

UNIVERSITÄTSKLINIKUM  
**AACHEN**

## **Risikomanagement**

### **Erfahrungen mit CIRS (Critical Incident Reporting System) im UK Aachen**

# **Inhalt**

**Ausgangssituation**

**Systematische Zwischenfallerfassung**

**Bisherige Erfahrungen**

**Ausblick**

## **Ausgangssituation**

- **‘Historisch gewachsene’ Risikomanagement-Aktivitäten in einzelnen Bereichen (z.B. Ereignis-Meldebögen, CIRS-Buch)**
- **Einzelmaßnahmen im Rahmen von QM-Projekten oder Zertifizierungen (z.B. Risikoaudits, Patientenbefragungen)**
- **Beschwerdemanagement**

---

## **Ausgangssituation**

- **‘Historisch gewachsene’ Risikomanagement-Aktivitäten in einzelnen Bereichen (z.B. Ereignis-Meldebögen, CIRS-Buch)**
- **Einzelmaßnahmen im Rahmen von QM-Projekten oder Zertifizierungen (z.B. Risikoaudits, Patientenbefragungen)**
- **Beschwerdemanagement**

**Kein übergreifender Ansatz i.S.  
eines Risikomanagement-Systems**

## **Ausgangssituation**

- **Anfang 2006 Entscheidung für ein elektronisches Zwischenfall-  
erfassungssystem in den Gynäkologischen Kliniken:  
Gynäkologie und Geburtshilfe, Endokrinologie, Senologie**
- **Einführung mit Hilfe externer Berater (Gesellschaft für  
Risikomanagement GRB)**
- **Definition einer Aufbau- und Ablauforganisation**
- **November 2006 Einführung in der Neurochirurgischen Klinik**

## **Ausgangssituation**

- **Anfang 2006 Entscheidung für ein elektronisches Zwischenfall-  
erfassungssystem in den Gynäkologischen Kliniken:  
Gynäkologie und Geburtshilfe, Endokrinologie, Senologie**
- **Einführung mit Hilfe externer Berater (Gesellschaft für  
Risikomanagement GRB)**
- **Definition einer Aufbau- und Ablauforganisation**
- **November 2006 Einführung in der Neurochirurgischen Klinik**

**Erster Schritt zur systematischen  
Zwischenfallerfassung und -auswertung**

---

# **Systematische Zwischenfallerfassung**

## **Ziele**

- **Lernen aus kritischen Ereignissen, die nicht zu einem Schaden geführt haben (Beinahe-Schäden)**
- **Aufzeigen von Risikopotenzialen, Analyse der Ursachen und kontinuierliche Verbesserung**
- **Minimierung von Risiken für Patienten und Mitarbeiter sowie Haftungsrisiken für das Klinikum**
- **Etablierung einer Fehlerkultur (Nicht “wer ist schuld?“, sondern “was trägt zu dem Fehler bei?“)**

---

# **Systematische Zwischenfallerfassung**

## **Grundprinzip**

- **Beinahe-Zwischenfälle werden anonym erfasst und weitergeleitet**
- **Für die Meldenden entstehen keinerlei negative Auswirkungen im Zusammenhang mit den Meldungen**
- **Die Regularien zur Meldung und Auswertung sind von der Klinikleitung verabschiedet und den Mitarbeitern bekannt**
- **Die Mitglieder des Auswertungsteams (Mitarbeiter aus ärztlichem Dienst, Pflegedienst, QM, GB Recht) werden per E-mail über eingehende Meldungen informiert**



---

# **Systematische Zwischenfallerfassung**

## **Erfassung**

- **Der Zugang zum Erfassungstool ist an jedem Rechner installiert**
- **Meldung soll so einfach wie möglich sein (geringe Hemmschwelle), lediglich zwei Pflichtangaben sind erforderlich:**
  - 1. Organisationsbereich (Meldekreis) des Ereignisses**
  - 2. Beschreibung des Ereignisses**
- **Weitere Angaben zum Ereignis sind möglich (z.B. bereits ergriffene Maßnahmen, mögliche Schäden, Wiederholungswahrscheinlichkeit, Kontaktperson für Rückfragen)**



Gesellschaft für Risikoberatung – Ein Unternehmen der Ecclesia-Gruppe



## Zwischenfallerfassung



Report



Publikationen (0)



Info

\* Meldekreis

Wann ist das Ereignis passiert ?

Datum:

Uhrzeit:

Wo ist das Ereignis passiert ?

\* Was ist passiert ? (Beschreiben Sie das Ereignis)

Was wurde getan ? (ab Eintreten des Ereignisses)

Outcome/Schaden (soweit bereits bekannt)

OK

Abbruch

**Pflichtfelder**

---

# **Systematische Zwischenfallerfassung**

## **Auswertung**

- **Die Mitglieder des Auswertungsteams (Mitarbeiter aus ärztlichem Dienst, Pflegedienst, QM, GB Recht) werden per E-mail über eingehende Meldungen informiert**
- **Falls erforderlich, werden sofortige Maßnahmen eingeleitet**
- **Die Klinikleitung wird über die Maßnahmen informiert (falls nicht direkt eingebunden)**

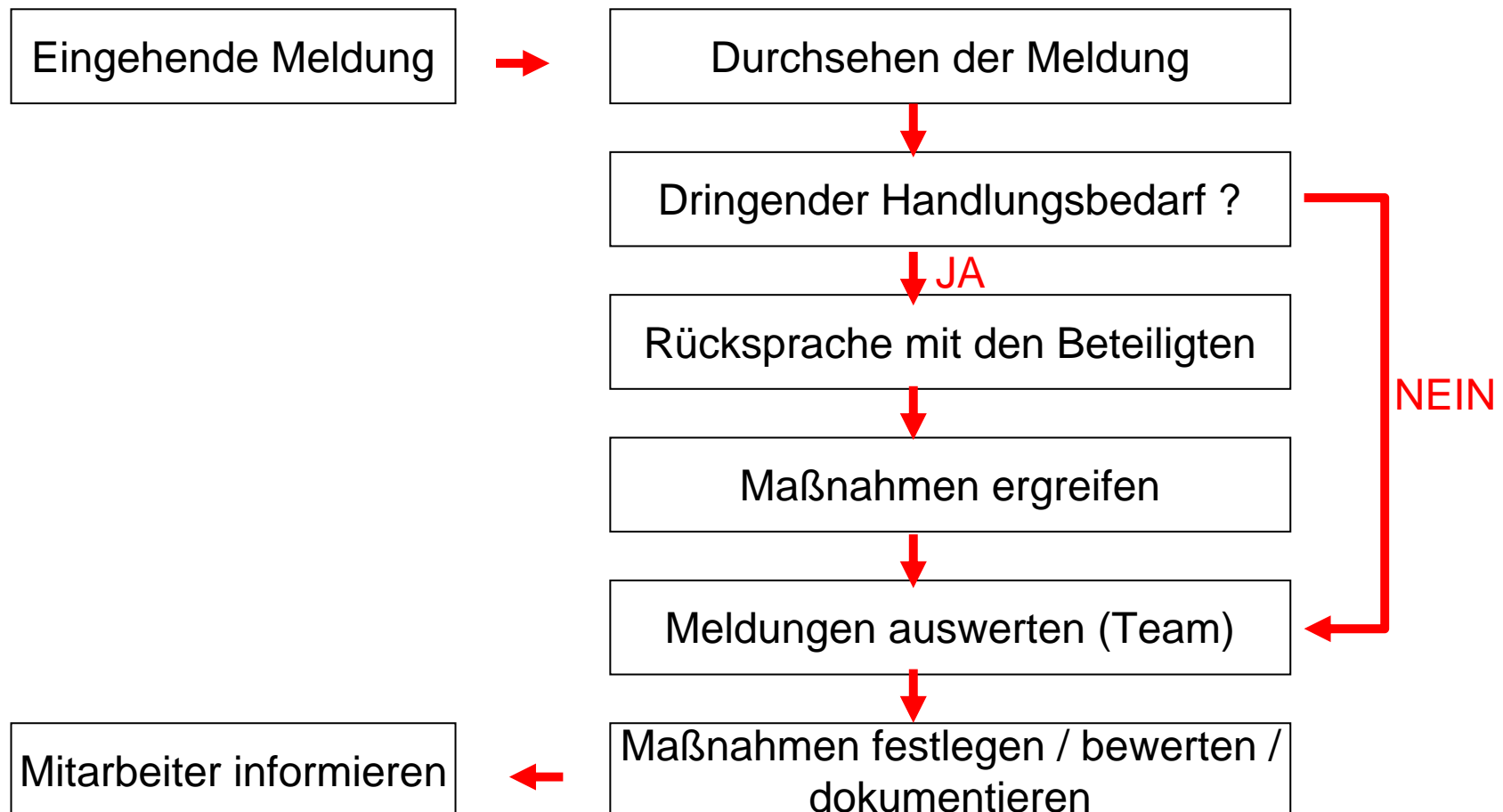
---

# **Systematische Zwischenfallerfassung**

## **Auswertung**

- **Die Auswertung der Meldungen erfolgt in regelmäßigen Abständen (ca. alle 4-6 Wochen) durch das Auswerterteam**
- **Die Auswertung erfolgt in Form von sog. Risiko-Identifikations- und Präventionsanalysen**
- **Maßnahmen und Ergebnisse werden dokumentiert**
- **Die Mitarbeiter werden in regelmäßigen Abständen über Maßnahmen informiert (ca. alle 12 Wochen)**

## Systematische Zwischenfallerfassung



Nr.	Erfassung	Datum	Uhrzeit	Berufsgruppe	Meldekreis
<b>RIPA Nr.76 (09.05.2007)</b> <span style="float: right;"><b>RIPA = Risiko Identifikations- und Präventionsanalyse</b></span>					
Bitte Titel angeben.					
<input type="checkbox"/> Titel					
<input type="checkbox"/> Art des Zwischenfalls					
<div></div>					
<input type="checkbox"/> Fachbereich					
<input type="checkbox"/> Ort					
<input type="checkbox"/> Zeitpunkt					
<input type="checkbox"/> Ursache					
<input type="checkbox"/> Bewertung					
Auftreten <input type="text"/> Bedeutung <input type="text"/> Entdeckung <input type="text"/>					
<input type="checkbox"/> Interventionsmaßnahmen					
<div></div>					
<input type="checkbox"/> Verantwortlich					
<div></div>					
<input type="checkbox"/> Ergebnisse					
<div></div>					
<input type="checkbox"/> Status					
In Bearbeitung					
<input type="checkbox"/> Bemerkung zur Bearbeitung					
<div></div>					
<div>OK Abbruch</div>					

Nr.	Erfassung	Datum	Uhrzeit	Berufsgruppe	Meldekreis
RIPA Nr.76 (09.05.2007)					
Bitte Titel angeben.					
<input type="checkbox"/> Titel					
<input type="checkbox"/> Art des Zwischenfalls					
<input type="checkbox"/> Fachbereich					
<input type="checkbox"/> Ort					
<input type="checkbox"/> Zeitpunkt					
<input type="checkbox"/> Uhrzeit					
<input type="checkbox"/> Verantwortlich					
<input type="checkbox"/> Ergebnisse					
<input type="checkbox"/> Status In Bearbeitung					
<input type="checkbox"/> Bemerkung zur Bearbeitung					

OK Abbruch

**RIPA = Risiko Identifikations- und Präventionsanalyse**

**Achtung: Schnelle Reaktion geht vor  
übertriebener Dokumentation**

---

## **Bisherige Erfahrungen**

- **184 Meldungen bei ca. 3700 stat. Fällen im 1. Jahr (April 2006 – 2007)**

### **Schwerpunkte:**

- **Kommunikationsmängel (z.B. unklare Anordnungen, fehlende Informationen)**
- **Nicht eingehaltene Standards (z.B. Umgang mit Abfällen, Dokumentationslücken, Patientenaufklärung)**
- **Fehlerhafte Materialien (Defekte Geräte, inkomplette Lieferungen bei der Sterilgutversorgung)**
- **Sicherheit (z.B. verstellte Rettungswege, glatte Böden nach Reinigung)**



---

## **Bisherige Erfahrungen**

- 184 Meldungen bei ca. 3700 stat. Fällen im 1. Jahr (April 2006 – 2007)

### **Schwerpunkte:**

- Kommunikationsmängel (z.B. unklare Anordnungen, fehlende Informationen)
- Nicht eingehaltene Standards (z.B. Umgang mit Abfällen, Dokumentationslücken, Patientenaufklärung)
- Fehlerhafte Materialien (Defekte Geräte, inkomplette Lieferungen bei der Sterilgutversorgung)
- Sicherheit (z.B. verstellte Rettungswege, glatte Böden nach Reinigung)

**Viele Meldungen sind nicht bereichsbezogen, sondern müssen übergreifend bearbeitet werden**

---

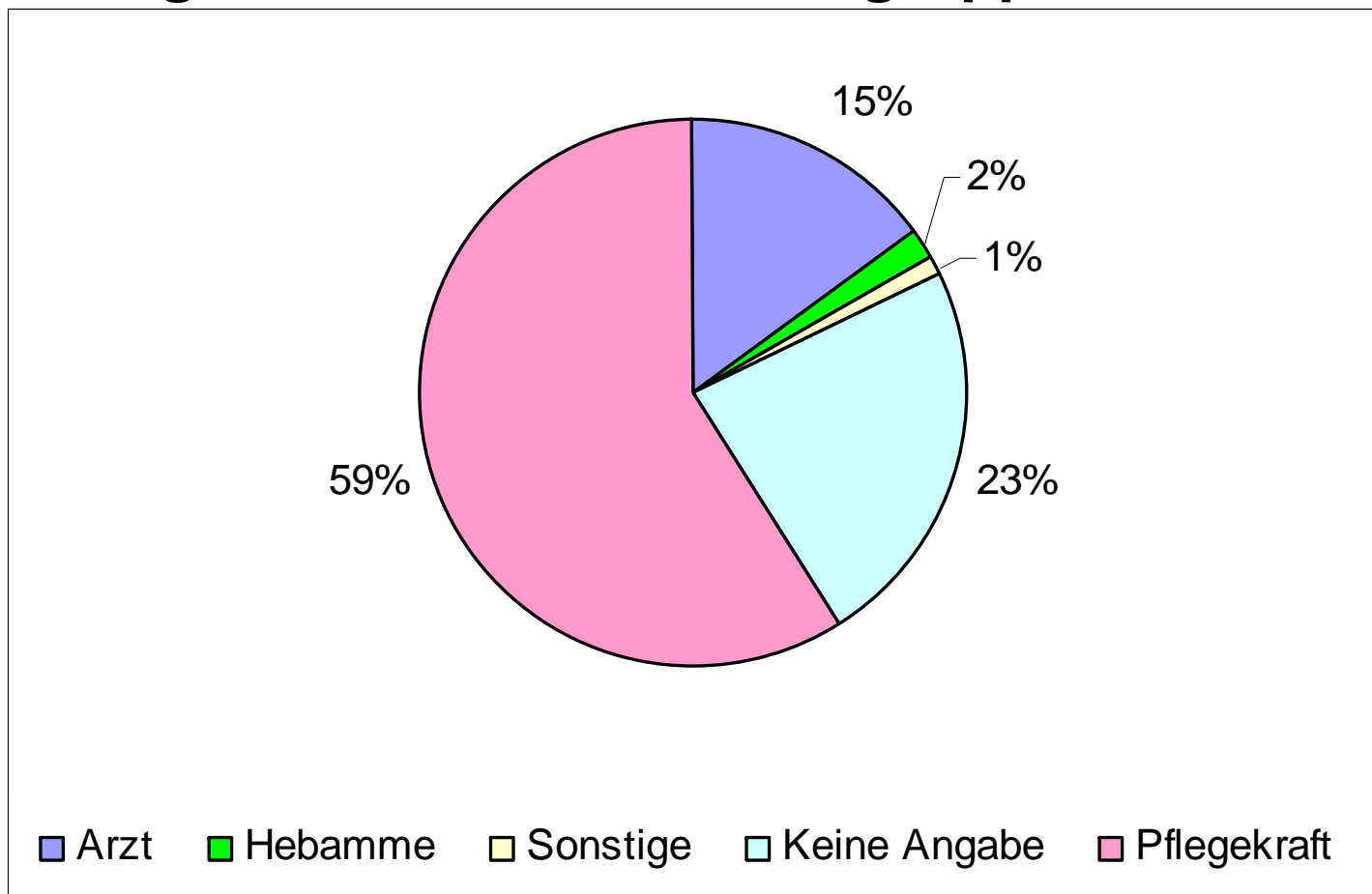
## **Bisherige Erfahrungen**

### **Verbesserungsmaßnahmen**

- **Schulungsmaßnahmen (Einarbeitung Mitarbeiter, Einhaltung von Standards)**
- **Bauliche Maßnahmen (Änderung von Zugangswegen, Abtrennung von Räumlichkeiten für Bettenlagerung)**
- **Organisationsmaßnahmen (Überprüfung von Verträgen mit Dienstleistern)**
- **Änderungen beim Materialeinsatz (Einwegmaterial vs. Aufbereitung)**

## Bisherige Erfahrungen

### Nutzung des CIRS nach Berufsgruppen



---

## **Bisherige Erfahrungen**

### **Einschränkungen und Hindernisse**

- **Ein auf einzelne Bereiche beschränktes CIRS greift zu kurz und kann lediglich Pilotfunktion haben**
- **Der Nutzen hängt sehr stark von der Unterstützung durch die Leitung der Bereiche ab (Stichwort 'Fehlerkultur')**
- **Es muss damit gerechnet werden, dass ein elektronisches CIRS in Einzelfällen zu Mißbrauch verleitet (persönliche Auseinandersetzungen finden sich in Reports wieder)**
- **Damit das System kontinuierlich genutzt wird, sollte die Schulung der Anwender regelmäßig erfolgen (Informationsveranstaltungen)**

---

## **Bisherige Erfahrungen**

### **Einschränkungen und Hindernisse**

- **Teilweise herrscht Unklarheit, welche Zwischenfälle im Rahmen des CIRS gemeldet werden sollen (was ist nur ein Ärgernis, aber kein potentielles Risiko)**
- **Es sollten deshalb Festlegungen getroffen werden, welche Meldungen im Rahmen des CIRS zu behandeln sind und welche auf anderen Wegen bearbeitet werden**
- **Der Begriff des Zwischenfalls sollte aber möglichst breit definiert werden, damit keine Meldungen verloren gehen**

## **Ausblick**

### **Ausweitung des CIRS auf übergreifende Bereiche**

- **seit August 2007 Einsatz in der Notaufnahme**
- **Januar 2008 Start in der fachübergreifenden Klinik für Standard Care**
  - **neuer Organisationsbereich seit Anfang 2006**
  - **340 Betten für Patienten aus operativen Kliniken**
  - **zahlreiche Schnittstellen zu anderen Bereichen**

## **Ausblick**

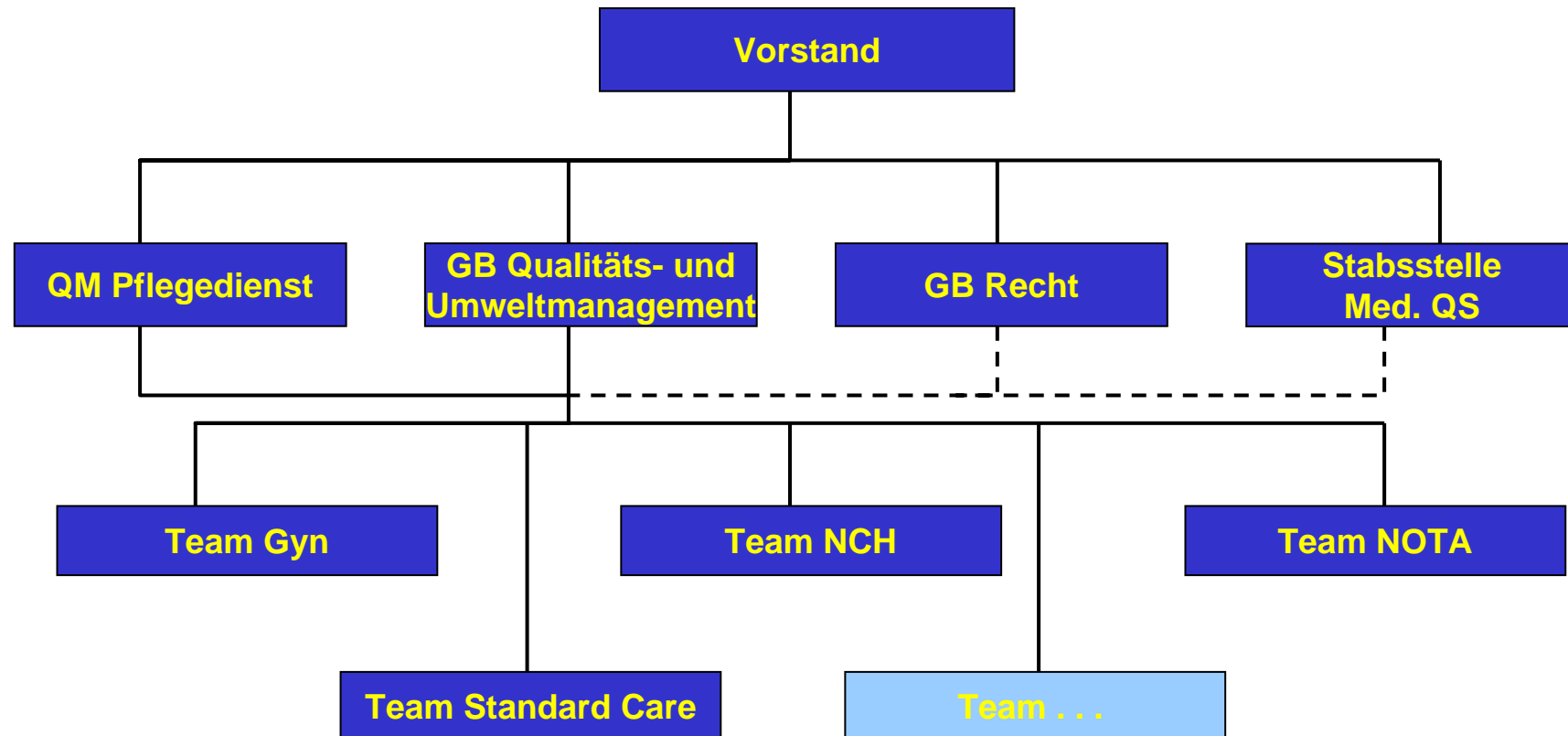
### **Ausweitung des CIRS auf übergreifende Bereiche**

#### **Voraussetzungen:**

- **Bereitstellung personeller Ressourcen durch Neubesetzung der Stelle QM Pflegedienst**
- **Aufbau des internen know-how für Anwenderschulungen**
- **Bereitschaft der verantwortlichen Leiter zur Mitarbeit**
- **Etablierung übergeordneter Strukturen für die Auswertung und Bearbeitung der Meldungen**

## Ausblick

### CIRS-Organisationsstruktur





## **Ausblick**

### **Fazit**

**Der Einsatz eines elektronischen Zwischenfallerfassungssystems bietet einen systematischen Ansatz um mögliche Risiken zu erfassen, zu bewerten und geeignete Maßnahmen zu ergreifen**

**Die Zwischenfallerfassung sollte möglichst bereichsübergreifend eingesetzt werden, auf einzelne Bereiche beschränkte Ansätze sind nicht empfehlenswert**

**Zur Auswertung der Meldungen und zur Festlegung und Umsetzung der Maßnahmen müssen geeignete Organisationsstrukturen geschaffen werden**

**Voraussetzung für ein erfolgreiches Risikomanagement ist eine Fehlerkultur, die nicht die Schuldfrage sondern die Fehlervermeidung in den Vordergrund stellt**

**Vielen Dank**

**für Ihre Aufmerksamkeit**