

## Reglement für die Qualitätssicherung

### 1. Vorbemerkungen

Art. 58 KVG verpflichtet die Leistungserbringer zur Qualitätssicherung in ihrer beruflichen Tätigkeit. Laut Art. 16 des Rahmenvertrages zwischen BbB und den Belegspitalern achten diese auf eine umfassende Koordination der Qualitätskriterien. Diese werden in gegenseitiger Abstimmung praktisch angewendet. Art. 3 des Rahmenvertrages legt die Koordination zwischen BbB und Belegspitalern in Sachen Akkreditierung und Auflösung der Akkreditierung fest. Dieses Reglement ist eine Ergänzung zum bestehenden Rahmenvertrag.

### 2. Qualitätssicherung der BbB

Für die Qualitätssicherung innerhalb der BbB ist der Vorstand verantwortlich. Der Vorstand besteht aus einem Präsidenten/einer Präsidentin, den Fachgruppenobleuten der Fachgruppen Gynäkologie (Gynäkoba) und Orthopädie oder den durch diese Fachgruppen delegierten Personen sowie weiteren bis maximal fünf Mitgliedern.

### 3. Akkreditierung

#### 3.1 Kriterien zur Akkreditierung von Belegärzten

- 3.1.1 Facharzttitel FMH oder eine äquivalente Zertifizierung
- 3.1.2 Zwei Jahre Vollzeit-Tätigkeit als Oberarzt oder in attestierter oberärztlicher Funktion in dem betreffenden Fach oder 5 Jahre Tätigkeit als akkreditierter Belegarzt in einem Belegspital in der Schweiz
- 3.1.3 Vorliegen eines aktualisierten Operationskatalogs und/oder Geburtshilfekatalogs
- 3.1.4 Vorliegen der kantonalen Praxisbewilligung
- 3.1.5 Anerkennung dieses Reglements und des Rahmenvertrages

#### 3.2 Zuständigkeiten im Akkreditierungsverfahren von Belegärzten

##### 3.2.1 Spitalinterner Ärzterrat

Beim Bestehen eines spitalinternen Ärzterrates ist grundsätzlich dieser für die Beurteilung der professionellen Eignung eines Gesuchstellers zuständig. Er tut dies entsprechend dem unter Punkt 3.2.3 hiernach festgelegten Verfahren. Er informiert die BbB schriftlich über seine Beurteilung der professionellen Eignung eines Gesuchstellers.

##### 3.2.2 Qualitätssicherung durch den Vorstand der BbB

Der Vorstand der BbB ist ihrerseits für die Beurteilung der professionellen Eignung eines Gesuchstellers zuständig wenn:

- in dem betreffenden Spital kein Ärzterrat besteht
- der Ärzterrat des betreffenden Spitals diese Aufgabe im Einzelfall oder generell nicht wahrnimmt
- das betreffende Spital dies wünscht und wenn
- der Gesuchsteller dies wünscht

### 3.2.3 Akkreditierungsverfahren

Der Arzt richtet sein Gesuch um Akkreditierung an das Spital. Das Spital informiert die BbB und gegebenenfalls den spitalinternen Ärzterrat mit einer vollständigen Kopie der Akkreditierungsunterlagen davon. Das sich mit der Beurteilung befassende Gremium (Ärzterrat oder Vorstand BbB) reicht nach Erhalt der Gesuchsunterlagen eine schriftliche Stellungnahme an die Spitaldirektoren ein, in welcher es sich zur professionellen Eignung des Gesuchstellers als Belegarzt äussert. Die Empfehlung des gegebenenfalls vorhandenen Ärzterrates ist verbindlich und wird dem Vorstand der BbB als Kopie zugestellt. Empfiehlt die Stellungnahme des Gremiums von einer Akkreditierung abzusehen, so nimmt das Spital eine von dieser Empfehlung abweichende Akkreditierung erst dann vor, nachdem es in einer Besprechung eine Vertretung des Gremiums angehört hat. Die Entscheidungskompetenz liegt beim Spital.

### 3.2.4 Akkreditierung an mehreren Belegarztspitälern

Wird in mehreren Spitälern die Akkreditierung beantragt, gilt die schriftliche Stellungnahme der beurteilenden Gremien für sämtliche Spitäler, bei denen ein Antrag eingereicht wurde.

## 4. Auflösung der Akkreditierung

Die Beendigung der Akkreditierung mit ordentlicher Kündigung oder bei Praxisaufgabe oder bei Erreichen der Altersgrenze ist im Rahmenvertrag festgehalten.

Die Akkreditierung kann von Seiten des Spitals-gegebenenfalls nach Rücksprache mit dem spitalinternen Ärzterrat-ohne Einhaltung einer Kündigungsfrist zur Auflösung gekündigt werden, wenn die beruflichen Qualifikationen des Belegarztes sich nachweislich derart nachteilig verändert haben, dass eine weitere Akkreditierung nicht mehr möglich ist. Dies ist der Fall, wenn eine erhebliche Verletzung der ärztlichen Sorgfaltspflicht vorliegt, wenn dem Arzt ein erheblicher Behandlungsfehler nachgewiesen wird und/oder wenn das Verhalten des Arztes gegenüber Patienten und Spitalpersonal in erheblicher Weise unkorrekt war.

Die Zuständigkeiten bei einer fristlosen Kündigung sind die gleichen, wie sie in Punkt 3.2 hiervoor für die Akkreditierung genannt sind. Bevor eine fristlose Kündigung vom Spital ausgesprochen wird, muss dem betreffenden Belegarzt die Möglichkeit gewährt werden, die Sache vom Vorstand der BbB beurteilen zu lassen. Falls der Vorstand mit der Beurteilung des Sachverhaltes beauftragt ist, so gibt er dem Spital eine schriftliche Empfehlung ab. Die Entscheidungskompetenz liegt beim Spital. Die Akkreditierung kann bis zum Eintreffen der Stellungnahme suspendiert werden.

Zur Beurteilung des Sachverhaltes im Zusammenhang mit einer fristlosen Aufhebung der Akkreditierung setzt sich das Gremium aus 4 Personen zusammen. Es sind dies: Der Präsident der BbB oder sein Stellvertreter, der Obmann der zuständigen Fachgruppe oder sein Stellvertreter, der Anästhesist des betreffenden Spitals oder sein Stellvertreter und ein durch den „Beurteilten“ selbst ausgewähltes BbB-Mitglied.

Ein Mitglied des Gremiums muss in den Ausstand treten, wenn es am Ausgang der Verhandlung interessiert oder sonst wie befangen ist. Ein Mitglied des Gremiums darf von dem betroffenen Belegarzt abgelehnt werden, wenn es am Ausgang der Verhandlung interessiert oder sonst wie befangen ist. Im Falle von Ausständen oder begründeten Ablehnungsbegehren tritt anstelle des Gremiumsmitgliedes durch Kooptation dessen Stellvertreter in das Gremium ein.

Bei begründetem Verdacht auf Verletzung der ärztlichen Sorgfaltspflicht oder auf erheblichen Behandlungsfehler kann der Vorstand von sich aus eine Beurteilung vornehmen oder eine solche gegebenenfalls beim Ärzterrat des betreffenden Spitals veranlassen. Falls sich der Verdacht bestätigt, so werden die betreffenden Spitaler durch die BbB schriftlich informiert.

Eine fristlose Auflösung der Akkreditierung ist unter Vorbehalt der Vorgaben des Datenschutzgesetzes dem Präsidenten der BbB und dem Obmann der betreffenden Fachgruppe mitzuteilen.

Wird in einem Belegarztsptial die Akkreditierung aufgelöst, wird das den restlichen Belegarztsptialern mitgeteilt. Die Auflösung muss aber von jedem Belegarztsptial einzeln vorgenommen werden.

## **5. Kritische Ereignisse**

### 5.1 Erfassen und Evaluation der kritischen Ereignisse

Der Vorstand führt mit den Belegspitalern eine Erfassung und Evaluation aller kritischen Ereignisse, die während oder nach einem Spitalaufenthalt eingetreten sind. Er erarbeitet die sich daraus ergebenden Konsequenzen. Zu diesem Zweck melden der zuständige Arzt oder die zuständige Stelle unter Wahrung des Patientengeheimnisses alle kritischen Ereignisse dem Präsidenten der BbB. Dieser garantiert einen vertraulichen Umgang mit diesen Informationen.

### 5.2 CIRS medical (critical incidence reporting system)

CIRS ist ein von der Fliegerei übernommenes System eines anonymen Dialogs über das Vorkommen kritischer Ereignisse und deren Handhabung. Jedes Spital/jede Klinik ist gemäss Leistungsvereinbarung mit dem Kanton Basel-Stadt verpflichtet, ein CIRS zu führen. Dieser Dialog erfolgt auf dem Intranet/Internet und ist von der Belegärzteschaft im jeweiligen Spital/Klinik anzuwenden. Die grossen chirurgischen Fachgesellschaften haben zudem ihr eigenes CIRS medical. Ihr Zugang ist über den entsprechenden Link auf der Homepage BbB möglich.

## **6. Dignität**

Die Belegärzte halten sich bezüglich der Dignität ihrer ärztlichen Tätigkeit an die Richtlinien der FMH und der schweizerischen Fachgesellschaften.

## **7. Fortbildung**

### 7.1 Fortbildung im Rahmen der schweizerischen Fachgesellschaften

Die Belegärzte erfüllen ihre fachspezifische Fortbildung nach den Richtlinien der schweizerischen Fachgesellschaften.

## **8. Qualität der Strukturen**

### 8.1 Assistenten bei Operationen

Verrechnete Assistenzen bei Operationen werden grundsätzlich von diplomierten Ärzten durchgeführt.

### 8.2 Stellvertreter

Stellvertreter bei Abwesenheit eines Belegarztes müssen akkreditierte Belegärzte sein.

### 8.3 Verordnungen

Die ärztlichen Verordnungen im Spital erfolgen schriftlich. Notfallmässige telefonische Verordnungen werden vom Spitalpersonal als solche gekennzeichnet.

### 8.4 Patientenaufklärung

Die Belegärzte klären Ihre Patienten gemäss den Richtlinien der betroffenen schweizerischen Fachgesellschaften und ihrer Dachverbände über die vorgeschlagene Behandlung auf.

### 8.5 Fehlerkultur

Die Belegärzte halten sich an eine kompromisslose Fehlerkultur. Behandlungsfehler werden nicht vertuscht, sondern mit den betroffenen und interessierten Personen offen besprochen.

### 8.6 Codierung

Die Belegärzte liefern dem Spital/ der Klinik die zur vorgeschriebenen Datenerfassung notwendigen Diagnose- und Behandlungs-codes. Die Codes sind auch in den entsprechenden Berichten dokumentiert. Der Belegarzt stellt der Kodierabteilung spätestens innert 7 Tagen nach OP den OP Bericht zu. Die Klinik ist ohne Rücksprache mit dem Belegarzt berechtigt, diesen OP Bericht sowie allfällige weitere Berichte (Verlaufs-, Austrittsbericht) dem vertrauensärztlichen Dienst der Krankenkasse auf Anfrage weiterzuleiten. Der Belegarzt hat das Recht, in bestimmten Fällen die Herausgabe von Berichten zu verweigern.

### 8.7 Visitenregelung

Die Belegärzte führen bei ihren Patienten in der Regel täglich eine Visite durch. Bei Abwesenheit bestimmt der Belegarzt eine Vertretung.



Belegärzte beider Basel

Dieses Reglement wurde nach Einholung der vorgängigen Zustimmung der Merian Iselin Klinik und des Bethesda Spital durch die Mitglieder der BbB anlässlich der ordentlichen Mitgliederversammlung vom 15. Mai 2014 verabschiedet und per sofort in Kraft gesetzt. Es ist für die Mitglieder der BbB und für die genannten Spitäler verbindlich. Das Reglement kann durch Mehrheitsbeschluss der Mitglieder der BbB jederzeit geändert werden.

Für die Verbindlichkeit einer Änderung für die Spitäler bedarf es deren schriftliche Genehmigung.

Basel, im Juni 2014:

Für die BbB

Für das Bethesda Spital

Für die Merian Iselin  
Klinik für Orthopädie und  
Chirurgie

Der Präsident  
Dr. C. Holenstein

Der Spitaldirektor  
Herr T. Rudin

Der CEO  
Herr S. Fricker