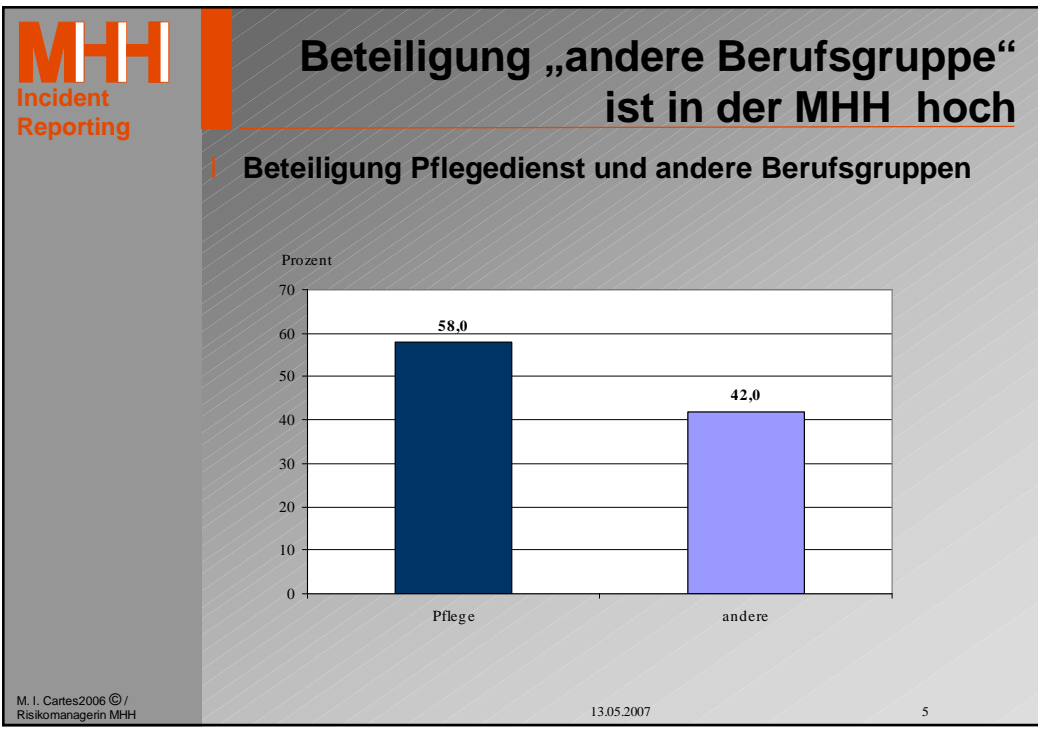
## Risiko-Erkennungssystem der MHH

1. Beschwerdemanagement / Patientenzufriedenheitsbefragung
2. Prozess- / Ablauforientierte Risikoanalyse
3. Ergebnisse der Externen vergleichenden Qualitätssicherung (EQS)
4. Incident Reporting
5. Schadendatenstatistik
6. Analyse von Vorwürfen (Schadensfälle)
7. Risikomanagement-Report

## Incident Reporting Auswertung 574 Meldungen 10. Feb. 2006

### Folgende Auswertungen wurden durchgeführt:

- | Anzahl der Meldung pro Abteilung
- | Anzahl der eingegangenen Meldung pro Monat
- | Beteiligung Pflegedienst und andere Berufsgruppen
- | Wo ist der Beinahe-Zwischenfall passiert
- | Angaben zur Entdeckung des Beinahe-Zwischenfalles
  - Wie entdeckt
  - Wodurch entdeckt
- | Ursachen des Beinahe-Zwischenfalles
  - Organisation
  - Kommunikationsproblem
  - Human Error
  - Fehleinschätzung
  - Infrastruktur
- | Fehlerart
- | Art der eingeleiteten Maßnahmen
- | Aktueller Status der Meldung





## Risikomanagement in der MHH Aktueller Stand

### Incident Reporting Zahlen und Daten

**Am 20. April 2006**  
**16 Abteilungen**  
**ca. 25 500 Fälle/Jahr 05**  
**ca. 1 400 Mitarbeiter**  
**667 Meldungen**

## 4-Schritt-Methode

**Schritt 1: Die CIRS – Entscheidung**

**Schritt 2: Die CIRS - Vorbereitung**

**Schritt 3: Die CIRS - Planung**

**Schritt 4: Die CIRS - Umsetzung**



## Schritt 1: Die CIRS – Entscheidung

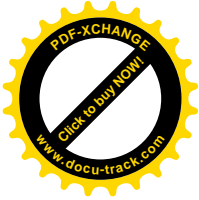
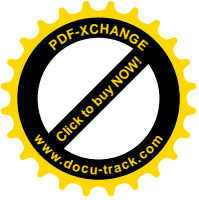
- 1. Verantwortung der Krankenhausleitung**
  - Top-Down Einführung
- 2. Stärken von CIRS**
  - Anzahl
  - Ursacheanalyse
  - Lernpotential
  - Bewältigungsstrategien
  - Niedrige zusätzliche Kosten
- 3. Schwächen von CIRS**
  - Unterreporting
  - Befangenheit
- 4. Risiken und Chancen von CIRS**

**Beteiligung: KH-Leitung, Rechtsabteilung, Haftpflichtversicherung**

## Schritt 2: Die CIRS - Vorbereitung

- 1. Zweck**
  - Veränderung der Kommunikationskultur
  - Erhöhung der Patientensicherheit
  - Erfüllung der gesetzlichen Vorgaben
- 2. Position des Risikomanager**
  - Funktion und Aufgaben
  - Mediziner oder Krankenpfleger / Zusätzliche Ausbildung in QM
  - Direkt der Krankenhausleitung unterstellt
- 3. Erklärung zum Schutz der Mitarbeiter**
  - durch die gesamte Krankenhausleitung unterschrieben
- 4. Zielvereinbarung**
  - alle konkrete Ziele sollen definiert und dokumentiert werden

**Beteiligung: Krankenhausleitung, Betriebsrat, Risikomanager**



### **Präsidium Vorausgehende Erklärung zum Schutz der Mitarbeiter**

Das Risikomanagement-Team der Abteilung hat die Handhabung der Informationen allein im Sinne der meldenden Personen zu bewerkstelligen.

Dieser Vertrauensgrundsatz darf weder durch disziplinarische noch andere arbeitsrechtliche Zwänge in Frage gestellt werden.

Holger Baumann  
Vorstand Wirtschaft u. Administration

Dr. Andreas Tecklenburg  
Vorstand Krankenversorgung

### **Schritt 3: Die CIRIS - Planung**

- 1. Rahmenbedingungen und Grundsätze für Implementierung und Etablierung eines Meldesystems**
- 2. Meldebogen zur Erfassung von Beinahe-Zwischenfälle**
- 3. Software für die Erfassung von Beinahe-Zwischenfälle**
- 4. Aufbaustruktur**
- 5. Standardisiertes Verfahren für die Implementierung und Etablierung in den Abteilungen**

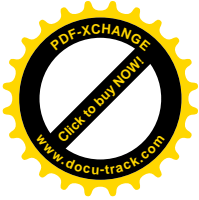
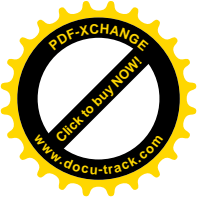


### Schritt 3: Die CIRS - Planung Rahmenbedingungen und Grundsätze für Implementierung und Etablierung eines Meldesystems

1. Schutz der Mitarbeiter
2. Meldungsinhalt muss klar definiert werden
3. Höchst vertrauliche Handhabung der Informationen
4. Meldungen sind anonym
5. Sanktionsfreiheit
6. Meldungen erfolgen freiwillig
7. Schulung der Mitarbeiter und des RM-Team
8. Feedback an alle Beteiligten
9. RM-Team bewertet die Meldungen und entscheidet über die Bearbeitung
10. Das Meldesystem muss einfach sein

### Schritt 3: Die CIRS - Planung Meldebogen zur Erfassung von Beinahe- Zwischenfälle

1. **Allgemeine Gestaltung**  
KEINE SPEZIFIZITÄT  
Pflichtfelder: Beschreibung des Beinahe-Zwischenfalls, Ursachen
2. **Der gleiche Bogen für das gesamte Krankenhaus**  
interne Vergleichbarkeit möglich  
Auswertungen und Erkennen von Risikoentwicklungen für das gesamte Haus nur dann möglich
3. **Empfehlung: vorhandene erprobte Bogen nutzen**  
Austausch mit anderen Krankenhäusern möglich  
NUTZUNG VON LERNPOTENTIAL
4. **Welche Daten?**
  - Arbeitsplatz
  - Patienten
  - Beschreibung des Beinahe-Zwischenfall
  - Beinahe-Zwischenfall: Ort, Datum, Entdeckung
  - Ursachen: Organisation, Kommunikation, menschlicher Faktor, Infrastruktur
  - Bemerkungen / Vorschläge des Meldenden



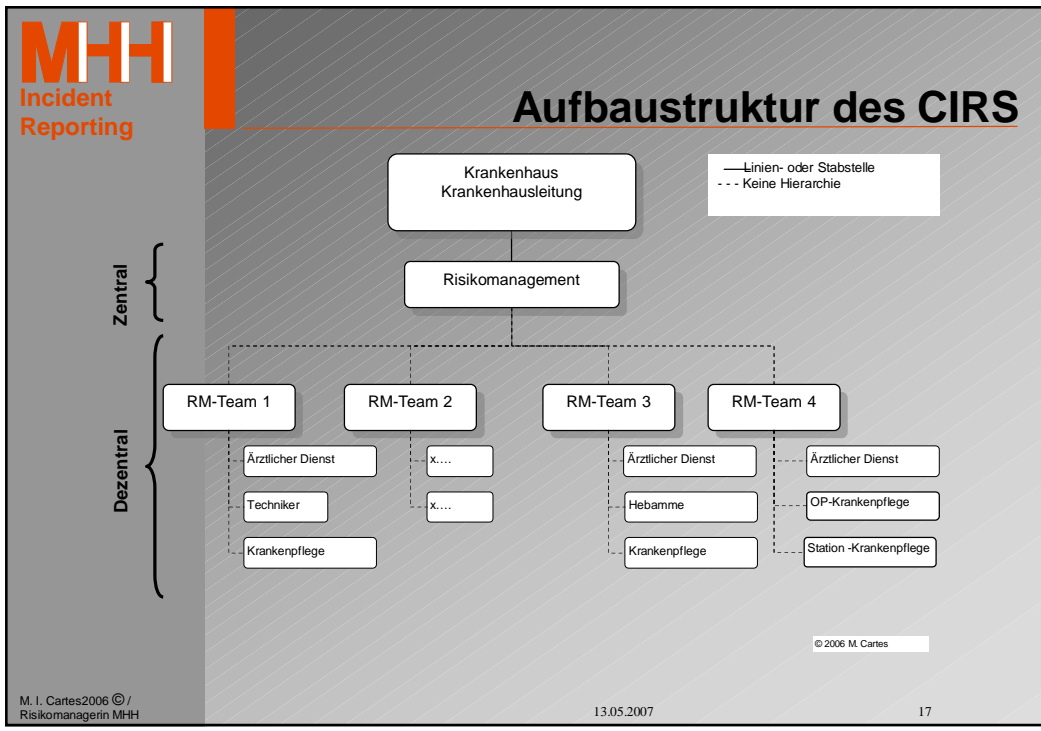
## Software für die Erfassung von Beinahe-Zwischenfälle

1. Webbasierte Serverapplikation
2. Nutzerverwaltung ermöglichen
3. Zugriffsberechtigungskonzept beinhalten
4. Auswertungen ermöglichen
5. Workflow unterstützen
6. Anonymisierung der Meldung gewährleisten

## Aufbaustruktur

### Zentrale- und Dezentrale Stelle

1. Schnelle und sichere Kommunikation- und Informationsfluss
2. Neutrale und objektive Stelle zur Bearbeitung der Meldungen
3. Sicherung der Anonymisierung / Deidentifizierung von Meldungen
4. Dezentrale Stelle: Bearbeitung der Meldung durch das RM-Team
5. Zentrale Stelle: Überblick aller Meldungen, Zusammenführung von Risikokonstellationen



**MHH**  
Incident Reporting

### Schritt 3: Die CIRS - Planung

## Standardisiertes Verfahren für die Implementierung und Etablierung in den Abteilungen

---

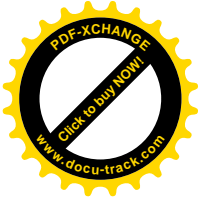
## IMPLEMENTIERUNG

- 1. Bedarfsermittlung**
- 2. Vorbereitung der CIRS- Einführung in den Abteilungen**
  - Abteilungsleiter über das gesamte Verfahren informieren
  - Entscheidung gemeinsam treffen
  - Ziele vereinbaren
- 3. Bildung eines RM-Teams**
  - aus alle relevanten Abteilungsbereiche
  - Auswahl der Teilnehmer
  - Aufgaben des Team und der Teamleitung
- 4. Schulung der Abteilungsmitarbeiter und des RM-Team**
  - Grundlagen des CIRS
  - Aufbau und Organisation
  - Übungsrunde

M. I. Cartes2006 © / Risikomanagerin MHH

13.05.2007

18

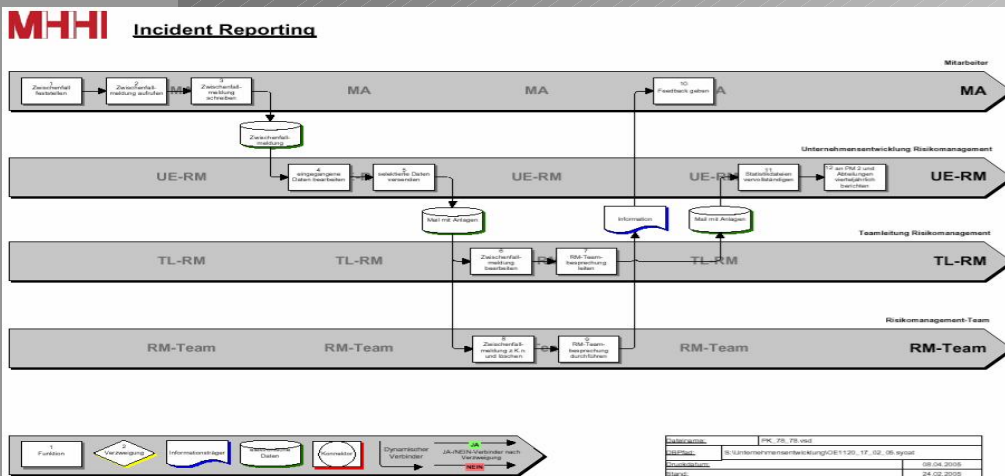


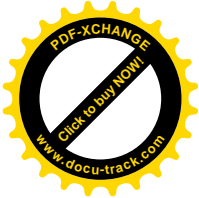
### Schritt 3: Die CIRS - Planung Standardisiertes Verfahren für die Implementierung und Etablierung in den Abteilungen

#### ETABLIERUNG

1. Meldung-Workflow
2. Betreuung der Abteilungsmitarbeiter und des RM-Team
3. Prozessanpassung und Optimierung
  - i. S. von KVP
4. Erstellung des CIRS-Berichtes / Auswertungen
  - Für die RM-Teams
  - Für die Abteilungsleitung
  - Für die Krankenhausleitung
  - Dient als Entscheidungsgrundlage für die Abteilung- und Krankenhausleitung

## Incident Reporting Prozess





## Schritt 4: Die CIRS - Umsetzung

### 1. Pilotierung

- Guter Erfolg => GUTE VORBEREITUNG => Akzeptanz !
- Freiwillige Abteilung
- Nicht mehr als zwei Abteilungen anfangen

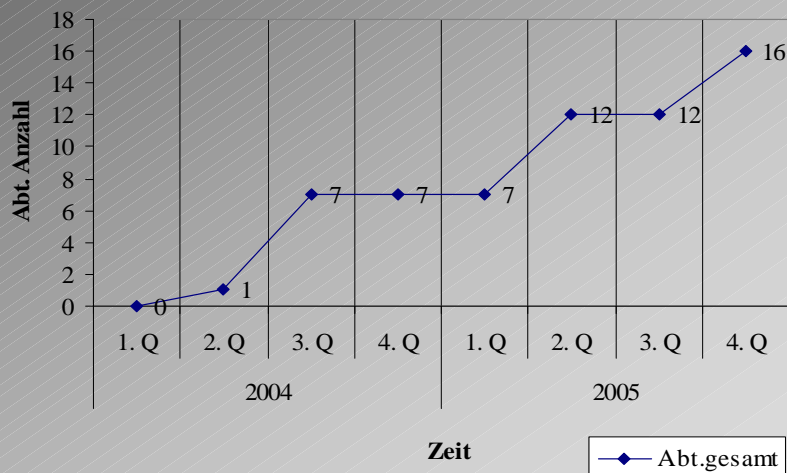
### 2. Bewertung

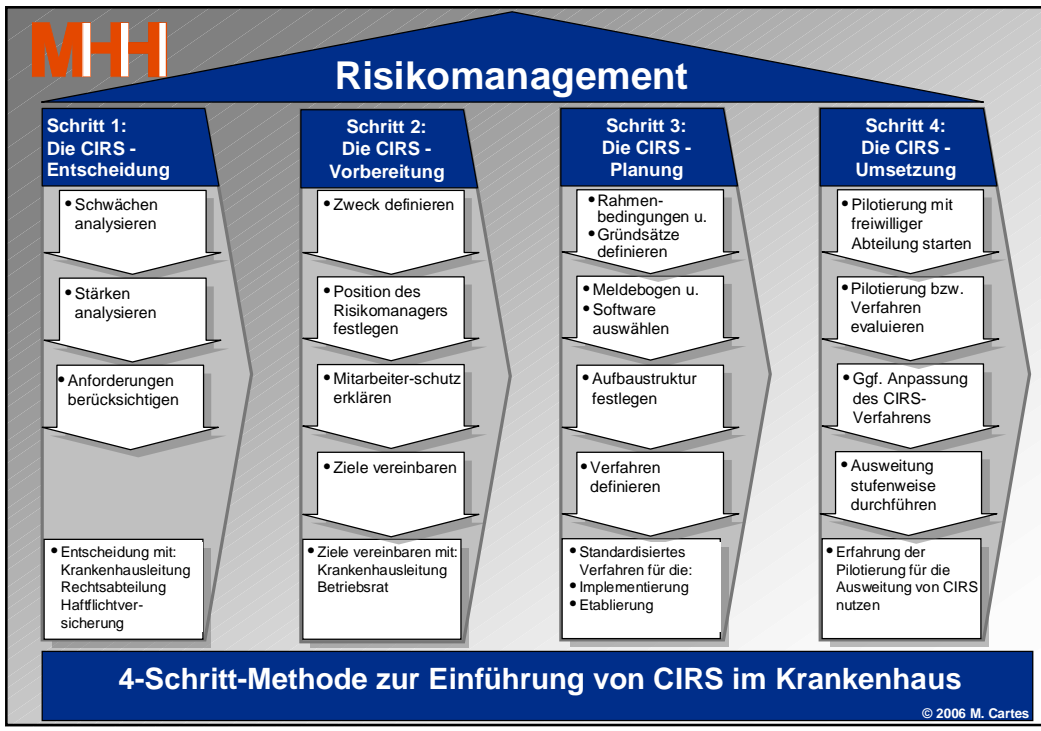
- Ergebnisse aus der Pilotierung auswerten und bewerten
- Anpassung des Verfahrens

### 3. Ausweitung

- Stufenweise
- Abteilungsauswahl:
  - ⊗ Hohes Risikopotential (Beschwerdeanzahl, Schadenfall-, Vorwurfstatistik, EQS-Ergebnisse)
  - ⊗ Abteilungsmotivation

## Stufenweise Einführung bis heute 16 Abteilungen





**MHH**  
Incident Reporting

**Info!**

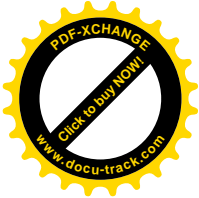
**Das erfolgreiche Krankenhaus DIALOG  
(Fortsetzungswerk)**

**Verlag Wolters Kluwer Deutschland GmbH  
Herausgeber Dr. Andreas Tecklenburg**

M. I. Cartes2006 © / Risikomanagerin MHH

13.05.2007

24



**MHH**  
Incident  
Reporting

**Info!**

## Das erfolgreiche Krankenhaus DIALOG (Fortsetzungswerk)

**Verlag Wolters Kluwer Deutschland GmbH  
Herausgeber Dr. Andreas Tecklenburg**

M. I. Cartes2006 © /  
Risikomanagerin MHH

13.05.2007

25

**MHH**  
Incident  
Reporting


## Ergebnisse / Maßnahmen

- | Patientenidentifikation mit Armbänder bei jedem ärztlichen Eingriff
- | Alarmierungsplan zwischen Gynäkologie und Neonatologie wurde angepasst
- | Schulungen von Hebammen und Neonatologen wurden etabliert
- | Verbesserung der Notfälle-Alarmierung im Stationären und OP-Bereich
- | Umbau und Umstrukturierung der Zentral Notaufnahme z. B. Hardware und Software zur Patientendokumentation, Beschaffung von Investitionsgütern durch die Argumentation mit Hard-Facts, Prozess- und Ablaufoptimierung)
- | Fotokopie zur Dokumentation des Personalausweises/ Passport von ausländische Patienten bei der Aufnahme
- | Flow-Sensoren der Narkosegeräte werden nur im Original benutzt
- | Integration der Arbeitssicherheit im QM-System (DIN ISO 9001) und Prozess-Standardisierung für die MHH
- | Verbesserung der EDV-basierten Patienten-Aufklärung und Einwilligungsbogen der Fa. ProCompliance
- | Verbesserung unsere Befundmitteilung

M. I. Cartes2006 © /  
Risikomanagerin MHH

26






## Die Meldung....

Ifd Nr.	565
Datum	22.02.2006
Meldender	andere
Abteilung	X x x x
Alter_Patient	xx xx xx
Beschreibung_Zwischenfall	Im Diff BB Agranulozytose nicht bemerkt
Hauptdiagnose	Z.n. ALV bei Hep B
Wo	Ambulanz
Wie_entdeckt_sonstiges	beim Schreiben des Arztbriefes
Ursache	im Befund der Hämatologie sind die fehlenden neutrophilen Granulozyten nicht ausgewiesen
Organisation	Kommunikationsproblem
Kommentar	
Bemerkungen	Befundmitteilung verbessern
Bearbeitung / Maßnahme	Meldung ist an Abteilung Xxyyy weitergeleitet. Auch die Unterlagen.

M. I. Cartes2006 © / Risikomanagerin MHH
13.05.2007
27

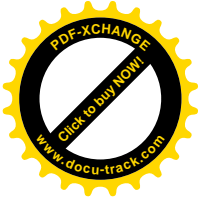


## der Befund aus Alida

| Agranulozyten sind nicht dargestellt ...aber der Null-Wert ist pathologisch!

	(Ratio)		18.8+		
PDW	f1	13.9	14.5	12.7	
Lymph.Reaktion	%			1.0	
Lymphozyten	%			89.0+	
Monozyten	%			5.0	19.11.05
Eosinophile	%			4.0	
Basophile	%			1.0	
Lymphozyten ab	Tsd/ul			14.3+	
Monozyten abso	Tsd/ul			0.8	17.11.05
Eosinophile ab	Tsd/ul			0.6	
Basophile abso	Tsd/ul			0.2+	
Anisozytose				LEICHT	
Diff.Blutbild				⊙	12.11.05
<b>Gerinnung</b>					
Quick-Test	%		97	109	97

M. I. Cartes2006 © / Risikomanagerin MHH
13.05.2007
28



## Änderung des Aufklärungsbogens der Fa. ProCompliance auf Grund 2 Meldungen

Antithese des Körperstammes und der Beine Seite 6/6  
23.11.2005

**Allergien/Überempfindlichkeitsreaktionen**  
(z.B. Penicillin, Unverträglichkeit gegen ein Betäubungsmittel, Nahrungsmittel, Tierwolle, Medikamente, Flecken, Insektenstichwunden?)  
Wenn ja, welche?

**Sonstige, nicht aufgeführte Erkrankungen**  
(z.B. Erkrankungen des Immunsystems, Infektionskrankheiten, Herz-Kreislauferkrankungen, Tumorerkrankungen, Vergiftungen?)  
Wenn ja, bitte näher angeben:

**11. Sonstige Besonderheiten** (z.B. Berochungen, Tätowierungen, Narben?)

**12. Lebensgewohnheiten**  
Rauchen Sie regelmäßig?  ja  nein  
Trinken Sie regelmäßig Alkohol?  ja  nein  
Wenn ja, wie und wie viel pro Tag?

**13. Fragen im gebärfähigen Alter:**  
Wann Sie zuletzt eine Schwangerschaft hatten?

**Wahl des Betäubungsverfahrens:**  
 Lokalanästhesie  Allgemeinanästhesie  
 Regionalanästhesie  axilläre Plexusanästhesie  
 interkostale Plexusanästhesie  
 vertikal-infraklavikuläre Plexusanästhesie  
 regionale i.v.-Anästhesie

**Wahl der Betäubungsverfahren:**  
 Lokalanästhesie  Allgemeinanästhesie  
 Regionalanästhesie  
 axilläre Plexusanästhesie  
 interkostale Plexusanästhesie  
 vertikal-infraklavikuläre Plexusanästhesie  
 regionale i.v.-Anästhesie

**Ärztliche Anmerkungen zum Aufklärungsgespräch**  
(z.B. Individuelle Risiken und damit verbundene mögliche Komplikationen, Sondereingriffe, besondere Fragen des Patienten, Möglichkeit des präoperativen Invasivabstrahes sowie spezieller Untersuchungsverfahren, Bestätigung der Einwilligung, z.B. hinsichtlich der Thaxtion oder von Nebeneingriffen, Betäubungsmitteln)

**ABLEHNUNG**  
Die vorgeschlagene Anästhesie wurde nach eingehender Aufklärung abgelehnt. Über die sich daraus ergebenden möglichen Nachteile (z.B. Nichtstarten der Operation) wurde informiert.

**Einwilligungserklärung**  
Über das vorgesehene Betäubungsverfahren sowie evtl. erforderliche Erweiterungen (z.B. Fortsetzen des Eingriffs im Narkose) der geplanten Maßnahme wurde ich in einem Aufklärungsgespräch mit \_\_\_\_\_ ausführlich informiert. Dabei konnte ich alle mir wichtig erscheinenden Fragen über Art und Bedeutung des \_\_\_\_\_ stellen. Ich bin mit dem Element einverstanden und bestätige hiermit, dass ich die Konsequenzen für den Fall habe.

Anästhesie der oberen Extremitäten Seite 6/6  
23.11.2005

**Ärztliche Anmerkungen zum Aufklärungsgespräch**  
(z.B. Individuelle Risiken und damit verbundene mögliche Komplikationen, Sondereingriffe, besondere Fragen des Patienten, Möglichkeit des präoperativen Invasivabstrahes sowie spezieller Untersuchungsverfahren, Bestätigung der Einwilligung, z.B. hinsichtlich der Thaxtion oder von Nebeneingriffen, Betäubungsmitteln)

**ABLEHNUNG**  
Die vorgeschlagene Anästhesie wurde nach eingehender Aufklärung abgelehnt. Über die sich daraus ergebenden möglichen Nachteile (z.B. Nichtstarten der Operation) wurde informiert.

**Einwilligungserklärung**  
Über das vorgesehene Betäubungsverfahren sowie evtl. erforderliche Erweiterungen (z.B. Fortsetzen des Eingriffs im Narkose) der geplanten Maßnahme wurde ich in einem Aufklärungsgespräch mit \_\_\_\_\_ ausführlich informiert. Dabei konnte ich alle mir wichtig erscheinenden Fragen über Art und Bedeutung des \_\_\_\_\_ stellen. Ich bin mit dem Element einverstanden und bestätige hiermit, dass ich die Konsequenzen für den Fall habe.

## Einführung von CIRS im Krankenhaus 4-Schritt-Methode GQM Kompakt IX

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!

cartes.maria@mh-hannover.de

---

Maria Cartes  
Risikomanagerin  
Ärztliche Qualitätsbeauftragte