



Qualitätsmanagement

Risikomanagement in der Radiologie

In den letzten Jahrzehnten hat die Medizin große Fortschritte erreicht. Die Erfolge wurden unter anderem durch Einführung neuer Diagnose- und Therapieverfahren erzielt, die aber auch neue, bisher unbekannte Gefahren für die Beteiligten mitbrachten. Auf diese neuen Risiken muss reagiert werden. Risikomanagement soll helfen, die existenten Gefahren frühzeitig zu erkennen und möglichst zu beseitigen. Hierbei sind sowohl Risiken für die Patienten als auch für die Mitarbeiter und die gesamte Abteilung zu berücksichtigen.

Risikogruppen

Generell lassen sich die Gefahren, denen die oben aufgeführten Gruppen ausgesetzt sind, in drei Gruppen einteilen:

Gruppe 1: Alltägliche Risiken

Diese Risiken sind nicht spezifisch für den medizinischen Bereich und treten überall auf (Beispiel: Verletzungen durch Sturz infolge Stolpern). Hauptverantwortlich für die Einschätzung und Beseitigung solcher Gefahrenquellen ist der Arbeitssicherheitsbeauftragte der Einrichtung. Die Aufgabe Leitender Ärzte ist es, auf die Umsetzung der von dem Beauftragten erstellten Regeln zu drängen.

Gruppe 2: Spezielle Risiken

Diese Risiken sind spezifisch für den Bereich der medizinischen Einrichtung und steigen mit zunehmender Komplexität der Abläufe an

(Beispiel: Kontrastmittelallergie bei einer radiologischen Untersuchung). Diese Risiken sollten im klinischen Risikomanagement bearbeitet werden.

Gruppe 3: Politisierte Risiken

Hier finden sich Gefahren mit unklarem Gefahrenpotenzial, deren Abwehr als gesellschaftliche Aufgabe angesehen wird (Beispiel: Schäden durch Kraftwerke oder allgemeine Umweltschäden). Die Gruppe 3 entzieht sich im Allgemeinen weitgehend dem direkten Einfluss eines Arztes und soll hier nicht weiter besprochen werden.

Inhalt

Privatliquidation

Renale Sympathikusdenervation – Diskussion um „richtige“ Abrechnung noch nicht abgeschlossen

Krankheitskosten

Beitragsrückerstattung schließt außergewöhnliche Belastung aus

Planungs- und Ausführungsfehler

Eine weitere nützliche Unterscheidung ist die zwischen Planungs- und Ausführungsfehlern. Beide Gruppen haben verschiedene Ursachen und müssen unterschiedlich angegangen werden.

- Bei **Planungsfehlern** werden falsche Ziele angestrebt, das heißt, es werden Tätigkeiten eingeleitet, die der gegebenen Situation nicht angemessen sind. Beispiele sind hier Fehler in der Indikationsstellung oder bei der Auswahl des Diagnose- oder Therapieverfahrens. Risiken durch diese Fehler werden durch Regelungen wie Verfahrensanweisungen oder SOPs (Standard Operating Procedures) gemildert.
- Bei **Ausführungsfehlern** wird die zunächst korrekte Planung nicht richtig umgesetzt. Beispiel hierfür sind vermeidbare Komplikationen im Rahmen der Diagnostik oder Therapie. Die Risiken aus dieser Fehlerquelle sind durch Fortbildung von Mitarbeitern oder Supervisionen angebar.

Risiken identifizieren und beseitigen

Risikomanagement muss Bestandteil der Organisation jeder medizinischen Einrichtung sein und

systematisch erfolgen. Um möglichst effizient zu arbeiten, sollten im Risikomanagement vorhandene Strukturen genutzt werden. Hier bieten sich beispielsweise der QM-Beauftragte, die Hygienefachkraft oder die Fachkraft für Arbeitssicherheit als Hilfen an.

In der seit 2008 vorhandenen ISO 31000 wird Risikomanagement als Aufgabe der Führung verstanden, die in einem sogenannten Top-down-Ansatz erfüllt werden muss. Das bedeutet, der Anstoß für alle Aktivitäten und die Vorgabe von Arbeitsinhalten muss durch den Chefarzt erfolgen. Generell schlägt die Norm für die vorbeugende Wagnisvermeidung folgende Ablaufschritte vor:

1. Risikomanagement in der Abteilung einführen
2. Risiken finden
3. Risiken analysieren
4. Risiken bewerten
5. Risiken beseitigen

Begleitet wird dieser Prozess von intensiver Kommunikation mit allen Beteiligten. Das „Bewusstmachen“ von Gefahren ist der wichtige erste Schritt zu ihrer Beseitigung.

Weiterhin müssen Umsetzung und Wirksamkeit der getroffenen Maßnahmen regelmäßig überprüft werden. Dies ist erforderlich, um ein Zurückfallen von Mitarbeitern in alte Gewohnheiten zu verhindern und auch festzustellen, ob durch die umgesetzten Schritte auch das gewünschte Ergebnis erreicht wird.

Wie sollte vorgegangen werden?

Zunächst müssen Chefarzte allen Mitarbeitern ihrer Abteilung bekanntgeben, wenn sie die Einführung eines Risikomanagements wünschen. Dann sollte ein Mitarbeiter

der Einrichtung mit der Organisation beauftragt werden. Häufig werden zu Beginn eines solchen Projektes auch externe Beratungsfirmen eingebunden. Wenn diese eine professionelle Risikobeurteilung erstellen und die entsprechenden Maßnahmen anregen, kann das eine wichtige Hilfe sein. Unabdingbar ist eine solche Unterstützung allerdings nicht.

Im nächsten Schritt müssen die vorhandenen Risiken identifiziert werden. Es hat sich aber gezeigt, dass auch die Mitarbeiter sehr wohl um die Gefahren in ihren Bereichen wissen. Hier kann durch eine Befragung wertvolles Material für die Weiterarbeit gefunden werden.

Beispiel
<p>Eine Mitarbeiterin kann sich daran erinnern, dass bei einer geplanten Untersuchung zwei ältere Patienten verwechselt wurden. Der erste, der verwirrt war, hatte die Frage nach seiner Identität falsch beantwortet, weil ihm der Name des anderen vorgelesen wurde und er dies mit einem „ja“ bestätigte. Folge war, dass bei ihm kein Röntgen stattgefunden, sondern das Handgelenk geröntgt wurde.</p>

Nach der Identifikation eines Risikos muss in einer Arbeitsgruppe, die aus Beteiligten der bezogenen Bereiche besteht, jedes gefundene Risiko zunächst genau definiert und analysiert werden. Die Bewertung kann zum Beispiel in zwei Dimensionen erfolgen:

1. Wie wahrscheinlich ist es, dass die unerwünschte Situation auftritt?
2. Wie schwer sind die Folgen der aufgetretenen Situation?

Anschließend wird ein Vorschlag erstellt, wie das Risiko in Zukunft vermieden werden soll.

Beispiel
<p>Ein möglicher und sehr einfacher Vorschlag, die oben beschriebene Verwechslung in Zukunft zu vermeiden, könnte beispielsweise sein, Patienten nicht mehr zu fragen: „Sind Sie Herr Meier?“, sondern die offene Fragen: „Wie heißen Sie?“ und „Wann wurden Sie geboren?“ zu stellen.</p>

Solche Regelungen werden dann durch den Leitenden Arzt in Kraft gesetzt. Nach Freigabe der neuen Regelungen durch diesen müssen sie dem Team bekannt gegeben werden. Es empfiehlt sich, neben dem reinen Inhalt der Anweisungen auch eine kurze Begründung für das Vorgehen zu geben. Dies steigert die Akzeptanz bei den Mitarbeitern in der Regel deutlich. Nach einem angemessenen Zeitraum muss dann geprüft werden, ob die ergriffenen Schritte tatsächlich die gewünschte Wirkung hatten und die Gefahrensituation nicht mehr oder deutlich seltener aufgetreten ist.

Risikomanagement und CIRS-Systeme

CIRS (Critical Incident Reporting Systems) stammen ursprünglich aus der Luftfahrt. Da hier nach Eintreten einer Katastrophe die retrospektive Analyse des Geschehens oft schwer und gar nicht möglich ist, werden hier seit längerem die „Beinahe-Katastrophen“ zur Analyse herangezogen. Aus ihnen soll gelernt werden, wie in Zukunft ähnliche Abläufe zu verhindern sind.

Auch in der Medizin bieten sich Fehlerketten zur Analyse an, die nicht zum Schaden geführt haben, aber zum Schaden hätten führen können. Bei ausgebliebenen Folgen können die Sachverhalte leichter und in der Regel ohne äußeren forensischen

Druck aufgearbeitet werden. Prinzipiell können die Daten über solche Vorgänge sowohl intern als auch extern gespeichert werden.

Für die zweite Variante existieren inzwischen mehrere Internet-Portale. Die externe Speicherung hat Vorteile: Es kommt schnell ein großer Pool von Fallbeschreibungen zustande, aus denen alle lernen können – und eine Nutzung der Daten gegen die berichtende Klinik durch Dritte ist wegen der erfolgten Anonymisierung nicht möglich. Einen Nachteil haben CIRS-Datenbanken im Internet allerdings auch: Es ist teilweise sehr schwer, die Abläufe aus fremden Abteilungen auf die eigene Situation zu übertragen.

Da die Meldesysteme zurzeit sehr in Mode gekommen sind, werden sie oft mit Risikomanagement gleichgesetzt. Das ist jedoch vorkommen falsch: CIRS kann ein wichtiger Teilaspekt des Risikomanagements sein, es darf aber keinesfalls mit diesem gleichgesetzt werden.

Nicht nur medizinische Risiken

Neben den klinischen Risiken, für die vorrangig Leitende Ärzte zuständig sind, existieren für Praxen und Krankenhäuser heute auch andere spezifische Gefahren. Sind Sie zum Beispiel auf einen größeren Forderausfall durch Insolvenz einer Krankenkasse vorbereitet?

Praxistipp: Wenn Sie sich noch näher mit dem Thema Risikomanagement befassen wollen, aktivieren Sie bitte diesen **Link** und gehen Sie an das Ende des Beitrags. Dort finden Sie eine Reihe von Links, die zu weiteren Spezialinformationen zum Risikomanagement und zu CIRS führen.

Risikomanagement in Kürze

- Risikomanagement (RM) ist eine wichtige Aufgabe für Abteilungsleitungen.
- Vorhandene Ressourcen wie QM, Arbeitssicherheit und Hygiene können für das RM genutzt werden.
- Es werden neben den Risiken des täglichen Lebens die spezifisch medizinischen und die politisierten Risiken unterschieden.
- RM läuft in den Schritten Risiken identifizieren, analysieren, bewerten und beseitigen ab.
- Die ergriffenen Maßnahmen sollten allen Mitarbeitern bekanntgemacht und ihre Hintergründe erklärt werden.
- Die Wirksamkeit der Maßnahmen sollte nach angemessener Zeit evaluiert werden.
- CIRS ist ein Teil des RM und mit diesem nicht gleichzusetzen.

Vergütungsrecht

Sachverständigenhonorar: Frist beachten!

von Rechtsanwalt Rainer Hellweg, Kanzlei Schroeder-Printzen, Kaufmann & Kollegen, Hannover, www.spkt.de

Gemäß § 2 JVEG (Justizvergütungs- und -entschädigungsgesetz) muss das Honorar für die Sachverständigentätigkeit binnen einer Frist von drei Monaten bei Gericht geltend gemacht werden. Wird die Frist nicht eingehalten, verfällt der Anspruch und ein Honorar kann nicht mehr beansprucht werden. Nur in Ausnahmefällen kann nach dem Gesetz „auf begründeten Antrag“ hin das Gericht die Frist verlängern.

Wann beginnt die Frist

Fristbeginn ist im Falle schriftlicher Begutachtung der Eingang des Gutachtens bei Gericht. Ging es um eine mündliche Anhörung als Sachverständiger, ist das Ende der Vernehmung bei Gericht maßgebend.

Was tun bei Fristversäumnis?

Wurde die Drei-Monats-Frist versäumt, kann eine sogenannte Wiedereinsetzung in den vorigen Stand in Betracht kommen. Bei einem solchen Antrag muss gegenüber dem Gericht glaubhaft gemacht werden, dass die Fristversäumnis ohne Verschulden des Sachverständigen selbst passierte.

Unter bestimmten Voraussetzungen kann sich der Sachverständige

zum Beispiel dadurch exkulpieren, dass alleiniges Verschulden einer Hilfsperson plausibel gemacht wird. Dies kann sich etwa auf einen Mitarbeiter der privaten Abrechnungsstelle beziehen, wenn der Arzt eine solche mit der Erstellung der Liquidationen beauftragt hat.

Gelingt dies, lebt der Honoraranspruch wieder auf und die Vergütung kann verlangt werden. Diesbezüglich kann auf den Beschluss des Sozialgerichts Speyer vom 3. November 2011 (**Az: S 9 U 105/10**) verwiesen werden.

Die betreffende Person muss zur Glaubhaftmachung gegenüber dem Gericht eine eidesstattliche Versicherung abgeben. Hierbei ist rechtsanwaltliche Unterstützung zu empfehlen.

Privatliquidation

Renale Sympathikusdenervation – Diskussion um „richtige“ Abrechnung noch nicht abgeschlossen

von Dr. med. Bernhard Kleinken, Pulheim

Die Abrechnung der renalen Denervation erfolgt zurzeit unterschiedlich und ist häufig strittig. Wegen vieler Nachfragen dazu wird nachfolgend der Diskussionsstand dazu wiedergegeben.

Mögliche Vorgehensweisen bei der Analogabrechnung

Die Abrechnung mit EKG- und EEG-Ziffern (zum Beispiel Nrn. 656 und 828 GOÄ) ist teils noch gebräuchlich, wird aber häufig von den Kostenträgern hinterfragt. Besser als mit einem Bündel von Einzelziffern wird die Abrechnung mit einer in der Art auch medizinischen Laien vergleichbaren GOÄ-Ziffer akzeptiert. Folgende Vorgehensweisen bieten sich an:

- Als eine in der Art – der Durchführung als radiologische Intervention – nach vergleichbare Leistung bietet sich die Nr. 5357 (Arterielle Embolisation) an. Als radiologische Leistung ist sie mit dem Schwellenwert 1,8-fach, mit Begründung bis 2,5-fach berechenbar. Das daraus resultierende Honorar beträgt 367,21 bzw. 510,01 Euro.
- Vom Leistungsziel her ist aber auch die Nr. 3091 GOÄ (Operation am Reizleitungssystem) in der Art vergleichbar – dies sogar noch eher. Im Gebührenrahmen (2,3- bzw. 3,5-fach) resultieren dabei 603,27 bzw. 918,02 Euro. Der gegenüber der offen-chirurgischen Operation am Reizleitungssystem geringere Aufwand der radiologischen Intervention wäre in der GOÄ mit der Wahl eines angemessenen Faktors zu berücksichtigen.

Abgesehen von den unterschiedlichen Honoraren beider Ana-

logabgriffe ist auch die daraus resultierende unterschiedliche Abgabenbelastung des Chefarztes gegenüber dem Krankenhaus beachtenswert.

Selbstverständlich beziehen sich die Analogabgriffe auf die gesamte Denervation in jeweils einer Nierenarterie (bei beidseitigem Eingriff also zweimal ansetzbar) und umfassen nicht die zusätzlichen Leistungen wie Kontrastmitteleinbringungen, Angiographie, Gefäßverschluss bei Anwendung eines Verschlussystems und Kompressionsverband.

Noch ist die Diskussion um die „richtigere“ Analogabrechnung nicht abgeschlossen. Hat die Art der Leistungsdurchführung – spricht für die Nr. 5357 – oder das Leistungsziel – spricht für die Nr. 3091 – den Vorrang?

Fazit

Zurzeit kann nur empfohlen werden, den Analogabgriff entweder mit Nr. 5357 oder Nr. 3091 vorzunehmen. Letztlich muss jeder liquidationsberechtigte Arzt selbst entscheiden, welcher Abgriff der angemessenere (Kernforderung des § 6 Abs. 2 GOÄ zur Analogabrechnung) ist. Die Diskussion sollte verfolgt werden. Sobald Empfehlungen von Gremien oder Gerichtsurteile vorliegen, wird das „Contrast Forum“ erneut in dieser Frage berichten.

Krankheitskosten

Beitragsrückerstattung schließt außergewöhnliche Belastung aus

Zahlen Sie Arztrechnungen und Medikamente aus eigener Tasche, weil die Beitragsrückerstattung der Krankenversicherung dann höher ausfällt, können Sie diese Aufwendungen nicht als außergewöhnliche Belastungen geltend machen. Das hat das Finanzgericht Rheinland-Pfalz klargestellt (Beschluss vom 31.1.2012, **Az: 2 V 1883/11**).

Hintergrund: Der Abzug außergewöhnlicher Belastungen ist zulässig, wenn Ihnen zwangsläufig höhere Aufwendungen als der überwiegenden Mehrzahl der Steuerpflichtigen gleicher Einkommensverhältnisse, gleicher Vermögensverhältnisse und gleichen Familienstands erwachsen. Zwangsläufig sind Ausgaben, wenn Sie sich diesen aus rechtlichen, tatsächlichen oder sittlichen Gründen nicht entziehen können (§ 33 Abs. 2 EStG). Bei Beitragsrückerstattungen entscheiden Sie sich aber aus freien Stücken dafür, Krankheitskosten selbst zu bezahlen. Es fehlt an der „Zwangsläufigkeit“.



Impressum

Herausgeber: Guerbet GmbH, Otto-Volger-Straße 11, 65843 Sulzbach/Taunus, Tel. 06196 762-0, <http://www.guerbet.de>, E-Mail: info@guerbet.de

Verlag: IWW Institut für Wirtschaftspublizistik Verlag Steuern Recht Wirtschaft GmbH & Co. KG, Aspastraße 24, 59394 Nordkirchen, Telefon 02596 922-0, Telefax 02596 922-99

Redaktion: Dipl.-Kfm. Joachim Keil (verantwortlich); RAin, FAin StR Franziska David (Chefredakteurin)

Lieferung: Dieser Informationsdienst ist eine kostenlose Serviceleistung der

Guerbet GmbH

Hinweis: Der Inhalt des Contrast Forum ist nach bestem Wissen und Kenntnisstand erstellt worden. Die Komplexität und der ständige Wandel der in ihm behandelten Rechtsmaterie machen es jedoch notwendig, Haftung und Gewähr auszuschließen. Das Contrast Forum gibt nicht in jedem Fall die Meinung der Guerbet GmbH wieder.