



**Niedersächsisches Ministerium für Soziales,  
Frauen, Familie, Gesundheit und Integration**

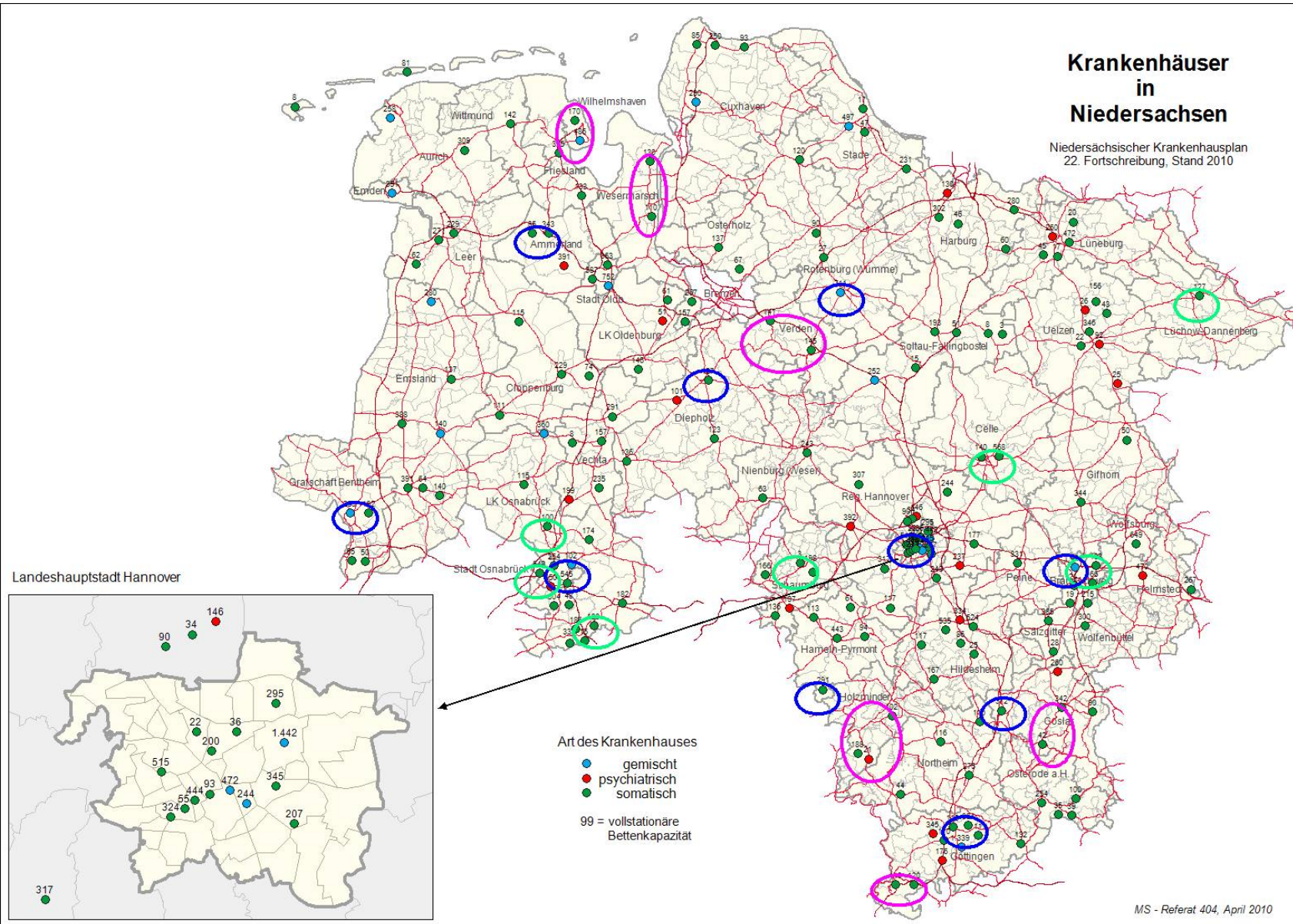
# **Risikomanagement aus Landessicht**

**Dr. Boris Robbers**  
**Referatsleiter Krankenhäuser**  
**Niedersächsisches Sozialministerium**



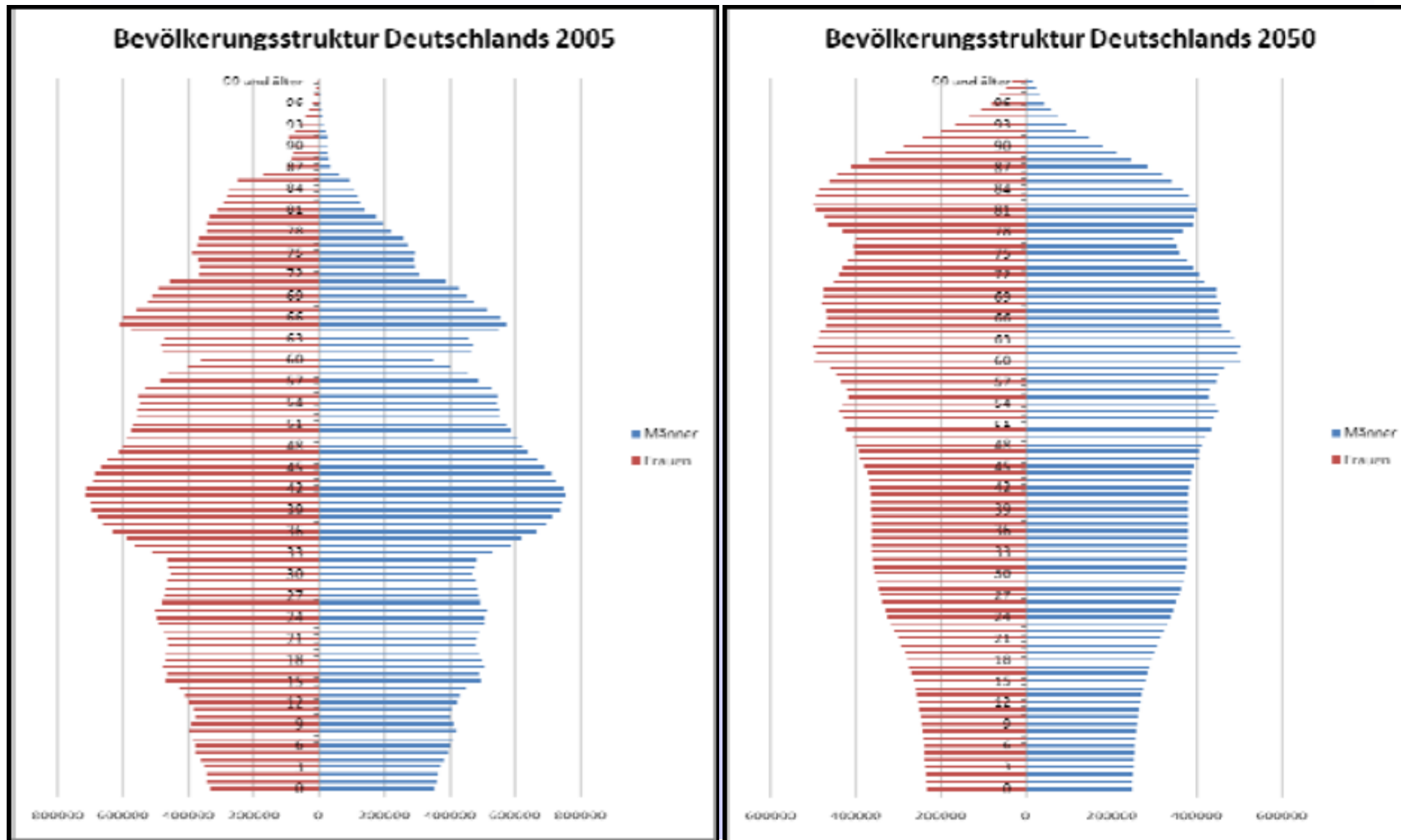
## Krankenhäuser in Niedersachsen

Niedersächsischer Krankenhausplan  
22. Fortschreibung, Stand 2010



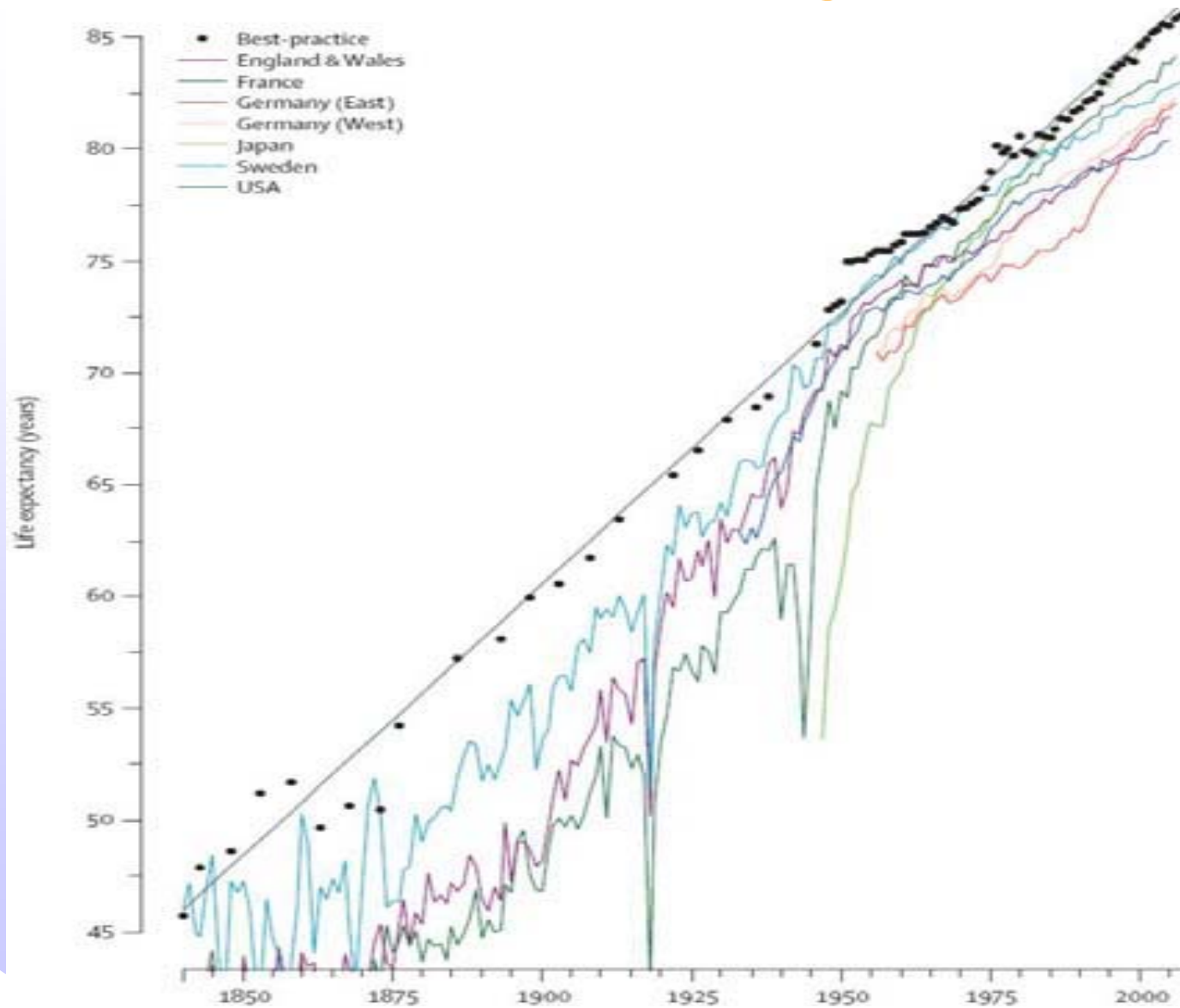


## Zukünftige Herausforderungen



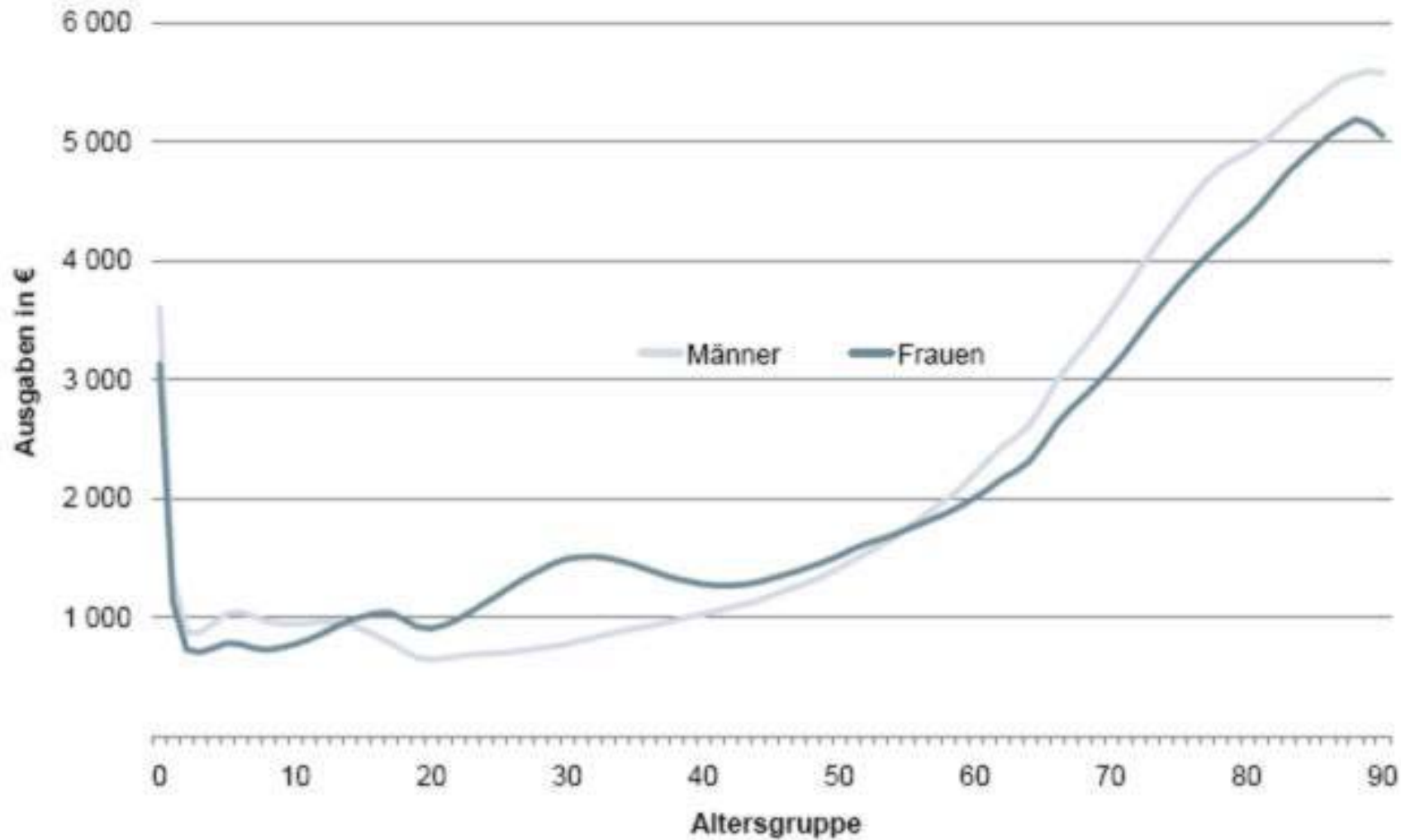


# Lebenserwartung





## Kostenentwicklung

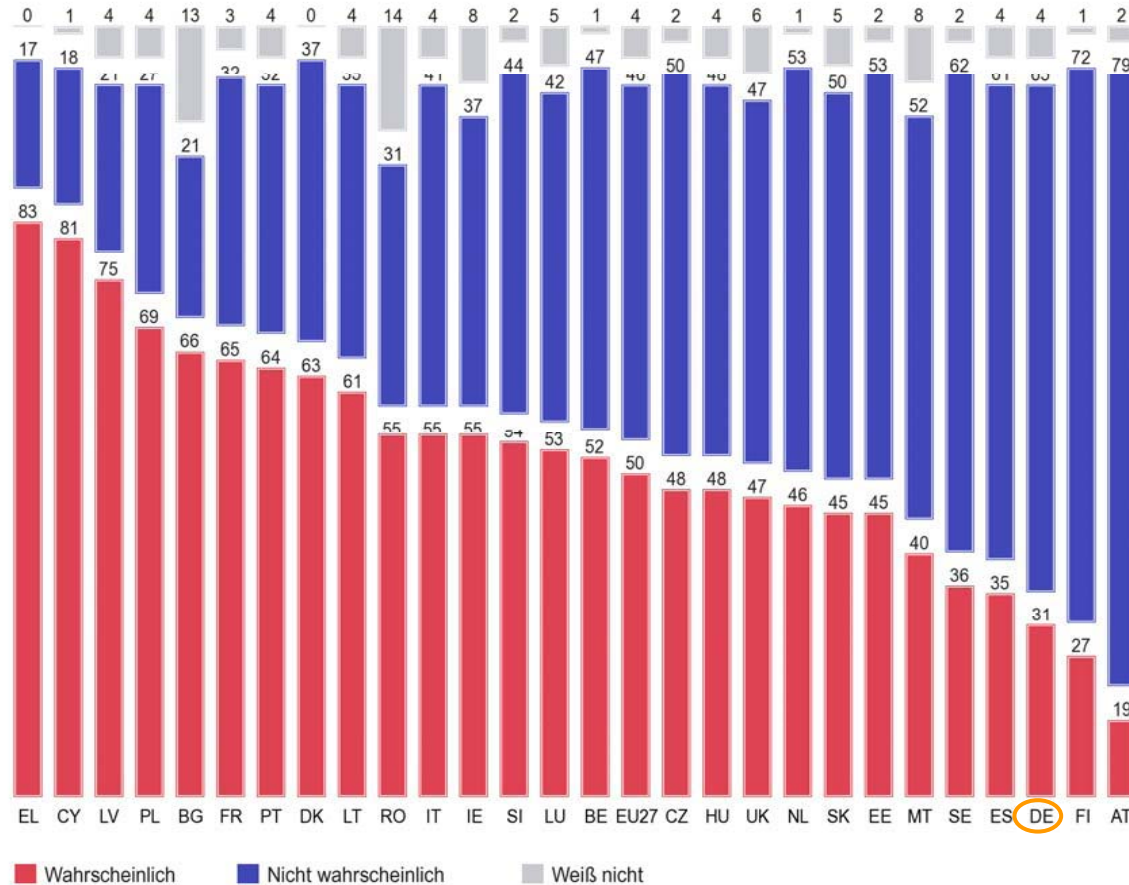




## Eurobarometer 2010 Patientensicherheit

- 50% der Befragten haben Sorge, während einer med. Behandlung Schaden erleiden zu können

QD4a. Wie wahrscheinlich ist es Ihrer Meinung nach, dass Patienten durch eine medizinische Krankenhausbehandlung in (UNSEREM LAND) zu Schaden kommen? Unter einer Krankenhausbehandlung verstehen wir die medizinische Versorgung ambulanter oder stationärer Patienten im Krankenhaus.





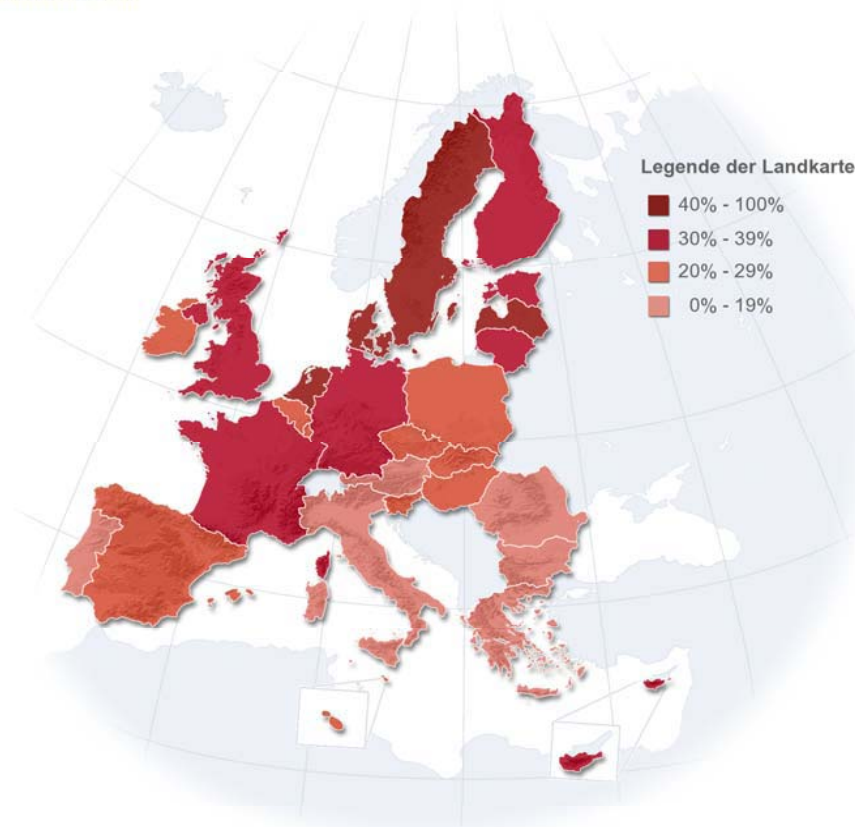
## Eurobarometer 2010 Patientensicherheit

- 26% erklärten, schon einen Behandlungsfehler erlebt zu haben

	SE	49%
	DK	43%
	LV	43%
	NL	42%
	EE	39%
	FR	39%
	LT	36%
	CY	35%
	FI	34%
	UK	31%
	DE	30%
	SI	29%
	BE	29%
	LU	29%
	SK	29%
	EU27	26%
	HU	24%
	CZ	23%
	MT	23%
	ES	20%
	PL	20%
	IE	20%
	EL	16%
	RO	16%
	BG	15%
	IT	15%
	PT	13%
	AT	12%

Frage: QD6a. Haben Sie oder ein Mitglied Ihrer Familie schon einmal einen negativen Zwischenfall während einer medizinischen Versorgung erlebt?

Antworten: Ja





## Problem: Hohe Medienwirkung!



**„Pro Jahr 17 000 Tote wegen Klinikfehlern“**  
BERLIN, 23. April (dpa/AP). Wegen Behandlungsfehlern im Krankenhaus sterben in Deutschland jedes Jahr etwa 17 000 Personen. Die meisten Fälle gingen auf Infektionen und Arzneimittel-Nebenwirkungen zurück, berichtete das Aktionsbündnis Patientensicherheit am Montag in Berlin. Die Zahlen basieren auf etwa 50 Studien, deren Ergebnisse die Wissenschaftler für Deutschland hochrechneten. Demnach sterben 0,1 Prozent aller Krankenhaus-Patienten wegen vermeidbarer Fehler. Bei 17 Millionen Patienten entspricht dies 17.000 Todesfällen. Die Studie wurde vom Gesundheitsministerium finanziert.







## Ursachen

- 70% aller Fehler sind durch mangelhafte Organisation begründet
- 80% der Fehler ließen sich durch bessere Kommunikation und Zusammenarbeit vermeiden
- Häufigste vermeidbare Systemfehler:
  - Falsch indizierte oder verzögerte Diagnostik
  - Technische Fehler bei der Behandlung
  - Vorenthaltene indizierte Präventionsmaßnahmen



## Gründe 1: Ablenkung





## Gründe 2: Unklare Pfade





## Gründe 3: Unklare Handlungsanweisungen





## Gründe 4: Hohe Risikobereitschaft

- In
- ho
- Ph
- Pe
- In
- Ar
- un
- Au



Legge 626: L'apoteosi

siko  
keit



## Gründe 5: Suboptimale Ausstattung





## Vermeidbare Ereignisse

	Behandlung	Häufigkeit (%)	Vermeidbar (%)
Konservativ	Arzneimitteltherapie	19,4	45,2
	Diagnostik	8,1	98,8
	Therapie	7,5	91,3
	Prozedurenabhängig	7,0	52,8
	Systemfehler	1,4	85,5
	Sturz	2,7	92,2
Chirurgisch	Wundinfektion	13,6	71,9
	Technische Komplikationen	12,9	86,7
	Spätkomplikationen	10,6	67,2
	andere Komplikationen	7,0	54,5
	Später Mißerfolg der Intervention	3,6	94,0



## Häufigkeit vermeidbarer Systemfehler

	<b>Fehler</b>	<b>Häufigkeit (%)</b>	<b>Vermeidbar (%)</b>
<b>Diagnostik</b>	Fehler bei Diagnostik	17,1	71,1
	Versäumnis einen Test anzuwenden	1,1	91,4
	Anwendung obsoleter Tests	1,4	56,4
	Keine Reaktion auf Testergebnis	2,3	55,2
<b>Behandlung</b>	Technische Fehler	44,4	19,8
	Fehler bei Anwendung der Behandlung	1,1	9,1
	Fehler bei Arzneimitteltherapie	10,2	37,1
	Therapieverzögerung	4,6	69,4
	Ungeeignete Betreuung	0,2	0,0





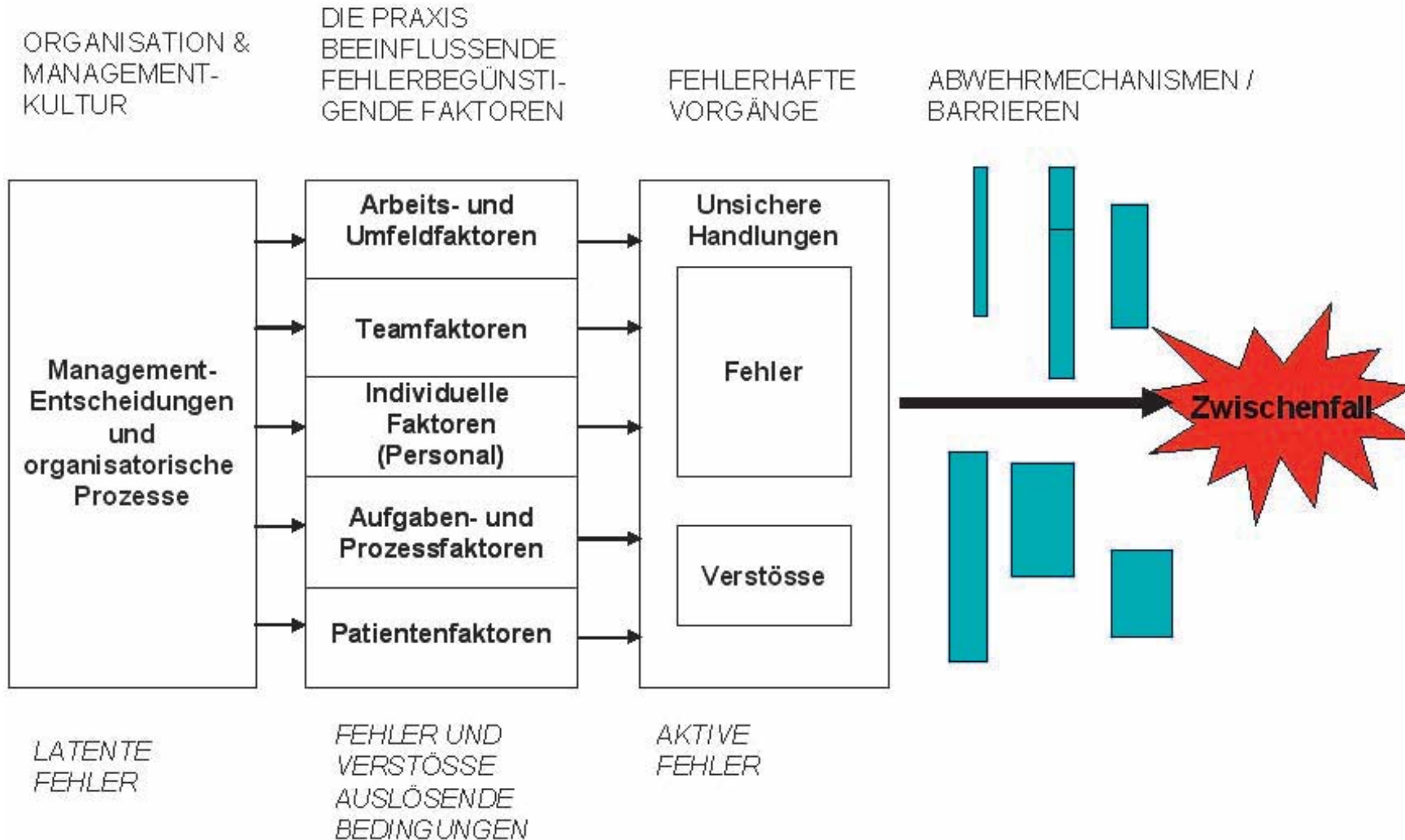
## Risikomanagement im Krankenhaus

Nach Ergebnissen des Krankenhausbarometers 2008 (DKI-Befragung) sind die deutschen Krankenhäuser bezüglich der Einführung von klinischem Risiko-Management überwiegend noch am Anfang, d.h. entweder noch gar nicht damit beschäftigt (21%) oder in der Planungs- und Konzeptionsphase (40%).



# Unfallmodell nach Reason

## INSTITUTIONELLER KONTEXT





## Landessicht

- **Durch zunehmende Arbeitsbelastung und der Tatsache, dass die meisten Fehler durch eine schlechte Organisation entstehen, hat das Risikomanagement eine hohe Bedeutung**
- **Das Land plant eine Gesetzesnovellierung mit neuen Vorschriften zum Hygieneschutz**
- **Förderschwerpunkte in der Vergangenheit waren die Sanierung von alten OP-Abteilungen sowie von Sterilisationen**
- **Nur die Forderung nach mehr Mitteln löst aber das grundlegende Problem der Prozessoptimierung und besseren Kommunikation nicht**



## Was mit geförderten Geräten NIE passieren sollte





## Fazit

Man sollte....den eigentlichen Sinn nicht vergessen

---

...es geht im Risiko-Management  
nur um wenige wesentliche Dinge:

Patienten sollen fehlerhafte Behandlungen  
und schwere Schicksale erspart bleiben,

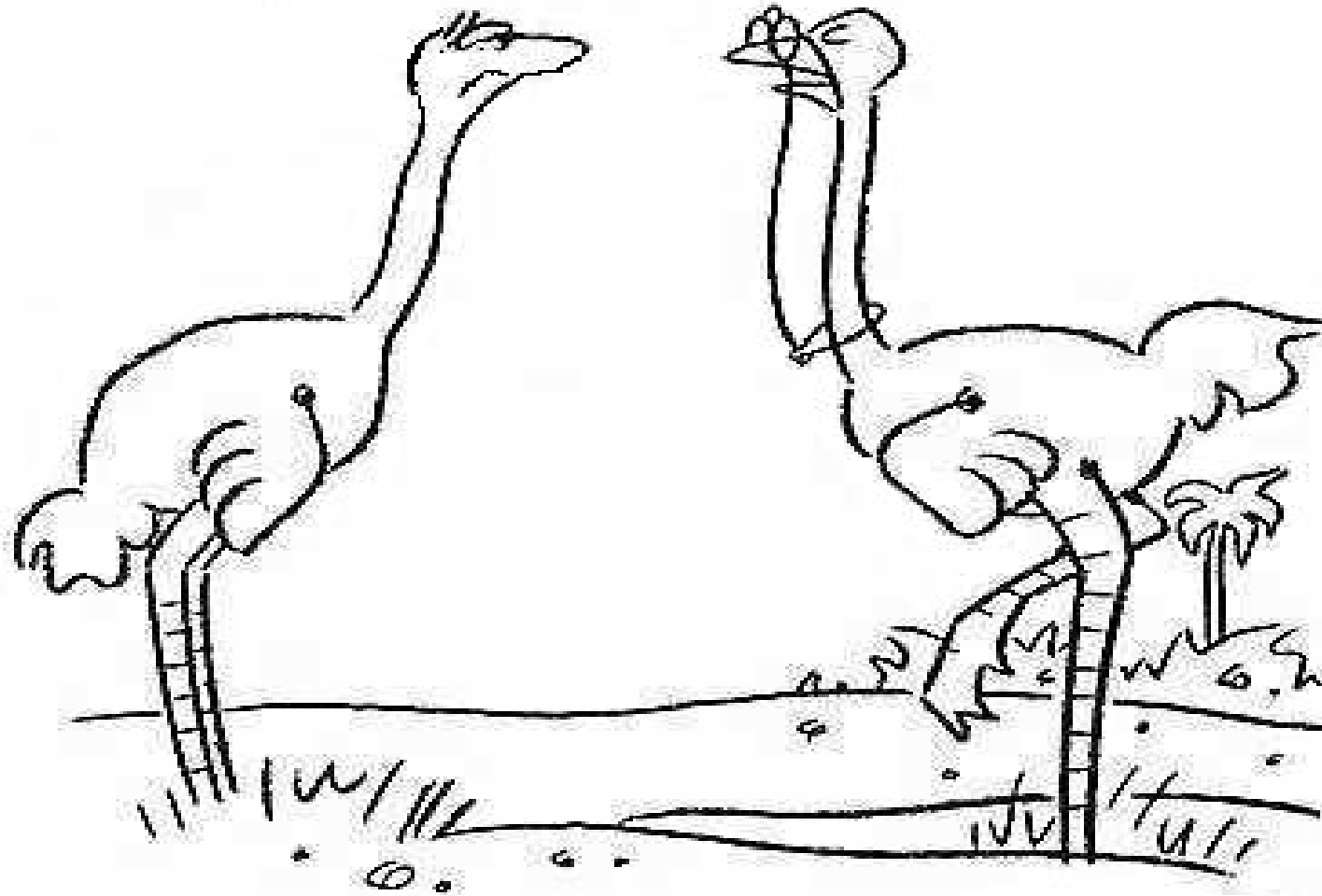
Ärzte und Pflegende in ihrem Ruf nicht geschädigt

und Krankenhäuser  
nicht in schwierige Situation gebracht werden

Beyer-Rehfeld,A., Krankenhausumschau 6/2003



## Zuletzt: Was man bei Fehlern nie tun sollte ...



"Take two aspirin and stick your head in the sand."



# Herzlichen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!