

Qualitätssicherung

Interventionelle Behandlung des BAA: Welche Anforderungen sind nach QS-Richtlinie zu erfüllen?

von Rechtsanwalt Manfred Werthern, Gollob Rechtsanwälte & Steuerberater, München

Die Ausschaltung des Bauchaortenaneurysmas (BAA) kann durch das offene-chirurgische, das endovaskuläre oder durch die Kombination beider Verfahren erfolgen. Da die Qualitätssicherungsvereinbarung (QS-V) vom 1. Juli 2008 sich nur auf das chirurgisch behandlungsbedürftige BAA bezog, hat der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) etwas später in der Qualitätssicherungs-Richtlinie (QS-RL) bestimmt, dass die Richtlinie auch das endovaskuläre Verfahren zur Behandlung des BAA betrifft. Im nachfolgenden Überblick werden die für den interventionellen Radiologen bedeutsamen Vorgaben der Richtlinie erläutert.

Anforderungen der QS-Richtlinie an Qualität und Infrastruktur

Das Krankenhaus muss verfügen über

- einen dem technischen Fortschritt entsprechenden OP-Saal mit anästhesiologischem Equipment und der Möglichkeit des invasiven Kreislaufmonitorings,
- Möglichkeiten der intraoperativen bildgebenden Diagnostik, insbesondere Angiographie,
- eine Intensivstation in räumlicher Nähe zum OP-Saal mit der Möglichkeit der Behandlung von Multiorganversagen.

Anforderungen an präoperative Diagnostik

Nach § 5 Abs. 1 QS-RL wird die präoperative Diagnostik des Bauchaortenaneurysmas durch ein interdisziplinäres Team unter

besonderer Berücksichtigung der Gefäßchirurgie, Radiologie, Inneren Medizin (Kardiologie, Pulmologie, Gastroenterologie) und Labormedizin sichergestellt. Gedacht ist an ein interdisziplinäres Team aus Ärzten verschiedener Fachgebiete, gleichgültig ob im Krankenhaus fest angestellt oder vertraglich auf sonstige Weise mit dem Krankenhaus verbunden.

Personelle und fachliche Anforderungen an den Operateur

Hier hat die QS-RL im Jahr 2009 gegenüber der QS-V eine für interventionelle Radiologen entscheidende Neuerung eingeführt: In § 4 Abs. 1 wurde ein neuer Satz 2 eingefügt, wonach die Behandlung der für das endovaskuläre Verfahren indizierten Fälle von einem Arzt mit entsprechender Expertise in offenen-chirurgischen und endovaskulären

Verfahren oder in Kooperation zwischen einem Facharzt für Radiologie mit entsprechender Expertise in endovaskulären Verfahren durchzuführen ist.

Laut dem teilweise ebenfalls neuen Satz 3 müssen die Ärzte entsprechend dem technischen und medizinischen Fortschritt mit allen gängigen Verfahren ihres jeweiligen Fachgebietes zur Behandlung und Operation von Bauchaortenaneurysmen vertraut sein und diese eigenständig durchführen können.

„Mit allen gängigen Verfahren vertraut sein“ – was heißt das?

Sicherlich ist nach dem Wortlaut von § 4 Abs. 1 Satz 3 zu fordern, dass beide gängigen Operationsverfahren sicher beherrscht werden, ebenso die sichere Indikationsstellung unter Berücksichtigung der bei der Wahl des geeigneten Operationsverfahrens zu berück-

Inhalt

Weiterbildungsrecht

Anspruch auf Weiterbildungszeugnis setzt bestehendes Weiterbildungsverhältnis voraus

Personal

Win-win-Situation für Klinikchefs und Mitarbeiter durch Feedback

Versicherung und Vorsorge

Lebensversicherungen noch 2011 abschließen

sichtigenden jeweiligen Vor- und Nachteile.

Die Kernforderung der QS-RL lautet: Fehlende Kompetenzen müssen durch fachübergreifende Zusammenarbeit ausgeglichen werden. Mit dem endovaskulären Eingriff darf der interventionelle Radiologe erst dann beginnen, wenn die chirurgische Expertise durch den beigezogenen Facharzt für Gefäßchirurgie gesichert ist.

Außerdem stellt sich die Frage, ob darüber hinaus eine Spezialisierung und/oder eine überdurchschnittliche Erfahrung zu verlangen ist – zum Beispiel durch den Nachweis einer Zahl bereits erfolgreich durchgeführter BAA-Operationen. Vor dem Hintergrund der zurzeit ohnehin ausgesetzten Mindestmengenregelungen für bestimmte OPs können sowieso keine Mindestmengen zum Nachweis des „Vertrautseins“ gefordert werden.

Andererseits ist das Erfordernis des „Vertrautseins“ nicht mit dem Abschluss der Facharztweiterbildung nachgewiesen. Denn dann hätte man sich mit dem Erfordernis der Facharztanerkennung für den leitenden und mindestens einen weiteren Arzt in der Einrichtung begnügen können.

Die Facharztanerkennung und das weitergehende Erfordernis des „Vertrautseins mit allen gängigen Verfahren ihres jeweiligen Fachgebietes zur Behandlung und Operation“ von BAA Patienten werden nach § 4 Abs. 2 nur von dem Operateur verlangt, der die Operation vornimmt, nicht jedoch von dem Arzt, der die stationäre Versorgung sicherstellt. Hier reichen Erfahrungen in der Gefäßchirurgie aus.

Fachliche Anforderung an postoperative Versorgung

Hinsichtlich der persönlichen und fachlichen Anforderungen ist zwischen Operation und prä- und postoperativer stationärer Versorgung zu unterscheiden:

Während die Operation sowohl der erfahrene Gefäßchirurg wie auch der mit dem endovaskulären Verfahren vertraute Radiologe vornehmen kann, muss die prä- und poststationäre Versorgung von einem Arzt mit gefäßchirurgischer Erfahrung übernommen werden.

Nachdem in der jetzigen Fassung der BAA QS-RL die Operation wahlweise von einem Gefäßchirurgen mit einem gefäßchirurgisch erfahrenen Radiologen oder von einem Radiologen mit einem Gefäßchirurgen durchgeführt werden kann, könnte das Krankenhaus sich die im Haus fehlende endovasculäre Expertise durch einen auf Dauer angelegten „Honorararztvertrag“ oder „unechten Konsiliararztvertrag“ hinzu erwerben. Dabei ist die Rechtsprechung zur Abrechnung von Krankenhausleistungen, die nicht von im Krankenhaus angestellten Ärzten erbracht werden, zu beachten.

Weiterbildungsrecht

Anspruch auf Weiterbildungszeugnis setzt bestehendes Weiterbildungsverhältnis voraus

von RA, FA für MedR Dr. Tobias Scholl-Eickmann, Dortmund,
www.kanzlei-am-aerztehaus.de

Ein Arzt hat nur dann Anspruch auf Erteilung eines Weiterbildungszeugnisses, wenn neben einem Arbeitsvertrag mit der Weiterbildungsstätte auch eine dem Gebiet des öffentlichen Rechts zuzuordnende vertragliche Beziehung zum Weiterbilder bestand. Diese kommt nur zustande, wenn der Arzt in Weiterbildung und der zur Weiterbildung ermächtigte Arzt sich mit Rechtsbindungswillen über Art, Inhalt und Dauer der Weiterbildung einigen (Oberverwaltungsgericht [OVG] Lüneburg, Beschluss vom 18.8.2011, **Az: 8 LA 101/11**).

Der Fall

Der Arzt war von 2006 bis 2009 bei dem beklagten Universitätsklinikum als Arzt in der Abteilung Nephrologie/Rheumatologie tätig. Arbeitsvertraglich war eine Befristung aufgrund des beabsichtigten Erwerbs der Schwerpunktbezeichnung „Internistische Intensivmedizin“ vereinbart worden. Diese Bezeichnung führte der Arzt zum Zeitpunkt des Vertragsschlusses aber schon.

Nach Beendigung des Arbeitsverhältnisses forderte der Arzt vom weiterbildungsermächtigten Arzt vergeblich ein Weiterbildungszeugnis, aus dem sich seine ausschließliche Weiterbildung im Gebiet der Nephrologie ergeben sollte. Mit seiner darauf gerichteten Klage scheiterte er zuletzt auch vor dem OVG.

Die Entscheidung

Die Weiterbildung setzt – so das OVG – neben einem Arbeitsvertrag

zwischen der Weiterbildungsstätte und dem in Weiterbildung befindlichen Kammermitglied ein gesondertes Weiterbildungsverhältnis voraus. Dabei agiere der Weiterbilder zur Erfüllung öffentlich-rechtlicher Aufgaben als „Beliehener“ der Ärztekammer.

Das Weiterbildungsverhältnis sei eine vertragliche Beziehung auf dem Gebiet des öffentlichen Rechts, das nur zustande komme, wenn sich die Vertragspartner über Art, Inhalt und Dauer der durchzuführenden Weiterbildung einig seien. An einer solchen Einigung fehle es hier.

Dabei stellte das OVG maßgeblich darauf ab, dass in der Abteilung Nephrologie/Rheumatologie mehrere Ärzte weiterbildungsbefugt sind. Es sei daher nicht erkennbar, ob und gegebenenfalls welche Weiterbildung in welchem Zeitraum absolviert worden sei.

Fazit

Die Entscheidung steht im Einklang mit der bisherigen Rechtsprechung, die eine vom Arbeitsverhältnis gelöste öffentlich-rechtliche Vertragsbeziehung zwischen dem Arzt in Weiterbildung und dem weiterzubildenden Arzt verlangt. So hat unter anderem das Verwaltungsgericht Hannover in einem Urteil vom 23. Juni 2010 entschieden (Az: 5 A 5490/09).

Praxishinweis: Aus Gründen der Rechtssicherheit und Transparenz ist anzuraten, dieses Vertragsverhältnis – gegebenenfalls in Absprache mit der zuständigen Ärztekammer – schriftlich zu fixieren, um etwaigen Unstimmigkeiten vorzubeugen.

Personal

Win-win-Situation für Klinikchefs und Mitarbeiter durch Feedback

von Dipl. Päd. Werner Fleischer, Beratung – Coaching – Moderation, www.ihrcoach.com

Für den reibungslosen Ablauf im Klinikalltag sind Gespräche unerlässlich. Doch was nach einer Selbstverständlichkeit klingt, hat im täglichen Miteinander seine Tücken. Zwar findet täglich durchaus ein Informationsaustausch auf fachlicher Ebene statt, doch Feedback-Gespräche, die den Mitarbeitern fachliche und soziale Orientierung geben, kommen meist zu kurz. Dabei ist gerade eine funktionierende Feedback-Kultur, die alle Mitglieder des Teams einbezieht, ein wichtiges Mittel der Personalführung.

Richtig eingesetztes Feedback gibt den Mitarbeitern Sicherheit und vermittelt Zugehörigkeit. Denn sie wissen, wo sie stehen, brauchen nicht darüber zu spekulieren, wie sie und ihre Leistungen wahrgenommen werden, und erhalten gleichzeitig die Chance, sich zu entwickeln. Das verbessert die Zusammenarbeit im Team und sorgt für Identifikation mit der Klinik. Zudem ist regelmäßiges Feedback ein hervorragendes Mittel zur Mitarbeiterentwicklung und -bindung. Das sind Aspekte, die angesichts des Fachärztemangels keine Klinik mehr vernachlässigen kann.

Selbst- und Fremdbild

Aber die Praxis sieht vielfach anders aus: Meist wird erst gar kein Feedback gegeben, oder es fällt viel zu knapp und zu destruktiv aus. Außerdem kommt es beim Gegenüber dann auch noch ganz anders an als ursprünglich beabsichtigt. Schließlich muss das, was gesagt wurde, nicht das sein, was der Gesprächspartner verstanden hat und schon gar nicht das, was eigentlich gemeint war. Ursache für die unterschiedlichen Wahrnehmungen von Gesprächsinhalten ist einerseits eine Diskrepanz zwischen Selbst- und Fremdwahrnehmung. Andererseits wird Kommunikation dadurch

erschwert, dass in jeder Botschaft, die der Sender an den Empfänger formuliert, vier unterschiedliche Ebenen stecken:

Vier Kommunikationsebenen	
Sachebene	Ich sage etwas über den Inhalt.
Selbstoffenbarungsebene	Ich sage etwas über mich.
Beziehungsebene	Ich sage etwas über die Beziehung zum Gesprächspartner.
Appellebene	Ich äußere Wünsche an den Gesprächspartner.

Auf einer dieser vier Ebenen kommt eine Botschaft bei ihrem Empfänger an. Doch was als Botschaft zum Beispiel auf der Sachebene gedacht war, kann auf der Beziehungsebene des Empfängers ganz anders aufgenommen werden.

Beispiel: Der Mitarbeiter (Sender) sagt zu seinem Chef: „Das Meeting hat heute aber zu lange gedauert.“ Der Chef (Empfänger) antwortet: „Meinen Sie etwa, Sie hätten das bei den vielen wichtigen Themen schneller hinbekommen?“

Kommentar: Der Sender hat hier seine Botschaft auf der Appellebene

formuliert: Ich wünsche mir kürzere Meetings! Die Antwort des Chefs macht deutlich, dass bei ihm die Beziehungsebene angesprochen wurde. Er empfindet die Äußerung seines Mitarbeiters als Anmaßung und fühlt sich angegriffen.

Mit der Methode des regelmäßigen Feedback-Gebens und -Nehmens lassen sich solche Situationen, die aus unterschiedlichen Wahrnehmungen auf Empfänger- und Senderseite resultieren, ausräumen – vorausgesetzt, es werden einige Grundregeln eingehalten und die Rückmeldungen werden akzeptiert.

Grundsätze für ein konstruktives Feedback-Gespräch

Den Kern eines jeden Feedback-Gesprächs bilden gelungene Ich-Botschaften, die deutlich die Wahrnehmungen, Wirkungen und Wünsche aus der eigenen Sicht beschreiben:

- „Ich habe wahrgenommen, dass...“ – nun Zahlen, Daten und Fakten nennen.
- „Es hat mich geärgert, dass...“ – nun ist zu beschreiben, welche Gefühle das Verhalten des anderen bei einem selbst auslöst (Irritation, Enttäuschung etc.).
- „Ich wünsche mir von Ihnen, dass...“ – jetzt sind kurz-, mittel- oder langfristige Erwartungen an den anderen zu formulieren.

Ein geübter Feedback-Geber verzichtet auf Verurteilungen oder verallgemeinernde Abrechnungen und achtet darauf, dass der Empfänger sein Gesicht nicht verliert.

Ein erfahrener Feedback-Nehmer hingegen wertet die Rückmeldung nicht als Angriff und verschanzt sich nicht hinter Rechtfertigungen und Begründungen. Stattdessen nimmt

er das Feedback dankend entgegen und entscheidet nach einer Denkpause, was er davon annehmen möchte.

In einem Feedback-Gespräch spielt aktives Zuhören eine wichtige Rolle. Droht das Gespräch durch überbordende negative Emotionen eines Gesprächspartners aus dem Ruder zu laufen, kann durch aktives Zuhören wirksam gegengesteuert werden. Wichtige Instrumente des Feedback-Gebers hierfür sind

- offene, positive Körpersprache,
- Fragen zu stellen
- Absprachen zu treffen,
- Perspektiven aufzuzeigen und
- Emotionen zu verbalisieren.

Wer so agiert, erleichtert es dem Feedback-Nehmer, auch mit Kritik gut umzugehen.

Fazit

Noch immer handeln viele Klinikchefs nach der Devise „Nix geschwätzt ist genug gelobt“. Doch Feedback ist ein wichtiges Führungsinstrument, dessen idealtypische Form Max Frisch treffend beschrieben hat:

Zitat Max Frisch

„Wenn Du jemandem Rückmeldung gibst, schlage sie ihm nicht wie einen nassen Lappen um die Ohren, sondern halte sie ihm wie einen Mantel hin, in den er hineinschlüpfen kann.“

Es ist Sache des Klinikchefs, eine solche Feedback-Kultur in seiner Klinik zu etablieren und dabei selbst mit gutem Beispiel voranzugehen. Sie bezieht das gesamte Team ein und trägt den Leitsatz „Wir reden miteinander und nicht übereinander“

Versicherung und Vorsorge

Lebensversicherungen noch 2011 abschließen

Wer entschlossen ist, eine Lebensversicherung abzuschließen, sollte damit nicht mehr allzu lange warten. Denn bei einem Vertragsabschluss ab 2012 muss in Kauf genommen werden, dass für Neuverträge, die ab dem 1. Januar 2012 abgeschlossen werden, der Garantiezins nur noch 1,75 Prozent beträgt. Erfolgt der Abschluss noch in 2011, werden immerhin 2,25 Prozent garantiert.

Ein weiterer Aspekt, der für einen Abschluss in 2011 spricht, hängt mit der Besteuerung in der Auszahlungsphase zusammen. Bei Verträgen, die seit 2005 abgeschlossen werden, ist als steuerpflichtiger Ertrag der Unterschied zwischen der Versicherungsleistung und den entrichteten Beiträgen zu ermitteln. Erfolgt die Auszahlung nach Vollendung des 60. Lebensjahres und nach Ablauf von zwölf Jahren nach Vertragsabschluss, ist nur die Hälfte des Unterschiedsbetrags steuerpflichtig. Wird der Vertrag erst in 2012 abgeschlossen, erhöht sich die Altersgrenze auf 62 Jahre.



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.