



5. AOK-Qualitätspreis für Krankenhäuser in Niedersachsen 2008

Einführung von Critical Incident Reporting System
an der Medizinischen Hochschule Hannover

„Das 3Be-System“

- Das Berichts-, Bearbeitungs- und Behebungs- System
für Beinahe-Zwischenfälle -

M_HH

Medizinische Hochschule
Hannover



Dr. Maria Inés Cartes
Ärztliche Qualitätsbeauftragte
Risikomanagerin
www.mh-hannover.de/risikomanagement.html

M_HH

Medizinische Hochschule
Hannover



DIENSTAG 5. APRIL 2005

KOMPAKT

Mehr Tote durch Pfusch in der Klinik als im Straßenverkehr

MÜNCHEN (ap) An Behandlungsfehlern im Krankenhaus sterben in Deutschland mehr Menschen als im Straßenverkehr.

› Legionellen ‹

Anklage gegen Klinikum vorbereitet

Vier Jahre nach den Todesfällen im Klinikum Frankfurt/Oder hat die zuständige Staatsanwaltschaft den Fall abgeschlossen. Die Unterlagen wurden Ende November 2007 dem Gericht zugehen. Ein 54-jähriger Mitarbeiter der Rhön-Klinikum technischen Abteilung des Klinik Konzerns, wird

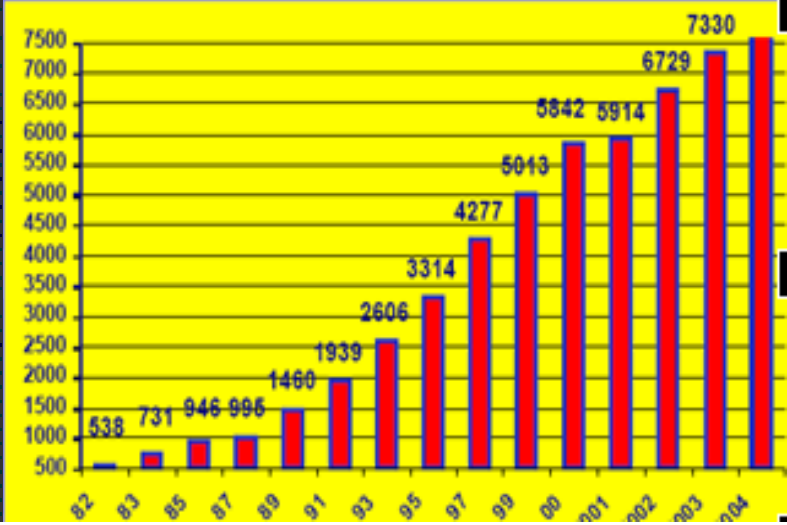
n. wird in einem Fall der fahrlässigen Tötung beider ursprünglich sieben Todesfälle sind laut Gut eine Infektion mit Legionellen zurückzuführen. n neun weiteren Fällen eine fahrlässige Körpererwiesen werden. Diese Patienten hatten sich



Tödlicher Pfusch

GESUNDHEIT

Patienten operiert



Schlimmster Arztfehler des Jahres

Falscher Lungenflügel amputiert

7. November 1999 2,20 DM
Bild
 am Sonntag
 Die Zeitung 2000

Das ist das Opfer

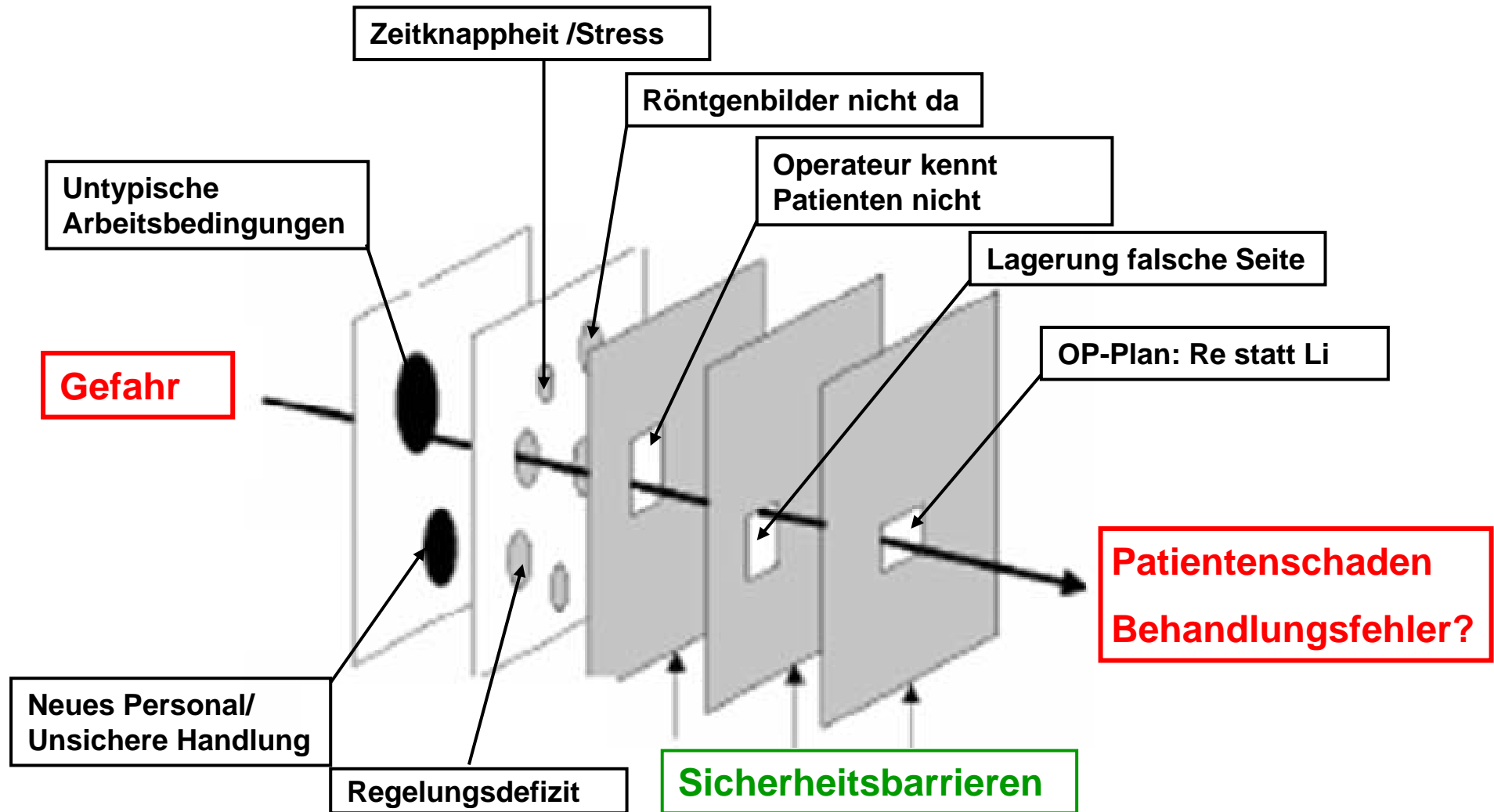


Schock über Deutschlands schlimmsten Arztfehler: Er geschah in einem kleinen Krankenhaus. Ein Oberarzt und zwei Assistenzärzte amputierten einem Krebskranken Patienten den falschen Lungenflügel. Ein Chirurg, der nicht mehr für sorgfältige Arbeit gut ist, umherwirft. chen Plunz ist Hans-Joachim G. Die falsche Familienwahl war eine Überlebenschance. hat, was er für die damalige Verweigerung kommen konnte. Seite 31

Risiko-Erkennungssystem der MHH

1. Ergebnisse aus Befragungen (Patienten, Zuweiser)
2. Beschwerdemanagement
3. Ergebnisse der Externen vergleichenden Qualitätssicherung (EQS)
4. Schadendatenstatistik
5. Schadenmanagement (Analyse von Vorwürfen)
6. Das 3Be-System
7. Prozessorientierte Risikoanalyse (PORA)
8. Risikomanagement-Report

Schweizer Käse Modell: Die Sicherheitsbarrieren nach Reason



Das **3Be**-System

- **Berichten**
- **Bearbeiten**
- **Beheben**

Das 3Be-System ist mehr als CIRS

Ziele des 3Be-Systems

▪ **Berichten**

Sicherheitskultur zu etablieren

▪ **Bearbeiten**

**Risiken zu identifizieren, zu
reduzieren bzw. zu vermeiden**

▪ **Beheben**

**Patientensicherheit zu
erhöhen**

Risikomanagement

Schritt 1: Die CIRS - Entscheidung

- Schwächen analysieren
- Stärken analysieren
- Anforderungen berücksichtigen
- Entscheidung mit:
Krankenhausleitung
Rechtsabteilung
Haftpflichtver-
sicherung

Schritt 2: Die CIRS - Vorbereitung

- Zweck definieren
- Position des Risikomanagers festlegen
- Mitarbeiter-schutz erklären
- Ziele vereinbaren
- Ziele vereinbaren mit:
Krankenhausleitung
Betriebsrat

Schritt 3: Die CIRS - Planung

- Rahmen-bedingungen u.
Grundsätze definieren
- Meldebogen u.
Software auswählen
- Aufbaustruktur festlegen
- Verfahren definieren
- Standardisiertes Verfahren für die:
Implementierung
Etablierung

Schritt 4: Die CIRS - Umsetzung

- Pilotierung mit freiwilliger Abteilung starten
- Pilotierung bzw. Verfahren evaluieren
- Ggf. Anpassung des CIRS-Verfahrens
- Ausweitung stufenweise durchführen
- Erfahrung der Pilotierung für die Ausweitung von CIRS nutzen

4-Schritt-Methode zur Einführung von CIRS im Krankenhaus

Wie funktioniert das 3Be-System?

- Anonymisiertes Meldesystem für Beinahe- Zwischenfälle
- Meldung erfolgt im MHH Intranet, dadurch sind Meldungen von jedem Rechner und für jeden Mitarbeiter möglich
- Die Meldung werden zentral anonymisiert und deidentifiziert
- Die Bearbeitung der Meldung erfolgt durch das Risikomanagement-Team der Abteilung (RM-Team)
- Das RM-Team bzw. die Risikomanagerin leitet gezielt Behebungsmaßnahmen ein
- Das RM-Team gibt Feedback über die Meldungen sowie über die eingeleiteten Maßnahmen an alle Mitarbeiter
- Die Risikomanagerin macht die gesamt Auswertung für das Präsidium.

2-Wege System

Meldung

Schritt 1: Anonymisierung

Anonymisierte Meldung

Schritt 2: Kategorisierung

Risikofelder

	Medikation	Meldung	Sicherheit f.	Behandlung	Betriebsmitt	Probenverw	Technik
24	Aufklärung	Patientenver	Organisa.	Dokument	Betriebsmitt	Prozessabl	Infrastruktur
13	56, 210, 1455	3, 89,	54, 89, 253, 890	56, 87, 98, 178	20. 69, 258, 571	95, 432	54, 89, 253, 890

Schritt 3: Sortierung

Bearbeitung in lokalem Kontext

Abt. Risiko

MHH-Risiko

Bearbeitung in MHH-globalem Kontext

© Cartes RIScare 2008



2-Wege-System =

Bearbeitung der Meldungen unter optimaler Ressourcenallokation

Bis jetzt: 2.129 Meldungen erfasst

Bearbeitung durch:

- **RM-Teams =**
Fachspezifisches Wissen für spezifische Abteilungsrisiken

- **Risikomanagerin / Task-Force =**
Bearbeitung von übergreifenden Risikokonstellationen

- Initiierung von abteilungsspezifischen Maßnahmen zur Risikovermeidung und –reduktion
- Keine Bewertung der Meldungen in Sinne einer Prioritätszahl
- Jede Meldung ist wichtig

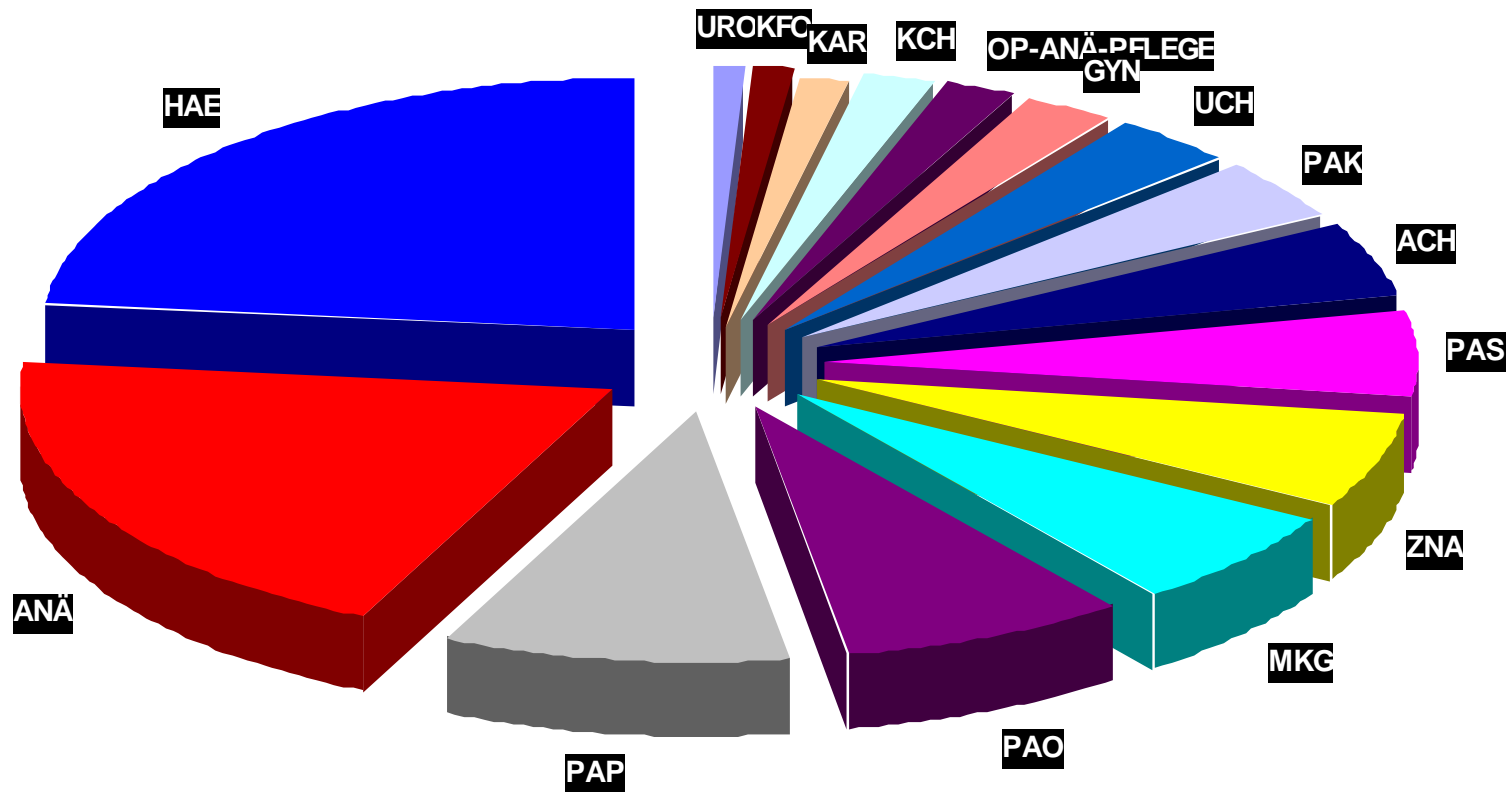
Lokaler Kontext

- Überblick der Risikokonstellationen
- Früherkennung von Risikotrends?
- Gruppierung aller Meldungen in Risikofeldern
- Bearbeitung durch Expertenwissen und Erfahrung MHH-übergreifend

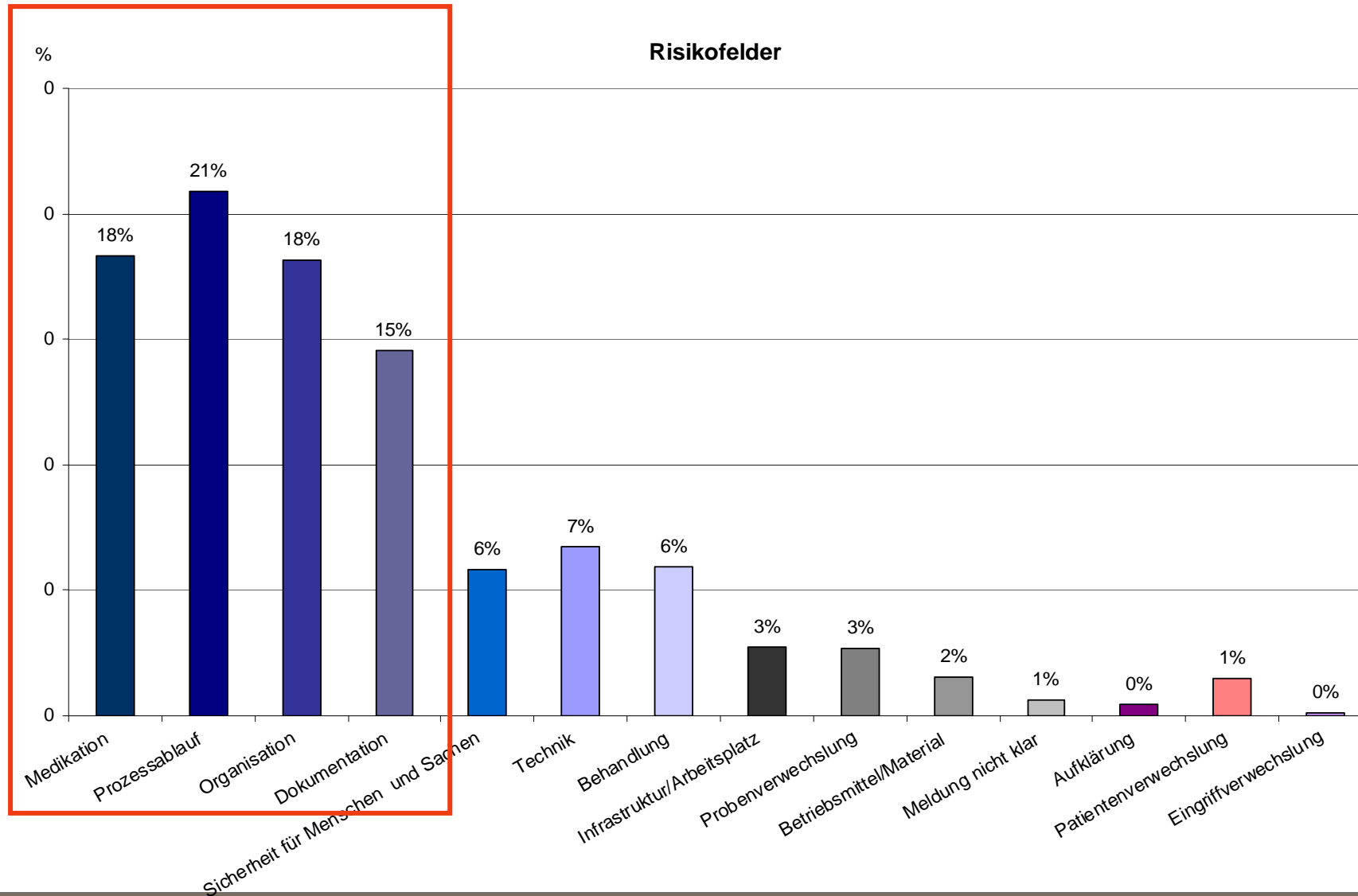
Übergreifende Projekte

Erfasste Beinahe-Zwischenfälle nach Abteilung

Eingegangene Meldungen



Bearbeitung der Meldungen nach Risikofelder



Übergreifende Maßnahmen / Projekte

- **Optimierung des Medikationsprozesses
(Arzneimittelsicherheit)**
- **Optimierung der Patientenakten-Dokumentation**
- **Integration der Arbeitssicherheit in das QM**
- **Optimierung und Standardisierung der Rückrufaktionen**
- **Ausweitung des Patientenidentifikationsbandes**
- **Optimierung der Lagerungshilfsgeräte im OP**
- **Standardisierung der Warnetiketten**

AKTUELLE ZAHLEN

Von 2004 bis 2008

19 Abteilungen
ca. 1.500 Mitarbeiter

2.129 Meldungen

Patientensicherheit ist Unternehmenssicherheit



Dr. Maria Inés Cartes
Ärztliche Qualitätsbeauftragte
Risikomanagerin

www.mh-hannover.de/risikomanagement.html

01.12.2008

Folie 15



Medizinische Hochschule
Hannover



5. AOK-Qualitätspreis für Krankenhäuser in Niedersachsen 2008

Einführung von Critical Incident Reporting System
an der Medizinischen Hochschule Hannover

„Das 3Be-System“

- Das Berichts-, Bearbeitungs- und Behebungs- System für Beinahe-Zwischenfälle -

Muchas Gracias por su atención



Medizinische Hochschule
Hannover



Dr. Maria Inés Cartes
Ärztliche Qualitätsbeauftragte
Risikomanagerin
www.mh-hannover.de/risikomanagement.html



Medizinische Hochschule
Hannover