

Von einer Frist zur nächsten?

Zurück zu den Frühchen: Sie sei nicht bereit, von dem geforderten Personalschlüssel abzuweichen, setzte Klakow-Franck die Vertreter der Klinikseite unter Druck. Mit einer weiteren Übergangsregelung sei sie nur dann „schweren Herzens“ einverstanden, wenn diese an eine Zielvereinbarung geknüpft sei und gemeinsam mit den Perinatalzentren und den Krankenhausträgern konkrete Maßnahmen vereinbart würden, wie der Personalschlüssel in den kommenden drei bis fünf Jahren erfüllt werden könne.

KGW-Vertreter Blum erwiderte, die Richtlinie mit Gewalt durchzudrücken, werde nicht funktionieren. Eine Eins-zu-eins-Betreuung 24 Stunden am Tag und 365 Tage im Jahr sicherzustellen, sei nicht zu leisten.

Wenn die Kliniken die Frühchen nicht mehr versorgen dürften, müssten Perinatalzentren geschlossen werden. Ob dann eine flächendeckende Versorgung noch sichergestellt werden könne, das könne er nicht sagen, so der Vorsitzende des Lenkungsausschusses QS NRW.

Schon bei der Debatte um die Leitlinie habe die Deutsche Krankenhausgesellschaft im G-BA verdeutlicht, dass die Anforderungen nicht erfüllt werden könnten, auch nicht in der Übergangsfrist – und das werde auch „in zehn Jahren“ nicht möglich sein, sagte Blum. Doch man habe sich dem „politischen Druck“ beugen müssen, schließlich sei es ja um die „Kleinsten der Kleinen“ gegangen. Bis heute hätten die Perinatalzentren die Anzahl ihrer Mitarbeiter um acht Prozent erhöht, sagte Blum. Man schaue sich sogar in Ungarn und auf den Philippinen nach Krankenschwestern um.

CIRS-NRW arbeitet an Umsetzung von G-BA-Richtlinien



Burkhard Fischer von der KGNW stellte neueste Entwicklungen bei CIRS-NRW vor.
Foto: bre

CIRS NRW
www.cirs-nrw.de

Burkhard Fischer, Leiter des Referats Qualitätsmanagement, IT und Datenanalyse der Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen (KGNW), freute sich auf dem diesjährigen CIRS NRW-Gipfel in Düsseldorf über die hohe Beteiligung an dem landesweiten Lern- und Berichtssystem zur Vermeidung von kritischen Ereignissen in der Patientenversorgung. Derzeit stünden über 620 Berichte im Archiv der „Berichte des Quartals“. Es sei erfreulich zu beobachten, dass immer mehr Meldungen aus dem ambulanten Bereich kommen, sagte der Diplommedizininformatiker Fischer: „Das funktioniert schon richtig gut.“ Wenn die Nutzer von CIRS-NRW noch mehr Gebrauch von der Kommentar-Funktion auf der Lern- und Berichtsplattform machten, könnte CIRS-NRW noch lebendiger werden. Diese Funktion werde „noch zu selten genutzt“, sagte Fischer auf der Veranstaltung, die in diesem Jahr unter dem Motto „Alles gesagt – alles verstanden?“ stand. CIRS-NRW steht für Critical-Incident-Reporting-System Nordrhein-Westfalen. Es ist ein seit Jahren von den Ärztekammern und Kassenärztlichen Vereinigungen des Landes sowie der KGNW und des Ärztlichen Zentrums für Qualität in der Medizin getragenes online-gestütztes Meldesystem. Dort berichten ambulant oder stationär tätige Ärztinnen und Ärzte sowie Medizinische Fachangestellte (MFA) oder Krankenpfleger im stationären Sektor über eingetretene oder beinahe geschehene Fehler und erläutern zum Teil, welche Maßnahmen dagegen ergriffen werden können. Mit Hilfe der Berichte können ähnliche Pannen in anderen Kliniken oder Praxen vermieden werden, so die Grundidee.

CIRS sei ein innovatives und unbürokratisches Instrument von Ärzten, mit Ärzten, für Ärzte, MFA und Krankenpfleger und sei im Laufe der Jahre auch eine Sache der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte geworden, sagte der scheidende stellvertretende Vorstandsvorsitzende der Kassen-

ärztlichen Vereinigung Nordrhein, Bernhard Brautmeier, auf dem CIRS-Gipfel im Düsseldorfer Haus der Ärzteschaft. Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat kürzlich eine Richtlinie zu „Anforderungen an einrichtungsübergreifende Fehlermeldesysteme (üFMS-B)“ veröffentlicht (*Internet: www.g-ba.de/informationen/richtlinien/85*). Zugelassene Krankenhäuser erhalten einen Zuschlag nach § 17b Abs. 1a Nr. 4 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG), wenn sie nachweisen können, dass sie an einem einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystem teilnehmen, das den G-BA-Anforderungen entspricht. Der G-BA fordert unter anderem: das System muss allen Einrichtungen offenstehen und frei zugänglich sein. Es dürfen keine personenbezogenen Daten verarbeitet werden und die Rückverfolgung der Meldenden muss ausgeschlossen sein. Gleichzeitig sollen die Betreiber der Systeme den Kliniken jährlich die Teilnahme an dem System bescheinigen, damit der Zuschlag fließen könne. Burkhard Fischer sagte, CIRS-NRW erfülle bereits viele der Anforderungen des G-BA. Der vordergründige Widerspruch zwischen der Forderung nach verbotener Rückverfolgbarkeit der Melder und der Erbringung des Nachweises eines Krankenhauses, dass es sich an CIRS-NRW beteiligt habe, müsse technisch noch aufgelöst werden. „Ich bin zuversichtlich, dass wir dafür bis Ende 2016 eine Lösung gefunden haben und dann alle Anforderungen der G-BA-Richtlinie erfüllen können“, sagte Fischer. Wenn dies der Fall ist, wären die Voraussetzungen erfüllt, damit die sich beteiligenden Kliniken einen Zuschlag gemäß der Richtlinie erhalten zu können.

Kommunikationswissenschaftler Professor Dr. Achim Baum von der Hochschule Osnabrück rief den Teilnehmerinnen und Teilnehmern die Grundlagen des klassischen Kommunikationsmodells ins Gedächtnis: Auch wenn zwei Personen die gleiche Sprache sprechen, versteht der Informationsempfänger meist etwas anderes, als der Sender gemeint hat. Kurz: A sagt X und B versteht Y. Mit Blick auf das Risikomanagement-Instrument CIRS sagte Baum: Es ist gut, dass über Fehler oder Beinahe-Fehler gesprochen wird. Allerdings könnten sich aus dieser Kommunikation wiederum Risiken ergeben. Darüber müsse man sich bewusst sein, so Baum und zitierte den Soziologen Niklas Luhmann: „Kommunikation ist unwahrscheinlich. Sie ist unwahrscheinlich, obwohl wir sie jeden Tag erleben, praktizieren und ohne sie nicht leben würden.“
www.cirs-nrw.de

bre

Qualitätssicherung: Genuin ärztlich

Zu den Pionieren der Qualitätssicherung gehörten auch rheinische Ärztinnen und Ärzte: Im Jahr 1982 startete die nordrheinische Ärztekammer die sogenannte Rheinische Perinatalerhebung und reagierte damit auf eine im internationalen Vergleich hohe Mortalität bei Früh- und Neugeborenen. In den vergangenen drei Jahrzehnten konnte in der Geburtshilfe und Neonatologie die Mortalität von Frühgeborenen mit extrem niedrigem Geburtsgewicht unter (1.250 Gramm) beziehungsweise mit extremer Unreife unter 28 Schwangerschaftswochen (SSW) kontinuierlich verringert werden. Ende der 1970er-Jahre lag die Überlebensrate unter 30 Prozent, stieg dann in den Neunzigern auf mehr als 70 Prozent - und liegt heute bei über 80 Prozent.