



28. FRÜHJAHRSKOLLOQUIUM 2012  
Meschede 16. März 2012

# Qualität durch Risikomanagement



Dr. med. Maria Inés Cartes, MHM, MBA  
Lt. Strategisches Risikomanagement und Patientensicherheit  
cartes.maria@mh-hannover.de  
0511 532 6033

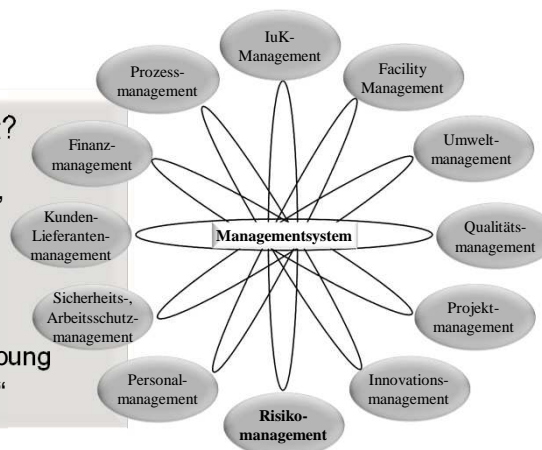


## Strategisches Risikomanagement und Patientensicherheit

### Was ist Risikomanagement?

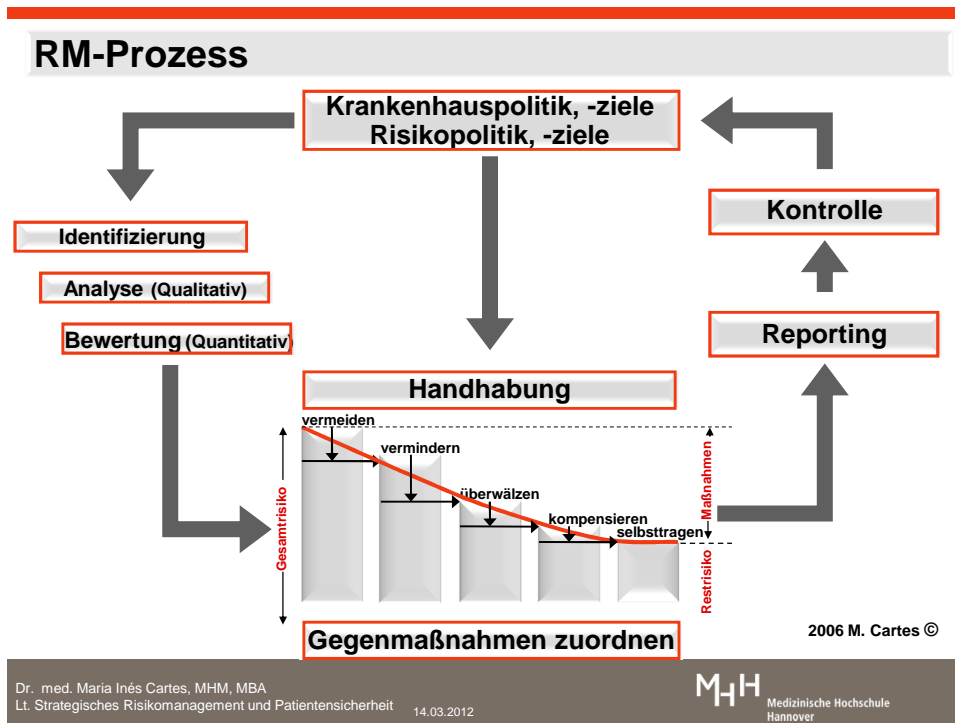
„Systematische Vorgehensweise, um potenzielle Risiken

- zu identifizieren,
- zu bewerten und
- Maßnahmen zur Risikohandhabung auszuwählen und umzusetzen.“



Dr. med. Maria Inés Cartes, MHM, MBA  
Lt. Strategisches Risikomanagement und Patientensicherheit 14.03.2012





## Strategie des RM

2004 - 2010

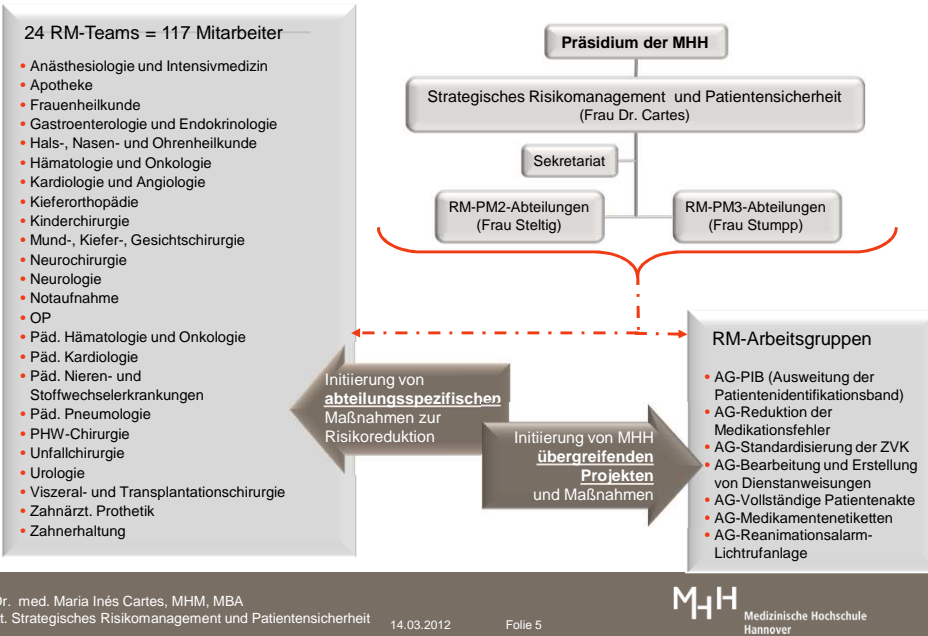
- Sicherheitskultur etablieren
- Gesetzlichen Anforderungen gerecht werden
- Patientensicherheit erhöhen
- Haftpflichtversicherungsschutz der Mitarbeiter gewährleisten

Ganzheitliche Betrachtung



- Planungssicherheit in der MHH verbessern
- Transparenz für die Stakeholder steigern
- Frühzeitiges Analysieren von Risiken und Chancen
- RM in die vorhandenen Planungs- und Steuerungsinstrumente integrieren

## Organisation des RM



## Kultur bei dem Umgang mit Fehlern

„Leitvorstellungen und Werte, die die Art und Weise bestimmen, wie in einem Unternehmen mit Fehlern umgegangen wird.“

### Schuldkultur

- Für jeden Fehler gibt es eine persönliche Verantwortung
- Fehler sind zu sanktionieren
- Suche nach „Schuldigen“

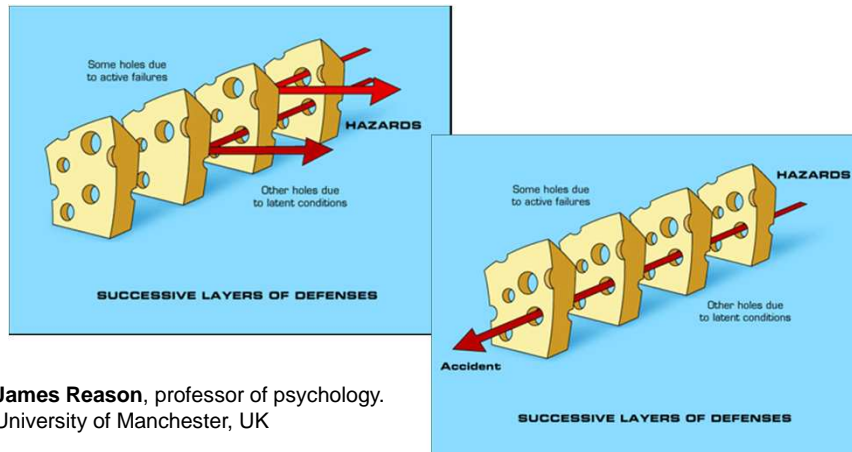
### Sicherheitskultur

- Fehler kommen überall vor
- Fehler entstehen überwiegend an „Schnittstellen“
- Fehler sind vorwiegend unter dem Aspekt zu betrachten, wie Wiederholungen zu vermeiden sind
- Untersucht Bedingungen unter denen Menschen arbeiten
- Systemorientierte Lösungen



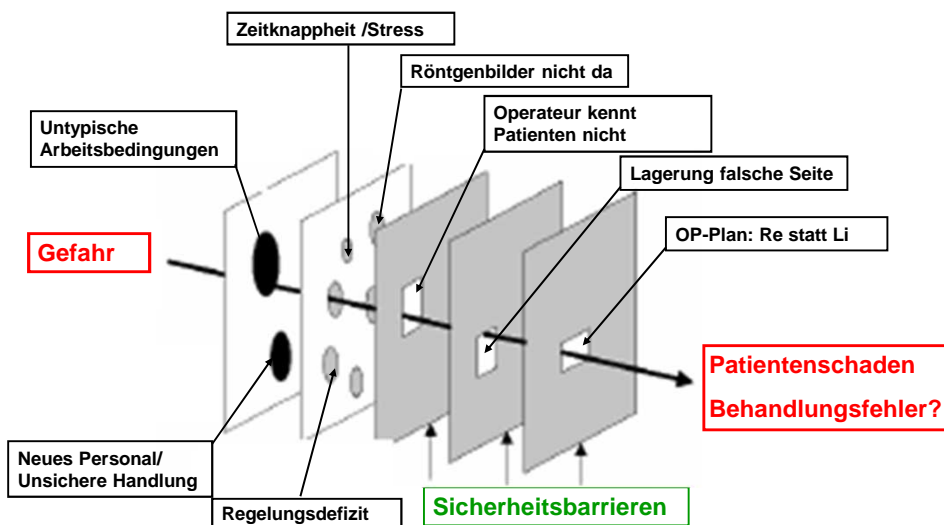
**Fehlerkette: Schweizer-Käse-Modell von J. Reason**

Swiss cheese model: The layers of defences



**James Reason**, professor of psychology.  
 University of Manchester, UK

**Schweizer Käse Modell:**  
 Die Sicherheitsbarrieren nach Reason



---

G. Richardson:

**Alle Unfalluntersuchungen, die zu dem Schluss kommen: 'Unfallursache = Menschliches Versagen' sind falsch.**

**Menschliches Versagen ist nicht die Ursache. Die Ursache findet man in all den Umständen, die die Urteilsfähigkeit des Piloten beeinträchtigt hat.**

**Mit anderen Worten:  
Menschliches Versagen ist das Ergebnis, nicht die Ursache.**

**Und die Ursache müssen wir aufdecken!**

(Dr. M.-A. Hochreutener, 2005,  
GF Stiftung Patientensicherheit, Schweiz)

**swissair** 

**TrainingCenter**

Dr. med. Maria Inés Cartes, MHM, MBA  
Lt. Strategisches Risikomanagement und Patientensicherheit 16. September 2010 9

**M-H**  
Medizinische Hochschule  
Hannover

---

**Transparenz und Vertrauen herstellen!**

Dr. med. Günther Jonitz, 2006

Nicht „WER“ war schuld sondern „WAS“ war schuld  
80% aller Fehler sind Organisations- und  
Kommunikationsmängel

**„we have good people in bad systems“**

Dr. med. Maria Inés Cartes, MHM, MBA  
Lt. Strategisches Risikomanagement und Patientensicherheit 14.03.2012 10

**M-H**  
Medizinische Hochschule  
Hannover

## Risiko-Erkennungssystem der MHH

1. Ergebnisse aus Befragungen (Patienten, Zuweiser)
2. Beschwerdemanagement
3. BQS-Indikatoren
4. Auswertung Personenschäden (Schadensfälle)
5. Schadensmanagement / Verhalten beim Zwischenfall
6. Prozessorientierte Risikoanalyse (PORA)
7. 3Be-System (Berichts-, Bearbeitungs- und Behebungssystem für Beinahe-Zwischenfälle)
8. Risikoinventur (ab 2011)
9. RiskMap (ab 2011)
10. Risikomanagement-Report (ab 2011)

## Risiko-Erkennungssystem der MHH

**Risikomanagement  
Aktueller Stand**

Verhalten beim Zwischenfall  
Aus der Sicht des Patienten, des Arztes, der Medien,  
des Rechtsanwaltes und der Haftpflichtversicherung

Donnerstag, 10. September 2009 / 14:00 bis 18:00 Uhr  
Medizinische Hochschule Hannover, Gebäude J1, Hörsaal G / Carl-Neuberg-Straße 1, Hannover

**AGENDA**

14:00 – 14:05 Uhr	Begrüßung
14:05 – 14:35 Uhr	Erfahrungen der Patienten mit Fehlern und Schäden während der Behandlung Karin von Loh, Dr. Bundesvorsitzende der Bundesärztekammer, Selbsthilfe (BÄK) BÄK/STÄRK, Vorstandsvorsitzende der Bundesärztekammer
14:35 – 15:05 Uhr	Meine Erfahrung und Umgang als Arzt mit Komplikationen, Fehlern und Schäden Prof. Dr. med. Emilio Dominguez, Chefarzt Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Gefäßchirurgie, Klinikum Nordstadt Hannover
15:05 – 15:35 Uhr	Schadensmanagement aus Sicht der klinischen Risikomanagerin Dr. med. Maria Inés Cartes, Risikomanagerin MHH, Hannover
15:35 – 15:45 Uhr	PAUSE
15:45 – 16:15 Uhr	Jede Minute zählt – Krisenkommunikation am Beispiel Tumor nach Transplantation Dr. med. Dipl. jur. Axel Schweitzer, Leiter Medizinspazialist und ehemaliger Pressesprecher MHH, Hannover
16:15 – 17:00 Uhr	Ergebnisse und Erwartungen über das Verhalten beim Zwischenfall aus Sicht der Juristen und der Haftpflichtversicherung Dipl. Betriebswirt Ingo Grube, Geschäftsführer Ecclesia niedersächsischer KOSPIAL, Detmold RA Franz Michael Ferry, Geschäftsführer Ecclesia niedersächsischer KOSPIAL, Detmold
17:00 – 17:30 Uhr	Diskussion
Ab 17:15 Uhr	Imbiss

Anmeldung bis 28.08.2009, die Teilnahme ist kostenfrei.  
Anmeldung / Anmeldung: Frau Wiltenbrink, Frau Dr. M. I. Cartes  
Tel.: 0511 532 4033 Fax: 0511 532 8340 Mail: carmes.maria@mh-hannover.de  
<http://www.mh-hannover.de/risikomanagement.html>  
Fortbildungseinheit der Ärztekammer Niedersachsen wird bewertet.

**Risicare**

Mit freundlicher Unterstützung

ECCLESIA  
Presseagentur  
KOSPIAL

Thieme  
Compliance  
Dokumentierte Patientenaufklärung

Thiemed  
proCompliance

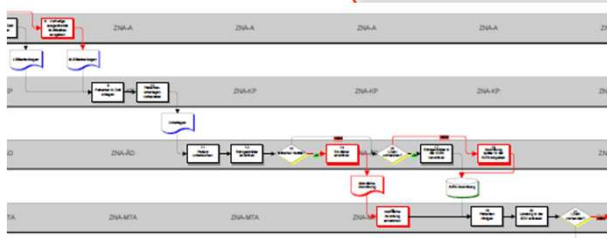
### 5. Schadensmanagement

- Erstellung der Dienstanweisung „Verhalten beim Zwischenfall“ im Jahr 2002
- Schulung der Mitarbeiter sowie der RM-Teams
- Veranstaltung „Risikomanagement – Aktueller Stand im Jahr 2008“
- Erstellung einer Check-Liste zum Verhalten beim Zwischenfall für die RM-Teams und für Klinikdirektoren
- Aktualisierung der DA im Jahr 2011 in Zusammenarbeit mit der Rechtsabteilung, Klinikangelegenheiten, Ethik-Komitee und Versicherungsmakler

## Risiko-Erkennungssystem der MHH

### 6. Prozessorientierte Risikoanalyse (PORA)

- Methodenentwicklung im Jahr 2007:
- Anwendung bei:
  - Analyse von gravierenden Beinahe-Zwischenfällen und Zwischenfälle
  - Betroffenheit mehrerer Kernprozesse
  - Beteiligung mehrerer Abteilungen
  - komplexen Prozessen
- Beispiele:
  - PACS Bilder im Notfall

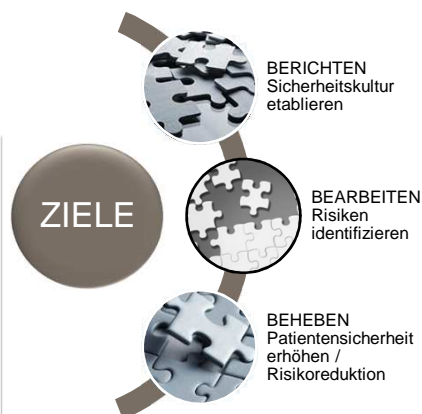


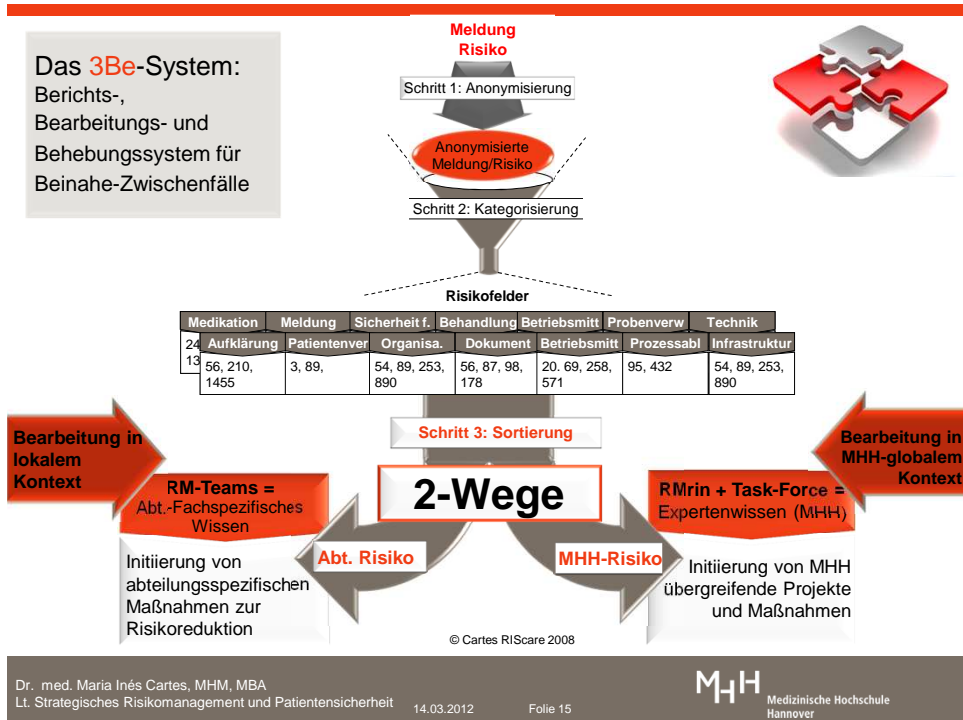
## Risiko-Erkennungssystem der MHH

### 7. Das 3Be-System

CIRS = Critical Incident Reporting System  
 Das 3Be-System ist mehr als CIRS

- **B**erichten
- **B**earbeiten
- **B**eheben



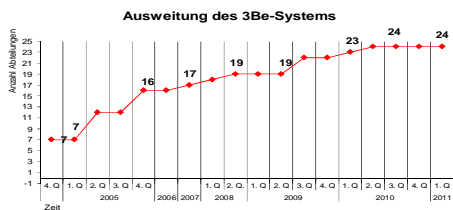


Dr. med. Maria Inés Cartes, MHM, MBA  
 Lt. Strategisches Risikomanagement und Patientensicherheit 14.03.2012 Folie 15

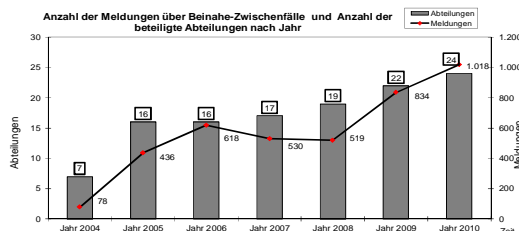
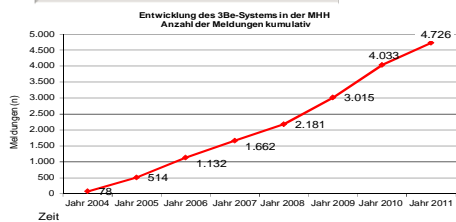
MHH Medizinische Hochschule Hannover

## Das 3Be-System: Von der ersten Meldung im Jahr 2004 bis 2011

24 klinische Abteilungen



ca. 4.750 Meldungen

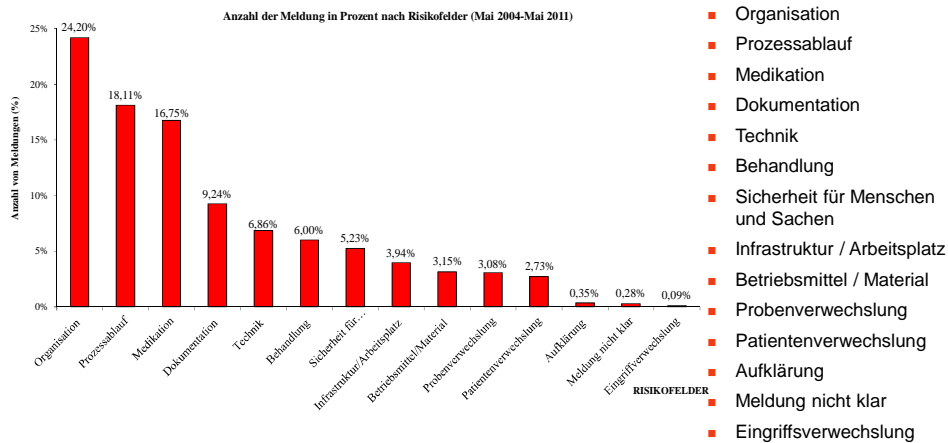


Dr. med. Maria Inés Cartes, MHM, MBA  
 Lt. Strategisches Risikomanagement und Patientensicherheit 14.03.2012 Folie 16

MHH Medizinische Hochschule Hannover



## Risikofelder



Dr. med. Maria Inés Cartes, MHM, MBA  
 Lt. Strategisches Risikomanagement und Patientensicherheit 14.03.2012

## Übergreifende Maßnahmen / Projekte

- Dokumentationsoptimierung
- Vermeidung von Infektionen
- Erstellung von Referenzprozessen
- Optimierung des Medikationsprozesses
- Verbesserung des Reanimationsalarms
- Vermeidung von Verwechslungen
- Dienstanweisungen (Aktualisierung)
- Begleitung von Projekten



Dr. med. Maria Inés Cartes, MHM, MBA  
 Lt. Strategisches Risikomanagement und Patientensicherheit 14.03.2012

Folie 18

### Dokumentationsoptimierung

- Leitung:
  - Herr Maack (Zimt)
  - Herr Hollenhorst (ANÄ)
  - Frau Morich (RA)
  - Frau Saß (Stat. Ass. KPD)
  - Frau Stumpp (RM)
  - Frau Dr. Cartes (RM)
- Ziele:
  - Sichere Datenerfassung
  - Dokumentationsnachweis
  - Erfassung von Kennzahlen
  - Reduktion der Haftungsrisiken und Organisationsverschulden

### Teilprojekte Dokumentation

- Auftragsverwaltung
  - Eigene Programmierung (Zimt)
  - Erfassung der Leistungen
    - Nach Anforderer
    - Nach Leistungserbringer
- Einführung von standardisierten und EDV-gestützten Patientenaufklärungsbogen
  - Flächendeckend
- Mindestanforderung der Vollständigkeit der Pat. Akte
  - Regelmäßige Auswertung und Bewertung der Dokumentation nach Abteilung



### Dokumentation: Mindestanforderung der Patientenakte bei der Entlassung

#### Dokumente:

- Anamnese
- Aufklärungs-/ Einwilligungsbogen Anästhesie
- Aufklärungs-/Einwilligungsbogen Chirurgie
- Anästhesie Protokoll
- OP-Bericht
- Entlassungsbrief

#### Prüfung durch die Stationsassistentin nach:

- Abteilung
- Arzt
- Patient

#### Mahnverfahren:

- An Klinikdirektor (Chefarzt)
- Ein Monat nach der Entlassung
- Zwei Monate nach der Entlassung
- Drei Monate nach der Entlassung
- Abzug eine DRG-Pauschal



#### Ergebnisse: (noch in Testphase)

- Eigene Software (Aktenmanagement System)
- Optimierung der Akten-Archivierung
- Optimierung der Schreibdienst
  - Software für die Diktate
  - Mehr Personalressourcen
  - Priorisierung von Diktate
- Nach drei Monate sind im Durchschnitt nur noch sechs Abteilungen mit zwei Akten unvollständig. Diese werden aber mit Priorität sofort ergänzt.
- Beim Verlassen der MHH wird jeder Arzt bzgl. der Aktendokumentation geprüft



### Medikationsprozess

- Leitung:
  - Fachliche Projektleitung
  - Frau Dr. Cartes (RM)
- Ziele:
  - Reduktion der Medikationsfehler
  - Dokumentationsnachweis
  - Reduktion der unerwünschten Arzneimittelereignisse
  - Prozess-Standardisierung

### Teilprojekte Medikationsprozess

- Optimierung der Medikationsverordnung in der Kinderklinik
- Kontinuierliche Erfassung der „Sound- and Look alike“ Medikamente
- EDV-Unterstützung zur Medikationsverordnung
- Standardisierung der Warnetiketten



Dr. med. Maria Inés Cartes, MHM, MBA  
 Lt. Strategisches Risikomanagement und Patientensicherheit

14.03.2012

Folie 21

M-H  
 Medizinische Hochschule  
 Hannover

### Kontinuierliche Erfassung der „Sound- and Look alike“ Medikamente



Gesine Picksak, RM Apotheke

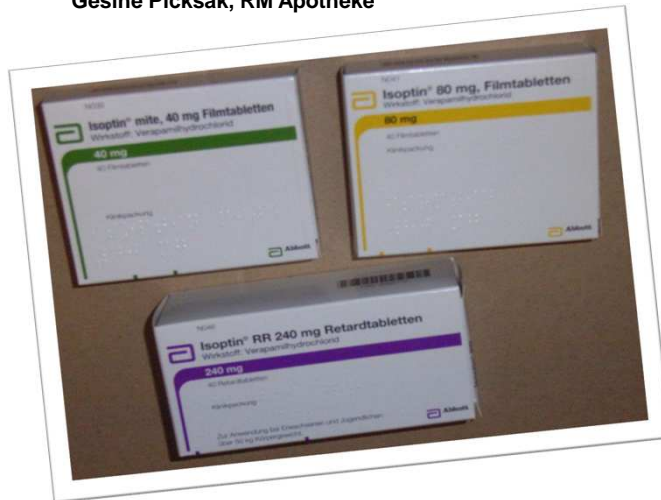
Dr. med. Maria Inés Cartes, MHM, MBA  
 Lt. Strategisches Risikomanagement und Patientensicherheit

16. September 2010 22

M-H  
 Medizinische Hochschule  
 Hannover

## Kontinuierliche Erfassung der „Sound- and Look alike“ Medikamente

Gesine Picksak, RM Apotheke



Dr. med. Maria Inés Cartes, MHM, MBA  
 Lt. Strategisches Risikomanagement und Patientensicherheit

16. September 2010 23

M+H  
 Medizinische Hochschule  
 Hannover

## Standardisierung der Warnetiketten

### Die Lösung: klinikweit einheitliche Medikamentenetiketten

- Nach DIVI Empfehlungen
- Nach ISO 26825

<b>Anticholinergika</b> z.B. Primidone, Lorazepam, Propofol	<b>Atropin</b> 0,5 mg/ml	z.B. Atropin, Butylscopolamin	<b>Calcium</b> 100 mg/ml	z.B. Calcium, Magnesiumsulfat, NaCl 10%, Na-Thiosulfat
<b>Antiemetika</b>	<b>Dimenhydrinat</b> ..... mg / ..... ml	z.B. Dimenhydrinat, Droperidol, Fosoprepitant, Granisetron, Metoclopramid, Ondansetron, Tropisetron	<b>Heparin</b> 5000 I.E./ml	
<b>Antihypertonika / Vasodilatoren</b>	<b>Clonidin</b> 0,15 mg/ml	z.B. Clonidin, Dihydralazin, Glyceroltrinitrat, Urapidil	<b>Hormone</b> <b>Dexamethason</b> ..... mg / ..... ml	z.B. Dexamethason, Hydrocortison, Methylprednisolon, Oxycortin, Prednisolon
<b>Antikoagulantien</b>	<b>Argatroban</b> 50 mg / 50 ml	z.B. Argatroban, Tirofiban, Tranexamsäure	<b>Insulin</b> ..... I.E. / ..... ml	
<b>Benzodiazepine</b>	<b>Midazolam</b> 1 mg/ml		<b>Hypnotika</b> <b>Esketamin</b> 5 mg/ml	z.B. Esketamin, Esomdat, Methohexital, Propofol, Thiopental
<b>Bronchodilatoren</b>	<b>Reproterol</b> 0,45 mg / 50 ml	z.B. Reproterol, Theochillin	<b>Inodilatoren</b> <b>Dobutamin</b> ..... mg / ..... ml	z.B. Dobutamin, Milrinon

Dr. med. Maria Inés Cartes, MHM, MBA  
 Lt. Strategisches Risikomanagement und Patientensicherheit

14.03.2012

Folie 24

M+H  
 Medizinische Hochschule  
 Hannover

### Fehlerhafte Laborproben

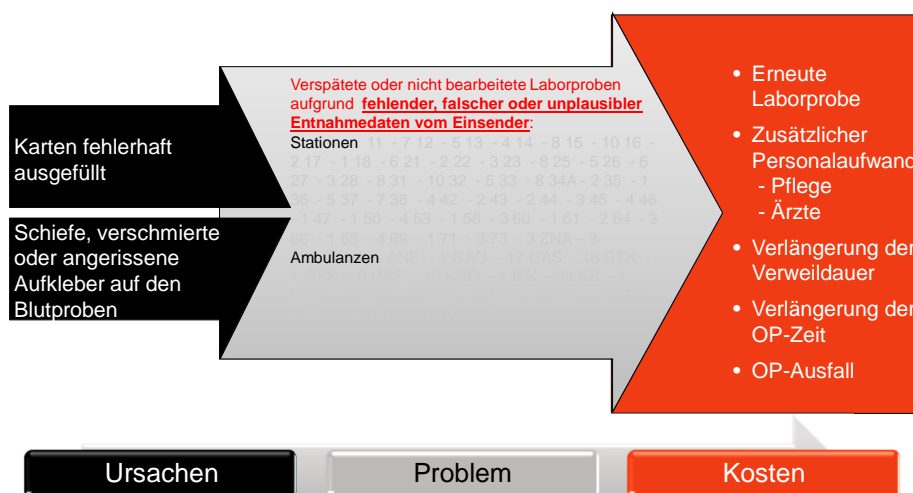
- Leitung:
  - RM-Hämatologie
  - Frau Dr. Cartes (RM)
- Ziele:
  - Reduktion der nicht-bearbeiteten Laborproben
  - Dokumentationsnachweis
  - Kostenreduktion
  - Prozess-Standardisierung / Automatisierung

### Teilprojekte

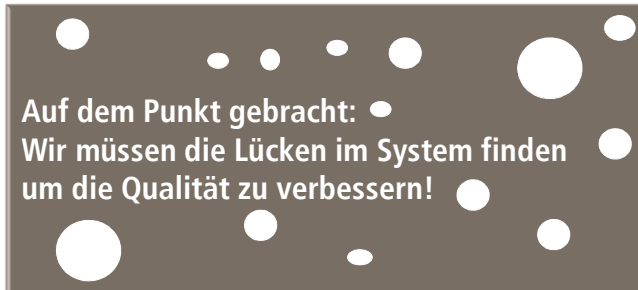
- Reduktion der Verwechslungen (s. Projekt Vermeidung Verwechslungen)
- Einführung eines elektronischen Laborauftrages



### Analyse der Meldungen (Risiko)







Dr. med. Maria Inés Cartes, MHM, MBA  
Lt. Strategisches Risikomanagement und Patientensicherheit 14.03.2012

MHH  
Medizinische Hochschule  
Hannover



28. FRÜHJAHRSKOLLOQUIUM 2012  
Meschede 16. März 2012  
Qualität durch Risikomanagement

Muchas gracias!

MHH  
Medizinische Hochschule  
Hannover

Dr. med. Maria Inés Cartes, MHM, MBA  
Lt. Strategisches Risikomanagement und Patientensicherheit  
cartes.maria@mh-hannover.de  
0511 532 6033

MHH  
Medizinische Hochschule  
Hannover