

30.10.2012 im Radisson Blu Scandinavia Hotel Düsseldorf

**Fachtagung „Praxisdialog CIRS im Krankenhaus“**

mit Start des einrichtungsübergreifenden CIRS-NRW

# **Bis das CIRS-System rund läuft – Stolpersteine bei der Implementierung im Krankenhaus**

**Dr. med. Werner Simon**  
**Prof. Dr. med. Ernst Eypasch**



# Heilig Geist-Krankenhaus



Eine Einrichtung der Stiftung der Cellitinnen zur hl. Maria





# Fehler der Ärzte ?!



Schlimm, die Fälle von Ärztepfusch häufen sich



# CIRS Systeme in der Chirurgie

## Entwicklung und Implementierung

- Manfred Müller 1993  
Trainingspilot der Lufthansa





# CIRS - Critical Incident Reporting System

## ● Murphy's Law



USA Autoaufkleber  
Sh.. happens !  
It will happen !



Die verunglückte Schwebebahn in der Wupper

Foto AP

## Der Sturz des Engels

Die Schwebebahn galt als das sicherste Nahverkehrsmittel der Welt / Von Andreas Rossmann



# CIRS - Critical Incident Reporting System

## ● Murphy's Law



Einsturz Stadtarchiv Köln 2009

# CIRS - Critical Incident Reporting System

---

- **Was ist und bedeutet CIRS ?**
- Anonymes straffreies freiwilliges Meldesystem für kritische Situationen im Krankenhausbetrieb („Fehler“, Beinahe-Fehler, etc.) die ein Sicherheitsrisiko darstellen.

# CIRS Systeme in der Chirurgie

## Entwicklung und Implementierung

---

- Endoskopische Chirurgie 1989  
Revolution
- Manfred Müller Trainingspilot LH
- Chirurgenkongress 2005



# CIRS Systeme in der Chirurgie

## Entwicklung und Implementierung

### ● Chirurgenkongress 2005

**DONNERSTAG, 7. APRIL 2005**

**14:00 – 15:30 DGCH Hauptthema**

**Saal 14a**

#### Irren ist menschlich

Vorsitzende: D. Saeger (Dresden), H. Becker (Göttingen)

14:00 – 14:22 ID: 4006  
Welche Fehler sind häufig?  
M.L. Hansis, Bad Neustadt/Saale

14:22 – 14:44 ID: 4007  
Fehlervermeidung: Critical Incident Reporting System  
D. Scheidegger, Basel

14:44 – 15:06 ID: 4008  
Interner Umgang mit Fehlern  
D. Conen, Aarau

15:06 – 15:28 ID: 4009  
RTL steht vor der Tür: Was rät der Jurist?  
K. Ulsenheimer, München



DEUTSCHE  
GESELLSCHAFT  
FÜR CHIRURGIE  
122. KONGRESS

PATIENTENSICHERHEIT  
PRIMUM NIL NOCERE

05.-08.04.2005  
INTERNATIONALES  
CONGRESSCENTER  
MÜNCHEN



- **Wie wird ein CIRS-System eingerichtet ?**
- Längerer Vorgang, begleitet von BL und QM
- 2006 – 2008; 2008: 9 Ereignisse , 2009:  
bisher 4 Ereignisse;
- „Übung“ der Mitarbeiter, Ausrichtung, Schwelle  
und Anzahl der Meldungen



# CIRS - Critical Incident Reporting System

- **Kann mir als Mitarbeiter etwas passieren, wenn ich eine Meldung mache ?**

- Nein !



- **Garantieerklärung der Geschäftsführung** im Intranet
- Negative Folgen für den Mitarbeiter sind ausgeschlossen.



# CIRS System im HGK

## Entwicklung und Implementierung

---

### Unser eigener Weg im HGK:

- Kick-off Veranstaltung 2006 Pilot M. Müller
- Name: BEM ? CIRS ? Schaden ?
- Fortbildungen
- Garantieerklärung
- Fehlerkultur
- Sitzungen der CIRS AG
- CIRS und die Mitarbeiter
- Konkrete Konsequenzen

# **CIRS System im HGK**

## **Entwicklung und Implementierung**

---

- Cellitinen Fortbildung HGK 2008
- Krankenhausgestaltungsgesetz 2007  
§ 10 Abs.2 Übung von Großschadensereignissen
- MANV Veranstaltung 2008
- KGNW Fachtagung 12.9.2009



- Situation in 2012
- Kommerzielle Organisationen
- Flut von Fortbildungen
- Aktionsbündnis Patientensicherheit
- Eigene CIRS Arbeit im HGK 2006-2012

## Empirische Kategorisierung der Ereignisse:

- 1. Menschen – Verhalten MV
- 2. Medikamente-Pharmazie MP
- 3. Medizintechnik MT
- 4. Gebäude und Technik GT
- 5. PC Systeme Logistik PC
- 6. Komplikation – Einzelfall K



# CIRS AG Sitzungen 2008-2012

## Chronik und Ereignisse

<b>Initiale 1. Sitzung</b>	<b>15.9.2008 2.Sitzung</b>	<b>8.12.2008 3. Sitzung</b>	<b>1.4.2009 4. Sitzung</b>	<b>22.9.2009 5.Sitzung</b>	<b>8.12.2009 6.Sitzung</b>
<b>Anästhesie Radiologie</b>		<b>K</b>		<b>MV</b>	
<b>Innere Medizin Neurologie</b>		<b>K</b>		<b>MV</b>	
<b>Chirurgie Gynäkologie Urologe</b>		<b>MT (Flammen) MV MV</b>	<b>K MV</b>	<b>MV</b>	<b>MT-Insuf.</b>
<b>Verwaltung Technik</b>		<b>GT-Tel.</b>			<b>MV</b>

MV, MP, MT, GT, PC; K

# CIRS AG Sitzungen 2008-2012

## Chronik und Ereignisse

	<b>3.3.2010 7.Sitzung</b>	<b>23.6.2010 8. Sitzung</b>	<b>10.11.2010 9. Sitzung</b>	<b>7.4.2011 10.Sitzung</b>	<b>5.10.2011 11.Sitzung</b>
<b>Anästhesie Radiologie</b>	<b>Durst- Strecke</b>	<b>MT</b>	<b>MT-Rean, MV</b>	<b>MT-Rea. MT MT</b>	<b>MV</b>
<b>Innere Medizin Neurologie</b>			<b>MV MV</b>		<b>MV MT</b>
<b>Chirurgie Gynäkologie Urologe</b>		<b>MV MT (13 Ereign.)</b>	<b>K K MV</b>	<b>MV-K-FEM MT-Naht MV MV</b>	<b>GT-Klingel MV K MV MV K MP MV</b>
<b>Verwaltung Technik</b>			<b>PC</b>		

MV, MP, MT, GT, PC, K



# CIRS AG Sitzungen 2008-2012

## Chronik und Ereignisse

	<b>14.3.2012</b> <b>12.Sitzung</b>	<b>22.8.2012</b> <b>13. Sitzung</b>	<b>12.12.2012</b> <b>14. Sitzung</b>	<b>2013</b>	<b>2013</b>
<b>Anästhesie</b> <b>Radiologie</b>	<b>MV</b> <b>MV</b>	<b>MV</b> <b>MT-Oxy</b>			
<b>Innere</b> <b>Medizin</b> <b>Neurologie</b>	<b>MV</b>	<b>MV</b> <b>PC-Begl.</b>			
<b>Chirurgie</b> <b>Gynäkologie</b> <b>Urologe</b>	<b>MV MV</b> <b>MV MV-OPT</b> <b>MV MV MV</b>	<b>MV PC-Lab.</b> <b>MV-Endo</b> <b>MV MP</b>			
<b>Verwaltung</b> <b>Technik</b>		<b>GT-OP</b>			

MV, MP, MT, GT, PC, K

# CIRS AG Sitzungen 2009-2012

## Chronik und Ereignisse

	5.10.2010 7.Sitzung	7.4.2011 8. Sitzung	5.10.2011 9. Sitzung	14.3.2012 10.Sitzung	22.8.2012 11.Sitzung
Anästhesie Radiologie	K MT	MT MT MT	MV	MV MV MV	MT
Innere Medizin Neurologie	MV PC	MV	MV MT	MV	
Chirurgie Gynäkologie Urologe	K MV MV MV	MV MV – K MT	GT MV MV MV MV MV K	MV MV MV MV MV (OP)	MV PC MV MV MV MP MV PC
Verwaltung Technik					GT

MV, MP, MT, GT, PC, K



# CIRS – „Rohdaten“

## Critical Incident Reporting System 2008-2010

Ereignis	Inhalt	Ereignis	Konsequenz
12	<b>Schwangere, Sectio</b>	<b>Hirnblutung</b>	<b>Schnelleres Handeln</b>
13	<b>Antikoagulierter Patient</b>	<b>Medikation : Konaktion</b>	<b>Vermerk in Orbis: „Achtung Antikoagulation“</b>
14	<b>Spinalanästhesie, Übelkeit</b>	<b>Zahnprothese im Mund</b>	<b>Rücksprache Anästhesie</b>
15	<b>Reanimation auf Intensivstation</b>	<b>Kein hartes Brett am Fußende</b>	<b>Rücksprache Hersteller und Anästhesie</b>
16	<b>MRSA Screening</b>	<b>Fehlende Durchsage</b>	<b>Erneute Information an Labor Notfalltelefonnummern der Abteilungen</b>
17	<b>Reanimation auf Station</b>	<b>Hinzueilen der Ärzte</b>	<b>Verfügbarkeit der Dienstärzte</b>
18	<b>Patiententransport in OP</b>	<b>Patientenverwechslung</b>	<b>Vorgang durch Pflegedirektion geklärt</b>
19	<b>Novalginallergie</b>	<b>Applikation von Novalgin Kreislaufdekompensation</b>	<b>Vermerk Allergie in Orbis</b>
20	<b>Große OP, keine Intensivkapazität</b>	<b>Monitoring auf Station</b>	<b>Optimierung des Monitorings, Anästhesie</b>
21	<b>Große OP, keine Intensivkapazität</b>	<b>Überlastung Personal</b>	<b>Rücksprache Anästhesie</b>

## CIRS AG Sitzungen 2009-2012

---

<b>Jahr</b>	<b>Meilenstein „Stolperstein“</b>
<b>2008</b>	<b>Garantieerklärung, Newsletter</b>
<b>2009</b>	<b>Sicherheitscheck im OP</b>
<b>2011</b>	<b>Patientenarmbänder</b>
<b>2010</b>	<b>Integration CIRS in VA für neue Mitarbeiter</b>
<b>2010</b>	<b><i>QM Newsletter Anonymitätsverletzung ÄD</i></b>
<b>2011</b>	<b><i>Thema: Freiheitsentziehende Maßnahmen</i></b>
<b>2011</b>	<b>Juristisches Feedback bei CIRS Konferenz</b>
<b>2012</b>	<b><i>Instrumentalisierung CIRS Partikularinteressen</i></b>
<b>2012</b>	<b>„Übererfüllung“ BSC-Daten</b>

## CIRS Sitzungen Ereignisse 2008-2012

<b>Jahr</b>	<b>Thema Ereignis</b>	<b>Verlauf Schaden</b>	<b>Konsequenz</b>
<b>2008</b>	<b>Erreichbarkeit „Information“</b>		<b>Notfalltelefon</b>
<b>2009</b>	<b>Verlegungsdiskussion Intensivstation</b>		<b>Konsensregelung</b>
<b>2010</b>	<b>Reanimation Elektrobett</b>		<b>Rean. Unterlagen</b>
<b>2010</b>	<b>Aspiration unter FEM</b>	<b>Exitus letalis</b>	<b>Thema in Bearb.</b>
<b>2011</b>	<b>Sturzgeburt Kreißsaal</b>		<b>Notfallklingel Bett</b>
<b>2011</b>	<b>Stroke Unit Monitor defekt</b>	<b>Rean. , Erfolg</b>	<b>Hersteller, BPharm.</b>
<b>2011</b>	<b>Namensverwechslung</b>		<b>Prüfung häufiger Namen</b>
<b>2012</b>	<b>Daten-Management-Radiologie</b>		<b>Besondere Befundung</b>
<b>2012</b>	<b>Verwechslung Medikament</b>		<b>Pflichtfeld Allergie</b>



# CIRS AG Sitzungen 2009-2012

## Ereignisse

<b>Jahr</b>	<b>Thema Ereignis</b>	<b>Verlauf Schaden</b>	<b>Konsequenz</b>
<b>2012</b>	<b>Medikamenten- verwechslung Allergie</b>	<b>Applikation kontra- indiz.Med.; kein Schaden</b>	<b>Sorgfalt ! Pflichtfeld In Orbis</b>
<b>2012</b>	<b>Sturz von OP Tisch</b>	<b>Exitus letalis MRSA Pneumonie</b>	<b>Selbstanzeige Neue VFA</b>
<b>2012</b>	<b>Anamneselücken</b>	<b>Blutung, Notfallendoskopie</b>	<b>Sorgfalt, KISS prüfen !</b>
<b>2012</b>	<b>Stromausfall im OP „Phasenwächter“</b>	<b>Keiner, OP-Wechsel</b>	<b>Überprüfung Stromausfall Längerer Dauer Notfallplan</b>

Original article

## Nature, causes and consequences of unintended events in surgical units

I. van Wagtendonk<sup>1</sup>, M. Smits<sup>1</sup>, H. Merten<sup>1</sup>, M. J. Heetveld<sup>2</sup> and C. Wagner<sup>1,3</sup>

<sup>1</sup>Netherlands Institute for Health Services Research (NIVEL), Utrecht, <sup>2</sup>Department of Surgery, Kennemer Gasthuis, Haarlem, and <sup>3</sup>Department of Public and Occupational Health, EMGO Institute for Health and Care Research, VU University Medical Centre, Amsterdam, The Netherlands  
*Correspondence to:* Ms I. van Wagtendonk, NIVEL, Netherlands Institute for Health Services Research, PO Box 1568, 3500 BN Utrecht, The Netherlands  
(e-mail: i.van.wagtendonk@ikazia.nl)

10 Chirurgische Kliniken NL  
14 Wochen Beobachtung  
40 Akten Sichtung durch Experten

Zweigleisigkeit:  
-Events Ereignisse  
-Review der Akten

50 % der Ereignisse mit  
Konsequenzen

Original article

## Nature, causes and consequences of unintended events in surgical units

I. van Wagtendonk<sup>1</sup>, M. Smits<sup>1</sup>, H. Merten<sup>1</sup>, M. J. Heetveld<sup>2</sup> and C. Wagner<sup>1,3</sup>

<sup>1</sup>Netherlands Institute for Health Services Research (NIVEL), Utrecht, <sup>2</sup>Department of Surgery, Kennemer Gasthuis, Haarlem, and <sup>3</sup>Department of Public and Occupational Health, EMGO Institute for Health and Care Research, VU University Medical Centre, Amsterdam, The Netherlands  
*Correspondence to:* Ms I. van Wagtendonk, NIVEL, Netherlands Institute for Health Services Research, PO Box 1568, 3500 BN Utrecht, The Netherlands  
(e-mail: i.van.wagtendonk@ikazia.nl)

Rückführung auf „Wurzel-Ursachen“:

Humane Faktoren:	72,3 %
Organisatorische Faktoren:	16.1 %
Technische Faktoren:	5,7 %



# CIRS - Critical Incident Reporting System

Kategorie	Subkategorie	Code	Beschreibung
<b>Technik</b>	Extern, Design Konstr., Material		Externe Technik Interne Technik
<b>Organisation</b>			
<b>Aktiver humaner Fehler</b>	Wissen Regel Erfahrung Skill „Unfälle, Ausrutscher“	H-ex HKK HRQ HRC HRV HRI	Unwissenheit Mangelnde Qualifikation Mangelnde Koordination Mangelnde Verifikation Mangelndes Monitoring Mangelndes Training
<b>Patienten Faktor</b>		PRF	
<b>Sonstige</b>			

Eindhoven Classification Model : PRISMA  
Br.J.Surg. 2010,

# CIRS - Critical Incident Reporting System

Table 3 Types of 881 unintended events

## Art der unerwünschten Ereignisse

	% of unintended events	Examples
Medication	33.0	Patient receiving wrong dose of heparin for 15 h Gastric bleeding owing to omission of a prescription for medication Intravenous drip mixed with morphine instead of heparin by the nurse
Materials and equipment	15.6	Materials out of stock Materials not in the right place Examinations cancelled because of defective radiology equipment
Diagnosis and treatment	11.1	No assessment of amylase in drain fluid Resuscitation policy II (no resuscitation) noted in patient record without consulting patient No treatment for patient with wounds (pressure ulcers)
Collaboration with other departments	10.2	Laboratory did not check patient's INR Long waiting time for transport of patient to another department Incomplete handover from recovery or other department to surgical unit
Collaboration with resident physicians and medical consultants	10.1	Difficult to contact resident or consultant Neither physician nor anaesthetist took responsibility for administering pain relief to terminally ill patient Physician did not inform surgical unit about cancelled abdominal ultrasonography appointment
Incorrect data and substitutions	5.9	Patient transported to operating room with wrong patient record Check-up almost cancelled because of lack of verification of patient number or date of birth Recovery nurse presented wrong patient to surgical department
Protocols and regulations	4.7	Staff not familiar with procedure in new protocol No definite protocol for use of home medication Inadequate observation of hygiene protocol
Other	9.4	Fall Staff shortage Loss of patient record
Total	100	

INR, international normalized ratio.

# CIRS - Critical Incident Reporting System

## Charakteristika der unerwünschten Ereignisse

Table 2 Characteristics of 881 reported unintended events

	% of unintended events
Event reported by	
Nurse	92.0
Resident physician or medical specialist	8.0
Involvement	
Direct or witness	55.4
Afterwards	44.6
Phase of care	
Medication supply	34.2
Transfer or discharge of patient	13.8
Examination or treatment	10.0
Preparation for the surgical operation	8.0
Acute situation	1.6
Other	32.4



# CIRS - Critical Incident Reporting System

## Vermeidbarkeit der unerwünschten Ereignisse

**Table 5** Preventability of adverse events identified by review of 320 patient records

Degree of preventability	% of adverse events	Examples
Virtually no evidence of preventability	40	Development of pneumonia despite prophylactic antibiotics Deep venous thrombosis despite prophylaxis Wound infection after repeat surgery Delayed surgery for suspected diverticulitis
Slight to modest evidence of preventability	7	
Preventability not very likely, less than 50–50, but ‘close call’	15	Leakage of bowel anastomosis and wound infection; no antibiotic prophylaxis
Preventability more than likely, more than 50–50, but ‘close call’	14	Postoperative pneumonia after laparotomy with insufficient pain treatment and no respiratory exercise Reoperation for leakage of bowel anastomosis in a diabetic patient on warfarin complicated by haemorrhage due to uncorrected coagulopathy and second bowel perforation necessitating multiple relaparotomies
Strong evidence of preventability	12	Insufficient CT-guided percutaneous drainage of an appendicular abscess; multiple reinterventions necessary Haemorrhage and gastric perforation after gastric banding without postoperative ICU monitoring
(Virtually) certain evidence of preventability	12	Unrecognized septic shock and wound infection due to leakage of bowel anastomosis, which in retrospect was clinically evident; delayed relaparotomy Clinically palpable malignancy evident at physical examination, but missed initially
Total	100	

CT, computed tomography; ICU, intensive care unit.

# CIRS - Critical Incident Reporting System

## Vermeidbarkeit der unerwünschten Ereignisse

## Medizinische Inhalte Komplikationsmanagement

Table 5 Preventability of adverse events identified by review of 320 patient records

Degree of preventability	% of adverse events	Examples
Virtually no evidence of preventability	40	Development of pneumonia despite prophylactic antibiotics Deep venous thrombosis despite prophylaxis Wound infection after repeat surgery Delayed surgery for suspected diverticulitis
Slight to modest evidence of preventability	7	
Preventability not very likely, less than 50–50, but 'close call'	15	Leakage of bowel anastomosis and wound infection; no antibiotic prophylaxis
Preventability more than likely, more than 50–50, but 'close call'	14	Postoperative pneumonia after laparotomy with insufficient pain treatment and no respiratory exercise Reoperation for leakage of bowel anastomosis in a diabetic patient on warfarin complicated by haemorrhage due to uncorrected coagulopathy and second bowel perforation necessitating multiple relaparotomies
Strong evidence of preventability	12	Insufficient CT-guided percutaneous drainage of an appendicular abscess; multiple reinterventions necessary Haemorrhage and gastric perforation after gastric banding without postoperative ICU monitoring
(Virtually) certain evidence of preventability	12	Unrecognized septic shock and wound infection due to leakage of bowel anastomosis, which in retrospect was clinically evident; delayed relaparotomy Clinically palpable malignancy evident at physical examination, but missed initially
Total	100	

CT, computed tomography; ICU, intensive care unit.

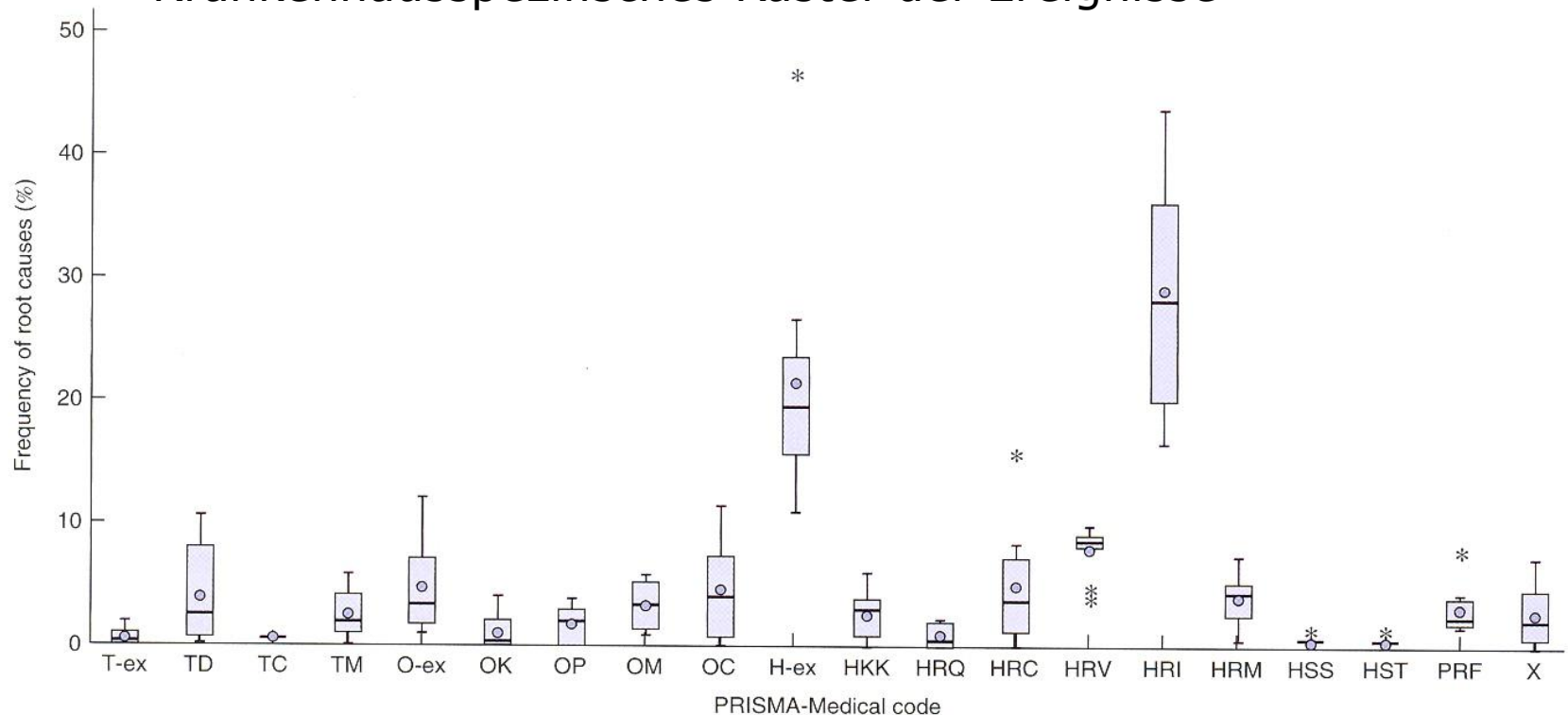


# CIRS - Critical Incident Reporting System

1736

I. van Wagtendonk, M. Smits, H. Merten, M. J. Heetveld and C. Wagner

## Krankenhausspezifisches Raster der Ereignisse



**T: Technische Ausführung**  
**O: Organisation**

**H: Humanfaktoren**  
**P: Patientenfaktoren**  
**X: Sonstige**

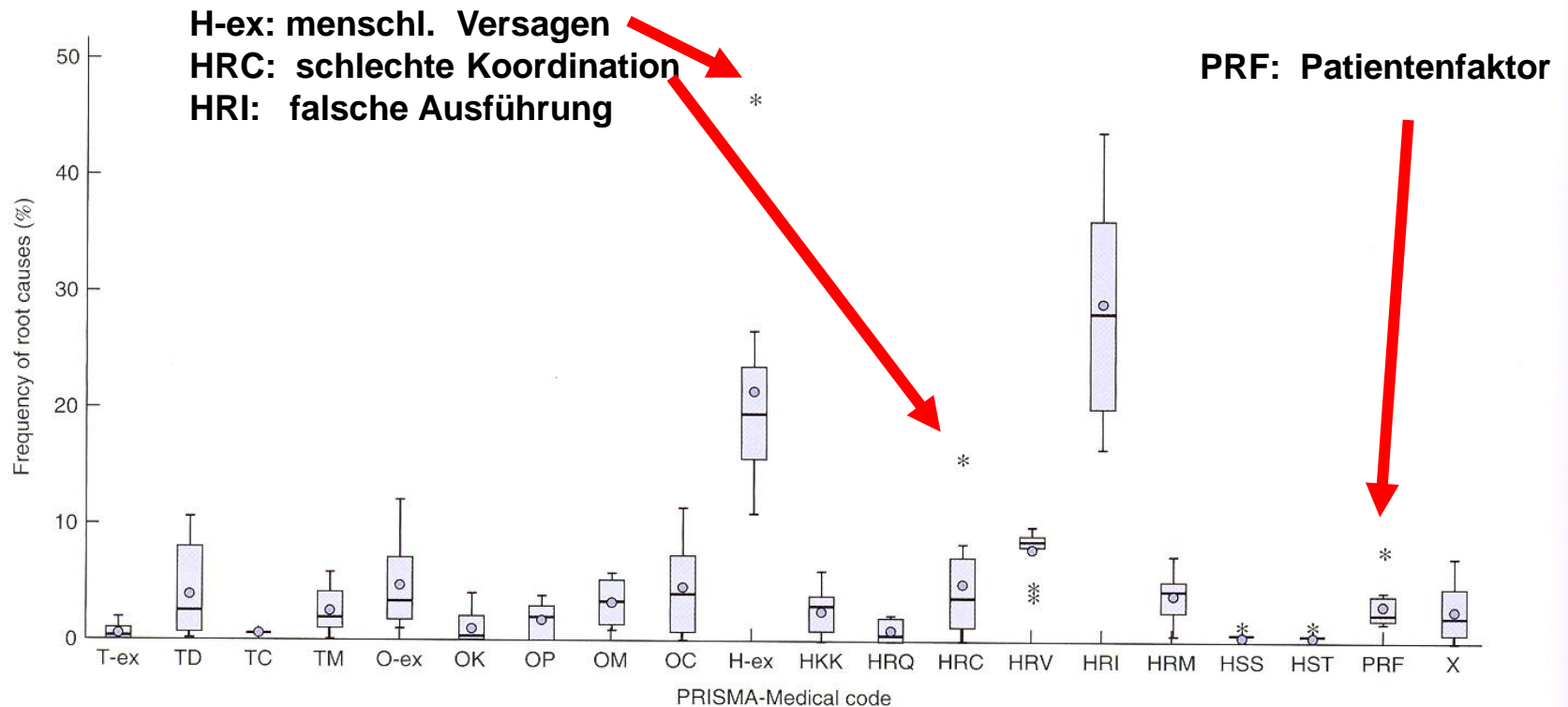


# CIRS - Critical Incident Reporting System

## Krankenhausspezifisches Raster der Ereignisse

1736

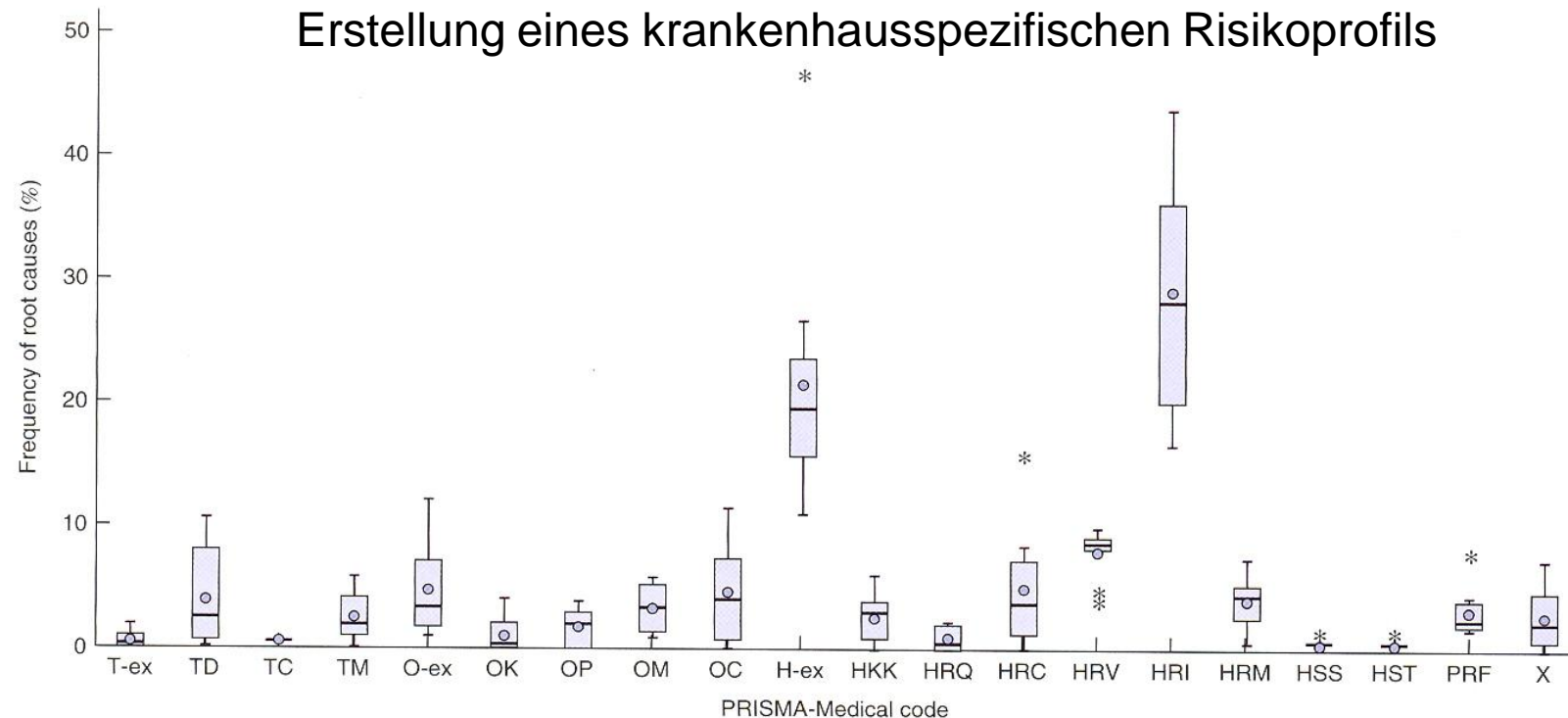
I. van Wagtenonk, M. Smits, H. Merten, M. J. Heetveld and C. Wagner



# CIRS - Critical Incident Reporting System

1736

I. van Wagtenonk, M. Smits, H. Merten, M. J. Heetveld and C. Wagner



**Fig. 2** Box and whisker plots showing root causes in ten surgical units (root cause profile). The five main categories of root cause (technical, organizational, human, patient related and other/unclassifiable) are divided into 20 subcategories. Full descriptions of the categories are given in *Table 1*. Mean values, median values, interquartile ranges and ranges (excluding outliers) are represented by circles, bold horizontal bars, boxes and error bars respectively. Outliers (more than 1.5 times the interquartile range) are represented by asterisks. A large box means that there is wide variation between units in the frequency of these root causes

# CIRS - Critical Incident Reporting System

Original article

## Nature, causes and consequences of unintended events in surgical units

I. van Wagtendonk<sup>1</sup>, M. Smits<sup>1</sup>, H. Merten<sup>1</sup>, M. J. Heetveld<sup>2</sup> and C. Wagner<sup>1,3</sup>

<sup>1</sup>Netherlands Institute for Health Services Research (NIVEL), Utrecht, <sup>2</sup>Department of Surgery, Kennemer Gasthuis, Haarlem, and <sup>3</sup>Department of Public and Occupational Health, EMGO Institute for Health and Care Research, VU University Medical Centre, Amsterdam, The Netherlands  
Correspondence to: Ms I. van Wagtendonk, NIVEL, Netherlands Institute for Health Services Research, PO Box 1568, 3500 BN Utrecht, The Netherlands  
(e-mail: i.van.wagtendonk@ikazia.nl)

Kommentar: N. Hyman, Vermont USA

....ist die Antibiotikainfusion um 16:15 statt 16:00 Uhr ein „Adverse Event“ ?  
....ist 15 Minuten Wartezeit auf den Arzt oder ein Röntgenbild schon ein  
„Administrative Error“ oder eine „Inconvenience“ ?

„The focus should probably be on **opportunities for improvement** rather  
than definitions, classification and categorization „

# CIRS - Critical Incident Reporting System

## ● Wie funktioniert CIRS ?

- Ein Mitarbeiter bemerkt einen sicherheitsrelevanten Vorfall und erstellt mittels eines **vorbereiteten Fragebogens** aus dem Intranet,
- des sog. „**Beinahe-Ereignis-Meldebogens**“,
- eine **anonymisierte Meldung** über
- den **Briefkasten des „Beichtvaters“**.
- Anonyme Analyse CIRS Beauftragter
- Rückmeldung an CIRS Arbeitsgruppe
- Umsetzung, Konsequenzen im klinischen Alltag

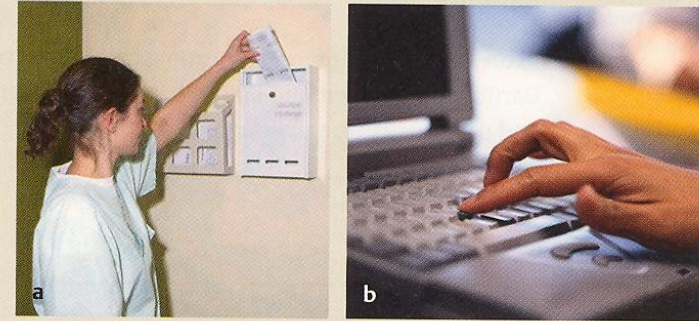


Abb. 5 ■ Abgabe des CIRS-Meldebogens. a Briefkasten (handschriftlich).  
b Intranet/Internet (elektronisch; Bild: PhotoDisc).



# CIRS - Critical Incident Reporting System

---

- Wie soll es weitergehen ?
- CIRS ist erst ein erster Schritt zur einer noch **umfassenderen Sicherheitskultur**, die wir unseren Patienten und Mitarbeitern anbieten müssen und werden.
- CIRS als ständiger weiterer Lernprozess ...mit Einbettung in das Risikomanagement der Organisation.

# Skepsis und Unwissen

## CIRS - Critical Incident Reporting System

aerzteblatt.de

 4. November 2010

<http://www.aerzteblatt.de/nachrichten/43380/>

Ärzterschaft

### Ärzte misstrauen Fehler-Melde-Systemen

Hamburg – Ärzte sind Fehler-Melde-Systemen (CIRS, Critical Incident Reporting-Systems) gegenüber misstrauisch und sehen deren Nutzen nur in Ausnahmefällen. Das hat die Stiftung Gesundheit im Rahmen ihrer Studie „Qualitätsmanagement und Patientensicherheit in der ärztlichen Praxis 2010“ ermittelt. CIRS sollen Ärzten helfen, Fehlerquellen zu identifizieren, zu analysieren und zu vermeiden.

Laut Studie trauen die Ärzte jedoch potenziellen CIRS-Trägern nur bedingt. So erhielt keine der vorgestellten Institutionen gute Noten. „Dabei erreichen Universitäten mit einem Mittelwert von 2,98 noch das am wenigsten schlechte Ergebnis“, so die Studie.

Danach kommen Träger nicht-kommerzieller Einrichtungen und Non-Governmental Organizations (NGO, Nichtregierungsorganisationen). Staatliche oder kommerzielle Einrichtungen werden für diese Aufgabe vollständig abgelehnt.

Zudem sind viele Ärzte offenbar nicht ausreichend über die Existenz und Aufgabe der Fehler-Melde-Systeme informiert. So haben 53 Prozent der Befragten noch nichts von der Möglichkeit gehört, kritische Ereignisse oder Beinahe-Schäden anonym zu berichten, 65 Prozent gaben an, kein CIRS konkret zu kennen.

Laut Studie erschließt sich auch der Nutzen derartigen Systems erst

## CIRS Implementierung 2008-2012

---

### Fazit: Stolpersteine und Meilensteine

- Neue Diskussionsebene im Krankenhaus
- Lernprozess bei allen Mitarbeitern
- Entwicklung neuer Fehlerkultur
- **Verbesserung der Patientensicherheit**
- Offene Themen in Arbeit
- Medizinische Inhalte , Komplikationsmanagement
- Ausrichtung des CIRS: Prozess versus Medizin
  
- Instrumentalisierung in Konfliktbereichen
- „Unabhängige“ Leitung, „Beichtvater“
- Handwerkliche Fehler im Aufbau
- Mangel an Ausdauer und Engagement
- Blick über die Grenze – Niederlande !

# **CIRS Systeme in der Klinik**

## **Persönliches Fazit als Chirurg**

---

**Fehlervermeidung**  
**CIRS Systeme**  
**Aktionsbündnis**  
**Patienten-**  
**sicherheit**



# **CIRS Systeme in der Klinik**

## **Persönliches Fazit als Chirurg**

---

**Fehlervermeidung**  
**CIRS Systeme**  
**Aktionsbündnis**  
**Patienten-**  
**sicherheit**

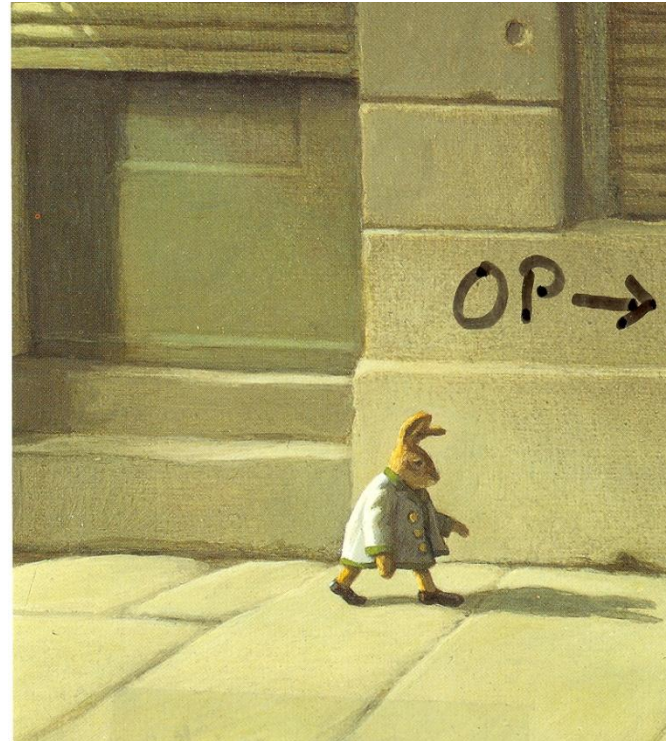
**Dokumentation**  
**Qualitätssicherung**  
**Zertifizierung**

# **CIRS Systeme in der Klinik**

## **Persönliches Fazit als Chirurg**

---

**Fehlervermeidung**  
**CIRS Systeme**  
**APS**



**Dokumentation**  
**Qualitätssicherung**  
**Zertifizierung**

**Leistungserbringer**  
**Verantwortung**  
**Fehler**  
**Qualität**  
**Sicherheit**

# CIRS Systeme: Meilen- und Stolpersteine

---

