

CIRS-Fälle:

*„Der Anfang des Heils ist die Kenntnis des Fehlers“
Epikur*

Die Buchstaben „**CIRS**“ stehen für **Critical Incident Reporting-System**. Die Internetplattform www.cirsmedical.de/ ist inzwischen allgemein bekannt und wird von vielen Kolleginnen und Kollegen genutzt, um anonym kritische Fälle zur Diskussion zu stellen und aus diesen Fällen zu lernen. Wir stellen Ihnen regelmäßig einzelne Fälle vor, die wir für interessant halten.

Aufmerksam machen möchten wir auch auf die speziell für Krankenhäuser angelegte Plattform www.kh-cirs.de/ und die Plattform für Hausarztpraxen www.jeder-fehler-zaehlt.de/

Fall 1:

Ein für Praxen und Krankenhäuser gleichermaßen wichtiger Fall findet sich als Fall des Monats März 2015 auf der Plattform KH-CIRS-Netz.

Bei einem Notfall auf einer peripheren Station war das Reanimationsteam und das Anästhesieteam alarmiert worden. Im verplombten Notfallrucksack des Reanimationsteams waren keine Medikamente enthalten, alles Notwendige war aber vom Anästhesieteam mitgebracht worden, so dass ein Patientenschaden verhindert werden konnte.

Wie wichtig ein routiniertes und vorbereitetes Vorgehen gerade in Notfällen ist, ist jedem im Gesundheitswesen Tätigen schmerzlich bewusst. Dass man meist erst einen Fehler gemacht haben muss, damit Abläufe und Ausstattung geplant, festgelegt und geschult werden, diese Erfahrung haben viele schon hinter sich. Ein regelmäßiger Routinecheck, ob alles diesbezüglich in der eigenen Einrichtung noch in Ordnung ist, ist in jedem Fall sinnvoll.

Details finden Sie unter www.kh-cirs.de/faelle/maerz15.html

Fall 2:

Ein absolut alltäglicher Fall findet sich als Fall des Monats März 2014 auf der CIRS-Plattform der Anästhesie.

Ein nicht ausreichend schmerzfreier Patient wurde schon 20 Minuten postoperativ aus dem Aufwachraum auf die Normalstation verlegt. Der Patient hatte noch im Aufwachraum 15 mg Dipidolor und 1 g Perfalgan erhalten.

Besonders die Beurteilung des Juristen ist hochinteressant. Ein Patient hat einen Anspruch auf Schmerzlinderung, zudem muss situationsabhängig auch eine entsprechende Überwachung gewährleistet sein. Hier ist die Abstimmung zwischen Aufwachraum und peripheren Stationen und ein etabliertes schmerztherapeutisches Konzept eine Condition sine qua non für die postoperative Versorgung.

Details finden Sie unter www.cirs-ains.de/files/fall-des-monats/FdMMärz2014.pdf

Fall 3:

Auf der Internetplattform der Hausärzte www.jeder-fehler-zaehlt.de findet sich ein durch die frühen Entlassungen von Patienten sehr häufiges Problem.

Wegen der kurzen Verweildauern werden die Patienten in der Regel entlassen, bevor der endgültige Histologiebefund vorliegt. Im geschilderten Fall handelt es sich um eine gastroskopierte Patientin, bei der erst nach vier Wochen und erst auf aktive Nachfrage des behandelnden Hausarztes die Histologie einen Helicobacterbefall ergibt. Erst jetzt kann eine Eradikationstherapie eingeleitet werden.

Der endgültige Arztbrief folgt dann erst nach weiteren sechs Wochen, ist also erst zehn Wochen nach Entlassung beim behandelnden Arzt.

Es handelt sich um ein relativ häufiges Problem innerhalb des Entlassmanagements, wobei viele Kliniken ihr Vorgehen hier zuweiserorientiert und zeitnah gestalten. Der Ausschuss Qualitätsmanagement der Sächsischen Landesärztekammer wird sich in der Legislatur 2015 – 2019 insbesondere mit dem Thema Entlassmanagement befassen, wir werden berichten.

Details zum geschilderten Fall finden Sie unter www.jeder-fehler-zaehlt.de/public/report/displaySingleReport.jsp?repID=768