

BDAktuell DGAInfo

Das Patientenrechtegesetz, der Gemeinsame Bundesausschuss und CIRS

Am 26. Februar 2013 trat das Patientenrechtegesetz in Kraft¹. Dieses Gesetz hat auch Auswirkungen auf klinische Risikomanagement- und Fehlermeldesysteme, da zum einen Anforderungen an einrichtungsinterne Fehlermeldesysteme gestellt werden, zum anderen aber auch der Schutz der Melder geregelt wird².

Erfreulicherweise werden alle nun definierten Anforderungen an Fehlermeldesysteme bereits seit langem bei CIRS-AINS, dem Berichts- und Lernsystem von BDA, DGAI und ÄZQ, erfüllt und gelebt. Im Folgenden wird vor allem auf die für Sie relevanten Regelungen bei Fehlermeldesystemen eingegangen.

Schutz der Melder

§ 135a Abs. 3 SGB V Verpflichtung zur Qualitätssicherung

Meldungen und Daten aus einrichtungsinternen und einrichtungsübergreifenden Risikomanagement- und Fehlermeldesystemen nach Absatz 2 in Verbindung mit § 137 Absatz 1d dürfen im Rechtsverkehr nicht zum Nachteil des Meldenden verwendet werden. Dies gilt nicht, soweit die Verwendung zur Verfolgung einer Straftat, die im Höchstmaß mit mehr als fünf Jahren Freiheitsstrafe bedroht ist und auch im Einzelfall besonders schwer wiegt, erforderlich ist und die Erforschung des Sachverhalts oder die Ermittlung des Aufenthaltsorts des Beschuldigten auf andere Weise aussichtslos oder wesentlich erschwert wäre.

Mit dem neuen Absatz 3 des § 135a SGB V wird die Sanktionsfreiheit für Fehlermeldungen nun gesetzlich vorgeschrieben. Der Gesetzgeber macht deutlich, dass Fehlermeldesysteme nicht der Klärung von Schuld- oder Haftungsfragen dienen, und stellt die Melder in einrichtungsinternen sowie einrichtungsübergreifenden CIRS im Rechtsverkehr unter Schutz, jedoch bei schweren Straftaten eingeschränkt. Arbeitsrechtlich wird die Freiheit von Sanktionen dort eine Grenze finden müssen, wo es um wiederholte, erhebliche Fehler geht, die im Interesse der Aufrechterhaltung der gebotenen Versorgungsqualität nicht ohne arbeitsrechtliche Konsequenzen bleiben dürfen. Allerdings müssen die diesbezüglichen Informationen aus anderen Quellen als einem CIRS stammen. Meldungen über bisher noch nicht abgeschlossene Schadensfälle sollten in einem CIRS generell nicht freigegeben werden.

Anforderungen an ein abteilungsinternes Risiko- und Fehlermanagementsystem

§ 137 Abs. 1d SGB V Richtlinien und Beschlüsse zur Qualitätssicherung

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 Verbes-

serung 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.

Schon vor Inkrafttreten des Patientenrechtegesetzes waren Leistungserbringer der gesetzlichen Krankenversicherung nach § 135 a Abs. 2 Nr. 2 SGB V verpflichtet, ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement vorzuhalten. Hierzu zählte auch ein Risiko- und Fehlermanagement. Die Erkenntnisse für das Risiko- und Fehlermanagement können hierzu z.B. aus Patientenbefragungen, Teambesprechungen, Beschwerden, sicherheitsrelevanten Ereignissen (z.B.

1 s. hierzu auch BDAktuell JUS-Letter Sonderausgabe Januar 2013, Anästh Intensivmed 2013;54:32-37

2 s. hierzu auch BDAktuell JUS-Letter Dezember 2013, Anästh Intensivmed 2013;54:657-660.

Beinahe-Schäden und -Fehlern) oder der Teilnahme an einem Fehlermeldesystem gewonnen werden. Über die Umsetzung dieser Systeme müssen die Krankenhäuser in ihren Qualitätsberichten informieren.

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) wurde auf Grundlage von § 137 Absatz 1d SGB V beauftragt, Mindeststandards für Risikomanagement- und Fehlermeldesysteme zu erarbeiten sowie Anforderungen an einrichtungsübergreifende Fehlermeldesysteme festzulegen, „die in besonderem Maße geeignet erscheinen, Risiken und Fehlerquellen in der stationären Versorgung zu erkennen, auszuwerten und zur Vermeidung unerwünschter Ereignisse beizutragen.“ Als Beispiel für ein qualitativ hochwertiges Fehlermeldesystem wird in der Mitteilung der „Tragenden Gründe zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses“ u.a. das Netzwerk CIRSmedical.de genannt, in das CIRS-AINS bereits seit 2009 integriert ist.

Am 23.01.2014 wurde der Auftrag fristgerecht vom G-BA erfüllt: In der „Vereinbarung zum Qualitätsmanagement – Umsetzung des § 137 Abs.1d SGB V“ beschreibt § 5 Mindeststandards für ein klinisches Risikomanagement (Absätze 1, 2 und 5), für ein einrichtungsinternes Fehlermeldesystem (Absätze 3-5) sowie die Teilnahme an übergreifenden Fehlermeldesystemen (Absatz 6) und die Einrichtung eines patientenorientierten Beschwerdemanagements (Absatz 7). Die Änderungen traten am 17.04.2014 in Kraft. Die für Sie relevanten Neuregelungen bei Fehlermeldesystemen werden im Folgenden dargestellt.

Mindeststandards für einrichtungsinterne Fehlermeldesysteme

Vereinbarung zum Qualitätsmanagement

§ 5 Abs. 3 Klinisches Risikomanagement und Fehlermeldesystem

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. Die Etablierung eines Fehlermeldesystems in der Einrichtung erfolgt auf Grundlage einer Zielplanung und eines strukturierten Projektmanagements, wobei die Führungskräfte aller Hierarchieebenen aktiv unterstützen und entsprechende Verantwortlichkeiten festlegen. Es sind sowohl Einführungen in den Umgang mit Fehlermeldesystemen als auch bei Bedarf regelmäßige Schulungen für die Mitarbeiter durchzuführen.

Der G-BA definiert ein Fehlermeldesystem als ein Berichts- und Lernsystem, „das sich an alle Akteure des Gesundheitswesens richtet und ein gegenseitiges Lernen ermöglicht. Es dient der Erfassung von Beinahe-Fehlern, kritischen Ereignissen und unerwünschten Vorkommnissen in Einrichtungen des Gesundheitswesens. In einem solchen System werden weder personen- noch ortsbezogene Daten gespeichert.“

Außerdem muss ein CIRS einfach in der Handhabung sein sowie freiwillig, anonym und sanktionsfrei.

Um ein Fehlermeldesystem vor Ort erfolgreich etablieren zu können, muss die Führungsebene eine aktive Rolle spielen. Sie muss die Strategie festlegen und kommunizieren sowie funktionsfähige Rahmenbedingungen schaffen. Es gilt, Verantwortlichkeiten vorab zu regeln, alle Mitarbeiter der Einrichtung einzubeziehen und entsprechend zu schulen.

Vereinbarung zum Qualitätsmanagement

§ 5 Abs. 4 Klinisches Risikomanagement und Fehlermeldesysteme

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 einrichtungsüber-

greifend 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.

Fehlermeldesysteme helfen frühzeitig, also noch vor Schadenseintritt, sicherheitsrelevante Ereignisse systematisch und strukturiert zu erkennen, zu bewerten und zu bewältigen. CIRS bieten somit die Chance des Lernens aus kritischen Ereignissen von und mit anderen, um so Wiederholungen kritischer Ereignisse vorzubeugen. Hierzu ist es unbedingt notwendig, eingehende Meldungen zeitnah zu bearbeiten und alle Mitarbeiter über hieraus resultierende Erkenntnisse, Ergebnisse und Maßnahmen schnellstmöglich zu informieren. Einrichtungsübergreifend relevante Meldungen können in anonymisierter Form an einrichtungsübergreifende Fehlermeldesysteme weitergeleitet werden. Dies bietet die Chance, die Wissensbasis für alle zu erweitern und ein überregionales Lernen zu ermöglichen. Die Bearbeitung der Fallmeldung verbleibt jedoch auch bei einer Fallweiterleitung in ein einrichtungsübergreifendes CIRS in der Verantwortung des Krankenhauses.

Vereinbarung zum Qualitätsmanagement

§ 5 Abs. 5 Klinisches Risikomanagement und Fehlermeldesysteme

Sowohl für das klinische Risikomanagement im Allgemeinen als auch für das Fehlermeldesystem im Besonderen ist eine entsprechende Dokumentation und Nachvollziehbarkeit des Systems erforderlich. Nach Implementierung von Maßnahmen sollen eine Evaluation und gemäß des PDCA-Zyklus ggf. erforderliche Anpassungen erfolgen.

Der G-BA fordert eine entsprechende Dokumentation und Nachvollziehbarkeit der Maßnahmen (z.B. im Jahresbericht der Geschäftsführung oder in Form

von Tätigkeitsberichten zur Ein- und Durchführung von CIRS). Er sieht einen wesentlichen Maßstab für die Erfüllung der Anforderungen für ein Fehlermeldesystem in der Umsetzung des PDCA-Zyklus (Plan-Do-Check-Act). Dieser beinhaltet, nach der Implementierung von Maßnahmen, deren Evaluation (z.B. durch Mitarbeiterbefragungen) und ggf. eine Anpassung der Maßnahmen.

Wie eingangs bereits erwähnt, werden alle vom G-BA nun beschriebenen Mindeststandards für einrichtungsinterne Fehlermeldesysteme von CIRS-AINS, dem Berichts- und Lernsystem für Anästhesie, Intensivmedizin, Notfallmedizin und Schmerzmedizin, erfüllt und gelebt. In Tabelle 1 sehen Sie im Überblick die vom G-BA definierten Eckpunkte einrichtungsinterner Fehlermeldesysteme (linke Spalte) und wie diese bereits von Anfang an bei CIRS-AINS (CIRSmedical.de Anästhesiologie) umgesetzt sind (rechte Spalte).

Teilnahme an einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystemen

Vereinbarung zum Qualitätsmanagement

§ 5 Abs. 6 Klinisches Risikomanagement und Fehlermeldesysteme

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. Mindestanforderungen für die Teilnahme an solchen einrichtungsübergreifenden, ggf. bundesweiten Fehlermeldesystemen sind z.B. die Einhaltung von Anonymität und Sanktionsfreiheit bei der Meldung durch Mitarbeiter, die Freiwilligkeit der Teilnahme, entsprechende Schulungen der Mitarbeiter, die aktive Unterstützung durch Führungskräfte und die Ableitung von Präventionsmaßnahmen. Gemäß § 137 Absatz 1d SGB V sollen die Krankenhäuser an einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystemen teilnehmen. Für die Beteiligung der Krankenhäuser an einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystemen, sofern diese den Festlegungen des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 137 Absatz 1d Satz 3 SGB V entsprechen, sind Zuschläge zwischen DKG und GKV-SV zu vereinbaren. Über die Umsetzung von Risikomanagement- und Fehlermeldesystemen in Krankenhäusern ist in den Qualitätsberichten nach § 137 Absatz 3 Nr. 4 zu informieren.

Tabelle 1

| Mindeststandards für einrichtungsinterne Fehlermeldesysteme | CIRS-AINS |
|--|---|
| Anonymität und Vertraulichkeit | <ul style="list-style-type: none"> ✓ Anonyme Fallmeldung ohne Rückverfolgung der IP-Adresse ✓ Verschlüsselte Datenübertragung per SSL ✓ Anonymisierung der Fallmeldungen durch externe Experten ✓ Bestmöglicher Schutz durch das Presserecht (Dok. 6 der RV*) und das Patientenrechtegesetz |
| Unabhängigkeit | <ul style="list-style-type: none"> ✓ Fallbearbeitung durch externe Experten ✓ Systembetreiber BDA, DGA und ÄZQ |
| Freiwilligkeit | ✓ Freiwilligkeit (Dok. 4 der RV) |
| Sanktionsfreiheit | ✓ Sanktionsfreiheit (RV Dok. 4) |
| Niedrigschwelliger Zugang und einfache Handhabung | <ul style="list-style-type: none"> ✓ Durchgängig internetbasiertes System ✓ Strukturierte Fallmeldungen durch das Online-Berichtsformular |
| Einbeziehung aller Mitarbeiter – abteilungs- und berufsgruppenübergreifend | ✓ Abteilungs- und berufsgruppenübergreifend |
| Aktive Unterstützung durch die Führungskräfte | ✓ Sanktionsfreiheit (RV Dok. 4) |
| Verantwortlichkeiten festlegen | ✓ CIRS-AINS Beauftragte (RV Dok. 5) |
| Regelmäßige Schulungen der Mitarbeiter | ✓ CIRS-AINS Schulungen und Seminare |
| Fehleranalyse und Bearbeitung | <ul style="list-style-type: none"> ✓ Fallanalysen durch externe Experten ✓ CIRS-AINS Fallanalyseseminar |
| Ableiten von möglichen Maßnahmen | In Verantwortung des Krankenhauses |
| Zeitnahe Ergebniskommunikation | <ul style="list-style-type: none"> ✓ Fallanonymisierungen innerhalb von 48h ✓ Fallanalysen innerhalb von 14 Tagen |
| Externe Kommunikation ermöglichen | ✓ Ggf. Weiterleitung der anonymisierten und bearbeiteten Fallmeldungen ins bundesweite CIRS-AINS bzw. CIRSmedical.de |
| Implementierung, Evaluation und ggf. Anpassung der Maßnahmen | In Verantwortung des Krankenhauses |
| Dokumentation und Nachvollziehbarkeit der Maßnahmen | In Verantwortung des Krankenhauses |

* RV = CIRS-AINS Rahmenvereinbarung

Gemäß § 137 Absatz 1d SGB V sollen Krankenhäuser an einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystemen teilnehmen. Einrichtungübergreifend sind Fehlermeldesysteme bei offenem, ggf. bundesweitem Zugang für andere Leistungserbringer. Diese CIRS bieten den Vorteil einer umfassenderen Datenbasis, wodurch systematische Fehler schneller erkannt werden können. Werden die hieraus gewonnenen Erkenntnisse zeitnah allen Nutzern zur Verfügung gestellt, kann auch außerhalb der eigenen Einrichtung aus den unterschiedlichen

Erfahrungen bei größtmöglichem Verbreitungsgrad gemeinsam gelernt werden. Durch den Austausch von besonders guten Lösungen, Tipps und bewährten Methoden kann die Patientensicherheit so aktiv und nachhaltig gesteigert werden.

Die Anforderungen an solche Systeme sind vom G-BA nach § 137 Abs.1 d Satz 3 SBG V noch festzulegen, der G-BA plant, diese zeitnah zu definieren. Unter anderem sollen diese CIRS „fächer- und berufsgruppenübergreifend angelegt sein und sowohl von Krankenhäusern, die bereits ein hausinternes funktionierendes Fehlerberichtssystem betreiben als auch von Qualitätsbeauftragten aus Kliniken ohne eigenes CIRS bzw. von Mitarbeitern aus allen Bereichen des Krankenhauses genutzt werden können.“

Über die Umsetzung von Risikomanagement- und Fehlermeldesystemen müssen die Krankenhäuser in ihren Qualitätsberichten nach § 137 Absatz 3 Nr. 4 informieren. Die Art der Information wird noch durch den Gemeinsamen Bundesausschuss zeitnah festgelegt werden.

In Tabelle 2 sehen Sie im Überblick die vom G-BA vorab erarbeiteten Eckpunkte bezüglich einrichtungsübergreifender Fehlermeldesysteme und deren Umsetzung bei CIRS-AINS Plus (CIRSmedical.de PLUS Anästhesiologie).

Als Beispiele für qualitativ hochwertige Fehlermeldesysteme werden in der Mitteilung der „Tragenden Gründe zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses“ u.a. das Netzwerk CIRSmedical.de und Jeder-Fehler-zaehlt.de

genannt. Laut G-BA zeichnet diese Systeme aus, dass ihre Nutzer sanktionsfrei, anonym, freiwillig und niedrigschwellig in ein standardisiertes Berichtsformular mit Freitextfeldern ihre Meldungen eingeben können. Die Berichte werden im Anschluss systematisch analysiert, ausgewertet und mit Hinweisen auf mögliche Verbesserungsmaßnahmen an den Meldenden rückgemeldet. Zudem stehen die Berichte inklusive des Feedbacks nach ihrer Veröffentlichung auch allen anderen Internetnutzern zur Verfügung.

Finanzielle Anreize für Krankenhäuser

§ 17b Abs. 1 Satz 5 Krankenhausfinanzierungsgesetz

Für die Beteiligung der Krankenhäuser an Maßnahmen zur Qualitätssicherung auf der Grundlage des § 137 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch und die Beteiligung ganzer Krankenhäuser oder wesentlicher Teile der Einrichtungen an einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystemen, sofern diese den Festlegungen des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 137 Absatz 1d Satz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch entsprechen, sind Zuschläge zu vereinbaren; diese können auch in die Fallpauschalen eingerechnet werden.

Es soll für Krankenhäuser ein finanzieller Anreiz geschaffen werden, an qualifizierten Fehlermeldesystemen mitzuwirken. Der G-BA plant, die Anforderungen an solche Systeme zeitnah festzulegen. Diese Mindeststandards dienen dann auch als Grundlage für die Vereinbarung von Vergütungszuschlägen nach § 17b Absatz 1 Satz 5 Krankenhausfinanzierungsgesetz. Es wird für diese Vergütungszuschläge von Mehraufwendungen in Höhe von 720.000 Euro ausgegangen. Bei einer angenommenen Beteiligung von rund 400 Krankenhäusern (ca. 1/5 der Kliniken) würde dies einem möglichen Zuschlag von ca. 0,20 Euro je vollstationärem Fall entsprechen. Inwieweit dies tatsächlich ein motivierender „Anreiz“ für Kliniken sein kann bleibt abzuwarten.

Tabelle 2

| Mindeststandards für einrichtungsübergreifende Fehlermeldesysteme | CIRS-AINS Plus |
|---|--|
| Fächer- und berufsgruppenübergreifend | ✓ Fächer- und berufsgruppenübergreifend |
| Anonymität | ✓ Anonyme Fallmeldung ohne Rückverfolgung der IP-Adresse ✓ Verschlüsselte Datenübertragung per SSL ✓ Anonymisierung der Fallmeldungen durch externe Experten ✓ Bestmöglicher Schutz durch die Anonymität des Netzwerkes |
| Freiwillig | ✓ Freiwillig |
| Sanktionsfreiheit | ✓ Sanktionsfrei |
| Entsprechende Schulungen der Mitarbeiter | ✓ Schulungen und Seminarangebote von BDA, DGAI und ÄZQ |
| Aktive Unterstützung durch die Führungskräfte | In Verantwortung des Krankenhauses |
| Fehleranalyse und Bearbeitung | ✓ Systematische Analyse und Auswertung der Berichte durch externe Experten mit Hinweisen auf mögliche Verbesserungsmaßnahmen |
| Ableiten von Präventionsmaßnahmen | In Verantwortung des Krankenhauses |
| Offener, niedrigschwelliger Zugang für alle Leistungserbringer | ✓ Durchgängig internetbasiertes System ✓ Berichtsformular mit Freitextfeldern ✓ Offener Zugang für Alle |
| Ggf. bundesweit | ✓ Bundesweit |
| Information über die Umsetzung in den Qualitätsberichten | In Verantwortung des Krankenhauses |
| Ergebnisse der externen Fallanalyse fließen ggf. in das bestehende Risikomanagementsystem ein | ✓ Rückmeldung an Berichtende In Verantwortung des Krankenhauses |

Im Oktober 2013 hatte der G-BA beschlossen, zunächst die Mindestanforderungen an Risikomanagement- und Fehlermeldesysteme gemäß § 137 Abs. 1d Satz 1 – dies ist inzwischen geschehen, siehe oben – und ggf. Satz 3 SGB V in den bestehenden sektorspezifischen Richtlinien umzusetzen und in einem zweiten Schritt die sektorenübergreifenden Kriterien in der noch zu erstellenden sektorenübergreifenden Rahmen-Richtlinie zum Qualitätsmanagement bis Ende 2014 zu definieren. Es bleibt also noch abzuwarten, wie diese gesetzliche Regelung in der Praxis umgesetzt werden wird.

Literatur

1. Gemeinsamer Bundesausschuss, Tragende Gründe zum Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Vereinbarung des Gemeinsamen Bundesausschusses gemäß § 137 Abs. 1 Satz 3 Nr. 1 SGB V über die grundsätzlichen Anforderungen an ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement für nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser: Umsetzung des § 137 Absatz 1d Satz 1 SGB V, Stand: 23. Januar 2014; im Internet unter: https://www.g-ba.de/downloads/40-268-2709/2014-01-23_KQM-RL_137-1d_TrG.pdf
2. Gemeinsamer Bundesausschuss, Richtlinie Qualitätsmanagement – Richtlinie Krankenhäuser, Stand: 23. Januar 2014 des Gemeinsamen Bundesausschusses über die grundsätzlichen Anforderungen an ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement für nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser (Qualitätsmanagement – Richtlinie Krankenhäuser – KQM - RL), im Internet unter https://www.g-ba.de/downloads/62-492-865/KQM-RL_2014-01-23.pdf
3. Gemeinsamer Bundesausschuss, Tragende Gründe zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Qualitätsmanagement-Richtlinie vertragsärztlicher Versorgung: Umsetzung des § 137 Absatz 1d Satz 1 SGB V, Stand: 23. Januar 2014; im Internet unter: https://www.g-ba.de/downloads/40-268-2667/2014-01-23_AEQM-RL_Umsetzung-137-1d_TrG.pdf.

Korrespondenz- adresse



Dipl.-Sozialw. Univ.
Tina Rhaiem

BDA/DGAI-Geschäftsstelle
Roritzerstraße 27
90419 Nürnberg, Deutschland

Tel.: 0911 93378-17

Fax: 0911 3938195

E-Mail: trhaiem@bda-ev.de

www.cirs-ains.de/files/fachpresse/AI_09-2014_Verbaende_BDA-DGAI_CIRS_Neu.pdf



Gültigkeit Betäubungsmittelrezepte



Die „alten“ Betäubungsmittelrezepte (Ausgabe bis zum Februar 2013) verlieren Ende des Jahres 2014 ihre Gültigkeit. Ab 1. Januar 2015 sind nur noch die BtM-Rezeptvordrucke, die ab März 2013 ausgegeben wurden, zu verwenden. Die neuen Vordrucke haben zusätzliche Sicherungsmarkierungen. Am Bestellungsverfahren von BtM-Rezepten ändert sich nichts, die vorhandenen Anforderungsformulare können weiter verwendet werden.

Betäubungsmittelanforderungsscheine zur Anforderung von BtMs in der Krankenhausapotheke für den OP- bzw. Stationsbedarf sind von dieser Regelung nicht betroffen und können weiter verwendet werden.

Weitere Informationen zu diesem Thema unter:

www.bfarm.de/DE/Bundesopiumstelle/Betaeubungsmittel/btm-rezept/btm-rezept-inhalt.html

Elmar Mertens