

1. Dokumentation:

(Fehler, kritische und unerwünschte Ereignisse, Beinahe-Schäden, Schäden und Beschwerden)

Was war das Ereignis? **Was** ist **wann** passiert? **Wer** war beteiligt?

Kontext: Prävention Diagnosestellung Organisation (Schnittstellen/ Kommunikation)
 nichtinvasive Maßnahmen invasive Maßnahmen (Diag./ Therapie)

Patient (falls betroffen): _____ Alter: _____ w m

Kam der Patient zu Schaden? nicht anwendbar (kein Pat. beteiligt) nein
 minimaler Schaden/ Verunsicherung des Pat. schwer
 passagerer Schaden: leicht – mittel schwer
 Dauerschaden: leicht – mittel schwer Tod

2. Auswertung und Ableitung von Korrektur- und Vorbeugemaßnahmen:

Wie häufig tritt ein solches Ereignis ungefähr auf?
 erstmalig jährlich monatlich täglich _____

Welche Faktoren trugen zu dem Ereignis bei?
 Kommunikation (im Team, mit Patienten, mit anderen Ärzten)
 Ausbildung und Training
 Persönliche Faktoren des Mitarbeiters (Müdigkeit, Gesundheit, Motivation etc.)
 Teamfaktoren (Zusammenarbeit, Vertrauen, Kultur, Führung etc.)
 Organisation (zu wenig Personal, Arbeitsbelastung etc.)
 Patientenfaktoren (Sprache, Einschränkungen, med. Zustand etc.)
 Technische Geräte (Funktionsfähigkeit, Bedienbarkeit etc.)
 Kontext der Institution (Organisation des Gesundheitswesens etc.)
 Medikation (Medikamente beteiligt?)
 Sonstiges:

Quellenhinweis:

Die Ereignisdokumentation lehnt sich an das Online-Berichtsformular des Berichts- und Lernsystems der deutschen Ärzteschaft für kritische Ereignisse in der Medizin www.cirsmedical.de an. Es ist eine gemeinsame Initiative von Bundesärztekammer (BÄK) und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) und wird vom Ärztlichen Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ) betreut.

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

3. Ereignis abgeschlossen:

Im Team besprochen: _____ (Datum, Unterschrift) und

Beteiligte* informiert: _____ (Datum, Unterschrift)

(* z. B. Beschwerdeführer, Patient, Angehöriger, Zuweiser, Krankenkasse, KV)