

## PRAXISFÜHRUNG

# Arzt coacht Helferin

Der Ansatz „Die Führungskraft als Coach“ wird zunehmend auch von Ärzten zur individuellen Entwicklung von Mitarbeiterinnen genutzt.



Foto: Eberhard Heine

**E**in Arzt sollte die fachliche Fortbildung seiner Mitarbeiterinnen als Teil seiner Führungsaufgaben verstehen. In *Seminaren* erwerben Arzhelferinnen neues Wissen. Im *Training* rückt der Übungs- und Anwendungsaspekt in den Vordergrund. Die Stärke eines *Coachings* liegt in der besonderen Beziehung zwischen Coach und Coachee. Coaching ist nur möglich, wenn die Be-

teiligten sich vertrauen. Neben fachlichen Aspekten können dann auch die Verhaltenskompetenz und die Persönlichkeitsentwicklung des Coachees thematisiert werden. Ein Coaching wird meist von externen Beratern durchgeführt. Doch der Ansatz „Die Führungskraft als Coach“ wird inzwischen auch von Ärzten zur Entwicklung der Helferrinnen genutzt: Der Arzt coacht die Assistentin.

**Die Schwächen ab- und die Stärken ausbauen,** so lautet die Devise beim Coaching.

Prof. Dr. med. Philipp Jacobi von der Gemeinschaftspraxis „Veni Vidi“ in Köln wendet das Konzept an und betont: „Die wesentlichen Merkmale eines Coachings sind Individualität, Freiwilligkeit, Gleichrangigkeit und Vertraulichkeit. Die Mitarbeiterin entscheidet selbst, ob sie sich von mir coachen lassen will. Ich stehe ihr unterstützend als Gesprächspartner zur Seite.“ Dabei tritt der Arzt nicht als überlegene Führungskraft auf, die der Assistentin eine Lösung präsentiert.

Coaching ist auf die Bedürfnisse des Coachees zugeschnitten. Coach und Coachee gehen eine menschliche Beziehung ein. Gelingt der Aufbau des Vertrauensverhältnisses, kann der Arzt Aspekte ansprechen, die im „normalen“ Arbeitsverhältnis nicht diskutiert werden. Allerdings: Bevor sich ein Arzt entscheidet, eine Mitarbeiterin selbst zu coachen, sollte er klären, ob er dazu geeignet ist. Kann er sie als gleichberechtigte Partnerin betrachten, sich im Coachingprozess als Vorgesetzter zurücknehmen und die Rollentren-

## RECHTSREPORT

### Risikoaufklärung durch den nachgeordneten Arzt

Überträgt ein Operateur die Aufklärung eines Patienten einem nachgeordneten Arzt, muss er die ordnungsgemäße Umsetzung sicherstellen und dies in einem Arzthaftungsprozess gegebenenfalls darlegen können. Das hat der Bundesgerichtshof (BGH) entschieden.

Danach muss der delegierende Chefarzt darlegen können, ob er sich etwa in einem Gespräch mit dem Patienten über dessen ordnungsgemäße Aufklärung informiert hat und/oder durch einen Blick in die Krankenakte vom Vorhandensein einer vom Patienten und vom aufklärenden Arzt unterzeichneten Einverständniserklärung. Ziel muss es sein,

sich zu vergewissern, dass eine für einen medizinischen Laien verständliche Aufklärung unter Hinweis auf die spezifischen Risiken des vorgesehenen Eingriffs erfolgt ist. Dies ist erst recht zu verlangen, wenn der operierende Chefarzt Vorgesetzter des aufklärenden Arztes ist und diesem gegenüber überwachungspflichtig und weisungsbefugt.

Im vorliegenden Fall hatte der Stationsarzt zwei Aufklärungsgespräche mit der Klägerin geführt, die der Chefarzt anschließend operierte. Dabei handelte es sich um eine – trotz langjähriger Berufserfahrung – noch nie vorgenommene Operation. Unterlagen, wonach sich der operierende Chefarzt von der ordnungsgemäßen Aufklärung überzeugt hatte, fehlten.

Zwar ist es nach Auffassung des Gerichts grundsätzlich nicht geboten, dass bei schwierigen und seltenen Eingriffen die Risikoaufklärung nur von dem Operateur selbst vorgenommen werden muss. Es ist jedoch erforderlich, dass dann eine spezielle Aufklärungsanweisung existiert. Jedenfalls ist zu gewährleisten, dass sich der Operateur zum Beispiel in einem Vorgespräch mit dem aufklärenden Arzt vergewissert, dass dieser den Eingriff in seiner Gesamtheit erfasst hat und dem Patienten die erforderlichen Entscheidungshilfen geben konnte. Nur wenn dies sichergestellt ist und überwacht wird, darf sich der operierende Chefarzt darauf verlassen. (Urteil vom 7. November 2006, Az.: VI ZR 206/05)

RA Barbara Berner

nung zwischen Führungskraft und Coach leisten? „Wenn sich ein Arzt gut in einen anderen Menschen hineinversetzen kann und einen partnerschaftlich-kooperativen Führungsstil pflegt, ist der Rollenwechsel zu schaffen“, meint Jacobi.

Anlass für ein Coaching kann eine aktuelle Problemstellung sein: Der Arzt möchte, dass eine Mitarbeiterin Beratungsgespräche mit Patienten führt. Deshalb soll sie Beratungskompetenz erwerben. Oder der

Informationen zum Coachinganlass: im Gespräch mit dem Coachee und Kolleginnen, durch eine Stärken- und Schwächenanalyse. Die zeitintensivste, aber auch effektivste Methode besteht in der Begleitung an den Arbeitsplatz. Allerdings ist dies dem Arzt im Praxisalltag nur in Ausnahmefällen möglich. Schließlich resümieren die Beteiligten, welche der Schwächen des Coachees bearbeitet und welche ihrer Stärken noch mehr ausgebaut werden sollen.

Anschließend werden die Ziele des Coachingprozesses festgelegt. Danach bestimmen Arzt und Mitarbeiterin, durch welche Aktionen und Maßnahmen sich die Ziele realisieren lassen. Schwächen des Coachees im fachlichen oder motivatorischen Bereich werden in Sitzungen bearbeitet, in denen der Arzt im Einzelgespräch etwa an der Einstellung der Mitarbeiterin zum Patienten arbeitet oder ihr Selbstbewusstsein stärkt, damit sie ihr Verhalten gegenüber den Akutpatienten verbessern kann.

In der Umsetzungsphase muss der Arzt entscheiden, welchen Coachingstil er anwendet. Sind die fachlichen Qualifikationen der Mitarbeiterin gut, mangelt es aber an der Ei-

genmotivation und dem Engagement, benötigt sie genaue Anweisungen. Der Arzt coacht durch Unterweisung und Ergebniskontrolle. Fehlt es hingegen an Kompetenzen, während das Engagement gut ausgeprägt ist, sollte der Coach einfühlsam lenken und motivieren. Er leitet an und beobachtet, ob die Mitarbeiterin die Herausforderung eigeninitiativ bewältigt. Leidet sie unter Selbstzweifeln, ihre fachlichen Fähigkeiten sind aber hervorragend, unterstützt sie der Coach dabei, den eingeschlagenen Weg fortzusetzen.

Der Coachingprozess wird begleitet durch Feedbackgespräche, in denen Coach und Coachee den Erfolg der Aktionen prüfen, das Vertrauensverhältnis festigen und diskutieren, ob Ziele revidiert werden müssen oder als erreicht bezeichnet werden können. Zudem, so Augenarzt Jacobi, finde hier „Meta-Kommunikation“ statt: „Wir reflektieren den Ablauf des Prozesses, besprechen, was gut läuft, was nicht.“

Sobald die Beteiligten feststellen, dass die Ziele erreicht sind, führen Arzt und Assistentin ein Abschlussgespräch.

*Karin und Michael Letter*

*E-Mail: info@5medical-management.de*

## Wir reflektieren den Ablauf des Prozesses, besprechen, was gut läuft, was nicht.

Anlass liegt im Wunsch der Assistentin begründet, eine Verhaltensoption zu erlernen: Sie will Akutpatienten, die aggressiv darauf drängen, „dazwischengeschoben“ zu werden, bei der Terminvergabe selbstbewusster gegenüberreten.

Der offene Umgang miteinander und der Charakter der gleichberechtigten Partnerschaft sind die Punkte, die Arzt und Helferin zunächst klären und dann in einer schriftlichen Vereinbarung festhalten sollten. Anschließend sammelt der Arzt

## EBM-RATGEBER

**?** Der EBM enthält Abrechnungsziffern für die Anwendung und Auswertung standardisierter Testverfahren, psychometrischer Testverfahren sowie projektiver Verfahren. Können diese Testleistungen nach den Nummern 35300 bis 35302 delegiert werden?

Grundsätzlich ist die Durchführung und Auswertung von Testverfahren delegierbar. Hilfeleistungen von Nicht-Ärzten oder Nicht-Psychotherapeuten sind laut Bundesmantelvertrag (§ 15) persönliche Leistungen des Arztes oder Psychotherapeuten, wenn diese Leistungen angeordnet und fachlich überwacht werden und wenn der Durchführende qualifiziert ist. Bei den Testverfahren ist die Überwachung dann gesichert, wenn der Arzt oder Psychotherapeut in der Nähe, das heißt in der Praxis ist, um gegebenenfalls eingreifen beziehungsweise Hilfe anbieten zu können. Zur Frage der persönlichen Leistungserbringung und Delegierbarkeit finden sich Ausführungen auch an

anderer Stelle. Zu den einschlägigen Texten gehören die „Anforderungen an die persönliche Leistungserbringung – Stellungnahme der Bundesärztekammer und Kassenärztlichen Bundesvereinigung“ im Deutschen Ärzteblatt 1998, S. 2197–2199, sowie die (Muster-) Berufsordnung der Bundesärztekammer und die (Muster-)Berufsordnung der Bundespsychotherapeutenkammer. Der Arzt oder Psychotherapeut haftet für schuldhaftes Fehlen derjenigen, an den Leistungen delegiert worden sind, wie bei eigenem Verschulden. Probleme können unter anderem dann entstehen, wenn die Hilfsperson, die den Test durchführt, ihre Kompetenzen überschreitet und Testergebnisse nicht nur auswertet, sondern auch bewertet oder dem Patienten mitteilt. Die Delegierbarkeit der Testdiagnostik ist abhängig vom Grad der Standardisierung der Tests und von der Qualifikation des Durchführenden und Auswertenden. Die Durchführung und Auswertung der Tests der Nummern 35300 und

35301 kann wegen ihres höheren Standardisierungsgrades in der Regel eher delegiert werden als die Durchführung und Auswertung projektiver Verfahren nach der Nummer 35302. Dies schlägt sich auch in den geringen Prüfzeiten von je zwei Minuten für die Leistungen nach den Nummern 35300 und 35301 nieder. Bei projektiven Verfahren werden fünf Minuten veranschlagt. Bei ihnen wird man eine einschlägige Vorqualifikation, wie sie Diplom-Psychologen, Psychotherapeuten oder Psychotherapeuten in Aus- oder Weiterbildung besitzen, voraussetzen müssen. Die Indikationsstellung und die Interpretation sowie das Gespräch mit dem Patienten bleiben in jedem Fall dem Psychotherapeuten vorbehalten. Der Arzt oder Psychotherapeut, der Testleistungen delegiert, hat sich von der Qualifikation desjenigen, an den die Leistung delegiert wird, zu überzeugen und die ordnungsgemäße Durchführung durch die Hilfsperson sicherzustellen.

**KBV**