

CIRS Asklepios

Wie gehen wir vor? | Was brauchen wir zum Lernen?

Reiner Heuzeroth

Klinisches Risikomanagement | Patientensicherheit Konzernbereich Qualität

26.03.2020, Webinar „Erfahrungen teilen“

CIRS ist elementarer Bestandteil des „Asklepios Programm Patientensicherheit“



Zielvorgabe, Entscheidung der Führung



CIRS-Konzept
 Ein Fehler kennen hat und ihn nicht ignorieren.
Definitionen
 Critical Incident Reporting System
Grundsätze
Ziele
 im Rahmen des Risikomanagements

EINRICHTUNG UND ERFOLGREICHER BETRIEB EINES BERICHTS- UND LERNSYSTEMS (CIRS)
 Handlungsempfehlung für stationäre Einrichtungen im Gesundheitswesen
 Eine Zusammenarbeit der drei deutschsprachigen Patientensicherheits-Organisationen
 PATIENTENSICHERHEIT PATIENTENSICHERHEIT PATIENTENSICHERHEIT

VA CIRS Prozess-Beschreibung
Wer? Was? Wie?
 1. Zweck der Verfahrensanweisung
 Diese Verfahrensanweisung beschreibt den klinischen CIRS-Prozess im Rahmen der Bearbeitung mit der Software „Intrax CIRS“.
 Ziele:
 • Unvermeidbare Ereignisse und Zwischenfälle kontinuierlich erfasst und zur Verbesserung der Patientensicherheit genutzt.
 • Alle Mitarbeiter sind über den Meldeweg und die Weiterbearbeitung der CIRS-Meldung informiert.
 • Die Mitarbeiter sind motiviert, Fehler im Rahmen des CIRS zu melden.
 • Die CIRS-Verantwortlichen können alle Prozessschritte zur Bearbeitung der CIRS-Meldung und Kommunikation der Ergebnisse innerhalb des Meldekreises.
 • Die Führungskräfte unterstützen aktiv den CIRS-Prozess und die Maßnahmenumsetzung.
 • Die Mitarbeiter sind über die Maßnahmen aus dem CIRS informiert.
 2. Geltungsbereich
 • Gesamtes Asklepios-Konzerngebiet
 3. Zuständigkeiten und Verantwortlichkeiten
 • Geschäftsführung (GF), Krankenhausbetriebsleitung (KBL) / Verantwortlich für die Einführung und Umsetzung von CIRS
 • Abteilungsleiter (AL) / CA, PER, etc. / Verantwortlich für die Einführung und Umsetzung in der Abteilung
 • Anonymisierer / Verantwortlich für die Anonymisierung und De-Identifizierung der eingegangenen Meldungen
 • CIRS-Verantwortlicher / Verantwortlich für die Anonymisierung der CIRS-Meldung mit der CIRS-Software, Empfehlung von Maßnahmen, Kommunikation in der Abteilung
 • Analysesystem / Verantwortlich für die CIRS-Meldung, Empfehlung von Maßnahmen
 • Qualitätsmanager / Qualitätsbeauftragter der Klinik (QM) / Verantwortlich für das Controlling und die Evaluation von CIRS in der Klinik sowie die Bearbeitung und Koordination abteilungsübergreifender Maßnahmen.

Zusicherung der Sanktionsfreiheit bei Meldung von Fehlern und Zwischenfällen
Beschluss der Geschäftsführung
 1. Wer unvermeidbare Ereignisse, Zwischenfälle oder Fehler vermeiden will, muss wissen, wo sie sich ereignen können, um Verbesserungen einzuleiten und Schäden zu vermeiden.
 Die Geschäftsführung der Asklepios Kliniken Hamburg GmbH begrüßt daher nachdrücklich die Einrichtung eines Meldesystems für sicherheitsrelevante unerwünschte Ereignisse in den Kliniken.
 Dieses Meldesystem ist ein zentralisiertes, anonymisiertes, elektronisches Meldesystem. Der Meldeweg ist über das Intranet der Asklepios Kliniken Hamburg GmbH zu erreichen. Der Meldeweg ist über das Intranet der Asklepios Kliniken Hamburg GmbH zu erreichen. Der Meldeweg ist über das Intranet der Asklepios Kliniken Hamburg GmbH zu erreichen.
 Die Geschäftsführung sichert den Mitarbeitern zu, dass
 1. die anonymisierten Daten vertraulich behandelt werden. Es werden keine Informationen über die Identität der Mitarbeiter an Dritte weitergegeben.
 2. selbst bei zufälliger Kenntnis der beteiligten Personen aus den Informationen der Meldungen keine negativen Konsequenzen für die Beteiligten gezogen werden (Sanktionen, personalrechtliche/arbeitsrechtliche/disziplinarische Folgen).
 3. immer versucht wird, systematische Ursachen zu erkennen und zu verbessern. Es geht nicht darum, den „Schuldigen“ zu finden, sondern aus den Fehlern zu lernen.
 4. das Melden eines unerwünschten Ereignisses als besonders motiviertes und verantwortungsvolles Verhalten gewertet wird.
Verpflichtung auf Wahrheitsgrundsätze
 Die Geschäftsführung bittet die Mitarbeiter darum, bei allen Meldungen den Wahrheitsgrundsatz einzuhalten. Das heißt, alle Meldungen sollen nach bestem Wissen der Gesundheitsfachkraft ergründeter Wahrheit entsprechen. Diese ist Voraussetzung für eine sinnvolle Funktion des Systems im Interesse des Patienten- und Mitarbeiterschutzes.

Konzernweit einheitliche CIRS-Software
 CIRS - durch Fehler lernen!
 Wie werden Sie Fehler und Zwischenfälle, Anzeigen und Warnhinweise?
 Weshalb ist es so dem Ergebnis gelungen? (Ursachen/Wirkung)
 Wie können die Ergebnisse in Zukunft verhindert werden?
 Ihre Befragungen
 Wie zum Ergebnis
 Wie ist das Ergebnis passiert?
 Wie ist das Ergebnis passiert?

Konzernbetriebsvereinbarung CIRS
 Zwischen der Geschäftsführung der Asklepios Kliniken Hamburg GmbH und der Konzernbetriebsvereinbarung geschlossen.
 die nachfolgende Konzernbetriebsvereinbarung geschlossen:
 Präambel
 Die Asklepios Kliniken Hamburg GmbH beabsichtigt, im Rahmen des klinischen Regiments ein „Critical Incident Reporting System“ (CIRS) einzuführen.
 Die Betriebsparteien stimmen darin überein, dass Fehler in komplexen Betrieben erwartbar und CIRS-Meldungen sind daher erwünscht. Den Mitarbeitern dürfen keine negativen Konsequenzen oder Sanktionen entstehen.
 Die Betriebsparteien bestätigen Einvernehmen darüber, dass die Etablierung einer CIRS-Software im Interesse des Patienten- und Mitarbeiterschutzes ist.



CIRS Asklepios



FAKTEN zu CIRS: (Stand 03.2020)

- in 44 Kliniken umgesetzt
- über 250 Meldekreise
- Bis heute über 13000 Meldungen
- über 9000 abgeleitete Maßnahmen

Einrichtungsübergreifendes
Asklepios CIRS Netz

- Berichts- und Lernsystem für Fehler und unerwünschte Ereignisse
- Konzept des Konzernbereichs Qualität auf Grundlage der Empfehlungen des Aktionsbündnis Patientensicherheit
- Einfach, sicher, anonym, sanktionsfrei
- Einheitliche Software zur Prozessunterstützung
- Zentrale Steuerung und Controlling im Konzernbereich Qualität
- Kennzahlen für den Gesamtprozess

Ausgezeichnet!

- Asklepios Award 2011
- Deutscher Preis Patientensicherheit 2015

CIRS Meldung

**Auf jedem PC
befindet sich
ein Link auf die
CIRS Meldemaske**



CIRS - Berichten und Lernen!

Meldende Abteilung/Meldekreis

(bitte auswählen)

Was ist passiert? Bitte beschreiben Sie das Ereignis:

Was ist passiert?

Warum ist es zu dem Ereignis gekommen? (Ursachen/Gründe)

Wie ist es zu dem Ereignis gekommen?

Wie könnte das Ereignis in Zukunft verhindert werden?

Wie könnte es in Zukunft vermieden werden?

weitere freiwillige Angaben

Ihre Berufsgruppe

(bitte auswählen)

Bezug zum Ereignis

(bitte auswählen)

Tageszeit

(bitte auswählen)

Wo ist das Ereignis passiert?

(bitte auswählen)

Meldung absenden

Mitarbeiter

Meldung eines Fehlers oder unerwünschten Ereignisses

CIRS - durch Fehler lernen!
Bitte melden Sie Fehler und Beeinträchtigungen, Anonym und vertraulich.

Heldende Abteilung/Praxisnummer
[Dropdown]

Wie ist passiert? Bitte beschreiben Sie das Ereignis:
[Textfeld]

Wann ist es zu dem Ereignis gekommen? (Uhrzeit/Gründe)
[Textfeld]

Wie könnte das Ereignis in Zukunft verhindert werden?
[Textfeld]

Weitere freiwillige Angaben

Ihre Berufsgruppe [Dropdown] Umgang mit Ereignis [Dropdown]

Tagesszeit [Dropdown] Wie ist das Ereignis passiert? [Dropdown]

[Buttons: Abbrechen]

Zentraler Anonymisierer der Klinik

Anonymisierung De-Identifizierung

CIRS - durch Fehler lernen!
Sie sind angemeldet als: Bodo Reuschke Bereich: CIRS

Verantwortung: Verantwortlicher: Bodo Reuschke

Vorgangsdetails: [Dropdown] Anonymisierung [Dropdown]

Vorgangsinformationen

Vorgangsnummer: [Textfeld] [OK]

Kurzbeschreibung: [Textfeld]

Erstzugangstermin: [Textfeld]

Helddatum: [Textfeld]

Wie ist passiert? Bitte beschreiben Sie das Ereignis:
Bei der Aufnahme eines älteren Patienten in der ZNA durch Dr. Spitzer wird die Information der Tochter über eine MRSA-Infektion des Vaters im Vorgang nicht dokumentiert und nicht weitergegeben. Es erfolgt kein Absicht, der Patient wird auf die Station in ein 3-Bett-Zimmer aufgenommen. Nur durch eine Intervention der Angehörigen bei Stationsarzt Dr. Thomaek wird er in ein Einzelzimmer verlegt und Screening durchgeführt, welches zum Glück negativ ist.

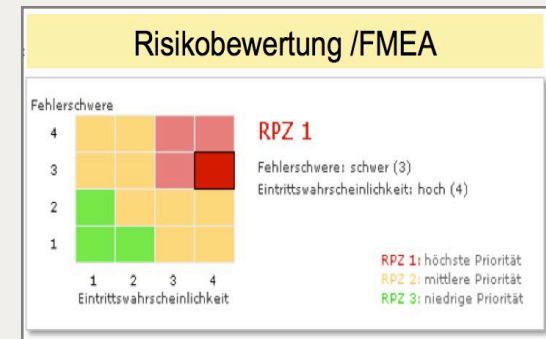
Wann ist es zu dem Ereignis gekommen? (Uhrzeit/Gründe)
Information wurde nicht weitergegeben, Es erfolgte keine Dokumentation

Wie könnte das Ereignis in Zukunft verhindert werden?
Der Prozess zum Umgang mit MRSA-Patienten sollte überprüft und eingehalten werden

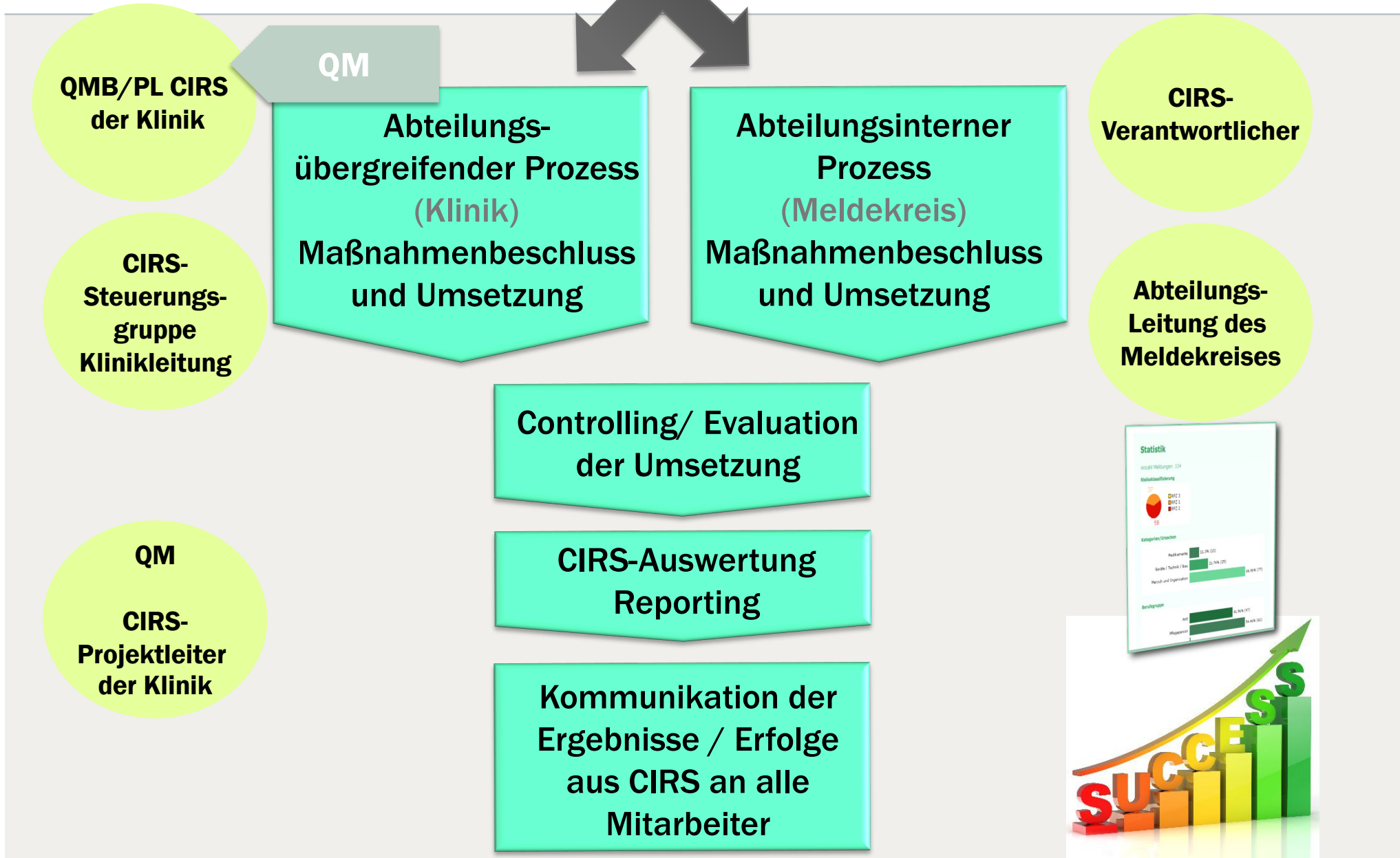
CIRS-Verantwortlicher

Analyse-team

Bearbeitung der Meldung
Analyse /Bewertung
Maßnahmenempfehlung



CIRS- Prozess



Einrichtungsübergreifendes Lernen aus CIRS

Übersicht Ebenen der Kommunikation und Veröffentlichung



Einrichtungsübergreifendes Lernen aus CIRS

Zentrale Koordination: Konzernbereich Qualität
Maßnahmen zur Identifikation, Analyse und Maßnahmenableitung
klinikübergreifend relevanter oder gehäuft auftretender unerwünschter
Ereignisse

Asklepios CIRS - Netz



Klinik

Meldekreis 1

Meldekreis 2

Meldekreis 3

Veröffentlichung
CIRS Health Care
Anforderung G-BA /üFMS
Konzernübergreifendes Lernen

Safety first
Sicherheitswarnung
an alle Mitarbeiter
mit Handlungsempfehlung

Fall des Monats
Monatliche Versendung per Mail

Veröffentlichung im
Asklepios CIRS-Netz
Übergreifend relevante Fälle
für alle Mitarbeiter sichtbar

Kommunikation
auf Klinikebene
z.B. Newsletter / Lenkungs-gremien

Kommunikation
im Meldekreis
z.B. Aushang / Bericht / Besprechung

Asklepios CIRS-Netz

Im Asklepios CIRS-Netz werden übergreifend relevante Fälle aus den Kliniken aufgearbeitet und anonym veröffentlicht. Das Netzwerk ist für alle Mitarbeiter zugänglich und ermöglicht das konzernweite Lernen aus Fehlern.



The screenshot shows the Asklepios CIRS-Netz portal. At the top left, it says "Asklepios CIRS - Netz" and "Klinikübergreifendes Lernen aus CIRS". At the top right is the Asklepios logo with the tagline "Gesund werden. Gesund leben.". Below this is a navigation bar with links: "Willkommen", "Fallberichte lesen", "Fall des Monats", "Statistik Asklepios CIRS - Netz", "Übersicht Asklepios Gesamt", and "Safety First". A warning message states: "Die Inhalte dieser Seiten sind streng vertraulich. Jegliches Kopieren, Erstellen von Screenshots oder die Weitergabe an Dritte ist strengstens untersagt." The main content area features a large graphic of the Asklepios CIRS-Netz logo and a map of Germany with numerous red house icons representing clinics, connected by green lines. To the right of the graphic, there is text explaining that CIRS cases from individual Asklepios clinics are published here for all relevant facilities to learn from. It also mentions that completed cases, including implemented measures, are filterable by specialty.

3.: Einrichtungsübergreifendes Lernen aus CIRs

Safety first

Umfangreiche Analyse und Aufarbeitung sicherheitsrelevanter Themen durch den KBQ mit konkreten Präventionsempfehlungen zur Umsetzung in den Kliniken. Versendung per Mail an alle Asklepios Mitarbeiter

Safety first Nr. 3

Thema: Sichere Patientenidentifikation

Fallbeschreibung: Was ist passiert?

Fall 1: Falscher Patient im OP gebracht

Fall 2: Patient erhält falsches Patientenband

Fall 3: Patient erhält falsches Patientenband

Fall 4: Inkomplette Probe zur Histologie in die Histologie statt

Fall 5: Patientenerkrankung auf Blutprodukten

Safety first Nr. 5

Thema: Fehler bei der Alarmierung des Notfall-Teams

Fallbeschreibung: Was ist passiert?

Fall 1: Falsche Notrufnummer

Fall 2: Notrufnummer besetzt

Fall 3: Missverständliche bei der Alarmierung

Fall 4: Einsatzort nicht auffindbar

Fall 5: Zeitliche Verzögerung

Fall 6: Unklare Zuständigkeiten

Safety first Nr. 7

Thema: Fehlende Ausstattung bei Suizidversuch (Rettungsschere)

Fallbeschreibung: Was ist passiert?

Analyse und ergriffene Maßnahmen

Safety first Nr. 8

Thema: Balahe-Patientenverwechslung bei der Gabe eines Blutproduktes

Fallbeschreibung: Was ist passiert?

Analyse

Safety first Nr. 10

Thema: Balahe Überdosierung von Morphazin (MTX)

Fallbeschreibung: Was ist passiert?

Analyse

Fachkommentar

Safety first Nr. 11

Präventions-Empfehlung / Take-Home Message:

Um Fehler bei der i.v.-Gabe von Medikamenten zu vermeiden, wird Folgendes empfohlen:

Ein Fehler bei der i.v.-Gabe von Medikamenten zu vermeiden, wird Folgendes empfohlen:

STOP-INJEKT CHECK!

Safety first Nr. 12

Thema: Falsches Patientenband in OP

Fallbeschreibung: Was ist passiert?

Analyse

Fachkommentar

Safety first Nr. 13

Thema: Notfallintubation nach Aspiration eines zentralen Venenkatheters

Fallbeschreibung: Was ist passiert?

Analyse

Fachkommentar

Safety first Nr. 14

Präventions-Empfehlung / Take-Home Message:

Um eine Sepsis bei einem Patienten in der Notaufnahme so früh wie möglich zu erkennen und adäquat behandeln zu können, wird Folgendes empfohlen:

SEPSIS

Safety first Nr. 15

Thema: Unbeabsichtigter verbleibender Fremdkörper im Operationsgebiet

Fallbeschreibung: Was ist passiert?

Analyse und Fachkommentar (KB Qualität)

CIRS - Fall des Monats Lernen aus einem besonderen Fall und dessen Bearbeitung für alle Kliniken
Versendung an die QMB aller Kliniken

Veröffentlichte „Fälle des Monats“ 2019:

- März 2019: „Unstimmigkeit zwischen Medikamentenplan und Arztbrief“
- April 2019: „Falsche Drainage gezogen“
- Juni 2019: „Tablette in Blister-Verpackung verabreicht“
- Juni 2018: „Verwendung eines falschen Sensors zur Messung der Sauerstoffsättigung“
- August 2019: „Patient mit falscher Akte transportiert“
- Oktober 2019: „Kontrolle externer Laborwerte“
- November 2019: „Gefahr der Fehldosierung bei der Sauerstoffversorgung durch unterschiedliche Flowmeter“



Konzernbereich Qualität

Fall des Monats Oktober 2019
Kontrolle externer Laborwerte
Fallbeschreibung

aus dem Asklepios CIRS-Netz

Konzernbereich Qualität

Fall des Monats November 2019 aus dem Asklepios CIRS-Netz (Vers. 02)

Gefahr der Fehldosierung bei der Sauerstoffversorgung durch unterschiedliche Flowmeter

Fallbeschreibung

Auf einer Station, die Patienten mit chronisch obstruktiven Lungenerkrankungen (COPD) behandelt, fällt auf, dass zwei unterschiedliche Flowmeter-Typen für die Sauerstoff-Wandanschlüsse in Verwendung sind. Die Flowmeter haben zum einen unterschiedliche Skalen, zum anderen einen unterschiedlichen Ablesemodus. Bei einem Modell muss der Wert auf der Skala an der Oberkante der Kugel abgelesen werden, bei dem anderen erfolgt dies in der Mitte der Kugel. Zu erkennen ist dies ausschließlich an einem sehr kleinen Symbol an der Basis der Skala. Der überwiegenden Mehrheit sowohl des pflegerischen als auch des ärztlichen Personals war dieser Umstand unbekannt.

Risikoklassifizierung

Fehlerrisikoreihe		RPZ 2		Geräte / Technik / Bau	
4	3	2	1	• Fehlbedienung	
4	3	2	1	• Fehlende Funktionalität vorhandener Geräte	
Eintrittswahrscheinlichkeit		Eintrittswahrscheinlichkeit: gering (2)		RPZ 1: höchste Priorität	
1 2 3 4		1 2 3 4		RPZ 2: mittlere Priorität	
				RPZ 3: niedrige Priorität	

Analyse und Fachkommentar

Die Analyse hat ergeben, dass die Bestellung der Flowmeter bei verschiedenen Herstellern erfolgt, die ihre Geräte jeweils anders konfigurieren.

Darüber hinaus war die Einweisung in die Bedienung der Sauerstoff-Flowmeter sehr lückenhaft. Es war nur wenigen Mitarbeitern bekannt, dass auf der Station zwei unterschiedliche Flowmeter-Typen im Einsatz sind. Durch die unterschiedlichen Flowmeter-Modelle besteht das Risiko der fehlerhaften Dosierung der Sauerstofftherapie, was insbesondere bei Patienten mit einer COPD zu unerwünschten Komplikationen führen kann.



Erforderliche Maßnahmen

- Stellen Sie die Schulung und Einweisung aller Mitarbeiter (Arzt und Pflege) in die Geräte und Technik der Sauerstoffversorgung sicher.
- Prüfen Sie, ob sich unterschiedliche Flowmeter-Typen zur Sauerstoffversorgung in Ihrer Klinik im Einsatz befinden.
- Vereinheitlichen Sie, wenn möglich, die Geräte innerhalb der Klinik.
- Vermeiden Sie ein Mix verschiedener Flowmeter-Typen innerhalb einer Station.

CIRS Asklepios Berichten und Lernen - Fall des Monats Konzernbereich Qualität Seite 1 von 1



Zur Verfügung gestellte Materialien, Aufarbeitungen
Newsletter Materialien

Stellungnahme des Aktionsbündnis Patientensicherheit APS zur sicheren Patientenidentifikation

„Die sichere Patientenidentifikation ist eine Führungsaufgabe. Der Einführung und Umsetzung der Handlungsempfehlungen sollte deshalb unbedingt eine eindeutige Entscheidung der Führungsebene vorausgehen. Sichere Patientenidentifikation ist eine Gemeinschaftsaufgabe. Deshalb adressieren die Empfehlungen alle Personen die am Behandlungsprozess beteiligt sind.“

Ärzte, Pflegekräfte, Arzthelferinnen, medizinisch-technische Assistenten, die Mitarbeiter des Empfangspersonals und des Transportdienstes und alle anderen an der Versorgung beteiligten Personen. Sie tragen gemeinsam die unteilbare Verantwortung für eine sichere Patientenidentifikation. Die korrekte Übermittlung von Informationen und die Rückversicherung über deren Richtigkeit sind nach Auffassung des Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V. die wichtigsten Werkzeuge, um eine sichere Patientenidentifikation zu gewährleisten, auch und gerade über die Grenzen von Berufsgruppen, Abteilungen oder Versorgungseinrichtungen hinweg. Und schließlich sollte der Patient selbst in diese Kommunikationsstrategie aktiv eingebunden werden.“

Fallbeispiele

„Es kann jeden Treffen! Alle die sich plötzlich mit einer realisierten Patientenverwechslung konfrontiert sahen, dachten nicht, dass ihnen das mal passieren würde. Die heimtückische Kombination von Umständen und Begleitfaktoren führt zu unmöglich geglaubten Verwechslungen (s. Abb. 1, nächste Seite). Nur konsequent systematisch durchgeführte Sicherheitsmechanismen können diesen katastrophalen Fehler für uns verhindern.“ **Marcus Rall, InPASS**

Fallbeispiel: Ein Patient wird in den Aufnahmeholraum gebracht. Die Pflegekraft des Patientenzimmers stellt und einer Pflegekraft der Patientenzimmer gesteht und fragt unter Verwendung eines ähnlich klingenden Patienten namens beim Hol- und Bringedienst nach, ob das Kontrastmittel für diesen Patienten sei. Das bestätigte der Mitarbeiter des Hol- und Bringedienstes. Daraufhin wurde dem falschen Patienten das Kontrastmittel verabreicht. Kurze Zeit später erfuhr die zuständige Pflegekraft, dass der erstgenannte Patient als Neuzugang auf Station liegt und eigentlich das Kontrastmittel erhalten sollte.“



Neue Erkenntnisse Ursache und Beginn von vielen Fehlern und Schadensfällen: Subjektiv zu hoher Zeitdruck

Zahlreiche Fehler, Zwischenfälle...



Sechs Erkenntnisse und Thesen zum Thema „Fehler durch subjektiven Zeitdruck“ und wie ein paar Sekunden mehr, Leben retten können

- 1. Im medizinischen Alltag entsteht oft Zeitdruck. Dieser führt zu einem Handlungsdruck und dieser wiederum zu Fehlern (z.B. falsche Medikamentengabe, unzureichende Therapien, fehlerhafte Diagnostik, missverständliche Anordnungen, etc.).
- 2. 70-80% aller Schadensfälle in der Medizin...

ihre Ursachen im Bereich... Großteil der Zwischenfälle und Ressourcen vermeidbar

wahrgenommen hohen „fort“ handeln zu müssen, er zu kontrollieren. dadurch steigt das

nt um mangelnde... eiten oder fehlende Aus... iten und dadurch fehlerhaftes

5. Bei der Arbeit im Team führt der subjektiv empfundene Zeitdruck zu fehlerhafter Kommunikation und ist dadurch häufig Ursache für unzureichende Handlungen (fehlende Kontrolle, Speak-Up, Aufmerksamkeitsfehler). Dabei gibt es im medizinischen Alltag eher selten einen Zeitdruck im Bereich von Sekunden!

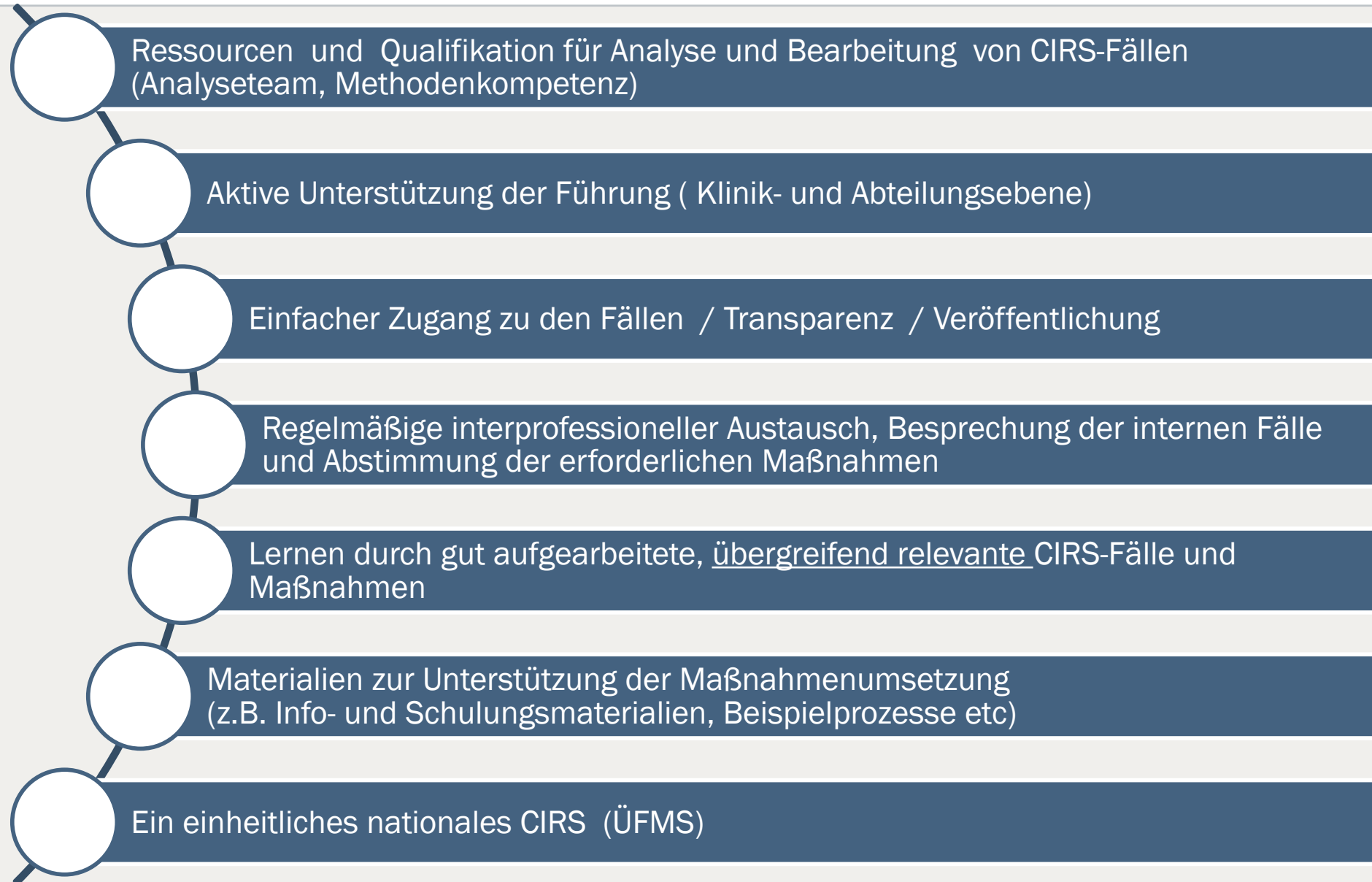
6. Tragisch: Der subjektive Zeitdruck führt über Fehler, Schäden und Ärger nicht zu einer Zeitersparnis, sondern insgesamt zu einem deutlich höheren Zeiteinsatz (Fehlerkorrektur, Management von Komplikationen und Missverständnissen). Es entsteht eine Abwärtsspirale bzw. ein Teufelskreis, der den Zeitdruck immer höher erscheinen lässt und damit immer häufiger zu einem falschen hohen subjektiven Zeitdruck im Bereich von Sekunden und in der Folge zu weiteren Fehlern und fehlender Kommunikation führt.

Erkenntnis für einen Ausweg: In der Medizin gibt es keinen realen Zeitdruck im Bereich von Sekunden!
Zeit vermeidet Fehler und rettet Leben: Wir haben immer ein paar Sekunden mehr!



Seite 1

Was brauchen wir zum Lernen aus CIRS? (intern und übergreifend)





Für weitere Fragen stehe ich gern zur Verfügung.

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!

Reiner Heuzeroth, Konzernbereich Qualität, Asklepios Kliniken
r.heuzeroth@asklepios.com

Reiner Heuzeroth

Klinisches Risikomanagement | Patientensicherheit
Konzernbereich Qualität

Asklepios Kliniken GmbH & Co. KGaA
Rübenkamp 226 - D-22307 Hamburg
Tel.: +49 40 18 18-82 6551
Mobil: +49 160 96902518

eMail: r.heuzeroth@asklepios.com

