▶ Personalmangel

Hartmannbund befragt 1.500 Assistenzärzte: Arbeitszeitgesetz ist bloße Makulatur – Personalnot gefährdet (auch) Patienten

| Ökonomischer Druck und Personalmangel in der Klinik beeinträchtigen nicht nur die Gesundheit des medizinischen Personals, sondern stellen auch eine potenzielle Gefahr für die Patienten dar. Diesen Schluss legen die Antworten von rund 1.500 Assistenzärzten nahe, die sich an einer aktuellen Umfrage des Hartmannbunds beteiligt haben (www.hartmannbund.de). Begünstigt wird diese Entwicklung offensichtlich durch noch immer weit verbreitete Defizite bei der Erfassung und Dokumentation von Arbeitszeiten. |

So geben rund 50 Prozent der Befragten an, ihre Arbeitszeit werde nicht konsequent erfasst und (häufig auch ungeplante) Überstunden würden somit nicht entsprechend dokumentiert. Fast jeder Zweite arbeitet – regelwidrig – im Bereitschaftsdienst länger als 50 Prozent seiner regulären Arbeitszeit. Personalmangel sei Ursache vieler dieser Missstände – rund 50 Prozent der Teilnehmer geben an, Personalausfälle auf ihren Stationen könnten nicht kompensiert werden. Und 75 Prozent der befragten Berufseinsteiger geben an, sie seien regelmäßig (im Nachtdienst / allein auf der Station) mit Situationen konfrontiert, auf die sie sich „nicht vorbereitet" sähen.

Überstunden und lückenhafte Arbeitszeiterfassung

Weitere Themen der Umfrage sind die Vereinbarkeit von Familie und Beruf, die „Digitalisierung", die Bürokratie und die Qualität der Weiterbildung. Die **komplette Übersicht** über den Fragenkatalog inklusive mehrerer hundert Freitext-Kommentare finden Sie unter dem Shortlink ogy.de/itkq.

IHR PLUS IM NETZ
hartmannbund.de

▶ Umfrage

Planbare Eingriffe: Zweitmeinung wird mehrheitlich gefolgt

| Viele Patienten in Deutschland zweifeln an der Notwendigkeit von planbaren medizinischen Eingriffen. Das belegt eine repräsentative Barmer-Erhebung, für die im März bundesweit 1.000 Erwachsene befragt wurden. |

Demnach ist mehr als jeder Zweite (56 Prozent) unsicher, ob die Operation tatsächlich notwendig ist. Aber nur 57 Prozent der Befragten mit einem planbaren medizinischen Eingriff veranlassen ihre Zweifel, sich eine Zweitmeinung einzuholen (Details zum Zweitmeinungsverfahren im CB 02/2019, Seite 3). Dabei zeige die Umfrage, dass die Meinung anderer Ärzte in nicht wenigen Fällen ganz anders ausfalle. Zwar gäben 72 Prozent der Befragten an, die Diagnose bestätigt bekommen zu haben (21 Prozent bekämen die Therapieempfehlung bestätigt), 8 Prozent erhielten jedoch eine andere Diagnose und 17 Prozent eine andere Therapieempfehlung. Am häufigsten holten die Befragten Zweitmeinungen ein, wenn es um planbare Eingriffe im Bereich der Orthopädie und Unfallchirurgie (27 Prozent) und der allgemeinen Chirurgie (24 Prozent), der Gynäkologie (zehn Prozent) sowie der Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde (acht Prozent) ging. Am häufigsten ging es bei Zweitmeinungen um Eingriffe am Bewegungsapparat (19 Prozent), dem Verdauungstrakt und den Geschlechtsorganen (jeweils neun Prozent).

ARCHIV
Ausgabe 2 | 2019
Seite 3–5

Von den Befragten, die *keine* Zweitmeinung eingeholt haben, nennen 67 Prozent als Grund für den Verzicht, dass sie die Notwendigkeit des Eingriffs nicht bezweifelten und mehr als jeder Zweite (55 Prozent) fühlte sich vom Arzt ausreichend aufgeklärt.

Ruf der Klinik ist wichtiges Entscheidungskriterium

Wer zwei Meinungen höre, folge laut Umfrage zu mehr als der Hälfte der Alternativauffassung (56 Prozent). Je höher Einkommen und Bildung, desto öfter würden weitere Meinungen erfragt, wobei die 40- bis 49-Jährigen als besonders kritisch auffielen. Leitkriterium für die letztendliche Entscheidung der Patienten ist dann eine Abwägung zwischen möglichen Risiken und dem zu erwartenden persönlichen Nutzen des Eingriffs (58 Prozent). Der Ruf der Klinik, in dem der Eingriff stattfinden sollte, war für ein Drittel der Befragten entscheidend.

↘ WEITERFÜHRENDER HINWEIS

- Die kompletten Ergebnisse der Barmer-Umfrage zum Thema Zweitmeinung finden Sie unter www.barmer.de/p011751.

▶ Leserforum

GOÄ: Delegationsfähige Leistungen außerhalb der 24-h-Frist

| FRAGE: *Im § 4 Abs. 2 GOÄ steht, dass in den ersten 24 Stunden und in den letzten 24 Stunden des stationären Aufenthalts die Leistungen 1 bis 62 vom Chefarzt oder seinem ständigen Vertreter selbst erbracht werden müssen, um diese abrechnen zu können. Was ist mit der Zeit dazwischen? Welche Voraussetzungen muss ein Arzt mitbringen, um Leistungen zwischen den ersten und letzten 24 Stunden abrechnungsfähig erbringen zu dürfen? Muss dies ein Facharzt sein oder kann dies auch ein Assistenzarzt sein? Kann dann auch ein Onkologe fachübergreifend bei einem Gastroenterologie-Patienten eine körperliche Untersuchung machen, weil beides internistisch ist?* **|**

Außerhalb der 24-h-Frist keine Einschränkungen bei der Delegation

ANTWORT: In den Zeiten außerhalb der in § 4 Abs. 2 genannten 24-Stunden-Fristen gelten hinsichtlich der Leistungserbringung durch nachgeordnete Ärzte keine Einschränkungen. Auch Beschränkungen wie „Facharzt desselben Gebiets" sind für nachgeordnete Ärzte nicht zu beachten. Dies betrifft also Leistungen nach Nummer 1–62 mit Ausnahme der Visiten nach Nr. 45 und 46, die grundsätzlich nur vom Wahlarzt oder Vertreter erbracht werden dürfen, um abrechnungsfähig zu sein. Gleiches gilt auch für die Nrn. 56, 200, 250, 250a, 252, 271 und 272.

MERKE | Hauptleistungen (z. B. OP oder diagnostische Eingriffe) sind stets durch den Wahlarzt persönlich zu erbringen. Der ständige Vertreter darf diese Leistungen nur bei unvorhersehbarer Abwesenheit nach vorheriger Information des Patienten erbringen. Bei vorhersehbarer Abwesenheit ist zur Erbringung und Abrechnung eine Individualvereinbarung erforderlich, bei der aber auch ein anderer qualifizierter Facharzt als Leistungserbringer im Einzelfall benannt werden kann.

Und: Bei Leistungen, die weder vom Wahlarzt noch vom ständigen ärztlichen Vertreter erbracht werden, bestehen Einschränkungen hinsichtlich des Gebührenrahmens nach § 5 Abs. 5 GOÄ, d. h., ein erhöhter Steigerungssatz ist auch mit Begründung ausgeschlossen.