

Patientensicherheit und Fehlermanagement – Entwicklung einer Fehlerkultur und Einführung eines CIRIS bei den Alexianern

Verena Koch,
Fachkrankenschwester/Dipl.-Pflegerin
QMB/DS
Alexianer St. Joseph-Krankenhaus
Berlin-Weißensee
V.Koch@alexius.de

Aktionsbündnis Patientensicherheit APS

- Gründung 2005
- setzt auf
Unabhängigkeit



[Links](#) [Kontakt](#) [Impressum](#) [Sitemap](#)

Suche

Das Netzwerk für eine kontinuierliche Verbesserung der Patientensicherheit in Deutschland

[Aktuelles](#) [Termine](#) [Fachkreise](#) [Patienten](#) [Presse](#) [Mitglieder-Login](#)

Standort: Home

Home

Patientensicherheit

Über uns

Angebote

Arbeitsgruppen

APS-Veranstaltungen

Projekte

Unterstützer

Deutscher Preis für
Patientensicherheit

Die Erstellung der Homepage
wurde finanziell unterstützt durch
das BMG.

Gefördert durch:



aufgrund eines Beschlusses
des Deutschen Bundestages

Aktuelles

APS Jahrestagung 2015

10 Jahre APS

16./17. April 2015

Umweltforum Berlin

Pufendorfstraße 11, 10249 Berlin

Einladung und erste Hinweise in Kürze

Deutscher Preis für Patientensicherheit

Informationen und
Ausschreibungsunterlagen finden Sie [hier](#).

AUSSCHREIBUNG

DEUTSCHER PREIS FÜR
PATIENTENSICHERHEIT

EINSENDESCH

Mitglieder im Aktionsbündnis Patientensicherheit sind

Einzelpersonen aus allen Bereichen des Gesundheitswesens
(Medizin, Pflege, Pharmazie, Medizinrecht etc.)

Patientenorganisationen

Krankenhäuser

Fachgesellschaften

Berufsverbände

Selbstverwaltung

Krankenkassen

Haftpflichtversicherer

Hersteller und Beratungsfirmen

Termine

- 22.09.2014
Berufsbegleitender
Masterstudiengang
„Patientensicherheit durch
Risiko- und
Hygienemanagement“
Studienbeginn am 22.09.2014

Aktuelles

- 09.09.2014
[Neue Geschäftszeiten im APS!](#)
- 17.07.2014
[NEUE HANDLUNGSEMPFEHLUNG:
Patientensicherheit durch
Prävention](#)

QUALITÄTSPREIS 2008

Prof. Dr. med. Matthias Rothmund erhält den Deutschen Qualitätspreis Gesundheit

Bundesministerin Ulla Schmidt würdigt in ihrer Laudatio den Preisträger

Im Rahmen des 2. Nationalen Qualitätskongresses Gesundheit in Berlin wurde am 27.11.2008 erstmals der Deutsche Qualitätspreis Gesundheit verliehen. Die Auszeichnung würdigt Persönlichkeiten oder Institutionen, die sich in vorbildlicher Weise für die Entwicklung und Umsetzung innovativer Konzepte zur Qualitätssicherung in der Gesundheitsversorgung einsetzen.



Prof. Dr. med. Matthias Rothmund, Dekan des Fachbereichs Medizin der Universität Marburg, hat den Deutschen Qualitätspreis Gesundheit 2008 für seine Verdienste zur Verbesserung der Patientensicherheit in der Chirurgie in Deutschland erhalten. Als Präsident der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie hat er „Patientensicherheit“ zum Leitthema des Jahreskongresses 2004/2005 gemacht und in Zusammenarbeit mit dem Generalsekretär der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie, Prof. Dr. Bauer, ein anonymes, inzwischen über das Internet einsehbares Fehler-Meldesystem bei dieser Fachgesellschaft eingerichtet.

Prof. Rothmund ist Gründungsmitglied des „Aktionsbündnisses Patientensicherheit“. Er war wesentlich an der Erarbeitung einer Publikation beteiligt, in der bekannte Ärzte über eigene Fehler berichten, um zu mehr Offenheit unter Medizinern anzuregen. Frau Bundesministerin Schmidt sagte hierzu in ihrer Laudatio: „Fehler zu begehen ist menschlich, Fehler einzugestehen zeugt von Größe.“ Prof. Rothmund ist, so der Vorsitzende von Gesundheitsstadt Berlin e.V., Ulf Fink, ein Pionier in der Verbesserung der Patientensicherheit in Deutschland. Der von Gesundheitsstadt Berlin gestiftete Nationale Qualitätspreis Gesundheit ist mit jährlich 10.000,00 Euro dotiert. Herr Prof. Rothmund stellt dieses Preisgeld zum Ausbau des Fehler-Meldesystems der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie zur Verfügung.

DIN ISO 9001:2008

8.5.2 Korrekturmaßnahmen

Die Organisation muss Korrekturmaßnahmen zur Beseitigung der Ursachen von Fehlern ergreifen, um deren erneutes Auftreten zu verhindern. Korrekturmaßnahmen müssen den Auswirkungen der aufgetretenen Fehler angemessen sein. Ein dokumentiertes Verfahren muss eingeführt werden, um Anforderungen festzulegen zur

- a) Fehlerbewertung (einschließlich Kundenbeschwerden),
- b) Ermittlung der Ursachen von Fehlern,
- c) Beurteilung des Handlungsbedarfs, um das erneute Auftreten von Fehlern zu verhindern,
- d) Ermittlung und Verwirklichung der erforderlichen Maßnahmen,
- e) Aufzeichnung der Ergebnisse der ergriffenen Maßnahmen (siehe 4.2.4) und
- f) Bewertung der Wirksamkeit der ergriffenen Korrekturmaßnahmen.

DIN EN 15224 (Dezember 2012)

- ▶ Patientensicherheit als Qualitätsmerkmal
- ▶ Integration des Risikomanagements (in alle Unternormen)
- ▶ Die DIN-Begriffe „Fehler“ und „Nichtkonformität“ sind nun definiert und übersetzt in Beinahe-Unfall und unerwünschter Zwischenfall.
- ▶ Art des Fehlermanagements nicht näher beschrieben

Patientenrechtegesetz (20.2.2013) -> Änderungen im SGB V § 137 Abs.1d

- ▶ Der Gemeinsame Bundesausschuss bestimmt in seinen Richtlinien über die grundsätzlichen Anforderungen an ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement nach Absatz 1 Nummer 1 erstmalig bis zum 26. Februar 2014 wesentliche Maßnahmen zur Verbesserung der Patientensicherheit und legt insbesondere **Mindeststandards für Risikomanagement- und Fehlermeldesysteme** fest.
Über die Umsetzung von Risikomanagement- und Fehlermeldesystemen in Krankenhäusern ist **in den Qualitätsberichten** nach Absatz 3 Nummer 4 zu informieren.
Als **Grundlage für die Vereinbarung von Vergütungszuschlägen** nach § 17b Absatz 1 Satz 5 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes bestimmt der Gemeinsame Bundesausschuss Anforderungen an einrichtungsübergreifende Fehlermeldesysteme, die in besonderem Maße geeignet erscheinen, Risiken und Fehlerquellen in der stationären Versorgung zu erkennen, auszuwerten und zur Vermeidung unerwünschter Ereignisse beizutragen.

Dem § 4 wird folgender § 5 angefügt:

„§ 5 Klinisches Risikomanagement und Fehlermeldesysteme

(1) Das Krankenhaus hat wesentliche Maßnahmen zur Weiterentwicklung der Patientensicherheit ein- und durchzuführen. Dazu werden unter Einbeziehung auch der Patientenperspektive Risiken identifiziert und analysiert, wobei es Führungsaufgabe ist, die entsprechende Risikostrategie festzulegen. Identifizierte Risiken werden bewertet und durch die Ableitung und Umsetzung von Präventionsmaßnahmen reduziert.

(3) Ein Fehlermeldesystem muss für alle Mitarbeiter abteilungs- und berufsgruppenübergreifend niederschwellig zugänglich und einfach zu bewerkstelligen sein. Die Meldungen müssen freiwillig, anonym und sanktionsfrei durch die Mitarbeiter erfolgen können.

(4) Auf der Grundlage eingegangener Meldungen erfolgt die Analyse der Prozesse, und nach zeitnaher Bearbeitung werden entsprechende Präventionsmaßnahmen abgeleitet und umgesetzt. Die Ergebnisse und Erkenntnisse aus dem Fehlermeldesystem, insbesondere die konkreten Maßnahmen, sollen zeitnah an alle Betroffenen zurückgespiegelt werden. Einrichtungsübergreifend relevante Meldungen können einrichtungsübergreifend in entsprechend bearbeiteter und anonymisierter Form veröffentlicht werden. Die Einzelheiten der Umsetzung und Organisation des Fehlermeldesystems fallen in die Verantwortung des Krankenhauses und sind an dessen speziellen Verhältnissen auszurichten.

Anpassung der Qualitätsmanagement-Richtlinie Krankenhäuser durch den GBA (23.1.2014)

(6) Um Risiken und Fehlerquellen in der Versorgung zu erkennen und alle Einrichtungen von den Erfahrungen anderer hinsichtlich deren Analyse und Präventionsmaßnahmen profitieren zu lassen, werden einrichtungsübergreifende Fehlermeldesysteme eingerichtet.

.....
Für die Beteiligung der Krankenhäuser an einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystemen,, sind Zuschlüsse zwischen DKG und GKV-SV zu vereinbaren.

.....
Über die Umsetzung von Risikomanagement- und Fehlermeldesystemen ist in den Qualitätsberichten nach § 137 zu informieren.

SGB IX letzte Änderung 14.12.2012

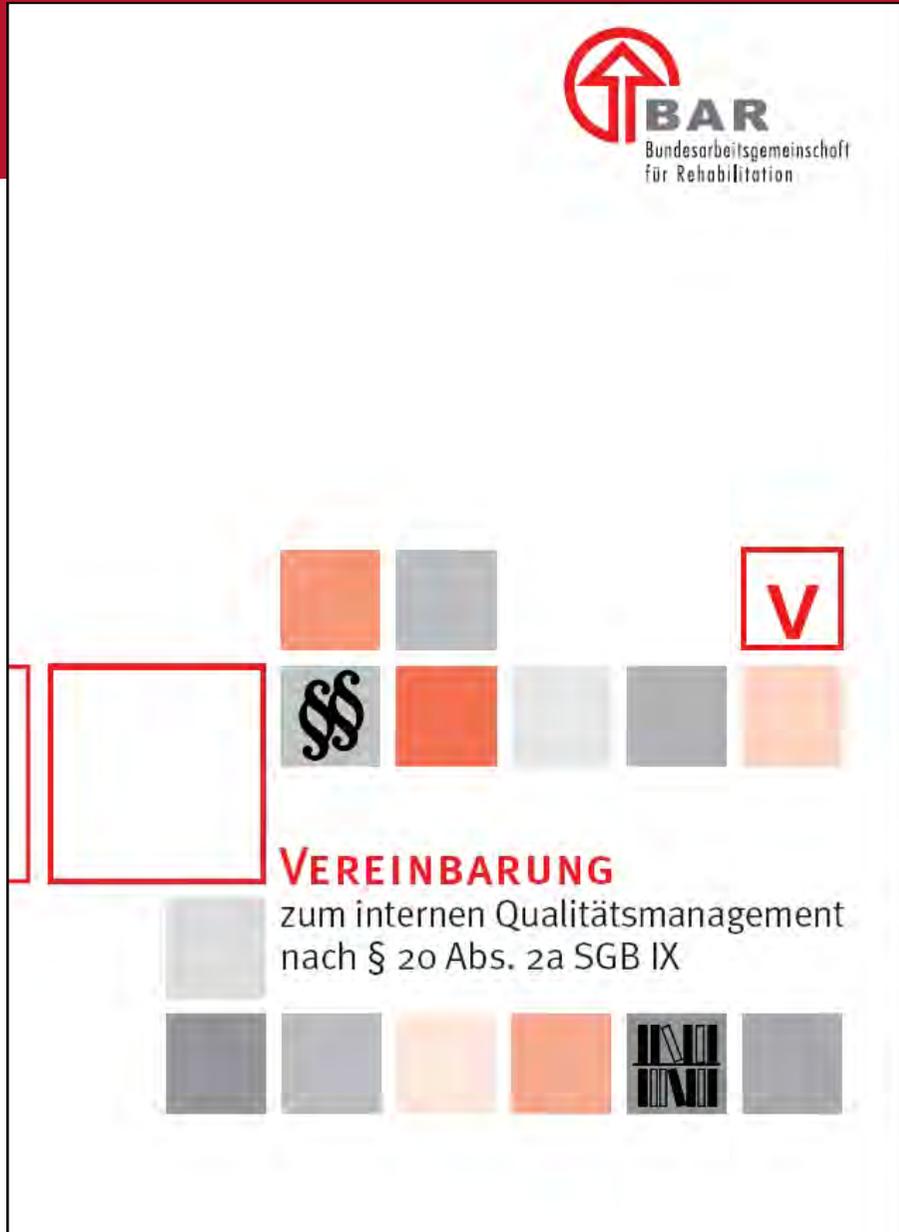
§ 20 Qualitätssicherung

- (1) Die Rehabilitationsträger nach § 6 Abs. 1 Nr. 1 bis 5 vereinbaren gemeinsame Empfehlungen zur Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität der Leistungen, insbesondere zur barrierefreien Leistungserbringung, sowie für die Durchführung vergleichender Qualitätsanalysen als Grundlage für ein effektives Qualitätsmanagement der Leistungserbringer. § 13 Abs. 4 ist entsprechend anzuwenden. Die Rehabilitationsträger nach § 6 Abs. 1 Nr. 6 und 7 können den Empfehlungen beitreten.
- (2) Die Erbringer von Leistungen stellen ein Qualitätsmanagement sicher, das durch zielgerichtete und systematische Verfahren und Maßnahmen die Qualität der Versorgung gewährleistet und kontinuierlich verbessert. Stationäre Rehabilitationseinrichtungen haben sich an dem Zertifizierungsverfahren nach Absatz 2a zu beteiligen.
- (2a) Die Spitzenverbände der Rehabilitationsträger nach § 6 Abs. 1 Nr. 1 und 3 bis 5 vereinbaren im Rahmen der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation grundsätzliche Anforderungen an ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement nach Absatz 2 Satz 1 sowie ein einheitliches, unabhängiges Zertifizierungsverfahren, mit dem die erfolgreiche Umsetzung des Qualitätsmanagements in regelmäßigen Abständen nachgewiesen wird. Den für die Wahrnehmung der Interessen der stationären Rehabilitationseinrichtungen auf Bundesebene maßgeblichen Spitzenverbänden sowie den Verbänden behinderter Menschen einschließlich der Verbände der Freien Wohlfahrtspflege, der Selbsthilfegruppen und der Interessenvertretungen behinderter Frauen ist Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben.
- (3) Die Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation bereitet die Empfehlungen nach Absatz 1 vor. Sie beteiligt die Verbände behinderter Menschen einschließlich der Verbände der Freien Wohlfahrtspflege, der Selbsthilfegruppen und der Interessenvertretungen behinderter Frauen sowie die nach § 19 Abs. 6 gebildeten Arbeitsgemeinschaften und die für die Wahrnehmung der Interessen der ambulanten und stationären Rehabilitationseinrichtungen auf Bundesebene maßgeblichen Spitzenverbände. Deren Anliegen wird bei der Ausgestaltung der Empfehlungen nach Möglichkeit Rechnung getragen.
- (4) § 13 Abs. 3 ist entsprechend anzuwenden für Vereinbarungen auf Grund gesetzlicher Vorschriften für die Rehabilitationsträger.



Reha-Qualitätssicherung

- ▶ Rehabilitandenbefragung
- ▶ Peer-Review-Verfahren
- ▶ Therapeutische Versorgung – KTL
- ▶ Rehabilitations-Leitlinien
- ▶ Sozialmedizinischer Verlauf nach medizinischer Rehabilitation
- ▶ Erhebungen zur Strukturqualität von Rehabilitationseinrichtungen
- ▶ Visitationen der DRV-Mitarbeiter vor Ort
- ▶ Konzept zur Bewertung der Qualität von Reha-Einrichtungen (BQR)



VEREINBARUNG
zum internen Qualitätsmanagement
nach § 20 Abs. 2a SGB IX

Oktober 2009

▶ Kap 4.4 Sicherheits- und Risikomanagement

4. Verantwortung für Organisationsstruktur	4. 1-4 / 1
4.1 Infrastruktur	1
4.2 Gebäudemanagement	2
4.3 Beschaffung	3
4.4 Sicherheit- und Risikomanagement	6
4.4.1 Medizinprodukte	6
4.4.2 Hygiene	7
4.4.3 Desinfektion	7
4.4.4 Arbeitssicherheit	8
4.4.5 Betriebsarzt	9
4.4.6 Gefahrstoffe	9
4.4.7 Brandschutz.....	10
4.4.8 Katastrophenschutz.....	11

▶ Download-Bereich

2011	Georg Sommer	Erfassen von Fehlern und kritischen Ereignissen im QMH Teil B
2013	Dr. Michael Kramer	Suche nach dem Schuldigen - Praxiserfahrungen im Umgang mit brisanten Fehlern
2013	Hildegard Winkler	Fehlermanagement

4QD-Reha-Portal

www.qualitätskliniken.de

Start Produkte Qualität & Strategie Unternehmen

Qualitätskliniken.de

Produkte

- ↳ Krankenhausportal
- ↳ Psychatrieportal
- ↳ Rehaportal
 - ↳ Mitgliedschaft
 - ↳ Qualität und Indikatoren
 - ↳ Tool4Quality-Reha
 - ↳ Dokumente
 - ↳ Mitglieder

Qualität und Indikatoren

Zu den Dimensionen werden verschiedene Indikatoren bewertet und geliefert:

Behandlungsqualität

Die Indikatoren der Dimension Behandlungsqualität (Ergebnisqualität) setzen sich aus Angaben der OS-Berichte der Kostenträger zusammen. Aus dem Bereich der GKV werden Ergebnisindikatoren berichtet. Aus den Berichten der DRV werden Ergebnisse der Rehabilitandenbefragung (subjektiver Behandlungserfolg), KTL (Therapeutische Versorgung) und die Einhaltung definierter Therapiestandards berichtet.

Rehabilitandensicherheit

Mittels einer Selbstauskunft im Tool4Quality-Reha berichten die Einrichtungen über Indikatoren rund um Themen wie Hygiene, Beschwerdemanagement, Umgang mit Notfallsituationen und Aufklärung von Rehabilitanden bei invasiven Maßnahmen.

Rehabilitandenzufriedenheit.

Rehabilitandenzufriedenheit

Mit Hilfe eines validierten Befragungsinstrumentes und mit der Unterstützung von akkreditierten Befragungsinstituten (LINK) erheben die Reha-Kliniken die Zufriedenheitswerte ihrer Rehabilitanden.

Organisationsqualität

Mittels einer Selbstauskunft im Tool4Quality-Reha machen die Einrichtungen beispielsweise Angaben zu ärztlichen und therapeutischen Prozessen, zur Therapiezielabstimmung und zur Einarbeitung von Mitarbeitern.

LEITFADEN

Qualitätskliniken.de für Rehabilitation

Seite 2 von 35

Inhaltsverzeichnis

A	Einleitung	4
B	Rehabilitandensicherheit	5
	Fallkonferenzen	5
	Händedesinfektion	5
	Sturzprävention	6
	Dekubitusprävention	6
	Arzneimitteltherapiesicherheit	7
	Aufklärung von Rehabilitanden	7
	Der Umgang ist geregelt mit Beschwerden	8
	Der Umgang ist geregelt mit multiresistenten Keimen	8
	Der Umgang ist geregelt mit Noro - Viren	8
	Der Umgang ist geregelt mit Entweichung	9
	Der Umgang ist geregelt mit Selbstgefährdung	9
	Der Umgang ist geregelt mit medizinischen Notfällen	9
	Der Umgang ist geregelt mit nichtmedizinischen Notfällen	10

Risikomanagement bei den Alexianern

- ▶ **2002 Einführung QM**
- ▶ **2003 – Besondere Vorkommnisse + „Fehlerkultur“**
- ▶ **2006 Alexianer-Projekt Risikomanagement**
 - Behandlungspfade, Pflegerichtlinien, QM-Handbuch
 - Qualitätsindikatoren der BADO über psychiatrische Risikobereiche
 - Umgang mit Aggression und Gewalt / Deeskalationstraining
 - FMEA (Failure Mode and Effects Analysis, dt. „Fehlermöglichkeits- und -einflussanalyse“ oder kurz „Auswirkungsanalyse“)
- ▶ **2009 Risikointerviews**

Risikointerviews



Alexianer
ST. JOSEPH-KRANKENHAUS
BERLIN-WEISSENSEE

Risikobefragung SJKW



1. Welche wiederkehrenden Hindernisse/Schwierigkeiten sehen Sie selbst in den täglichen Arbeitsabläufen Ihrer Station? Gibt es ein konkretes kritisches Ereignis, das Sie beschreiben möchten?

2. Würden Sie diese als potentielle Sicherheitsgefährdung für Patienten oder Mitarbeiter einschätzen?/als potentielles Risiko einschätzen?

3. Wie glauben Sie, kann man die Sicherheit der Mitarbeiter/Patienten verstärken?

4. Wenn ein Schadensfall eingetreten ist, wissen Sie, was Sie tun müssen und an wen Sie sich wenden können?

5. Welche Möglichkeit für eine kontinuierliche Identifizierung von möglichen Sicherheitsgefährdungen würden Sie bevorzugen und nutzen:

- Anonyme Eingabe in ein elektronisches Fehlermeldungssystem (CIRS)
- Informationsweitergabe an eine hierfür berufene, neutrale Person (Ombudsman) aus dem Haus
- Welche andere Form könnten Sie sich vorstellen zu nutzen?

Risikobefragung SJKW



Psychiatrie

1. Welche wiederkehrenden Hindernisse/Schwierigkeiten sehen Sie selbst in den täglichen Arbeitsabläufen Ihrer Station? Gibt es ein konkretes kritisches Ereignis, das Sie beschreiben möchten?

Bitte denken Sie an Gefahrenpotentiale etwa in Bezug auf

- Selbstgefährdung und Suizidalität
- Fremdgefährdung und gewalttätige Übergriffe
- Medikation
- Entweichung
- Fixierung

2. Wie glauben Sie, kann man die Sicherheit der Mitarbeiter/Patienten verstärken?

3. Wenn ein Schadensfall eingetreten ist, wissen Sie, was Sie tun müssen und an wen Sie sich wenden können?

Risikomanagement bei den Alexianern



- ▶ **2002 Einführung QM**
- ▶ **2003 – Besondere Vorkommnisse + „Fehlerkultur“**
- ▶ **2006 Alexianer-Projekt Risikomanagement**
 - Qualitätsindikatoren der BADO über psychiatrische Risikobereiche
 - Behandlungspfade,
 - Umgang mit Aggression und Gewalt / Deeskalationstraining
 - FMEA
- ▶ **2009 Risikointerviews**
- ▶ **2010 CIRS**

CIRS – Critical Incident Reporting System

CIRSMerkmal

Alexianer

CIRS-Team

- » Hr. Dr. H. ☎ 318, Hr. S. ☎ 468, Fr. P. ☎ 440, Fr. F. ☎ 399

Was ist CIRS?

- » CIRS steht für Critical Incident Reporting System und stellt ein Forum dar, in dem Beinaherehler o. kritische Ereignisse gemeldet werden können. Diese werden dann analysiert, damit Verbesserungsmaßnahmen abgeleitet werden können.
- » CIRS ist ein freiwilliges Berichtssystem über Risiken und Fehlerquellen im System und alle Mitarbeiter können durch ihre Teilnahme an einer umfassenden Risikoerkennnis mitwirken. Es geht nicht darum Schuldzuweisungen vorzunehmen, sondern kritische Situationen zu beschreiben und aus ihnen zu lernen, bevor diese Situationen am eigenen Arbeitsplatz auftreten. Kritische Situationen sollen damit weitestgehend vermieden werden.

Grundsatz und Rechtsschutz

- » Das CIRS-Team hat die Handhabung der Informationen allein im Sinne der meldenden Person zu bewerkstelligen
- » Die Rückverfolgbarkeit von CIRS-Eingaben ist systemisch nicht möglich
- » Eine disziplinarische Verfolgung auf Grund einer CIRS Meldung ist untersagt
- » CIRS kann nicht für Untersuchungen der Staatsanwaltschaft herangezogen werden

Eingabe einer CIRS-Meldung

- » Intranet: CIRS → CIRS-Internet-Seite (Passwort:)
- » Jeder Mitarbeiter o. auch mehrere Kollegen gemeinsam können Meldungen eingeben
- » CIRS-Fälle sind Beinahe-Fehler, Zwischenfälle o. kritische Ereignisse, bei denen jedoch ein Schaden verhindert werden konnte
- » Bei Fragen oder Problemen mit der Eingabe von CIRS-Meldungen oder dem allgemeinen Umgang mit der CIRS-Plattform, können die Mitglieder des CIRS-Teams direkt kontaktiert werden

Weiterer Prozess

- » E-Mail-Mitteilung an das CIRS-Team über neue Eingabe
- » Anonymisierung der Eingabe durch das CIRS-Team
- » Freigabe der Eingabe in das CIRS-Forum
- » Abstimmung der Maßnahmen u. Feedback im CIRS-Forum.

© 2018/2019/2020/2021/2022/2023/2024/2025/2026/2027/2028/2029/2030/2031/2032/2033/2034/2035/2036/2037/2038/2039/2040/2041/2042/2043/2044/2045/2046/2047/2048/2049/2050/2051/2052/2053/2054/2055/2056/2057/2058/2059/2060/2061/2062/2063/2064/2065/2066/2067/2068/2069/2070/2071/2072/2073/2074/2075/2076/2077/2078/2079/2080/2081/2082/2083/2084/2085/2086/2087/2088/2089/2090/2091/2092/2093/2094/2095/2096/2097/2098/2099/2100/2101/2102/2103/2104/2105/2106/2107/2108/2109/2110/2111/2112/2113/2114/2115/2116/2117/2118/2119/2120/2121/2122/2123/2124/2125/2126/2127/2128/2129/2130/2131/2132/2133/2134/2135/2136/2137/2138/2139/2140/2141/2142/2143/2144/2145/2146/2147/2148/2149/2150/2151/2152/2153/2154/2155/2156/2157/2158/2159/2160/2161/2162/2163/2164/2165/2166/2167/2168/2169/2170/2171/2172/2173/2174/2175/2176/2177/2178/2179/2180/2181/2182/2183/2184/2185/2186/2187/2188/2189/2190/2191/2192/2193/2194/2195/2196/2197/2198/2199/2200/2201/2202/2203/2204/2205/2206/2207/2208/2209/2210/2211/2212/2213/2214/2215/2216/2217/2218/2219/2220/2221/2222/2223/2224/2225/2226/2227/2228/2229/2230/2231/2232/2233/2234/2235/2236/2237/2238/2239/2240/2241/2242/2243/2244/2245/2246/2247/2248/2249/2250/2251/2252/2253/2254/2255/2256/2257/2258/2259/2260/2261/2262/2263/2264/2265/2266/2267/2268/2269/2270/2271/2272/2273/2274/2275/2276/2277/2278/2279/2280/2281/2282/2283/2284/2285/2286/2287/2288/2289/2290/2291/2292/2293/2294/2295/2296/2297/2298/2299/2300/2301/2302/2303/2304/2305/2306/2307/2308/2309/2310/2311/2312/2313/2314/2315/2316/2317/2318/2319/2320/2321/2322/2323/2324/2325/2326/2327/2328/2329/2330/2331/2332/2333/2334/2335/2336/2337/2338/2339/2340/2341/2342/2343/2344/2345/2346/2347/2348/2349/2350/2351/2352/2353/2354/2355/2356/2357/2358/2359/2360/2361/2362/2363/2364/2365/2366/2367/2368/2369/2370/2371/2372/2373/2374/2375/2376/2377/2378/2379/2380/2381/2382/2383/2384/2385/2386/2387/2388/2389/2390/2391/2392/2393/2394/2395/2396/2397/2398/2399/2400/2401/2402/2403/2404/2405/2406/2407/2408/2409/2410/2411/2412/2413/2414/2415/2416/2417/2418/2419/2420/2421/2422/2423/2424/2425/2426/2427/2428/2429/2430/2431/2432/2433/2434/2435/2436/2437/2438/2439/2440/2441/2442/2443/2444/2445/2446/2447/2448/2449/2450/2451/2452/2453/2454/2455/2456/2457/2458/2459/2460/2461/2462/2463/2464/2465/2466/2467/2468/2469/2470/2471/2472/2473/2474/2475/2476/2477/2478/2479/2480/2481/2482/2483/2484/2485/2486/2487/2488/2489/2490/2491/2492/2493/2494/2495/2496/2497/2498/2499/2500/2501/2502/2503/2504/2505/2506/2507/2508/2509/2510/2511/2512/2513/2514/2515/2516/2517/2518/2519/2520/2521/2522/2523/2524/2525/2526/2527/2528/2529/2530/2531/2532/2533/2534/2535/2536/2537/2538/2539/2540/2541/2542/2543/2544/2545/2546/2547/2548/2549/2550/2551/2552/2553/2554/2555/2556/2557/2558/2559/2560/2561/2562/2563/2564/2565/2566/2567/2568/2569/2570/2571/2572/2573/2574/2575/2576/2577/2578/2579/2580/2581/2582/2583/2584/2585/2586/2587/2588/2589/2590/2591/2592/2593/2594/2595/2596/2597/2598/2599/2600/2601/2602/2603/2604/2605/2606/2607/2608/2609/2610/2611/2612/2613/2614/2615/2616/2617/2618/2619/2620/2621/2622/2623/2624/2625/2626/2627/2628/2629/2630/2631/2632/2633/2634/2635/2636/2637/2638/2639/2640/2641/2642/2643/2644/2645/2646/2647/2648/2649/2650/2651/2652/2653/2654/2655/2656/2657/2658/2659/2660/2661/2662/2663/2664/2665/2666/2667/2668/2669/2670/2671/2672/2673/2674/2675/2676/2677/2678/2679/2680/2681/2682/2683/2684/2685/2686/2687/2688/2689/2690/2691/2692/2693/2694/2695/2696/2697/2698/2699/2700/2701/2702/2703/2704/2705/2706/2707/2708/2709/2710/2711/2712/2713/2714/2715/2716/2717/2718/2719/2720/2721/2722/2723/2724/2725/2726/2727/2728/2729/2730/2731/2732/2733/2734/2735/2736/2737/2738/2739/2740/2741/2742/2743/2744/2745/2746/2747/2748/2749/2750/2751/2752/2753/2754/2755/2756/2757/2758/2759/2760/2761/2762/2763/2764/2765/2766/2767/2768/2769/2770/2771/2772/2773/2774/2775/2776/2777/2778/2779/2780/2781/2782/2783/2784/2785/2786/2787/2788/2789/2790/2791/2792/2793/2794/2795/2796/2797/2798/2799/2800/2801/2802/2803/2804/2805/2806/2807/2808/2809/2810/2811/2812/2813/2814/2815/2816/2817/2818/2819/2820/2821/2822/2823/2824/2825/2826/2827/2828/2829/2830/2831/2832/2833/2834/2835/2836/2837/2838/2839/2840/2841/2842/2843/2844/2845/2846/2847/2848/2849/2850/2851/2852/2853/2854/2855/2856/2857/2858/2859/2860/2861/2862/2863/2864/2865/2866/2867/2868/2869/2870/2871/2872/2873/2874/2875/2876/2877/2878/2879/2880/2881/2882/2883/2884/2885/2886/2887/2888/2889/2890/2891/2892/2893/2894/2895/2896/2897/2898/2899/2900/2901/2902/2903/2904/2905/2906/2907/2908/2909/2910/2911/2912/2913/2914/2915/2916/2917/2918/2919/2920/2921/2922/2923/2924/2925/2926/2927/2928/2929/2930/2931/2932/2933/2934/2935/2936/2937/2938/2939/2940/2941/2942/2943/2944/2945/2946/2947/2948/2949/2950/2951/2952/2953/2954/2955/2956/2957/2958/2959/2960/2961/2962/2963/2964/2965/2966/2967/2968/2969/2970/2971/2972/2973/2974/2975/2976/2977/2978/2979/2980/2981/2982/2983/2984/2985/2986/2987/2988/2989/2990/2991/2992/2993/2994/2995/2996/2997/2998/2999/3000/3001/3002/3003/3004/3005/3006/3007/3008/3009/3010/3011/3012/3013/3014/3015/3016/3017/3018/3019/3020/3021/3022/3023/3024/3025/3026/3027/3028/3029/3030/3031/3032/3033/3034/3035/3036/3037/3038/3039/3040/3041/3042/3043/3044/3045/3046/3047/3048/3049/3050/3051/3052/3053/3054/3055/3056/3057/3058/3059/3060/3061/3062/3063/3064/3065/3066/3067/3068/3069/3070/3071/3072/3073/3074/3075/3076/3077/3078/3079/3080/3081/3082/3083/3084/3085/3086/3087/3088/3089/3090/3091/3092/3093/3094/3095/3096/3097/3098/3099/3100/3101/3102/3103/3104/3105/3106/3107/3108/3109/3110/3111/3112/3113/3114/3115/3116/3117/3118/3119/3120/3121/3122/3123/3124/3125/3126/3127/3128/3129/3130/3131/3132/3133/3134/3135/3136/3137/3138/3139/3140/3141/3142/3143/3144/3145/3146/3147/3148/3149/3150/3151/3152/3153/3154/3155/3156/3157/3158/3159/3160/3161/3162/3163/3164/3165/3166/3167/3168/3169/3170/3171/3172/3173/3174/3175/3176/3177/3178/3179/3180/3181/3182/3183/3184/3185/3186/3187/3188/3189/3190/3191/3192/3193/3194/3195/3196/3197/3198/3199/3200/3201/3202/3203/3204/3205/3206/3207/3208/3209/3210/3211/3212/3213/3214/3215/3216/3217/3218/3219/3220/3221/3222/3223/3224/3225/3226/3227/3228/3229/3230/3231/3232/3233/3234/3235/3236/3237/3238/3239/3240/3241/3242/3243/3244/3245/3246/3247/3248/3249/3250/3251/3252/3253/3254/3255/3256/3257/3258/3259/3260/3261/3262/3263/3264/3265/3266/3267/3268/3269/3270/3271/3272/3273/3274/3275/3276/3277/3278/3279/3280/3281/3282/3283/3284/3285/3286/3287/3288/3289/3290/3291/3292/3293/3294/3295/3296/3297/3298/3299/3300/3301/3302/3303/3304/3305/3306/3307/3308/3309/3310/3311/3312/3313/3314/3315/3316/3317/3318/3319/3320/3321/3322/3323/3324/3325/3326/3327/3328/3329/3330/3331/3332/3333/3334/3335/3336/3337/3338/3339/3340/3341/3342/3343/3344/3345/3346/3347/3348/3349/3350/3351/3352/3353/3354/3355/3356/3357/3358/3359/3360/3361/3362/3363/3364/3365/3366/3367/3368/3369/3370/3371/3372/3373/3374/3375/3376/3377/3378/3379/3380/3381/3382/3383/3384/3385/3386/3387/3388/3389/3390/3391/3392/3393/3394/3395/3396/3397/3398/3399/3400/3401/3402/3403/3404/3405/3406/3407/3408/3409/3410/3411/3412/3413/3414/3415/3416/3417/3418/3419/3420/3421/3422/3423/3424/3425/3426/3427/3428/3429/3430/3431/3432/3433/3434/3435/3436/3437/3438/3439/3440/3441/3442/3443/3444/3445/3446/3447/3448/3449/3450/3451/3452/3453/3454/3455/3456/3457/3458/3459/3460/3461/3462/3463/3464/3465/3466/3467/3468/3469/3470/3471/3472/3473/3474/3475/3476/3477/3478/3479/3480/3481/3482/3483/3484/3485/3486/3487/3488/3489/3490/3491/3492/3493/3494/3495/3496/3497/3498/3499/3500/3501/3502/3503/3504/3505/3506/3507/3508/3509/3510/3511/3512/3513/3514/3515/3516/3517/3518/3519/3520/3521/3522/3523/3524/3525/3526/3527/3528/3529/3530/3531/3532/3533/3534/3535/3536/3537/3538/3539/3540/3541/3542/3543/3544/3545/3546/3547/3548/3549/3550/3551/3552/3553/3554/3555/3556/3557/3558/3559/3560/3561/3562/3563/3564/3565/3566/3567/3568/3569/3570/3571/3572/3573/3574/3575/3576/3577/3578/3579/3580/3581/3582/3583/3584/3585/3586/3587/3588/3589/3590/3591/3592/3593/3594/3595/3596/3597/3598/3599/3600/3601/3602/3603/3604/3605/3606/3607/3608/3609/3610/3611/3612/3613/3614/3615/3616/3617/3618/3619/3620/3621/3622/3623/3624/3625/3626/3627/3628/3629/3630/3631/3632/3633/3634/3635/3636/3637/3638/3639/3640/3641/3642/3643/3644/3645/3646/3647/3648/3649/3650/3651/3652/3653/3654/3655/3656/3657/3658/3659/3660/3661/3662/3663/3664/3665/3666/3667/3668/3669/3670/3671/3672/3673/3674/3675/3676/3677/3678/3679/3680/3681/3682/3683/3684/3685/3686/3687/3688/3689/3690/3691/3692/3693/3694/3695/3696/3697/3698/3699/3700/3701/3702/3703/3704/3705/3706/3707/3708/3709/3710/3711/3712/3713/3714/3715/3716/3717/3718/3719/3720/3721/3722/3723/3724/3725/3726/3727/3728/3729/3730/3731/3732/3733/3734/3735/3736/3737/3738/3739/3740/3741/3742/3743/3744/3745/3746/3747/3748/3749/3750/3751/3752/3753/3754/3755/3756/3757/3758/3759/3760/3761/3762/3763/3764/3765/3766/3767/3768/3769/3770/3771/3772/3773/3774/3775/3776/3777/3778/3779/3780/3781/3782/3783/3784/3785/3786/3787/3788/3789/3790/3791/3792/3793/3794/3795/3796/3797/3798/3799/3800/3801/3802/3803/3804/3805/3806/3807/3808/3809/3810/3811/3812/3813/3814/3815/3816/3817/3818/3819/3820/3821/3822/3823/3824/3825/3826/3827/3828/3829/3830/3831/3832/3833/3834/3835/3836/3837/3838/3839/3840/3841/3842/3843/3844/3845/3846/3847/3848/3849/3850/3851/3852/3853/3854/3855/3856/3857/3858/3859/3860/3861/3862/3863/3864/3865/3866/3867/3868/3869/3870/3871/3872/3873/3874/3875/3876/3877/3878/3879/3880/3881/3882/3883/3884/3885/3886/3887/3888/3889/3890/3891/3892/3893/3894/3895/3896/3897/3898/3899/3900/3901/3902/3903/3904/3905/3906/3907/3908/3909/3910/3911/3912/3913/3914/3915/3916/3917/3918/3919/3920/3921/3922/3923/3924/3925/3926/3927/3928/3929/3930/3931/3932/3933/3934/3935/3936/3937/3938/3939/3940/3941/3942/3943/3944/3945/3946/3947/3948/3949/3950/3951/3952/3953/3954/3955/3956/3957/3958/3959/3960/3961/3962/3963/3964/3965/3966/3967/3968/3969/3970/3971/3972/3973/3974/3975/3976/3977/3978/3979/3980/3981/3982/3983/3984/3985/3986/3987/3988/3989/3990/3991/3992/3993/3994/3995/3996/3997/3998/3999/4000/4001/4002/4003/4004/4005/4006/4007/4008/4009/4010/4011/4012/4013/4014/4015/4016/4017/4018/4019/4020/4021/4022/4023/4024/4025/4026/4027/4028/4029/4030/4031/4032/4033/4034/4035/4036/4037/4038/4039/4040/4041/4042/4043/4044/4045/4046/4047/4048/4049/4050/4051/4052/4053/4054/4055/4056/4057/4058/4059/4060/4061/4062/4063/4064/4065/4066/4067/4068/4069/4070/4071/4072/4073/4074/4075/4076/4077/4078/4079/4080/4081/4082/4083/4084/4085/4086/4087/4088/4089/4090/4091/4092/4093/4094/4095/4096/4097/4098/4099/4100/4101/4102/4103/4104/4105/4106/4107/4108/4109/4110/4111/4112/4113/4114/4115/4116/4117/4118/4119/4120/4121/4122/4123/4124/4125/4126/4127/4128/4129/4130/4131/4132/4133/4134/4135/4136/4137/4138/4139/4140/4141/4142/4143/4144/4145/4146/4147/4148/4149/4150/4151/4152/4153/4154/4155/4156/4157/4158/4159/4160/4161/4162/4163/4164/4165/4166/4167/4168/4169/4170/4171/4172/4173/4174/4175/4176/4177/4178/4179/4180/4181/4182/4183/4184/4185/4186/4187/4188/4189/4190/4191/4192/4193/4194/4195/4196/4197/4198/4199/4200/4201/4202/4203/4204/4205/4206/4207/4208/4209/4210/4211/4212/4213/4214/4215/4216/4217/4218/4219/4220/4221/4222/4223/4224/4225/4226/4227/4228/4229/4230/4231/4232/4233/4234/4235/4236/4237/4238/4239/4240/4241/4242/4243/4244/4245/4246/4247/4248/4249/4250/4251/4252/4253/4254/4255/4256/4257/4258/4259/4260/4261/4262/4263/4264/4265/4266/4267/4268/4269/4270/4271/4272/4273/4274/4275/4276/4277/4278/4279/4280/4281/4282/4283/4284/4285/4286/4287/4288/4289/4290/4291/4292/4293/4294/4295/4296/4297/4298/4299/4300/4301/4302/4303/4304/4305/4306/4307/4308/4309/4310/4311/4312/4313/4314/4315/4316/4317/4318/4319/4320/4321/4322/4323/4324/4325/4326/4327/4328/4329/4330/4331/4332/4333/4334/4335/4336/4337/4338/4339/4340/4341/4342/4343/4344/4345/4346/4347/4348/4349/4350/4351/4352/4353/

CIRS – Critical Incident Reporting System

cirsmedical® Paul Gerhardt Diakonie/Alexianer – SJW     

News | **Berichtsformular** | Fallberichte

Fall eingeben

Patient (falls betroffen)

Altersgruppe:
Geschlecht:

Ereignis

Zuständiges Fachgebiet:
In welchem Kontext fand das Ereignis statt? (Ereignisart)

Wo ist das Ereignis passiert?
Versorgungsart: (zurücksetzen)
 Routinebetrieb Notfall

Was ist passiert?

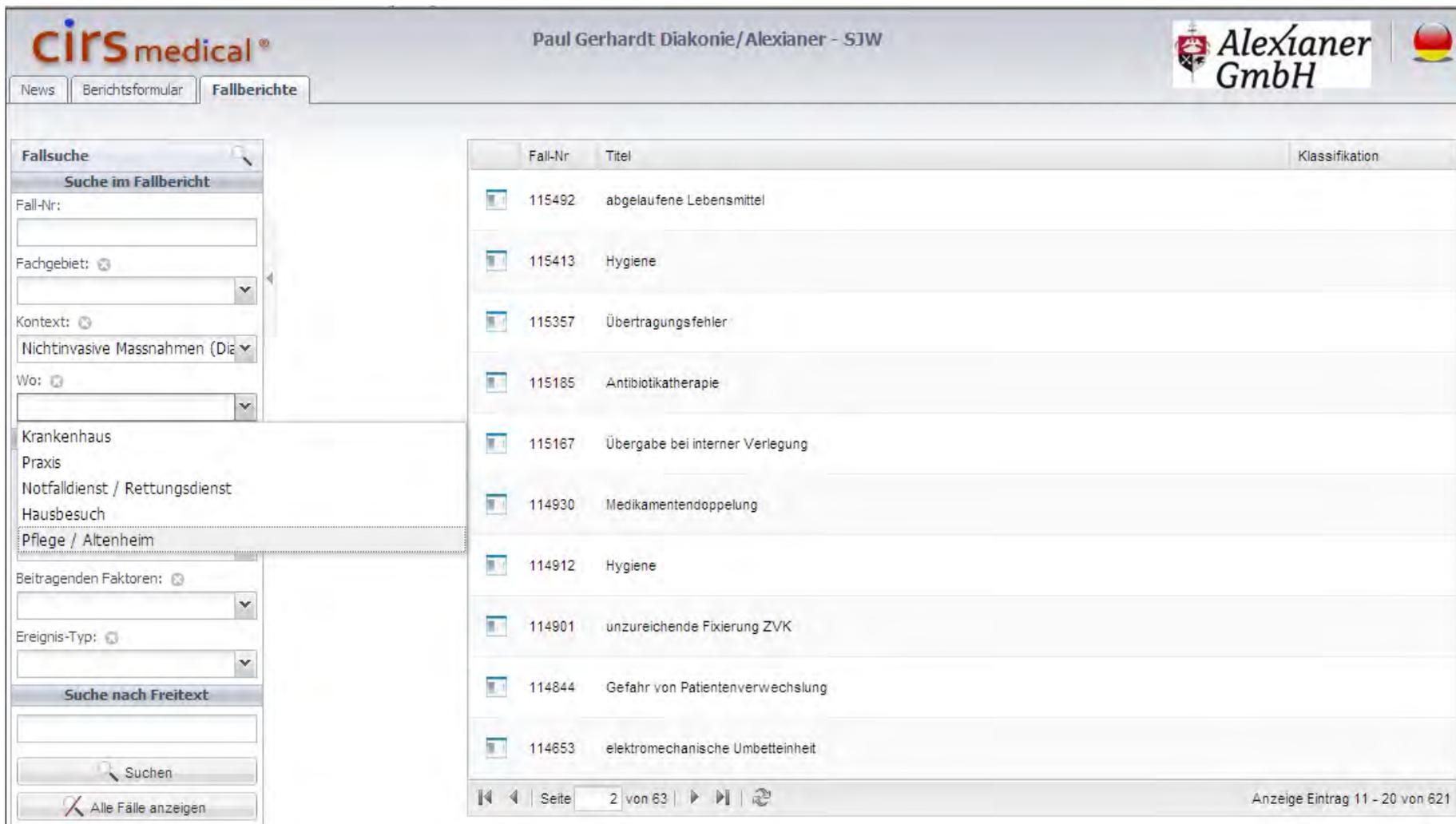
Was war das Ergebnis?

Wo sehen Sie Gründe für dieses Ereignis und wie könnte es in Zukunft vermieden werden?

CIRS

<p>Wie häufig tritt ein solches Ereignis ungefähr auf? (zurücksetzen)</p> <p><input type="radio"/> Täglich <input type="radio"/> Monatlich <input type="radio"/> Jährlich <input type="radio"/> Erstmalig</p>	<p>Welche Faktoren trugen zu dem Ereignis bei? (Mehrfachnennung möglich) (zurücksetzen)</p> <p><input type="checkbox"/> Kommunikation (im Team, mit Patienten, mit anderen Ärzten etc.)</p> <p><input type="checkbox"/> Ausbildung und Training</p> <p><input type="checkbox"/> Persönliche Faktoren des Mitarbeiters (Müdigkeit, Gesundheit, Motivation etc.)</p> <p><input type="checkbox"/> Teamfaktoren (Zusammenarbeit, Vertrauen, Kultur, Führung etc.)</p> <p><input type="checkbox"/> Organisation (zu wenig Personal, Arbeitsbelastung etc.)</p> <p><input type="checkbox"/> Patientenfaktoren (Sprache, Einschränkungen, med. Zustand etc.)</p> <p><input type="checkbox"/> Technische Geräte (Funktionsfähigkeit, Bedienbarkeit etc.)</p> <p><input type="checkbox"/> Kontext der Institution (Organisation des Gesundheitswesens etc.)</p> <p><input type="checkbox"/> Medikation (Medikamente beteiligt?)</p> <p><input type="checkbox"/> Sonstiges:</p>
<p>Kam der Patient zu Schaden? (zurücksetzen)</p> <p><input type="radio"/> nicht anwendbar (kein Patient beteiligt)</p> <p><input type="radio"/> nein</p> <p><input type="radio"/> Minimaler Schaden / Verunsicherung des Patienten</p> <p><input type="radio"/> Passagerer Schaden leicht - mittel</p> <p><input type="radio"/> Passagerer Schaden schwer</p> <p><input type="radio"/> Dauerschaden leicht - mittel</p> <p><input type="radio"/> Dauerschaden schwer</p> <p><input type="radio"/> Tod</p>	
<p>Berichterstatter</p> <p>Wer berichtet? (Berufsgruppe) <input type="text" value="wählen Sie..."/></p> <p>Bemerkungen zum Berichtssystem (Benutzen sie dieses Feld, um uns Bemerkungen oder Anregungen zu diesem Formular mitzuteilen)</p> <div style="border: 1px solid gray; height: 60px;"></div>	
<p><input type="button" value="Fall senden"/></p>	

CIRS



cirsmedical Paul Gerhardt Diakonie/Alexianer - SJW Alexianer GmbH

News Berichtsformular **Fallberichte**

Fallsuche

Suche im Fallbericht

Fall-Nr:

Fachgebiet:

Kontext:

Nichtinvasive Massnahmen (Dia

Wo:

Krankenhaus
Praxis
Notfalldienst / Rettungsdienst
Hausbesuch
Pflege / Altenheim

Beitragenden Faktoren:

Ereignis-Typ:

Suche nach Freitext

Suchen

Alle Fälle anzeigen

Fall-Nr	Titel	Klassifikation
115492	abgelaufene Lebensmittel	
115413	Hygiene	
115357	Übertragungsfehler	
115185	Antibiotikatherapie	
115167	Übergabe bei interner Verlegung	
114930	Medikamentendoppelung	
114912	Hygiene	
114901	unzureichende Fixierung ZVK	
114844	Gefahr von Patientenverwechslung	
114653	elektromechanische Umbetteinheit	

Seite 2 von 63 Anzeige Eintrag 11 - 20 von 621

Fall-Nr: 115413

Drucken | Kommentieren | Zurück

Fall

Titel: Hygiene

Altersgruppe: 81-90

Geschlecht: Weiblich

Zuständiges Fachgebiet:

anderes Fachgebiet: Geben Sie einen Freitext ein...Geriatric

In welchem Kontext fand das Ereignis statt?

Organisation (Schnittstellen / Kommunikation)

Wo ist das Ereignis passiert? Krankenhaus

Versorgungsart: Routinebetrieb

Was ist passiert?

Pat wurde in Orthopädie auf MRSA gescreent und auf Geriatric verlegt. Am Tag nach Verlegung erhielt Orthopädie Info über MRSA positiv, Info wurde via Hauspost weitergeleitet, Pat lag dadurch insg. 3 Tage bei theoretisch bek. MRSA-Befund im 3-Bett Zimmer

Was war das Ergebnis?

Rücksprache mit verlegender Abteilung, umgehende Einhaltung der Hygienemaßnahmen nach Standard

Wo sehen Sie Gründe für dieses Ereignis und wie könnte es in Zukunft vermieden werden?

Kommunikation nachgereichter Befunde sollte optimiert werden!! Festlegung der Zuständigkeit für Befundübermittlung.

Wie häufig tritt ein solches Ereignis ungefähr auf? Jährlich

Kam der Patient zu Schaden?

Minimaler Schaden / Verunsicherung des Patienten

Welche Faktoren trugen zu dem Ereignis bei?

- Kommunikation (im Team, mit Patienten, mit anderen Ärzten etc.)
- Persönliche Faktoren des Mitarbeiters (Müdigkeit, Gesundheit, Motivation etc.)
- Ausbildung und Training
- Teamfaktoren (Zusammenarbeit, Vertrauen, Kultur, Führung etc.)
- Organisation (zu wenig Personal, Arbeitsbelastung etc.)

Wer berichtet? Arzt / Ärztin, Psychotherapeut/in

Kommentare

In der elektronischen Akte finden sich mikrobiologische Befunde. Bei der Vorbereitung auf Visiten sollte jeder Behandler diese ansehen. So wäre auch der positive Befund aufgefallen.

Es hat anscheinend auch die Meldung relevanter Befunde an die Hygieneabteilung des Hauses nicht funktioniert?

CIRS – Sicht des Administratoren

CIRSmedical®

Paul Gerhardt Diakonie/Alexianer - SJW
Administrator SVZEadminjw

CIRS-Team
Fallübersicht
Fallbearbeitung
Meine Worklist

Fall-Nr: 113128 Berichtsformular | Speichern

▼ Fall

Titel:

Fallstatus

Fall anonymisieren

An	Termin	
SVZEadmin...	20.10.2014	
SVZEadmin...	20.10.2014	

Fall veröffentlichen

Fall beurteilen

An	Termin	

Fallrückmeldung veröffentlichen

Fall nachbearbeiten

An	Termin	

Beurteilung
Rückmeldung
Fall Worklist
Kommentare 0/0
Administration

Verantwortlichkeit

Verantwortlich:

Interne Notizen:

Matrix zur Risiko-Abschätzung eines Ereignisses

[Konsequenzen]

Katastrophal	5	10	15	20	25
Schwer	4	8	12	16	20
Moderat	3	6	9	12	15
Minimal	2	4	6	8	10
Keine	1	2	3	4	5
	Selten	Unwahrscheinlich	Denkbar	Wahrscheinlich	Fast sicher

[Wahrscheinlichkeit]

Legende:

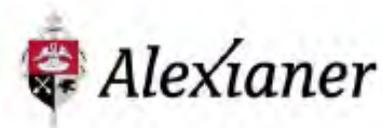
- 1-3 Niedriges Risiko
- 4-6 Moderates Risiko
- 8-12 Hohes Risiko
- 15-25 Extrem hohes Risiko

Klassifikation (zurücksetzen)

Typischer Fall
 Fall des Monats
 Alert
 Interessanter Fall

CIRS – zum Lernen nutzen

CIRS NEWSLETTER



Sehr geehrte Damen und Herren,

dies ist der erste CIRS-Newsletter im KHH. Der Newsletter wird einmal pro Quartal erstellt und beinhaltet die aktuelle Statistik über eingegangene Fälle und einen „Fall des Monats“.

Im ersten Quartal wurden insgesamt 5 Fälle gemeldet.

In welchem Kontext fanden die Ereignisse statt (ab 2006)?

Prävention	■	16%
Diagnosestellung	■	0%
nichtinvasive Massnahmen (Diagnostik / ...	■	5%
Invasive Massnahmen (Diagnostik / Ther...	■	24%
Organisation (Schnittstellen / Kommunik...	■	28%
anderer Kontext	■	22%

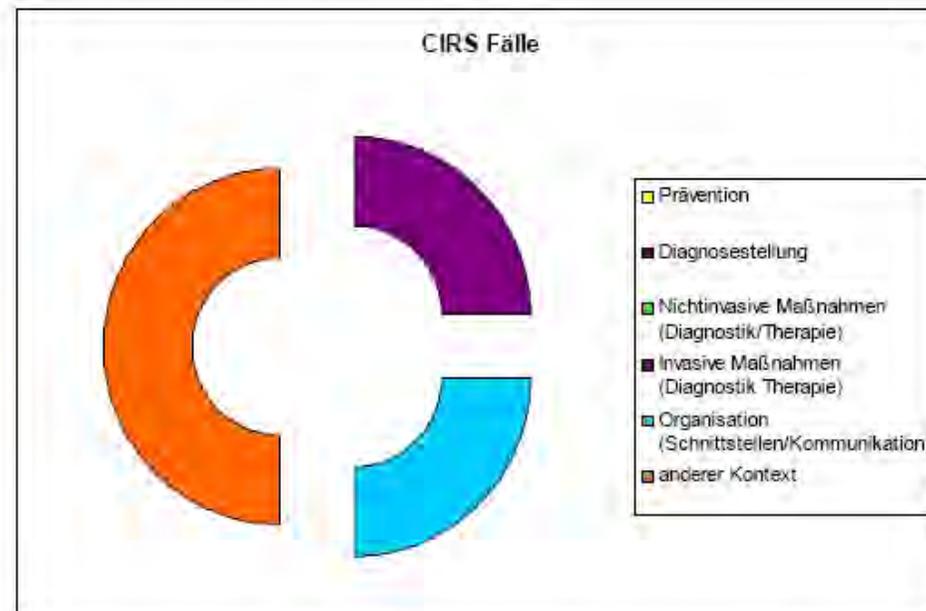
Fall des Monats:

Fall	
Titel: generischer Tragegurt eines Patientenhebeljägers	
Altersgruppe: 71-80	Geschlecht: weiblich
Zuständiges Fachgebiet: Psychiatrie	In welchem Kontext fand das Ereignis statt? nichtinvasive Massnahmen (Diagnostik / Therapie)
Wo ist das Ereignis passiert? Krankenhaus	Versorgungsart: Routinebetrieb
Was ist passiert? Patient/in wurde aufgrund von Immobilität mit einem Patientenheber aus dem Bett in den Rollstuhl mobilisiert. Tuch wurde unter dem/die Patient/in im Bett gelegt, so konnte er/sie aus dem Bett mittels eines Hebeljägers gehoben werden. Das Tragetuch ras in dem Moment der Belastung ganz plötzlich an den Hebeljäger, als der Lifter nach oben gefahren wurde, um dem/die Patient/in anzubringen. Patient/in sackte im Bett zurück da die Höhe minimal (bei weniger als einem Zentimeter) war. Wäre die Naht während des Transfers gerissen, wäre der/die Patient/in auf den Boden gefallen. Dabei wäre der Höhenunterschied ca. 1,5 Meter gewesen. In diesem Fall war der Schaden aber nur minimal und der/die Patient/in kam mit dem Schrecken davon ab es zurück in ihr Bett fiel.	
Was war das Ergebnis? Patient/in kam mit dem Schrecken davon, Tragetuch/tuch wurde aus dem Verkehr genommen. Medizintechnik wurde informiert - Austausch. Ein besonderes Vorkommnis wurde geschrieben und an die Bereiche Chefärzt und Pflegedienstleitung gegeben. Störungsleitung wurde auch informiert.	
Wo sehen Sie Gründe für dieses Ereignis und wie könnte es in Zukunft vermieden werden? Dimensionen war das Material trotz Inspektion richtig gewesen und hatte den Belastungen des/der Patient/en nicht entsprochen. Patient/in wiegt sehr viel weniger als die Maximallast für das Gerät es anzeigt. Schnellerer Austausch von Material. Wahrscheinlich durch die Desinfektion und Säuberung in der Wäsche wurde das Material angegriffen bis es zum Reißen der Naht kam. Material war 9 Jahre alt.	
Wie häufig tritt ein solches Ereignis ungefähr auf? Einmalig	Kam der Patient zu Schaden? Minimaler Schaden / Verunsicherung des Patienten.
Welche Faktoren trugen zu dem Ereignis bei? • Technische Geräte (Funktionsfähigkeit, Bedienbarkeit etc.)	
Wer berichtet? Pflege-, Praxispersonal	

CIRS – zum Lernen nutzen

CIRS FALLÜBERSICHT 01.01. – 31.03.2014

(04 FALLMELDUNGEN)



Die Falleingaben können Sie im CIRS – Forum unter den folgenden Fallnummern einsehen.

lfd.Nr.	Eingangsdatum	Kontext	Fallnummer	anderer Kontext
1	04.01.2014	o	103007	
2	13.01.2014	a	103260	Fixierung
3	13.01.2014	i	103256	
4	16.01.2014	a	103395	Prävention und Kommunikation

CIRS-Systeme

- ▶ Z.B. im Kantonsspital St. Gallen (empfohlen: Meldekreise mit 40-250 Teilnehmern)
- ▶ Anonyme und sichere Systeme über die Institution hinaus:
www.CIRSmedical.de
www.CIRSmedical.at
www.CIRSmedical.ch

Formular „Fehler- und Prozessanpassungen“



Fehler und Prozessanpassungen
Sofortfassung durch Mitarbeiter

Datum	Fehlerbeschreibung	Fehlerursache	Folgen des Fehlers	Sofortmaßnahmen bzw. Sofort-Info an:	Info an Teamleitung am:	Unterschrift

Fehlerbesprechung in der Teambesprechung am

Werden weitere Fehlerursachen gesehen	Werden weitere Folgen des Fehlers gesehen	Wurden weitere Maßnahmen eingeleitet bzw. müssen weitere Maßnahmen ergriffen werden?	Maßnahmen zum Ausschluss der Fehlerwiederholung	Unterschrift Teamleitung

**CIRS RELEVANT:
JA / NEIN**

30.04.13 Dred

Quellen:

- ▶ M. Beutel: Klinisches Risikomanagement - Ein Handbuch für Rehabilitationskliniken. Norderstedt 2009
- ▶ G. Cerwinka, G. Schranz: Fehler erlaubt - Aus Fehlern lernen, statt Schuldige zu suchen. Linde 2015
- ▶ D. Dörner: Die Logik des Misslingens – Strategisches Denken in Komplexen Situationen. Rowohlt, Reinbek 2014
- ▶ B. Ertl-Wagner, S. Steinbrucker, B.C.Wagner: Qualitätsmanagement und Zertifizierung. Springer, Berlin-Heidelberg 2013
- ▶ S. Kaufmann, H. Rebscher: Qualitätsmanagement in Gesundheitssystemen. Medhochzwei, Heidelberg 2011
- ▶ H. Ritschel: Herausforderungen des Risikomanagements im Krankenhaus. Ein Handbuch zu Grundlagen und Praxisfällen. Hamburg 2013
- ▶ Zapp (Hrsg.): Risikomanagement in Stationären Gesundheitsunternehmungen. Heidelberg 2011

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!