



IQMG JAHRESTAGUNG, 29. UND 30. NOVEMBER 2017

Reha sicher gestalten – Fehlerkultur und Risikomanagement in Reha-Einrichtungen

Dr. Heidemarie Haeske-Seeberg, Sana Kliniken AG

Sana Kliniken AG – Daten und Fakten

32.071

Mitarbeiter

51

Konzern-
kliniken

2.404

Millionen
Euro Umsatz

5

Pflege-
heime

2,2

Millionen
Patienten

7

Kliniken im
Management

Stand: 01.09.2017

An über 60 Standorten vertreten

Drittgrößte private
Klinikgruppe in
Deutschland.
Nicht börsennotiert.



- ■ ▲ Klinik mit Sana-Mehrheitsbeteiligung
- ■ ▲ Klinik mit Sana-Minderheitsbeteiligung
- ■ ▲ Klinik im Sana-Management
- Alten- und Pflegeheime mit Sana-Mehrheitsbeteiligung
- Akut-Klinik
- Reha-Klinik
- △ Akut- und Reha-Klinik

Stand: 01.09.2017

Ein bisschen Theorie

Sicherheitskultur

Kultur

- ist die Summe aller Selbstverständlichkeiten
- die Menge der Gewohnheiten, in denen sich ein Unternehmen von seiner Umgebung unterscheidet Berner 2000

Sicherheitskultur – was ist das?

Sicherheitskultur ist ein ...

- relativ stabiles, multidimensionales, hypothetisches Konstrukt,
- das sich auf der Grundlage von geteilten, kulturellen Normen in der
- Arbeitsumgebung
- auf Wahrnehmungen und Verhalten der Angestellten und damit auf die Sicherheit in Organisationen auswirkt.

Sicherheitskultur

Sicherheitskultur im Kontext des klinischen Risikomanagements von Krankenhäusern und Rehabilitationskliniken beschreibt die Art und Weise, wie Sicherheit im Rahmen der Patientenversorgung organisiert wird, und spiegelt damit die Einstellungen, Überzeugungen, Wahrnehmungen, Werte und Verhaltensweisen der Führungskräfte und Mitarbeitenden in Bezug auf die Sicherheit von Patienten, Mitarbeitenden und der Organisation wider.

Sicherheitskultur ist entwickelbar und unterliegt einem ständigen Lernprozess.



Unternehmenskulturen gleichen einander wie ein Ei dem anderen.

Was beeinflusst Kultur ?

- Persönlichkeiten
- Veränderungsbereitschaft
- Leitlinien / Regeln
- Unternehmensgeschichte
- Kommunikation

Was beeinflusst Kultur ?

Manche Geschäftsfelder sind notgedrungen stärker hierarchisch organisiert, als andere. Es herrscht deshalb auch eben ein anderer Umgangston in einem Automobilwerk als in einer Werbeagentur. Arbeitszeiten und Arbeitsorte, Materialien und Lagerkapazitäten – alles das spielt eine Rolle in einem Unternehmen. Und trägt so zur Entwicklung der unternehmensspezifischen Kultur bei.

<https://bettinaschoebitz.de/wie-entsteht-unternehmenskultur/>

Wie entstehen Selbstverständlichkeiten?

definieren – oder

Wer nicht weiß, wohin er will, darf sich nicht wundern, wenn er wo anders ankommt! Mark Twain

vorleben – oder

Was Hans nicht tut, tut Hänschen nimmer mehr.

oder

Was hindert uns eigentlich daran, das zu tun, was wir von Anderen erwarten?

einfordern – oder

Es ist nicht genug zu wissen, man muss es auch anwenden. Johann Wolfgang von Goethe

Ein paar Gesetze

Patientenrechtegesetz

- verständliche Patienteninformation hinsichtlich
 - Diagnose
 - voraussichtliche gesundheitliche Entwicklung
 - Therapie
 - Maßnahmen nach der Therapie
- ungefragte Information bei Verdacht auf Behandlungsfehler

§ 630c

Mitwirkung der Vertragsparteien; Informationspflichten

(1) Behandelnder und Patient sollen zur Durchführung der Behandlung zusammenwirken.

(2) Der Behandelnde ist verpflichtet, dem Patienten in verständlicher Weise zu Beginn der Behandlung und, soweit erforderlich, in deren Verlauf sämtliche für die Behandlung wesentlichen Umstände zu erläutern, insbesondere die Diagnose, die voraussichtliche gesundheitliche Entwicklung, die Therapie und die zu und nach der Therapie zu ergreifenden Maßnahmen. Sind für den Behandelnden Umstände erkennbar, die die Annahme eines Behandlungsfehlers begründen, hat er den Patienten über diese auf Nachfrage oder zur Abwendung gesundheitlicher Gefahren zu informieren. Ist dem Behandelnden oder einem seiner in § 52 Absatz 1 der Strafprozessordnung bezeichneten Angehörigen ein Behandlungsfehler unterlaufen, darf die Information nach Satz 2 zu Beweis Zwecken in einem gegen den Behandelnden oder gegen seinen Angehörigen geführten Straf- oder Bußgeldverfahren nur mit Zustimmung des Behandelnden verwendet werden.

Patientenrechtegesetz

- verständliche Aufklärung über alle für die Einwilligung wesentlichen Umstände
- Hinweis auf Alternativen

§ 630e

Aufklärungspflichten

(1) Der Behandelnde ist verpflichtet, den Patienten über sämtliche für die Einwilligung wesentlichen Umstände aufzuklären. Dazu gehören insbesondere Art, Umfang, Durchführung, zu erwartende Folgen und Risiken der Maßnahme sowie ihre Notwendigkeit, Dringlichkeit, Eignung und Erfolgsaussichten im Hinblick auf die Diagnose oder die Therapie. Bei der Aufklärung ist auch auf Alternativen zur Maßnahme hinzuweisen, wenn mehrere medizinisch gleichemäßen indizierte und übliche Methoden zu wesentlich unterschiedlichen Belastungen, Risiken oder Heilungschancen führen können.

https://www.bgbl.de/xaver/bgbl/start.xav?start=//%5B@attr_id=%27bgbl113s0277.pdf%27%5D#__bgbl__%2F%2F*%5B%40attr_id%3D%27bgbl113s0277.pdf%27%5D__1490871066542

**Gesetz
zur Reform der Strukturen der Krankenhausversorgung
(Krankenhausstrukturgesetz – KHSG)**

Vom 10. Dezember 2015

Der Bundestag hat das folgende Gesetz beschlossen:

**Artikel 1
Änderung des
Krankenhausfinanzierungsgesetzes**

Das Krankenhausfinanzierungsgesetz in der Fassung der Bekanntmachung vom 10. April 1991 (BGBl. I S. 896), das zuletzt durch Artikel 4 des Gesetzes vom 1. Dezember 2015 (BGBl. I S. 2114) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. In § 1 Absatz 1 werden nach dem Wort „eine“ die Wörter „qualitativ hochwertige, patienten- und“ und nach dem Wort „leistungsfähigen“, die Wörter „qualitativ hochwertig und“ eingefügt.

2. Nach § 6 Absatz 1 wird folgender Absatz 1a eingefügt:

„1a) Die Empfehlungen des Gemeinsamen Bundesausschusses zu den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren gemäß § 136c Absatz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch sind Bestandteil des Krankenhausplans. Durch Landesrecht kann die Geltung der planungsrelevanten Qualitätsindikatoren ganz oder teilweise ausgeschlossen oder eingeschränkt werden und können weitere Qualitätsanforderungen zum Gegenstand der Krankenhausplanung gemacht werden.“

3. § 8 wird wie folgt geändert:

a) Nach Absatz 1 werden die folgenden Absätze 1a bis 1c eingefügt:

„1a) Krankenhäuser, die bei den für sie maßgeblichen planungsrelevanten Qualitätsindikatoren nach § 6 Absatz 1a auf der Grundlage der vom Gemeinsamen Bundesausschuss nach § 136c Absatz 2 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch übermittelten Maßstäbe und Bewertungsleitlinien oder den im jeweiligen Landesrecht vorgesehenen Qualitätsvorgaben nicht nur vorübergehend eine in einem erheblichen Maß unzureichende Qualität aufweisen, dürfen insoweit ganz oder teilweise nicht in den Krankenhausplan aufgenommen werden. Die Auswertungsergebnisse nach § 136c Absatz 2 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch sind zu berücksichtigen.

„1b) Plankrankenhäuser, die nach den in Absatz 1a Satz 1 genannten Vorgaben nicht nur vorübergehend eine in einem erheblichen Maß unzureichende Qualität aufweisen oder für die in höchstens drei aufeinanderfolgenden Jahren Qualitätsabschlüsse nach § 5 Absatz 3a des Krankenhausentgeltgesetzes erhoben wurden, sind insoweit durch Aufhebung des Feststellungsbeschlusses ganz oder teilweise aus dem Kranken-

hausplan herauszunehmen; Absatz 1a Satz 2 gilt entsprechend.

„(1c) Soweit die Empfehlungen des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 6 Absatz 1a Satz 2 nicht Bestandteil des Krankenhausplans geworden sind, gelten die Absätze 1a und 1b nur für die im Landesrecht vorgesehenen Qualitätsvorgaben.“

b) In Absatz 2 Satz 2 wird vor dem Punkt am Ende ein Semikolon und werden die Wörter „die Vielfalt der Krankenhausträger ist nur dann zu berücksichtigen, wenn die Qualität der erbrachten Leistungen der Einrichtungen gleichwertig ist“ eingefügt.

4. § 10 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:

aa) Satz 1 wird wie folgt gefasst:

„Für in den Krankenhausplan eines Landes aufgenommene Krankenhäuser, die Entgelte nach § 17b erhalten, sowie für in den Krankenhausplan eines Landes aufgenommene psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen nach § 17d Absatz 1 Satz 1 wird eine Investitionsförderung durch leistungsorientierte Investitionszuschüssen ermöglicht.“

bb) In Satz 2 werden die Wörter „bis zum 31. Dezember 2009“ gestrichen.

b) Absatz 2 wird wie folgt geändert:

aa) Satz 1 wird wie folgt geändert:

aaa) Die Angabe „Abs.“ wird durch das Wort „Absatz“ ersetzt.

bbb) Die Wörter „bis zum 31. Dezember 2009“ werden gestrichen.

ccc) Nach dem Wort „sachgerechten“ werden die Wörter „und repräsentativen“ eingefügt.

ddd) Vor dem Punkt am Ende wird ein Semikolon und werden die Wörter „§ 17b Absatz 3 Satz 6 und 7 und Absatz 7 Satz 6 ist entsprechend anzuwenden“ eingefügt.

bb) In Satz 3 werden die Wörter „bis zum 31. Dezember 2010“ und die Wörter „bis zum 31. Dezember 2012“ gestrichen.

5. Die §§ 12 bis 15 werden wie folgt gefasst:

„§ 12

Förderung von Vorhaben zur Verbesserung von Versorgungsstrukturen
(1) Zur Förderung von Vorhaben der Länder zur Verbesserung der Strukturen in der Krankenhausversorgung wird beim Bundesversicherungsamt aus Mitteln der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds ein Fonds in Höhe von insgesamt 500 Millionen Euro

Krankenhausstrukturgesetz

Patientensicherheit im Krankenhausstrukturgesetz

(3) Der Gemeinsame Bundesausschuss bestimmt in seinen Richtlinien über die grundsätzlichen Anforderungen an ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 wesentliche Maßnahmen zur Verbesserung der Patientensicherheit und legt insbesondere Mindeststandards für Risikomanagement- und Fehlermeldesysteme fest.

Bundesgesetzblatt Jahrgang 2015 Teil I Nr. 51, ausgegeben zu Bonn am 17. Dezember 2015 2229

**Gesetz
zur Reform der Strukturen der Krankenhausversorgung
(Krankenhausstrukturgesetz – KHSG)**

Vom 10. Dezember 2015

Der Bundestag hat das folgende Gesetz beschlossen:

**Artikel 1
Änderung des
Krankenhausfinanzierungsgesetzes**

Das Krankenhausfinanzierungsgesetz in der Fassung der Bekanntmachung vom 10. April 1991 (BGBl. I S. 886), das zuletzt durch Artikel 4 des Gesetzes vom

hausplan herauszunehmen; Absatz 1a Satz 2 gilt entsprechend.

(1c) Soweit die Empfehlungen des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 6 Absatz 1a Satz 2 nicht Bestandteil des Krankenhausplans geworden sind, gelten die Absätze 1a und 1b nur für die im Landesrecht vorgesehenen Qualitätsvorgaben.“

b) In Absatz 2 Satz 2 wird vor dem Punkt am Ende ein Semikolon und werden die Wörter „die Vielfalt

Patientensicherheit im Krankenhausstrukturgesetz

Besonders patientenrelevant sind insbesondere Informationen zur Patientensicherheit und hier speziell zur Umsetzung des Risiko- und Fehlermanagements, zu Maßnahmen der Arzneimitteltherapiesicherheit, zur Einhaltung von Hygienestandards sowie zu Maßzahlen der Personalausstattung in den Fachabteilungen des jeweiligen Krankenhauses.

Bundesgesetzblatt Jahrgang 2015 Teil I Nr. 51, ausgegeben zu Bonn am 17. Dezember 2015 2229

Gesetz zur Reform der Strukturen der Krankenhausversorgung (Krankenhausstrukturgesetz – KHSG)

Vom 10. Dezember 2015

Der Bundestag hat das folgende Gesetz beschlossen:

Artikel 1 Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes

Das Krankenhausfinanzierungsgesetz in der Fassung der Bekanntmachung vom 10. April 1991 (BGBl. I S. 886), das zuletzt durch Artikel 4 des Gesetzes vom

hausplan herauszunehmen; Absatz 1a Satz 2 gilt entsprechend.

(1c) Soweit die Empfehlungen des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 6 Absatz 1a Satz 2 nicht Bestandteil des Krankenhausplans geworden sind, gelten die Absätze 1a und 1b nur für die im Landesrecht vorgesehenen Qualitätsvorgaben.“

b) In Absatz 2 Satz 2 wird vor dem Punkt am Ende ein Semikolon und werden die Wörter „die Vielfalt

Die QM-Richtlinie des G-BA vom 17.12.2015

Klinisches
Risikomanagement
als verpflichtender
Bestandteil des
Qualitätsmanagements
für alle Krankenhäuser
vom G-BA vorgegeben

Richtlinie



des Gemeinsamen Bundesausschusses
über grundsätzliche Anforderungen
an ein einrichtungsinternes
Qualitätsmanagement für Vertragsärztinnen und
Vertragsärzte, Vertragspsychotherapeutinnen
und Vertragspsychotherapeuten, medizinische
Versorgungszentren, Vertragszahnärztinnen und
Vertragszahnärzte sowie zugelassene
Krankenhäuser

(Qualitätsmanagement-Richtlinie/QM-RL)

In der Fassung vom 17. Dezember 2015
veröffentlicht im Bundesanzeiger (BAnz AT 15.11.2016 B2)
In Kraft getreten am 16. November 2016

Inhalt

Präambel	3
Gesetzliche Grundlagen	3
Teil A 4	
Sektorübergreifende Rahmenbestimmungen für die grundsätzlichen Anforderungen an ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement	4
§ 1 Ziele des Qualitätsmanagements	4
§ 2 Grundlegende Methodik	4
§ 3 Grundelemente	5
§ 4 Methoden und Instrumente	5

Qualitätsmanagement-Richtlinie/QM-RL, Stand: 17. Dezember 2015

Was ist zu tun?

Wir haben fertig!

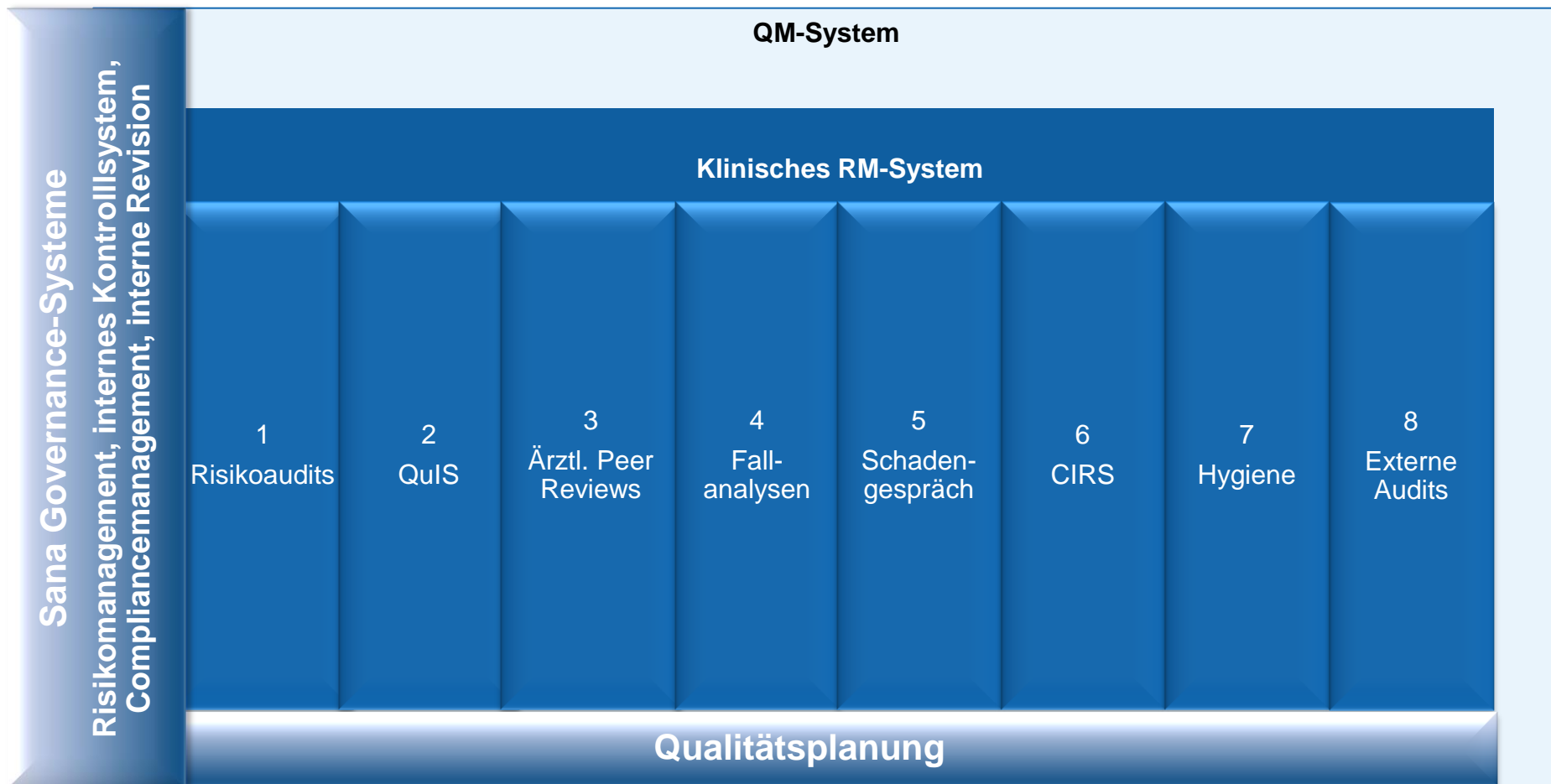


Qualitätsmanagement als Basis

Dies umfasst

- eine Aufbauorganisation mit einem QM-Beauftragten und einer Qualitätskommission
- geregelte Verantwortlichkeiten für Führungskräfte, Beauftragte und Gremien
- beherrschte, in Verfahrensanweisungen hinterlegte und regelhaft auditierte Prozesse
- geregelte Schnittstellen für ausgegliederte Prozesse
- vom Bereich QuK begleitete Managementbewertungen (Qualitätsplanungsgespräche -> Jahresgespräche)

Klinisches Risikomanagement - Instrumente der Sana Kliniken AG



Q*Stars

- Patientensicherheit ist unverzichtbarer Bestandteil unserer Unternehmenskultur.
- Zur frühzeitigen Erkennung, Analyse und Prävention von Risiken setzen wir neben bewährten auch innovative Methoden, Instrumente und Standards ein.

t ransparent

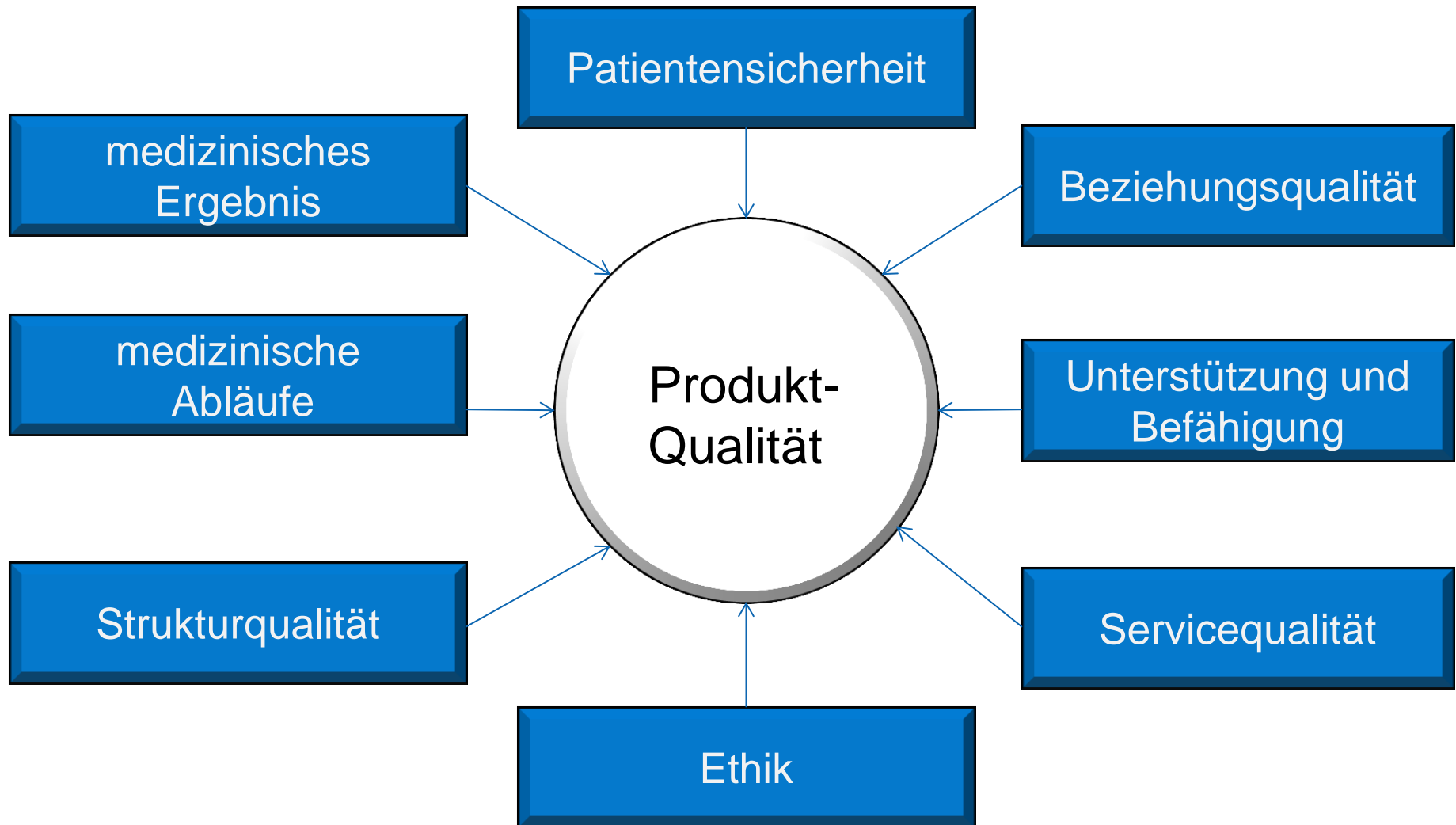
- Die Transparenz über die Ergebnisse von Qualitäts-, Risiko- und Hygienemanagement ist allgegenwärtig.
- Unser Sana Kennzahlensystem ist zielorientiert ausgerichtet und bildet die Grundlage für das Erkennen von Verbesserungspotentialen und deren Umsetzung.

- Wir arbeiten permanent an der Qualität und Sicherheit medizinischer Prozesse und Ergebnisse mit dem Ziel der kontinuierlichen Verbesserung.
- Jeder steht bei uns in seinem Aufgabengebiet dafür ein und verfügt über die notwendigen Kenntnisse und Fähigkeiten.

S teuerbar

- Qualitäts-, Risiko- und Hygienemanagement sind originäre Elemente unseres Führungssystems.
- Sie sind selbstverständliche Themen in den Sitzungen der Führungsgremien auf Krankenhaus- und Konzernebene.

Bestandteile der Produktqualität



Krankenhaus-individuelle Strategieentwicklung durch Qualitätsplanung

Jährlich führt jedes Krankenhaus der Sana Kliniken AG ein Qualitätsplanungsgespräch durch.

Dabei werden auf der Basis einer Ergebnisbewertung in 8 Dimensionen Qualitätsentwicklungsprojekte für das Folgejahr definiert.



Zu Beginn ...

... eine Bestandsaufnahme

Klinische Risikoaudits

- 393 Präventionsmaßnahmen
- zutreffenden Fachabteilungen und Funktionsbereichen zugeordnet
- alle 3 Jahre nachweisgestützte Audits
- Zielwert SSI 100%
- Sana Sicherheitssystem SiSy zur Dokumentation der Audits und Maßnahmen

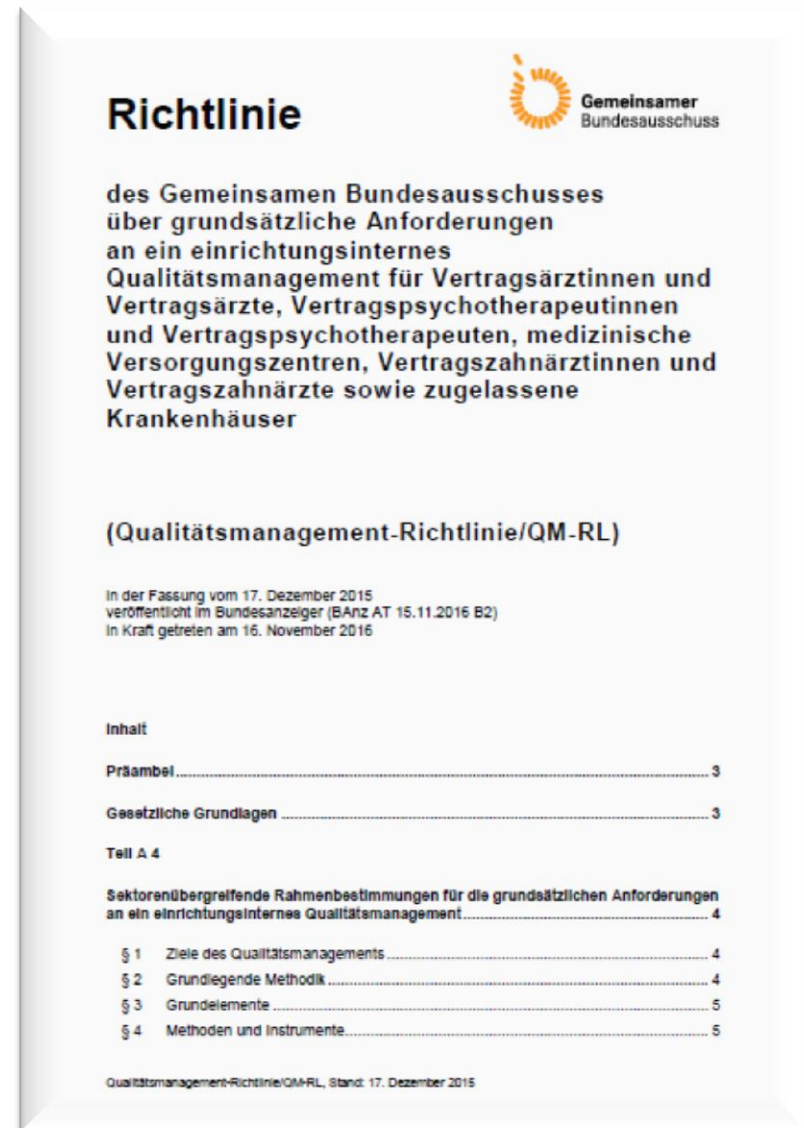
„Risikomanagement **Dabei werden unter Berücksichtigung der Patienten- und Mitarbeiterperspektive alle Risiken in der Versorgung identifiziert und analysiert** sowie Informationen aus anderen Qualitätsmanagement-Instrumenten, insbesondere die Meldungen aus Fehlermeldesystemen genutzt.“


Nach der Bestandsaufnahme ...

... Forderungen der **G-BA-Richtlinie** erfüllen

Die QM-Richtlinie des G-BA als Richtschnur

„Eine individuelle Risikostrategie umfasst das systematische Erkennen, Bewerten, Bewältigen und Überwachen von Risiken sowie die Analyse von kritischen und unerwünschten Ereignissen, aufgetretenen Schäden und die Ableitung und Umsetzung von Präventionsmaßnahmen.“



Richtlinie  **Gemeinsamer Bundesausschuss**

des Gemeinsamen Bundesausschusses über grundsätzliche Anforderungen an ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement für Vertragsärztinnen und Vertragsärzte, Vertragspsychotherapeutinnen und Vertragspsychotherapeuten, medizinische Versorgungszentren, Vertragszahnärztinnen und Vertragszahnärzte sowie zugelassene Krankenhäuser

(Qualitätsmanagement-Richtlinie/QM-RL)

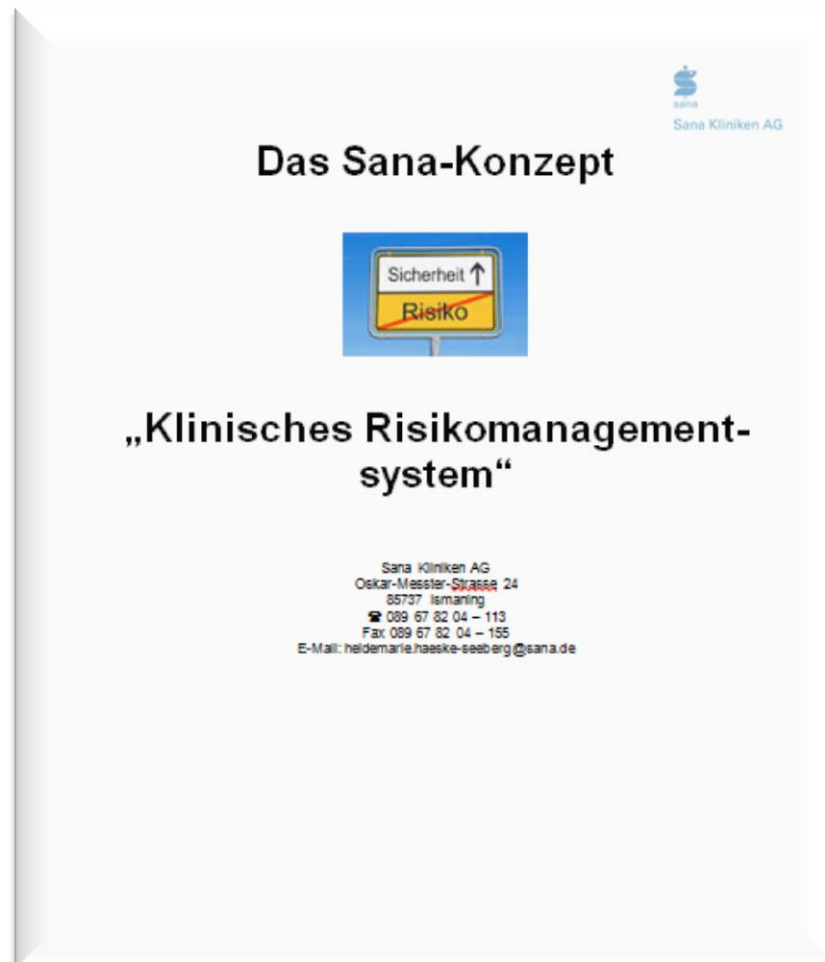
In der Fassung vom 17. Dezember 2015
veröffentlicht im Bundesanzeiger (BAnz AT 15.11.2016 B2)
In Kraft getreten am 16. November 2016

Inhalt

Präambel	3
Gesetzliche Grundlagen	3
Teil A 4	
Sektorenübergreifende Rahmenbestimmungen für die grundsätzlichen Anforderungen an ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement	4
§ 1 Ziele des Qualitätsmanagements	4
§ 2 Grundlegende Methodik	4
§ 3 Grundelemente	5
§ 4 Methoden und Instrumente	5

Qualitätsmanagement-Richtlinie/QMRL, Stand: 17. Dezember 2015

Das Konzept beschreibt die Vernetzung der Instrumente




Arzneimitteltherapiesicherheit als Bestandteil des Präventionskataloges

„Die Einrichtung soll bei der Verordnung und Verabreichung von Arzneimitteln vermeidbare Risiken, die im Rahmen der Arzneimitteltherapie entstehen, durch geeignete Maßnahmen identifizieren, durch geeignete Maßnahmen sicherstellen, dass einschlägige Empfehlungen im Umgang mit Arzneimitteln bekannt sind und sicherstellen, dass angemessene Maßnahmen ergriffen werden, um Risiken im Medikationsprozess zu minimieren.“

Arzneimittel-

- lagerung
- verordnung
- verabreichung



Haeske-Seeberg, Heidemarie

DURCHSUCHEN ELEMENTE LISTE

- ▷ Organisationseinheit : Herzkatheterlabor (15)
- ▷ Organisationseinheit : Innere Medizin - SP Gastroenterologie (166)
- ▷ Organisationseinheit : Innere Medizin - SP Hämatologie und internistische Onkologie (166)
- ▷ Organisationseinheit : Innere Medizin - SP Kardiologie (166)
- ▷ Organisationseinheit : Intensivmedizin (182)
- ◀ Organisationseinheit : Intensivmedizin-IMC (182)
- ▷ Kriterium : Arzneimittelanamnese (4)
- ◀ Kriterium : Arzneimittellagerung (2)
 - Arzneimitteltherapiesicherheit Zur Vorbeugung von Medikamentenverwechslungen werden Medikamente nach Wirkstoffen bestellt und gelagert. 143
 - Arzneimitteltherapiesicherheit Zur Vermeidung von Medikationsfehlern bei der Lagerung, Vorbereitung und Applikation von Arzneimitteln sind Sicherungsmaßnahmen etabliert (z.B. Trennung von hoch- und niedrigprozentigen Glucoselösungen, KCL und NACL, übersichtliche Lagerhaltung, deutliche Markierung der Dosis bei look alike Produkten etc.). 144
- ▷ Kriterium : Arzneimittelverabreichung (10)

Patientenaufklärung

„Zur Patienteninformation gehören Informations- und Aufklärungsmaßnahmen, die dazu beitragen, dass Patientinnen und Patienten besser im Behandlungsverlauf mitwirken und gezielt zur Erhöhung ihrer eigenen Sicherheit beitragen können.“



ZVK-Port DE

Dokumentierte Patientenaufklärung
Basisinformation zum Aufklärungsgespräch

Operative Einpflanzung eines zentralvenösen Katheters
(Port, Hickman, Broviac)

Der Eingriff ist für den _____ geplant.
Datum

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient, sehr geehrte Eltern,
Ihre Behandlung/die Behandlung Ihres Kindes erfordert die Einpflanzung eines zentralvenösen Katheters. Dieses Aufklärungsblatt soll helfen, das anstehende Aufklärungsgespräch vorzubereiten und die wichtigsten Punkte zu dokumentieren. Bitte lesen Sie alles aufmerksam durch und beantworten Sie die Fragen gewissenhaft.

Weshalb ist der Eingriff nötig?
Wiederholte Venenpunktionen verursachen Entzündungen und Schmerzen. Der beschriebene zentrale Venenkatheter (Cava-Katheter) kann zuverlässig zu Komplikationen (z.B. gefährliche Infektionen) führen. Um einen langfristigen und sicheren Venenzugang (z.B. für die Chemotherapie, Gabe von Medikamenten, Nährlösungen oder Dauerinfusionen) zu gewährleisten, ist die operative Einpflanzung eines venösen Verweilkatheters erforderlich.

Ist mit Komplikationen zu rechnen?
Gelegentlich gelingt es nicht auf Anhieb, den Katheter in das Blutgefäß einzuführen oder im Gefäßinneren bis zur Hohlvene vorzuschieben. Insbesondere bei Kindern ist aufgrund der kleinen Gefäßdurchmesser oder irregulärer Gefäß

OP-Sicherheitscheckliste

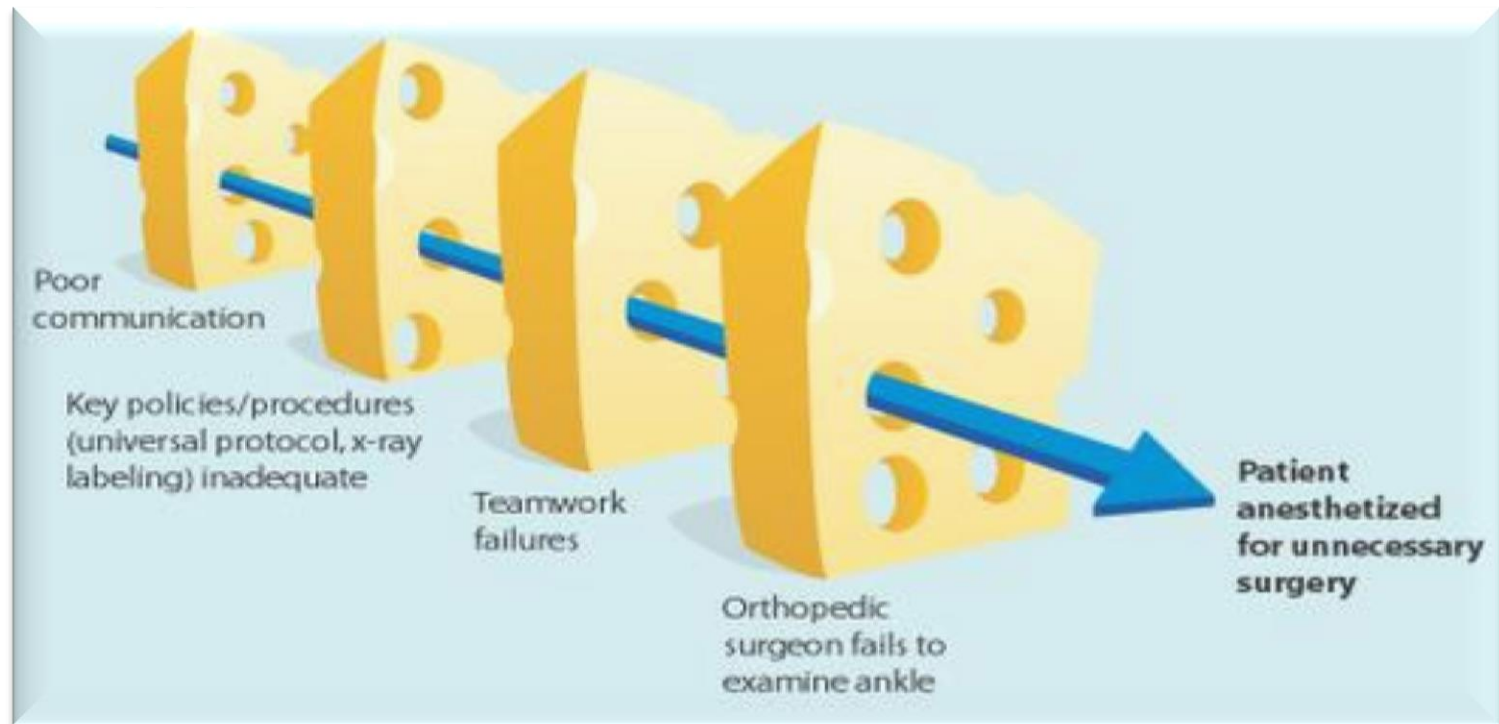
„Bei operativen Eingriffen, die unter Beteiligung von zwei oder mehr Ärztinnen bzw. Ärzten oder die unter Sedierung erfolgen, werden OP-Checklisten eingesetzt. Diese OP-Checklisten sollen einrichtungsspezifisch entwickelt und genutzt werden sowie alle am Eingriff Beteiligten einbeziehen.“

Empfehlungen zur Prävention von Eingriffsverwechslungen

1	2	3	4
			
Identifikation Patient	Markierung Eingriffsort	Zuweisung zum richtigen OP-Saal	Team-Time-Out vor Schnitt
wer? – Operateur, aufklärender Arzt, voll informierter Arzt	wer? – Operateur, aufklärender Arzt, voll informierter Arzt	wer? – definierte, verantwortliche Person	wer? – OP-Team – Initiert durch definierte, verantwortliche Person
wann? – Aufklärungsgespräch vor oder nach Aufnahme	wann? – außerhalb des OPs – bei wachem Patienten	wann? – unmittelbar vor Anästhesie-einleitung und vor Eintritt in den Saal	wann? – unmittelbar vor Schnitt
was? <ul style="list-style-type: none"> ■ Richtiger Patient – Namen und Geburtsdatum sagen lassen und prüfen ■ Eingriffsart – im Gespräch mit dem Patienten bestätigen ■ Eingriffsort – aktiv fragen und zeigen lassen – Angehörige einbeziehen (vor allem bei Kindern und nicht urteilsfähigen Patienten) ■ Abgleich mit Akten und Bildern 	was? <ul style="list-style-type: none"> ■ Abgleich mit Akten – richtiger Patient – Eingriffsart – Eingriffsort ■ Patienten aktiv einbeziehen – Eingriffsort zeigen lassen – Angehörige einbeziehen ■ Markierung – nur Eingriffsort – eindeutige Zeichen (Kreuz, Pfeil, Initialen) – nicht abwischbarer Stift – mehrere Eingriffsorte: alle markieren 	was? <ul style="list-style-type: none"> ■ Patientenidentität – Namen und Geburtsdatum prüfen ■ Eingriffsart – prüfen und bestätigen ■ Eingriffsort – prüfen und bestätigen ■ Markierung prüfen – mit Aktenabgleich – wenn möglich aktive Befragung des Patienten ■ Saalcheck – Zuweisung zum OP-Saal überprüfen 	was? <ul style="list-style-type: none"> ■ Letztes innehalten – letzte Richtigkeitsprüfung ■ Mittels Mitleistcheckliste – richtiger Patient (Namen und Geburtsdatum) – Eingriffsart – Eingriffsort – Aufnahmen bildgebender Verfahren – Richtige Implantate verfügbar ■ Alle Punkte durch OK bestätigen ■ Durchführung des Team-Time-Out dokumentieren
 Jede Unstimmigkeit sofort klären	 Jede Unstimmigkeit sofort klären	 Ohne Markierung keine Anästhesie	 Bei Unstimmigkeiten kein Schnitt

Fehlermeldesysteme

„Fehlermeldesysteme sind ein Instrument des Fehlermanagements. Ein Fehlerberichts- und Lernsystem ist für alle fach- und berufsgruppen-übergreifend niederschwellig zugänglich und einfach zu bewerkstelligen.“



Fallanalysen

„Als Instrumente des klinischen Risikomanagements im Krankenhaus sind z. B. Fehlermeldesysteme, Risiko-Audits, Morbiditäts- und Mortalitäts-Konferenzen oder **Fallanalysen** zu nennen.“

Ereignis-, Risiko und Kommunikationsanalyse
auf der Basis des London Protocoll

- Versicherungsmakler übermittelt definierte „never events“
- 2tägige Analyse durch ausgebildete Fallanalytiker

Klinisches Risikomanagement – Sana Kliniken AG – ERiKA Fallanalysebericht



ERiKA- Fallanalyse

Ereignis- und Risikokommunikationsanalyse

Systemische Analyse eines Schadenfalles

Sana Klinik

Brigitte Jahn

Referentin Sana Qualitätsmanagement

Sana Kliniken AG, 85737 Ismaning

Ismaning, 15.03.2015

Fallvorstellungen in Fachgruppen



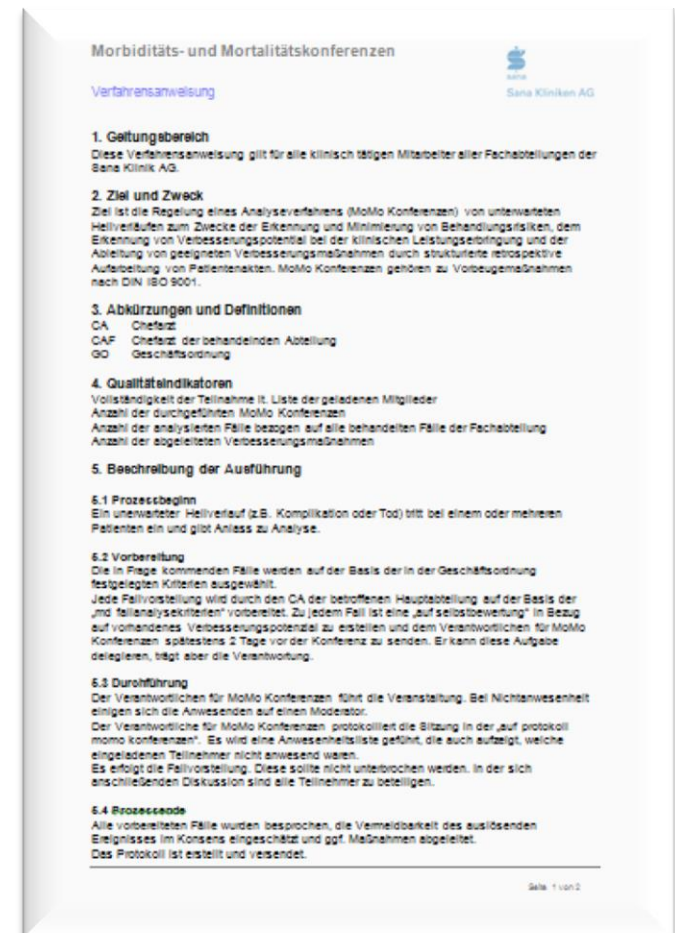
Schadenfälle werden vorgestellt und hinsichtlich verallgemeinerungswürdiger Erkenntnissen diskutiert.

Morbiditäts- und Mortalitäts-Konferenzen

„Als Instrumente des klinischen Risikomanagements im Krankenhaus sind z. B. Fehlermeldesysteme, Risiko-Audits, **Morbiditäts- und Mortalitäts-Konferenzen** oder Fallanalysen zu nennen.“

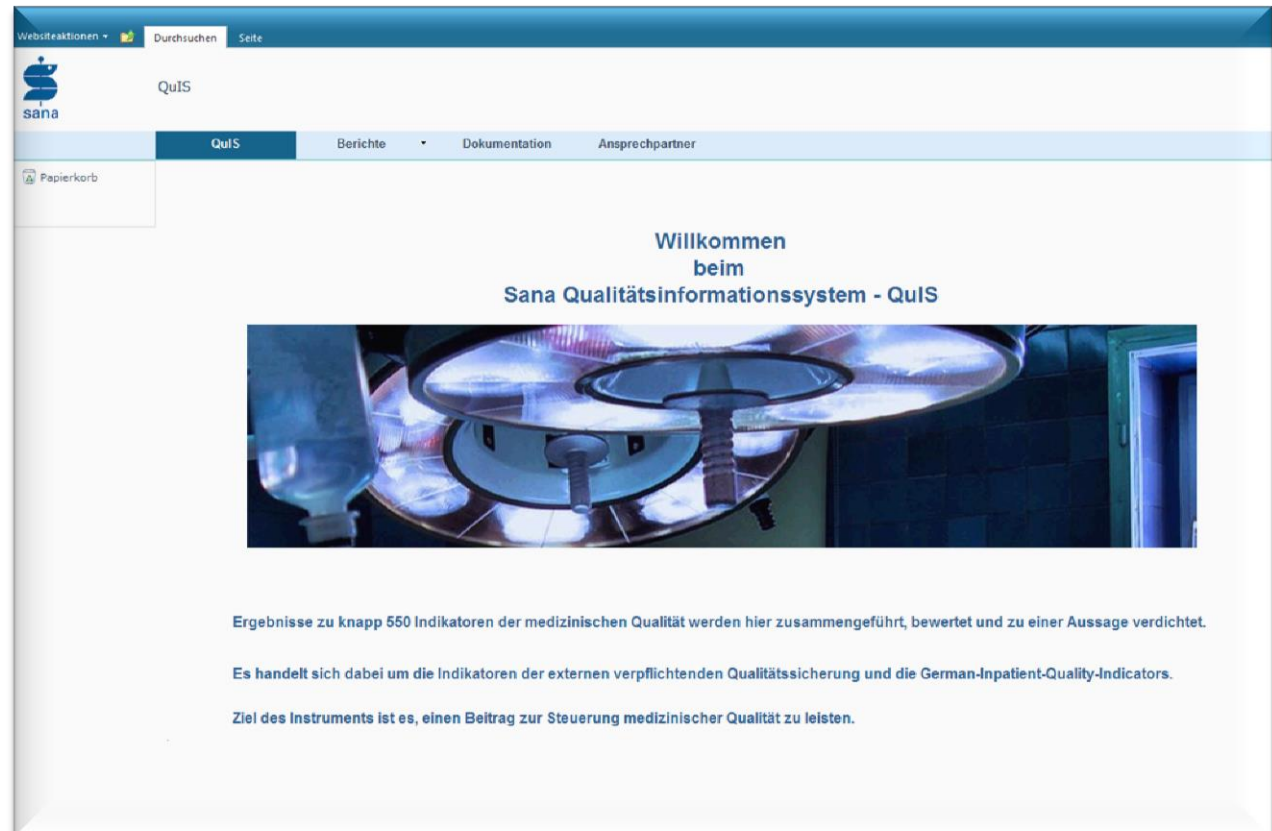
Morbiditäts- und Mortalitäts-Konferenzen

- festgelegte Intervalle
- systematische Vorbereitung durch checklistenunterstützte Aktenanalyse
- als IKS-Standard: Umsetzung von Maßnahmen als Ziel



Das QualitätsInformationssystem – QuIS

Darstellung von 550 Indikatoren der medizinischen Qualität (§ 137 SGB V, § 21 KHEntgG, Register u.ä.)



The screenshot shows the Sana QuIS web application interface. At the top, there is a navigation bar with the Sana logo and the text 'QuIS'. Below this, there are tabs for 'QuIS', 'Berichte', 'Dokumentation', and 'Ansprechpartner'. A 'Papierkorb' (trash) icon is visible on the left. The main content area features a welcome message: 'Willkommen beim Sana Qualitätsinformationssystem - QuIS'. Below the text is a photograph of a surgical light fixture. Underneath the image, there are three lines of text: 'Ergebnisse zu knapp 550 Indikatoren der medizinischen Qualität werden hier zusammengeführt, bewertet und zu einer Aussage verdichtet.', 'Es handelt sich dabei um die Indikatoren der externen verpflichtenden Qualitätssicherung und die German-Inpatient-Quality-Indicators.', and 'Ziel des Instruments ist es, einen Beitrag zur Steuerung medizinischer Qualität zu leisten.'

Das QualitätsInformationsSystem – QuIS

- Bewertung in einem Ampelsystem
- Verdichtung für verschiedene Zielgruppen
- statistische Basis für die Auswahl von Peer Review Abteilungen / Themen

100,00 %

96,03 %

91,58 %

89,84 %

87,71 %

86,22 %

85,66 %

84,79 %

84,47 %

82,44 %

82,03 %

81,37 %

79,17 %

78,43 %

77,34 %

76,14 %

75,45 %

75,00 %

74,88 %

74,77 %

74,25 %

73,95 %

72,90 %

72,81 %

72,77 %

72,37 %

72,10 %

71,71 %

71,57 %

70,11 %

69,90 %

69,46 %

68,45 %

68,08 %

67,63 %

65,23 %

59,10 %

57,77 %

42,85 %

Ärztliche Peer Reviews

- auf Basis von Qualitätsindikatoren
- Auswahl durch Fachgruppen
- bis Jahresende 130 ausgebildete Chefärzte als Peers

Ärztliche Peer Reviews 2017

- 8 „klassische“ Peer Reviews
- 5 offsite Peer Reviews
- 10 Peer Reviews ITS und ZNA
- 174 Todesfälle 2014 – 2016 bei low risk Eingriffen Viszeral- und Gefäßchirurgie



The screenshot shows the user interface of the 'sana.zamm' (Zentrales Audit- und Maßnahmenmanagement) system. The header includes the logo 'sana.zamm' and the title 'Zentrales Audit- und Maßnahmenmanagement'. A left-hand navigation menu lists: Start, Zentrale Kontrollaktivitäten, Benutzerverwaltung, Follow-Up, Vorbewertung Fallanalyse, and Jahn Follow-up. The main content area displays 'Startseite ZAMM' with a 'Herzlich Willkommen!' message and a 'Schnellstart' section. This section contains five dark blue buttons labeled: 'Alle Audits', 'Neues Audit', 'Follow-up', 'Benutzerverwaltung', and 'Handbücher ZAMM'. The text 'Dokumentation im sana.zamm' is positioned above the buttons.

Beschwerdemanagement

Die Einrichtung betreibt ein patientenorientiertes Beschwerdemanagement mit geregelter Bearbeitung der Beschwerden. Dazu gehört die Information der Patientinnen und Patienten über die persönliche oder anonyme Beschwerdemöglichkeit vor Ort.

Die Rückmeldungen werden analysiert, bewertet und gegebenenfalls Veränderungsmaßnahmen daraus abgeleitet.

Hygienepersonal und Antibiotic Stewards

Die Schaffung entsprechender **Hygiene- und Infektionsmedizinisch-assoziierter Strukturen und Prozesse** im Krankenhaus ist Voraussetzung für die Gewährleistung der Patientensicherheit. Zur sachgerechten Umsetzung sind eine konsequent eingehaltene (Basis-) Hygiene, eine aussagekräftige Surveillance und der **gezielte und kontrollierte Umgang mit Antibiotika** durch entsprechend qualifizierte Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter notwendig.



Q*stars Projektziel Simulationstrainings

„Es wird eine dem Patienten- und Leistungsspektrum entsprechende Notfallausstattung und Notfallkompetenz, die durch regelmäßiges Notfalltraining aktualisiert wird, vorgehalten. Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sind im Erkennen von und Handeln bei Notfallsituationen geschult.“

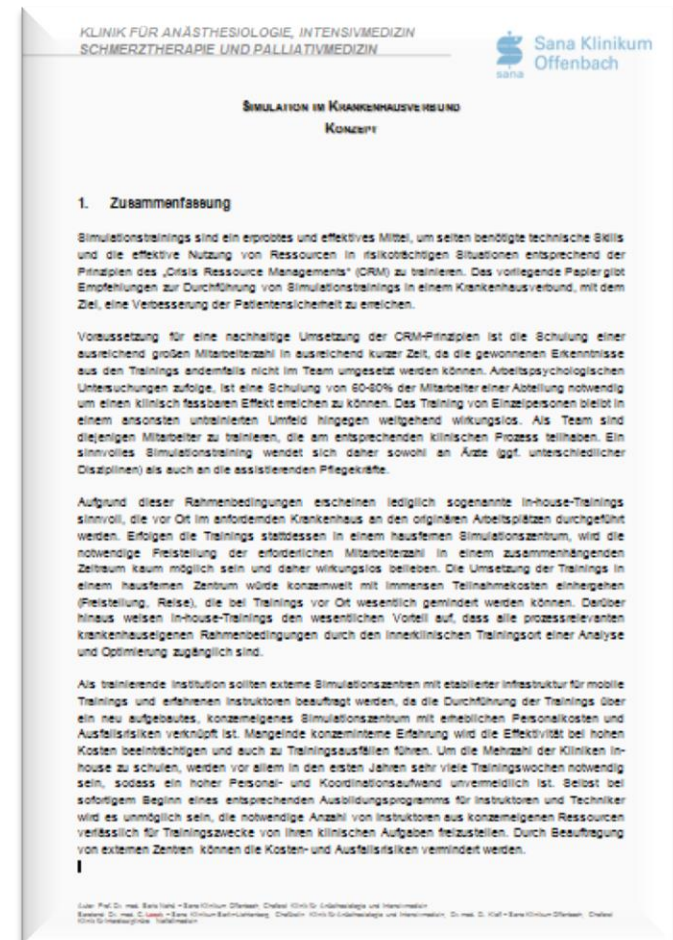
Ausgewählte Teams können in medizinischen Notfallsituationen sicher handeln und eindeutig miteinander kommunizieren.

Projektvorbereitung

Erarbeitung einer Projektskizze in der Fachgruppe Anästhesie und Intensivmedizin

Simulationstrainings:

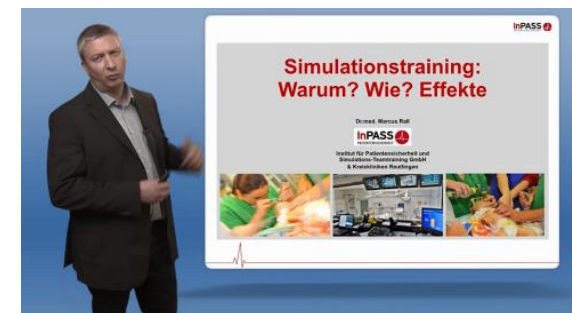
- interdisziplinär
- fächerübergreifend
- in situ / inhouse



Vorbereitungsvideos


- „Wie Fehler entstehen“
- „Das CRM-Konzept“
- „Simulationstraining: Warum? Wie? Effekte?“

- 3x jeweils 20 Minuten



„Ein relevanter Teil der Risikostrategie ist eine strukturierte Risikokommunikation.“

Richtlinie



**Gemeinsamer
Bundesausschuss**

**des Gemeinsamen Bundesausschusses
über grundsätzliche Anforderungen
an ein einrichtungsinternes
Qualitätsmanagement für Vertragsärztinnen und
Vertragsärzte, Vertragspsychotherapeutinnen
und Vertragspsychotherapeuten, medizinische
Versorgungszentren, Vertragszahnärztinnen und
Vertragszahnärzte sowie zugelassene
Krankenhäuser**

(Qualitätsmanagement-Richtlinie/QM-RL)

In der Fassung vom 17. Dezember 2015
veröffentlicht im Bundesanzeiger (BAnz AT 15.11.2016 B2)
In Kraft getreten am 16. November 2016

Inhalt

Präambel	3
Gesetzliche Grundlagen	3
Teil A 4	
Sektorenübergreifende Rahmenbestimmungen für die grundsätzlichen Anforderungen an ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement	4
§ 1 Ziele des Qualitätsmanagements	4
§ 2 Grundlegende Methodik	4
§ 3 Grundelemente	5
§ 4 Methoden und Instrumente	5

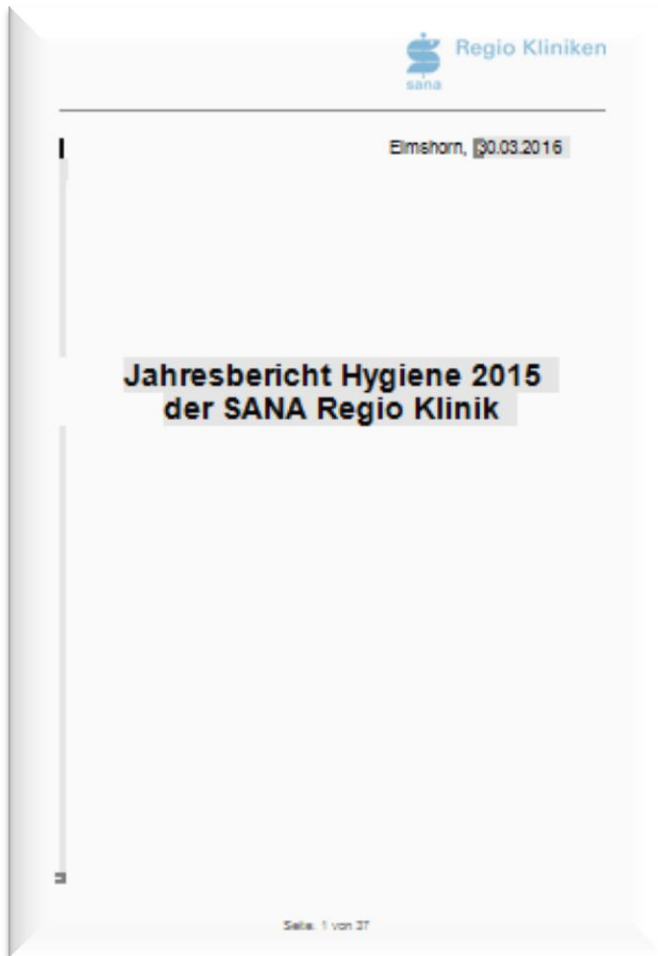
Qualitätsmanagement-Richtlinie/QM-RL, Stand: 17. Dezember 2015

Seminare "Mit gelungener Kommunikation Haftpflichtfälle und Beschwerden vermeiden"



Risikomanagement

Ein relevanter Teil der Risikostrategie ist eine strukturierte Risikokommunikation.



Schadengespräche

jährlich eine umfassende Schadenfallanalyse mit dem Schadenresort des Versicherungsmaklers Staun

regelmäßige umfassende Schadenfallanalysen durch Gespräche zwischen der GF der einzelnen Kliniken und Staun.

Inhalte:

- Bewertung der Schaden-Entwicklung aller Kliniken inkl. der Haftungssituation und der Ursachen
- Erfassen von Mustern und Häufungen
- Auslösen von Folgeaktivitäten

Vorstellung von Versicherungsdaten in Fachgruppen



Versicherungsdaten werden gezeigt und diskutiert.

Ziel: Problemsensitivität vertiefen.

Was könnte helfen?

APS: Klinisches Risikomanagement als System

Internet abrufbar unter www.aps-ev.de

Klinisches Risikomanagement

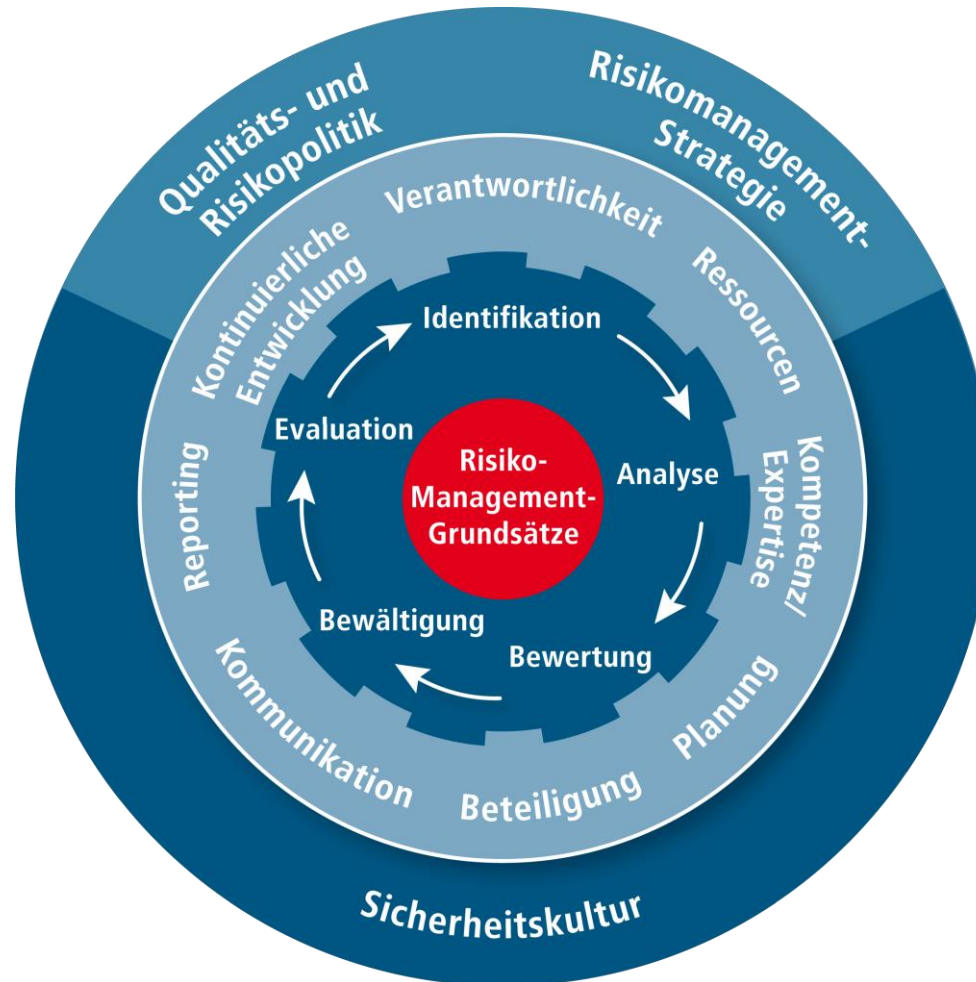
Klinisches Risikomanagement in Krankenhäusern und Rehabilitationskliniken umfasst die Gesamtheit der Strategien, Strukturen, Prozesse, Methoden, Instrumente und Aktivitäten in Prävention, Diagnostik, Therapie und Pflege, die die Mitarbeitenden aller Ebenen, Funktionen und Berufsgruppen unterstützen, Risiken bei der Patientenversorgung zu erkennen, zu analysieren, zu beurteilen und zu bewältigen, um damit die Sicherheit der Patienten, der an deren Versorgung Beteiligten und der Organisation zu erhöhen.

HANDLUNGSEMPFEHLUNG

Anforderungen an klinische Risikomanagementsysteme im Krankenhaus



Das APS-Risikomanagementmodell



Die Risikomanagement-Grundsätze

Klinisches Risikomanagement in Krankenhäusern und Rehabilitationskliniken:

1. verfolgt das Ziel der Erhöhung der Sicherheit der Patienten, der an deren Versorgung Beteiligten und der Organisation und schafft und sichert damit Werte
2. dient gemeinsam mit dem Qualitätsmanagement der Weiterentwicklung der Organisation
3. ist Bestandteil der Entscheidungsfindung im Rahmen der Patientenversorgung
4. befasst sich mit klinischen Risiken im Zusammenhang mit Prävention, Diagnostik, Therapie und Pflege
5. ist systematisch, strukturiert, priorisiert und auf die jeweilige Organisation zugeschnitten
6. stützt sich auf die besten verfügbaren Informationen, Zahlen, Daten, Fakten, und Erkenntnisse
7. fördert die interprofessionelle und interdisziplinäre Kommunikation
8. berücksichtigt das soziale, kulturelle und individuelle Umfeld der Patienten und der an der Versorgung Beteiligten
9. stellt zielgruppenorientiert Transparenz her
10. reagiert auf Entwicklungen in Medizin und Pflege sowie auf gesundheitsökonomische und demographische Veränderungen

Noch Fragen?



Dr. Heidemarie Haeske-Seeberg
Qualitätsmanagement und
klinisches Risikomanagement

Sana Kliniken AG
Oskar-Messter-Straße 24
85737 Ismaning
Telefon: 089 67 82 04 – 113
Telefax: 089 67 82 04 – 155
E-Mail: Heidemarie.Haeske-Seeberg@sana.de

