

PATIENTENSICHERHEIT IN NIEDERSACHSEN

Fehlermanagement in einem Großklinikum

Patientensicherheit und Risikomanagement an
der Medizinischen Hochschule Hannover

Hannover, 09. 02. 2008

MHH

Medizinische Hochschule
Hannover



Maria Inés Cartes
Ärztliche Qualitätsbeauftragte
Risikomanagerin
cartes.maria@mh-hannover.de

MHH

Medizinische Hochschule
Hannover



DIENSTAG 5. APRIL 2005

KOMPAKT

Mehr Tote durch Pfusch in der Klinik als im Straßenverkehr

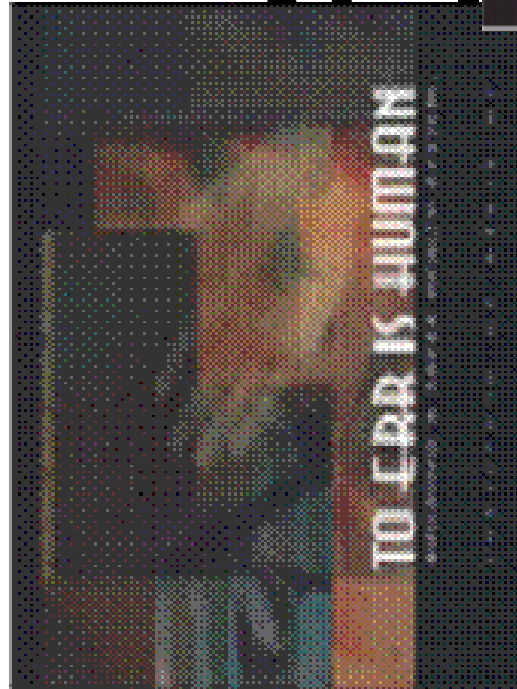
MÜNCHEN (ap) im Krankenhaus sterben mehr Menschen. Der Präsident des Deutschen Krankenhausverbandes (DKV) hat die Bundesregierung aufgefordert, die Zahl der Krankenhaussterben zu senken. Die Bundesregierung habe die Zahl der Krankenhaussterben nicht lang verschlänpelt.

Schlimmster Arztfehler des Jahres

Falscher Lungenflügel amputiert



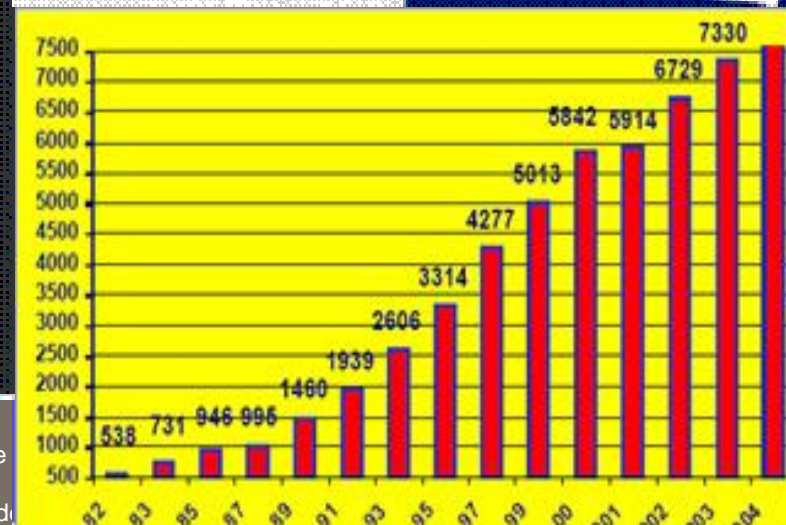
Ärzte bestrafen die falsche B...



Tödlicher Pfusch

GESUNDHEIT

e Patienten operiert



Aktuell > Gesellschaft > Gesundheit

Staatsanwalt ermittelt Salmonellen-Epidemie in Fulda



17. Mai 2005
In Fulda bre...
Aus dem stä...
Altersheim v...
und zwölf N...
Staatsanwal...
Vorermittlur

Das Klinikum Fulda, in dem die...

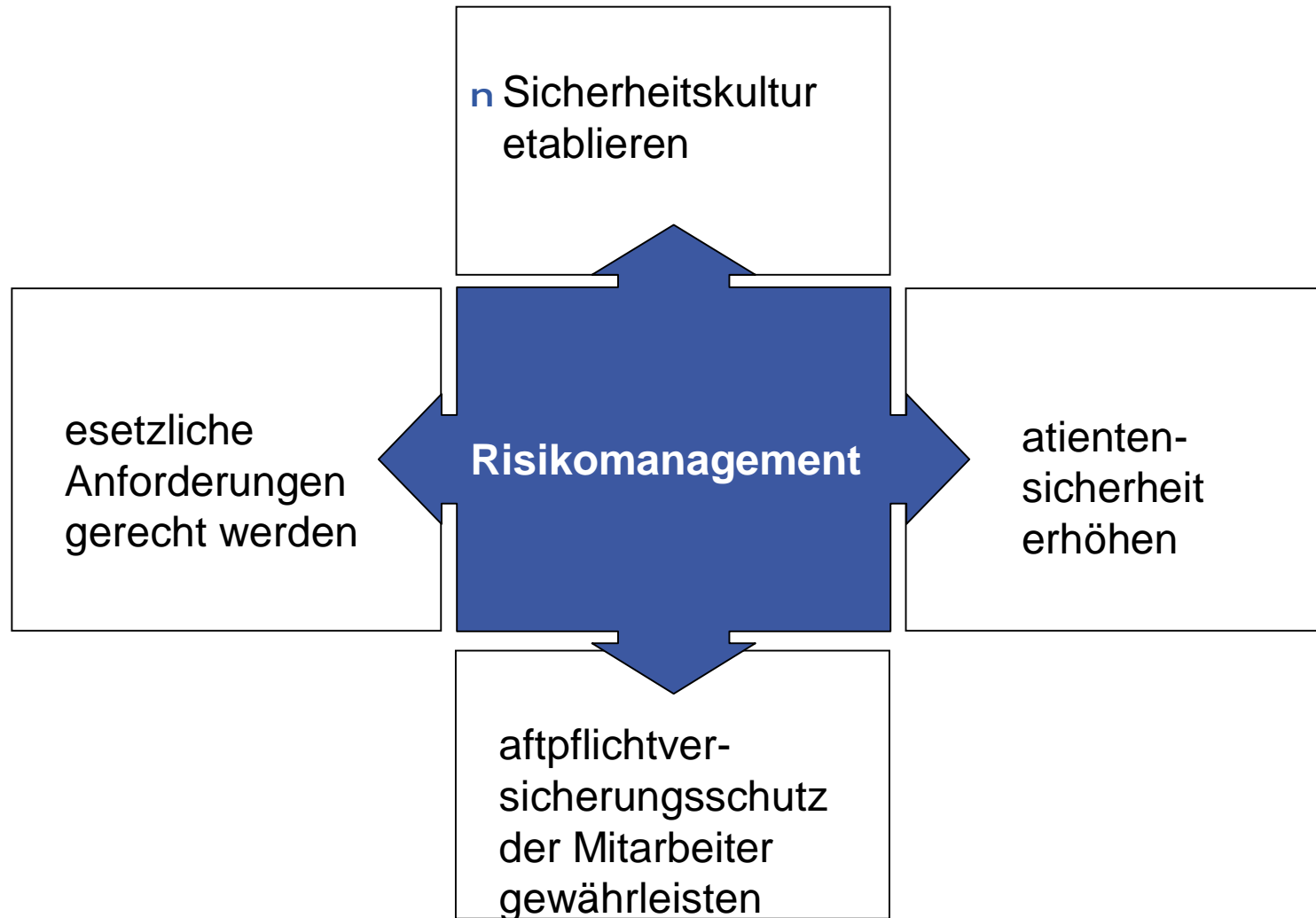
Seit Ende Ap...
Menschen m...
seitdem. Ein...
Mittwoch an

Ausgangssituation

- § Anspruchsverhalten der Patienten nimmt weiter zu
- § Negative Entwicklung der Patienten-Arzt Beziehung / Vertrauensverlust
- § Zunehmende Anzahl von angemeldeten Haftpflichtfällen
- § Extreme Prämiensteigerungen der Haftpflichtversicherung im gesamten Gesundheitswesen
- § Gesetzliche Forderungen in Deutschland:
 - Ø KonTraG
 - Ø § 91 AktG
 - Ø § 53 HGrG

Haftpflichtversicherungsschutz für die Mitarbeiter und die MHH ist nur langfristig möglich, wenn die Krankenhausleitung Risikomanagement etabliert

Entscheidung des Präsidiums im Jahr 1999



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 Risikomanagements; Ausweitung des Incident Reporting
- Jahr 2004: RM-Report
- Jahr 2005: Konzept zur Erstellung von Referenzprozesse
Beteiligung am Aktionsbündnis Patientensicherheit
- Jahr 2006: Konzepterstellung einer Prozessorientierten Risikoanalyse im Krankenhaus
- Jahr 2007: Referenzprozesse Rückrufaktionen Arbeitssicherheit
- Jahr 2008:

Was ist Risikomanagement in der MHH?

„Systematische Vorgehensweise,
um potenzielle Risiken

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

Risiko-Erkennungssystem der MHH

1. Ergebnisse aus Patientenzufriedenheits- und Zuweiserbefragung sowie aus dem Beschwerdemanagement
2. Ergebnisse aus Audits
3. Ergebnisse der Externen vergleichenden Qualitätssicherung (EQS)
4. Prozess- / Ablauforientierte Risikoanalyse
5. Schadendatenstatistik
6. Schadensmanagement /Analyse von Vorwürfen
7. Critical Incident Reporting System (CIRS)
8. Risikomanagement-Report

**Klinisches
Risikomanagement**

Kultur bei dem Umgang mit Fehlern

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

§ Schuldkultur

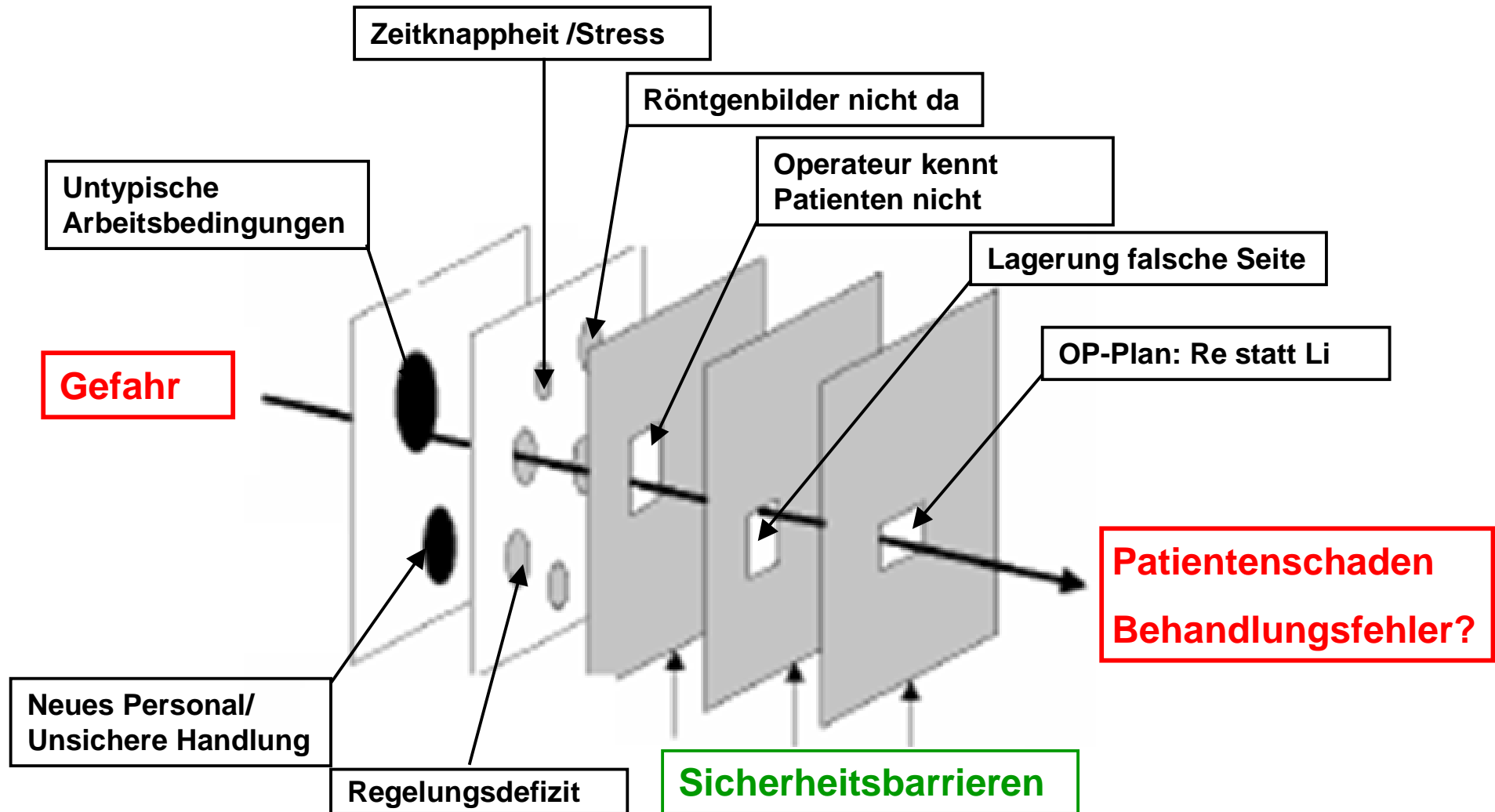
- Ø Für jeden Fehler gibt es eine persönliche Verantwortung
- Ø Fehler sind zu sanktionieren
- Ø Suche nach „Schuldigen“

§ Sicherheitskultur

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

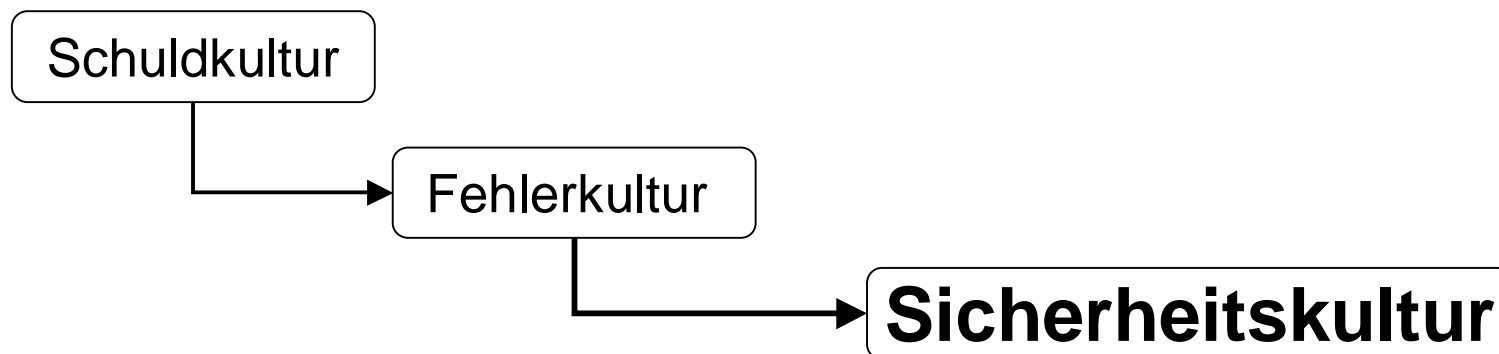
Nicht „WER“ war schuld, sondern „WAS“ war schuld

Schweizer Käse Modell: Die Sicherheitsbarrieren nach Reason



CIRS: Critical Incident Reporting System

- § **Was?** Anonymes Meldesystem zur Erfassung von Beinahe-Zwischenfällen
- § **Ziel** ist durch Sammeln von Informationen über Beinahe-Zwischenfälle (incidents) Erkenntnisse für Korrekturen gewinnen und damit künftige Fehler vermeiden
- § Entwicklung der Kommunikationskultur (Sicherheitskultur)



Critical Incident Reporting System CIRRS

§ Um was geht es

„Wir suchen nicht Schuldige, sondern wir suchen die Schwachstellen in unseren Systemen“

§ Vertraulichkeit

„Niemand gibt einen Fehler zu, wenn man riskiert dafür bestraft zu werden“

§ Warum soll gemeldet werden?

Analysieren und eliminieren können wir nur Fehlerquellen die uns bekannt sind.

Bekannt sind uns nur die Fehlerquellen, die gemeldet werden.

Gemeldet werden uns Fehlerquellen nur, wenn wir sie als normale Vorkommnisse akzeptieren.

§ Was soll gemeldet werden?

Beinahe-Zwischenfälle

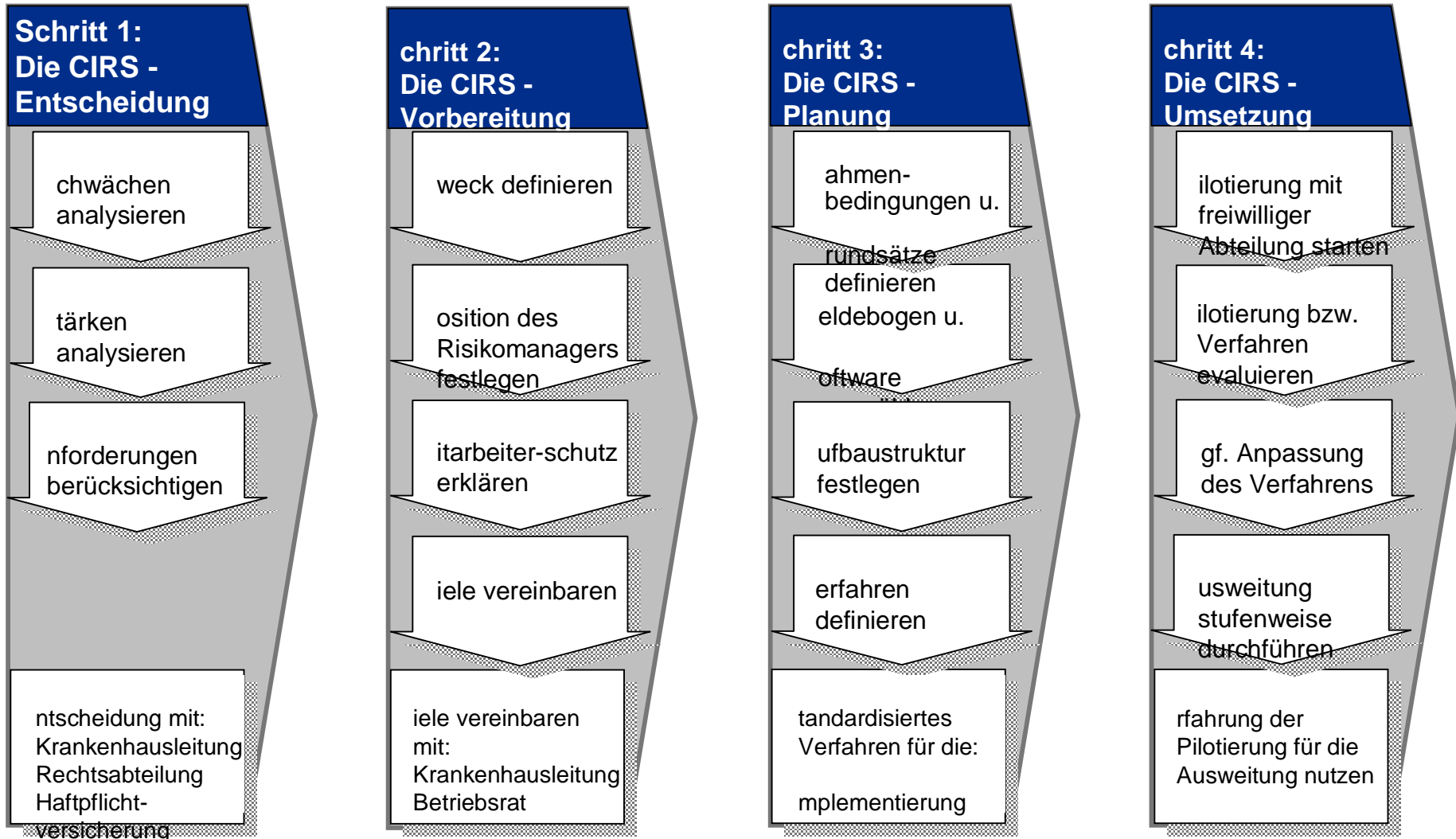
Gurcke, 2003

Zweck der Methode



CIRS

Risikomanagement



4-Schritt-Methode zur Einführung von CIRS im Krankenhaus

Erklärung zum Schutz der Mitarbeiter

Vorausgehende Erklärung des Präsidiums 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.

Dr. Andreas Tecklenburg

Vorstand Krankenversorgung

Holger Baumann

Vorstand Wirtschaft u. Administration

Wie funktioniert Incident Reporting?

- § Anonymisiertes Meldesystem von Beinahe- Zwischenfällen
- § 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 leitet gezielt präventive Maßnahmen ein. Unterstützung erfolgt bei Bedarf durch die Risikomanagerin
- § Das RM-Team gibt Feedback über die Meldungen sowie über die eingeleiteten Maßnahmen an alle Mitarbeiter und die Risikomanagerin erfasst einen Statistikbericht für das Präsidium

Welche Fehler sollen im IR gemeldet werden?

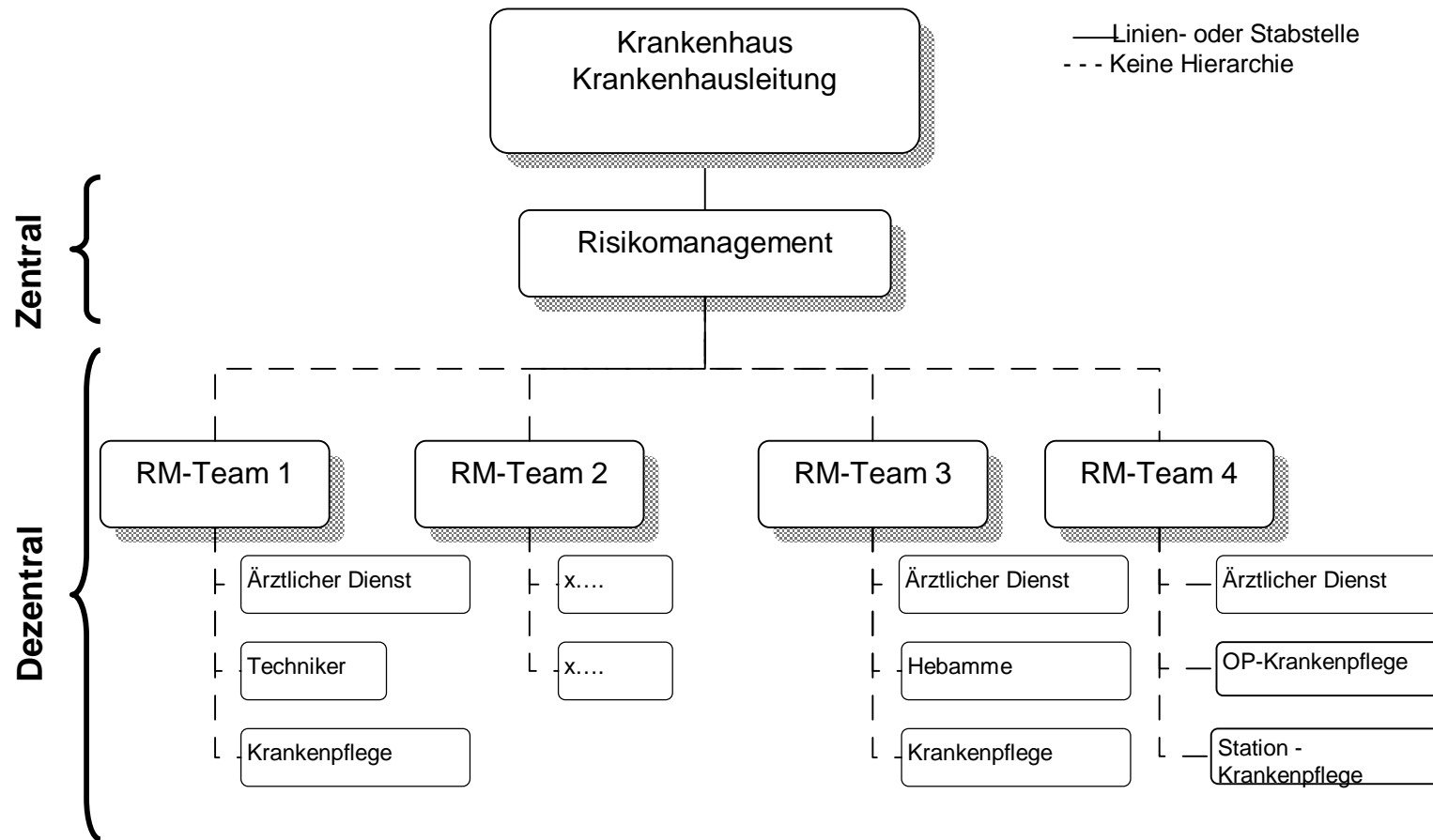
Fehlertyp	Patientenschaden oder Konsequenzen	IR	Meldungstyp
Theoretischer Fehler: Ablenkung & Greifen nach falscher Spritze (Korrektur!)	Nein	Ja	Incident Report
Praktischer Fehler: durch Sicherheitscheck behoben	Nein	Ja	
Fehler durch Gegenmaßnahme vollständig und zeitgleich behoben (Darm-Perforation intraOP übernäht)	Nein	Ja	
Vorübergehender Schaden z. B. Blutung, Transfusion, Intensiv- Aufenthalt	Ja	Nein	Vorsorgliche Haftpflichtanmeldung
Irreversibler Schaden	Ja	Nein!!!	(aber vertraulicher Kontakt zu VH vorgeschrieben) Haftpflicht-meldung

Gurcke, 2003

Grundsätze des CIRIS in der MHH

1. Sanktionsfreiheit
2. Vertraulichkeit
3. Anonymität und Deidentifizierung der Meldungen
4. Freiwilligkeit
5. Unabhängigkeit
6. Analyse durch Experten
7. Feedback an alle
8. Klare Aufbau- und Ablaufstrukturen
9. Das Meldeverfahren muss einfach sein / Benutzerfreundlich
10. Klare Definition des Meldungsinhaltes
11. Systemorientierung

Aufbauorganisation



© 2006 M. Cartes

Vereinbarung zwischen Abt. Leitung und Risikomanagerin

- § Die Einführung von Risikomanagement ist von der Abt. Leitung gewünscht, gewollt und diese wird unterstützt, damit die Sicherheitskultur etabliert und die Patientensicherheit verbessert werden kann
- § Die Grundsätze werden eingehalten und durch die Abt. Leitung vorbildlich gelebt, damit eine Sicherheitskultur etabliert wird
- § Die Unterstützung für die RM-Teams wird durch die Abt. Leitung gewährleistet, damit gezielte präventive Maßnahmen zur Risikoreduktion eingeleitet werden können
- § Pro Jahr sollen mindestens 10 % mehr Meldungen in Ihrer Abteilung im CIRS erfasst. Dieses ist ein Ziel der Balanced Scorecard der MHH (Kennzahl für die Sicherheitskultur)
- § Die Risikomanagerin wird bei Bedarf die Abt. Leitung bei der Umsetzung von Maßnahmen unterstützen
- § Die Risikomanagerin erstellt einen RM-Bericht für die Abt. Leitung und den Vorstand
- § Die Risikomanagerin berät auf Wunsch die Abt. Leitung bei einem Zwischenfall
- § Die Risikomanagerin führt bei kritischen Zwischenfällen ggf. eine Risikoanalyse durch

Prof. Dr. Dr. N.-C. Gellrich

Abteilungsleitung
Mund-, Kiefer- und
Gesichtschirurgie

Prof. Dr. W. Geurtsen

Abteilungsleitung
Klinik für Zahnerhaltung,
Parodontologie und
präventive Zahnheilkunde

Prof. Dr. R. Schwestka-Polly

Abteilungsleitung
Kieferorthopädie

Prof. Dr. M. Stiesch-Scholz

Abteilungsleitung
Zahnärztliche Prothetik



Maria Inés Cartes

Risikomanagerin
Ärztliche Qualitätsbeauftragte



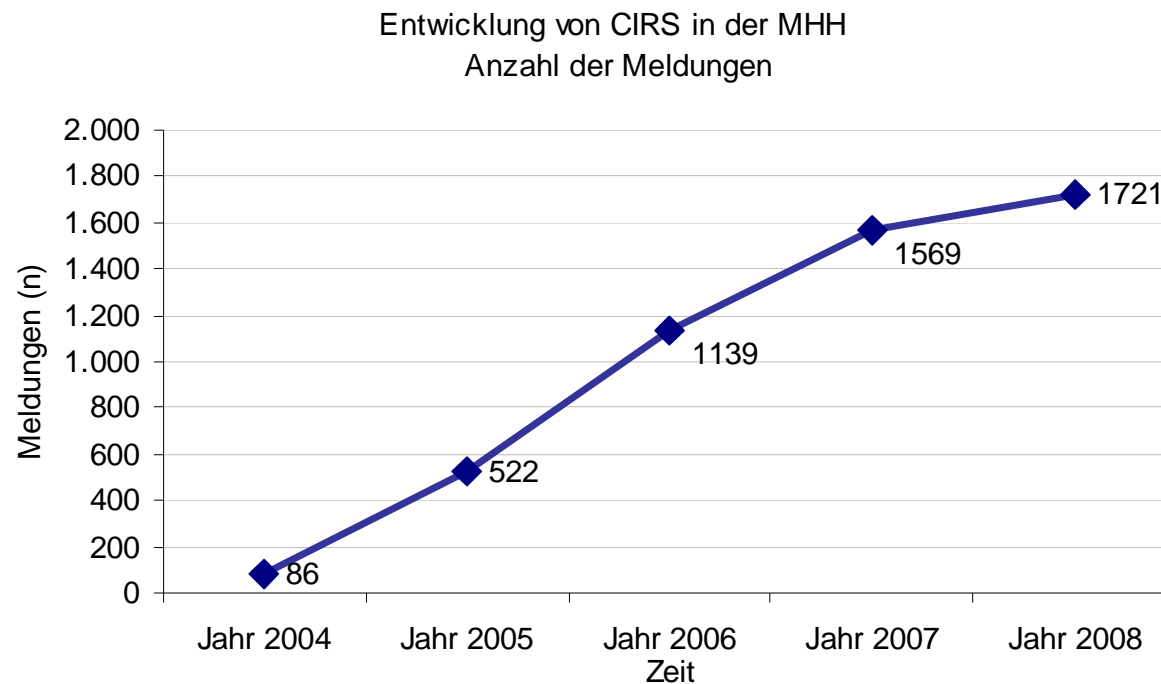
Maria Inés Cartes
Ärztliche Qualitätsbeauftragte
Risikomanagerin
cartes.maria@mh-hannover.de

CIRS an der MHH

§ Von Mai 2004 bis Jan 2008 erfasste Beinahe-Fehler / Beinahe-Zwischenfälle

Ø 1.721 Meldungen

Ø Ziel : 10% mehr Meldungen im Jahr



Alltag in der Medizin



Risikokonstellationen im Alltag...



Die Tücke der Hardware...







Gefahr erkannt – und gebannt

Krankenschwester Andrea Naf verhinderte tödliche Verwechslung im OP

Ampullen mit ähnlicher Beschriftung sind eine gefährliche Fehlerquelle in Spitälern. Novartis hat reagiert und ein irreführendes Etikett geändert. Denn Sicherheit muss wichtiger sein als Packungsdesign.

Christoph Peter
christoph.peter@mh-hannover.de

Für Andrea Naf war es Routine. Die 26-jährige Anästheseschwester am Kinderhospital in St. Gallen kontrollierte die Vorräte im Medikamentenschränk. Vor ihr lag eine angabeechere Packung mit Ampullen des Allergiemittels Ultracorten. Plötzlich starrte sie. Andrea Naf sah genauer hin. Drei Ampullen in der Packung enthielten tatsächlich das Allergiemittel, aber eine, die gleich aussah, war völlig anders beschriftet: Andrea Naf erkannte, als sie das Etikett las: Statt Ultracorten hielt sie Nepresol in den Händen, einen Blutdrucksenker.

Verwechslung im OP könnte tödliche Folgen haben

Der nächste Schritt war ebenfalls Routine. Andrea Naf meldete den Vorfall weiter. Chefarzt Beat Kehrer war schockiert, aber gleichzeitig auch sehr froh, dass die Krankenschwester die Verwechslung aufgedeckt hatte. Eine Verwechslung der beiden Präparate im OP-Saal hätte tödliche Folgen haben – können, erklärt er. Schnell erkrankte ein Kind, die Schleimhaut im Kehlkopf plötzlich an, dies kann Ultracorten gegen die auftretenden Atemprobleme schnell helfen. Gerührt der Arzt aber aus. Nebenwirkungen von Nepresol, dann schwellt der Rachen weiter an, und die Atemprobleme verschlimmern sich.

Gleichzeitig bricht wegen des Nepresol der Blutdruck zusammen.

Die Firma Novartis stellt beide Präparate her. Die Ampullen unterscheiden sich kaum. Größe, Menge, Farbe des Etiketts – alles ist gleich. Nur an der Aufschrift erkennt man, welches Mittel man vor sich hat. «Wenn zwei Ampullen sich auf Haar gleich, dann ist in der Fertigung des OP-Saals ein Fehler nie ausgeschlossen», sagt Beat Kehrer. Deswegen macht das Kinderhospital seit einigen Jahren systematisch nach solchen Fehlermöglichkeiten. «Nur so können wir die Abläufe im Spital sicherer machen», erklärt Kehrer.

Das Verwechseln von Medikamenten mit fast gleichartigen Etiketten ist schon lange ein Problem in Spitälern. Es ist ein Konflikt zwischen dem Sicherheitsbedürfnis von Patienten und Personal sowie dem Wunsch der Pharmafirmen, ihren Produkten ein einheitliches Erscheinungsbild zu geben. Diese Strategie verbessert die Absatzchancen.

Kehrer's Besorgnis steigerte sich zum Entsetzen, als er seinem Zü-

cher-Kollegen Bernhard Frey vom Vorfall berichtete. «Nepresol und Ultracorten» kam die Rückfrage. «Die hätten Mitarbeiter immer auch schon verwechselt für mich».

Dem Joke-Lipp ist ein sehr ernstes Fall bekannt. Ein Schenker im Krankenhaus Oze geriet in den ersten Jahren vom 74-jährigen Herzpatienten sendendef Nepresol statt Ultracorten. Resultat: In Blutdruck stürzte rasch ab. Er kam akute Herzschmerzen. In musste drei Tage auf der Intensivstation verbringen. Mütterliche überbrachte, dass ihr Patient bei blutigen Schläfen darunter wurde, erklärte Spezialist des Am-Buchmann. Danach erkrankte das Spital vorwiegend selbstständig Untersuchungsleiter Oze.

Novartis ändert Farbe und Schrift der Etiketten

Alle drei Jahre schütten Interkantonal, Kantonale und Heilmittel (IKK) ein. In Zeit gefährliche Fehlerquelle so sehr wie möglich zu vermeiden. Frey wagt Tag meinte die Novartis. Die Firma änderte Etikett und Schrift bei Nepresol in rot.

«Wie sicher das nicht verpackt betont. Protonen der Uly. Die alten Etiketten waren schönlich gestaltung. Aber wenn man Sicherheit verbessern kann, dann das in Ordnung. Allerdings ist Novartis kein Anbau, die Spital vor der möglichen Fehlerquelle warnen. «Wir nicht die Aufgaben Novartis, der Spitaler Ratgeber zu erhalten», meint Frey.

Anästheseschwester Andrea Naf entdeckte die Verwechslungsgefahr – und schlug Alarm. Zwei fast gleiche Ampullen mit unterschiedlichem Inhalt lagen in einer angabeechere Packung

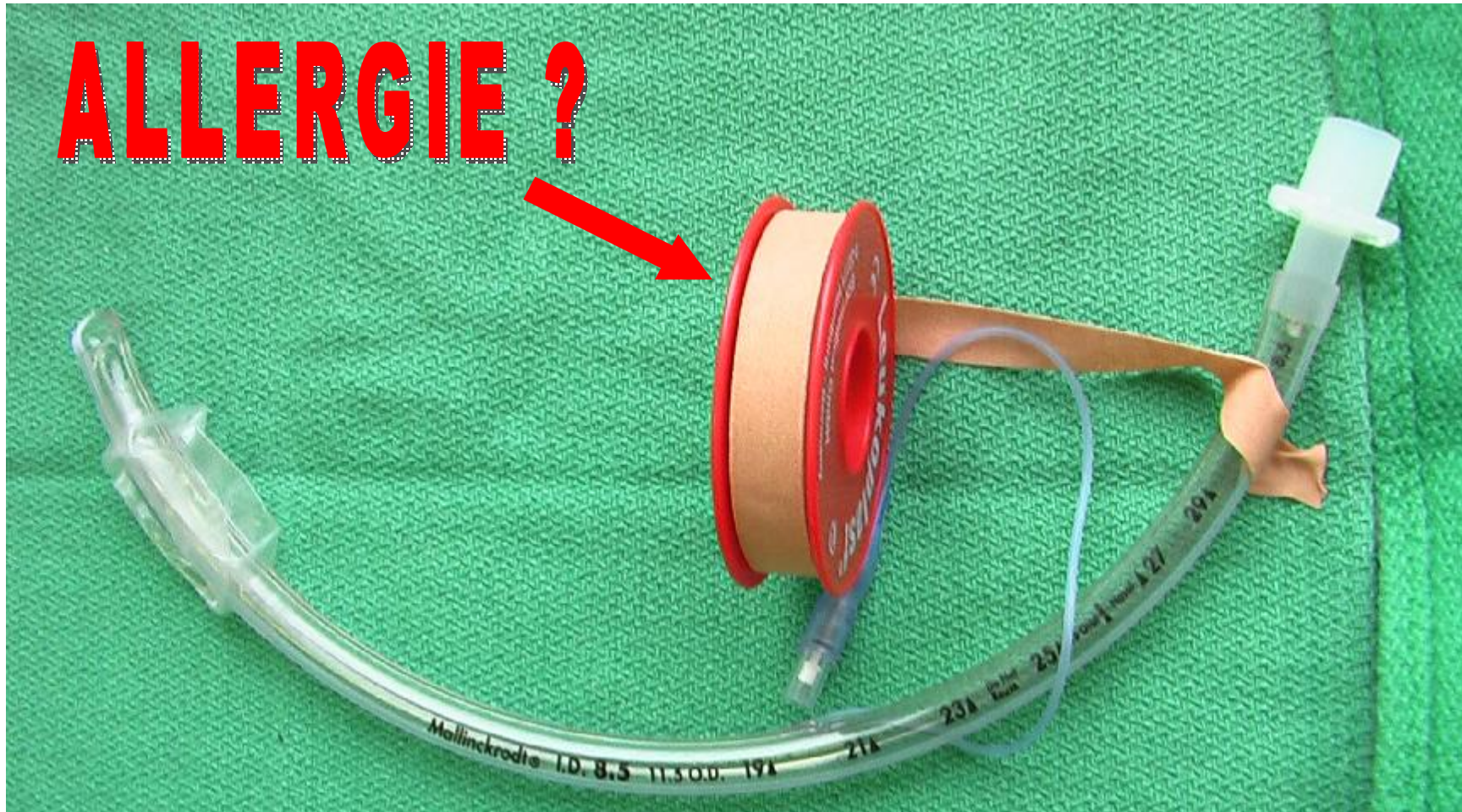


Die Verpackung





Bei der Narkose muss der Beatmung-Tubus sicher befestigt sein!!



ALTERNATIVEN ZUR BEFESTIGUNG.....



UNSERE ALTERNATIVE









Fazit

- § Entscheidung der obersten Leitung
- § Einsatz von Instrumenten um Risiken zu erfassen und zu analysieren
- § Definition einer Ablauf- und Aufbaustruktur um gezielte Maßnahmen zur Risikoreduktion auszuwählen und umzusetzen unter optimaler Ressourcenallokation

**Um Patientenschaden zu vermeiden ist es wichtig
Transparenz und Vertrauen herzustellen**

„we have good people in bad systems“

Dr. G. Jonitz / 2006
Präsident ÄK Berlin

FRAGEN?



Patientensicherheit und Risikomanagement an der Medizinischen Hochschule Hannover

**Muchas gracias
por su atención**

Maria Inés Cartes
cartes.maria@mh-hannover.de
0511 532 6033

www.mh-hannover.de/risikomanagement.html

M_HH

**Medizinische Hochschule
Hannover**



Maria Inés Cartes
Ärztliche Qualitätsbeauftragte
Risikomanagerin
cartes.maria@mh-hannover.de

M_HH

**Medizinische Hochschule
Hannover**