



# **Drei Jahre CIRS am Evangelischen Krankenhaus Bad Dürkheim - ein Praxisbericht**

Michael Bender

Landesverein für Innere Mission in der  
Pfalz e. V

**25. September 2009**

**Berlin**



# Agenda

- I. Projekt - Rahmen
- II. Projekt - Durchführung
- III. Probleme und Lösungen
- IV. Projektergebnisse



# I. Michael Bender

## Leiter Qualitätsmanagement LVIM

- DGQ- Qualitätsmanager im Gesundheitswesen
- DGQ- Auditor im Gesundheitswesen
- Krankenhaus-Prozessmanager (B.F.G.)
- proCum Cert-Mentor (proCum Cert GmbH)
- EQA-Assessor (EFQM)
- Hygienefachpfleger
- Exam. Krankenpfleger
- z.Z. Studium sBBA Steinbeis Hochschule Berlin



# I. Träger LVIM

2 Krankenhäuser (507 Betten)

9 Altenpflegeeinrichtungen (865 Pflegeplätzen)

5 ambulante Hospizdienste

Validationszentrum

Servicebetriebe (Technikcenter/ Zentralküche)

Zentrale Hauptverwaltung

Krankenpflegeschule (40 Auszubildenden p.a.)



# I. Krankenhaus Bad Dürkheim

Haus der Grundversorgung -200 Betten/384 MA

- Fachabteilung Innere Medizin
- Fachabteilung Gynäkologie
- Fachabteilung Chirurgie
- Radiologische Abteilung
- Belegabteilung HNO
- Praxiszentrum
- Medizinischen Versorgungszentrum



# I.KH- Leitung

- Erkenntnisse aus Implementierung QMS
- Erkenntnisse aus Risikoanalyse
- Beratung durch GRB
- Strategieplanung mit Zielen/ Maßnahmen



# I CIRRS = riskop

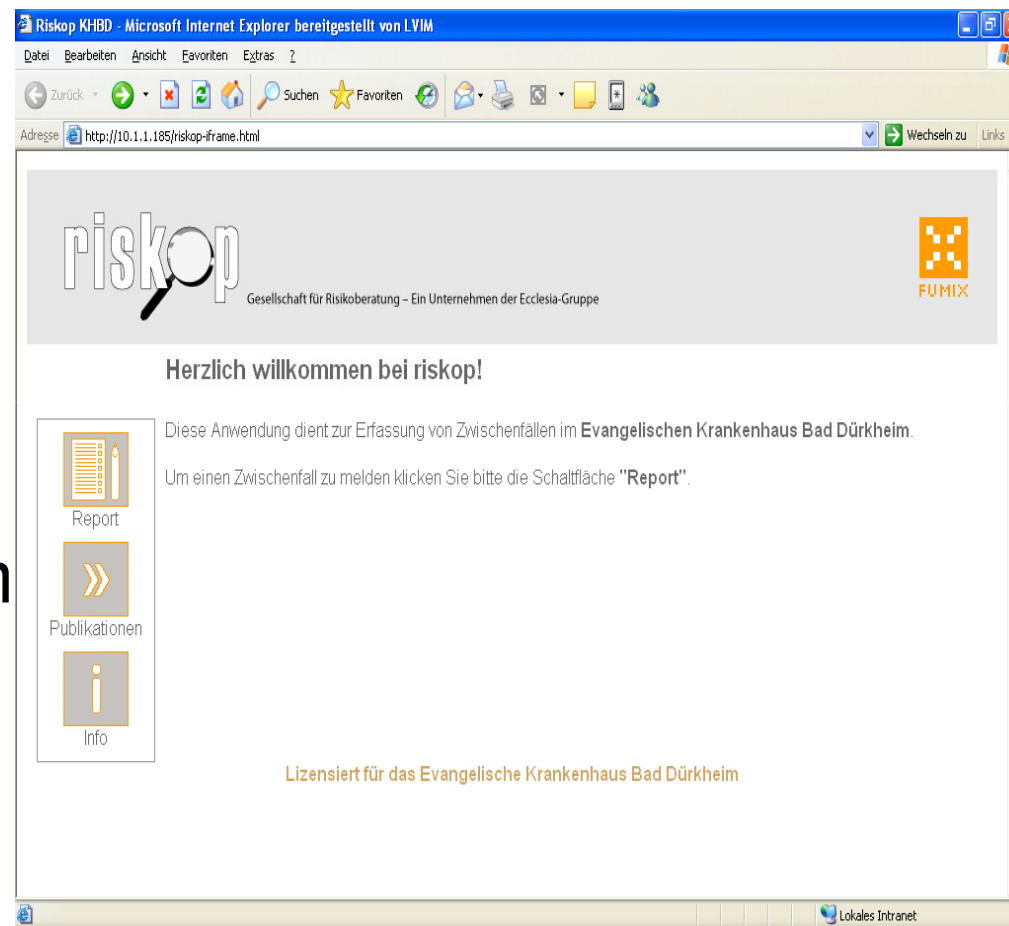
riskop®:

Software der GRB

Intranet-Plattform

Synonym für CIRRS

im KH Bad Dürkheim





# I Wie funktioniert riskop?

## Bearbeitung

Die gemeldeten **Zwischenfälle** werden in definierte **Meldekreise** übermittelt.

Zugeordnete **Auswertungsteams**



- analysieren
- bewerten
- initiieren Verbesserungen



# I Wer nutzt CIRS?

## Alle Mitarbeiter

Ärzte, Pflege

HWD

Techn. Dienst

Service-Dienste

Seelsorge

Verwaltung usw.





# I. Projekt- Voraussetzungen

- Entscheidung Leitung/ Träger
- GMAV/ MAV- Einbindung
- Projektgruppe
- Infrastruktur: Mensch u. Maschine
- Externe Begleitung
- Koordination durch QM



# I Leitsatz Projekt riskop

Es geht nicht darum, Fehler zu suchen und Verantwortliche zu benennen, sondern Zwischenfälle als Chance zur Optimierung der Sicherheit für Patient/ Besucher/ MA, der Optimierung der Prozessqualität und der Wirtschaftlichkeit des Hauses zu nutzen.



## **II. Projekt Durchführung**

# **Die Projektphasen von Januar bis Dezember 2006**

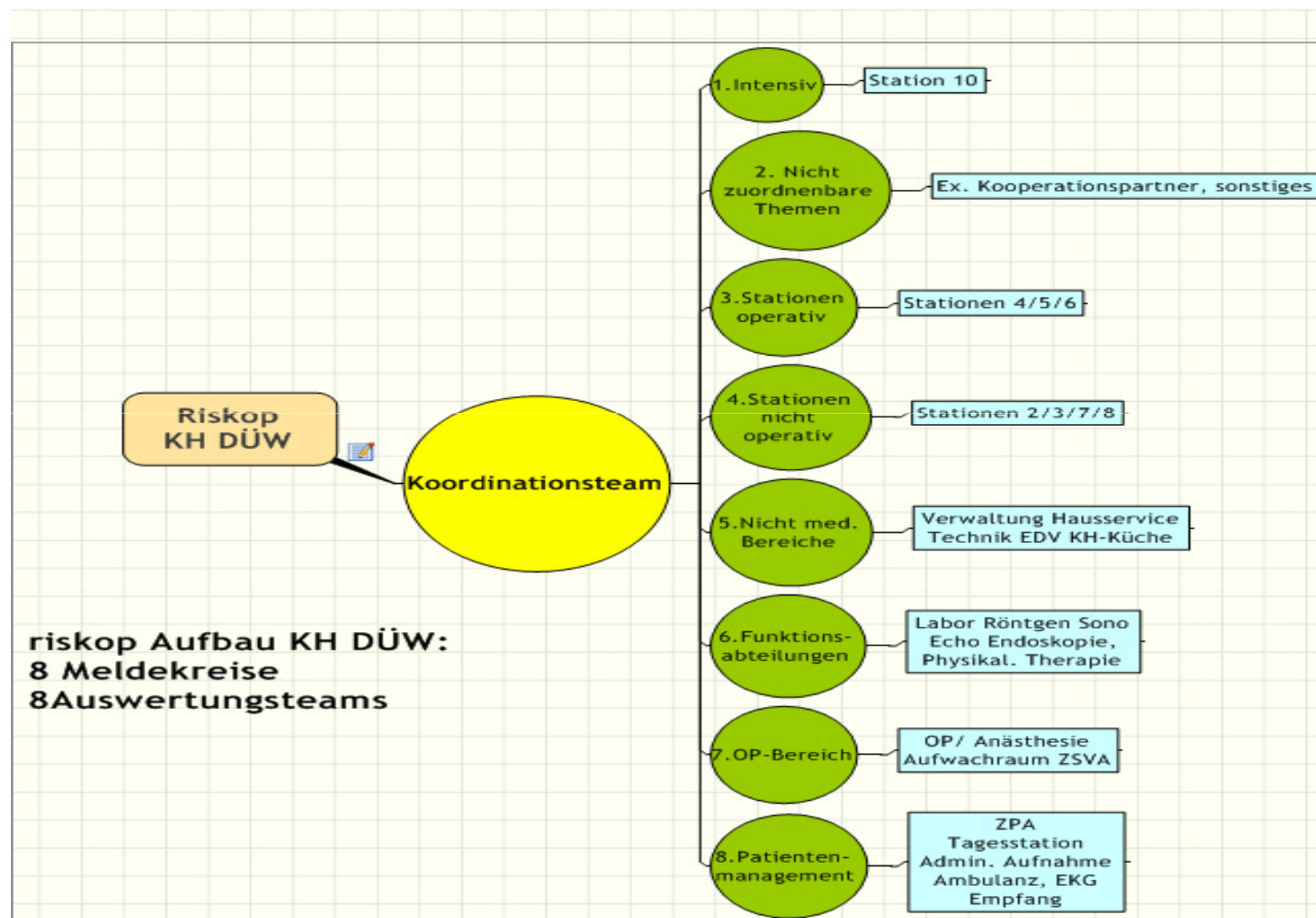


## II. Projektübersicht

Projektgruppe- Konzept/ GO	- Februar	✓
EDV- Installation	- Februar	✓
Pilotphase :Intensiv = 1. Meldekreis	- März	✓
Schulung Auswertungsteam MK 2 /3/4/5	- Sept.	✓
Einrichtung der Meldekreise MK 2 /3/4/5	- Okt.	✓
Schulung Auswertungsteam MK 6/7/8	- Nov.	✓
Einrichtung der Meldekreise MK 6/7/8	- Dez.	✓
Abschluss Projekt	-Dez.	✓



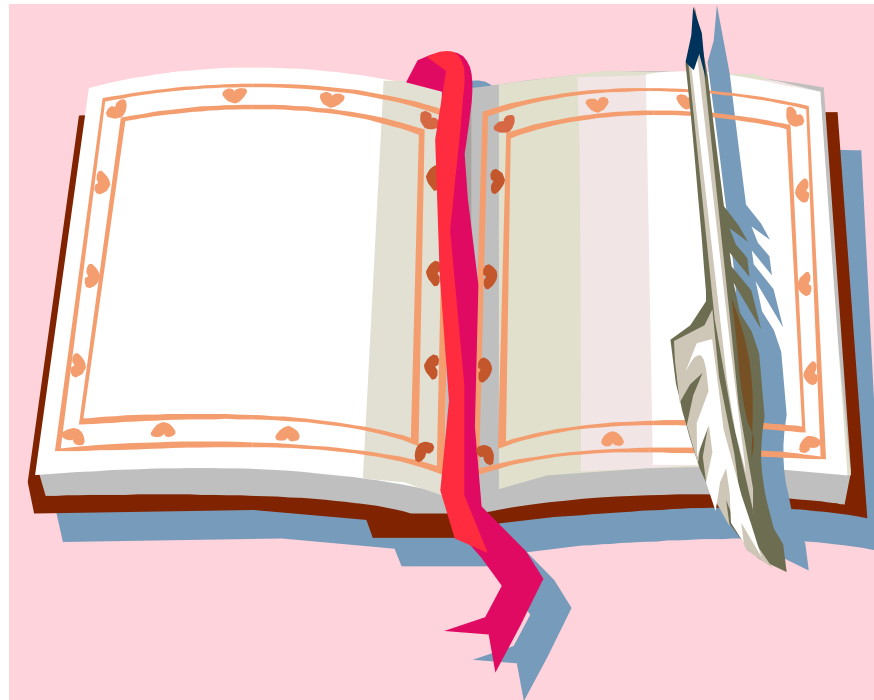
# 1. Projektphase





# 1. Projektphase

Geschäftsordnung:





# III. Probleme und Lösungen

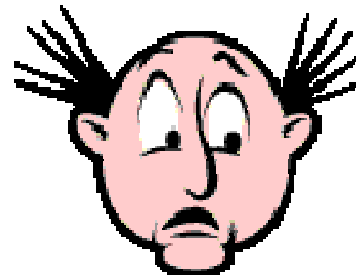
- Ängste und Ablehnung im Pilot- Team
- Fehlende Akzeptanz im Ärztl. Dienst



# III. Probleme und Lösungen

## Ängste und Ablehnung im Pilot- Team

# STASI-SYSTEM





# III. Probleme und Lösungen

- Evaluierung monatlich in Pilotphase
- Teammeldungen → Einstieg in Fehlerkultur
- Kollegiale Bearbeitung im Auswertungsteam





# III. Probleme und Lösungen

## Fehlende Akzeptanz im Ärztl. Dienst

Verteilung Meldungen:

- 60% Pflege
- 20% Ärzte
- 10% Sonstige





## III. Probleme und Lösungen

- Größe der Berufsgruppen
- Identifikation mit OE - KH
  - Ärzte nur befristete MA
  - Eigene Entwicklung relevant nicht OE
  - Ärztemangel →  
Konzentration Kernprozess
  - Hierarchiestruktur ÄD



# III. Probleme und Lösungen

- Versammlungen
- QM- Konferenzen
- Besprechungen
- Begleitung AWT
- Fallbesprechungen
- Intranet





# IV. Projektergebnisse

## Erfolgsfaktoren

- Realistische Projektdauer von ca. einem Jahr
- Unterstützung des Projekts durch GRB
- Pilotphase mit entsprechender Evaluierung
- Umsetzung in mehreren Schritten
- Qualifizierte Informationspolitik/ internes Marketing
- Offensive Einbindung der Mitarbeitervertretung
- Mitarbeiterschulung in allen Ebenen



# IV. Projektergebnisse

## Erfolgsfaktoren

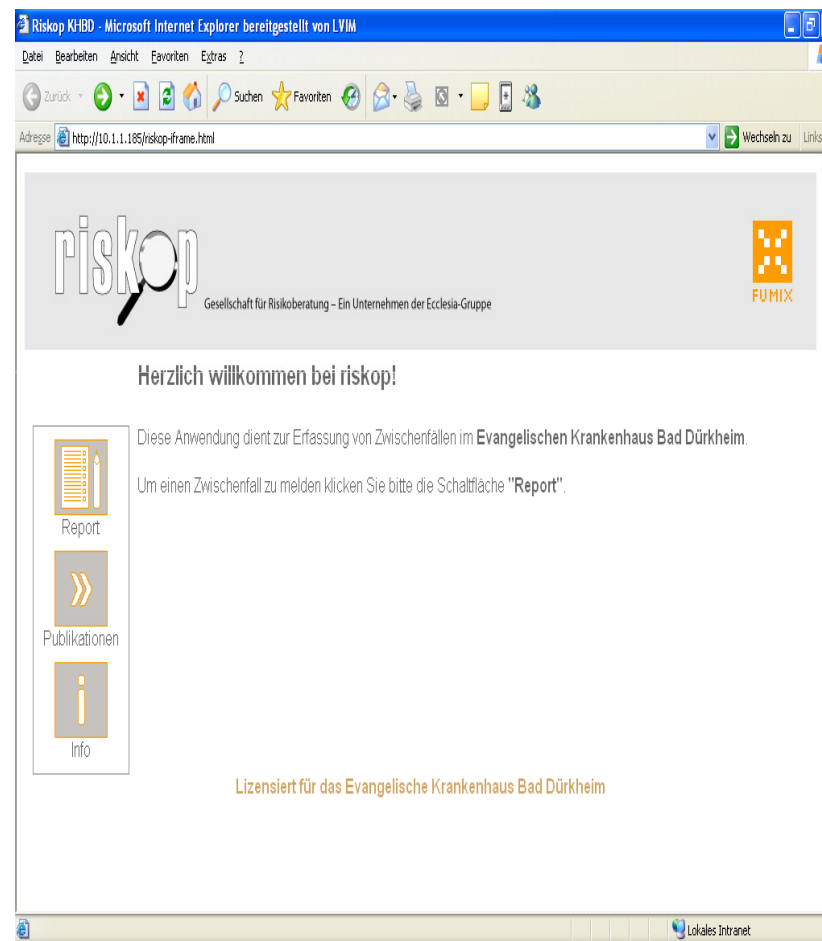
- Meinungsbildner als Multiplikatoren
- Klare Regelungen der inhaltlichen Arbeit
- Interdisziplinäre Auswertungsteams
- Anforderungsprofil Auswertungsteams
- Definition als „Top Down“- Projekt
- Unterstützung definierte interne Ressourcen
- Strukturierte Rückmeldungen der Verbesserungen



# IV. Projektergebnisse

## Projektende 2006:

43 MA bearbeiteten in  
8 Auswertungsteams  
189 Meldungen  
in monatlichen Treffen





# IV. Projektergebnisse

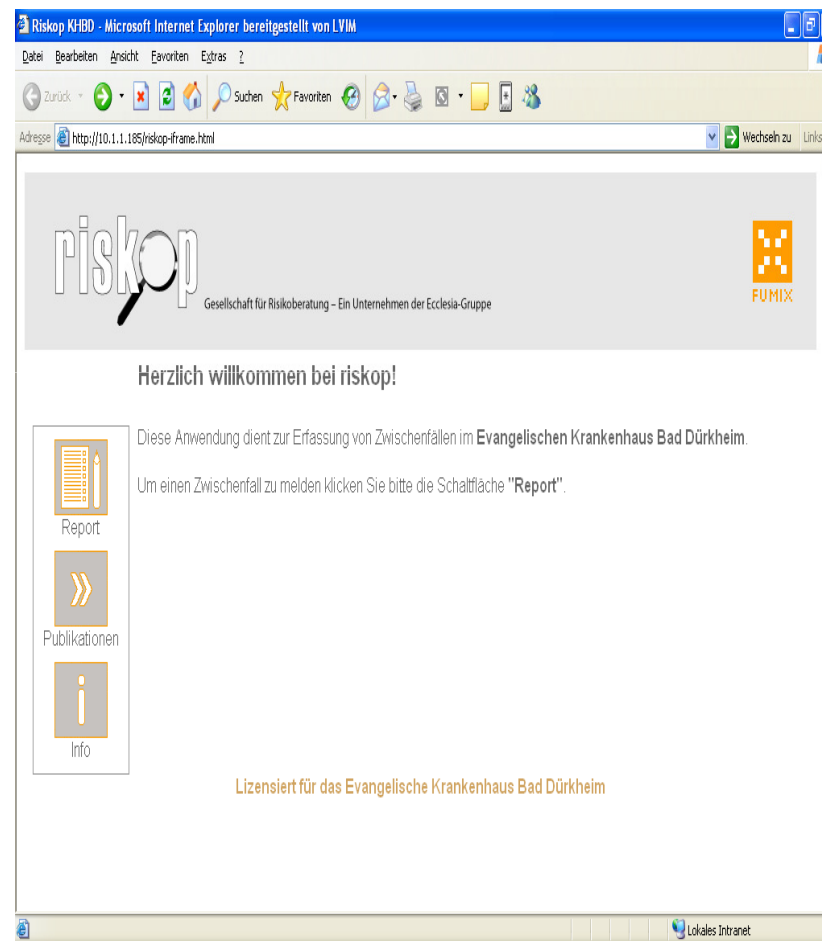
September 2009 :

Januar 08 Evaluierung:

8 AWT → 5 AWT

Meldungen insgesamt:

320 Meldungen





# IV. Projektergebnisse

## Verbesserungen:

- Identifikationsarmbänder
- Aufstockung Stellenplan ZPA
- Einsatz Sicherheitsdienst „Wurstmarkt“
- Deeskalations- Training
- 43 neue Prozessregelungen
- 9 Schulungs- Fortbildungsveranstaltungen
- 5 Projekte



# IV. Projektergebnisse

- Positiver Projektverlauf
- Einstieg in offene Fehlerkultur
- Beteiligung der Basis am KVP
- Reduzierung von „Fehlern“
- Ökonomischer Erfolg
- Riskop als Motor des Projekt- und Prozessmanagements
- Jährliche Evaluierung/ Optimierung CIRS-Struktur



Fragen und Kommentare

**Danke für Ihre  
Aufmerksamkeit**